

THE LITERATURE OF ROMANIAN PNEUMOPHTHISIOLOGY IN THE 19TH CENTURY

Literatura pneumoftiziologiei românești în secolul al XIX-lea

Dr. Daniela Mihăilescu¹, Prof. Dr. Nicolae Marcu², Farm. Pr. Maria-Gabriela Suliman³

¹ Pneumologie Pediatrică, Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”, București, România

² UMF “Carol Davila”, București, România

³ SRIF, București, România

ABSTRACT

In this presentation there will be exhibited doctoral papers in medicine and surgery of the "current or old" internal physicians of the Civil Hospitals in Bucharest, of a battalion doctor, of a student of the medical-military boarding house, of an intern of the Colentina in the 19th century, with respect and gratitude to the teachers of the weather. With approaches to important subjects in the specialty, then, but now too. Well-trained and informed physicians both from literature and from the specialist, native experience and important achievements of the time.

The paper aims to present the significant contribution to the knowledge and medical experience of time, all of which are an important basis and contribution to what we are today in this specialty.

Keywords: pneumophthisiology, doctoral papers, 19th century

REZUMAT

În acest articol, sunt prezentate lucrări de doctorat în medicină și chirurgie ale medicilor “actuali sau vechi” interni ai Spitalelor Civile din București, a unui medic de batalion, a unui elev al internatului medico-militar, a unui intern al Spitalului Colentina în secolul XIX, cu abordări asupra subiectelor importante din specialitate de atunci, dar și de acum. Acești medici erau bine instruiți și informați atât din literatură, cât și din experiența de specialitate autohtonă și din realizările importante ale vremii.

Lucrarea își propune să prezinte aportul semnificativ al cunoștințelor și experienței medicale ale timpului, toate acestea reprezentând o bază și o contribuție importantă a ceea ce suntem astăzi, în această specialitate.

Cuvinte cheie: pneumoftiziologie, lucrări de doctorat, secolul XIX

INTRODUCERE. CONTEXTUL ISTORIC

Lupta cu tuberculoza, „boala secolului romantic”, era „socotită o suferință boemă, însoțitoare a iubirii într-o epocă în care a afla că ai tuberculoză echivala cu o condamnare timpurie la moarte”.

În anul 1888, numărul de decese în București ajungea la cifra de 1000, ceea ce ridica o grea problemă de soluționat pentru membrii Consiliului de Igienă și Salubritate Publică al orașului. A doua jumătate a sec. al XIX-lea a impus crearea și dezvoltarea unor pârghii instituționale care să facă față cerințelor de natură socială ale cetățenilor, de

constituire a unui aparat medico-sanitar în stare să răspundă agresiunii maladiilor și epidemiilor care, de cele mai multe ori, din cauza condițiilor precare de igienă și a tratamentelor necorespunzătoare aplicate de către persoane fără studii de specialitate, sporeau rata de mortalitate.

Un moment important a fost reprezentat de acțiunea curajoasă și energică a medicului francez, naturalizat în Principate, Carol Davila, care, după Unire, în colaborare cu medicii autohtoni Nicolae Kretzulescu și Iacob Felix, unifică serviciile sanitare civile și militare din noul stat în scopul coordonării centralizate și eficiente. Este vorba de fondarea,

Autor de corespondență:

Dr. Daniela Mihăilescu

E-mail: dr.mihaillescudaniela@gmail.com

în 1862, a Direcției Sanitare, cu sediul central la București, organizată prin fuziunea Comitetelor Sanitare din Moldova și Țara Românească.

În acest context, N. Georgescu, medic șef al Capitalei între anii 1892 și 1905, va propune Epitropiei Spitalului Brâncovenesc să doneze barăcile din Dealul Filaret pentru realizarea, măcar temporară, a unui spital destinat exclusiv tuberculoșilor.

În 1898, a fost înființat, doar pentru o scurtă perioadă, primul post de medic comunal specializat în treburile ftiziei (profilaxie, identificare, ameliorare), ocupat de doctorul D. Ținc, interesat îndeosebi de explorarea mediilor sărace, în care bacilul Koch găsea un teren propice dezvoltării.

La începutul secolului al XX-lea, în scopul combaterii problemelor de tuberculoză, a luat ființă primul cadru instituționalizat, Spitalul Filaret din București, care va activa întocmai ca o unitate de referință în domeniul profilaxiei și contracarării acestei maladii.

SCOP

Lucrarea își propune să prezinte lucrări de doctorat în medicină și chirurgie ale medicilor „actuali sau vechi” interni ai Spitalelor Civile din București, a unui medic de batalion, a unui elev al internatului medico-militar, a unui intern al Spitalului „Colentina” în secolul XIX, cu abordări asupra subiectelor importante din specialitate de atunci, dar și de acum.

LUCRĂRI PREZENTATE (aflate în biblioteca UMF „Carol Davila” București)

Corsin Ioan, 1885 – „Câte-va cuvinte asupra tuberculozei ganglionilor limfatici la copii”

Contribuție științifică: Adenitele tuberculoase și adenitele scrofuloase erau înglobate sub aceeași denumire de adenite tuberculoase; acestea, în absența unei complicații viscerale a tuberculozei, reprezintă o maladie ușoară; singurul tratament fiind extirparea [2].

Staiculescu G., 1886 – „Meningita tuberculoasă la copii”

Contribuție științifică: 1. Meningita tuberculoasă la copii putea să aibă prodrom și debut cu totul altul de cel descris de autorii clasici; din cauza simptomelor care existau și în alte afecțiuni, diagnosticul devenea foarte dificil, dacă nu chiar imposibil. 2. Mersul meningitei tuberculoase se asemena cu al unei meningite pur inflamatorii, cu mers lent. Erau utile antecedentele, uneori însă numai necropsia. 3. Prognosticul meningitei tuberculoase era aproape întotdeauna fatal, dar erau și cazuri de vindecare. 4. Vindecarea se făcea cu sau fără infirmități, fără a se putea preciza dacă era definitivă. Erau cazuri în care indivizi vindecați de meningita tuberculoasă au murit după 10-15 ani, tot de meningită tuberculoasă sau de tuberculoză pulmonară. 5. Singurele medicamente recomandate la acel moment erau Iodorul și Bromurul de

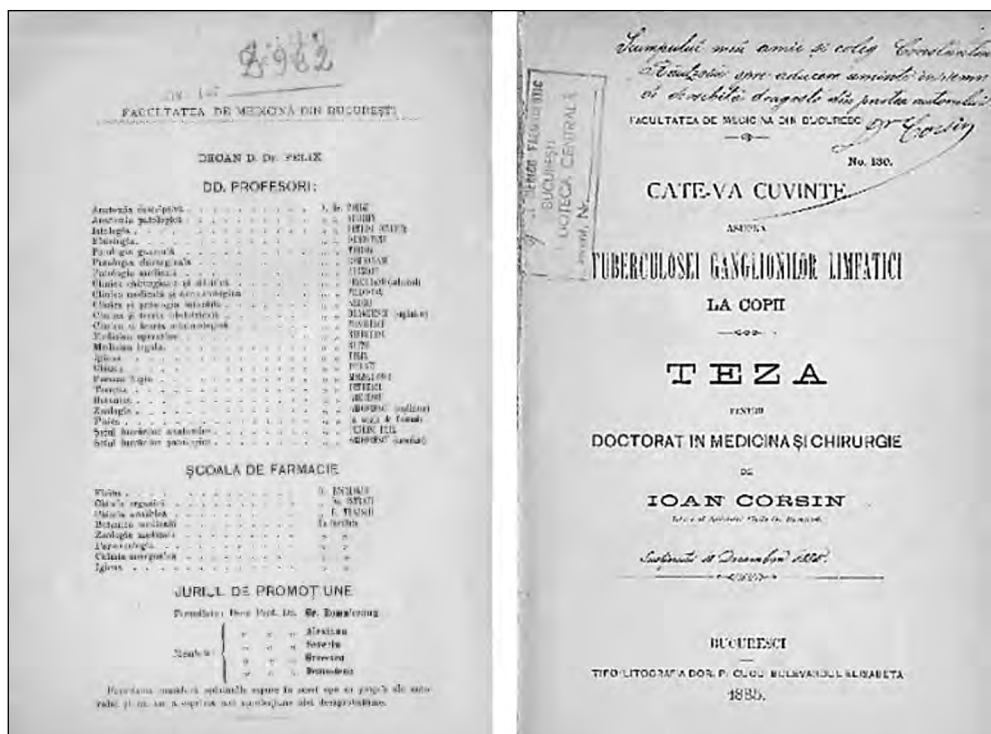


FIGURA 1. Lucrarea Dr. Ioan Corsin, 1885

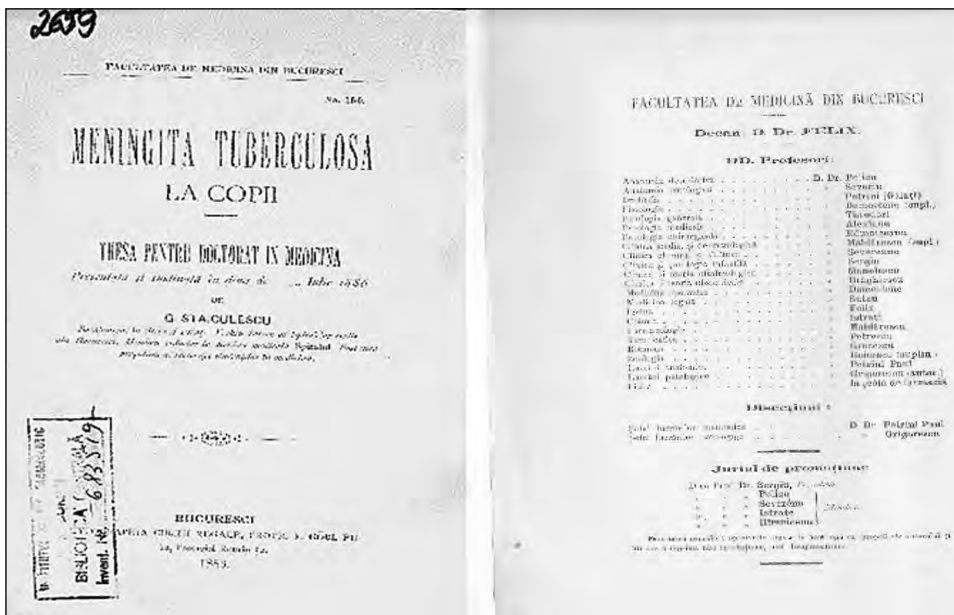


FIGURA 2. Lucrarea Dr. Staiulescu G., 1886

Potassium, în doză mare, dar și vesicatorile și purgativele [3].

Andrescu Vasile, 1887 – „Cercetări microbiologice asupra naturii absceselor peritoracice, dise tuberculoase“

Contribuție științifică: 1. Cazurile folosite în cercetări au fost abcese reci peritoracice bine caracterizate prin simptomele lor clinice. 2. Examenul microscopic al celor opt cazuri cercetate a demonstrat numai într-un singur caz prezența celulelor gigantice și a bacilului tuberculozei, iar în celelalte șapte a arătat absența acestor elemente. 3. În șapte cazuri, microscopia a arătat următoarele microorganisme: *Staphylococcus pyogenes aureus*, *Staphylococcus pyogenes citreus*; *Staphylococcus*

pyogenes albus; varietăți descrise de Rosenbacli. *Bacillus pyocyaneus*, descris de Gessart. Un alt microorganism nedescris până atunci aparținea genului *Mycobacterium*, care, după caracteristicile microscopice, după colorația ce o aveau coloniile sale în culturi pure și după produsul patologic din care fusese izolat, a fost denumit *Micrococcus pyogenes aureus*. 4. Prin inoculările pe animale, s-a constatat absența elementelor caracteristice tuberculozei. 5. Lipsa elementelor caracteristice tuberculozei în 7 dintre cele 8 cazuri a condus la concluzia că o bună parte dintre abcesele reci peritoracice nu erau tuberculoză. 6. În diagnosticarea absceselor reci, a declara o afecțiune tuberculoasă era o acțiune hazardată dacă nu era concomitentă unui examen microscopic afirmativ [4].

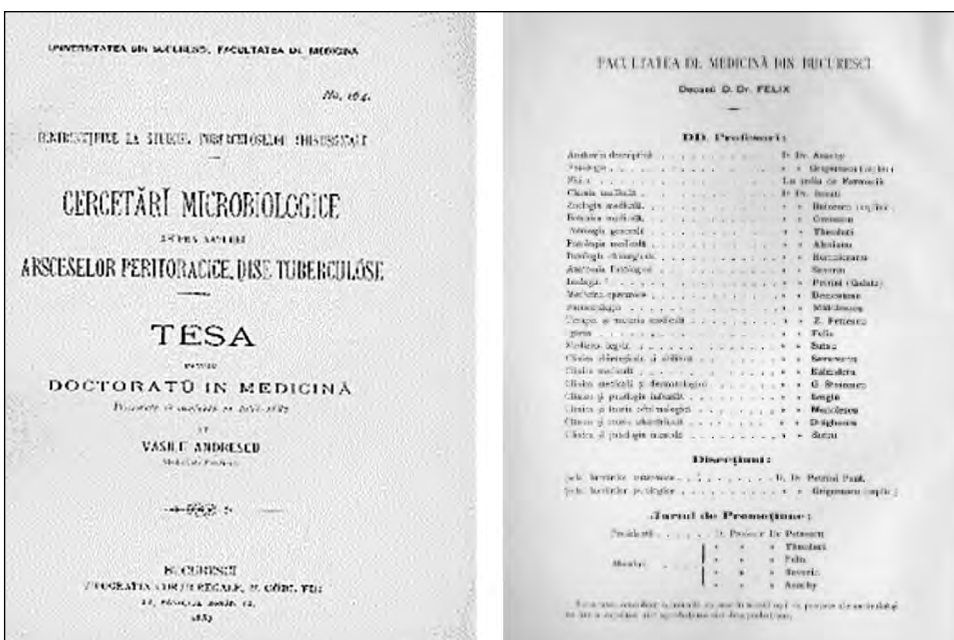


FIGURA 3. Lucrarea Dr. Andrescu Vasile, 1887

Basilescu E.I., 1887 – „Despre tuberculosa vezicală“

Contribuție științifică: Tuberculoza vezicală este primitivă sau secundară. 1. Cea secundară afecta bolnavii deja atinși de leziuni tuberculoase în alte organe și mai ales în plămâni. Cea primitivă era o localizare a tuberculozei care necesita o cauză favorabilă pentru a se putea dezvolta în acest organ. În multe cazuri, era o inflamație care făcea din vezică „locus minoris resistentise“. Tuberculoza vezicală era mai frecventă la om la vârste cuprinse între 15 și 40 ani. 2. Leziunile în tuberculoza vezicală aveau sediu inițial în mucoasa conului și a trigonului într-o stare mai înaintată de dezvoltare decât în restul organului și mai numeroase. Pe lângă leziunile specifice (granulațiuni grise, granulațiuni galbene și ulceratii), se mai găseau și leziuni obișnuite ale inflamației vezicale. 3. La început, tuberculoza se manifesta prin fenomene congestive și apoi inflamatorii. Micțiunile erau frecvente, imperioase, dificile, dureroase. Hematurile erau în general puțin abundente, se produceau la începutul afecțiunii și erau sub influența congestiei; ele nu se modificau prin repaus. Hematurile constau din firicele sanghinolente în depozitul purulent de la fundul vasului. Durerea era un simptom foarte important care se producea în timpul micțiunii, fiind provocată prin mișcări, presiune pe hipogastru, tușeul rectal sau vaginal, cateterism: nu se modifica prin repaus. Durerea era însoțită adesea de spasmul

regiunii membranoase și de contractura colului, cauza fiind iritația produsă prin leziunile tuberculoase din regiunea cervicală. Acest spasm se datora uneori retenției urinare. Incontinența era consecința retenției. Se producea prin regurgitare, frecvent era vorba de o falsă incontinență. Cantitatea urinei era, în general, normală dar putea să existe uneori o poliurie, alternativ cu urina limpede și urina tulbure. Forma primitivă putea fi lungă și frecvent cu perioade de acalmie de mai mulți ani. Forma secundară evolua mai repede cu suferințe mai mari ale bolnavului și grăbea spre o formă letală. Era un prognostic grav, mai repede sau mai târziu putând să invadeze alte organe precum rinichi, plămâni etc. Moartea survenea prin cașexie, tuberculoză pulmonară, generalizată sau prin uremie. 4. Diagnosticul necesita luarea în considerare a tuturor simptomelor, modul lor de apariție și cum se comportau, nu există un semn adevărat patognomonic de constatare a bacililor, dar prezența lor nu era mereu posibil de verificat. Antecedentele bolnavului, examenul toracelui și organelor genitale aveau mare valoare în punerea diagnosticului. Orice cistită spontană care se prelungea și rezista unui tratament era, în cele mai multe cazuri, o cistită tuberculoasă. 5. Tratamentul era medical; erau utilizate resurse variate: Medicație tonică și reconstituantă; Medicație calmantă. Tratamentul chirurgical era folosit în cazurile în care simptomele persistau terapiilor medicale, având ca scop suprimarea leziunilor vezicale; tratarea directă a leziunilor [5].

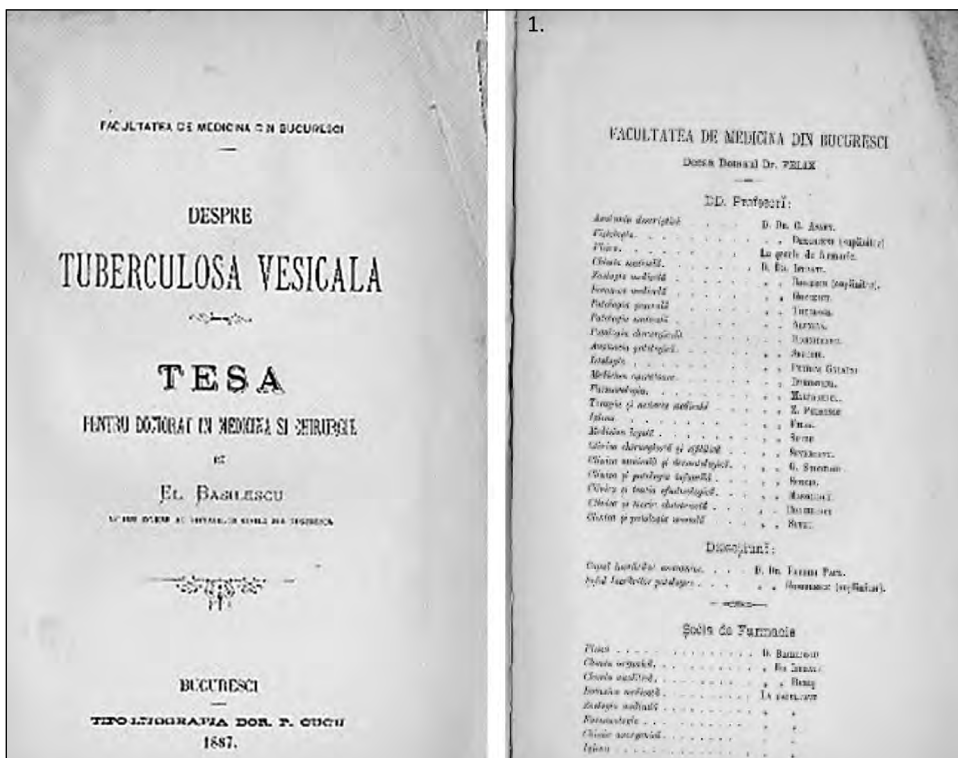


FIGURA 4. Lucrarea Dr. Basilescu E.I., 1887

Ioanid Constantin, 1891 – „Câte-va cuvinte asupra pleuresiilor serose în raport cu tuberculoza“

Contribuție științifică: 1. Pleurezia de natură tuberculoasă era regula generală. Pleurezia *a frigore* idiopatică era excepție. 2. Natura exsudatului nu indică în mod absolut natura pleureziei; în majoritatea cazurilor, lichidul seros se observă în pleureziile tuberculoase; purulența lichidului nu era un semn de tuberculoză. 3. Lichidul seros era mult mai frecvent în pleureziile tuberculoase față de cel purulent. 4. Pleurezia sero-fibrinoasă era întâlnită la începutul sau în cursul tuberculozei pulmonare. 5. Ea putea fi și primitivă, putea să rămână izolată sau să constituie singura manifestare a tuberculozei. 6. La începutul tuberculozei pulmonare sau înaintea apariției semnelor fizice, putea fi abundentă, având toate aparențele pleureziilor *a frigore*; era puțin abundentă, manifestă, evidentă în perioadele mai înaintate. 7. Prognosticul imediat al pleureziei sero-fibrinoase zise *a frigore* era în genere benign, cel îndepărtat rămânea foarte rezervat [6].

Vellan I., 1894 – „Despre amyotrofiile precoce consecutive pleuresiei acute și pneumoniei“

Contribuție științifică: 1. În cursul unei pleurezii acute și chiar al unei pneumonii, se putea observa atrofia mușchilor peretelui toracic. Această atrofie era precoce, așa că zece zile de la debutul maladiei erau suficiente în unele cazuri ca să fie manifestă.

2. În general, debutul era brusc, rapid, fără fenomene subiective și putea interesa toți mușchii toracici de partea bolnavă, fără a cruța câteodată nici delto- idul corespunzător. În privința acestei distribuții, nu există nicio regulă și puteau fi întâlnite asocieri. 3. Nu se putea stabili nicio relație între intensitatea procesului morbid și apariția lor pentru că pleureziile cu reacții inflamatorii minime puteau fi însoțite de amiotrofii destul de evidente. De asemenea, nu era imposibil să se stabilească exact condițiile care determinau diferențe contradictorii, asta cu toată minuțiozitatea cu care au fost examinați bolnavii. Nu s-a putut să reiasă măcar acele predispoziții ner- voase, ereditare sau dobândite, care erau mult evo- cate în aceste împrejurări. 4. Leziunile anatomopa- tologice care au fost găsite constau în: atrofii simple ale ramurilor mici nervoase însoțite de dispariția mielinei și de o fragmentare și umilare neregulată a segmentelor interanulare; o dezintegrare parte gra- nuloasă, parte grăsoasă a mielinei și o proliferare a nucleilor diferitelor teci, atât interne, cât și externe. Din punct de vedere muscular, s-a constatat: starea hialină a fibrelor, proliferarea nucleilor sarcolemu- lui și a țesutului interfascicular, în inegalitate mare de volum a fibrelor, semnele unei iritații destul de evidente. Existau și regiuni destul de întinse unde fibrele erau normale și cele alterate erau găsite în vecinătatea unor părți în care vasele mici arătau semnele unei proliferări din jurul lor și chiar a en- doteliului lor. În toate aceste regiuni, era găsită o atrofiere remarcabilă a țesutului grăsos care contri-

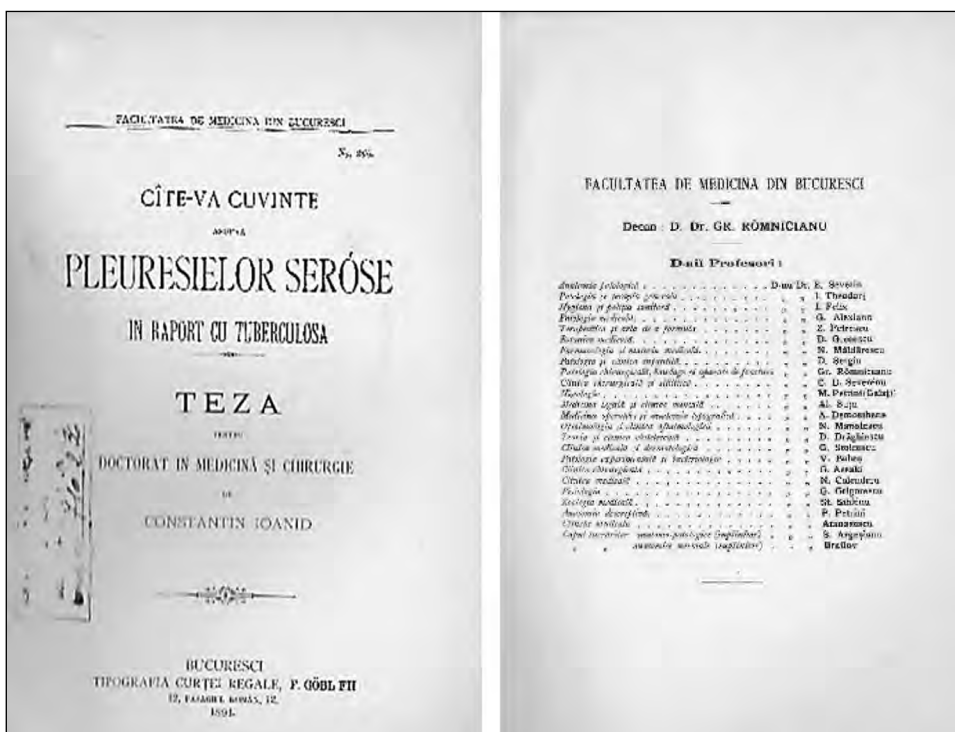


FIGURA 5. Lucrarea Dr. Ioanid Constantin, 1891

buia mult la micșorarea de volum a masei musculare. 5. Teoria patogenică cea mai acreditată era cea reflează; nu putea fi negată nici influența propagării inflamației pe cale vasculară, teorie propusă de Prof. Dr. V. Babeș și bazată pe leziunile anatomo-patologice găsite la 2 indivizi. 6. Nu a putut fi constatată niciodată reacția de degenerescență propriuzisă. Într-un singur caz, a fost găsită modificarea parțială, iar în toate celelalte o modificare simplă cantitativă atât a excitabilității faradice, cât și a celei galvanice. 7. Prognosticul în general părea favorabil și, deși existau chiar vindecări spontane, totuși, tratamentul nu trebuia neglijat. Mijloacele cele mai recomandate erau disațiunea și stricnina sub orice formă la interior [7].

Cimpeanu M., 1896 – „Studiul analitic asupra diferitelor tratamente în tuberculoza ganglionară cervicală”

Contribuție științifică: 1. Tratamentul local extern, asupra ganglionilor nesupurați, își avea rațiunea sa, întrucât se dorea combaterea unei exacerbări inflamatorii acute sau a unei inflamații periganglionare, dar nu se putea pretinde mai mult. 2. Injecțiile intraganglionare cu oleiți sau glicerina iodoformată și cu naftol camforat au dat câteodată rezultate bune, dar acțiunea lor era foarte des infidelă. 3. Extirparea ganglionilor cervicali trebuia condamnată, căci era mereu incompletă și ineficace și foarte des primejdiuoasă prin rezultatele ei depărtate. 4. Incizia abceselor ganglionare și răzuirea eventuală a unor fungosități, ce erau prezente în

plagă, erau recomandate pentru că ajutau la eliminarea unor produse ce nu se puteau resorbi. 5. Pansamentul ulcerelor și fistulelor ganglionare trebuia făcut cu diferite antiseptice, alternativ întrebuințate. Cele mai preferabile erau: eterul iodoformat, balsamul peruvian, oleiul gaiacolat și clorura de zinc. Cu întrebuințarea lor alternativă, pentru că ajută mai bine cicatrizarea. 6. Nu există niciun tratament specific contra adenopatiilor tuberculoase, precum nu există niciunul contra tuberculozei, în general. 7. Un tratament rațional, în care tratamentul general să predomine, părea a fi cel mai eficient. Deci, trebuia pus bolnavul în condiții igienice cât mai perfecte, să-i asigure un aer sănătos și chiar medicamentos, precum cel marin, o alimentație bună, hidroterapia și alte mijloace multiple care să îmbunătățească starea generală printr-o medicație rațională. Atunci, de multe ori, afecțiunea se vindeca de la sine, dar, dacă interveneau prin vreunul dintre mijloacele de mai sus, aveau garanția unui succes persistent [8].

Ditzulescu Firu, 1897 – „Tratamentul pneumoniei acute la adulți prin baia rece”

Contribuție științifică: 1. Pneumonia, boala infecțioasă și infectantă, nu avea tratament specific. Nu putea fi tratată boala, se mulțumeau a îngriji pe bolnav, punându-l în condiții favorabile pentru a duce la bun sfârșit greutatea bolii. Era folosită medicație simptomatică, combătând sau prevenind simptomele bolii. 2. Indroterapia constituia singura indicație, prin proprietățile sale multiple, un trata-

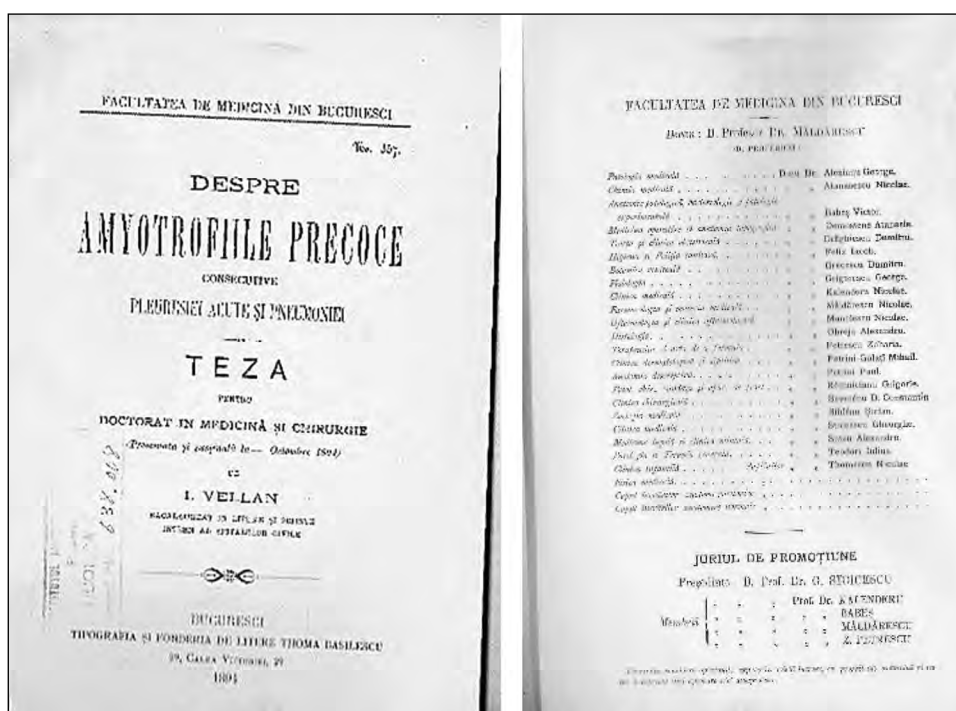


FIGURA 6. Lucrarea Dr. Vellan I., 1894

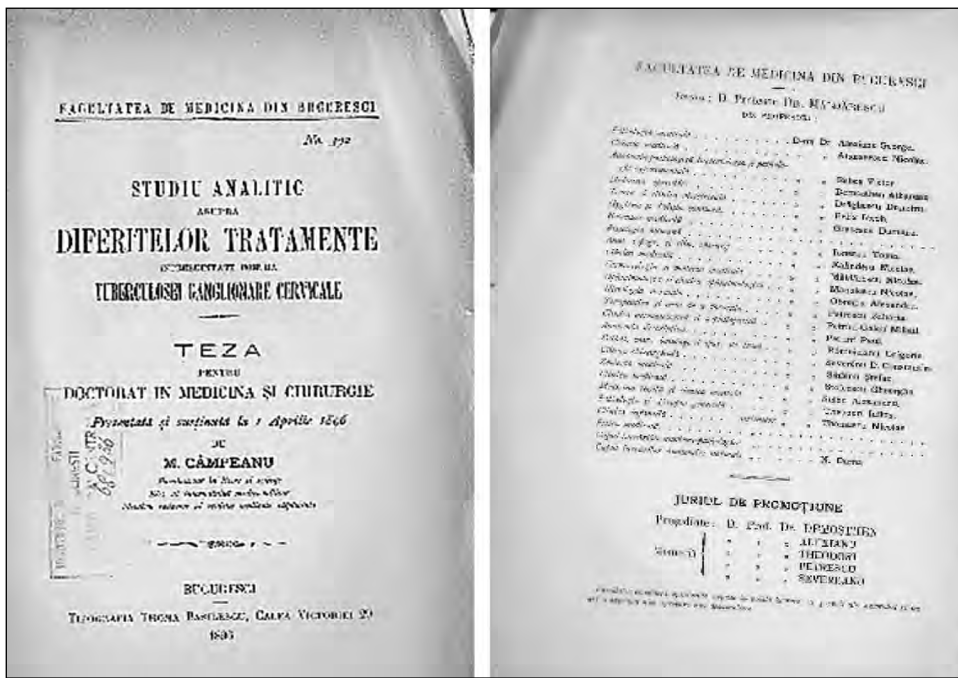


FIGURA 7. Lucrarea Dr. Cîmpeanu M., 1896

ment practic și rațional. 3. Toate cazurile de pneumonii acute erau susceptibile de tratament idric, cu excepția situației în care starea mușchiului cardiac și a vaselor sanguine, cu sau fără o tate prea înaintată a bolnavului, nu constituia o contraindicație a medicației refrigerante, cu toate că, prin întrebuințarea tonicelor și stimulamentelor, puteau fi prevenite posibile accidente. 4. Instituită de la începutul bolii, baia rece lucra nu numai ca antitermic dar îndeplinea și profilaxia fenomenelor generale, precum și a

insuficienței cardiace. 5. Ciclul pneumoniei nu era influențat. Baia rece nu oprea dezvoltarea bolii, defervescența se făcea de obicei între a 5-a și a 7-a zi, foarte rar peste această dată. Rezoluția epatasiunii pulmonare nu numai că nu era întârziată, dar părea a se efectua cu oarecare rapiditate și complet, într-un timp relativ scurt. 6. Băile reci aveau avantajul că, îndeplinind indicațiile de mai sus, scurtau foarte mult perioada de convalescență, restabilirea bolnavului făcându-se destul de repede [9].

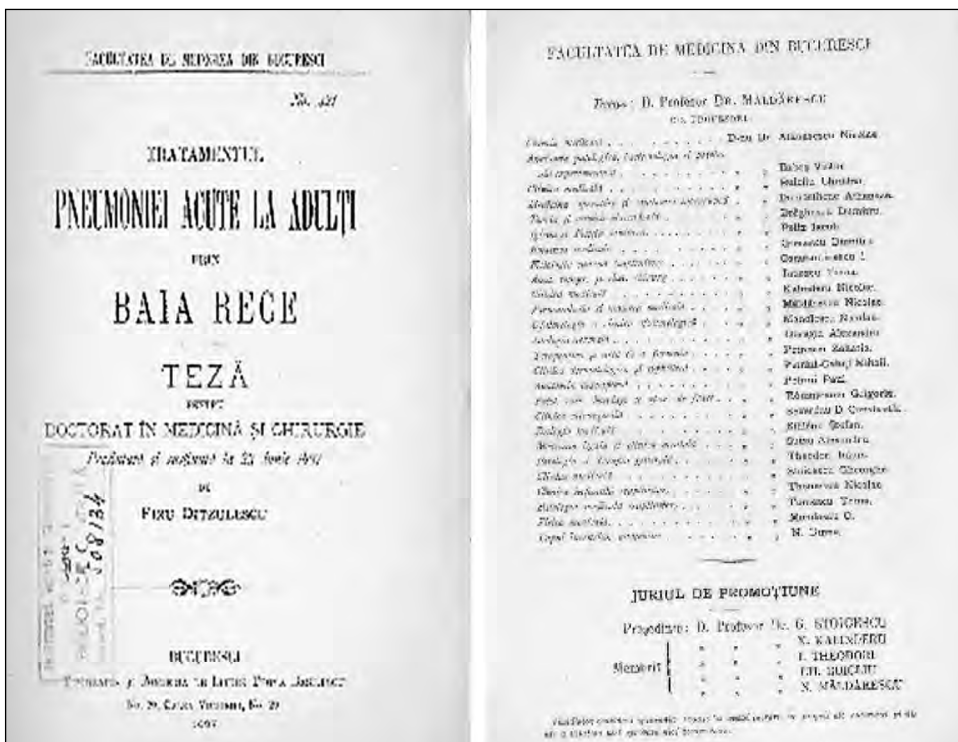


FIGURA 8. Lucrarea Dr. Ditzulescu Firu, 1897

Berman M. Iosef, 1898 – „Contribuțiuni la studiul tratamentului peritonitei tuberculoase prin laparotomie“

Contribuție științifică: 1. În peritonita tuberculoasă, indiferent de varietate, era justificabil un singur tratament: laparotomia. 2. Practicată după regulile antisepsiei și asepsiei, pericolele pentru laparotomie erau nule. 3. Deschiderea cavității ab-

dominale constituia elementul esențial al terapiei chirurgicale. 4. Rezultatele obținute prin tratamentul chirurgical făceau să fie preferat mijloacelor medicale, care doar completau intervenția chirurgicală. 5. Modul de acțiune al laparotomiei în vindecarea peritonitei tuberculoase nu se cunoștea încă. 6. Experiențele pe animale au confirmat eficacitatea laparotomiei [10].

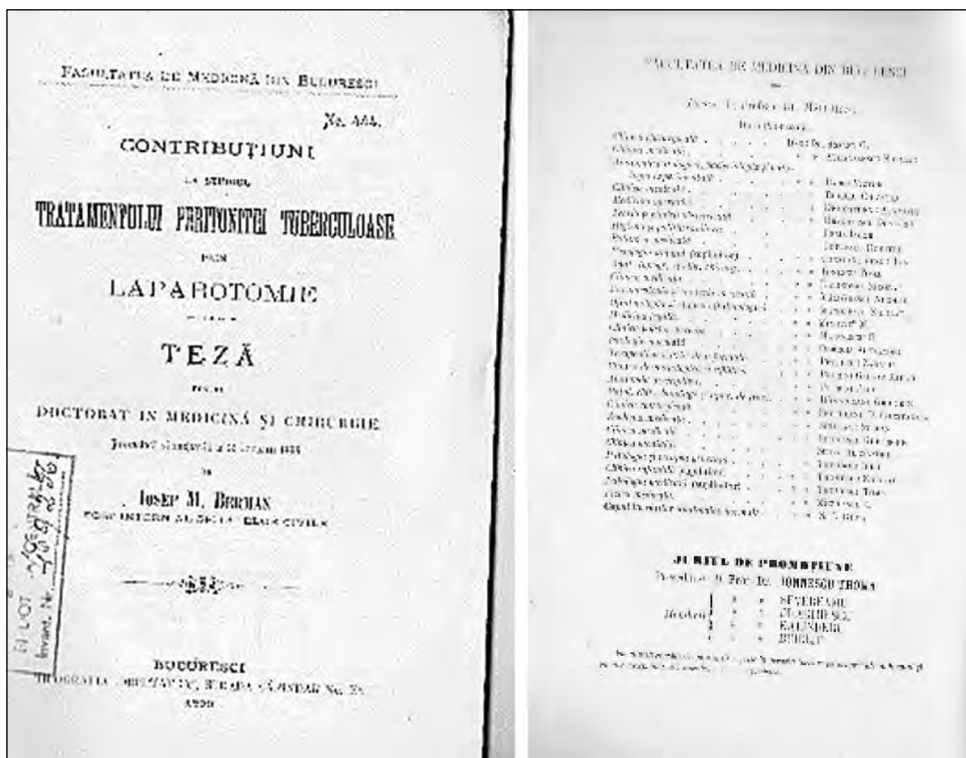


FIGURA 9. Lucrarea Dr. Berman M. Iosef, 1898



FIGURA 10. Lucrarea Dr. Repezeanu C., 1900

Repezeanu C., 1900 – „Câte-va cuvinte relative la diazo-reacțiunea lui Ehrlich în tuberculoză“

Contribuție științifică: 1. Diazo-reacțiunea era negativă în urina celor sănătoși. 2. Cauza diazo-reacțiunii lui Ehrlich nu era complet elucidată. Corpul, care o producea, era considerat ca un produs toxic eliminat prin urină, având proprietatea de a se combina cu corpii diazoici. 3. Diazo-reacțiunea era constatată în toate afecțiunile grave infecțioase. 4. Diazo-reacțiunea se constată și în tuberculoză, mai des în tuberculoza miliară, decât în tuberculoza localizată pulmonar, acută sau cronică. 5. Când fenomenele pulmonare erau puțin remarcabile, când sputa lipsea și bolnavul era apiretic, diazo-reacțiunea găsindu-se în mod constant, era de un mare ajutor pentru stabilirea diagnosticului de tuberculoză. 6. Prezența constantă și intensă a diazo-

reacțiunii în tuberculoza pulmonară era de un prognostic iminent grav fatal, făcând abstracție chiar de aparențele benigne ale afecțiunii [11].

CONCLUZII

Am inițiat un studiu care să pună în valoare meritele școlii românești de medicină și în special pe ale celei de pneumoftiziologie. Am folosit ca metodă cercetarea bibliografică prin studierea surselor, ordonarea cronologică, sintetizarea și interpretarea lor. Lucrările de doctorat studiate au fost realizate în cadru academic sub îndrumarea unor personalități medicale ale timpului, care s-au perfecționat și specializat în mari centre universitare europene, aducând medicina românească și de specialitate la un nivel înalt, folosind toate realizările vremii.

BIBLIOGRAFIE

1. Pele A, Pele S. Scurtă introspecție în trecutul pneumologiei românești – O societate medicală în căutarea propriei identități, sub redacția Prof. Dr. Mihăițan F. Societatea Română de Pneumologie, București, 2009.
2. Corsin I. Câte-va cuvinte asupra tuberculozei ganglionilor limfatici la copii. Tipo.Litografia Dor. P. Cucu, Bulevardul Elisabeta, București, 1885.
3. Staiculescu G. Meningita tuberculoasă la copii. Tipografia Curții Regale București, 1886.
4. Andrescu V. Cercetări microbiologice asupra naturii absceselor peritoracice, dise tuberculose. Tipografia Curții Regale, București, 1887.
5. Basilescu E.I. Despre tuberculosa vesicală. Tipo.Litografia Dor. P. Cucu Bulevardul Elisabeta, București, 1887.
6. Ioanid C. Câte-va cuvinte asupra pleuresiilor serose în raport cu tuberculosa. Tipografia Curții Regale, București, 1891.
7. Vellan I. Despre amyotrofiile precoce consecutive pleuresiei acute și pneumoniei. Tipografia și Fonderia de Litere Thoma Basilescu, București, 1894.
8. Cimpeanu M. Studiul analitic asupra diferitelor tratamente în tuberculoza ganglionară cervicală. Tipografia și Fonderia de Litere Thoma Basilescu, București, 1896.
9. Ditzulescu F. Tratatamentul pneumoniei acute la adulți prin baia rece, Tipografia și Fonderia de Litere Thoma Basilescu, București, 1897.
10. Berman M.I. Contribuțiuni la studiul tratamentului peritonitei tuberculoase prin laparotomie. Tipografia Dreptatea, București, 1898.
11. Repezeanu C. Câte-va cuvinte relative la diazo-reacțiunea lui Ehrlich în tuberculoză. Tipografia Nicolae N. Voicu, București, 1900.