

Medicină și politică în periodical Căluza sanitară și igienică, București, 1899-1907

Livadă-Cadeschi, Ligia

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Livadă-Cadeschi, L. (2014). *Medicină și politică în periodical Căluza sanitară și igienică, București, 1899-1907. Studia Politica: Romanian Political Science Review*, 14(4), 539-557. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-448695>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Medicină și politică în periodicalul *Călăuza sanitară și igienică*, București, 1899-1907

LIGIA LIVADĂ-CADESCHI

Călăuza sanitară și igienică a apărut la București între 1899-1907, sub redacția dr. I. Ștefănescu, medic primar al județului Ilfov. Ceea ce vom urmări cu predilecție în paginile acestei publicații sunt raporturile pe care medicina ca domeniu și medicul ca profesionist al acestui domeniu le întrețin cu spațiul politic, fie direct, fie indirect, prin intermediul administrațiilor centrală, dar mai ales locale.

În anii 1900, la nivel general european, raportul dintre medicină/igienă și spațiul politic avea deja o tradiție de mai bine de un secol. Încă din ultimele decenii ale secolului al XVIII-lea, spațiul medical începe să coincidă cu spațiul social sau mai degrabă să-l traverseze și să-l penetreze pe de-a-ntregul, iar medicina capătă un rol determinant în arhitectura de ansamblu a științelor umane¹. Puterea politică, înțeleasă sub specia administrației centrale și a administrațiilor locale și puterea, nu doar curativă, ci și profilactică a medicinei, împărtășeau același tip de autoritate asupra întregii populații, dar mai ales asupra claselor populare. Între anumite limite, acest tip de medicină beneficiază nu doar de raporturi privilegiate cu puterea politică, dar contractul social însuși poate fi conceput ca un contract medical².

Igienismul românesc³, ca model social global, propus și promovat cu precădere de medici, curent cărui i se subsumează *Călăuza sanitară și igienică*, este perfect contemporan și integrat mișcării similare europene (în linii

¹ Michel Foucault, *Nașterea clinicii*, trad. de Diana Dănișor, Ed. Științifică, București, 1998, pp. 51-52.

² Lion Murard, Patrick Zylberman, *L'hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée (1870-1918)*, Ed. Fayard, Paris, 1996, pp. 71 și urm.

³ Pentru igienismul românesc în context european, Ligia Livadă-Cadeschi, *Discursul medico-social al igienistilor români, abordarea specificităților locale din perspectiva experiențelor occidentale europene, secolele XIX-XX*, Ed. Muzeul Național al Literaturii Române, București, 2013.

mari, anii 1830-1920), fără ca particularitățile sale locale inerente să altereze de o manieră semnificativă racordarea sa la același model medical, unitar am spune, ca purtător de modernitate, ce funcționează între țările Europei apusene și centrale⁴.

Motivele pentru care am ales să ne întemeiem demersul pe analiza acestei publicații, le înfățișăm în cele ce urmează. *Călăuza* este prima publicație periodică de popularizare, al cărei titlu asumă explicit această tematică. Este de asemenea, la vremea respectivă, singura cu o apariție bilunară constantă timp de nouă ani. Fără a da prea multe detalii despre ea, Gh. Crăiniceanu o înregistrează la *Publicațiuni periodice*, considerând-o „o revistă însemnată pentru serviciul sanitar rural”⁵. Comparativ cu restul publicațiilor medicale (48 la număr), *Călăuza sanitară și igienică* s-ar situa pe locul al treilea ca număr de ani de apariție, fiind însă prima și de departe cea mai longevivă în registrul ei tematic.

Revista este indexată și descrisă sumar și de Nerva Hodoș/Al. Sadi Ionescu (bilunar, format 4°, 4 [27x21]), redacția, colaboratori (1 martie 1900-15 fevr. 1901, tipografii)⁶, respectiv de Georgeta Răduică/Nicolin Răduică (bilunar, comitet de redacție, redactor șef, colaboratori)⁷.

Inițial direcția revistei este asigurată de șase medici cu atribuții administrative: Dr. M. Dobrescu, medic primar al județului Buzău; Dr. G. Proca, șef al laboratorului comunal de bacteriologie din București; Dr. Al. Vasiliu, medic primar al județului Roman; Dr. Al. Pâcleanu, fost medic primar de județ și de comună; Dr. I. Ștefănescu, medic primar al județului Ilfov, Dr. C. Vasiliu, medic șef al urbei Ploiești, redactor-șef fiind dr. I. Ștefănescu. În următorii doi ani aceasta pare să se restrângă semnificativ, apariția în continuare a revistei fiind rodul efortului aproape individual al directorului-redactor șef, dr. I. Ștefănescu.

Structura generală a revistei înregistrează la rândul său câteva evoluții semnificative. Dacă inițial aceasta se adresa conform subtitlului „Consiliilor de igienă și de salubritate publică din țară; Consiliilor județene, Consiliilor comunale urbane și rurale; Primăriilor urbane și rurale; agenților sanitari, moașelor urbane și rurale; învățătorilor și directorilor de școli; preoților; diverselor administrațiuni publice și particulare”, din anul al II-lea *Călăuza* se definește drept *organ de vulgarizare a cunoștințelor sanitare și igienice*, pentru

⁴ Patrice Bourdelais, „Les logiques du développement de l’hygiène publique”, în IDEM (sous la direction de ...), *Les hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques, XI^e-XX^e siècles*, Ed. Belin, Paris, 2001, pp. 25 și urm.

⁵ Gh. Crăiniceanu, *Literatura medicală românească. Biografii și bibliografie*, Ed. Academiei Române, București, 1907, p. 299.

⁶ Nerva Hodoș, Al. Sadi Ionescu, *Publicațiunile periodice românești (ziare, gazete, reviste)*. *Descriere bibliografică*, tom I, p. 113, respectiv tom II, p. 113, Academia Română, București, 1913.

⁷ Georgeta Răduică, Nicolin Răduică, *Dicționarul presei românești (1731-1918)*, Ed. Științifică, București, 1995, p. 120.

ca din anul următor să dispară de pe copertă orice fel de precizare de acest tip. Fără a-i pierde total din vedere, publicația nu se va mai adresa prioritar reprezentanților administrațiilor locale, vădit atașați altor structuri și sensibilități decât cele medico-sanitare, transformându-se în schimb într-o tribună a serviciului sanitar rural.

Că publicul cel mai numeros al *Călăuzei* se recrutează la nivelul personalului sanitar rural, medical sau inferior, o demonstrează din plin listele de subscripție, rubrica *Poșta redacției* sau pur și simplu numărul important de autori recrutați dintre medicii din țară sau de țară. Listele de subscripitori înregistrează medici din teritoriu, subchirurgi, agenți sanitari și agenți vaccinatori, moașe, primari, învățători, un preot chiar, și primării (Pantelimon și Colentina, Ilfov, sunt primele care apar). Ultimele numere din 1907, înainte chiar de încetarea apariției, publică listele primăriilor restante cu plata abonamentului pe ultimii ani (uneori chiar din 1903). Este vorba despre 58 de primării comunale din jud. Iași, Buzău, Covurlui și Suceava, care, în ciuda neachitării abonamentelor respective, primiseră regulat revista până la data publicării listelor. Putem deci bănuși că, alături de persoane particulare, primăriile constituiau un abonat constant al revistei. Și personalul sanitar din orașele mici denotă interes pentru revistă. Întâlnim subscripitori din Hârșova, Roman, Urlați, Tg. Frumos, Câmpina, Babadag, Brănești, Buftea, Oltenița, alături de Galați, Brăila, Buzău, Fălțiceni și evident capitala, care e însă numai menționată, fără a se preciza numărul sau numele abonaților.

Medicii din teritoriu sunt la rândul lor bine reprezentați atât la nivelul listelor de subscripție, cât și al autorilor, printre ei numărându-se medici primari de județ (Buzău, Fălciu, Covurlui), medici de plasă din Botoșani, Brăila, Dolj, Tecuci, Fălțiceni, medici de spitale din Ploiești, Tg. Ștefănești/Botoșani, Buzău, Horezu, Craiova, Giurgiu, Focșani, Călărași, Bârlad, Doljești/Roman, Piatra Neamț, Râmnicu Sărat, Oteliș/Vâlcea sau medicul portului Constanța.

Prețul publicației confirmă la rândul său publicul căruia aceasta i se adresează. În primii doi ani de apariție (până la 1 noiembrie 1901) pe coperta II apare așa-numita *Biblioteca a Călăuzei sanitare și igienice* care înregistrează o serie de publicații periodice din străinătate, ulterior și din țară și prețul abonamentului acestora. Prin comparație, prețul *Călăuzei sanitare și igienice* este în mod real unul foarte scăzut, el reprezintă între 1/3 sau chiar 1/2 din prețul abonamentelor interne.

Analiza listelor de subscripție și a celor de colaboratori stă mărturie pentru polarizarea corpului medical denunțată constant în paginile revistei. Ea face practic dovada unei rupturi semnificative între elita medicală profesională, administrativă și politică și restul corpului medical de plasă sau de circumscripție. Cu excepția dr. N. Elian/Fălțiceni niciunul din medicii parlamentari nu se numără printre subscripitori. Nici ca autori de articole medicii cu veleități politice nu sunt mai bine reprezentați în coloanele *Călăuzei*, unde

semnează destul de rar (cel mult câteva intrări) numai prof. Dr. N. Manolescu, dr. Petrini-Galatz, dr. N. Elian, dr. C. Istrati. Nici personalitățile medicale la vârf nu sunt foarte bine reprezentate printre susținătorii publicației. Abia târziu, în 1906, apar printre subscriptori prof. Dr. G. Marinescu, prof. Dr. Locusteanu și prof. Dr. M. Minovici.

Poziția pe care se situează *Călăuza sanitară și igienică* este direct determinată de statutul medicului și al medicinei în spațiul public la sfârșitul secolului al XIX-lea și începutul celui următor. Medicina românească este la începuturile sale o medicină administrativă, iar medicul, plătit de stat, este perceput mai întâi ca funcționar, abia apoi ca liber profesionist. Deși atașat diferitelor structuri administrative (Consiliile de igienă și salubritate publică), opinia medicului, în afara îndatoririlor lui punctuale, curative propriu-zise, este consultativă. El constată, cercetează și propune măsuri, cei abilitați însă cu aplicarea efectivă a acestora sunt prefectii, subprefecții și primarii. De aici o tensiune permanentă între medici și administrația publică la diferitele ei niveluri, dar uneori și între medici și forul legislativ al țării, căruia îi reproșează adoptarea unei legislații sanitare lipsite de pârghiile care i-ar fi asigurat eficiența (mecanisme de control și sancțiuni). Dincolo de aspectele de pedagogie socială proprii igienismului și prin urmare promovate constant de *Călăuza sanitară și igienică*, revista a enunțat permanent legătura dintre sănătatea publică, sărăcia cvasi generalizată, la țară mai ales și responsabilitatea economică și politică a statului.

Problema raporturilor între spațiul politic, medicină, igienă și sănătate publică este prezentă pe tot parcursul intervalului de apariție al revistei. Numărul intrărilor anuale pe această tematică variază destul de mult, fără a fi însă niciodată absente în totalitate. În ordine descrescătoare anii cel mai bine reprezentați sunt 1907 (14 intrări), 1905 (10), 1899 și 1901 (câte 8), 1906 (6), 1903 (5), 1900 și 1904 (câte 3), 1902 (2). Cum era de așteptat, cele mai numeroase dintre acestea apar în anii cu importante semnificații electorale legate de pătrunderea medicilor în spațiul politic (1907, 1905, 1901), posibil determinată, la rândul ei, de presiunea pe care corpul medical în ansamblul său o exercită în această direcție. Această interpretare ne-a fost sugerată de numărul mare de intrări din rubrica dedicată intereselor profesionale, dar și de editorialele destul de numeroase, care demonstrează că alături de aspectele propriu-zis de igienă și de sănătate publică, ce reprezintă tematica asumată a publicației, poziția și rolul medicului în societate sunt probleme de un real interes, nu doar pentru elitele medicale, ci și pentru corpul medical și sanitar în ansamblul său.

În ceea ce privește tematica acestor intrări, le-am grupat în patru mari categorii, chiar dacă limitele de demarcație între acestea sunt adesea destul de flexibile. În ordinea ponderii lor cantitative, ele sunt: raportul medicină-politică (lege, legalitate); raportul medicină-administrație locală-organizare sanitară;

definiția și statutul igienei în societate; proletarizarea profesiei medicale-polarizarea corpului medical.

Rolul și poziția revendicate, respectiv asumate de medic în societate decurg incontestabil din definirea domeniului lui de activitate. Menționăm că, în concordanță cu specificul sursei pentru care am optat, ne vom referi în continuare în special la medicul sanitar/igienist și la igienă. Pentru a „desluși ce este igiena, căci de la o bună definiție a unui obiect rezultă rostul lui”, dr. Alex. Manolescu citează o amplă definiție „a profesorului Proust din Paris”, pentru a ajunge în final la următoarea concluzie:

„Acest studiu nu poate fi mărginit [...] în limitele strâmte ale profilaxiei bolilor. [...] Scopul lui trebuie să fie mai înalt, programul lui trebuie să se confunde cu acela care coprinde [...] toate tendințele către o îmbunătățire neîncetată [...] definiția igienei legitimează rolul medicului igienist în societate și nimeni nu-i va putea contesta dreptul ce-l are de a-și spune cuvântul în toate”⁸.

Înțelegerea atotcuprinzătoare a igienei sub specia unei cunoașteri biologice exhaustive, anulează granițele unui domeniu atașat până la urmă științelor medicale, propulsându-l în câmpul infinit mai vast al abordărilor de tip filosofic, religios chiar. La adăpostul de astă dată al anonimului, dr. Delamare afirmă

„filosofia vieții numai atunci poate fi studiată pe calea adevărată, când vom fi destăinuit cu totul misterele organizației noastre”⁹; „lumea tainică și nebăgată în seamă [...] oricât de greu ne vine a crede, este ocârmuitoarea lumii vizibile. Ea este cea putere misterioasă în jurul căreia poezii și filosofii au fost nevoiți să creeze zeități și legende, altfel nu și-o puteau explica. [...] De aici îmi permit a conchide că numai echilibrul poate să garanteze vitalitatea noastră, acel echilibru vital care în lumea științifică se cheamă igienă”¹⁰.

Cu alte cuvinte religia și igiena își dispută înțelegerea aceluiași teritoriu, dar prima deține doar legende, cealaltă adevărul pozitiv. De aici până la transferul de sacralitate dinspre religie spre igienă nu e decât un pas, cu atât mai ușor de făcut cu cât igiena devenise deja noua morală laică (*la nouvelle morale laïque*) a societății¹¹. În cazul nostru, pasul respectiv îl va fi făcut dr. Al. Tălășescu, șeful serviciului sanitar al portului Constanța, altminteri autor al multor articole bine documentate și articulate, mult mai aproape de genul științific, decât de cel de popularizare:

„Dar cine sunt apostolii adevărului pe pământ? [...] numai cunoscătorii vieții interne pot ține sceptrul dreptății pe acest pământ, numai biologiștii sunt chemați să poarte

⁸ Dr. Alex. Manolescu, „Ce numim igienă?”, *Călăuza sanitară și igienică*, nr. 17, 1901.

⁹ Dr. Delamare, „Din viața intimă a microbilor”, *Călăuza...cit*, nr. 8, 1901.

¹⁰ Dr. Delamare, „Lupta noastră pentru existență”, *Călăuza...cit*, nr. 7, 1901.

¹¹ Iulia Csergo, *Liberté, égalité, propriété. La morale de l'hygiène au XIX-e siècle*, Ed. Albin Michel, Paris 1988, p. 34.

în mâinile lor destinele restului omenirii [...] chemarea noastră este de a fertilisa munca omenirii”, printr-o „extensiune a rolului științific biologic și asupra altor ramuri de activitate în relațiunile noastre dintre oameni și în cele din organismul statului”¹².

Impactul social pe care medicii igienisti îl vor fi rezervat propriului domeniu este enorm, prin întinderea, dar și prin implicațiile sale. El vizează recrutarea întregului aparat al statului, din perspectiva integrității fizice și morale, în egală măsură, dar și impunerea unui mod de viață totalmente acordat la comandamentele igienei. În 1901, dr. I. Ștefănescu afirma:

„Este în genere un păcat mare că la admiterea cuiva într-o funcțiune publică nu se dă atențiune și la sănătatea individuală. [...] vrem să atragem cu deosebire atențiunea [...] asupra indivizilor rău alcătuiți din naștere, cari candidează la funcțiuni pentru cari nu sunt făcuți. [...] Ei bine, toate aceste persoane sunt o adevărată calamitate [...] pentru interesele supreme ale statului și ale particularilor. [...] Convingerea noastră este că numai omul [...] în deplină sănătate sufletească și trupească este în stare să îndeplinească cum trebuie o funcție în stat”¹³.

Este lesne de imaginat cine vor fi fiind cei chemați să constate această sănătate, atâta vreme cât specialiștii celorlalte domenii, oricât de învățați ar fi, ignoră cu desăvârșire modul corect de trai, singurul capabil, de altminteri, să le asigure tipul de integritate promovat de igienisti.

„Vezi la noi cu grămada oameni cari, bunăoară prin cunoștințele lor întinse asupra vreunei ramure de activitate, au atins limitele cele mai depărtate, când îi cauți însă de aproape vezi că nu știu deloc să trăiască [...] nu știu nici ce să mănânce, nici ce să îmbrace, [...], nu știu respira, nu știu dormi, nu știu umbla, nu știu a se mișca [...], nici cum să se distreze”¹⁴.

În timp, între dreptul de prioritate, pe care medicii îl reclamă cu atâta vehemență și poziția reală a medicului în societate, clivajele se vor acutiza, îmbrăcând adeseori tonuri acuzatoare și aspecte conflictuale. Depozitari ai singurei științe garant al vieții, medicii nu pot intra în raport cu spațiul politic decât pentru a îl tutela, refuzându-i fluctuațiile, care nu se înscriu nici în ordinea științifică, nici în cea naturală a lumii:

„Politica sanitară de care are nevoie Statul român [...] am putea-o rezuma în două vorbe: stabilitate și continuitate. [...] Pentru că nu sunt și nu pot fi mai multe moduri ci numai unul, acel dictat de *știință și conștiință* [subliniat în text, n.n.] care nu poate avea nimic de comun cu fluctuațiile politice [...] pentru că trebuie o evoluție. Știința, ca și Natura nu face salturi”¹⁵.

¹² Dr. Al. Tălășescu, „Secretul slăbiciunii noastre”, *Călăuza ...cit.*, nr. 20, 1902.

¹³ Dr. I.S., „La admiterea în funcțiunile publice”, *Călăuza ...cit.*, nr. 11, 1901.

¹⁴ *Idem*, „Distracțiunile”, *Călăuza ...cit.*, nr. 13, 1901.

¹⁵ Dr. O., „Politica sanitară”, *Călăuza ...cit.*, nr. 19 și 20, 1907.

Aici pozițiile medicilor, respectiv ale oamenilor politici și ale administratorilor devin fundamental divergente. „Prefecți, primari, inspecitori comunali, deputați, senatori [...] administratori de toate categoriile”, sunt acuzați de medici că refuză „adevărul că nu fondul ideilor lor dau faliment, ci neaplicarea principiilor științifice, ceea ce nu stă în mâna lor”, că „izvorul acestor boale care stă în traiul mizerabil al poporului [...] nu-l putem noi stârpi”; de aici rezultă incriminarea directă a puterii politice pentru proasta gestiune a aspectelor esențiale legate de traiul popular: „Aceasta este în puterea dv. nu a noastră. Sunteți dv. dator să o faceți și dv. deci aveți toată răspunderea”¹⁶.

Aceste cuvinte dure au fost scrise în 1907 în ultimele numere ale *Călăuzei* și într-un an cu o încărcătură socială și politică extrem de dureroasă și de dificilă. Ele marchează finalul și punctează eșecul (de altminteri, ultimul dintre articolele mai sus citate se și intitulează *Faliment sanitar*) luptei pe care publicația noastră a dus-o constant și adesea vehement, pentru asigurarea unui loc prioritar în spațiul public medicului și medicinei deopotrivă. Intervențiile autorilor pe această temă se despart în două direcții comparabile ca pondere și susceptibile de întrepătrunderi permanente: raporturile cu spațiul politic (la limită chiar social în sensul cel mai larg al termenului) și raporturile cu administrația publică (în speță cu cea locală).

Primele dintre acestea decurg în mod cert din definirea extrem de largă și de atotcuprinzătoare a medicinei, în speță a igienei: medicul deține

„puterea socială [...] pe care nimic nu o egalează, pe care niciun alt factor public sau privat nu se învrednicește să o aibă. [...] Acțiunea medicilor? O, ea [...] trebuie să se întindă departe de tot până la realizarea mijloacelor de îmbunătățirea stărei unui popor întreg”¹⁷.

Rolul social al medicului vine din știința specială, a vieții, pe care el o deține și care în sine ar trebui să îi confere o poziție de autoritate: „Medicii prin cultura lor înaltă ar avea puțința să devie o adevărată putere în stat”¹⁸. Întrebarea pe care depozitarii acestei științe și-o pun, privește însă felul concret în care medicina și politica pot interfera:

„Este oare știința un instrument pentru a se folosi de ea cei care nu o posed spre a forma cu ajutorul ei puterea de stat sau știința este o putere de sine-stătătoare și dă dreptul la stăpânirea ei numai celui care o concepe? Munca intelectuală nu poate fi înțeleasă decât de un alt intelectual care se gândește la fel și care are aceleși cunoștințe. Ea nu se poate transmite ca o marfă de vânzare, căci pe când în capul celui care o concepe, ea este o putere divină, în capul unui neînțelegător devine o putere infernală.

¹⁶ Dr. Oricine, „Faliment sanitar”, *Călăuza ...cit.*, nr. 18, 1907.

¹⁷ „Acțiunea medicilor”, *Călăuza ...cit.*, nr. 5, 1900.

¹⁸ „Maxime și cugetări sanitare”, *Călăuza ...cit.*, nr. 3, 1903.

Și ce facem noi medicii? Am conceput puterea divină care poate forma vitalitatea omenirii și o predăm spre profanare, cea ce se chiamă executare, persoanelor străine, fie el ministru, fie vătășel¹⁹.

Puterea legislativă, la rândul său, suferă de aceeași incapacitate constitutivă de a pătrunde nevoile organismului social, căruia îi ignoră în totalitate componenta umană, vezi biologică:

„Principalul mijloc și pot zice unicul cu care se caută a se ameliora starea sanitară a țării este un specimen de legiferare, regulamentându-se toate văzutele și nevăzutele [...]. Chestiunea sanitară a țaranului nostru [...] fiind un rău adânc pătruns în viața intimă celulară a organismului țaranului nostru ea nu poate fi tratată prin mijloace externe artificiale și mai ales superficiale, de către orice om de stat, [...], ea nu poate fi nici cuprinsă măcar, necum rezolvată, de persoanele cari nu s-au mistuit îndeajuns în scrutarea tainelor vieții intime a organismelor vii²⁰.

Ceea ce medicii revendică, în raport cu puterile constituite ale statului, este recunoașterea lor drept unici specialiști care, în virtutea cunoștințelor lor științifice și a predictibilității pe care știința o presupune, sunt capabili să definească pe termen lung direcțiile prioritare de intervenție socială:

„Dar ceace medicii sanitari pot să săvârșească în mod perfect este puțința să studieze starea sanitară a țaranului și să prevadă urmările ei, căci numai ei sunt în măsură să deștepte capetele confuze, arătând calea pe care apucând putem ajunge la o ameliorare a acelei stări, cel puțin peste 20-25 de ani²¹.

Felul în care medicii se raportează la spațiul social estompează drastic apetitul lor partinic, în favoarea plasării lor în postura tehnocratului, liber de solidaritățile de partid sau de orice opțiuni programatice, altele decât cele proprii grupului său profesional. Autorii *Călăuzei sanitare* și publicul căruia aceștia i se adresează, sunt adepții unui fel de solidaritate națională, care trece dincolo de granițele de partid sau de interesele personale, fie ele și politice, ale guvernanților:

„Desbrăcați de orice interes personal și mai ales de orice pasiune politică, toți oamenii de stat, toți factorii statului în colaborare și în comun acord cu toți fruntașii țării vor trebui să lucreze neîntrerupt spre unul și același scop, prin punerea în executare a mijloacelor celor mai chibzuite pentru salvarea țărânilor²².

Ceea ce medicii sanitari își doresc cu tot dinadinsul, nu este o simplă consultare. Pârghiile prin care propunerile lor ar fi putut deveni realitate sunt de

¹⁹ „Chestiuni sanitare”, *Călăuza ...cit.*, nr. 4, 1903.

²⁰ *Ibidem.*

²¹ *Ibidem.*

²² Dr. Oricine, „Rezolvarea chestiei țărănești”, *Călăuza ...cit.*, nr. 9, 1906.

resortul politicii. Așa încât, la începutul anilor 1900, medicii decid să intre în politică. Dr. C. Vasiliu publica în 1905, sub titlul *Poziția socială a medicului*, rezultatele unei cercetări întreprinse de *British medical journal* pe această temă, precum și propriile considerente despre situația din România. Situațiile cele mai dificile erau în Spania și Italia, deși în cazul celei din urmă „s-au ridicat câțiva în ierarhia socială” (mai mulți senatori și un ministru).

„Corpul medical german nu ia o parte însemnată în conducerea afacerilor publice. [...] În Anglia medicul [...] nu joacă rol în politică, afară de ce privește colonizarea [...] În Statele-Unite [...] rolul politic al medicilor este aproape nul. În Franța corpul medical ocupă o situație de invidiat. Sunt mai mult de 4 miniștri, ce fac parte din profesiunea noastră, există și un mare număr de deputați, senatori, administratori coloniali, etc. Sunt medici prefecți, administratori financiari, etc. În România ca și în Franța nu ne lăsăm mai pe jos. [...] actualminte ca niciodată corpurile noastre legiuitoare numără un număr destul de mare de medici. Influența medicului e impunătoare în îndreptarea politică a țării”²³.

Făcând o scurtă paranteză, deloc lipsită de sugestii pentru cazul românesc, Franța reprezintă o situație aparte în apusul și centrul Europei. Implicarea politică a medicilor are o tradiție care coboară până la Revoluție. Fără a atinge vreodată cotele de reprezentare ale oamenilor legii, medicii sunt prezenți în structurile legislative revoluționare, deși nu se vor manifesta totuși niciodată de o manieră colectivă coerentă²⁴. Nici ulterior prezența medicilor în spațiul public și în spațiul politic nu s-a repercutat într-o implementare clară a medicinei publice în aparatul administrativ al puterilor locale sau al celei naționale. Față de ambițiile medicilor, realitatea, modelată de presiunile unei administrații puțin permeabile, e infinit mai nuanțată. Între centru și periferie tensiunile nu dispar decât prin negocierea permanentă a normei. Acestei administrații locale destul de independente, statul îi poate adresa recomandări, mai mult sau mai puțin intempestive, niciodată însă nu o poate constrânge. Este ceea ce Lion Murard și Patrick Zylberman au numit *statul incomplet/l'État incomplet*²⁵. Medicii de provincie, fie deținători ai unei diplome, dar în fapt trăind din proprietățile lor, fie foarte atașați intereselor locale ale clientelei lor, se opun unei politici sanitare prin excelență centralizatoare. Prezența lor importantă numeric în Parlament este o particularitate franceză; în timpul celei de-a treia Republici, Camera va număra între 44 și 72 de medici, iar Senatul între 15 și 47, în timp ce în Camera italiană nu sunt decât 23 în 1897, în Reichstag 10 în 1887, 6 în 1893 și în 1902, în Camera Comunelor 11 și în

²³ Dr. C. Vasiliu, „Poziția socială a medicului”, *Căluza ...cit.*, nr. 23, 1905.

²⁴ Jacques Leonard, *La médecine, entre les savoirs et les pouvoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^e siècle*, Ed. Aubier Montaigne, Paris, 1981, pp. 17-18.

²⁵ Lion Murard, Patrick Zylberman, *L'hygiène dans la République...cit.*, p. 124.

Senatul american ²⁶. Adesea însă medicul de țară (41% dintre medicii parlamentari) nu e medic decât cu numele și se reconvertește lesne în primar sau în consilier general²⁷. Poziția socială a medicului de țară francez, proprietar sau liber profesionist, diferă însă fundamental de cazul românesc, unde avem a face în proporție covârșitoare cu medici funcționari.

Prima prezență semnificativă a medicilor în Parlamentul României este semnalată la rubrica *Informațiuni* din nr. 2 / 1901:

„Niciodată de când avem corpuri legiuitoare n-au pătruns în ele atâția doctori în medicină, atât ca număr cât și ca calitate, [...] pentru ca chestiunile sanitare ale țării să găsească sprijinitori pe cât de firești, pe atât de puternici și sinceri”²⁸.

Era vorba de 15 medici la Senat și de un număr considerat semnificativ, dar neprecizat, la Cameră. În 1905, revista publică din nou numele reprezentanților domeniului medical în noile corpuri legiuitoare (la Senat 5 medici și un farmacist, iar la Cameră 9 medici)²⁹, dar constată în egală măsură că implicarea politică a medicilor a fost departe de așteptările breslei: „Să se noteze că de pildă, medicii au pătruns în Camerele de la 1901 în care fie zis în treacăt nu s-au ilustrat decât prin o activitate nulă”³⁰. Aceeași notiță consideră important să se acorde atenție și structurii corpurilor legiuitoare pe meserii, dar cel care a alcătuit-o mărturisește că nu a găsit date decât pentru anul 1901, când medicii ocupau poziția 6 la Cameră, penultima (după avocați, proprietari, profesori și oameni de știință, comercianți, ingineri, dar înaintea militarilor) și poziția 4 la Senat (după proprietari, avocați, profesori și oameni de știință, dar înaintea episcopilor, militarilor, inginerilor și comercianților)³¹. În 1907, medicii pătrund din nou în Parlament, dar „lucrul lor pentru profesiunea medicală (nu vrem să judecăm) și pentru votarea legii sanitare a rămas mereu problematic, cel puțin până acum”³². În Senat intraseră 7 medici, iar în Cameră 8 medici și un farmacist³³.

Prestația nesatisfăcătoare a medicilor parlamentari, cel puțin în ochii celor care își publicau părerile în rândurile *Călăuzei sanitare*, a avut credem, cel puțin un aspect pozitiv legat de delimitarea mai clară și evident mai apropiată de adevăr, a rolului medicului în spațiul public și de cantonarea domeniului medical în propriul spațiu de acțiune socială, atenuând pretențiile de

²⁶ *Ibidem*, p. 218.

²⁷ *Ibidem*, p. 219.

²⁸ „Medicii în corpurile noastre legiuitoare”, *Călăuza ...cit.*, nr. 2, 1901.

²⁹ „Reprezentanții națiunii, structura corpurilor legiuitoare pe meserii”, *Călăuza...cit.*, nr. 4, 1905.

³⁰ *Ibidem*.

³¹ *Ibidem*.

³² „Medicii noștri în Parlament”, *Călăuza ...cit.*, nr. 11 și 12, 1907.

³³ *Ibidem*.

universalitate pe care le induseseră definițiile exhaustive ale igienei, dar afirmând o responsabilitate profesională bine conturată și pusă în relație cu toate celelalte domenii de intervenție socială:

„Medicul este dator să facă ceace atârnă de el. [...] Însă ceace atârnă de el este remediul medicinal, nu și cel social și economic, deci atâta vreme cât cel din urmă nu însoțește pe cel dintâi nu vom avea decât vindecări individuale și timpurare de boale. [...] pentru distrugerea factorilor de insalubritate [...] trebuesc concentrate toate puterile Statului: administrație, finanțe, justiție, învățatură, remedii sociale într-un cuvânt”³⁴.

Această delimitare a medicinei în spațiul social este rezultatul unor evoluții în timp care țin de poziția medicului în raport cu administrația locală mai ales, dar și de rezistența latentă opusă de aceasta din urmă tentativelor de modernizare sanitară imaginate și legiferate la centru, dar eludate cel mai adesea în teritoriu. De asemenea, credem că ea este ecoul unui clivaj treptat, dar consistent, în interiorul corpului medical, soldat cu polarizarea acestuia. Între medicii de la centru, de multe ori somități științifice, ocupanți ai funcțiilor înalte din administrația sanitară a țării, profesori ai facultăților de medicină, adesea cumulând toate aceste posturi și medicii din teritoriu, birocratizați excesiv, excedați de problematica medicală cu componentă socială acută și confrunțați cu o poziție subalternă față de autoritățile locale și cu imposibilitatea, în condițiile societății românești, de a profesa în condiții reale de liberă practică, distanțele devin colosale. Vom trata în continuare aceste două aspecte distincte, dar nu disjuncte.

Primul dintre ele, deloc lipsit însă de repercursiuni asupra celui de-al doilea, este poziția medicului în raport cu administrația, cu cea locală în speță. Apărut ca profesionist al spațiului public în statul român premodern și modern adesea din inițiativa și întotdeauna cu sprijinul acestuia, medicul devine „auxiliarul tehnic al administrației”³⁵, așa cum îl consideră de altfel și *Călăuza sanitară*.

Două sunt însă piedicile de căpătâi pentru stabilirea unei relații armonioase între medici și administrațiile locale, confuzia între sănătate publică și igienă (adesea deloc inocentă în determinările ei față de imperativele politice imediate de care administrațiile sunt legate) și poziția strict consultativă a medicului. Administrațiile sunt mai atașate, urmând tradiția românească a îngrijirii gratuite a bolnavilor săraci, dar și logica raportului costuri materiale-beneficii electorale, de aspectele curative de medicină, în dauna celor preventive de igienă: „Administrațiunile publice fac destule sacrificii pentru căutarea bolnavilor, dar foarte puține pentru prevenirea boalelor”; plata moașei, a medicului sau întreținerea spitalului de plasă sunt trecute în buget, „dar nu sunt

³⁴ Dr. Oricine, „Ce poate medicul”, *Călăuza ...cit.*, nr. 11 și 12, 1907.

³⁵ „Maxime și cugetări sanitare”, *Călăuza ...cit.*, nr. 3, 1903.

alocați bani pentru realizarea unor puțuri cu apă potabilă pentru oameni și animale sau pentru desecări acolo unde ar fi cazul”³⁶. Și dr. I. Ștefănescu nu ezită să arate că în această direcție beneficiul investițiilor nu poate fi calculat decât pe termen lung, „roadele acestor progrese nu pot fi imediate [...] ci generațiunea viitoare se va bucura de rezultatele muncii generațiunii actuale”³⁷. La nivel politic însă, acolo unde se coagulează voința și se stabilește decizia politică, responsabile pentru alcătuirea bugetelor și pentru destinarea banilor publici, primează beneficiul pe termen scurt, care pentru a fi materializat în scoruri electorale, trebuie să fie imediat vizibil. Într-o interpelare adresată Camerei Deputaților în 1906, dr. Thoma Ionescu amintește, refuzând însă să dea detalii concrete despre oameni și locuri (deși din sală se sugerase că ar fi fost vorba despre Craiova domnului Romanescu), „cazul unui fost primar al unui mare oraș din țară, al cărui consiliu comunal votase o sumă de două milioane pentru canalizarea orașului”, dar care „în loc să facă niște canalizări, a întrebuițat o bună parte la facerea unei grădini în centrul orașului”; la interpelarea unui medic, membru al consiliului comunal „știți care a fost răspunsul primarului? Canalele sunt subterane, ele nu se văd, iar grădina este pe sol și se vede; prin urmare am preferat o operă care să se vadă și deci meritul să-mi fie mai mare!”³⁸.

În aceeași logică politică a vizibilității imediate, modernizarea sanitară, incontestabilă la nivel formal, legislativ, ridică serioase semne de întrebare privind transpunerea ei în practică, prin aplicarea și aplicabilitatea legilor:

„Statul român urmând se înțelege pilda altor state mai înaintate în cultură și civilizație a căutat să se înzestreze de timpuriu cu [...] legea sanitară. [...] nu e destul să ai lege și regulamente, mai este nevoie și de aplicarea lor. [...] De altfel aplicarea și obsevarea insuficientă a legilor este un defect al moravurilor noastre, defect recunoscut de toți”³⁹.

Pe de altă parte, procesul de legiferare el însuși, dacă se înscrie numai în ordinea recuperării decalajelor formale față de statele recunoscute drept modele de civilizație, fără a ține cont de realitățile concrete, interne ale statului român, riscă să producă mai curând blocaje, decât eficiență în funcționarea sistemului sanitar:

„Legiferarea este în genere un rezultat al intereselor diferitelor clase sociale sau al diferitelor persoane privilegiate și nicidecum al evoluțiunii impuse de însăși legile naturale organice. [...] Nu poate deci să existe un popor mai nenorocit decât cel care are legi necorespunzătoare gradului de dezvoltare culturală a lui, prin urmare

³⁶ Dr. I.S., „Prevenirea boalelor”, *Călăuza ...cit.*, nr. 2, 1899.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ Thoma Ionescu, „Starea sanitară a României”. Interpelare în Camera Deputaților, 27 ianuarie 1906, în Octavian Buda, *România fără anestezie, discurs medical și modernitate în vremea lui Carol I, 1872-1912*, Ed. Vremea, București, 2013, p. 353.

³⁹ Dr. I.S., „Aplicarea regulamentelor sanitare”, *Călăuza ...cit.*, nr. 4, 1899.

neexecutabile, litere moarte sau mai bine zis tot atâtea motive de corupțiune. Aceste motive de imoralitate publică se nasc în momentul în care cineva ajunge pe calea imposibilității de a-și îndeplini datoria prescrisă de lege”⁴⁰.

Ori, în opinia autorilor *Călăuzei*, ei înșiși medici cu atribuții de administrație sanitară, principalele piedici în funcționarea sistemului sanitar vin din felul însuși în care legea l-a conceput:

„Medicul funcționar în organisația statului nostru și în conformitate cu legile existente nu este investit cu nicio părțică din puterea pe care o are de pildă un prefect sau un primar sau un subprefect sau în fine orice alt agent administrativ. De aceea și acțiunea lui ca simplu funcționar nu poate da imediat roade”⁴¹.

În teorie, funcționarea sistemului sanitar se baza pe colaborarea dintre agenții acestuia și organele administrației locale: „Din organizația ce avem se vede însă limpede că îndeplinirea atribuțiilor personalului sanitar se află în strânsă legătură, ba chiar presupune îndeplinirea simultană a atribuțiilor agenților administrativi și a Consiliilor de igienă”; în practică însă, „se știe că de 15 ani de când se pune în aplicare legea sanitară, art. 175 [atribuțiile legate de sănătate publică și salubritate ale administrațiilor județene și comunale, n.n.] împreună cu altele a rămas puțin aplicat, în ceea ce privește pe organele Statului”, iar „Consiliile noastre de igienă figurează numai cu numele”⁴². Rolul strict consultativ rezervat medicului la nivel local, îl plasează pe acesta într-o poziție subalternă față de reprezentanții administrației. Această situație vine însă în contradicție flagrantă și în egală măsură frustrantă cu rolul social pe care medicii înșiși și-l atribuiau lor și domeniului lor de activitate:

„Rolul medicului este important și delicat în același timp, față de binele obștesc recunoscut de toți și de progresul țării: ca funcționar, ca profesionist, medicul este la dispoziția publicului ori în ce moment [...] Ca salar medicul e pus pe o treaptă mult mai joasă față de mulți funcționari publici, cu titluri și cu o importanță mult inferioară medicului [...] Ca parte morală cine nu știe cât de puțin se sinchisesc puternicii zilei de vocile autorizate ale distinșilor medici din capul diferitelor instituțiuni sanitare. Ca funcționar medicul e pus sub tutela Eforiilor, a Epitropiilor unde considerațiile politice dau tonul și a administrației, exceptând pe cea sanitară, cu prefect, primar, inspector comunal, etc. Cu alte cuvinte a celui mai șubred aparat din organismul statului, unde nicio umbră din progresele civilizației n-a pătruns încă”⁴³.

Între medic, care se consideră pe sine cel mai titrat dintre profesioniștii spațiului public („cetățeanul cel mai cult, cel mai folositor și cel mai devotat

⁴⁰ „Chestiuni sanitare”, *Călăuza ...cit.*, nr. 4, 1903.

⁴¹ „Acțiunea medicilor”, *Călăuza ...cit.*, nr. 5, 1900.

⁴² „Legea sanitară”, *Călăuza ...cit.*, nr. 2, 1906.

⁴³ Dr. Bocescu, „Starea actuală a medicului”, *Călăuza ...cit.*, nr. 9 și 10, 1907.

omenirei”⁴⁴, dr. I. Ștefănescu), cu o carieră justificată de ani îndelungați de studiu și de propriile competențe și reprezentanții administrațiilor locale, a căror poziție este rezultatul unor negocieri politice, se creează o falie peste care punțile, departe de a fi o regulă, sunt mai curând excepții. Un excelent pamflet, *Sfaturi practice noilor medici de plasă*, semnat „Un medic din Tecuci”, pornește de la premiza că „Medicul nu are putere executivă. El ordonă și administrația execută. Când sosiți în comună nu întrebați de primar căci e dus totdeauna la o ‚cercetare’. [...] Mulțumiți-vă de a fi însoțiți la inspecția satului de ... vizitiul dvs.”, punându-i în continuare în gardă pe mai tinerii și neexperimentații săi confrăți: „Totdeauna să vă interesați din care colegiu face parte primarul și de cine e cunoscut”⁴⁵. Într-un cu totul alt registru, dr. Al. Manolescu, medicul plășii Siret (jud. Botoșani), unde funcționa din 1894, mărturisea într-un articol din 1907:

„Mi-am luat în serios rolul de medic sanitar, funcțiune socotită ca a cincea roată la car de cei mai mulți administratori județeni. [...] Eu cunosc colegi cari ar avea a se plânge de manierele unor prefecti în relațiile lor cu medicii. Și aceasta nu atât în hatârul medicilor, ci pentru prestigiul funcțiunii și a rolului social ce are medicul. Medicii știu cât prețuește omul ca om, sunt deprinși cu ingratitudea și mai știu că prefect poate ajunge oricine care are *rutina electorală* [subliniat în text, n.n.]. Titlu nu se cere”⁴⁶.

Dincolo de diferențele culturale evidente dintre medici și administratorii locali, pozițiile lor rămân dificil de conciliat pentru că interesele celor din urmă răspund unei logici politice și electorale puțin permeabile la comandamentele igienico-sanitare primite adesea de public cu reținere sau chiar ostilitate. Dr. Ctin. Macri, medic de circumscripție în jud. Covurlui scria la 1904:

„Dacă obligațiunile puse primăriilor nu se îndeplinesc, dacă legea alinierei satelor nu se aplică, dacă izolarea nu se face conștiincios, este că primarul și subprefectul vor să rămână niște funcționari agreeți de popor, să aibă partizanii dlor., să-și facă interesele fiecare pe ale sale; mai bine preferă să fie amendați sau înlocuiți, decât să se pună rău cu oamenii. Sunt mai mult oameni politici, unul în sat, celălalt în plasă”⁴⁷.

Pe de altă parte, cum aplicarea măsurilor sanitare recomandate de medici revine prin lege prefectilor și primarilor, în practica administrativă se insinuează riscul transformării acestora în arme electorale. Dr. Glineanu, medic într-o comisie pentru studiul industriilor insalubre, afirmă datoria statului de a se implica în protecția muncitorilor, dar atrage atenția asupra pericolelor

⁴⁴ Dr. I.S., „Desrobirea”, *Călăuza ...cit.*, nr. 18, 1901.

⁴⁵ „Un medic din Tecuci”, „Sfaturi practice noilor medici de plasă”, *Călăuza...cit.*, nr. 15 și 16, 1907.

⁴⁶ Dr. Al. Manolescu, „De la țară”, *Călăuza ...cit.*, nr. 4, 1907.

⁴⁷ Dr. Ctin. Macri, „Medicul în județul Covurlui”, *Călăuza ...cit.*, nr. 5, 1904.

politizării măsurilor de control a protecției sociale, prin transformarea lor într-o formă de presiune electorală:

„Statul e de drept obligat a veghea la securitatea lor [a lucrătorilor, n.n.] [...]. Dar ne temem că și în asemenea chestiuni se va face politică, cum se face de toți și cu toate în țara noastră și atunci inspectorul se va deranja cât mai rar de a veni prin fabrică. [...] Am observat adeseori că în ajun de alegeri pentru Cameră și pentru Senat mulțime de fabrici și mai ales de mori devin nereglementare, iar Consiliile de igienă hotărăsc după împrejurări și cu o ușurință și seninătate de cuget extraordinară, închiderea și mutarea a multora din ele [...] după ce cu puțin timp înainte îi dăduse permisiunea și găsisse că distanța era perfect reglementară. [...] Cunosc județe unde fabricile ar trebui construite pe roțile ...”⁴⁸.

Absența puterii executive a medicului în raport cu administrația locală este agravată de lipsa de autonomie financiară a serviciului sanitar:

„Pentru ce funcționarul sanitar, în exercițiul funcțiunii lui, [...], trebuie să meargă să se milogească înaintea unui consiliu de persoane, foarte cumsecade de altfel, dar a căroră competență nu intră deloc în cadrul nici al medicinei preventive, nici al celei curative; și totuși acest brav consiliu să-l vezi cum discută, chibzuește, judecă, *decide fără drept de apel* [subliniat în text, n.n.] modul cum trebuie înzestrat un spital, de fondurile cu cari să se plătească personalul sanitar, de suprimarea unui medic”⁴⁹.

La toate acestea se adaugă slaba finanțare a serviciului sanitar în raport cu alte servicii ale statului. O notiță inserată la *Informațiuni* în nr. 23 / 1904 arăta „cât cheltuiește statul singur, fără județe și comune, pentru serviciul sanitar al țării în comparație cu alte servicii importante ale ei [...] după o medie stabilită pe zece ani în urmă”⁵⁰; sumele cele mai mari sunt înregistrate la Ministerul de război, Direcția poștelor și telegrafului, hârtia de țigări, Direcția administrației județelor și tribunalele; sumele alocate sistemului sanitar sunt comparabile cu cele alocate învățământului superior, ambele ceva mai mari decât cele destinate *Monitorului oficial*, Direcției închisorilor, prefecturii capitalei, vânilor sau judecătoriilor de ocoale. Pentru autorul notiței respective, investiția semnificativ mai mică a statului în domeniul sanitar (prin comparație cu poșta, telegraful sau hârtia de țigări) se explică prin faptul că cel dintâi nu aduce venituri statului, așa cum se întâmplă în cazul celor din urmă; „serviciul sanitar face să încaseze sănătate a cărui apreciere ca echivalent în monedă sunătoare scapă evaluării financiarilor și administratorilor noștri”⁵¹.

Atașarea medicilor de organele administrației, fie și ca auxiliar tehnic al acestora, tradiția îngrijirilor medicale gratuite și sărăcia excesivă din mediul

⁴⁸ Dr. Glineanu, „Industria insalubre”, *Călăuza ...cit.*, nr. 24, 1906.

⁴⁹ Dr. I.S., „Desrobirea”, *Călăuza ...cit.*, nr. 18, 1901.

⁵⁰ „Serviciul sanitar”, *Călăuza ...cit.*, nr. 23, 1904.

⁵¹ *Ibidem*.

rural mai ales, care face imposibilă constituirea unei clientele reale, aducătoare de venituri pentru medic, au contribuit semnificativ la funcționizarea medicului, mai cu seamă a celui din teritoriu, la limitarea drastică a perspectivelor de dezvoltare a carierei medicale în regim de liberă practică și în cele din urmă, la polarizarea corpului medical în două segmente cu interese și poziții divergente, medicii de la centru și cei din teritoriu. Deja la 1900, o notă la rubrica *Informațiuni* compara raportul medic/numărul de locuitori între Viena și București (1/692, respectiv 1/1000) pentru a constata că în ciuda decalajului evident, „în realitate însă tot sunt prea mulți doctori, deoarece căutarea gratuită este excesivă. [...] Noroc că cea mai mare parte din medici sunt funcționari, altfel ar trebui să renunțe la meserie”⁵². Câțiva ani mai târziu, în condițiile în care numai facultățile de medicină din țară produceau câteva zeci de licențiați anual (de exemplu 70 în 1906), situația părea să fi devenit îngrijorătoare:

„Ce vor face însă acești doctori noi [...] când statul nu va mai avea, precum nici nu mai are, alte funcțiuni pentru a le oferi ca mijloc de existență, iată ceea ce ne întrebăm [...] Proletariatul intelectual de la noi, stare socială deplorabilă, s-a lătit și în câmpul medical”⁵³.

În ciuda eforturilor statului de a pune stavilă funcționarismului, medicina se funcționarizase cu totul⁵⁴. Cauzele acestei deteriorări a statutului medicului sunt de căutat nu numai în condițiile sociale specifice lumii românești la vremea respectivă, ci în modul însuși în care fusese conceput sistemul sanitar de la noi:

„Cea ce la noi se cheamă funcționari sanitari nu sunt altceva decât medici practici cărora s-au încredințat funcțiuni sanitare. [...] Aceste funcțiuni nicăiri nu sunt pur sanitare, așa că medicul sanitar trebuie să fie și igienist și legist și chirurg și mamouș și oculist [...] și bun cancelarist și flexibil la coloana vertebrală pentru dnul. Primar, dnul. Prefect, etc.”⁵⁵.

Lipsa disocierilor clare în interiorul corpului medical, între diferitele categorii de atribuții pe care medicii le pot asuma, determină degradarea statutului economic al acestora, amenințându-le „orice situațiune mai independentă”, astfel încât nevoile lor pecuniare ajung să fie speculate „spre folosul politicianilor exploataatori”:

„Afară de puține excepțiuni corpul medical stă rău cu finanțele. [...] Danțul celulelor cerebrale în capul bietului medic e un fel de joc al ielelor în jurul onorariului. [...] Medicul sanitar, funcționarul care scârbit de înjosirea științei în fața clientelei

⁵² „Informațiuni”, *Călăuza ...cit.*, nr. 6, 1900.

⁵³ „Sporul medicilor”, *Călăuza ...cit.*, nr. 15 și 16, 1906.

⁵⁴ „Dispariția profesiunii medicale”, *Călăuza ...cit.*, nr. 19, 1904.

⁵⁵ Dr. Al. Tălășescu, „Chestiuni sanitare”, *Călăuza ...cit.*, nr. 7, 1903.

profane, renunță la practica privată a medicinei, rămâne și mai sărac, și mai asuprit. El, pus alături de medicul practician, nu este considerat ca magistratul alături de avocat, ci tot ca un avocat fără clientelă, așa că partea de oficialitate își are valoarea autorității pe care medicul o poate impune ca practician”⁵⁶.

Numai că practica medicală curativă, cea care în lipsa unor structuri distincte, nu numai că permite accesul la funcția sanitară, dar este și asociată acesteia, are valoare pecuniară diferită în mediul urban față de mediul rural. În ultimii ani de apariție, *Călăuza sanitară* se face ecoul unui conflict aparent destul de acut între medicii rurali, lipsiți de bani, de autoritate, de prestigiu și medicii din centrele universitare sau din reședințele de județ. El poate fi, în mod evident unul dintre aspectele concurenței profesionale, dar există voci care acuză specularea lui în folos politic și mai grav, lipsa de solidaritate între reprezentanții la vârf ai profesiei medicale, respectiv medicii parlamentari și masa medicilor rurali. Într-un drept la replică din 1905, dr. S. Dragoș scria:

„Dar când văd că în loc de discuțiune confrățească medicală se răspunde cu articole vehemente prin ziare politice, am înțeles ceia ce bănuiam. Am înțeles că marea familie medicală vădit este împărțită în două tabere: o parte sunt confracții de la sate și o parte sunt unii din cei de la orașe, sus-puși”

avertizând în continuare cu

„lupta ce se angajează de aci înainte între noi medicii de la comunele rurale cari căutăm să ne susținem și să ne apărăm interesele noastre și între unii confracți ai noștri, cari astăzi la orașe sus-puși, caută să ne piardă prin politică”⁵⁷.

Un an mai târziu același autor continua să scrie despre nemulțumirile confracțiilor săi, de această dată legate de modificările sistemului sanitar, în dezbatere la vremea respectivă, care ar fi dus, se pare, la sporirea sarcinilor medicilor din teritoriu:

„Legiuitorii au admis ca o lege să nu aibă sens retroactiv [...] La noi însă nu se petrece așa, deși aceasta ar fi normal și firesc. [...] Ți se specifică prin lege la intrarea în funcțiune: salariul este de atâta pe lună, îndatoririle îți sunt aceștia și drepturile acelelalte. Pe baza acestor lucruri hotărâte prin lege te angajezi. Deodată, după câțva timp, te pomenești că serviciul ți se mai adaugă, îndatoririle ți se mai înmulțesc prin noi legi, iar salariul tot prin alte noi legi ți se mai micșorează. [...] Ce fel de lege este aceea care nu se respectă o dată aplicată și o dată angajate servicii sub ea? Nu înseamnă aceasta un contract încheiat, dar nerespectat? Desigur că da”⁵⁸.

⁵⁶ *Idem*, „Casa de economie a corpului sanitar”, *Călăuza ...cit.*, nr. 21, 1905.

⁵⁷ Dr. S. Dragoș, „Interese profesionale”, *Călăuza ...cit.*, nr. 21, 1905.

⁵⁸ *Idem*, „Retroactivitatea legilor la noi”, *Călăuza ...cit.*, nr. 17, 1906.

Ori toate aceste legi trec prin Parlament, acolo unde și medicii își au reprezentanții lor, numai că aceștia par mai atenți la direcția politică a momentului, decât la interesele unei părți însemnate cantitativ a propriilor lor colegi de breaslă:

„Aici ar fi rolul confrăților cari ajunși în Parlament ar trebui să fină seamă și de aceste neajunsuri ale tovarășilor de breaslă. În timpul din urmă [...] s-a început mai în toate departamentele o mișcare favorabilă funcționarilor [măriri salariale în justiție și în învățământ, n.n.] [...] numai de medici nimeni nu zice nimic, numai pe ei nimenea nu-i bagă în seamă [...] Poate se gândește cineva că medicii au clientelă [...] ce poate să aibă un biet medic de plasă care este toată ziua pe drumuri, ori un medic în funcțiune în comună rurală, unde are a face cu clasele cele mai sărace, iar unde cei bogați fac din medicul funcționar sluga lor?⁵⁹”

Fără a intra într-o discuție despre măsura în care medicul parlamentar este condiționat în egală măsură de afinitățile politice care l-au propulsat în această poziție, de propriile sale opinii și experiențe despre organizarea sistemului sanitar în ansamblul său sau de solidaritățile de corp profesional, nu putem să nu remarcăm că numele medicilor implicați politic nu se regăsesc printre susținătorii *Călăuzei*, nici în calitate de autori, nici în calitate de subscripitori. Întrebarea legitimă care s-ar putea pune, este în ce măsură caracterul de reprezentativitate al medicilor parlamentari privește un proiect politic sau o solidaritate de corp. În această fază a cercetărilor, nu putem propune un răspuns, dar ceea ce putem spune cu certitudine este că pentru autorii și pentru publicul *Călăuzei sanitare*, solidaritatea de corp primează. De altminteri, nu sunt menționate niciodată orientarea sau susținerea politică a medicilor parlamentari, numai numele și numărul lor. Acest tip de abordare a implicării politice a medicilor este în perfectă concordanță cu definirea exhaustivă a medicinei drept un fel de sumă a științelor socialului și a medicului drept specialistul prin excelență al spațiului social. Există însă și un revers al medaliei. Amploarea și complexitatea spațiului social îi vor fi determinat finalmente pe medicii sanitari/igieniști să opteze pentru definirea propriului lor domeniu în cadrul științelor medicale și pentru delimitarea lui de problematica economică și socială globală. Asumarea orgolioasă a preeminenței medicinei în spațiul social, transfera medicilor responsabilități în fapt străine de propriile lor domenii de competență. Remediul medical se definește ca atare și se distanțează de cel social, economic sau cultural, cu care rămâne însă în strânsă interdependență.

Evoluția *Călăuzei sanitare și igienice* dă seamă de evoluția generală a dezbaterilor igienico-sanitare în spațiul public românesc. Ea prefigurează și explică modul în care la nivelul primului minister de resort (înființat în 1920), reprezentanții și simpatizanții mișcării eugeniste aveau să promoveze o cale

⁵⁹ *Idem*, „Educațiunea medicală a publicului”, *Călăuza ...cit.*, nr. 24, 1906.

către modernizare care combina politicile controlate de stat cu voluntariatul cetățenesc⁶⁰. Cât despre rolul medicului în acest model, „eugenistii doreau ca deciziile despre felul în care vor fi tratați indivizii să fie apanajul unei elite tehnocratice profesionale (în special cea a igieniștilor) în colaborare cu reprezentanții statului”⁶¹.

Prin *Căluza sanitară* mutările de accent de pe rolul individului, respectiv al educației igienice, care continuă să constituie totuși o temă importantă în economia articolelor publicate, pe rolul statului, dator să afle și să impună în practică soluții pentru îmbunătățirea stării populației, „tehnificarea” ocrotirii sănătății (în contextul progreselor bacteriologiei) și „tehnocratizarea” medicilor cu veleități administrative, afirmarea rolului medicilor și al medicinei în spațiul public și politic, trec de la nivelul elitelor din administrația medicală la nivelul medicilor și al personalului sanitar din teritoriu. Miza acestei popularizări este, credem, una dublă. Pe de o parte, ea contribuie la educația igienică în sens general a populației, pe de altă parte însă, are un rol deloc de neglijat în consolidarea la nivelul întregului corp medical, a unei solidarități specifice, axate pe paradigma preeminenței medicului în raport cu ceilalți profesioniști ai spațiului social.

⁶⁰ Maria Bucur, *Eugenie și modernizare în România interbelică*, Polirom, București, 2005, p. 28.

⁶¹ *Ibidem*, p. 33.