

Toma Ionescu sau Wilhelm von Waldeyer? Teaca rectului sau *fascia propria recti*? Istoria unei idei călătoare

C. Vasilescu

Centrul de Chirurgie Generală și Transplant Hepatic, Institutul Clinic de Boli Digestive și Transplant Hepatic Fundeni, București
U.M.F. Carol Davila, București

Rezumat

Anatomia aparatului fascial al rectului are o mare importanță în chirurgia modernă a cancerului rectal. Ea constituie baza exciziei totale a mezorectului. Majoritatea autorilor contemporani, atribuie lui Waldeyer descrierea fasciei rectale și folosesc numele pe care el i l-a dat, acela de *fascia propria recti*. Există totuși date certe care atestă că această structură anatomică a fost descrisă cu 5 ani înaintea lui Waldeyer de către anatomistul și chirurgul român Toma Ionescu. Descrierea a fost publicată într-o carte de anatomie de mare succes în epocă, anume în volumul 4, fasciculul 1, "Tube digestif": al lucrării *Traité d'Anatomie Humaine*, Paris, Bataille, 1894. ediția 1 apărută sub redacția lui P. Poirier. Ea precede descrierea lui Waldeyer publicată abia în 1899 (*Das Becken*, editura Cohen) și este mai clară decât aceasta. Toma Ionescu a reluat descrierea în cea de a doua ediție apărută sub redacția P. Poirier și A. Charpy la editura Masson în 1901. Această a doua versiune, probabil revăzută de Charpy sub raport stilistic, mult mai cunoscută în lumea medicală occidentală (Chapuis și colab. *Dis Colon Rectum* 2002;45:1) este mai puțin clară decât cea dintâi. În articolul nostru este publicată în facsimil descrierea originală a tecii rectului făcută de Toma Ionescu în 1894, sunt comparate cele două ediții succesive între ele și cu descrierea lui Waldeyer. Prioritatea lui Toma Ionescu (Thomas Jonnesco) în descrierea fasciei rectale este de necontestat și se bazează pe ediția din 1894, prezentată și comentată pe larg. Analiza textelor confirmă afirmațiile în

acest sens ale lui Chapuis și colab. și Bell și colab. (*Dis Colon Rectum* 2000; 43:90).

Cuvinte cheie: teaca rectului, fascia propria recti, excizia totală a mezorectului, anatomia rectului, Toma Ionescu, Wilhem von Waldeyer

Abstract

Thomas Jonnesco versus Wilhem von Waldeyer. Rectum sheath or fascia propria recti? The story of a wandering idea

Anatomical knowledge of rectum and its fascial relationship is crucial in modern surgery and it represents the basis of total mesorectal excision. Most of the contemporary authors make reference to Waldeyer's description and use the name *fascia propria recti*. However, there are evidence regarding Thomas Jonnesco's priority in describing this fascial structure 5 years before Waldeyer. Thomas Jonnesco's description was published in a famous anatomy textbook: *Traité d'Anatomie Humaine*, Paris, Bataille, 1894, editor P. Poirier, where Thomas Jonnesco was the author of volume 4, fascicule 1, containing the anatomy of the digestive system. His description of the rectum sheath precedes Waldeyer's publication (*Das Becken*, Cohen, Bonn, 1899). The description of the rectum sheath is included also into the second edition of *Traité d'Anatomie Humaine* (editors P. Poirier and A. Charpy) published again in 1901 at Masson Publishing House. This second version, better known by contemporary authors (Chapuis et al. *Dis Colon Rectum* 2002;45:1), probably revised by Charpy, is no more so simple and so clear as the first one. In our paper Thomas Jonnesco's original description of rectal fascia (rectum sheath), published in 1894, is facsimiled, the two successive editions of the book are compared and a comparison with Waldeyer's description of fascia propria recti is done. The priority of Thomas Jonnesco

Correspondență: Conf. Dr. Cătălin Vasilescu
Clinica Chirurgie Generală, Institutul de Boli
Digestive și Transplant Hepatic Fundeni,
București
E-mail: catvasilescu@gmail.com

seems to be well proved. In this respect our own research is in line with the observations of Chapuis and Bell si colab. (*Dis Colon Rectum* 2000;43:90).

Key words: rectum sheath, fascia propria recti, total mesorectal excision, rectum anatomy, Thomas Jonnesco, Wilhem von Waldeyer

Există unele rezerve asupra lucrărilor de istoria chirurgiei scrise de către chirurghi. Și asta din două motive. Mai întâi că, noi, chirurgii, nu suntem la noi acasă în lumea istoriei, fie ea și a istoriei chirurgiei. Nu suntem familiarizați cu metoda cercetării istorice, nu înțelegem întotdeauna importanța izvoarelor istorice, a recursului permanent la documente originale, la surse documentare primare, la mărturiile tari, care să arate calea către adevărul istoric. Un citat trunchiat, datarea incorectă a unui eveniment, au consecințe grave, la fel de grave ca o operație greșit indicată sau rău efectuată. Educați să ne raportăm mereu la robustul adevăr științific nu avem obișnuința de a medita asupra unui reper atât de subtil și uneori vag cum este acela de adevăr istoric.

În al doilea rând, pentru chirurghi, e mare tentația de a-și construi ușurel, pe nebăgate de seamă, un locșor cât de mic în cartea atât de încăpătoare a istoriei. Să-ți rezervi locul pe care îl meriți (cel puțin după propria-ți părere, vai, atât de îngăduitoare cu tine însuși), iată ispita supremă. Și cum poți fi sigur că nu vei fi nedreptățit de istorie? Pur și simplu scriind-o tu însuși. În definitiv, cea mai sigură soluție că vei câștiga meciul este să fii și jucător și arbitru. Și erou și narator. Și uite așa apare ceea ce putem numi istorie de complezență. Dar oare este un păcat doar al chirurgilor? Oare îi privesc cele spuse doar pe chirurghi? Sau mai ales pe chirurghi, dintre toți medicii? În mod sigur nu. Dar nu pot să nu observ că, între cărțile de memorii scrise de medici, ale chirurgilor sunt de departe cele mai numeroase. Mă gândesc la Constantin Severeanu, Ion Juvara, Marin-Popescu Urlueni, Tiberiu Ghițescu, Dan Setlacec, Dan Gavrilu, Dumitru Pascu, sau chiar Sergiu Duca și Cornel Toader (acestea două din urmă chiar nu știu dacă pot fi încadrate corect la categoria "memorii").

Și pe urmă, la o privire peste umăr, înapoi, când începe istoria? Când devine prezentul (acaparant, prezent, cu probleme care cer rezolvare instantanee și reacții acute) trecut (prilej de contemplare relaxată, de ierarhii calme, de nostalgie fecundă)? Când am încetat să fim persoane, devenind, pe nesimțite, personaje?

Totuși, chirurgul poate aduce o altfel de înțelegere a istoriei specialității sale decât istoricul profesionist. Are o privire mai atentă la detalii, sesizează nuanțe tehnice care altuia i-ar scăpa, pricepe chiar și problemele relaționale mai bine decât unul din afara lumii chirurgiei. El poate și are, cred, și obligația, să arate implicațiile unui eveniment medical, ce s-a crezut că aduce el în epocă și ce a adus meseriei de fapt, după ce timpul a atenuat orgoliile, după ce ambițiile au fost uitate, atunci când este posibilă o evaluare

în perspectiva a implicațiilor unei tehnici operatorii, ale unei noi soluții.

Chirurgul este echipat, prin educație și prin experiență, să aibă o privire critică asupra unei idei chirurgicale.

Despre Toma Ionescu s-a scris mult. Regretabil este însă că și el, ca atâtea alte figuri proeminente ale culturii și științei românești, riscă să fie în curând fosilizat, încremenit în clișee. Ca și Ștefan cel Mare sau Eminescu, și Toma Ionescu e aproape îngropat de aglomerația de epitete laudative care ajung uneori chiar la dimensiuni mistice ("e Hristosul chirurgiei..."). Mai interesant, este însă formula de "chirurgul național". Desigur, dacă românii au un poet național, ei pot și trebuie să aibă și un chirurg național. În treacăt fie spus, nu pot să nu mă întreb care o fi chirurgul național francez (Dupuytren, Pean, J.L. Faure sau Hartmann?!), sau cel german (Billroth, Langenbeck sau Sauerbruch?). Cât putem spune oare despre Toma Ionescu că a fost *național*? Merită zăbovit asupra acestei idei.

Se poate afirma că el a fost produsul școlii medicale franceze. O afirmă contemporanii, o susțin surse documentare autoritare de istoria chirurgiei franceze, a spus-o el însuși. Cu studii medicale și juridice în Franța, cu sistemul atât de selectiv de concursuri în spitale parcurs cu rezultate strălucite, care i-au permis accesul la poziții importante în atât de exclusiviste școli de medicină pariziene, naturalizat francez în 1889, el pare să fi fost perfect integrat în sistemul medical al capitalei Franței.

Realizările lui remarcabile s-au înscris în domeniul anatomiei, în cel al chirurgiei operatorii și, desigur, în cel educativ și de promotor al vieții medicale românești.

Contribuțiile sale în domeniul anatomiei sunt de necontestat: teaca rectului, ligamentele rectale laterale, fosele paraduodenale sunt doar câteva dintre ele. Să amintim că la 1890 anatomia era ceea ce astăzi am numi *cutting edge*, o frontieră a cunoașterii științifice, așa cum sunt la ora actuală biologia moleculară sau imunologia. Recunoscute ca remarcabile din chiar momentul publicării lor, reluate în cărți și tratate de-a lungul a peste 100 de ani, ele îl situează pe autor printre marii anatomici ai tuturor timpurilor. Nu putem să nu remarcăm însă, că ele datează TOATE din perioada pariziană a activității lui Toma Ionescu!

Realizările chirurgicale nu sunt nici ele puține: rahi-anestezia înaltă, rezecția simpaticului cervical, chirurgia radicală a cancerului de col uterin, indicarea rezecției gastrice în ulcerele gastrice și duodenale sunt cele care au avut un mare răsunet în epocă. Inevitabil, multe dintre ele datează, au fost treptat depășite de evoluția chirurgiei și apariția altor soluții terapeutice mai eficiente și cu riscuri mai mici. Lucrurile sunt atât de interesante încât, după părerea autorului, merită o discuție în detaliu a fiecărui domeniu în parte, cu analiza obiectivă a contribuției lui Toma Ionescu la evoluția medicinei ultimilor 120 de ani.

În fine, de mare însemnătate a fost rolul jucat de Toma Ionescu în formarea chirurgiei moderne în România. Și asta s-a întâmplat însă tot prin adoptarea și aplicarea consecventă a unor principii aduse din universitățile apusene: contribuția cercetării științifice în formarea medicilor și promovarea pe criterii de valoare profesională demonstrată în sistemul consacrat de concursuri.

Pare așadar mai interesantă latură *internațională* de cât cea *națională* a carierei lui Toma Ionescu. Racordarea permanentă la sistemele universitar și medical europene pe care le cunoștea bine (ca unul care acolo se formase) și aducerea în România a criteriilor de selecție și de promovare care să funcționeze la București așa cum funcționau la Paris, Viena sau Berlin, au fost liniile de forță ale activității sale și i-au făcut opera științifică, chirurgicală și educativă să dăinuie (în proporții și cu consecințe variate, ce-i drept).

Dar judecata de apoi a chirurgilor e o judecată a textelor, la urma urmei e o analiză pe text.

Iată de ce propun în cele ce urmează o aventură în lumea cărților, o anchetă de tip detectivist, făcută cu marea plăcere a întoarcerii în timp într-o lume plină de energie și încredere în viitor, în timpul întemeierii instituțiilor medicale și universitare, aceea a anilor 1890 - 1900, la Paris, la Berlin, la București.

Datele problemei. Chestiunea tecii rectului revine în actualitate. Despre mezorect.

Chirurgia ocupă încă un rol de primă linie în tratamentul cancerelor rectale și are și aici, ca în totate cancerelor digestive, binecunoscutele obiective: ridicarea în limite de siguranță oncologică a rectului (marginile de siguranță longitudinală și margini circumferențiale) și a teritoriului său de drenaj limfatic. O astfel de rezecție cu viză radicală implică asumarea riscurilor unor intervenții care pot fi mutilante (colostoma permanentă) și ale unor tulburări funcționale genitale și/sau urinare (1-3).

Progresele realizate în chirurgia rectului în ultimele decenii nu sunt puține (4). Chirurgia cu conservarea sfincterului anal, introducerea staplerelor, a anastomozelor colo-anele directe sau cu rezervor colonic, excizia locală transanală și introducerea treptată a metodelor chirurgicale minimal invazive (laparoscopie și robotică) și-au adus contribuția la scăderea prețului plătit de pacienți prin colostomii permanente și complicații sexuale și urinare, creșterea supraviețuirii și scăderea ratei recidivelor.

Un eveniment de primă importanță în evoluția chirurgiei cancerului de rect a fost introducerea de către Heald în anii 80 a exciziei totale a mezorectului (*total mesorectal excision*, TME)(5-7). Indicată în cancerul rectului inferior și mediu, ea presupune rezecția rectului cu țesutul adipos înconjurător care conține și grupele ganglionare de drenaj limfatic.

Iată tehnica TME așa cum a fost ea descrisă de Heald:

“Under direct vision with sharp scissor dissection this plane was extended down into the pelvis around the rectum, the tumour and particularly around the fatty mesorectum as far as the point of emergence of the anorectum from the levator gutter. (...) The pelvic fascia and the autonomic nerve plexuses were preserved by pursuing the lipoma-like outer surface of the mesorectum”(8).

Impactul tehnicii comunicat de Heald (scăderea recidivelor la 5 ani până la 3.7%) s-a dovedit reproductibil, și TME a fost adoptată rapid în întreaga lume (7). Actualmente TME este o componentă a tratamentului standard al cancerelor rectale.

Cum se vede, realizarea TME presupune o disecție delicată,

în întregime sub control vizual, în care identificarea limitelor mezorectului este crucială. Tehnica, așa cum a fost descrisă de Heald, nu poate fi realizată fără respectarea “suprafeței mezorectului” a cărei integritate pe piesa operatorie este verificată anatomo-patologic și se corelează direct cu evoluția pacientului, cu rata recidivelor și supraviețuirea pe termen lung. Este clar ca anatomia aparatului fascial al rectului este de mare însemnătate.

În unicul articol pe care îl dedică în întregime problemelor de anatomie puse de TME, (9) Heald trimite pentru detalii ale aparatului fascial al rectului la lucrarea de morfologie a lui Church, din care cităm mai jos pasajul cu pricina (10):

The fascia propria (of the rectum) is an upward capsular projection from the superior fascia of the pelvic floor. It surrounds the rectum, enclosing fat, blood vessels, nerves and lymphatics. (...) Waldeyer [22] stated that the fascial capsule disappeared in the region of the rectosigmoid junction and that the anterior part was shorter than the posterior part [19].

Iar sursele citate în text sunt:

19. Crapp AR, Cuthbertson AM (1974) William Waldeyer and the rectosacral fascia. *Surg Gynecol Obstet* 138:252-256.
22. Waldeyer W (1899) *Das Becken*. Cohen, Bonn (cited by Crapp and Cuthbertson).

Astfel, indirect, pe filiera Church - Crapp și Cuthbertson (10,11), Heald trimite la Waldeyer pentru detalii asupra unei structuri de mare importanță în TME și anume *Fascia propria recti* și îi atribuie lui Waldeyer paternitatea descrierii acestei structuri.

Totuși, sursele franceze de anatomie (12) citează tradițional la capitolul dedicat aparatului de susținere a rectului pe Toma Ionescu, iar articole recente afirmă cu fermitate prioritatea lui (3,13,14).

Iată ce spun:

Testut și Jacob în 1931:

“Le rectum est maintenu en position dans sa loge (...) par le tissue cellulaire (...) qui se tasse en une lame fibreuse engainant la portion sous-péritoneale du rectum (gaine fibreuse, Jonesco) et complétant ainsi sa gaine péritoneale;”(12)¹

Și Bell în 2009:

“Heald’s widely-used concept of the ‘Holy Plane’, which, in turn, is based on the original 1896 French description of the anatomy of the perirectal fascia and the retrorectal space provided by the Romanian surgeon-anatomist Tomas Jonnesco (13).

Rămâne, prin urmare, deschisă întrebarea: cine are prioritate în descrierea unei structuri anatomice care s-a dovedit atât de însemnată în chirurgia modernă a rectului? Toma Ionescu sau Wilhelm von Waldeyer? Suntem îndreptățiți să o numim “teaca rectului”, așa cum o făcea anatomistul român, sau “fascia propria recti” ca Waldeyer?

Cititorul român este îndreptățit să-și pună o întrebare în

¹“Rectul este menținut în poziție în loja sa (...) de către țesutul celular (...) care se condensează într-o lamă fibroasă ce înconjoară porțiunea subperitoneală a rectului (teaca fibroasă, Jonesco) ce completează teaca sa peritoneală” traducerea autorului.

plus. Aparține prioritatea unui român, așa cum în România au învățat generații de studenți (15), sau avem de a face cu un nou exemplu de mitologie patriotică cum au fost atâtea în anii de după cel de-al doilea război mondial? Întrebarea este cu atât mai potrivită cu cât nici sursele de literatură românească mai recentă (16,17) nu fac trimitere la Toma Ionescu, spre deosebire de cele mai vechi (18) care îl citează corect. Mai mult, o interesantă lucrare de anatomie dedicată exact aparatului fascial al rectului, publicată într-o revistă internațională de un autor român (17) se referă la *the so-called "gaine rectale" of the French anatomists* și citează pe Maissonet și Coudane (1950) și pe Testut și Jacob (1914) fără a-l pomeni pe Toma Ionescu. Care de altfel este citat explicit în Testut și Jacob, așa cum s-a arătat mai sus!

În abordarea unei astfel de *anchete* este obligatoriu apelul la acele texte originale pe care dorim să le discutăm. Întreprinderea nu este ușoară: este vorba de lucrări publicate în anii 1890 -1900 în franceză și germană (ambele limbi de circulație internațională în lumea științei la acel moment) care, prin traduceri, omiteri și rezumări succesive riscă să sufere transformări decisive, pierderi de nuanțe ale descrierii anatomice, surse de confuzie și erori de interpretare. Și, desigur, astfel de cărți nu sunt întotdeauna ușor de găsit. În ceea ce-l privește pe Toma Ionescu, o dificultate în plus în recuperarea publicațiilor sale o constituie faptul că în diferite perioade ale vieții și-a semnat lucrările cu cel puțin trei variante ale numelui: Thomas Jonnesco și mai târziu Thoma Ionescu și Toma Ionescu și este citat și ca Ionesco sau Jonesco. Acest detaliu tehnic poate fi de mare însemnătate atunci când sunt căutate informații într-un fișier, o cartotecă sau, cel mai adesea, într-o bază de date electronică.

După ce a terminat liceul Sf. Sava în 1878 și după bacalaureat s-a înscris la Facultatea de Medicină și la Facultatea de Drept din Paris (1879). A terminat dreptul în 1882 când a luat licența juridică. În 1885, în urma concursului de internat, a fost numit intern provizoriu la Bicetre (secția lui Bourneville), a ajuns intern definitiv al spitalelor din Paris în 1886, a făcut stagii de chirurgie la Peyrot, Berger, Le Dentu și Verneuil și a reușit primul la concursul de ajutor de anatomie în 1887 pentru ca în 1891 să ia, tot clasat primul, concursul definitiv de prosector. În 1892 a luat diploma de doctor în medicină cu teza intitulată *Le colon pelvien pendant la vie intrauterine* și devine și agregat de anatomie. În 1894 Paul Poirier, *Professeur agrégé a la Faculté de Médecine de Paris*, a inițiat un vast tratat de anatomie (19). Volumul IV, care tratează anatomia tubului digestiv, a fost încredințat lui Toma Ionescu (pe copertă apare *T. Jonnesco, prosecteur de la Faculté de Paris*). Cred că sunt oportune câteva observații asupra acestei cărți, relativ dificil de găsit.

1. Pe prima pagină apar numele lui P. Poirier ca redactor al tratatului, 5 nume de autori ai tratatului (A. Charpy, A. Nicolas, A. Prenant, P. Poirier, T. Jonnesco) sub care sunt menționați autorii volumului IV, fascicula 1, care tratează tubul digestiv: embriologie (A. Prenant) și anatomie (T. Jonnesco). (Fig. 1)
2. Pe aceeași pagină este menționată editura: *Ancienne*

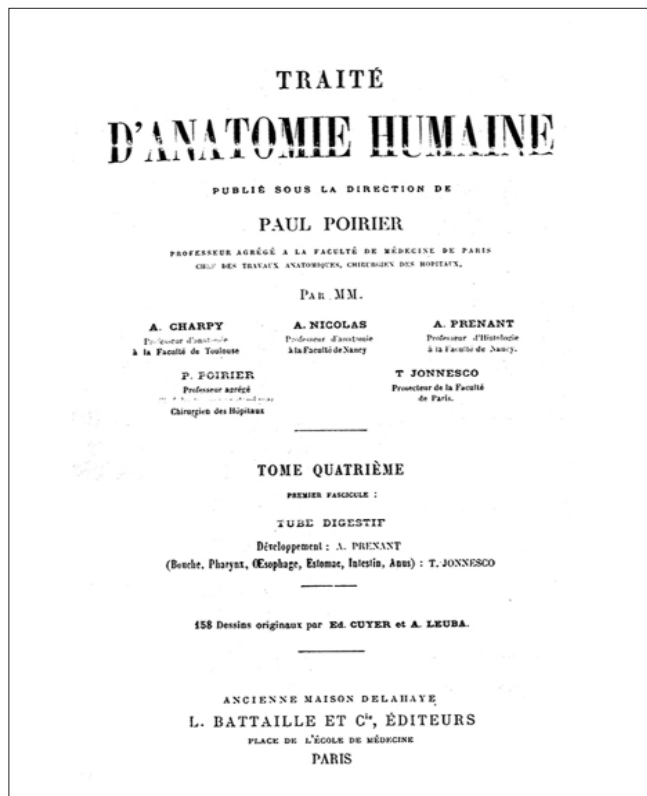


Figura 1. Pagina de titlu a volumului 4, fascicula 1, Tubul digestiv, din *Tratatul de anatomia omului* publicat sub redacția lui Paul Poirier la editura Bataille, la Paris, cel mai probabil în 1894 (19)

Maison Delahaye, L. Bataille et Cie, Éditeurs, Place de l'École de Médecine, Paris. Nu este menționat anul apariției! Lucrul este de însemnătate capitală atunci când este vorba de priorități și de paternitatea unei descoperiri științifice. În fișierul Bibliotecii Naționale Franceze această ediție, a tratatului în general, este cotate ca apărând în 1892. Diverse surse citează volumul de care vorbim (fascicula 1 a volumului IV) ca fiind din 1892, 1896 sau chiar 1898 (20). În mod cert publicarea marelui tratat a început în 1892. La fel de cert este că publicarea s-a întins pe parcursul mai multor ani, probabil până în 1896. În Volumul 4, chiar în pasajul referitor la teaca rectului, există citări ale unor lucrări publicate în 1894 (p. 355, ultimul rând), astfel că putem considera ca **foarte probabilă data de 1894**, cu atât mai mult cu cât în februarie 1895 Toma Ionescu s-a întors la București pentru a prelua Clinica de la Spitalul Colțea și Institutul de Anatomie Topografică și Chirurgie Experimentală. Data de 1894, cea mai probabilă, rămâne să fie definitiv stabilită atunci când vor apărea dovezi clare ale momentului exact de apariție a volumului IV al ediției Bataille.

3. Ediția Masson, 1901 (21) (Fig. 2).

Această ediție a avut o circulație mult mai largă decât prima. Anul de apariție este clar menționat - 1901. Autorii sunt mai numeroși (a se vedea figura). Se

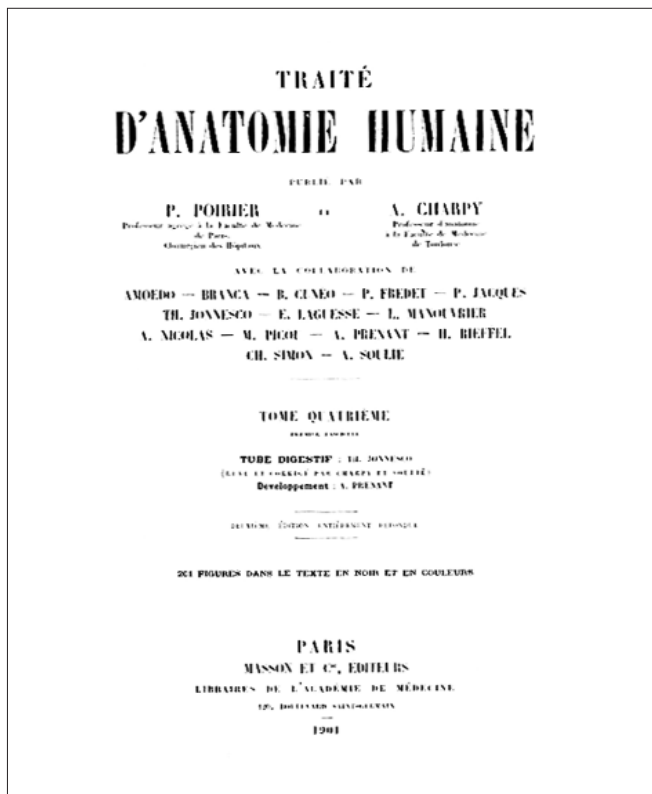


Figura 2. Pagina de titlu a volumului 4, fascicula 1, Tubul digestiv, din *Tratatul de anatomia omului* publicat sub redacția lui Paul Poirier și Adrien Charpy la editura Masson, la Paris, în 1901 (21)

menționează că Toma Ionescu nu a mai putut face corecturile la textul anterior și că de aceasta s-au ocupat domniile Charpy și Soulié. Mai exact, este menționat: *Tube digestif: Th. Jonnesco (revue et corrigé par Charpy et Soulié), deuxième édition entièrement refondue; Masson et Cie, éditeurs, librairies de l'Académie de Médecine, 120 Saint-Germain, Paris, 1901.* Conform declarațiilor lui Charpy, Toma Ionescu, prins în activitatea clinică chirurgicală de la București, nu a mai putut face personal corecturile pentru această a doua ediție. Conform unor surse contemporane (22) Charpy ar fi adăugat “prima ediție a colaboratorului nostru era atât de bogată în observații personale și de o erudiție atât de solidă, că dânsul (Charpy) s-a limitat la câteva adăugiri, de altfel puțin numeroase necesitate de literatura recentă și câteva modificări de ordin pur descriptiv”. Și acest detaliu are importanță. Se va vedea ca o comparație a descrierii tecii rectului în cele două ediții succesive prilejuiește unele observații interesante.

4. Cât era de importantă cartea

Este greu de evaluat acum ce însemnătate avea cartea în epocă, lucrarea la care a adus o atât de însemnată contribuție Toma Ionescu. Este utilă o apreciere făcută de R. Louis în care trece în revistă marile contribuții la literatura anatomică (23):

În secolul 19 principalele tratate de anatomie au fost cele ale

lui Bourguery și Jacob (Paris 1832), cel al lui Testut, (Paris, Doin, 1889-1892) și cel al lui Poirier și Charpy, Traité d'Anatomie humaine (Paris, Bataille, 1892)... Tratatul era, în aprecieri lipsite de partizanat, un moment de referință, în orice caz o sursă bibliografică ce nu putea fi trecută cu vederea.

5. Cine era Poirier?

Paul Poirier (1853 - 1907) a fost o figură remarcabilă a Parisului sfârșitului de secol 19 (24,25). Și aceasta nu numai ca anatomist sau chirurg dar și ca figură mondenă. A urmat la catedra de anatomie a Facultății de Medicină din Paris lui Farabeuf în 1887, a adus contribuții importante în anatomie, mai ales la studiul limfaticelor aparatului genital feminin, a fost un chirurg foarte cunoscut, care a susținut printre primii intervenția precoce în apendicita acută și exerezele largi de organ cu evidări limfatice în cancer. Foarte iubit de studenți pentru maniera sa non-conformistă de a ține cursuri, mai cu seamă ca urmaș al sobrului Farabeuf, Poirier era dornic de afirmare și în saloanele Parisului, nu numai în amfiteatru sau în laborator.²

Toma Ionescu în ultimii ani ai sejurului sau parizian

Detalii despre biografia lui Toma Ionescu sunt furnizate cu generozitate de publicații actuale (26-29) bazate pe monografia lui I. Făgărășanu și volumul jubiliar la împlinirea a 20 de ani de la moartea lui Toma Ionescu aflate la Biblioteca Academiei Române. Excepție fac cele două volume de istoria medicinei ale lui Dan Setlacec (30,31) care sunt rodul multor ani de documentare la Biblioteca Academiei. Regretatul profesor Dan Setlacec a parcurs TOATE colecțiile de publicații medicale de la sfârșitul secolului 19, personal, pagină cu pagină, ceea ce dă acestor două volume o excepțională valoare documentară.

În cursul activității sale profesionale la Paris (17 ani, între 1878 și 1895) Toma Ionescu a fost perfect integrat în elita medicală pariziană. Într-o minunată lucrare de istorie a chirurgiei franceze, I. de Fourmestroux (1934) îi dedică lui Thoma Ionescu pe care îl numește “*Th. Jonnesco, le plus français des roumains*” (pag. 171) un paragraf care merită să fie citat (25):

“*Printre chirurgii de origine latină trebuie menționat Th. Jonnesco, născut în 1860 în România (...) care a fost vreme de 4 ani intern al spitalelor Parisului, în 1891 prosector, apoi profesor agregat de anatomie în 1895. Naturalizat francez în 1889, ar fi devenit neîndoiește chirurg al spitalelor Parisului dacă, în 1895, colegii săi de la București nu i-ar fi oferit catedra de anatomie și direcția chirurgicală a spitalului Colțea. Membru corespondent al Academiei Franceze de Medicină și al Societății Franceze de Chirurgie a participat la aceasta din urmă cu numeroase comunicări. Apostol al rahianesteziei, a publicat în lucrările Congresului Francez de Chirurgie din 1912 o serie de 8.000 de observații (...). Împreună cu*

²Se pare că era o apariție care atrăgea imediat atenția: un bărbat plin de șarm, un celibatar despre care șansonetștii vremii îl descriu ca pe “le premier gigolo de Paris” (24).

Fratele său Take Jonnesco (...) a avut o activitate politică importantă și a fost unul dintre artizanii independenței patriei sale și unul dintre cei mai activi apărători ai gândirii latine.”

Cred că ... Th. Ionescu, cu talentele sale înăscute (...) și cu fericita îmbinare a celei mai apropiate culturi de spiritul românesc, adică cea franceză, a creat un spirit aparte care a rezultat din fuzionarea specificului românesc cu cultura franceză.” (22).

În paginile următoare sunt prezentate cele două descrieri ale aparatului fascial al rectului, cea a lui Toma Ionescu din 1894 și cea a lui Waldeyer din 1899.

Descrierea tecii rectului din ediția I a Tratatului de Anatomie publicat sub redacția P. Poirier între 1892 și 1896 la editura Bataille, Paris

Volumul IV a apărut, probabil, în 1894. (Fig. 1, 3)

Teaca rectului (19)

Teaca fibro-seroasă a rectului este groasă și rezistentă; ea înconjoară strâns rectul pelvin în întregime (...).

Odată ce s-a pătruns în interiorul tecii fibro-seroase a rectului, rectul poate fi decolat cu ușurință de învelișul său. După ce rectul a fost secționat transversal superior și inferior, împreună cu vasele hemoroidale medii, el poate fi îndepărtat în întregime fără a distruge teaca sa fibro-seroasă, care este lăsată pe loc (...).

Această teacă este alcătuită în modul următor: aponevroza pelvină, care tapetează fața superioară a planșeului pelvin, odată ajunsă la nivelul extremității inferioare a ampulei rectale, se reflectă și urcă pe pereții ampulei rectale: anterior, posterior și lateral. Posterior și lateral ea își urmează drumul până la extremitatea superioară a ampulei rectale, adică până la nivelul celei de a treia sau a patra vertebre sacrate, unde dispare. Anterior ea dispare mai jos, la nivelul fosetei lui Douglas, unde se fixează pe peritoneu (aponevroza prostato-peritoneală a lui Denonvilliers). Pe restul peretelui rectal (1/2 sau 2/3 superioare), teaca rectului este continuată de peritoneu.

În concluzie, teaca rectului este constituită dintr-un cilindru fibros sau fibro-muscular în jumătatea sau 1/3 inferioară a rectului pelvin; dintr-un cilindru fibro-seros în jumătatea sau 2/3 superioare.

(...)

Teaca fibroasă a rectului rămâne atașată de ambele părți prin două prelungiri sau aripi laterale. Acestea, fibroase și rezistente, sunt formate prin expansiunea aponevrozei pelviene care înconjoară vasele hemoroidale medii, de la originea lor din vasele hipogastrice până la pereții laterali ai rectului pelvin. Sunt tecile celulo-aponevrotice ale vaselor hemoroidale medii, care ar putea fi denumite ligamentele laterale ale rectului pelvin, deoarece ele fixează și imobilizează rectul pe linia mediană.

Astfel formată, teaca fibro-seroasă a rectului este constantă, groasă și rezistentă (...).

Între conținutul lojei, rect, și conținător, există un țesut celular lax care permite, în cele mai multe cazuri, decolarea facilă de rect, care poate fi separat de membrana sa fibroasă. Uneori totuși, așa cum s-a menționat, porțiunea seroasă a lojei, subțire și intim unită de peretele rectal anterior, face această decolare dificilă. (...)

În pofida constanței sale, autorii nu descriu, cel puțin după știința mea, loja rectală.

(traducerea autorului)

Wilhelm von Waldeyer 1899, “Das Becken” (32)

Fascia recti. Țesutul perirectal. Spațiile conjunctive perirectale (Fig. 4)

Pars pelvina recti este situată într-un țesut conjunctiv lax și este înconjurată într-o parte mai mică (anterior, superior și lateral) de peritoneu și într-o parte mai mare (unde peritoneul nu ajunge) de o fascie specială numită fascia recti. Aceasta reprezintă o parte a fasciei pelvine. (...) Fascia are originea sa caudală în unghiul dintre mușchiul levator anal și sfincterul anal intern și arcus tendineus fasciae pelvis (Fig. 114) iar în sens cranial se pierde în țesutul rectal către colonul pelvian devenind mai subțire și pierzându-se în lamele de țesut conjunctiv.

Anterior are traseu sub excavația rectovezicală de ambele părți deasupra fasciei recto-vezicale, și se termină superior și anterior cu aceasta la nivelul podelei mai sus-numitei excavații (excavația recto-uterină la femeie). Ea ajunge deci mai sus posterior (...). Într-o secțiune transversală situată deasupra fundului excavației recto-vezicale (recto-uterine) vom întâlni fascia numai posterior și lateral unde ea se află în contact cu tecile vaselor hipogastrice și foaia parietală a fasciei pelvine. (...) Atât între peretele pelvin și fascie cât și între aceasta și rect se găsește un țesut conjunctiv lax. (...)

Pe întreaga întindere a fasciei rectovezicale acest spațiu este limitat lateral de inserțiile fasciei recti de ambele părți și este separat de spațiul retro-rectal. Superior în pelvis, cât mai există aici o **fascia recti**, el (spațiul prerectal) avansează în țesutul lax situat între fascia recti și peretele rectal în care se află în traiectul lor dinspre superior Vasa haemorrhoidalia superiora. (...)

(traducerea autorului)

Cele două descrieri sunt în linii mari similare. Cea a lui Toma Ionescu este mai clară și subliniază cu mai multă fermitate aspectul cilindric al tecii rectului. În orice caz, ea este anterioară cu cel puțin 5 ani descrierii lui Waldeyer.

Unele observații prilejuite de compararea celor două ediții succesive ale tratatului de anatomie al lui Poirier (1894, Ed. Bataille) (19), și ediția a doua (1901, Masson)(21)

Observația 1:

În ediția 1894 Paul Poirier este unicul editor al tratatului. În ediția a doua, cea din 1901, alături de Poirier apare ca editor și A. Charpy, iar la autorii volumului 4, fasciculul 1, Tubul digestiv este trecut ca autor Th. Jonnesco urmat de o paranteză în care se spune că volumul a fost revăzut și corectat de domniul Charpy și Soulié. Se poate conchide că intervenția lui Charpy a fost destul de importantă, ceea ce ar putea explica unele din următoarele observații.

Observația 2:

În ediția a doua paragraful inițial al descrierii apare modificat. Iată cele două citate:

Gaine fibro-seroase du rectum. Épaisse et résistante, elle

qui entoure l'intestin étroitement, et envoie même de nombreuses fibres dans l'épaisseur de la paroi rectale, tandis que des fibres musculaires émanées de cette dernière se perdent dans l'épaisseur du plancher pelvien.

Gaine fibro-séreuse du rectum. — Épaisse et résistante, elle entoure étroitement tout le rectum pelvien; pour bien la voir, il faut l'étudier par le procédé suivant. Pratiquer une large brèche sacrée, comme pour l'extirpation du rectum par la voie sacrée, et mettre à nu la paroi postérieure du rectum. Celle-ci est recouverte par un plan fibreux, ordinairement épais de 2 à 3 mm., quelquefois plus mince, mais toujours résistant. En l'incisant sur la ligne médiane, on tombe sur la paroi propre du rectum recouverte par les vaisseaux hémorroïdaux supérieurs et leurs branches, qui cheminent entre le plan fibreux et la paroi rectale musculaire, intimement unis à cette dernière. — Ayant ainsi pénétré dans l'intérieur de la gaine fibro-séreuse du rectum, on peut assez facilement décoller l'intestin de son enveloppe; après avoir sectionné le rectum en haut et en bas, ainsi que les vaisseaux hémorroïdaux moyens, on peut l'enlever entièrement, sans détruire son enveloppe fibreuse et séreuse qu'on laisse en place. Quelquefois pourtant, comme je l'ai déjà fait remarquer, ce décollement peut amener la déchirure de la portion séreuse de cette enveloppe. — On se trouve alors dans la cavité de la gaine rectale, dont on a enlevé ou énucléé le contenu, le rectum. — Cette gaine est formée de la façon suivante: l'aponévrose pelvienne qui double la face supérieure du plancher pelvien, arrivée autour de l'extrémité inférieure de l'ampoule rectale, se réfléchit et monte sur ses parois: en avant, en arrière et latéralement. En arrière et latéralement, elle poursuit son chemin jusqu'à l'extrémité supérieure de l'ampoule rectale, c'est-à-dire jusqu'au niveau de la 3^e ou 4^e pièce sacrée, où elle cesse; en avant, elle s'arrête plus bas, au niveau du fond de la fossette de Douglas, où elle se fixe sur le péritoine (aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers). Sur le reste de la paroi antérieure du rectum (1/2 ou 2/3 supérieurs), la gaine est complétée par le péritoine. — En somme, la gaine périrectale est constituée par un cylindre fibreux ou fibro-musculaire, sur la moitié ou le 1/3 inférieur du rectum pelvien; par un cylindre fibreux et séreux sur la moitié ou les 2/3 supérieurs. — Ce dernier est ainsi formé de deux portions: d'une gouttière fibreuse et aponévrotique à concavité antérieure et d'une coque séreuse à concavité postérieure. La gouttière fibreuse s'insère par ses bords, à droite et à gauche, sur la coque séreuse avec laquelle elle se continue. — Les vésicules séminales et la portion des canaux déférents qui longe leur bord interne, sont contenues dans l'épaisseur de la gaine rectale. Aussi elles restent dans la paroi de la gaine, quand on a enlevé le rectum par le procédé que je viens d'indiquer. — La gaine fibro-séreuse du rectum est rattachée de chaque côté aux flancs du bassin par deux expansions ou ailes latérales. Celles-ci, fibreuses et résistantes, sont formées par des expansions de l'aponévrose pelvienne qui entourent les vaisseaux hémorroïdaux moyens, depuis leur origine sur les vaisseaux hypogastriques jusqu'aux flancs du rectum pelvien: c'est la gaine cellulo-aponévrotique des vaisseaux hémorroïdaux moyens, qu'on pourrait appeler *ligaments latéraux du rectum pelvien*, car ils fixent et immobilisent le rectum sur la ligne médiane.

Ainsi formée, la gaine fibro-séreuse du rectum est constante, épaisse et résistante, souvent infiltrée de graisse en dehors de tout état pathologique. — Elle isole le rectum des organes voisins et du reste de la cavité pelvienne, en même temps qu'elle le fixe. — Quoique résistante, la paroi de la gaine est assez élastique. Aussi le rectum, quand il se remplit, se développe dans l'intérieur de sa loge, dont il distend les parois. — Entre le contenu de la loge, le rectum, et le contenant, la paroi fibro-séreuse, il existe un tissu cellulaire lâche, qui permet, dans la plupart des cas, le décollement facile du rectum, qu'on peut décortiquer, pour ainsi dire, de sa coque fibreuse. Quelquefois pourtant, comme je l'ai déjà indiqué, la portion séreuse de la loge, mince et intimement unie à la paroi rectale antérieure, rend ce décollement difficile. Mais ordinairement la séreuse rectale, plus épaisse et doublée d'une lame fibreuse, adhère moins intimement au rectum; aussi celui-ci peut être enlevé, dans la grande majorité des cas, en conservant intacte sa loge fibro-séreuse. — Après cela on peut se rendre facilement compte de l'importance pratique de la loge ou gaine que nous venons de décrire; car, grâce à elle, on peut enlever le rectum pelvien, par la voie sacrée, sans ouvrir le reste de la cavité pelvienne, et sans risquer d'atteindre les autres organes contenus dans cette cavité.

Malgré sa constance, les auteurs ne décrivent pas, du moins à ma connaissance, la loge rectale. — Rogie (Journ. des sc. méd., Lille, 1890, p. 290) et son élève Drappier (thèse de Paris, 1893) ont bien vu la réflexion de l'aponévrose pelvienne sur l'ampoule rectale. Mais ils ne mentionnent que la paroi antérieure, formée par l'aponévrose prostatopéritonéale, et les parois latérales de la loge rectale; car « le rectum étant appliqué directement contre le squelette en arrière, on comprend qu'à ce niveau les deux extrémités postérieures des branches de la gouttière fibreuse (paroi latérale de notre loge) ne se réunissent pas comme

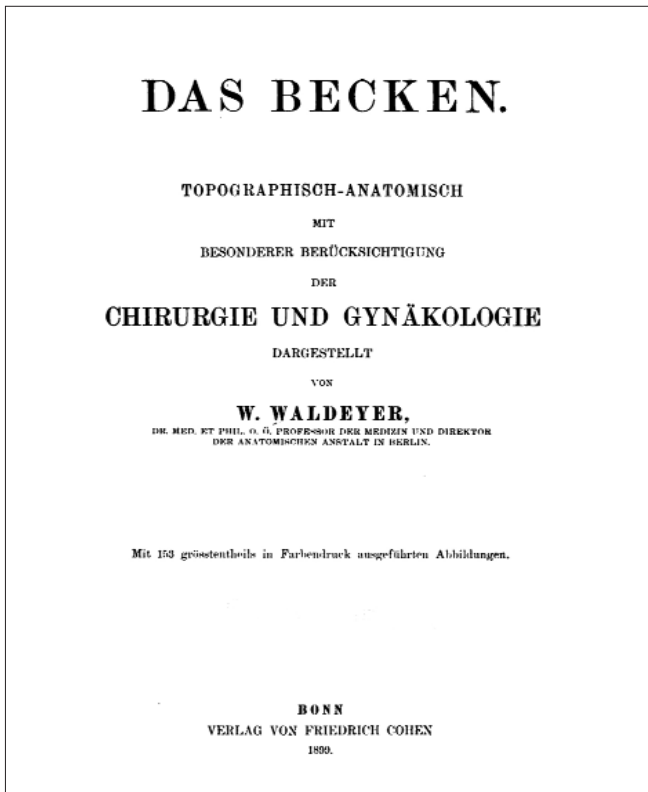


Figura 4. Pagina de titlu a monografie "Pelvisul", publicată de Waldeyer în 1899, la editura Cohen, la Bonn (32)

entoure etroitement tout le rectum pelvien (1894).

Gaine fibroasă a rectului; *fascia recti*. - Épaisse et résistante, elle entoure la partie postérieure du rectum pelvien (1901).

Observația 3:

Cuvântul *cilindru*, care explică cel mai bine aspectul fasciei rectale, prezent în ediția 1, din 1894, dispare în ediția a doua, cea din 1901.

"Sur le reste de la paroi antérieure du rectum (1/2 ou 2/3 supérieurs), la gaine est complétée par le péritoine. - *En somme, la gaine perirectale est constituée par un cylindre fibreux et serré sur la moitié ou les 2/3 supérieurs.* - Ce dernier est ainsi formé de deux portions: d'une gouttière fibreuse et aponevrotique à concavité antérieure et d'une séreuse à concavité postérieure" (1894).

"Sur le reste de la paroi antérieure du rectum (1/2 ou 2/3 supérieurs), la gaine est complétée par le péritoine. En résumé, la tunique musculaire est enveloppée: en arrière par une gouttière fibreuse et aponevrotique à concavité antérieure, en avant par une coque séreuse à concavité postérieure" (1901).

Atât observația 2 cât și observația 3 arată diferențe notabile între descrierile făcute tecii rectului în cele două ediții. În prima se menționează clar că teaca rectului înconjoară în întregime (de jur împrejur) întregul rect pelvin în vreme ce în ediția 2 (1901) este folosită expresia curioasă și oricum mai

puțin clară *elle entoure la partie postérieure du rectum*, adică ea înconjoară partea posterioară (?) a rectului (*entourer* = a înconjura). Mai mult, chiar de la primul paragraf în ediția 2, apare numele *fascia recti*, ceea ce este în mod clar o concesie făcută lui Waldeyer, cel care a introdus în mod cert termenul în 1899. De altminteri nou introdusa *fascia recti* mai apare și ulterior, în descrierea din ediția 2.

Observația 4:

În fine, foarte sugestive pentru chestiunea în discuție este comparația paragrafelor finale:

Malgré sa constance, les auteurs ne décrivent pas, du moins à ma connaissance, la loge rectale. - Rogie (*Journ des sc. med.*, Lille, 1890, p. 290) et son élève Drappier (*these de Paris*, 1893) ont bien vu la reflexion de l'aponévrose pelvienne sur l'ampoule rectale. Mais ils ne mentionnent que la paroi antérieure, formée par l'aponévrose prostatopéritoneale, et les parois latérales de la loge rectale; (1894)³.

La gaine fibreuse du rectum avait été à peine entrevue par les autres auteurs. Depuis la description que j'en ai donnée, elle a été mentionnée et figurée par Waldeyer, sous le nom de fascia propria recti (*Das Becken*, 1899). (Th. Ionescu in Poirier și Charpy, ediția 2, 1901)⁴.

Comparația paragrafelor finale ale celor două ediții arată clar că în ediția din 1894 Toma Ionescu a descris teaca rectului înaintea lui Waldeyer, structura anatomică pe care cel de al doilea a denumit-o, fără a avea aparent știință de prioritatea lui Toma Ionescu, "*fascia propria recti*".

Claritatea primei descrieri, cea din 1894, a lui Toma Ionescu, se pierde într-o oarecare măsură în ediția a doua. Pe baza mărturiilor contemporanilor (14,22) putem presupune că aceste diferențe sunt datorate în mare măsură celui care a făcut corecturile pentru ediția din 1901, probabil Adrien Charpy.

În lumina datelor actuale de morfologie a aparatului de susținere a rectului e permis să conchidem fără teamă de greși că Toma Ionescu a fost primul autor care a descris teaca rectului.

Descrierea originală din 1894 este mai clară și mai aproape de realitate decât cea corectată de Charpy și publicată în 1901.

Wilhelm von Waldeyer

Născut pe 6 octombrie 1836, și-a început cariera de anatomist la Königsberg, și Breslau, unde a și devenit profesor de anatomie patologică în 1867. Wilhelm von Waldeyer (devenit von *Waldeyer-Hartz* din 1916, când a primit un titlu nobiliar de la împăratul Wilhelm al II-lea și s-a hotărât să adauge și numele de familie al mamei) a fost o personalitate marcantă a anatomiei și anatomiei patologice la sfârșitul secolului 19 și

³În pofida constanței ei, autorii nu descriu, cel puțin după câte știu eu, loja rectală (...) Rogie (...) și elevul său Drappier (...) au constatat reflexia aponevrozei pelvine pe ampula rectală ... Dar ei nu menționează decât peretele anterior, format de aponevroza prostatopéritoneală, și pereții laterali ai lojei rectale..." (traducerea autorului)

⁴"Teaca fibroasă a rectului abia dacă a fost menționată de către alți autori. După descrierea pe care am făcut-o eu ea a fost menționată și desenată de Waldeyer sub numele de *fascia propria recti* (32)" (traducerea autorului).

inceputul secolului 20. A creat termeni științifici care au rămas în posteritate, ca cel de *chromozom* și cel de *neuron*, a descris numeroase structuri anatomice dintre care unele îi poartă numele (cel mai cunoscut este desigur *inelul limfatic Waldeyer*), a fost un anatomopatolog de mare reputație, cel care a și pus diagnosticul citologic corect de cancer laringian în 1888 Kronprinz-ului Friedrich Wilhelm chiar cu câteva zile înainte ca acesta să devină împăratul Friedrich al III-lea (33).

Waldeyer a avut se pare ocazia să-l primească pe Toma Ionescu la Berlin. Chiar în *Das Becken* el îi citează copios lucrările lui Toma Ionescu, chiar și pe cele din ediția I (1894, editura Bataille). Dar nu la capitolul în care discuta fascia rectului. Nu poți să nu te întrebi: să fi fost rea voință? O simplă omisiune? Sau să nu îți amintești că la acea dată (1895) în institutul lui Waldeyer lucra Dimitrie Gerota (34), cel care a publicat chiar în acel an excepționala sa lucrare asupra limfaticelor rectului? Să nu te sâcăie gândul că Gerota a avut într-o anumită perioadă a vieții o relație extrem de rece cu Toma Ionescu (e drept că poate nu atât de rece ca Victor Gomoiu)? Să nu îți pui problema ca unele asperități ale relațiilor personale ar fi putut distorsiona corectitudinea stabilirii priorităților științifice, care nu lipseau nici atunci, așa cum sunt prezente și astăzi în lumea atât de plină de pasiuni a cercetării științifice?

Tot recursul la textele originale poate clarifica și aceste aspecte.

Tensiunile dintre Dimitrie Gerota și Toma Ionescu au fost ulterioare, cauzate de susținerea de către Toma Ionescu a candidaturii lui Petre Herescu la postul de profesor de urologie în defavoarea lui Gerota. Concursul a avut loc în 1904. Se pare că Gerota s-a înscris trecând peste voința lui Toma Ionescu. Nu a primit postul, iar în 1913 când a fost în sfârșit numit profesor la a doua catedră de anatomie topografică și chirurgicală, surse contemporane au consemnat că astfel se urmărea "să se repare nedreptatea făcută lui Gerota când nu fusese numit la catedra vacantă de urologie" (35). Nu aveau deci cum aceste probleme interumane să influențeze întâmplări ale anilor 1894 - 1899. De altfel, atât Gerota cât și Waldeyer citează în repetate rânduri contribuțiile lui Toma Ionescu în *Das Becken* (1899). De observat că citarea tratatului Paul Poirier și Adrien Charpy se face în cartea lui Waldeyer cu menționarea editurii Bataille, dar fără a se menționa anul publicării. Lucrul pare curios și poate genera unui cercetător de astăzi, sensibilizat la micile "trecuri cu vederea" în lupta acerbă pentru stabilirea priorității științifice, anumite suspiciuni. Dar totul se limpezește atunci când se consultă lucrarea originală. Volumul 4, cu fascicula 1 cuprinzând anatomia rectului NU ARE MENȚIONAT ANUL APARIȚIEI. Lucrul a fost discutat pe larg mai sus. Articolul lui Dimitrie Gerota despre limfaticele rectului merită o notă (34). Aici Gerota citează capitolul lui Toma Ionescu din tratatul lui Poirier. Cum articolul lui Gerota a apărut în mod cert în 1895, foarte probabil că *Traité d'Anatomie Humaine sub redacția lui Poirier*, ediția 1, să fi apărut în 1894. Trebuie remarcat și faptul că Gerota îl citează în articolul său pe Toma Ionescu atunci când e vorba despre teaca rectului (menționând, ce-i drept și că Waldeyer o numește fascia propria recti). (Fig. 5, 6 și 7).

De ce s-a întâmplat așa? De ce a "făcut carieră" termenul de *fascia recti* și nu cel de *teaca rectului* lansat de Toma Ionescu?

Poate că și inspirația lui Waldeyer de a alege un nume în latină să fi favorizat diseminarea termenului. Totuși, credem că în primul rând este vorba de șansa ca textul lui Waldeyer să fie tradus în limba engleză, *lingua franca* a medicinei moderne. Excelentul articol al lui Crapp Cuthbertson (1974) (11) a pus la dispoziția lumii întregi o descriere a unor elemente anatomice care acum aveau să capete o mare importanță în chirurgia operatorie, cu lansarea exciziei totale a mezorectului. Astfel *fascia recti* a fost readusă la viață și a intrat în limbajul comun legată de numele lui Waldeyer, la 50 de ani după moartea acestuia.

Spre cinstea lor, autorii care au întreținut cu mare corectitudine adevărul și au adus mereu în față contribuția lui Toma Ionescu au fost cei ai filierei franceze (13,14) care s-au referit mereu la "teaca rectului" descrisă de anatomistul și *chirurgul român de formație franceză* Toma Ionescu.

Ideea tecii rectului plutea în aer în ultimul deceniu al secolului 19. Din laboratorul parizian al lui Poirier, unde lucra Toma Ionescu și din Institutul de anatomie al lui Waldeyer de la Berlin, ea a călătorit în lumea întreagă, în paginile tratatelor succesive de anatomie și al articolelor de tehnică chirurgicală până și-a găsit locul ca reper esențial în lucrările deschizătoare de noi orizonturi terapeutice despre excizia totală a mezorectului, o sută de ani mai târziu.

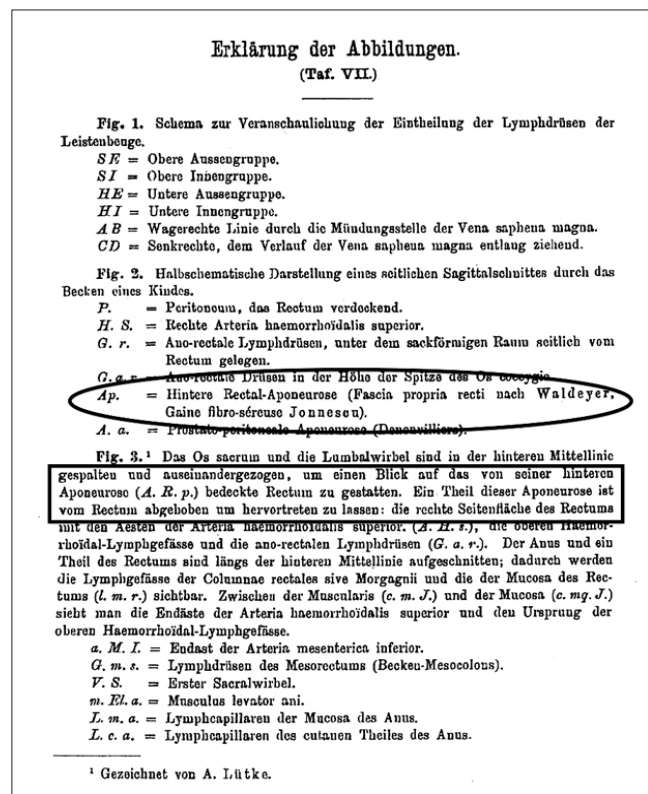


Figura 5. Sunt reproduse aici legendele figurilor din lucrarea lui Gerota despre limfaticele rectului publicată în 1895. În oval: "Ap = Aponevroza rectală posterioară (Fascia propria recti după Waldeyer, teaca fibro-seroasă Jonnescu)". În dreunghi = "... o vedere asupra rectului acoperit de aponevroza sa posterioară" (34)

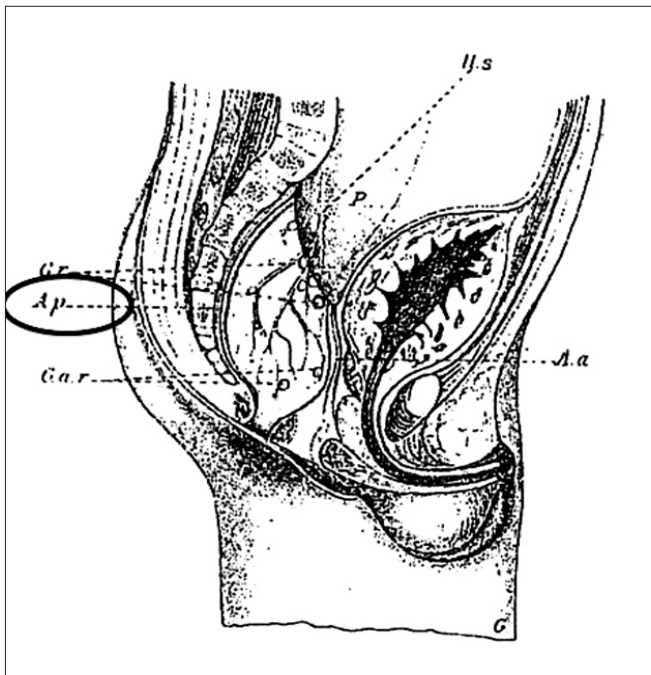


Figura 6. Din Gerota (1895). Secțiune sagitală prin pelvis. În oval este marcată teaca rectului (34)

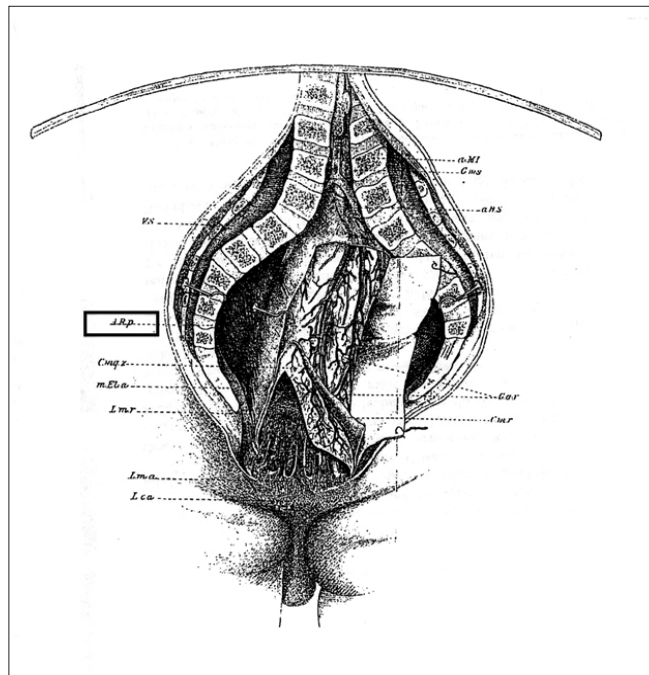


Figura 7. Din Gerota (1895). În dreptunghi este marcată teaca rectului (34)

Prioritatea îi aparține însă cu certitudine, acum putem să o spunem fără teama de a greși, lui Toma Ionescu. S-a întâmplat însă ca paginile lui Waldeyer, cu sprijinul marii autorități a autorului, care la acea oră domina categoric peisajul medicinei europene, să aibă un destin mai norocos. Observația lui Toma Ionescu din ediția a 2-a a tratatului de anatomie a lui Poirier (1901), prin care își subliniază prioritatea, nu a adus, cum se vede, mare lucru.

Așa a fost să fie. Cazul nu este izolat. Chiar dacă privim doar în istoria chirurgiei rectului găsim destule astfel de "nedreptăți" istorice: operația care poartă numele lui Hartmann a fost realizată pentru prima dată de Carl Gussenbauer (1879), iar amputația de rect pe cale abdomino-perineală, consacrată ca operația Miles, a fost realizată cu mult timp înaintea lui de către Czerny (1884) și Quenu (1896) (36).

Cum spuneam, Toma Ionescu și Wilhelm von Waldeyer s-au cunoscut. În ciuda marii diferențe de vârstă (Toma Ionescu era un tânăr, e drept cu realizări remarcabile, dar aflat la început de drum, iar Waldeyer, cu aproape 25 de ani mai în vârstă, era un patriarh al medicinei europene, un om cu o imensă autoritate academică) există mărturii ale unei binemeritate considerații științifice reciproce. Totuși, Toma Ionescu nu poate să nu își comenteze, în pasajul deja discutat, contribuția. În acel paragraf "*Depuis la description que j'en ai donnée (la gaine fibreuse du rectum, n. n.) elle a été mentionnée et figurée par Waldeyer sous le nom de fascia propria recti*" care apare în ediția a doua (1901) se poate vedea, poate, semnul unei anumite iritări.

Istoria însă și-a urmat, implacabilă, cursul cunoscut. Iar acum, cu admirație pentru doi mari anatomicști, nu putem decât să spunem și noi cu de Fourmestraux, care se referea la

disputa de întâietate științifică asupra penei autostactice dintre Pean și Koeberle:

"Astăzi, când ecoul pasionatelor polemici s-a stins de mult, și când acești doi mari oameni odihnesc împreună în marea liniște a morții, numele lor trebuie să primească egală recunoaștere în amintirea noastră" (25).

Mulțumiri

Domnului Prof. Ionel Câmpeanu, cel care mi-a semnalat articolul lui Chapuis, dr. Andrei Bobocea, dr. Bogdan Bădescu și dr. Ștefan Tudor, care au avut amabilitatea de a mă ajuta în munca de documentare. În plus au fost de neprețuit ajutorul prietenilor și colegilor care mi-au deschis accesul unor mari biblioteci universitare din Europa occidentală și America de Nord: University A&T, Texas, U.S.A (prof. Leslie Cizmas și prof. Paul Cizmas), University Heidelberg, Germany (prof. Markus Büchler), University Edmonton, Alberta, Canada (prof. Klaus Buttenschön), University Toronto, Canada.

Bibliografie

1. Havenga K, DeRuiter MC, Enker WE, Welvaart K. Anatomical basis of autonomic nerve-preserving total mesorectal excision for rectal cancer. *Br J Surg.* 1996;83:384-8.
2. Takahashi T, Ueno M, Azekura K, Ota H. The lymphatic spread of rectal cancer and the effect of dissection: Japanese contribution and experience (Citat de Bisset, 2000). In: Soreide O, Norstein J, eds. *Rectal cancer surgery: optimisation - standardisation-documentation.* Berlin: Springer-Verlag;

1997. p. 165-80.
3. Bisset IP, Chau KY, Hill GL. Extrafascial excision of the rectum: surgical anatomy of the fascia propria. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:903-10.
 4. Galler AS, Petrelli NJ, Shakamuri SP. Rectal cancer surgery: A brief history. *Surg Oncol*. 2010.
 5. Heald RJ. The 'Holy Plane' of rectal surgery. *J R Soc Med*. 1988;81:503-8.
 6. Heald RJ, Moran BJ, Ryall RD, Sexton R, MacFarlane JK. Rectal cancer: the Basingstoke experience of total mesorectal excision, 1978-1997. *Arch Surg*. 1998;133:894-9.
 7. Heald RJ, Ryall RD. Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet*. 1986;1:1479-82.
 8. Heald RJ, Husband EM, Ryall RD. The mesorectum in rectal cancer surgery--the clue to pelvic recurrence? *Br J Surg*. 1982; 69:613-6.
 9. Heald RJ, Moran BJ. Embryology and anatomy of the rectum. *Semin Surg Oncol*. 1998;15:66-71.
 10. Church JM, Raudkivi PJ, Hill GL. The surgical anatomy of the rectum--a review with particular relevance to the hazards of rectal mobilisation. *Int J Colorectal Dis*. 1987;2:158-66.
 11. Crapp AR, Cuthbertson AM. William Waldeyer and the rectosacral fascia. *Surg Gynecol Obstet*. 1974;138:252-6.
 12. Testut L, Jacob O. *Traité d'anatomie topographique avec applications médico-chirurgicales*. Paris: Librairie Octave Doin, 1931.
 13. Bell S, Sasaki J, Sinclair G, Chapuis PH, Bokey EL. Understanding the anatomy of lymphatic drainage and the use of blue-dye mapping to determine the extent of lymphadenectomy in rectal cancer surgery: unresolved issues. *Colorectal Dis*. 2009;11:443-9.
 14. Chapuis P, Bokey L, Fahrer M, Sinclair G, Bogduk N. Mobilization of the rectum: anatomic concepts and the bookshelf revisited. *Dis Colon Rectum*. 2002;45:1-8.
 15. Ranga V. *Anatomia omului*. Bucuresti: IMF București: Catedra de anatomie; 1980.
 16. Copăescu C. Laparoscopic total mesorectal excision. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103:87-94.
 17. Muntean V. The surgical anatomy of the fasciae and the fascial spaces related to the rectum. *Surg Radiol Anat*. 1999;21:319-24.
 18. Mandache F, Chiricuta I. *Chirurgia rectului*. Bucuresti: Editura Medicală; 1957.
 19. Jonnesco Th. Tube Digestif. In: Poirier P, ed. *Traité d'Anatomie Humaine*. Paris: Bataille; 1894.
 20. Hayes MA. Abdominopelvic fasciae. *Am J Anat*. 1950; 87:119-61.
 21. Jonnesco Th. Tube Digestif (revazut și corectat de Charpy și Soulié). In: Poirier P, Charpy A, eds. *Traité d'Anatomie Humaine*. 2nd Edition. Paris: Masson et Cie; 1901.
 22. Iacobovici I. Elogiul Prof. Dr. Thoma Ionescu. 50 ani de la înființarea societății de chirurgie și comemorarea a 20 ani de la moartea lui Thoma Ionescu. Bucuresti; 1947. p. 45-56.
 23. Louis R. Old anatomy books. *Surg Radiol Anat*. 1986;8:153-4.
 24. Paul Poirier (1853-1907) Chirurgien et anatomiste francais. <http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/poirierp.htm> ml 2010;
 25. De Fourmestreaux I. *Histoire de la Chirurgie Française (1790 - 1920)*. Paris: Masson; 1934.
 26. Angelescu N. Thoma Ionescu. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100:9-10.
 27. Târcoveanu E, Angelescu N. A European surgeon: Thoma Ionescu (Thomas Jonnesco) - founder of the Romanian school of surgery (1860-1926). *Acta Chir Belg*. 2009;109:824-8.
 28. Sârbu V. *Pagini din istoria chirurgiei Românești*. București: Editura Academiei Române; 2002.
 29. Buda O. Thoma Ionescu (1860-1926): 150 de ani de la naștere. *Chirurgia (Bucur)* 2010;105:295-299.
 30. Setlacec D. *Medicina românească - medicina europeană (1859 - 1916)*. București: Editura Medicală; 1995.
 31. Setlacec D. *Medicina românească - medicina europeană (1918 - 1940)*. București: Editura Humanitas; 1998.
 32. Waldeyer W. *Das Becken, topographisch-anatomisch mit besonderer Berücksichtigung der Chirurgie und Gynäcologie*. Bonn: Verlag von Friedrich Cohen; 1899.
 33. Winkelmann A. Wilhelm von Waldeyer-Hartz (1836-1921): an anatomist who left his mark. *Clin Anat*. 2007;20:231-4.
 34. Gerota D. Die Lymphgefäße des Rectums und des Anus. *Archiv für Anatomie und Physiologie Ann Abt*. 1895;240-56.
 35. Vasilescu C. Dimitrie Gerota. The history of the well done thing]. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100:103-8.
 36. Lange MM, Rutten HJ, van de Velde CJ. One hundred years of curative surgery for rectal cancer: 1908-2008. *Eur J Surg Oncol*. 2009;35:456-63.