The literature of Romanian pneumophthisiology at the beginning of 20th century

Literatura pneumoftiziologiei românești la începutul secolului XX

Daniela Mihăilescu¹, Nicolae Marcu², Maria-Gabriela Suliman³

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

²UMF “Carol Davila”, București, România

³SRIF, București, România

ABSTRACT

This article presents doctoral papers in medicine and surgery from the early twentieth century, within the Faculty of Medicine Bucharest and the Bucharest Military Medical Institute, supported by interns or former inmates of Bucharest Hospitals, Philanthropy Hospital, Military Hospital “Regina Elisabeta” or the Military Medical Institute. As Presidents and members of the commissions supporting these Doctorates were important personalities of the medical world at that time: Prof. Dr. N. Măldărescu, Prof. Dr. G. Stoicescu, Prof. Dr. I. Cantacuzino, Prof. Dr. Gr. Romniceanu, Prof. Dr. Victor Babeș, Prof. Dr. C. Parhon, Prof. Dr. G. Proca, Prof. Dr. G. Marinescu, Prof. Dr. C. Severeanu, Prof. Dr. N. Kalinderu, Prof. Dr. N.C. Thomescu, Prof. Dr. Paul Petrini and others.

The paper aims to present the results of studies of high scientific standing, well located in the context of contemporary studies, moments of reference in the specialty. These studies represent an important step in the evolution and development of Romanian pneumophthisiology.

Keywords: pneumophthisiology, doctoral papers, twentieth century

REZUMAT

În acest articol sunt prezentate lucrări de doctorat în medicină și chirurgie de la începutul secolului XX, în cadrul Facultății de Medicină București și al Institutului Medico-Militar București, susținute de interni sau foști interni ai Spitalului din București, Spitalului Filantropia, Spitalului Militar „Regina Elisabeta” sau ai Institutului Medico-Militar. Ca președinți și membri ai comisiilor de susținere a acestor doctorate, erau personalități importante ale lumii medicale în vremurile acelea: Prof. Dr. N. Măldărescu, Prof. Dr. G. Stoicescu, Prof. Dr. I. Cantacuzino, Prof. Dr. Gr. Romniceanu, Prof. Dr. Victor Babeș, Prof. Dr. C. Parhon, Prof. Dr. G. Proca, Prof. Dr. G. Marinescu, Prof. Dr. C. Severeanu, Prof. Dr. N. Kalinderu, Prof. Dr. N.C. Thomescu, Prof. Dr. Paul Petrini și alții.

Lucrarea își propune să prezinte rezultatele unor studii de înaltă ținută științifică, bine situate în contextul studiilor contemporane, momente de referință în cadrul specialității. Aceste studii reprezintă un pas important în evoluția și dezvoltarea pneumoftiziologiei românești.

Cuvinte cheie: pneumoftiziologie, lucrări de doctorat, secolul XX

INTRODUCERE. CONTEXT ISTORIC

La începutul secolului XX, 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.

Pe 20 martie 1900, Victor Babeș propunea în ședința Societății Științelor Medicale unele meto-

de precum: măsuri de izolare a pacienților (atât în spital, față de alți pacienți, cât și în cadrul social); dezvoltarea unei conștiințe sociale a bolii, a pericolului reprezentat de aceasta; igienizarea localurilor publice (înființarea de scuipători); înființarea de case de asigurări sociale, sanatorii; necesitatea unei cunoașteri statistice a proporțiilor și evoluției acestui tip de afecțiune, prin monitorizarea statistică a tuberculozei, din punctul de vedere al mortalității și morbidității.

Corresponding author:

Dr. Daniela Mihăilescu

E-mail: dr.mihaillescudaniela@gmail.com

Article History:

Received: 30 November 2020

Accepted: 12 December 2020

În 1901, doctorii Ion Cantacuzino, Ștefan Irimescu și M. Petrini-Galați au înființat Societatea pentru Profilaxia și Asistența Tuberculoșilor Săraci, într-o perioadă de proliferare socială a bacilului tuberculos, care situa Bucureștiul printre orașele cele mai afectate din lume, fapt care îi îngrijora serios pe medicii specialiști ai vremii.

În 1905, Consiliul de Igienă al Capitalei a elaborat un program de măsuri pentru combaterea tuberculozei; în același scop, a fost fondată „Revista Științelor Medicale”.

Din inițiativa Societății pentru Profilaxia și Asistența Tuberculoșilor Săraci (îndeosebi prin osteneala lui Ion Cantacuzino și a lui G. Proca), a luat ființă Sanatoriul și Spitalul Filaret, „moment de răscruce în dezvoltarea luptei antituberculoase din țara noastră”. Piatra de temelie a fost pusă pe 17 octombrie 1906, iar în anul următor, pe 16 iunie, erau date spre funcțiune primele paturi. Sanatoriul și Spitalul au constituit o singură unitate sanitară, prima de acest fel din România, „prima instituție creată pentru bolnavi care se poate prevala cel puțin de acest titlu de vechime din istoricul asistenței tuberculoșilor din țara noastră”, unde se va dezvolta în secolul XX școala românească de fiziologie. A fost alocat terenul de 7 ha, 3072 metri pătrați și 400.000 lei prin deciziunea numărul 90, cunoscut în Evul Mediu ca „Dealul Viilor”. Spitalul Filaret și-a luat numele de la Mitropolitul Filaret al II-lea. Unitatea era dotată cu un laborator, instalație de spălătorie mecanică, lumină electrică, etuve de dezinfectie. Doctorul M. Petrini-Galați conștientiza că: „Dacă în spitalul de izolare și sanatoriul de la Filaret se vor putea primi anual 200-300 bolnavi de tuberculoză, restul, de cel puțin 1000, vor sta pe la casele lor”.

În 1906, a fost creat în același spațiu primul dispensar antituberculos.

În 1907, Ion Cantacuzino, ctitor și mentor al Societății pentru Profilaxia Tuberculozei, a luat decizii importante privind atât profilaxia, cât și vindecarea tuberculozei și au fost deschise sanatoriile de la Bisericiani, Bârnova, Nifon și Petrești.

În 1909, a fost înființată Societatea pentru Combaterea Tuberculozei la Copii, cu instituții specifice la Techirghiol, Brebu și un dispensar central și adăpost în Capitală.

În 1910, Cantacuzino a promulgat o lege sanitară cu referiri specifice la tuberculoză: „Declarația sa nu este obligatorie decât în caz de diagnostic confirmat”, dar, în mod obligatoriu, „se vor lua măsuri de dezinfectare a locuinței, cel puțin când aceasta se golește prin moartea bolnavului și prin schimbare de domiciliu”.

În 1913, a fost creată Societatea pentru Izolare a Tuberculozei, care a edificat sanatoriul și localul azilului pentru bătrâni Zerlendi, în care se va muta în 1918.

SCOP

Lucrarea își propune să prezinte lucrări de doctorat în medicină și chirurgie ale medicilor interni sau fosti interni ai Spitalelor Civile din București, ai Spitalului Filantropia, Spitalului Militar „Regina Elisabeta” sau ai Institutului Medico Militar la începutul secolului XX, cu subiecte importante la vremea respectivă, unele extrem de actuale.

LUCRĂRI PREZENTATE (AFLATE ÎN BIBLIOTECA UMF „CAROL DAVILA” DIN BUCUREȘTI)

Theodor N. Solomon, 1901 – „Acțiunea cinamatului de sodiu în tuberculoza pulmonară”

Contribuția științifică – 1) Acidul cinamic și derivații săi, în special cinamatul de sodiu (hetol), pot fi considerați ca medicamente, neexercitând nicio acțiune vătămătoare asupra organismului. 2) La omul și la animalele tuberculoase, derivații acidului cinamic produc efecte remarcabile și exercită o acțiune specială. 3) Aceasta acțiune se manifestă printr-o leucocitoză generală și printr-o chimiotaxie pozitivă. 4) Acțiunea curativă a medicamentului ar fi datorită producerii unui proces inflamatoriu, care s-ar termina printr-o producțiune de țesut conjunctiv cicatricial. 5) Acidul cinamic nu poate fi considerat ca un specific al tuberculozei. Cel mult, s-ar putea admite că el având proprietatea de a se combina cu materiile organice, făcându-le solubile, s-ar putea combina cu toxinele tuberculoase, favorizând astfel eliminarea lor. Se mai poate admite că acidul cinamic ar avea proprietatea de a favoriza producerea de „alexine” (Buchner) sau „alexocite” (Hankiri). 6) Dintre derivații acidului cinamic, cinamatul de sodiu a dat rezultatele cele mai favorabile. Această sare a fost singurul derivat cinamic întrebuințat în cazurile citate de noi. 7) Aplicarea medicamentului se poate face pe cale bucală, în pilule; în injecții subcutanate (Prof. Măldărescu), s-a mai administrat în injecții intramusculare (Prof. Paul Petrini) și în injecții intravenoase (Landerer). 8) Cea mai preferabilă și mai puțin periculoasă metodă de aplicare este prin injecții subcutanate, cea mai energică prin injecții intravenoase. 9) Doza în care se administrează cinamatul de sodiu variază după metoda de

aplicare. Pe cale bucală, se dă 0,50-0.60 cg; în injecții subcutanate 0,10-0,20 cg; iar în injecții intravenoase 0,001-0,005 până la maximum 0,025 miligrame.

FIGURA 1. Lucrarea dr. Theodor N. Solomon

Ioan Vereanu, 1901 – „Profilaxia tuberculozei“

Contribuția științifică – Dat fiind numărul de victime ce face tuberculoza, chestiunea profilaxiei este de cea mai mare importanță. Contagiunea, elementul principal în propagarea boalei, poate fi împiedicată prin măsurile profilactice; efectele eredității pot fi paralizate, sustrăgând pe eredo-predispus de la influența contagiunii. Ca măsuri profilactice: celui bolnav și anturajului său le vom face cunoscută natura bolii și pericolul contagiunii. Izolarea tuberculosului e favorabilă și de cerut. Sputa fiind principalul agent al contagiunii, uzagiul scuipătoarei igienice se impune. Înlocuirea măturatului prin spălare și ștergere cu cârpe umede, dezinfectarea camerei și a obiectelor uzate de bolnav sunt de rigoare. Persoana ce îngrijește pe bolnav va lua măsuri igienice pentru sineși. Tuberculoșii necomplet vindecați și mai ales femeile se vor opri de a se căsători. În caz de deces, se va proceda la dezinfectarea riguroasă a camerei și obiectelor de valoare și distrugerea (prin ardere) a obiectelor de mai mică valoare. În hoteluri și case mobilate, se va proceda la dezinfectare în caz de deces al unui tuberculos;

chiar fără aceasta, se vor dezinfecta de mai multe ori pe an. În definitiv, trebuie să cerem ca declararea tuberculozei să fie obligatorie. În tot felul de localuri publice, hoteluri, fabrici, școli, cazărmi etc., se va interzice scuipatul pe jos și se vor introduce scuipători igienice, iar măturatul va fi înlocuit prin spălare. În școală, vom îndepărta pe tuberculos. În armată, vom îndepărta pe tuberculos, se va introduce reforma temporală, se vor inspecta lunar cei suspecti, se vor păzi regulile indicate pentru localuri publice. Laptele de proveniență tuberculoasă bine fiert nu prezintă niciun pericol. Carnea nu se va îndepărta decât în caz de tuberculoză generalizată ori slăbiciunea prea mare a animalului tuberculos. Tuberculoșii se vor căuta în sanatorii. Tuberculoșii prea înaintați se vor izola în ospicii speciale. Este de dorit a se înființa și în România sanatorii și dispensare speciale pentru tuberculoși.

FIGURA 2. Lucrarea dr. Ioan Vereanu

Max Focșaner, 1904 – „Cryogenina în tratamentul febrei tuberculoase“

Contribuția științifică – 1) Cryogenina, metabenzamidosemicarbazida, este un antipiretic puternic. Ea produce o scădere termică cu 1°-3° după patru ore cel mult de la administrare. 2) Acțiunea sa e sigură, rapidă, lipsită de manifestări vătămătoare; întrebuințarea sa poate fi continuată mult timp fără inconvenient. 3) Ea nu are nicio acțiune asupra respirației, circulației sau nutriției. 4) Eli-

minarea ei se face prin urină, ea apare în urină la o jumătate de oră aproape după administrare și poate persista timp de șapte zile; reactivii sunt sulfatul de cupru (culoare roșie) și licoarea lui Fehling (culoare verde). 5) Nu există nicio contraindicație a administrării ei, lucrează în doze relativ slabe și acțiunea ei se manifestă destul de mult timp. 6) Se administrează ușor în capsule, în doză de 0,20 cg-4 g, se poate după indicație continua în fiecare zi sau suspendată mai multe zile.

FIGURA 3. Lucrarea dr. Max Focșaner

Ilie S. Paligora, 1904 – „Asupra gripei pulmonare simulând tuberculoza (gripa forma pseudo-phymică)“

Contribuția științifică – 1) Gripa formă toracică poate simula perfect tuberculoza – și anume aceea cu mers rapid. 2) Mecanismul semnelor pseudo-cavitare în gripă nu este încă elucidat. 3) Această formă de gripă se observă în epocile de epidemie. 4) Lipsa de paralelism între semnele stetoscopice și starea generală nu constituie un simptom patognomonic în această formă de gripă. 5) Având în vedere epoca de epidemie, starea anterioară a bolnavului, examenul microbiologic al sputelor în repetate rânduri, precum și proba cu tuberculină vom putea afirma diagnosticul: „Gripă simulând tuberculoza“. 6) Prognosticul este foarte variabil.

FIGURA 4. Lucrarea dr. Ilie S. Paligora

George P. Petreanu, 1905 – „Profilaxia tuberculozei în armată“

Contribuția științifică – 1) Numărul crescând al bolnavilor de tuberculoză în armată cere neapărat luarea de măsuri severe pentru stăvilirea mersului progresiv al bolii; 2) Primele și cele mai eficace măsuri se pot lua la recrutare, oprindu-se intrarea în armată a tuturor indivizilor debili suspecti. Printre metodele întrebuințate în acest scop la recrutare, metoda lui Pignet dă cele mai bune garanții; 3) În timpul serviciului, orice soldat suspect de tuberculoză trebuie eliminat din armată, iar efectele lui dezinfectate; 4) Cazarma să fie nu numai școală de pregătit tinerii pentru apărarea națională, să se facă în ea și educația lor igienică. În timpul serviciului militar, să dispară obișnuința de a scuipa pe jos, să fie deprinși cu o curățenie corporală exemplară; 5) Introducerea scuipătorilor ca soluții dezinfectante și înlocuirea măturatului prin ștergerea cu cârpe ude sunt factori importanți în profilaxia acestei boli. 6). Numai prin eliminarea celor bolnavi, armata nu a făcut totul pentru combaterea acestei boli teribile. În loc de a trimite tuberculoșii la căminele lor, unde se poate transmite boala în familie, vecini etc., armata să înlesnească căutarea în sanatorii speciale militare, pentru a-i reda societății în aceeași stare de sănătate ca în momentul recrutării.

FIGURA 5. Lucrarea dr. George P. Petreanu

George Irimescu, 1906 – „Tratamentul medical al peritonitelor tuberculoase cronice forma ascitică la copii”

Contribuția științifică – 1) Curabilitatea peritonitelor tuberculoase cronice forma ascitică la copii este astăzi un fapt cert. 2) Tratamentul medical este unul dintre mijloacele cele mai puternice pe care le putem opune infecțiunii tuberculoase a peritoneului. Întrebându-l de la început, vom obține rezultate care vor întrece adesea statisticile cele mai demonstrative ale chirurgilor. 3) Cura de aer, repaosul și alimentațiunea sunt cei trei factori principali ai acestui tratament. 4) Cura de aer și repaosul se vor face într-o stațiune maritimă sau la țară, într-un climat de altitudine, de preferință. 5) În lipsa acestora, cura de aer se poate face oriunde, cu condiția ca aerațiunea să fie permanentă. Deschiderea ferestrelor și ventilațiile sistematice aduc servicii bune. 6) Tratamentul medicamentos constă în prima linie din ol jecoris, arsenic și tanin. Prișnițele sărate și revulsivele abdominale, precum și anti-septicele intestinale vor completa acest tratament. 7) Scopul și rezultatul tratamentului medical este de a ridica forțele de apărare ale bolnavului și de a stimula procesul curator de care organismul dispune contra infecțiunii bacilare. 8) Tratamentul chirurgical dă rezultate bune; mulți chirurgi sunt de părere de a interveni întotdeauna. Dat fiind însă succesele nu mai puțin frumoase obținute prin tratamentul medical, vom prefera pe acesta laparato-

miei; pericolele sunt mai puține și rezultatele nu sunt inferioare. 9) Puncțiunile urmate de injecții cu substanțe modificatoare au dat uneori rezultate bune în ascitele cu lichid seros și liber în cavitatea peritoneală. Dar, pe lângă lezarea accidentală a intestinului, posibilitatea unei absorbțiuni medicamentoase prin seroasa peritoneală ne face să fim rezervați față de această metodă. 10) Razele Roentgen expun la congestiuni și hemoragii care pot avea urmări grave. 11) Sub influența regimului de-clorurat, ascita scade în mod simțitor în primele zile.

FIGURA 6. Lucrarea dr. George Irimescu

Gr. Nădejde, 1909 – „Acțiunea tuberculei asupra celulelor nervoase la animalele tuberculoase”

Contribuția științifică – 1) Tuberculoza pulmonară înaintată, la om, poate produce leziuni celulare manifestate, în sistemul nervos central, ca: cromatoliză ușoară periferică, vascularizare și cromatoliză difuză sau chiar totală; mai rar, distrucție completă a celulei nervoase; uneori excentricitatea nucleului, opacifierea lui și zonei perinucleare, deformarea nucleului; stadiu incipient de dezintegrare granuloasă a neurofibrilelor. 2) Injecțiunile de tuberculină determină asupra celulelor nervoase leziuni microscopice, mult mai intense la animalele hipersensibilizate decât la animalele normale. Și anume: A) Injecțiile subcutanate de tuberculină produc în sistemul nervos

central la animalele normale leziuni celulare, puțin apreciable; a) hipercolorare a elementelor cromatice; b) un ușor aspect mat al zonei perinucleare. B) Injecțiile subcutanate de tuberculină repetate produc în sistemul nervos central la animalele tuberculozate leziuni celulare intense, constând în: cromatoliza înaintată a unui mare număr de celule cerebrale și ganglionare; acromatoza altora și chiar necroza; neurofibrilele fiind într-o ușoară degenerare granuloasă. C) Injecțiile subcutanate de tuberculină produc o citoliză circumfocară pronunțată la animalele cu un focar tuberculos intracerebral. Leziunile celulare, la acest nivel, sunt în general mult mai pronunțate decât acelea din jurul unui focar tuberculos intracerebral al animalelor martore – care nu au primit injecții de tuberculină subcutanat – și decât acelea din jurul unui focar inflamator intracerebral produs prin o injecție intracerebrală de tuberculină. D) Intensitatea leziunilor celulare (citoliză, necroză) din jurul focarului tuberculos intracerebral pledează în mod manifest pentru punerea în libertate, sub influența tuberculinei, a unor substanțe toxice, necrozante, reținute în focarul tuberculos. Repeziciunea cu care sunt necrozate celulele nervoase din jurul focarului, mai ales la animalele hipersensibilizate, arată, pe de altă parte, că tuberculina este, în adevăr, o otravă a sistemului nervos.

FIGURA 7. Lucrarea dr. Gr. Nădejde

Victoria S. Nicolaescu, 1910 – „Ofタルモ-reacția la tuberculină aplicată la copii de școală. Valoarea sa diagnostică și prognostică“

Contribuția științifică – 1) Tuberculoza în școală este foarte frecventă, deoarece, din 2000 de copii la care am practicat oculo-reacția la tuberculină, au reacționat aproape 1300, ceea ce ar da un procent de 65-66%. 2) Forma sub care am întâlnit-o mai des în școală a fost cea ascunsă – cliniceste nediagnosticabilă – și tuberculoza ganglionară. 3) Absența aproape totală a tuberculozei deschise la copii de școală face ca aici contagiunea să fie excepțională și, ca atare, maladia este mai mult de origine familială, adesea contractată poate chiar în

FIGURA 8. Lucrarea dr. Victoria S. Nicolaescu

prima copilărie. 4) Dintre metodele biologice, propuse în diagnosticarea precoce a acestei boli, oculo-reacția la tuberculină se pare a fi mijlocul comod și inofensiv organismului, grație căruia putem, pe de-o parte, descoperi cu multă probabilitate pe copiii purtători de germeni, iar, pe de altă parte, ne dă posibilitatea de a aduce în mod științific lupta contra acestui flagel. 5) Oculo-reacția ar fi de dorit să se practice la începutul anului școlar, elevilor înscriși. Cei ce vor reacționa, departe de a-i exclude din școală, căci ar urma în cazul acesta ca cel puțin 65% să rămână analfabeți; trebuie atrasă atențiunea părinților, supravegheați și tratați îndeaproape de medicul școlar respectiv. 6) Valoa-

rea prognostică a oculo-reației e relativă. Ea nu depinde atât de gradul leziunii, cât de gradul de rezistență al organismului. 7) Măsura eficace, pentru combaterea tuberculozei în școală, nu constă atât în împiedicarea contagiunii (profilaxiei), cât în fortificarea organismului celor atinși (cu focare latente) punându-i în condițiunile cele mai bune de igienă. 8) Crearea de locuințe salubre, inspecțiuni medicale minuțioase, funcționarea băilor, cantinelor și, îndeosebi, înființarea a cât mai numeroase colonii de vacanță și școli „la plin aer” constituie factori principali în combaterea tuberculozei în școală.

Virgil Văleanu, 1912 – „Contribuțiuni asupra rolului paternității în tuberculoza ereditară”

Contribuția științifică – 1) Ereditatea paternă de germeni în tuberculoză nu poate fi admisă nici clinic, nici experimental. Cercetările noastre vin să confirme acest fapt. 2) Ereditatea în tuberculoză ar putea fi de origine maternă, când ovulul este contaminat, sau paternă, când spermatozoidul este contaminat. 3) Ea ar consta în transmiterea de bacili sau anumite substanțe în momentul concepțiunii. „Ereditate de germeni și de predispoziție”.

FIGURA 9. Lucrarea dr. Virgil Văleanu

Radu T. Olinescu, 1915 – „Asociațiunea cancerului cu tuberculoza în plămân”

Contribuția științifică – 1) Cazurile în care cancerul pulmonar primitiv și tuberculoza coexistă

simultan sunt rare. Asociațiunea lor în plămâni de multe ori e așa de intimă, leziunile lor așa de contopite, încât diagnosticul anatomopatologic e un lucru delicat și necesită examenul microscopic al pieselor. În unele cazuri, leziunile au apartenența unei tuberculoze, în altele a unui cancer, astfel încât, în aceste cazuri, numai un examen mai amănunțit anume al bronhiilor din hilul plămânului, în care a început neoformațiunea carcinomatoasă, va asigura diagnosticul. Și metastazele ganglionare arată de obicei combinațiunea tuberculozei cu cancerul. Se poate stabili, în cele mai multe cazuri, că tuberculoza a precedat cancerul. 2) Tuberculoza din aceste asociațiuni e o tuberculoză cu evoluție lentă, cu o durată lungă, cu caverne, cu țesut scleros, care, prin scleroza peribronchială, exercită o iritațiune continuă asupra epitelului bronchial.

FIGURA 10. Lucrarea dr. Radu T. Olinescu

Tuberculoza, prin iritațiunea foarte cronică pe care o produce, constituie în plămâni un mediu favorabil dezvoltării cancerului, fără să ne putem explica pentru ce, în plămânul atins de o tuberculoză foarte veche, cancerul se dezvoltă așa de rar. În tot cazul, între aceste două procese morbide nu există relație cauzală. 3) Cancerul pulmonar în cazurile studiate a fost pavimentos; în trei cazuri, citate din literatura străină și unul din observațiile noastre a fost un cancer pavimentos stratificat cu perle epiteliale și numai într-un singur caz, citat de Schwalbe, a fost un cancer cilindric. Originea lor provine din

epiteliul bronhic, care a suferit o metaplazie sub influența iritațiunii foarte cronice a tuberculozei. În trei cazuri citate din literatura străină, ale lui Wolff și Friedlander, cancerul s-a dezvoltat prin peretele unor caverne, probabil tot din epiteliul bronchial. 4) În această asociațiune, tabloul clinic este format sau de simptomele tuberculozei sau de fenomenele de compresiune, produse de cancer, făcând foarte grea, dacă nu imposibilă, diagnosticarea ambelor boli în timpul vieții. Un mijloc de diagnostic, deși nu tocmai eficient în practică, ar fi cercetarea sputei în direcțiunea bacilului Koch și a celulelor canceroase (Menetrier susține că a putut diagnostica un caz, bazat pe examenul sputei). Tabloul clinic e mai grav, mai acut, cu o evoluție mai rapidă din cauza asociațiunii bolilor. Prin influența reciprocă, fiecare dintre aceste procese poate pre-

zenta generalizări, fie tuberculoza, fie cancerul, fie ambele boli.

CONCLUZII

Acest studiu, o continuare a celui inițiat cu sfârșitul secolului XIX, pune în valoare meritele școlii românești de medicină și, în special, 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 cadrul 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.

Conflict of interest: none declared

Financial support: none declared

REFERENCES

1. Pele A, Pele S. Scurtă introspecție în trecutul pneumologiei românești – O societate medicală în căutarea propriei identități, sub redacția Prof. Dr. Mihăiță F. Societatea Română de Pneumologie, București, 2009.
2. Solomon T. Acțiunea cinamatului de sodiu în tuberculoza pulmonară. Institutul grafic „Eminescu”, București, 1901.
3. Veleanu I. Profilaxia tuberculozei. Institutul de arte grafice „Eminescu”, București, 1901.
4. Focșaner M. Cryogenina în tratamentul febrei tuberculoase. Stabilimentul de arte grafice Albert Baer, București, 1904.
5. Paligora I. Asupra gripei pulmonare simulând tuberculoza (gripa forma pseudo-phymică). Tipografia „Munca”, strada Doamnei nr. 9, București, 1904.
6. Petreanu G. Profilaxia tuberculozei în armată. Tipografia Gutenberg, Joseph Gobl – Strada Toamnei nr. 20, București, 1905.
7. Irimescu G. Tratamentul medical al peritonitelor tuberculoase cronice forma ascitică la copii. Tipografia „Regală”, Piața Palatului Regal, București, 1906.
8. Nădejde G. Acțiunea tuberculinei asupra celulelor nervoase la animalele tuberculoase. Tipografia „Voința Națională”, București, 1909.
9. Nicolaescu V. Oftalmo-reacția la tuberculină aplicată la copii de școală. Valoarea sa diagnostică și prognostică. Tipografia și Stabilimentul de arte grafice „George Ionescu”, București, 1910.
10. Văleanu V. Contribuțiuni asupra rolului paternității în tuberculoza ereditară. Tipografia Profesională „Dimitrie C. Ionescu”, București, 1912.
11. Olinescu RT. Asociațiunea cancerului cu tuberculoza în plămân. Tipografia modernă „Cultura”, Societate Colectivă, București, 1915.