UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I«, CLUJ
Facultatea de Medicină.

LUCRARE FĂCUTĂ IN SERVICIUL SANAT. „TORIA"
Director: Dr. C. Bibicescu.

No. 1122

Contribuţiuni la studiul frenicectomiei în tratamentul tuberculozei pulmonare

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ŞI SUSŢINUTĂ ÎN ZIUA DE 12 IUNIE 1937

DE

TIBERIU CIPĂU
MEDIC SECUNDAR AL SANAT. „TORIA".

CLUJ
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL"
Str. Memorandului 22.

UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I«, CLUJ
Facultatea de Medicină.

LUCRARE FĂCUTĂ IN SERVICIUL SANAT. „TORIA"
Director: Dr. C. Bibicescu.

No. 1122

Contribuţiuni la studiul frenicectomiei în tratamentul tuberculozei pulmonare

TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ŞI SUSŢINUTĂ ÎN ZIUA DE 12 IUNIE 1937

DE

TIBERIU CIPĂU
MEDIC SECUNDAR AL SANAT. „TORIA".

CLUJ
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL"
Str. Memorandului 22.

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I", CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. D. MICHAIL.

Profesori:

Clinica stomatologică	Prof.	Dr.	*Aleman I.*
Istoria medicinei	„	„	*Bologa V.*
Bacterologie	„	„	*Baroni V.*
Patologia generală şi experimentală	„	„	*Botez A. M.*
Clinica oto-rino-laringologică	„	„	*Buzoianu G.*
Clinica ginecologică şi obstetricală	„	„	*Grigoriu Cr.*
Istologia şi embriologia umană	„	„	*Drăgoiu I.*
Semiologie medicală	„	„	*Goia I.*
Clinica medicală	„	„	*Haţieganu I.*
Clinica chirurgicală / Medicina operatoare	„	„	*Pop A.*
Medicina legală	„	„	*Kernbach M.*
Farmacologia şi farmacognozia	Supl.	„	*Popoviciu Gh.*
Clinica infantilă	Prof.	„	*Popoviciu Gh.*
Clinica oftalmologică	„	„	*Michail D.*
„ neurologică	„	„	*Minea I.*
Igienă şi igienă socială	„	„	*Moldovan I.*
Radiologia medicală	„	„	*Negru D.*
Anatomia descriptivă şi topografică	„	„	*Papilian V.*
Fiziologia umană	Supl.	„	*Drăgoiu I.*
Balneologie	Prof.	„	*Sturza M.*
Clinica dermato-venerică	„	„	*Tătaru C.*
„ urologică	„	„	*Ţeposu E.*
Chimia biologică	„	„	*Thomas P.*
Clinica psichiatrică	„	„	*Urechia C.*
Anatomia patologică	„	„	*Vasiliu T.*
Chimie	Agr.	„	*S. Secăreanu*
Fizică	Conf.	„	*N. Bărbulescu*

JURIUL DE PROMOŢIE

Preşedinte: Domnul Prof. Dr. *I. Haţieganu*

Membrii:
- Domnul Prof. Dr. *Alex. Pop*
- „ „ „ *I. Goia*
- „ „ „ *V. Bologa*
- „ „ „ *Gh. Buzoianu*

Supleant: Domnul Agr. Dr. *L. Daniel'o*

INTRODUCERE.

Tuberculoza este una dintre cele mai vechi boale, fiind cunoscută şi numită de chinezi „regină a boalelor" încă cu 3200—3300 ani înaintea erei creştine.

Shmith şi Ruffer cercetând scheletele unor mumii de prin anul 4000 a. Ch. au găsit la vertebrele lor leziuni de natură tuberculoasă.

Deci atât în vechime cât şi astăzi tuberculoza era o boală destul de răspândită care făcea multe victime şi pe drept cuvânt elogiată cu numirea de „regină a boalelor".

Concepţia cea veche care mai stăpâneşte încă o majoritate a omenirii în privinţa tuberculozei, de a fi o boală ce nu iartă este destul de greşită. E adevărat că numărul vieţilor secerate anual de tuberculoză întrece pe acela al tuturor boalelor infecto-contagioase la un loc, atingând numărul de aproximativ 4.000.000 anual. (Irimescu).

Procentul mare de tuberculoşi înseamnă pentru o ţară pierderi foarte mari, de aceea în marea majoritate a ţărilor civilizate se duce o aprigă luptă de stăvilire şi combatere a boalei. S'au înfiinţat multe dispensarii pentru depistarea cazurilor de tuberculoză şi o mulţime de sanatorii fie pentru izolarea bolnavilor şi pentru a li se putea aplica un tratament adequat stării lor de boală.

Cura igieno-dietetică, alimentaţia, odihna, aeraţia s'au dovedit foarte eficace, dându-se posibilitate organismului pus în optime condiţii să reacţioneze în contra boalei. La cei vechi această metodă era recomandată dar nu se cunoştea raţiunea ei ştiinţifică. Progresele făcute pe tărâmul anatomiei şi fiziologiei împreună cu descoperirea agentului cauzal al tuberculozei, au dus la aplicarea unor metode de cură ştiinţifice şi mult folositoare.

In ultimii ani în domeniul ftizio-terapiei au fost achiziţionate noui metode, prin cari reuşeşte a fi salvaţi dela o moarte sigură un mare număr de bolnavi, a-i face neprimejdioşi pentru cei din jurul lor, iar mai târziu cu anumite precauţiuni putând exercita profesiuni îşi câştigă existenţa ne mai fiind un balast pentru societate.

Lucrarea de faţă urmăreşte o sumară punere la punct a uneia dintre aceste metode de colapso-terapie pulmonară chirurgicală, frenicectomia bazată pe observaţiile făcute la 104 bolnavi operaţi în sanatoriul Toria de sub conducerea Dlui Dr. C. Bibicescu.

DEFINIŢIE.

Frenicectomia este o operaţiune chirurgicală, constând în extirparea nervului frenic, la nivelul bazei gâtului, în scopul de a se obţine imobilizarea şi relaxarea hemi-diafragmului respectiv şi consecutiv, o destindere sau colabare favorabilă pulmonului bolnav.

ISTORIC.

Se credea mai de mult că un tuberculos nu poate suferi şocul unei intervenţiuni chirurgicale ori cât de mică ar fi fost ea. „Noli me tangere" era principiul călăuzitor. Timpul a reuşit să schimbe radical acest principiu, văzându-se că tuberculoşii pot suporta operaţiuni mari chirurgicale.

Cercetările lui Duchenne de Boulogne, au dovedit independenţa celor două jumătăţi ale diafragmului. de altă parte evoluţia datelor fiziologice şi cunoaşterea mecanicei pulmonare, au dus la presupunerea că scoţânduse din funcţiune muşchiul diafragm, prin secţionarea nervului său motor, frenicul, s'ar putea realiza în parte un repaos şi o colabare pulmonară, datorită paraliziei şi ascensiunei pasive a hemi-diafragmului împins spre cavitatea toracică de presiunea organelor abdominale şi atras de elasticitatea pulmonară.

Pentru prima oară în anul 1891 Stuerz, propune secţionarea nervului frenic de partea pulmonului bolnav, în scopul de mai sus, în cazul leziunilor tuberculoase şi bronşiectazice localizate la baza pulmonului.

Cehlecker, Bardenheuer, practică primii frenicotomia adică simpla secţionare a nervului frenic la nivelul gâtului.

In aceiaşi vreme Sauerbruch, face câteva operaţiuni de frenicotomie la bronşiectazici şi tuberculoşi, publicând în anul 1913 o statistică de cinci cazuri la cari în urma intervenţiei a constatat o importantă ameliorare funcţională. El recomandă această intervenţie pentru leziunile tuberculoase localizate fie la lobul inferior fie superior, sfătuind după caz spre a se mări colapsul să se adaoge o toracoplastie.

Succesiv lucrările asupra acestei noui intervenţiuni promiţătoare se multiplică. Se fac experienţe pe animale, studiindu-se efectele secţionării nervului frenic (Hellin, Schepelman).

Walther, Goetze, Fritz, Kroh, constată în multe din cazurile operate de ei, că după câtva timp diafragmul îşi reia motilitatea.

Goetze şi Felix reuşesc, după minuţioase cercetări, să stabilească că această revenire a motilităţii diafragmului este datorită fie regenerării nervului frenic, fie anastomozei lui cu ramuri din plexul cervical, cu ansa hipoglosului, cu nervul subclavicular, sau existenţei unui nerv frenic accesoriu.

In 1922 aceiaşi autori, înlocuesc simpla secţionarea nervului, frenicotomia, cu smulgerea lui, frenicectomia radicală, reuşindu-se astfel să se înlăture anastomozele şi căile accesorii, obţinându-se paralizia sigură şi definitvă a hemidiafragmului respectiv.

Rezultatele bune obţinute prin această modificare adusă frenicotomiei o fac să se generalizeze. Procedeul lui Felix fiind astăzi aproape singura metodă întrebuinţată.

DATE ANATOMICE.

Nervul frenic (nervul diafragmic, nerv respirator intern) este motor, iar după unii şi senzitiv în acelaşi timp, inervând muşchiul diafragm. Naşte în regiunea cervicală, traversează gâtul pe faţa anterioară a scalenului, de sus în jos şi dinafară înăuntru, fiind aci locul unde se va căuta pentru a fi secţionat. Traversează toracele terminându-se la nivelul dafragmului pe care-l inervează.

Origini: Nervul frenic provine din ramurile anterioare a nervilor cervicali prin mai multe rădăcini. Rădăcina principală provine din cervicala a IV, care nu lipseşte aproape niciodată, din acest motiv frenicul este considerat ca o ramură descendentă a plexului cervical profund.

Poate avea şi origini accesorii din cervicala a III şi a V, această ultimă detaşându-se adesea ori din acelaşi trunchiu cu subclaviculararul.

Rădăcina din cervicala a III-a e destul de frecventă, pot exista şi amândouă aceste accesorii împreună.

După statistica lui Luschka asupra a 32 cazuri frenicul naşte din:

Cervicala IV-a în 15 cazuri.

Cervicala III-a IV-a şi a V-a în 7 cazuri.

Cervicala III-a IV-a în 6 cazuri.

Cervicala IV-a şi a V-a în 5 cazuri.

Cervicala IV-a, a V-a şi plexul brachial în 2 cazuri.

Brock pe 16 cazuri dă:

Cervicala IV-a, 4 cazuri.

Cervicala IV-a şi a V-a, 9 cazuri.

Cervicala III-a, IV-a şi a V-a, 3 cazuri.

Maurer, Roland şi Valtis dau origina frenicului din Cervicala IV-a în 3/8 a cazurilor. Din două rădăcini fie cervicala a V-a şi a IV-a, fie cervicala IV-a şi a III-a, în 3/8, în 2/8 a cazurilor se poate ca nervul să aibă şi

alte origini, astfel din toate ramurile cervicale dela a III-a la VIII şi dorsala I, deasemenea poate avea o rădăcină din marele hipoglos, un filet din marele simpatic cervical, ganglionul cervical inferior şi din nervul muşchiului subclavicular.

Conexsiunile cu simpaticul din ganglionul cervical inferior, mijlociu şi superior (Cruveilhier), au o importanţă capitală în mecanismul frenicectomiei (Delmas, Cabanak, Bibicescu, Polatos), ducând prin ruperea lor la uscarea leziunilor.

Mai prezintă uneori anastomoze cu nervul spinal (Blandin) cu pneumogastricul (Wrisberg) şi cu plexul suprapleural al lui Willy Felix.

Rădăcinile de origină a nervului nu întârzie a se uni, rădăcina inferioară din cervicala a V-a se uneşte uneori cu trunchiul principal mult mai jos. — Technica chirurgicală cere ca secţionarea nervului să se facă cât mai jos, dedesubtul reuniunii ramurilor de origină, important fiind a se rezeca cât mai mult din nerv spre a se rupe toate anastomozele lui şi a se obţine bune rezultate operatorii.

Frenicul accesoriu: sub acest nume se înţelege o rădăcină secundară, cu dispoziţie particulară, având un traect independent pe o porţiune întinsă înainte de a se arunca în nervul frenic. Origina sa este în cervicala V-a în totalitate sau din cervicala III, IV şi a V-a.

Uneori rămâne independent având o direcţie descendentă în teaca muşchiului scalen anterior, la câţiva milimetri în afara nervului frenic. Alte ori se desface din nervul subclavicular şi excepţional din ramura descendentă a hipoglosului.

La nivelul coastei I-a sau între coasta I-a şi hilul pulmonar frenicul accesor se uneşte cu nervul frenic principal sau poate avea un traect independent până la diafragm. Grosimea frenicului accesor este cam $^1/_2$, $^1/_3$, în comparaţie cu a frenicului principal.

In ceeace priveşte frecvenţa nervului accesor sunt oarecari divergenţe. După Goetze ea ar fi de 68%. Hanke şi Felix dau o proporţie de 25%. Sauerbruch 37,8%. Quarti 77%, Wirt şi Jaski în 43% a cazurilor. In cazurile

operate la sanatoriul Toria a fost găsit într'o proporţie de 1%.

DATE FIZIOLOGICE

Frenicul este nervul motor principal al diafragmului, secţionarea lui duce la paralizia unilaterală a muşchiului diafragm.

Duchene de Boulogne, datorită experienţelor făcute pe animale, pe om şi observaţiunilor sale de hemiparalizii diafragmatice în urma unor sindrome şi afecţiuni nervoase, stabileşte că acest muşchi se compune din două jumătăţi independente fiecare având nervul ei motor. Aceste date constitue baza principiului freneceotomiei.

Secţionarea nervului frenic deoparte, aduce după sine paralizia hemidiafragmului corespunzător.

Contrar părerilor anterioare Duchene de Boulogne, arată că această paralizie nu duce după sine moartea omului sau animalului, inerţia diafragmului fiind suplinită de ceilalţi muşchi respiratori.

Muşchii respiratori sunt: diafragmul, supracostali, scalenii, micul dinţat posterior şi superior, intercostalii externi, iar în caz de inspiraţie forţată mai intră în acţiune şi sterno-cleido-mastoidianul, marele dinţat, marele şi micul pectoral, marele dorsal.

In timpul inspiraţiei se măresc cele trei diametre ale cavităţii toracice: transversal, antero-posterior şi vertical.

Dintre toţi muşchii respiratori singur diafragmul are influenţă asupra tuturor acestor diametre, (mai ales asupra celui vertical) ceilalţi muşchi respiratori acţionea neazâ numai asupra diametrelor transversal şi antero-posterior.

In tipul respirator abdominal ce se observă mai ales la copil şi bărbat, diafragmul are preponderenţă asupra celorlalţi muşchi respiratori.

In tipul respirator costal superior, ce se observă mai ales la femeie, predomină acţiunea celorlalţi muşchi respiratori asupra diafragmului.

Cu toate acestea chiar în cazuri de paralizie bilaterală a diafragmului nu survine moartea, muşchii respiratori suplinesc fără nici un risc pentru economie nefuncţiunea diafragmului.

Expiraţia este rezultatul întoarcerii cavităţii toracice la starea de echilibru, datorită elasticităţii pulmonului şi reluarea dispoziţiei normale a organelor abdominale comprimate prin tonicitatea muşchilor abdominali.

Diafragmul în acest timp respirator este ridicat în cavitatea toracică.

Tusea şi expectoraţia sunt sub dependenţa muşchilor abdomnali, diafragmul având doar un rol pasiv. In tuse, după o inspiraţie profundă, muşchii expiratori în primul rând muşchii abdominali se contractă violent comprimând pulmonul prin peretele toracic şi diafragm. Când glota se deschide aerul şi secreţiile bronşice sunt antrenate de aerul expulsat cu forţă, şi aduse inspre gură. In timpul tusei incursia diafragmului este de 4—5 ori mai mare ca în respiraţia normală. Această incursie se accentuiază în urma unei frenicectomii, prin suprimarea sau diminuarea tonicităţii diafragmului, facilitându-se astfel expulsia sputei. S'a mai observat acţiunea diafragmului în vărsături. Prin frenicectomie se calmează mult tusea emetizantă a tuberculoşilor în special în cazurile cu extirparea frenicului stâng.

Pe baza datelor fiziologice se poate vedea că paralizia diafragmului nu are acţiuni dăunătoare.

Respiraţia nu suferă în urma acestei paralizii, tusea şi expectoraţia rămân posibile, ori chiar se fac mai uşor, muşchii expiratori putându-şi îndeplini mai bine funcţia lor.

Nemţii socotesc diafragmul ca un muşchi accesoriu, cu rolul de a menţine presiunea abdominală şi a se opune aspiraţiuni organelor abdominale în cavitatea toracică, stabilind un echilibru constant între presiunea abdominală şi cea intratoracică. Prin paralizia diafragmului, datorită presiunei abdominale se produce ascensiunea lui şi o destindere (relaxare) a pulmonului pe toată întinderea numai aşa explicându-se vindecările leziunilor apicale, după frenicectomie.

TEHNICA OPERATORIE

Voi descrie mai jos metoda operatorie întrebuinţată în Sanatoriul Toria de către Chirurgul Sanatoriului Dr. C. Cărpinişeanu, neîntrând în discuţiuni asupra altor metode.

Bolnavului i se face cu o jumătate de oră înainte de operaţie o injecţie cu Dilaudid Scopolamină Knoll, apoi se aşează pe masa de operaţie în poziţie semi-şezândă, capul rotat de partea opusă leziunii şi o pernă sub umeri aşa încât regiunea supra-claviculară să se pună bine în evidenţă. Regiunea se infiltrează cu 10-20 cc. soluţie Novocaină şi Adrenalină.

Incizia tegumentelor nu este cea clasică (Felix, Goetze, Sauerbruch, Alexander) care este comodă are însă inconvenientul de a stigmatiza bolnavul prin lungimea ei. Noi facem incizia Berard, modificată în sensul că nu o facem decât de 1—2 cm. lungime şi o plasăm orizontal între marginea posterioară a muşchiului sternocleidomastoidian şi vena jugulară externă la 3 cm. deasupra claviculei. Secţionând pielosul apoi aponevroza cervicală mijlocie, deasupra muşchiului omo-hioidian, intrăm în masa celulo-ganglionară, cu două depărtătoare fine, pe care o disociem, punând în evidenţă muşchiul scalen anterior, pe a cărui faţă anterioară se găseşte nervul frenic descinzând de sus în jos şi dinafară înăuntru. Se izolează nervul, se prinde cu o pensă hemostatică Kocher (în acest moment pacientul simte o vie durere în umăr) se secţionează nervul deasupra pensei şi se smulge după metoda lui Felix, rulându-se pe pensă.

Nervul se poate smulge în majoritatea cazurilor în întregime. In general o smulgere de 5—6 cm. este suficientă pentru a produce paralizia durabilă a diafragmului (Maurer). Se recomandă însă a se extirpa cât mai

mult posibil din nerv fiind siguri în acest caz că distrugem toate anastomozele lui (cu frenicul accesor şi nervul sub-clavicular în special). Plaga se închide punânduse o sutură de catgut pe muşchiul pielos şi o agrafă Michel la piele. Operaţia executată cu fineţe nu dă hemoragii şi nici o altă complicaţie. Aplicând această tehnică am obţinut cicatrici estetice cari după cât va timp aproape nici nu se mai cunoşteau.

Scoaterea agrafei la 4 zile după operaţie.

INDICAŢIILE FRENICECTOMIEI.

Ca orice metodă nouă frenicectomia s'a bucurat la început de o largă bunăvoinţă.

Unii autori au mers aşa de departe încât susţineau că frenicectomia ar fi de preferat tuturor celorlalte metode colapso-terapeutice.

Iată de exemplu Wirth şi Köhn von Jascki, susţin că în afara indicaţiei vitale în o hemoptizie mare, unde Pneumotoraxul îşi are o indicaţie de moment, preferă frenicectomia pneumotoraxului, indiferent de sediul leziunilor, forma anatomică şi gravitatea lor. Operaţie unică de o parte, riscurile pneumotoraxului de altă parte, factorii sociali-posibilitatea unei cure mai scurte sunt argumente pe cari autorii mai sus citaţi îşi sprijină teza lor.

Sauerbruch în 1930, vorbind de frenicectomie s'a pronunţat astfel : marea popularitate pe care a câştigat-o paralizia artificială a diafragmului, în tratamentul tuberculozei pulmonare, pare disproporţionată în raport cu efectele mecanice reale ale acestei intervenţiuni, experienţele noastre personale pe mai mult de una mie cazuri, arată că frenicectomia nu aduce decât excepţional o veritabilă vindecare a leziunilor cavitare.

Trecând peste aceste discuţiuni unele atat de favorabile frenicectomiei, altele mult mai puţin, este stabilit astăzi că frenicectomia îşi găseşte o largă indicaţie în tratamentul afecţiunilor pulmonare, constituind una dintre principalele metode terapeutice.

Pentru o cât mai bună reuşită a unei metode terapeutice, se recere o studiere amănunţită a leziunilor bolnavului şi în consecinţă se poate pune o indicaţie justă.

In ceace priveşte indicaţiile frenicectomiei în tratamentul tuberculozei pulmonare, există foarte multe păreri divergente.

Voi căuta totuşi bazat pe experienţele şi rezultatele obţiunte de diferiţi autorii şi celor din Sanatoriul Toria să rezum la sfârşitul acestui capitol când şi în ce cazuri colapsul obţinut prin exereza nervului frenic a dat rezultatele cele mai mulţumitoare.

Se pune o indicaţie de frenicectomie în majoritatea cazurilor atunci când încercându-se un pneumotorax, nu s'a putut creia din cauza aderenţelor pleurale (Sadowscki, P. Labesse, P. Piollet).

Când pacientul nu are posibilitatea continuării tratamentului pneumotoraxului fie din cauza depărtării prea mari de un centru unde i s'ar putea face puncţiile, s'au starea materială neputându-i permite un tratament de o durată prea lungă (3—5) ani) şi foarte costisitor — aceasta ar fi indicaţia socială a frenicectomiei (Sadowski, Wirth şi Köhn Von Jaski, Chiper, Bumbăcescu şi Secărea).

In cazurile când din cauza aderenţelor pleurale pneumotoraxul se dovedeşte ineficace, este complectat printr'o frenicectomie mai ales atunci când sediul leziunilor este bazal sau justa-hilar. Atunci când ne găsim în faţa unei simfize parţiale cu o leziune deschisă în bont (Delay, Colbert, H. Mollard). La persoanele bătrâne cu forme indurative (Sadowski), fie din cauza emfizemului şi fragilităţii ţesutului pulmonar, e bine pentru a se evita un pneumotorax spontan, să se institue frenicectomia d'emble (Steiger).

In complicaţiile pneumotoraxului ca empiem, cu sau fără fistulă frenicectomia se dovedeşte a fi folositoare (Bronfin, Chernyck, Bibicescu, Polatos). Privind chestiunea din punct de vedere al formei şi sediului leziunilor bacilare la nivelul pulmonului, părerile sunt împărţite.

Joly, spune că indicaţiile frenicectomiei trebue să fie foarte limitate şi numai după eşecul unui pneumotorax. Singura indicaţie netă fiind şi în această ultimă situaţie, leziunile lobului inferior-bazale.

A aplica o frenicectomie în leziunile cu sediul apical, înseamnă a risca mari neajunsuri, atunci când metodele actuale de cură permit să se trateze aceste leziuni într'un mod mult mai eficace (Joly).

De unde la început nu se practica frenicectomia de cât pentru leziunile bazale sau justa-hilare, mulţumită constatării majorităţii ftiziologilor, astăzi sediul leziunilor nu constitue contra indicaţiuni la exereza nervului frenic, fiind dovedit că cavităţile apicale au beneficiat în urma intervenţiunei (Dumarest, L. Berard, Desjaques).

Leon Bernard, Wolf, Poix observă că leziunile cavernoase apicale sunt mai bine influenţate de frenicectomie decât de pneumotorax, drenajul lor făcându-se mai uşor.

Leziunile ocupând întreaga întindere a plămânului sunt rezistente la frenicectomie (M. Delay, C. Colbert, H. Mollard). Aceiaşi autori susţin că leziunile bazei sunt cele mai bine influenţate, vin apoi leziunile centrale sau a părţii mediane a vârfului şi acelea situate pe verticala centrului de greutate a pulmonului, fiind sub influenţa directă a tracţiunii elastice a diafragmului. Leziunile situate în afara acestei linii, cele parietale, beneficiază mai puţin în urma paraliziei diafragmului fiind în mai mare măsură sub influenţa muşchilor parietali.

Roussel şi Henriet practică frenicectomia d'emble în leziunile bazale şi a regiunii hilare şi numai după un eşec aplică pneumotoraxul. Leziunilor superioare le aplică la început tratamentul pneumotoracic, iar în cazul când nu obţin rezultate mulţumitoare institue o frenicectomie.

In ceeace priveşte forma clinică a leziunilor majoritatea autorilor sunt pentru intervenţie în cazul leziunilor subevolutive, ulcerative grave cu tendinţă la scleroză, retractilitate şi înconjurate de o parte cât mai mare de ţesut pulmonar sănătos (Dumarest, Leon Bernard, Poix, Désmeuil şi Rousseau), indică frenicectomia în leziuni ulcero-fibroase retractile unilaterale sau predominent unilaterale, când nu se poate aplica un pneumotorax. Consideră ca o contra indicaţie leziunile ulcero-caseoase active din cauza accidentelor post operatorii (pusee pul-

monare acute grave). Influenţă mai bună în leziuni cu fibroză evolutivă nedifuză, idealul indicaţiei în procese cavitare înconjurate de o zonă retractilă puţin întinsă şi de o mare parte de ţesut sănătos. Formele ulcero-fibroase întinse, retractile, dau un procent destul de însemnat de ameliorări, — rezultate dubioase în cazurile cu leziuni ulceroase evolutive neretractile.

Leziunile prea vechi cu un proces de fibroză accentuat în jurul lor, nu beneficiază în urma intervenţiei, cele de vechime mijlocie, subevolutive când retractilitatea este incipientă şi nu sunt aderenţe pleurale prea întinse sunt maximum influenţate (Jean Morin).

Cu cât leziunile au dimensiuni mai mici şi sunt izolate în ţesut pulmonar sănătos cu elasticitatea păstrată, frenicectomia îşi are indicaţia cea mai potrivită rezultatele obţinute fiind bune.

Va fi mai bine influenţată evoluţia unei caverne solitare decât a unei lobite sau diseminări în întreg pulmonul (Dumarest, Desjacques, L. Berard). Leziunile active, extensive, febrile, nu sunt influenţate în bine, ci de cele mai multe ori se observă o accentuare homo sau contro-laterală.

In hemoptiziile grave repetate, unde nu s'a putut creea un pneumotorax sau hemoptiziile sau accentuat prin pneumotorax, de multe ori frenicectomia este indicată.

In pneumotoraxele ineficace, din cauza aderenţelor lobului superior, frenicectomia nu dă rezultate, în cele cu aderenţe bazale (lob inferior) este foarte indicată (L. Bernard, Poix).

După Bernou una dintre cele mai bune indicaţii pentru frenicectomie este o cavernă proaspătă înconjorată de ţesut pulmonar puţin infiltrat (J. Ch. Marie şi E. Şivriere).

In ceeace priveşte unilateralitatea strictă a leziunilor pulmonare unii autori o susţin.

J. Ch. Marie şi Sivriere care au avut ameliorări în cazuri cu leziuni bilaterale mai puţin întinse la un pulmon scriu următoarele: am recurs la intervenţie părându-ni-se că nu ar putea avea consecinţe mai grave decât

evoluţia unei tuberculoze lăsată pe seama ei, — în unele cazuri obţinând ameliorări anatomice şi clinice, în alt caz ameliorări simptomatice.

Din observaţiile noastre personale reese că atunci când la un pulmon avem leziuni întinse, la celălalt limitate şi fără manifestaţiuni stetacustice, frenicectomia este indicată neducând la o evoluţie sau agravare a leziunilor pulmonului mai puţin bolnav. De multe ori suntem forţaţi a recurge la intervenţii din cauză că bolnavul nu se amelirează cu toate celelalte tratamente aplicate-cură igieno-dietetică, aur, calciu etc. In ceeace priveşte localizarea leziunilor deduc din cele 104 frenicectomii operate în Sanatoriul nostru că, chiar şi în cazul leziunilor masive, difuze în întreg câmpul pleuro-pulmonar, am obţinut rezultate remarcabile, datorite diminuării secreţiunilor broncho-pulmonare.

Cât priveşte localizarea leziunilor la pulmonul drept sau stâng — Delay, Colbert, H. Mollard ar fi de părere că frenicectomia aplicată asupra leziunilor pulmonului drept ar da rezultate mai bune. Majoritatea autorilor însă nu au putut constata un avantaj în cazul leziunilor din dreapta (Dumarest, Bumbăcescu. Chiper, Secărea).

Ne asociem şi noi părerei din urmă neputând constata pe cele 104 cazuri de frenicectomie practicată în sanatoriul Toria un avantaj al indicaţiei drepte asupra celei stângi.

Din constatările făcute pe 104 blonavi operaţi în sanatoriul nostru, frenicectomia este indicată:

1. Totdeauna când un pneumotorax nu s'a putut institui din cauza aderenţelor pleurale întinse, sau leziuni localizate bazal.

Am recurs la frenicectomie d'emble la persoanele bătrâne cu un pronunţat emfizem pulmonar, la aceştia pneumotoraxul dând complicaţii serioase fie cauza dispneiei accentuate, senzaţiei de sufocare, sau din cauza friabilităţii mari a ţesutului pulmonar am renunţat a face anterior un pneumotorax. In unele cazuri când cavernele sunt marginale şi de mari dimensiuni socotind că ar duce repede la un pneumotorax spontan prin ru-

perea peretelui lor am intervenit cu frenicectomie d'emble.

2. In cazurile de pneumotorax incopmplect cu aderenţe bazale şi justa-hilare sau ale lobului inferior, menţinând şi pneumotoraxul.

3. In cazurile cari prin pneumotorax nu am reuşit să turtim o cavernă,a indiferent de localizarea ei, menţinând pneumotoraxul, am aplicat intervenţia pentru a diminua secreţiunile broncho-pulmonare, obţinând uneori ştergeri, alte ori diminuarea cavernei.

4. Socotim ca cea mai bună indicaţie o cavernă recentă înconjurată de o zonă puţin întinsă de ţesut scleros, în mijlocul ţesutului pulmonar sănătos-obţinând ştergeri de cavităţi în decurs de câteva luni. Cavernele vechi cu un cerc de scleroză întins, în jurul lor, sunt puţin influenţate.

5. In cazuri cu leziuni monolaterale cavitare, infiltrative localizate bazal, justa-hilar sau în axul median al pulmonului. Leziunile infiltrative difuze, active, dau un procent destul de mare de complicaţii (hemoptizii, evoluţii contro-laterale).

6. In cazuri de hemoptizii de provenienţă cavitară sau necavitară, când nu putem institui un pneumotorax de urgenţă, frenicectomia face să înceteze uneori hemoptiziile.

7. In cazuri de fistulă sau empiem pulmonar, când fistula e localizată în jumătatea inferioară a pulmonului.

8. In cazurile indicate pentru toraco-plastie, precedând intervenţia, pentru a tatona rezistenţa celuilalt pulmon.

9. Am recurs la intervenţii şi atunci când în pulmonul opus constatam leziuni radiologice puţin întinse dar incative, cari la examenul clinic nu ne dădeau nici un semn.

10. La sfârşitul unei cure pneumotoracice de lungă durată, când din cauza sclerozei pleurale pulmonul nu mai revine pentru a preveni o pleurezie exvacuo, am aplicat frenico-exereza substitutivă.

11. In fibro-toraxe cu diminuarea hemitoracelui şi diformitate, atracţie mediastinală, devierea tracheiei şi repercursiunei asupra cordului, simptomele diminuând în urma intervenţiei.

12. Supunând bolnavul curei igieno-dietetice am căutat să obţinem scăderea temperaturii şi dacă era posibil revenirea ei la normal, intervenţia la rece dând rezultate mult mai mulţumitoare.

13. In cazuri de intoxicaţie gravă şi starea generală rea a bolnavului am aşteptat o restabilire pe cale naturală şi numai după aceia am intervenit.

CONTRA INDICAŢII.

1. Formele de pneumonie cazeose masive.
2. Formele acute chiar mono-laterale miliare exudative.
3. Formele cu localizare intestinală şi stare generală gravă.
4. La persoane cu afecţiuni cardiace necompensate.
5. Formele bilaterale evolutive.

MODUL DE ACŢIUNE.

Efectele principale ale frenicectomiei, sunt atribuite după marea majoritate a autorilor, paraliziei hemidiafragmului respectiv, şi ascensiunei lui ulterioare în cavitatea toracică. Prin ascensiune se poate ajunge la o reducere de 1/6—1/2, din volumul normal al pulmonului fiind condiţionată de retractilitatea parenchimului pulmonar, aderenţe costo-diafragmatice şi tonusul diafragmatic.

Diafragmul fiind scos din funcţiune, traumatismul dinamic respirator este mult micşorat. Se obţine astfel o stare de repaos relativ necesară procesului de vindecare.

Ca şi pneumotoraxul frenicectomia acţionează prin colabore, cu deosebirea că este mai mare într'un pneumotorax total, decât destinderea provocată pe frenicectomie prin liberarea unei suprafeţe mai puţin întinse decât aceia a unei decolări totale pleurale.

Prin diminuarea respiraţiei şi a ventilaţiei la pulmonul operat se produc condiţii neprielnice desvoltării bacililor.

Considerăm de o extremă importanţă ruperea conexiunilor simpatice pleuro-pulmonare cari împrumută traectul nervului frenic.

De multe ori când prin frenicectomie nu reuşim să obţinem ascensiunea diafragmului sau e foarte mică, nu putem explica prin efecte de ordin mecanic rezultatele obţinute. (Bibicescu, Polatos).

Intreruperea anastomozelor cu simpaticul, influenţează în cea mai mare măsură secreţiile broncho-pulmonare. Se observă la marea majoritate a operaţilor, în primele zile după intervenţie o creştere a cantităţii de spută. Expectoraţia este totuşi mult mai uşoară. După

5—6 zile dela intervenţie, expectoraţia, unul din cele mai supărătoare simptome pentru pacient diminuă progresiv, odată cu ea diminuă şi tusea, febra, greţurile iar starea generală se îmbunătăţeşte. (Bibicescu Poletos).

Circulaţia sanguină este mult incetinită la pulmonul operat, deasemenea şi cea limfatică. Limfa blocată prin iperlaziilele ganglionare cari împedecă căile centripete de scurgere, nu este impinsă de presiune inspitatorie, negativitatea endo-pleurală influenţează în mică măsură stagnează sau se încetineşte pasagiul limfei toxice din căile locale pulmonare în circulaţia limfatică generală.

In parenchimul pulmonar limfa încărcată cu produşii iritativi rezultaţi din metabolismul bacilar şi celular, stagnează, determinând în ţesutul mezenchimal o stare iritativă locală care sfârşeşte cu un proces de neoformaţiune conectivală reactivă.

Prin absorbţia în circulaţia generală a unei cantităţi mai mici de toxine cedează sau se atenuiază cauzele de intoxicaţie generală şi diseminare morbidă, creindu-se posibilităţi neoformative cari blochează, izolează sau substituesc focarele bolnave. Febra, transpiraţiunile sunt şi ele influenţate în bine. Urmează procese de vindecare prin scleroză şi reducerea permanentă a volumului pulmonului.

EFECTELE FRENICECTOMIÉI.

La nivelul pulmonului operat obţinem: submatitate murmurul vezicular mult diminuat, amplitudinea respiratorie fiind redusă.

Prin diminuarea şi facilitarea expectoraţiei tusea se calmează, în interval destul de scurt se obţine o evidentă ameliorare simptomatică.

Accesele de tuse emetizantă se răresc şi încetează în urma intervenţiei.

OBSERVAŢIA 1. E. M. T. 25 ani, funcţionară. In antecedente adenopatie tracheo-bronşică la 15 ani, eritem nodos, exudat pleural stâng. Debut aparent al boalei înainte cu 5 ani. Cu temperatură 37—37,5°, tuse seacă, diminuarea forţelor. Face 20 injecţii cu Calciu, se simpte puţin ameliorată. In Februarie 1935 răceşte, tusea şi expectoraţia se augumentează treptat. Se internează într'un sanatoriu unde i se încearcă instituirea unui pneumotorax stâng fără rezultat. Se intervine apoi pentru extirparea nervului frenic stâng. Operaţia nu reuşeşte. Se internează în sanatoriul nostru la data de 15. VIII. 1935, cu următoarea simptomatologie: subfebrilitate, tuse emetizantă, expectoraţie muco-purulentă abundentă, diminuarea poftei de mâncare, astenie şi transpiraţiuni nocturne. Se stabileşte dgs. de *tuberculoza pulmonară ulcero fibroasă stângă* a 2/3 pulmonului stâng şi reacţie perişcizurală dr. Baciloscopie pozitivă. Viteza de sedimertare, 56, 88, 121 Cant. expectoraţiei între 80—100 cc. zilnic. Tuse emetizantă în fiecare dimineaţă cu eliminarea unei mari cantităţi de spută.

După o cură igeno-dietetică de 2 luni, temperatura scade la noraml, tusea şi expectoraţia neinfluenţate, starea generală mai bună.

6. X. 1935. Frenicectomie stângă. Se extirpă 27 cm. din nervul frenic, operaţia este bine suportată de pacientă.

20. X. 1935. Hemidiafragmul stâng paralizat, ascensionat 10 cm. expectoraţia facilitată, nu mai are acese de tuse emetizantă.

2. II. 1936. Starea generală bună, afebrilă, tusea moderată, expectoraţia 35—40 cc. baciliferă, dureri în regiunea hipocondrică stg. constipaţie. Evacuarea colonului transvers retardată. Durere la flexura lienală. Câştig în greutate 2 kgr. V. sedimentare: 3, 8 41.

14. IV. 1936. Starea generală foarte bună. Tusea mult diminuată, cantitatea expectoraţiei 5—6 cc. zilnic. Bacili rari în spută. Diminuare marcată a ralurilor, se mai percep câteva subcrepitaţiuni în fosa supraspinoasă stângă. Ridicare excesivă diafragmatică. Pulmonul redus ca volum la jumătate.

24. VI. 1936. Sgomote supra adăugate dispărute, nu mai tuşeşte, nu expectorează, Koch negativ atât la examen direct pe lamă cât şi la homogenizare. Starea generală perfectă. La examenul radiologic o ştergere marcată a infiltraţiunilor (vezi clişeul Nr...) Bolnava părăseşte sanatoriul după un an de cură, foarte ameliorată. Sed. 2, 7, 53.

Rezumat; în acest caz am recurs la intervenţie deşi la pulmonul opus (dreptul) se percepeau raluri şi se vedea o uşoară infiltraţie perişcizurală. Frenicectomia însoţită de cura igenodietetică a dat rezultate foarte mulţumitoare.

12. III. 1937. E. T. comunică că se simpte bine şi a reluat serviciul.

OBSERVAŢIA 2. S. Xantipi, 15 ani, elevă. Boala actuală a debutat înainte cu 3 luni, cu febră mijlocie, tuse seacă, frisoane. Continuă a merge la şcoală, după 2 săptămâni febra se ridică până la 40 grade şi are o hemoptizie mijlocie. Hemoptizia cedează, urmează un tratament cu Calciu. La sfatul medicului curant intră în Sanat. nostru în ziua de 23 August 1936, cu următoarele simptome: Subfebrilitate, tuse rebelă, expectoraţie abundentă galben verzue, diminuarea poftei de mâncare, transpiraţiuni nocturne, oboseală însoţită de dispnee la cel mai mic efort. Greutatea 41,600 kg. Viteza sedimentare: 33, 56, 120.

La examenul clinic şi radiologic se stabileşte dgs. de TBC. plm. dreaptă fibro-cazeoasă cavitară. In imediata vecinătate a claviculei se vede o cavitate de mărimea unui ou. Baciloscopie intens pozitivă. Cant. expectoraţiei 40 cc. zilnic.

2. IX. 1936 se încearcă instituirea unui pneumotorax drept, se găseşte un spaţiu foarte mic (50 cc. aer).

6. IX. 1936. Frenecectomie dreaptă. Se smulg 10 cm. din nervul frenic. Operaţia e bine suportată de pacientă.

11. IX. 1936. Hemidiafragmul drept paralizat, ascensiune 3 cm., fenomenul Kienböck net.

12. IX. 1936. Starea generală bună, afebrilă, tuşeşte puţin, cantitatea expectoraţiei 20 cc. zilnic Koch pozitiv, apetitul revenit.

22. II. 1937. Hemidiafragmul drept ascensionat aproximativ 10 cc. Expectoraţia reducându-se la 2—3 spute zilnic. Koch pozitiv. Viteza de sedimentare 8, 15 67.

27. IV. 1937. Pacienta se simpte foarte bine, nu tuşeşte şi nu expectorează. Koch negativ. La examenul clinic se mai percep câteva subcrepitaţiuni în fosa supraclaviculară dreaptă V. sed. 7, 11. 67. Greutatea 48,600 kg.

Rezumat: La acest caz în decurs de 6 luni după intervenţie obţinem ştergerea unei imagini cavitare apicale cu dispariţia bacililor din spută. Rezultatul oţinut se poate pune în legătură cu faptul că s'a făcut o cură igeno-dietetică în tot acest interval. *Foarte ameliorată.*

OBSERVAŢIA 3. Maria C. 24 ani supraveghetoare Disp. C. T. C. antecedente personale pleurezie dreaptă. Debut aparent al boalei înainte cu 2 luni, în urma unei gripe, cu febră mijlocie 38—38.5°, cu tuse, expectoraţie abundentă muco-purulentă, transpiraţiuni nocturne, junghiu în hemitoracele drept la nivelul mamelonului. diminuarea forţelor. Urmează un tratament cu calciu.

Se internează în sanatoriul nostru la 24. III. 1936, pentru subfebrilitate, tuse rebelă, expectoraţie abundentă muco-purulentă, dureri în hemitoracele drept, diminuarea apetitului, oboseală la efort, astenie, stare generală rea. Greutate 63,100 kgr.

Pe baza datelor clinice şi radiologice se stabileşte diagnosticul de tuberculoză pulmonară, formă pneumonică dreaptă. Koch intens pozitiv. Cantitatea expectoraţiei 100 cc. zilnic. Viteză de sedimentare 67,101, 123. Pneumotorax irealizabil din cauza aderenţelor pleurale. Se aşteaptă cedarea temperaturei şi îmbunătăţirea stărei genearle.

9 Aprilie 1936. Frenicectomie dreaptă, smulgându-se 6 cm. din nerv.

25. IV. 1936. Hemidiafragmul drept paralizat asccensionat 7 cm. Cantitatea expectoraţiei 35 cc. Koch pozitiv, afebrilă. Enterită, stare generală rea.

17. VIII. 1936. Starea generală bună, tusea şi expectoraţia mult diminuată. (15—20 cc. zilnic).

11. XII. 1936. Pacienta se simte bine, tuşeşte şi expectorează puţin (5—6 cc.) Koch negativ. La examenul radiologic diminuarea triunghiului pneumonic. Raluri subcrepitante, medii în regiunea supraspinoasă şi supraclaviculară. Viteza sedimentare: 3, 10, 42.

28. IV. 1937. Starea generală foarte bună, afebrilă, tuşeşte 1—2 ori pe zi. Expectorează f. puţin mucos dimineaţa. Koch negativ. Se mai percep câteva raluri subcrepitanate în fosa supraclaviculară dreaptă. Triunghiul pneumonic aproape dispărut. Aspect uşor marmorat a pulmonului. Hemidiafragmul asccensionat la jum. toracelui.

Rezumat: Dispariţia unui triunghiu pneumonic după un an dela intervenţie. Rezultatul foarte bun îl punem în legătură şi cu cura igenodieteică făcută de pacientă în tot acest interval.

OBSERVAŢIA 4. G. Nicolae. 24 ani sulocotenent. In antecedente pleurezie exudativă dreaptă înainte cu 3 ani. Boala actuală debutează înainte cu o lună şi jumătate, cu subfebrilitate, transpiraţii nocturne, tuse şi expectoraţie moderată. Koch pozitiv. Urmează un tratament simptomatic. Vine în sanatoriul nostru pe ziua de 29. VI. 1935 pentru tuse, expectoraţie muco-purulentă moderată, inapetenţă. Diagnosticul clinic şi radiologic stabileşte leziune infiltrativă fibro-caseoasă cavitară dreaptă. Caverna situată în lobul inferior. Baciloscopie intens pozitivă, viteza de sedimentare 61, 84, 120. Greutatea 62,500 kgr. Pneumotorax irealizabil.

11. VII. 1935. Frenicectomie dreaptă, se smulg 8 cm. din nerv.

17. VII. 1935. Fenomenul lui Kienböck net. Diafragmul ridicat 6 cm. peste nivelul normal.

25. IX. 1935. Bolnavul are o hemoptizie mare (250 cc.) în zilele următoare mai elimină câteva spute hemoptoice.

24. X. 1935. Expectoraţia redusă. Starea generală foarte bună. Nu se mai percep sgomote supraadăogate. La examenul radioscopic se constată dispariţia cavernei şi reducere accentuată a imaginilor infiltrative. Baciloscopie negativă. Viteza de aedimentare 5, 12, 42,.

16. I. 1936. Bolnavul părăseşte sanatoriul, afebril, nu tuşeşte, nu expectorează. Koch negativ, nu se percepe nici un sgomot supraadăogat. Greutatea 72,500 kgr. *Foarte ameliorat.*

OBSERVAŢIA 5. Alexandru B. funcţionar, 29 ani. Istoric: Boala actuală a debutat în luna Iunie 1934 cu febră înaltă, tuse, expectoraţie abundentă dificilă, respiraţie uşor dispneică, artralgii. Dgs. gripă infecţioasă. După 3 săptămâni de tratament starea generală se ameliorează, persistă totuş tusea, expectoraţia, febră mijlocie şi inapetenţă. Făcându-i-se un examen pulmonar se constată leziuni infiltrative tuberculoase la pulmonul drept. Se institue pneumotorax terapeutic drept obligat însă să-l întrerupă după 5 şedinţe din cauza lichidului şi dispneiei accentuate.

Recomandându-se internarea în sanatoriu, intră în serviciul nostru la 9. XI. 1934. Starea bolnavului la internare: subfebrilitate, tuse chinuitoare, expectoraţie abundentă muco-purulentă, diminuarea apetitului, dispnee ce se accentuează la cel mai mic efort.

In urma examenului clinic, radiologic şi bacterilogic se stabileşte diagnosticul de tuberculoză pulmonară fibro-ulcero-cazeoasă cavitară dreaptă. Bolnavul este supus curei igeno-dietetică.

16. Dec. 1934. Se face intervenţia smulgându-se 23 cm. din nervul frenic drept şi se extirpă o ramură accesorie. Operaţia bine suportată de pacient.

24. XII. 1934. Hemidiafragm drept paralizat, imobil, ridicat aproximativ 5 cm. Kienböck net. Cantitatea expectoraţie 70 cmc. Baciloscopie intens pozitivă.

11. II. 1935. Bolnavul examinat înainte de a părăsi sanatorul se constată diminuarea cavităţii şi a sgomotelor supraadăugate. Expectoraţia 25 cmc. Koch pozitiv.

16. XI. 1935. Bolnavul comunică: este afebril, tuşeşte puţin, expectorează 2—3 spute pe zi, nu se mai găsesc bacili. Nu a reluat lucrul cerând pensionarea.

OBSERVAŢIA 6. Vasile D. 28 ani, funcţionar Soc. Petroliferă, debut aparent al boalei înainte cu o lună. Cu febră mijlocie (38 grade), tuse şi expectoraţie abundentă, transpiraţiuni nocturne, inapetenţă, pierdere în greutate. Prezentându-se la medic i se recomandă internarea în sanatoriu. Intră în serviciul nostru la 3 August 1934. Starea bolnavului la internare: sublebril, tuşeşte şi expectorează moderat, apetit diminuat, oboseală la eforturi mici. Greutate 67 kgr.

Pe baza examenului clinic. radiologic şi bacteriologic se stabileşte diagnosticul de tuberculoză pulmonară fibro cazeoasă stângă. Baciloscopie intens pozitivă. Cantitatea expectoraţiei 15—20 cc. zilnic. Viteză de sedimentare 43, 75, 110. — Bolnavul este supus curei igeno-dietetice.

29. VII. 1934. Starea generală mai bună, afebril, tuşeşte puţin, expectoraţia 15 cc. Se recomandă frenicectomie.

31. VII. 1934. Se face intervenţia extirpându-se 25 cm. din nervul frenic stâng. In primele 3 zile după intervenţie cantitatea expectoraţiei creşte.

10. IX. 1934. Hemidiafragm stâng paralizat, asccensionat 9 cm. Starea generală foarte bună, afebril, tuşeşte foarte puţin, expectorează 5—7 cc. zilnic. Baciloscopie pozitivă. Diminuarea sgomotelor supradăogate. Greutatea 70,800 kgr.

27. X. 1934. Bolnavul părăseşte sanatoriul. Cantitatea expectoraţie 5 cm., tuşeşte puţin, greutate 74 Kgr. La examenul clinic se mai percep câteva raluri subcrepitante mici în fos subclaviculară. Netoiage parţial radiologic.

Oct. 1936. Bolnavul comunică că a reluat lucrul. se simpte bine, nu tuşeşte, expectorează foarte puţin, la controlul sputei nu s'au mai găsit bacili Koch. Ameliorarea clinică se menţine după mai mult de 2 ani.

OBSERVAŢIA 7. Dra Elena B. 19 ani. Debut aparent al boalei înainte cu 3 ani în mod brusc, cu hemoptizie abundentă în urma băilor de soare. Hemoptizia se repetă, bolnava neglijând acest simptom. In 1932 la o

nouă hempotizie se internează la spitalul Mârzescu-Braşov. Se încearcă instituirea unui pneumotorax terapeutic fără reuşită. După câteva injecţii cu Sanocrysină simptome de nefrită. Se internează în sanatoriul nostru la 1 August 1934 pentru următoarele simptome: subfebrilitate, tuse şi expectoraţie abundentă, diminuarea apetitului, voalarea vocei. Se stabileşte diagnosticul de tuberculoză fibrocazeoasă a pulmonului drept, localizată la 2/3 superioare. Pulmonul stâng leziuni fibroase limitate juxta hilare fără sgomote supradăogate.

25. VIII. 1934. Subfebrilă, tuşeşte şi expectorează moderat 20 cc. zilnic. Se recomandă frenicectomie.

31. VIII. 1936. Se face intervenţia extirpându-se 5 cm. din nervul frenic drept.

10. IX. 1934. Hemidiafragmul drept paralizat, ascensionat 4 cm. fenomen Kienböck net.

30. IX. 1934. Bolnava se simpte bine, din când în când mici oscilaţiuni termice, nu tuşeşte, expectorează 3—4 cc. zilnic. Câteva raluri subcrepitante mici în spate la vârful omoplatului. Părăseşte sanatoriul cu un câştig de 15 Kgr. foarte ameliorată.

6. V. 1935. Bolnava comunică că se simpte bine şi a reluat viaţa activă.

OBSERVAŢIA 8. Domnica M. 26 ani, vânzătoare prăvălie. Debut al boalei actuale înainte cu 5 luni. După o gripă rămâne cu febră mijlocie, dureri în hemitoracele drept, tuse şi expectoraţie muco-purulentă abundentă, transpiraţiuni nocturne. Pierde în greutate 9 kgr. în 2 luni. Se internează în sanatoriul nostru la 2. VI. 1935.

Starea bolnavei la internare: constituţie medie, afebrilă, tuşeşte şi expectorează mult muco-purulent, transpiră noaptea, apetitul diminuat. La examenul clinic radioscopic şi baciloscopic se stabileşte diagnosticul de T. B. C. pulmonară fibro-cazeoasă-cavitară 1/3 superioară dreaptă. Pulmonul stâng nimic deosebit. Cantitatea expectoraţie 50 cc. zilnic Koch pozitiv intens. Viteza de sedimentare 70, 101, 127.

Se încearcă instituirea unui pneumotorax fără reuşită.

24. VI. 1935. Frenicetomie dreaptă, se extirpă 10 cm. din nerv.

29. VI. 1935. Hemidiafragmul stâng paralizat şi ridicat aproximativ 7 cm. Cantitatea sputei creşte în primele zile după intervenţie diminuând apoi progresiv.

24 Sept. 1935. La examenul clinic se mai aud câteva raluri subcrepitante în regiunea supracaviculară dreaptă. Imaginea cavitară dispărută, se mai văd câteva puncte mici infiltrative la nivelul vârfului. Tusea şi expectoraţia mult diminuate (2—3 cc. zilnic). Bolnava părăseşte serviciul nostru la 17. X. 1935. foarte ameliorată, dispariţia bacililor din spută netoyage radiologic. plus 12,400 kgr.

OBSERVAŢIA 9. Dumitru T. 30 ani, telegrafist CFR. Istoric: boala actuală debutează înainte cu un an, cu stare subfebrilă, tuse şi expectoraţie puţin abundentă, dureri accentuate în hemitoracele drept, transpiraţiuni nocturne, astenie pronunţată. Se internează în Sanatoriul Bisericani pe care îl părăseşte după o cură de 2 luni ameliorat. Vine la noui la 7 Noembrie 1935. Se stabileşte diagnosticul de tuberculoză infiltrativă a vârfului pulmonului drept. Părăseşte sanatoriul la 29. I. 1934 cu un câştig în greutate de 7 kgr.

5. IV. 1935. Revine în serviciul nostru pentru tuse, expectoraţie abundentă, febră şi pierdere în greutate. Reexaminat se stabileşte diagnosticul de tuberculoză fibro-cazeoasă-cavitară a pulmonului drept. Caverna localizată juxta hilar. Cantitatea expectoraţie 35 cc. Bac. terioscopie pozitivă, viteza de sedimentare 18, 43, 84. Se încearcă instituirea unui pneumotrax terapeutic drept irealizabil din cauza aderenţelor. Se recomandă frenicectomie.

24. VI. 1935. Se face intervenţia smulgându-se 18 cm. din nervul frenic drept.

29. VII. 1935. Paralizia hemidiafragmului drept asccensiunea 8 cm. Diminuarea imaginei cavitare, dispariţia sgomotelor supraadăugate, nu tuşeşte, expectorează foarte puţin 1—2 ori pe zi, câştig în greutate 5,200 kgr. Părăseşte sanatoriul reluând viaţa activă.

22. XI. 1936. Starea generală se menţine bună, spută mucoasă, nu se mai găsesc bacili în spută, deşi are un serviciu destul de obositor, se simte bine, a mai câştigat în greutate 3 kgr. (88 kgr.). Ameliorarea obţinută se menţine după un an şi 5 luni.

Foarte ameliorat.

OBSERVAŢIA 10. Nicolae B. Debut aparent al boalei în luna Martie 1935, cu tuse, expectoraţie. febră, pierdere în greutate. Se tratează simptomatic fără nici un rezultat. Tusea şi expectoraţia se accentuează apărând şi dureri în hemitoracele drept. Se internează în sanatoriul nostru la 5. VI. 1935. pentru febră mijlocie, tuse rebelă, expectoraţie muco-purulentă, transpiraţii nocturne, oboseală la efort şi diminuarea apetitului. Se stabileşte diagnosticul de tuberculoză infiltrativă ulcero-cazeoasă-difuză a pulmonului drept Koch pozitiv. Viteza de sedimentare 115, 125, 127. Bolnavul este supus curei igienodietetice temperatura revine la normal după 2 săptămâni, se încearcă pneumotorax fără rezultat. Expectoraţia se menţine la 40 cc. zilnic.

14. VII. 1935. Frenicectomie dreaptă, se smulg 10 cm. din nerv.

17. VII. 1935. Hemidiaframul drept paralizat, asccensionat 6 cm., fenomenul lui Kienböck net.

27. VII. 1935. Starea generală bună, afebril, tuşeşte puţin, expectoraţia 15—20 cc. zilnic baciliferă. Nu mai transpiră noaptea, câştig în greutate 8,500 kgr. La examenul clinic diminuarea numărului ralurilor supraadăugate. Părăseşte sanatoriul ameliorat.

1. II. 1936. Starea generală se menţine bună, tuşeşte şi expectorează moderat, nu a reluat serviciul cerând pensionarea.

Rezultat: Ameliorat.

OBSERVAŢIA 11. M. Gheorghe 18 ani, elev. Debut aparent al boalei în luna Februarie 1934, cu febră 39 grade, tuse, expectoraţie muco-purulentă, pierdere în greutate. Se institue pneumotorax terapeutic stâng, febra cedează. In Iunie face lichid cu reacţie febrilă (38

grade) timp de o lună. In Noembrie puncţia pleurală stabileşte lichid purulent. Se face pleurotomie, temperatura cedează timp de 3 zile revenind apoi la 38—39 grade. Neconstatând nici o ameliorare se internează în Sanatoriul nostru la 12. XII. 1934.

Starea bolnavului la internare: febră 39 grade, transpiraţiuni profuze nocturne, apetit păstrat. La nivelul plăgii se scurge puroi fetid în cantitate de 200 cc. zilnic, cu floră banală plus bacil Koch.

15. II. 1935. Frenicectomie stângă. Se smulg 10 cm. din nervul frenic.

21. II. 1935. Paralizia hemidiafragmului stâng, fenomenul lui Kienböck puţin net.

22. IV. 1935. Starea generală bună, afebril, apetit revenit. La nivelul plăgii se scurg 20—25 cc. puroi zilnic.

23. VI. 1935. Bolnavul părăseşte sanatoriul foarte ameliorat. Starea generală foarte bună, la nivelul fistulei se scurg abia câţiva cc. puroi zilnic. Câştigă în timpul şederei sale în sanatoriu 15 kgr.

1936 Noembrie. Bolnavul se simpte perfect, a mai câştigat în greutate, pleura nu mai secretă, fistula nu s'a închis.

Rezultat: In acest caz s'a intervenit în scopul de a diminua secreţia pleurală purulentă, în urma unui pneumotorax terapetic. Rezultatul obţinut foarte mulţumitor secreţia diminuând dela 200 cc. la câţiva cc. zilnic.

OBSERVAŢIA 12. V. Adalbert. 45 ani, impegat CFR. Deputat aparent al boalei înainte cu 16—17 ani, cu febră, tuse şi uşoară expectoraţie. A făcut cură igieno-dietetică la sanatoriile Colibiţa şi Stela. Bolnavul reluând viaţa activă s'a simţit bine. In luna Februarie 1935 face o gripă după care rămâne cu tuse şi expectoraţie abundentă. Starea subfebrilă şi pierdere în greutate. Vine în serviciul nostru la 26. VI. 1935 pentru tuse rebelă, expectoraţie muco-purulentă. transpiraţiuni profuze nocturne, diminuarea apetitului, oboseală la cel mai mic efort. Pe baza examenului clinic şi radiologic se stabileşte diagnosticul de tuberculoză fibro-cazeoasă

a pulmonului drept însoţită de dilataţie bronşică. Viteza de sedimentare 28, 47, 117. Cantitatea expectoraţiei 200-250 cc. zilnic. Supus curei igeno-dietetice şi unui tratament simptomatic temperatura cedează, expectoraţia şi tusea rămân neinfluenţate.

14. VI. 1935. Frenicectomie dreaptă, se smulg 12 cm. din nerv.

17. VIII. 1935. Diafragmul drept paralizat fără ascensiune. Fenomen Kienböck net.

22. IX. 1935. Bolnavul părăseşte sanatoriul cu subfebrilitate 37,2—37,4. Cantitatea expectoraţiei 15 cc. zilnic. Umbra supra diafragmatică persistentă.

7. VI. 1936. Bolnavul comunică nu a reluat lucrul, este afebril. tuşeşte dimineaţa, expectorează 5—6 cc. zilnic, oboseşte repede. *Foarte ameliorat.*

OBSERVAŢIA 13. I. Victor, 27 ani şef de echipă C. F. R. In antecedente heredocolaterale 2 surori moarte de tuberculoză pulmonară.

Deput aparent al boalei în anul 1934. Face cură higieno-dietetică la sanatoriile Cosmuţa şi Steierdorf cu dgs.: debilitate fizică. In Noembrie 1935 face o gripă. După care rămâne cu tuse şi expectoraţie muco-purulentă, febră mijlocie, dureri în hemitoracele drept, inapetenţă, cefalee, astenie pronunţată şi transpiraţiuni profuze nocturne. In Februarie 1936 hemoptizie mică care se repetă în luna Martie. Se tratează ambulator, nesimţind nici o ameliorare, se internează în Sanatoriul nostru la data de 3. VII. 1936.

La internare prezenta o stare subfebrilă, tuse şi expectoraţie abundentă galben verzue, obseală. dureri în hemitoracele drept, apetit păstrat. Greutatea 59 kg.

Pe baza examenului clinic radiologic şi baciloscopic se stabileşte dgs. de *tuberculoză pulmonară fibro-cazeoasă cavitară dreaptă.* Cu două excavaţiuni una în regiunea hilară de mărimea unei monete de 100 lei alta mai mică în fosa subclaviculară. Viteza de sedimentare 26, 32, 87 Boln. este supus curei higeno-dietetice şi în ziua de 12. VII. se încearcă instituirea unui pneumotorax terapeutic drept, fără rezultat.

19. VII. 1936 se intervine şi se rezecă nervul frenic drept în întregime (30 cm.). In primele zile după intervenţie cantitatea expectoraţiei creşte dela 20 la 25 cc.

23. VII. 1936. hemidiafragm drept paralizat, asccensionat 7 cm. Fenomenul lui Kienböck net.

16. VIII. 1936 starea generală foarte bună. Afebril, nu tuşeşte decât foarte rar, cantitatea expectoraţiei 5—7 cc. zilnic.

24. IX. 1936 bolnavul este examinat înainte de a părăsi Sanatoriul. Se constată dispariţia imaginilor cavitare şi diminuarea semnelor clinice. Cant. expect. 1—2 cc. zilnic Koch negativ. Greutatea 66, 800 kgr. V. sedimentare: 3, 6, 45.

OBSERVAŢIA 14. Dumitru M. 26 ani. Debutul boalei în luna Decembrie 1934. Congestie pulmonară dreaptă. Tuse şi expectoraţie puţin abundentă, pierdere în greutate, astenie. Se tratează ambulator, continuându-şi serviciul. De 2 săptămâni slăbeşte progresiv, este inapetent şi cere internarea în sanatoriu.

Se internează la noui la 4. IV. 1935 pentru tuse, expectoraţie moderată, diminuarea apetitului. oboseală la efort, dureri în hemitoracele drept. Diagnostic: Tuberculoză ulcero-cazeoasă, localizată la 2/3 superioară pulmonului drept. Infiltraţiuni discrete la vârful pulmonului stâng. Baciloscopie pozitivă. Viteză de sedimentare 24, 35, 112. Pneomotrax terapeutic irealizabil.

12. V. 1935. Frenicectomie dreaptă. Se smulg 15 cm. din nerv.

20. V. 1935. Hemidiafragmul drept paralizat asccensionat 5 cm.

25. XI. 1935. Bolnavul părăseşte sanatoriul afebril, tuşea şi expectoraţia menţinându-se. N'a câştigat în greutate. Nici o modificare clinică sau radiologică.

Rezultat: Staţionar.

OBSERVAŢIA 15. Neagoe P. 32 ani. Tuşitor vechiu cu expectoraţie muco-purulentă. De 2 luni se simpte mai slăbit, inapetent, pierde în greutate 12 kgr., transpiră noaptea, expectorează în repetate rânduri spute

hemoptoice. Vine la noi pe ziua de 19. IX. 1934 pentru expectoraţie hemoptoică, tuse rebelă. transpiraţiuni nocturne, inapetenţă, dureri în hemitoracele drept. Diagnosticul: Tuberculoză fibro-cazeoasă a pulmonului drept localizată la 1/3 superioară.

10. XII. 1934. Se institue pneumotorax terapeutic drept. Colabare parţială cu aderenţe bazale şi apicală. Ineficacitate totuş pneumotoraxul se continuă timp de aproape 4 luni, tusea şi expectoraţia neînfluenţate (20 cc. zilnic) la exam. clinic şi radiologic nici o modificare. Starea generală bună, bolnavul câştigând în greutate 14 kgr.

14. IV. 1935. Frenicectomie dreaptă, se rezecă 11 cm. din nervul frenic. Operaţia bine suportată de pacient.

22. V. 935. Hemidiafragmul drept paralizat, ascensionat 5 cm. Fenomenul Kienböck net. Cantitatea expectoraţie 3—4 cc. zilnic, tusea mult diminuată, reducerea ralurilor supradaogate. Greutatea 61,900 kgr.

26. VIII. 1936. Starea generală se menţine bună, este afebril, nu tuşeşte, expectorează foarte rar, n'a pierdut în greutate deşi a reluat viaţa activă.

Rezultat: Foarte ameliorat.

OBSERVAŢIA 16. Avram M. 27 ani, frizer. Debut aparent al bolii în luna Iunie 1933 cu tuse, expectoraţie hemoptoică, diminuarea forţelor, pierderea continuă în greutate. Face cură igieno-ditetică timp de o lună. Se simpte ameliorat. Reluând serviciul revin simptomele plus febră şi hemoptizie mică.

Vine în serviciul nostru la 24 Martie 1934 pentru febră mică, tuse şi expectoraţie moderată, diminuarea apetitului, oboseală la cel mai mic efort, transpiraţiuni profuze nocturne. Se stabileşte diagnosticul de Tuberculoză pulmonară fibro-cazeoasă localizată la treimea mijlocie a pulmonului drept. Cortico pleurită stângă. Expectoraţia muco-purulentă 20—25 cc. zilnic. Koch pozitiv. Viteza de sedimentare 22—55,109. Pneumotorax irealizabil.

10. VI. 1934. Frenicectomie dreaptă, se smulg 25 cm. din nevul frenic.

22. VI. 1934. Hemidiafragmul drept paralizat imobil, ascensionat 10 cm. Fenomenul lui Kienböck net.

Părăseşte Sanatoriul la 25. VII. 1934 mult ameliorat, cu un câştig în greutate de 8 kgr. In fiecare vară face cură sanatorială de 2 luni, restul anului duce viaţă activă muncind 10 ore pe zi.

22. IX. 1936. Bolnavul se reinternează în sanatoriul nostru. Starea generală foarte bună, nu tuşeşte, nu expectorează. Koch negativ. Viteza de sedimentare 6, 16, 57. Nu se mai aud sgomote supradăogate, murmurul vezicular diminuat pe întreaga suprafaţă hemitoracelui dr. Netoyage radiologic. Rezumat: rezultatul bun obţinut în urma fremicectomiei se menţine după 2 ani şi jum. Bolnavul deşi a reluat serviciul, duce o viaţă regulată, face cură igeno-dietetică în fiecare an. Rezultat: foarte ameliorat.

(Tablourile ce urmează cuprind restul observaţiilor prezentate, scrise prescurtat).

Nr.	Numele	Etatea	Data intern.	Debut	Simptome	Diagnostic Clinic-Radioscopic	Expectorație	Viteza sediment.	Intervenția
1	Nicolae M. funcționar comercial	33	13-II-934	în cu 1 an	Tuse. Expectorație 20 cc. Febră mijlocie. Diminuarea apetit. Transpirații nocturne	Tuberculoză infiltrativă ulcerocazeoasă dreaptă. Infiltrație limitată juxta-hilară stg	mucopurulentă sang 50 cc. Koch pozitiv	54 86 121	25-III-934 Se smulg 20cm. din N. frenic dr. Bine suportată
2	Trofin M. paznic	37	2-X-934	în. cu 2 ani	Febră, 37-37°3 Tuse rebelă, expectorație mucopurulentă abund. Inapetența dur. torac în dreapta, Astenie	T. b c. pulmonară fibro-cazeoasă cavitară dr. cortico-pleurită stg.	mucopurulentă 25 cc. Koch pozitiv	10 37 92	17-III-935 se smulg 6 cm. din N. frenic drept
3	Vasile T. degustor	28	5-X-934	înainte cu 2 l.	Sub-febrilitate, tuse și expectorație moderată, transp. noct. perd. în greut. dispnee de efort.	Tuberculoză ulcero-cazeoasă limitată 1/3 sup a pulmonului dr.	mucopurulentă 10 cc. Koch pozitiv	32 64 89	21-X-934 se smulg 12cm. din N. frenic drept
4	Aurelia O. profesoară	25	1-II-935	toamna an. 934	sub-febril. tuse expect. transp. noct. mici, diminuarea apetit, Oboseală la efort.	Tuberculoză infiltrativă limitată la vârf. l plm. stg. cortico-pleurită stg.	galben verzuie 6-7 cc. zilnic omogenă Koch +	81 94 129	1[illegible]-II-935 se smulg 20cm. din N. frenic stg. suport. bine
5	Teofila M. casnică	27	25-III-935	N. embr. 934	febrilă, tușește și expectorează puțin, pierde în greutate, obosește repede	Tuberculoză ulcero-cazeoasă cavitară dreaptă. Pleurezie sero-fibrinoasă dr. (localizare juxta hilară)	105 cc. zilnic Koch intens +	52 88 125	14-IV-935 Frenicectomie dr. se smulg 11 cm. din nerv
6	Eugenia O. studentă	1[illegible]	27-VIII-935	în. cu 1 lună	sub-febrilitate astenie, transpirații noct rne	Tuberculoză infiltrativă ulcero-azcoasă 1/3 sup. pulm. stg	mucopurulent 4-5 cc. zilnic Koch pozitiv	34 56 106	22-IX-935 frenicectomie stg. se smulg 3 cm. din N.
7	Maria F. casnică	25	6-V-934	în. cu 3 luni	febră mijlocie tuse, expectorație moderată, astenie stare generală rea	Tuberculoză fibro-cazeoasă difuză a pulm. stg.	10 cc. zilnic Koch pozitiv	66 82 110	10-VI-934 nu s'a putut extirpa decât 1/2 cm. din N. frenic
8	Ana B. casnică	28	2-II934	în. cu 5 luni	febră, tuse și expectorații debilitate dispnee la efort, transpirații nocturne	Tuberculoză ulcero-caz oasă cavitară a pulm dr. 2/3 sup.	mucopurulentă 30 cc. Koch pozitiv	—	4-III-934 se smulg 25 cm di N. frenic drept

Control Radioscopic	Control expectorație	Viteza Sedimentării	Complicații	Examenul bolnavului înaintea părăsirii Sanatoriului	Rezultat	Observații
2-IV-934 Hemidiafrag. drept paralizat ascensiune 4 cm. Kienböck net.	22 IV-934 mucopurulentă 50 cc. Koch pozitiv	—	Bilateralizare. Hemoptizii repetate	11-III-934. Nu se constată nici o ameliorare la pulmonul operat. La pl. stg. infiltrații mult mai accent.	agravat	—
25-III-935 Diafragmul drept paralizat ascensionat 7 cm Kienböck net.	1-V-935 mucopurulent 10 cc. Koch pozitiv	6 15 52	—	1-V-035. Diminuarea sgomotelor supraadăugate. Dimin. cavernei localizată juxtahilar Koch neg.	f. amel.	19-VIII-936 comunică starea gen. f. bună. Nu tușește, nu expect. Koch neg. temp. normali
27-X-934 ascens. diafragmatică dr. 3 cm. deasupra mamelonului Kienböck net.	2-I-935 galbenă 2 cc. zilnic Koch negativ	2-I-935 2 8 69	—	4 II 935. Sgomote supraadăugate reduse se mai percep. câteva raluri supra clavicular în dreapta + 5 Kg.	f. amel.	28 IV 936. Comunică stare gen. bună, afebril, expector. odată 2 pe zi Koch neg. menține greutăți Nu a reluat lucru.
15-II-935 ascensiune diafrag moderată, paralizie diafrag. stg.	27-VI-935 1-2 cc. zilnic Homogenizare negativă	3 VIII-935 11 32 96		2[illegible]-VIII-935 Nu se percep sgomote supraadăugate, netoyage parțial radiologic	f. amel.	—
25-IV-935 ascensiune diafragmatică 5 cm.	17-VIII-35 70 cc. mucoasă cu noduli purulenți Koch pozitiv	19-VIII-37 65 96 124		20-VIII-935 reducerea sgomotelor supr-adăugate. Diminuarea cavității + 1.500 Kg.	puțin amel.	—
28-IX-35 Paralizia hemidiafragmului stg. Kienböck net. Ascensiune 2 cm	19 X 935 15 cc. zilnic Koch pozitiv	19-X 935 10 31 109	10-X-935 Hemoptizie 100 cc. în următoarele 5 zile hemoptizii mici repetate	2[illegible]-X-935. Nu se constată nici o ameliorare clinică sau radioscopică	agravat	125-IX-936. Boln. se reintern. în Sanat. nostru cu lez. ulcero caz. bilat. intense stare gen. rea
16-VI-934 paralizia hemidiafragmului stg ascensiune 8 cm. Kienböck net.	16 VII-934 10 cc. Bacilocopie pozitivă	16-VII-84 42 58 96	—	26-VII-934 status quo. 3 Kg. câștig în greutate	agravat	21-XI-935 stare gen. rea, febră înaltă Expect. in cant. mare pierdere contin. în greut. Boln. moare în Iulie 1936
11-III-934 paralizia hemidiafragmului drept	12-IV-934 10 cc. Koch pozitiv	—	—	Ianuarie 935 st re generală bună + 8.300 Kg. controlul cavernei mai puțin net.	ameliorat	Frenicect s'a practicat după pneumotorax incompl. cu ader. multiple bazale și later. situația cavernei apicală

9	Gheorghe C. coaffeur	35	5-II-935	în. cu 2 luni	Afebril, tuşeşte şi expectorează puţin oboseală la efort dureri surde în hemitorac. drept	Tuberculoză fibro-scleroasă a plm. dr. infi traţie limit. vârful plm. stg.	5 cc. zilnic Koch pozitiv	40 71 124	17-III-935. Nu se poate extirpa din N. din cauza sclerozei se practică singura secţiune a N.
10	Ludovie D. mecanic	24	12-IV-935	de 3 ani	Tuse, expect. galben verzue mod. astenie, perdere continuă în greut. transp. noct. Apetit. dimin.	Tuberculoză pulmonară ulcero-fibroasă 1/3 inf. plm. stg. Infil raţie vârfului stg.	14 cc. Koch neg.	86 110 133	23-IV-935 se smulg 6 cm. din N. frenic stâng
11	Elisabeta I. casnică	27	13-III-934.	în. cu 1 an	Junghiu puternic în st. Subfebril. tuse expectoraţie dispnee de efort	T. b. c. ulce.o-fibroasă difuză a plm. sfg. T. b. c. fibroasă apicală dreaptă	5-6 cc. zilnic	27 53 107	22-IX-934 Frenicectomie stângă. S'au smuls 10 cm. din nerv.
12	Rozalia R, croitor. să	46	14-V-935.	în. cu 1 an	Subfebrilitate, tuse rebelă, expect. abundentă, transp nocturne, oboseală la efort	T. b. c. pulm. fibro cavitară 1/3 superioară stg.	150 cc. zilnic Koch +	61 98 128	2-VI-1935 Frenicectomie stângă. Se smulg 12 cm. din nerv.
13	Ancuţa S. casnică	32	28-VIII-935.	în. cu 9 luni	Subfebr., tuse rebelă, expectoraţie muco-purulentă abund. Diminuarea apet. voal. voci	T. b. c. ulcero-cazeoasă diseminată a plm. dr. Infiltraţie limitată vârful plm. stg.	60 cc. zilnic Koch +	63 84 116	6-X-935 Frenicectomie dreaptă, se smulg 11 cm. din Nerv.
14	Constantin B Funcţ. C.F.R.	32	12-V-936.	în. cu 6 ani	Subfebril, tuse şi expect. muco-purulentă abundentă, oboseală la efort respiraţ. dispneică	T. b. c. pulmonară fibro-cavitară 1/3 sup. plm. stg.	25-30 cc. zilnic Koch + inters	20 50 105	19-VII-935 se smulg 12 cm. din N. frenic stg.
15	Gheorghe C. mecanic	33	4-V-936.	n. cu 20 ani	Tuse, expectoraţie galben-verzuie oboseală la efort transpiraţii noct.	T. b. c. fibro-cavitară juxta-hil. ră a pulmonului drept	20 cc. zilnic Koch + inters	40 77 113	17-V-936 Frenicectomie dreaptă, se smulg 4 cm. din Nerv.
16	Vasile Z. ucrătorfabr.	40	4-V-936.	în. cu 50 ani	Expectoraţie abund. muco-purulentă, tuse, durerile la baza plm. drept, febră medie	T. b. c. fibroasă bazală dreaptă Colecţie pleurală sero. fibrinoasă dreaptă	80 cc. zilnic Koch neg.	62 8 135	7-VI-936 se smulg 20 cm. din N. frenic drept Bine supo tată
17	Stănilă P. vânz. prav.	18	12-VIII-936.	în. cu 3 1/2 l.	Tuse, expectoraţie oboseală la efort diminuare forţelo'	T. b. c. ulc rocazeoasă limitată a vârfului dr.	2-3 cc. Koch pozitiv	8 83 120	6-IX-936 se smulg 20 cm. din N. Frenic

27-III-935 şi 2-IV-935 nici o modificare la niv. diafragm. mişcările conservate	14-IV-935 4-5 cc. zilnic Koch poz.	6-IV-935 42 71 115	—	29-IV-925. Starea gen. bună, disp. dur. in h mitorac. dr. se aud aceleaşi sgomote. supra-ad.	stationar	Ineficacit. operat după părăs. San. nu ne-a mai comunicat nimic
8-VI-935 paralizia hemidiafragmului stg. ascensiune 10 cm.	9-VI-935 4-5 cc. zilnic Koch neg.	26 76 99	—	14-VI-935. Diminuarea sgomotelor supra-adăugate şi a imag. situate la baza plm. + 5, 00 Kg.	agravat	13-XII-935. Comun. se simte rău, afebr. tuşeşte şi expect. f. mult, obos. rep. deşi a reluat lucru nu poate lucra a perdut în greutate
1-III-935. Paralizia diafragmului st. ascens. 10 cm Kienböck net.	5-6 cm. Koch —	1-VI-935 6 30 90	—	Starea gen. fibun. Nu tuşeşte, nu expect asp. în arm. plm. st. Câteva raluri subcrepit.	f. amel.	Bolnava a făcut cură Sanat. de 2 luni în fiecare vară. Acum e în cura Sanat. cu acelaşi rezultat bun
3-VI-935. Ascens hemidiafragmului stâng 7 cm. Paralizie Kienböck net.	50 cc. zilnic Koch +	—	—	9-VII-935. Dimin imag. cavitare, se percep ral. sibil. şi ronflante + 5.500 Kg	ameliorat	9-XII-936. Tuşeşte mult expect 20-30 cc. Koch — (?) nu a reluat lucru
15-IX-935 Paralizia hemidiafragmului dr. ascensiune 5 cm. Kienböck net.	25 cc. zilnic Koch +	—		12-XII-935. Dimin alurilor subcrepit. supra-adăugate afebr. star. gen. bună + Kg.	ameliorat	Nici o comunicare dela pacientă
23-VII-935 Hemidiafragm. stg paralizat, ascens. 6 cm. Kienböck net.	5 cc. zilnic Koch + intens	16 33 70	23-VII-936 Hemoptizie 20 c.	2-VIII-936. Accentuarea sgom supra-adăugate, măr. imag. ca it. lezi. ne contra-lat.	agravat	—
22-V-936 Paralizia hemidiafragm. drept Ascensiune 7 cm Kienböck net.	11-IX-936 -5 cc. zilnic Koch +	10 2 62	—	11-IX 935. Se mai percep câteva subcrepitaţiuni mici la niv. mamelonu' Dimin. accentuată a imag. cavitare a + 4.400 Kg.	ameliorat	—
14-VI-936 Paralizia hemidiafragmului dr. ascensiune 3 cm.	15 cc. zilnic Koch neg.	30 72 96	—	26-VIII-936. La examenul pulm dispa. ia umbrei de la baza pulm dr frec mici pleur	ameliorat	—
11-IX-936 Hemidiafragmului drept, paralizat ascensionat 3 cm. Kienböck net.	2-3 cc Koch neg	7 17 65	19-IX-936 Hemoptizii mici repetate timp de 5 zile	27-XII 936 Dispar. totală a imaginei radioscopice infiltr rotund şi a sgom. sup a-adăugatd + 8 Kg.	f. am l.	—

18	Petre D. electrician	21	30-V-93[illegible]	în cu 9 luni	Tuse, expectoraţie puţin abund nă dureri în hemitoracele drept	T. b. c. ulcero-cazeoasă 1/3 sup. dreap a	muco-purulentă 7-8 cc.	3 54 98	28-VI-936 Se smulg 8 cc. din N. f enic
19	Elena M. casnică	32	4-IV-936	în. cu 6 luni	Subfebrilitate. tuse rebelă. emetizantă expect muco-purulentă transp. noct. oboseală la efort Dureri în hemitoracele stg.	T. b. c. ulcero-fibroasă 2/3 pulmonului stg.	30-40 cc Koch poz	20 52 109	28-VI-936 Se smulg 2[illegible] cc din N. frenic stâng
20	Atena M. casnică	31	13-VIII-936	în. cu 20 ani	Febră mijlocie, tuse expectoraţie abund. transpiraţiuni noct. respiraţie dispneică diminuarea apetit. junghiu în hemitoracele drept	T. b. c. fibro-cavitară a plm. dr. Caverna situată apical cortico-pleurită stg.	120 cc. zilnic Koch poz intens	50 71 9	23-VIII-936. Se smulg 4 cc din N. Frenic dr. Oper. bine sup
21	Ioan M. funcţionar Bca Naţ.	36	13-VII-936	în. cu 8 l. bronch-pneum.	Stare gă gravă febră mijlocie, tuse. expect. abund sero-muco-purulentă, transp nocturnă Oboseli la cel mai mic. efort.	T.b.c. fibroasă însoţită de Bronşe-tazia lobului inf drept.	200 cc. zilnic Koch pozitiv intensiv	100 114 130	23-VII-936 se smulg 20 cm. din N. Frenic drept.
22	Gheorghe N maestru tipograf	39	5-V-936	în. cu 1 1/2 a.	Tuse rebelă, expect. muco-purulentă oboseală la efort Transpiraţii nocturne afebril.	T.b.c. fibrocazeoasă cavitară a pl. drept, caverna localizată juxta-hilar.	15—20 cc. Koch pozitiv	8 20 63	17-V-936 Frenicectomie dr. se smulg 15 cm. din N.
23	Ioan C. T. elev semin.	20	17-II-936	în. cu 7 l.	Febră mijlocie, tuse expect. abund. pierdere în greut. transp. nocturne dispnee de efort, junghi în hemitoracele la bază.	T.b.c. ulcero-cazeoasă dreaptă, Pneumotorax terap. incomplet cu ader. bazale şi apicale.	40 cc. zilnic Koch pozitiv	25 50 104	7-VI-936 se smulg 4 cm. din N. Frenic. drept.
24	Alexandru T. croitor	27	13-VIII-935	în. cu 5 ani, urmă	Tuse şi expectoraţie moderată, dureri în hemitoracele drept.	Lobită superioară dreaptă cu uşoară retracţie.	2 cc. zilnic Koch rari bacili	10 36 95	19-I-936 se smulg 10 cm. din N. Frenie drept.
25	Andrei T. lemnar	29	12-IV-35	cu 4 ani	Tuse şi expectoraţie muco-purulentă dureri accentuate în hemitoracele stg.	T.b.c. ul ero-fibroasă plm. stg. induraţia vârfului plm. drept.	20 cc. zilnic Koch + intens	70 101 130	23-IV-935 se smulg 30 cm. din N. Frenic stg.
26	Matei P. muncitor	9	[illegible]-II-936	urmă cu 4 luni	Tuse rebelă exp abund hemoptoică, imin. apetit. Ob. la efort, junghiu în emitor. d[illegible]. Febră	T.b.c. fibro-cazeoasă 2/3 sup. plm. dr pt, infiltraţiuni micijuxta hilare stg.	muco-purulentă 20 cc. zilnic Koch + intens	80 107 120	22-III-935 se smulg 10 cm. din N. Frenic drept.

5-VII-936. Hemidiafragm. drept paral zat ascensionat 6 cm. Kienböck net.	7-8 cc. Koch pozitiv	16 35 90	Hemoptizii mici repetate	1-IX-936. Nu se const. nici o mod. clinică sau radiologică	staţionar	—
10-VII-936 paralizia hemidiafragm stg. ascens 8 cm. Kienböck net.	5-6 cc. mucos Koch pozitiv	21-X-936 5 12 59	Accese de sughiţ în prima lună după operaţ.	20-XII-936. Se mai percep câteva ra. subcrep. în fosa supra-spinoasă şi supr.-clav. + 3 Kg.	ameliorat	5-III-937 B. comunică că se simte bine, nu are febră nu a perdut în greut tuşeşte f rar 2-3 pe zi
29-VIII-936 Paral. hemidiafragm. dr. ascens. 5 cm Kienböck net.	60-65 cc. zilnic Koch pozitiv	32 68 90	—	13-IX-936 Statu quo	staţionara	—
28-VIII-936 Paralizie hemi diafragm. dr. Ascensiune 6 cm. Keinböck net.	200 cc. zilnic Kock pozitiv	—	—	6-IX-936 nu se constată nici o modificare	staţionar	Cură incompletă. Nici o comunicare dela boln.
24-VI-936 Ascensiune 4 cm. Kienböck net.	5-10 cc. zilnic Koch pozitiv	—	Evoluţie contra laterală	26-VI-936 starea generală mai bună, dimin. diametrului cavernei. + 5 kg.	agravat	1-II-937, comunică: se simte rău, tuşeşte şi expect. mult. Un medic stabil dsg. tbc. bilat.
20-VI-936 Paralizia hemi diafr. dr. Ascens. diafragmului 5 cm. Kienböck net.	2—3 spute mucoase Koch negativ	7 12 60	ichter cataral	15-XI-936 Nu se mai percep sgomote supraad. netoyage parţial radiologic. + 3 kg.	f. ameliorat	20-III-937 comunică: frecventează şcoala se simte f. bine.
6-II-936 Paralizia hemi diafr. dr. Ascensiunea 3 cm. Kienböck net.	2 cc. rari bacili	15 36 90	—	15-II-936 statu quo.	staţionar	Nu comunică starea sa.
8-VI-935 Paralizia hemidiafragm. stg. Ascensiune 15 cm.	7 cc. Koch +	—	—	10-VII-935 diminuarea sgomotelor supraadăug te. + 2 kg.	f. ameliorat	30-XI-936, comunică: se simte bine nu are temp., nu tuşeşt, oboseşte la efort mari. + 7 kg.
6-IV-936 Hemidiafragm drept paralizat, ascensiune 6 cm. Kienböck net.	0 cc. zilnic Koch +	30 73 110	—	9-V-936 sgomote supraadăugate dimin. Nu se constată nici o modif. radiol	puţin amel.	—

27	Dumitru T. telegrafist C.F.R.	30	7-XI-935	în. cu 1 an	Subfebrilitate, tuse şi expectoraţie moderată.	T.b.c. fibro-cazeoasă cavitară pulm. drept. Caverna localizată juxta hilar.	10 cc. Koch + slab	18 43 89	24-VI-935 se smulg 18 cm. din N. Frenic. drept
28	Vasile Z.	43	4-V-936	în. cu 3 ani	Tuse, expectoraţie moderată, uşoară dispune de efort, transp. nocturne.	T. b. c. fibroscleroasă 1/3 inf. drept.	25 cc. zilnic Koch negativ	—	7-VI-936 se smulg 25 cm. din N. Frenic drept.
29	Hariton M. funcţionar	42	4-VIII-936	în. cu 1 an	Tuse rebelă, exp. abundentă, dimin. apetitului, oboseală la eforturi mici.	T.b.c. fibro-cazeoasă 1/3 sup. plm. drept.	73 cc. zilnic Koch + intens	45 7[illegible] 110	6-IX-936 se smulg 25 cm. din N. Frenic drept.
30	Isac H. negustor	34	31-VII-934	în. cu 1 lună	Diminuarea apetit. oboseală la efort. Expectoraţie puţin abundentă.	T.b.c. ulcero-cazeoasă drept. Pneumotorax parţial cu simfiză bazală.	15—20 cc zilnic Koch negativ	17 40 79	24-VIII-934 se smulg 7 cm. din N. Frenic drept.
31	Simion C. ţesător fabr post. B	29	26-II-936	în. cu 6 l.	Sub febrilitate, tuse, expectoraţie nuco-purulentă abundentă, astenie	T.b.c. fibro-cazeoasă cavitară pl stg. caverna localizată apical.	45—50 cc. Koch +	10 25 86	22-III-936 se sumlg 12 cm. din N. Frenic. stg.
32	Ştefan F. pantofar	22	4-II-936	în. cu 1 l.	Tuse, expectoraţie moderată, diminuarea apetitului oboseală la efort	T.b.c. infiltrativă 1/3 plm sup. dr.	10—15 cc. zilnic Koch + intens	60 88 120	16-II-936 se smulg 20 cm. din N. Frenic drept.
33	Ioan P. chelner	24	10-III-936	în. cu 3 ani	Subfebrilitate, tuse rebelă, expect. gălbue abundentă oboseală la efort dureri accese de tuse emetizante	Tbc fibro-cazeoasă difuză plm. drept, mediastinul deviat spre dr	35—45 cc. zilnic Koch + intens	84 110 122	9-IV-936 se smulg 15 cm. din N. Frenic. drept.
34	Marga etaB. casnică	31	21-III 936	în. cu 4 l	Febră mijlocie, tuse rebelă expectoraţie abundentă diminuarea apetitului pierdere în greutate oboseală la efort	Tbc. ulcero-cazeoasă cavitară a plm. stg, caverna situată apical.	30 cc. zilnic Koch +	35 78 121	9-IV-936 se smulg 6 cm. din N. Frenic stg.
35	Alex. U. maestru atelier C.F.R	43	23-IV-936	în. cu 11 ani	Febră înaltă, tuse rebelă, expectoraţie abundentă, oboseală cu dispnee accentuată la cel mai mic efort.	Tbc. fibro-cazeoasă disemnată a plm. drept. Cortiea-pleurită stg.	70 cc. zilnic Koch + intens	90 115 134	23-IV-936 se smulg 12 cm. din Frenicul dept.

29-VI-935 Hemidiafragmdrept paralizat. Ascensiune 10 cm. Kienböck net.	2—3 spute zilnic Koch —	13 30 71	—	31-XII-935 disp. imag. cavit și disp. sgom telor supra-adăugate + 7 kg.	f. amel.	22-XI-936, comunică: st. gen. f. bună, n'are temp., expector. 1-2 spute muc., Koch negativ, a reluat lucrul.
10-VI-936 Hemidiafragmul drept paralizat. Ascensiunea 3 cm. Kienböck net.	25 cc. Koch negativ	—	—	26-VI-936 nici o ameliorăre clinică sau radiologică.	staționar	
11-IX-935 Paralizia hemidiafragmului drept Ascensiune 2 cm Kienböck net.	50—60 cc. zilnic Koch +	80 100 116	—	13-X-936 nici o ameliorare.	st-ț o ar	
29-VIII-934 Hemidiafragmul drept paralizat. Ascensiune 6 cm. Kienböck net.	3—4 cc. zilnic Koch —	6 15 65	Hemoptizie — acasă comunică	16-IX-934 diminuarea sgom. supra-adăugate (aerul dispărut) + 8,500 kg.	f. amel.	12-XI-935 comunică: După hemoptizia avută, se simte bine, nu exp. nu tușește, obos. puțin. Mențin. gr.
5-IV-936 Paralizia hemidiafrag. stg. Ascens. 7 cm. Kienböck net	5—10 cc. zilnic Koch —	9 25 90	22-IV-936 Hemopt zie mică	1-VII-936 Dimininuare nrului sgom. supraadăug cu reduc. diametrelor cavernei.	ameliorat	Febr. 937. După 3 luni dela părăs. San. a reluat lucru se simte bine, tuș. și expect. puțin
22-II-936 Paralizia hemidiafrag. dr. Ascens. 6 cm. Kienböck n t.	6—7 cc. zilnic Koch +	60 90 112	—	3-IV-936 Statu quo + 5,10 kg.	puțin amel.	
14-IV-936 Paralizia hemidiafrag. drept. Ascensiune 7 cm.	18—20 cc. zilnic Koch +	—	—	1-VI-936 Statu-quo, revenirea mediastinului la normal.	staționar	
16-IV-936 Paralizia hemidiafrag. drept. Ascensiune 4 cm Kienböck net.	5—6 cc. Koch +	17 38 90	—	18-VI-936 Reducsgom. supraad. Câteva subcrepit. în fosa supraclavic.	puțin amel.	
29-V-936 Paralizia hemidiafrag drept. Ascensiune 3 cm.	90 cc. zilnic Koch + intens	100 120 134	Hemoptizie mare în ziua de 12-VI-936	16-VI-936 Sgomot. supraad. mult mai accent.	agravat	August 936 ni se comunică că a sucombat

36	Elena F. casnică	30	27-VII-936	în. cu 5 l.	Tuse şi expectoraţie puţin abundentă, dimin. apetitului, stare subfebrilă, pierdere în greut	Tbc. ulcero-cazeoasă difuză a plm. stg.	11—12 cc. zilnic Koch +	33 80 115	17-V-936 se smulg 10 cm. din N. Frenic stg.
37	Ecaterina H. casnică	26	21-IV-936	tol. de 4 ani	Tuse emetizantă, expectoraţie muco-purulentă abund. febră 37—38°, astenie, dimin. apetit. Starea gen. rea.	Tbc. fibro-cavitară dreaptă şi ulcero-cazeoasă cavitară stg. Caverna situată juxta-hilar în stg.	100-120 cc. zilnic Koch + intens	100 117 130	17-V-936 se smulg 5 cm. din N. Frenic stg.
38	Naculai G. fizer	4	23-VII-936	în cc 3 ani	Tuse, expectoraţie moderată, dimin. apetitului.	Tbc. fibro-cazioasă cavitară $^2/_3$ sup. stg Caverna situata apical.	9—11 cc. zilnic Koch + intens	35 62 80	23-VIII-936 se smulg 15 cm. din N. Frenic stg.
39	Nicolae I. student	22	1-X-936	în. cu 1 an	Tuse expectoraţie moderată. Astenie.	Tbc. ulcero-cazeoasă dreaptă. Pneumotorax terapeutic stg. Imagine cavitară la vârful plm. stg.	10 cc. zilnic Koch pozitiv	55 69 106	7-VI-936 Frenicectomie Stgă
40	Mihai N. E. elev	19	7-II-936	în. cu 4 sept.	Febră mijlocie, tuse rebelă, expect. muco-purulentă abund. Astenie, transp. profuze nocturne.	Lobită sup. dr. excavată.	40—43 cc. Koch + intens	65 101 125	22-III-936 se smulg 8 cm. din N. Frenic drept.
41	Georgeta C. casnică	23	4-VI-936	în. cu 5 ani	Oboseală la efort, pierdere în greut. traspiraţiuni noct. Tuse rară, hemoptizii mici.	Tbc. fibro-cazeoasă stg. difuză.	5—6 cc. Koch +		4-III-934 se smulg 20 cm. din N. Frenic stg.
42	Mihai I. mecanic	30	28-XI-933	în. cu 1 an	Febră mijlocie tuse şi expect. moderată, dimin. apetitului. Astenie.	Tbc. Lobită sup. dreaptă, mici infiltraţiuni juxtahilare stg.	20—25 cc Koch +		23-III-934 se smulg 20 cm. din N. Frenic drept.
43	Ştefan M. muncitor	27	22-V-934	în. cu 9 luni	Starea generală gravă, tuse rebelă şi expectoraţie abundentă, astenie pronunţată.	Tbc. ulcero-cazeoasă difuză a plm. drept, infiltr. mici apicale stg.	50—60 cc. Koch + intens	68 99 126	29-VII-934 se smulg 10 cm. din N. Frenic drept.
44	Elena V. casnică	23	31 VII-934	în. cu 6 luni	Tuse, expectoraţie diminuarea forţelor.	Tb. ulcero-cazeoasă a întreg plm. stg caverna apicală.	17—20 cc. Koch +		31-VIII-934 Frenicectomie stg se smulg 7 cm. din nerv

22-V-936 Paralizia hemi-diafragm. stg Ascensiune 5 cm Kienböck net.	4—5 cc. Koch negativ	13 30 105	—	1-VII-935 umbră lichideană la baza hemitoracelui stg. cu frecături pleur. mici. Infiltr. nodulare apicale. +6,500 kg.	ameliorat	Frenicatomia s'a instituit în urma unui pneumotorax stg menţ. 6 l. păr ăsit însă din neglij. pacientei, din cauza sinfizelor pleurale create şi lichidului
22-V-936 Paralizia diafragmului stg. ascensiune 4 cm. Kienböck net.	50—60 cc. zilnic Koch + intens	60 110 123	—	17-VI I-936 Statu-quo.	staţionar	S'a încercat instit. unei pneumotorax bilat. cu rezultat bun în dr. impos. în stg. din cauza ader. pleurale Dimin. cant. expect.
28-VIII-936 Hemid afragmul stg. paralizat, ascensionat 6 cm Kienbück net.	4—5 cc. zilnic Koch +	25 57 113	—	3-IX-936 Statu quo.	staţionar	Insuficienţă curei sanatoriale. Nu a putut fi urmărit mai mult timp
10-VI-936 Hemidiafragmul stg. peralizat. Ascensiune 5 cm. Kienböck net.	2—3 cc. zilnic Koch +	10 24 80	—	25-IX-936 Persit. imaginei. St. gen. bună, afebril, nu tuşeşte, nu expect., obosesţe repede. + 1,500 kg.	puţin amel.	Pneumotorax terapeutic bilateral cu aderenţi la vârful stâng
5-IV-936 Hemidiafragmul dre t paralizat. ascensionat 9 cm.	— Koch negativ	2 5 51	—	18 VII-986 Se percep câteva raluri sub crep. mici în fosa supra-spin. şi su pra-clavic. dr. Ne-toalaj part. radiol Ştergerea cavernei	f. ameliorat	Martie 1937 Pacientul se află în cura Sanat. Geoagiu nu prezintă nici un semn de boa'ă
11-III-934 Paralizia hemidiafragmului stg. Ascensionat 3 cm. Kienböck puţin net.	5—6 cc. Koch +	—	—	15-V-934. Tusea şi expect. persistă, raluri subarcpitante pe toată întind. pl. stg. Nici o modif. radiologică.	agravat	Ni se comunică că pacienta a sucombat
5-VII-934 Paralizia hemidiafragmului drept, ascensiune 2 cm Kienböck puţin net.	15—20 cc. Koch +	—	Tulburari digestive, vomissmente	1 -V.-934 Nici o modificare clinică sau radiologica.	agravat	Ni se comunică că în Ianuarie 1935 a sucombat
27-VI I-934 Hemidiafragmul drept paralizat, asceesi nat 6 cm. Kienböck net.	50 cc. Koch +	55 85 122	—	1-IX-934 St. gen. staţionară. netoyage radio ogic 1/3 inf. a plm. dr.	agravat	Ni se comunică că bolnavul a sucombat
6-IX-934 Hemidiafragmul stg. paralizat ascensionat 4 cm Kienböck net.	9 cc. Koch +	—	—	14-IX-934 Starea gen, mai bună, tuşeşte şi expect. mai puţin Nici o modificare radiologică.	ameliorat	26 XI-935 comunică se simte bine pulmonar, tuşeşte puţin şi expect. la fel. nu face temp. obosesţe repede

45	Gabriel M. şofer	33	7-IX-934	în. cu 1 an şi 6 l.	Subfebrilitate, tuse şi expect. moderată dimin forţelor, pierd. re continuă în greutate.	Tbc. fibro-cazeoasă difuză a plm. stg. Infiltraţie limitată vârful plm. drept.	10—12 cc. Koch + intens	71 95 113	21-XI-934 se smulg 15 cm. din N. Frenic stg.
46	Vasile P. muncitor	21	28-IX-934	în. cu 1 an	Afebril, tuse şi expectoraţie puţină transpiraţiuni profuze nocturne, oboseală la cel mai mic efort.	Tbc. fibro-cazeoa ă plm. stg.	5—6 cc. Koch + intens	25 70 109	21-XI-934 se smulge 1 cm. din Frenic stg. N. sit. pe marginea scalenului.
47	Teodora N. casnică	34	24-IV-935	în. cu 7 ani	Tuse şi expect. muco-purulentă abund. apetit mult diminuat, oboseală la efort.	Tbc. ulcero-fibroasă 1/3 up. pulm. drept.	50 cc. Koch +	11 30 104	12-V-935 Frenicectomie drept, se smulg 2 cm. din N. Frenic.
48	Ladislau C. chelner	20	14-V-935	în. cu 6 luni	Tuse accentuată exp. mu o-purulentă, febră mijlocie.	Tbc. infiltrativă 1/3 sup. dreaptă. Pneumotorax terapeutic dr. incomplet cu aderenţă apicală	100 cc. Koch + intens	102 119 127	2-VI-935 Frenicectomie dr. se smulg 20 cm. din N. Frenic.
49	P. raschiva M. casn c	39	24-VI-935	în. cu 7 1/2 luni	Febră inaltă, tuse şi expect. muco-purulentă, astenie pierde în greutate. Transpiraţiuni profuze nocturne.	Tbc. ulcero-cazeoasă plm. stg.	30—40 cc. Koch + intens	72 108 124	2-VI-935 se smulg 10 cm. din N. Frenic stg.
50	Elena V. casnică	48	3-VII-935	în. cu 1 an	Tuse şi expect muco-purulentă, subfebrilitate, dimin. apetitului	Tbc. fibro-cazeasă cavitară dreaptă. Pneumotorax incomplet. Aderenţă bazală cu exudat.	10 cc. zilnic Koch +	14 41 85	14-VII-935 se smulg 10 cm. din N. Frenic drept.
51	Aurel V. preot.	31	2-VII-935	în. cu 10 luni	Stare subfebrilă diminuarea apetitului, tuse şi expect. moderată	T. b. c. ulcero-cazeoasă 2/3 sup. pulm. drept	18—20 cc. zilnic Koch +	30 60 100	14-VII-935 se smulg 30 cm. din N. Frenic drept.
52	Gheorghe M. tâmpl r	27	22-V-934	în. cu 6 luni	Febră 38°, tuse şi expect. puţin abund. Astenie voalarea vocii	T. b. c. ulcero-cazeoasă pulmon. drept difuză	50 cc. Koch +	—	29-VII-934 se smulg 20 cm din N. Frenic drept.
53	Toivi M. Fu. c. com.	25	7-VII-936	în. cu 1 1/2 ani	Subfebrilitate, tuse şi expect. puţin, apetit diminuat. Transp. nocturne	T. b. c. fibro cazeoasă cavitară pulm. stâng cav. situată sub-clav.	15—20 cc. Koch + intens	30 63 112	19-VII-936 se smulg 20 cm. din N. Frenic stg.

27-XI-934 Hemidiafragmul stg. paralizat ascensiune 4 cm. Kienböck puţin net.	10—12 cc. Koch +	53 81 107	—	8-I-935 La examenul clinic şi radioscopic Statu quo	staţionar	Nici o comunicare.
27-XI-934 Hemidiafragmul stg. imobil. Ascensionat. Kienböck absent.	5—6 cc. Koch +	—	—	25 XII-934 Examenul clinic şi radiosc, statu quo Starea gen. mult mai bună. + 6,800 kg.	puţin amel.	Nici o comunicare de la bolnav
17-V-935 Hemidiafragmul drept imobil, ascensionat 2 cm. Kienböck nu se pr.	25—30 cc. Koch +	—	Hemoptizii mici	18-VI-935 Nimic modificat radiologic şi clinic. Starea generală mai bună. + 7,500 kg.	puţin amel.	—
8-VI-935 Hemidiafragmul drept imobil. ascensionat 12 cm. Kienböck net.	60—70 cc. Koch +	—	—	14-VI-935 Statu quo.	staţionar	—
8-VI-935 Hemidiafragmul stg. ascensionat 10 cm. Kienböck net.	25—30 cc. Kock +	—	—	16-VII-935 Statu quo.	agravat	Ni se comunică deces 1936 lanuar.
17-VIII-935 Hemidiafragmul drept paralizat, ascensionat 5 cm Kienböck net.	10 cc. Koch +	—	—	27-IX-935 clinic şi radiologic statu q o + 6 kg.	staţinnar	—
17-VIII-935 Hemidiafragm drept paralizat, ascensionat 5 cm. Kienböck puţin net	5-6 cc. Koch —	6 22 76	—	10-XII-935. Mult mai puţin sgomote supra-adăugate Netoyage parţial adiologic. Stare generală bună + 5,600 Kg.	f. ameliorat	Oct. 1936 comunică că se simte bine
27-VIII-934 Hemidiafragm drept paralizat, ascensionat 16 em. Kienböck net.	40-50 cc. Koch +	—	—	19-IX-934. Clinic şi radiologic status quo	agravat	Comunieare Mort.
23-VII-936 Hemidiafram stg. paralizat, ascensionat 5 cm. Kienböck net.	4-5 cc. Koch + rari bacili	24 40 100	—	7-IX-936. Diminuar. sgomot, supra-adăugate, caverna neprresis conturată + 7 Kg.	ameliorat	Nici o comunicare

54	Mihai B. frizer	27	19-I-934	în Nov. 933.	Transpirații noct. tuse și expectorat. moderată, obos. la efort, subfebrilitate	T. b. c. fibrocazeoasă a pulm. stâng	15—20 cc. Koch +	29 87 110	15-II-935 se smulg 2 cm. din N. Frenic stg.
55	Eugen I. leg. de cărți	22	1-IV-935	în. cu 8 ani	Transp. nocturne tuse și expect. moderată, astenie	T. b. c. fibroasă dreaptă	12—15 cc. Koch +	25 52 108	1.-V-935 se smulg 2 cm. din N. Frenic drept.
56	Olga G.	16	20-VIII-935	în. cu 2 luni	Tuse. expectorație moderată, astenie transp. noct.	T. b. c. infiltrativă ulcero-cazeoasă $^1/_3$ sup. stâng	7—8 cc. Koch —	27 60 97	22-IX-935 se smulg 12 cm din N. Frenic stg.
57	Elena M. easnică	40	3-IX-935	în. cu 10 ani	febră, tuse și expect. abund. Dimin. apetitului oboseală însoțită de dispnee. Stare generală gravă	Lobită sup. drept depășită. Retracție mediastinală	90 cc. Koch + intens	70 104 130	22-IX-935 se smulg 1 cm. din N. Frenic drept.
58	Gheorghe M. croitor	24	23-X-935	în. cu 1 $^1/_2$ ăn	tuse, expectorație moderată, durere difuză în hemitor. drept. Pierde în greutate	T. b. c. ulcero-cazeoasă pulm. drept difuză	13—15 cc. Koch + intens	17 24 6[illegible]	3-XI-935 se smulg 10 cm. din N. Frenic drept
59	Gheiza D. tâmplar	29	25-X-935	în. cu 3 ani	tuse și expectorație moderată, oboseală la efort, durere în hemitoracele drept	T. b. c. fibrocazeoasă $^2/_3$ sup. dreaptă. Corticopleurită stângă	20—25 cc. Koch +	24 75 110	3-XI-935 se smulg 10 cm. din N. Frenic drept.
60	Elisabeta B. easnică	23	3-XI-935	în. cu 3 luni	febră mijlocie, tuse și expecrorat. abund. Diminuarea apetitului. oboseală accentuată la cel mai mic efort	T. b. c. fibrocazeoasă cavitară stâng caverna situată în fosa subclaviculară parietal	50 cc. Koch +	92 122 140	3-XI-935 se smulg 25 cm. din N. Frenic stg.
61	Petre A. muncitor	38	1-IX-935	în. cu 1 $^1/_2$ an	use ușoară expect. moderată transp. nocturne	Hidro pneumotorax drept aderență apicală și bazală (diafragmatică)	7—8 ec. Koch + rar	60 96 120	17-XI-935 se smulg 10 cm din N. Frenic drept.
62	Mihail D. încasator S. T. .	30	26-XI-9 5	în. cu 2 ani	subfebril, tuse rebelă, expectorat. abund. muco-purulentă, apet. dimin. dispnee de efort. Debilitate. Accese tuse emetizantă	T. b. c. fibro. cazeoasă difuză pulm. drept	65—70 ce. Koch +	101 125 138	6-XII-935. se smulg 23 cm. din N. Frenie drept.

15-III-935 Hemidiafragm stg. aralizat, ascensionat 4 cm. Kienböck net.	32-35 cc. Koch +	66 90 120	evoluţia contra laterală	4-IV-936. Raluri subcrepitatne medii pe întreagă suprafaţă toracică. Infiltraţii diseminate bilateral	agravat	Este internat ultima oară în Mai 1936. De atunci nu a mai putut fi u mărit
17-V-935 Hemidiafragm drept paralizat, ascensionat 5 cm. Kienböck net.	6-7 cc. Koch +	12 45 92	evoluţie contra laterală	23-XII-935. Status quo clinic şi radiologic + 8,500 Kg.	staţionar	Revine în Sanat, la 4-IX-936. Sa institue pneomotorax stg. P. leziune ulcerocavitară, pârăşeşte sanat la 19-II-937 amellonat + 12 Kg
30-IX-935 Hemidiafragm stg, paralizat, ascensionat 5 cm. Kienböek net,	1-2 expect. zilnic Koch —	9 27 95	—	1-II-936 netoyage radiologic, voalare uşoară a vârfului stg. Dispariţia sgom. supra-adăug. + 10 Kg.	f. amellorat	
28-IX-935 Hemidiafragm drept paralizat, ascens. 2 cm. Fenom. Kienböck nu se prod.	100 cc. Koch + ntens	105 123 133	Evoluţia contra laterală	27-X-935. Infiltraţ. diseminate a amb. pulmoni, stare generală gravă	agravat	Ni se comunică că pacienta a sucombat în Decembrie 1935
10-XI-935 Hemidiafragm drept paralizat. ascensionat 7 cm. Kienböck net.	5-6 ce. Koch +	1 5 43	—	10-IV-936. Nici o modificare radiol. Diminuarea ralur. supra-adăugate + 3 Kg.	ameliorat	
18-XI-935 Paralizia hemidiafragmului drept ascensionat 8 cm. Kienböck net.	2-3 cc. zilnic Koch —	13 35 84	Ianuarie 1936 câteva spute hemoptoice	8-IV-936. Diminuar. sgom. supra-adăug. Starea gen. bună + 11,500 Kg.	ameliorat	Comunică : Bolnavul a reluat lucrul, oboseşte repede, a pierdut în greutate
18-XI-935 Paralizia hemidiafrag. stg. 3 cm. ascensionat Kienböck net	30-35 cc Koch +	—	—	27-XI-935 Status quo	staţionar	
20-X-935 Nu se poate controla diafragmul din cauza exudatului	5 cc. Koch +	—	—	15-XII-935. Nici o modificare clinică şi radiologică + 4 Kg.	staţionar	
19-XII-935 Paralizia hemidiafrag. drept ascens. 7 cm. Kienböck net.	15-20 cc. Kock +	97 110 122	—	9-IV-936. Diminuar. sgom. supra-adăug. Nici o modificare rediologică + 4,400 Kg.	ameliorat	

63	Paseu G. funcţionar	43	15-XI-935	în. cu 3 luni	Febră mică, tuse, expect. muco-purulentă abund. Dureri în hemitor. drept. Diminuarea apetitului	T. b c. ulcero-cavitară $^2/_3$ sup. dreaptă, 2 caverne situate snbcl.	50 cc. Koch + intens	64 102 11	6-XII-935 se smulg 6 cm. din N. Frenie drept
64	Leonida A. mecanic	25	16-X-935	în Aug. 935	Subfebril, tuşeşte şi expect. puţin, dimin. apetitului oboseală la cel mai mic efort	T. b. c. ulcero-cazeoasă cavitară dreaptă, caverne situată apical.	20—25 cc. Koch +	61 8 120	19-I-936 se smulg 20 cm. din N: Frenic drept.
65	Ion P. strungar C. F. R.	22	1-IX-936	în. cu 2 luni	Febră mijlocie, expect. purulentă tuse rebelă, dureri în hemitoracele stg transp. nocturn e	Infiltraţie T. b. c. difuză a pulm. st.	30 cc. Koch + intens	105 120 127	20-IX-936 se smulg 12 cm. din N. Frenic stg.
6	Stella M. funcţ. bancă	24	7-VII-936	în. cn 2 ani	Subfebrilă, tuse, expect. diminuarea forţelor	Pneumotorax terap. stg. cu aderente bazale caverná juxta-hilară	30—40 ec. Koch +	4 92 116	11-IX-93 Frenieect. stg. se smulg 8 cm.
67	Fabiola M. casnică	21	25-II-936	în. cu 5 ani	Subfebr. tuse rară, expect. mat. dimin apetitului, dureri în hemitoracele stg. tulburări cardiace	T. b. c. fibro-scleroasă stângă Devierea accent. a mediastinului spre stângă	10 cc. Koch +	26 45 80	20-IX-936 se smulg 4 cm. di N. Frenic stg.
68	Ştefan P. paznic	34	23-X-935	în. cu 4 luni	Constit. mediocră febril, tuse, emet. expect. abund. muco-purulentă oboseală la efort	T. b. c. ulcero-cazeoasă cavitară $^1/_3$ sup. dreaptă caverna situată apical	100-150 cc. Koeh +	20 52 108	17-XI-935 se smulg 8 cm. din N. Frenic drept.
69	Ilie I. lăcătuş	42	23-X-935	în. cu 1 an	Subfebrilitate expect. abund, muco-purulentă dimin. forţelor oboseală la efort junghi în hemit. dr.	T. b. c. fibro-cazeoasă cavitară pulm. drept caverna situată apical	35-40 cc. Koch +	77 90 100	17-XI-935 se smulg 8 cm. din N. Frenic drept.
70	Maria G. casnică	32	14-I-936	în. cu 5 luni	Afebrilă, tuşeşte mult, expectorează abund. muco-purulent, dimin. apetitului	Infiltraţie tbc localizată $^2/_3$ inf. pulm. stâng	11-12 cc. Koeh +	11 32 103	16-II-935 se smulg 25 cm. din N. Frenic stg.
71	Reni G.	24	20-X-933	în Mart. 1933	Subfebrilă, tuşeşte şi expectorează moderat, transpiră noaptea.	Tuberculoză pulm. ulcero-cazeoasă cavitară stângă caverna localizată superior	15—17 cc. Koch +	30 63 102	25-III-934 se smulg 12 cm. din nervul frenic stâng.

17-XII-935 Paralizia hemidiafragmului drept, ascensiune 7 cm. Kienböck net	2-3 cc. Koch negativ	—	—	16-II-936. Nu se mai aud sgomote supra-adăugate, dimin. accentuată a unei caverne şi ştergerea alteia	f. ameliorat	
6-II-935 Paralizia hemidiafrag. drept ascensiune 5 cm. Kienböck net.	45 cc. Koch	70 110 140	evoluţie contra laterală	22-XI-936. Infiltraţ. în diseminate la ambii pulmoni sgomote supra-adăugate, accent. bilateral	agravat	
26-IX-936 Paralizia hemidiafragm. stg. ascensiune 6 cm. Kienböek net.	40 cc. Koch +	75 95 110	Hemoptizii mici repetate Evoluţie contra laterală	22-IV-937. Nisi o mod. clinică sau radiol. la pulm. operat Infiltraţie discretă juxta-hilară dr. la pulm.	agravat	Bolnavul se găseşte în cura sanat nostru după întrerupere de 3 luni
18-IX-936 Paralizie şi ascensiune moderată a hemidiafragm. stg,	3-7 cc. Koch +	14 32 84	—	15-I-937. Starea generală bună diminuarea cav, + 5 Kg.	ameliorat	S'a intervenit în urma unui pnm. ineficace
26-IX-936 Parălizie hemidiafragmului stg. ascensiune 4 cm. Kienböck net.	4-5 cc. Koch —	6 27 99	—	10-I-937. Starea generală bună. persistenţa sgom. supra-adăugate dis. tulb. cardiace + 11,800 Kg	ameliorat	
30-XI-936 Hemidiafragm. drept paralizat ascensionat 7 cm. Kienböck net.	10-15 cc. Koch +	16 42 96	—	13 II-936. Nu se mai aud sgomote supra-adăugate, ştergerea cavern. persistă câteva infilt. mici apicale	f. ameliorat	
30-XI-936 Hemidiafragm. drept paralizat ascensionat 5 cm. Kienböck net.	2-3 cc. Koch +	12 56 84	Câteva spute hemoptoice la 1 săptămână după operaţie	18-IV-936 disparitia sgom. supra-adăug. ştergerea cavernei stare gen. f. bună + 8 Kg.	f. ameliorat	
22-II-936 Hemidiafragm. stg. paralizat neascensionat Kienböck net.	20 cc, Koch +	20 60 130	escavaţie la nivelul leziunii	23-IV-936 la exam. radiosc. caverna de mărimea unui ou în imediate apropier a hilului	agravat	
5-IV-934 Paralizia hemidiafragmului stg. ascensiune 12 cm. Kienböck net.	—	9 13 60	De câteva ori hemoptizii mici.	6-V-937 Raluri subcrepitante mici în fose sub-clavicul. ştergerea cavernei se mai văd câteva puncte mici de scl.	ameliorat	Dela 20 Sept. 1936 se află in cura Sanat. nostru

72	Virginia R. lucrătoare	18	22-III-934	în. cu 1 l.	Tuse şi expect. muco-purulentă, transpiraţiuni noct. diminuarea apetit.	T. b. c. ulcero-cazeoasă difuză pulm. drept	50 cc. Koch +		6-V-934 13 cm. din N. Frenic drept.
73	Boris B. elev şcoala mese II	17	29-IV-935	în. cu 2 l.	Starea gen. gravă, diminuarea apetit. tuse, expectoraţie muco-purulentă, transpiraţii noct. febră mijlocie.	T. b. c. ulcero-cazeoasă a întregului pulm. stg.	4 —50 cc. Koch + intens.		6-VI-934. Frenlertomic stângă
74	Vasile M. lucrător	22	6-VII-937	în. cu 5 luni	Temp. 38°, tuse, expect. muco-purul. dimin. apetitului, dispnee de efort.	Infiltraţie tbc. difuză a pulm. stg.	25 cc. Koch +	17 50 87	20-VII-936 se smulg 25 cm. din N. Frenic stg.
75	Florea M. Controlor C. A. M.	34	1-VIII-935	în. cu 1 an	Tuse, expectoraţie purulentă, subfebrilitate, dispnee la efort.	T. b. c. fibro-cazeoasă cavitară pulm. drept cav. situată apical	5—20 cc. Koch +	33 80 115	11-VIII-935 se smulg 30 cm. din N. Frenic drept.
76	Alexandrina P. croit.	38	9-VI-935	în. cu 4 l.	Tuse expect. abund muco-purulentă, debilitate generală.	T. b. c. fibro-cazeoasă cavitară pulm. stâng 2 caverne situate la vârful pulm. stâng	32—35 cc Koch +	70 125 144	11-VI-935 se smulg 8 cm. di N. Frenic s âng,
77	Petre P. Desenator C. F. R.	26	17-IV-936	în. cu 5 ani	Subfebrilitate. tuşeşte şi expect moderat, apetit diminuat, oboseşte repede.	T. b. c. fibro-scleroasă pulm. stâng, piotorax stâng	5—6 cc. Koch+	68 97 12.	3-V-936 se smulg 6 cm. N. Frenic stg.
78	Petre I. lucrător C. F. R.	40	21-X-936	în, cu 1 an	Tuse şi expect. abundentă, dimin. apetitului, astenie	T. b. c. fibro-cazeoasă cavitară a pulm. stâng local: în 1/3 inf.	15—25 cc. Koch + intens	60 84 130	15-XI-936 se smulg 4 cm. din N. Frenic stân .
79	Dinu P. frânar C.F.R.	36	13.X-936	în. cu 2 ani	Subfebril, tuse şi expect. moderală, transpiraţii noct. Starea gen. rea.	T. b. c. fibro-cazeoasă dreaplă	20 cc Koch +	100 120 130	15-XI-936 se smulg 25 cm. din N. Frenic drept
80	Constantin P. funcţionar I. A. R.	32	18-X-936	în 1 an şi 4 l.	Tuse, expect abundentă.	Hidropncumotorax drept aderenţă diafragmatică	40 cc. Koch +	8 15 70	15-XI-936 se smulg 8 cm. din N. Frenic drept.

10-V-934. Paralizia hemidiafragm drept ascensiune 6 cm. Kienböck net.	40—50 cc Koch +	—	—	30-V-934 Clinic, radiologic status qua.	stationară	
12-VI-934 ascensiune moderată, paralizie hemidiafragmatică stg.	60— 0 cc. Koch + intins	—	Evoluţie pulmonul operat şi contralat rală	22 X-935 Raluri subcrepitante pe intreg toracele infiltoaţiuni disaminate a ambiler pulmon	agravat	20 VII. 1935 comunică: starea generală f. rea temp 38°-39° fisoane tuse şi expect .abund.
27-VIII-936 Hemidiafragm stg. paralizat asc ns. 6 cm. Kienböck net.	25— 0 cc. Koch +	49 65 120	sccidivi evoluţie contralaterală	20-II-937 sgomote supra-adăng bilateral, escavea la nivelul lobului sub. stg. Infiltaţiuni disominate plm. drept	agravat	La inceput bine reluând viaţa activă simptome de boală accentuate, se reintremează în San.
17-VII-935 ascensiunea hemidiafragmului 4 cm. Kienböck net.	3—4 cc Koch +	13 24 76	2-3 săptămâni după operaţia accese de sughiţ	16-VIII-936 netoyage parţial radiologic cu stergerea cav.	ameliorat	Din luna iulie până în August 1936 face cură în Sanat reia apoi viaţa activă
15-VIII-935 Hemidiafragmul stg. ascensionat 10 cm. Kienböek net.	15—20 cc. Koch +	—	—	31-VIII-935 Dimin. sgomotelor supra-adăugate, fără modificari radiologice + 5 Kg.	p. ameliorat	
6-V-936 Hemidiafragm stg. paralizat, imobil.	2—3 cc Koch +	54 69 108	—	20-VIII-936 Murmur vezicular dimiunat pe intreage suprafaţă plm. stg. Starea generală mult mai bună	amelorat	După intervenţie se scoate puroiul fără a se mai reface
21-XI-936 Paralizia hemidiafrag. stg. ascensionat 5 cm. Kienböch net.	4—5 cc Koch + intens	16 45 70	—	1-II937 Dimin sgomotelor supra-adăugaie. Stare generală bună + 4,200 Kg.	ameliorat	
21-XI-936 Paralizia hemidiafragmului drept ascensionat 5 cm. Kienböck net.	2—3 expect pe zi	7 14 81	—	13-I-937 Disparitia sgomotelor supra-agăugate + 5 Kg.	ameliorat	
20-XI-936 Paralizia hemidiafragmului drept. ascensionat 8 cm. Kienböck net.	1—2 cc. Koch —	5 9 65	—	4:IV-937 Disparitia sgomotelor supra adăugate disparitia lichidului	j. ameliorat	Pneomotoraxul se continuă

81	Victoria P. Funcţionară comercială	22	3-XI-936	In cu 3 luni	Tuse rară, expect. cant, mică pierdere Ingreutate astenie	Tbc. ulcerocazeoasă difuză plm. drept.	2—3 cc. Koch +	20 42 100	26-XI-936 Se smulg 8 cm. din N. Frenic drept
2	Cornel P. telegrafist C. F. R.	30	18-VII-936	In. cu 1 lună	Febră mijlocie tuse şi expect. abundentă dispune de efort	Infiltraţiuni Tbc. plm. drept.	15—20 cc. Koch +	110 125 140	26-XI-936 Se smulg 30 cm. din N. Frenic drept.
83	Ion D N. croitor	29	1-IV-934	In. cu 1 lună	Tuse, expect. moderată astenie dureri în hemitoracele drt.	Infiltraţiune Tbc. a plm. drept.	5 cc. Koch + intens	—	6-V-934 Se smulg 6 cm. din N. Frenic drept.
84	Gheorghe S. şepcar	27	19 XI-934	In. cu 3 luni	Starea generală gravă subfebrilitate diminuarea apetitului transpiraţiuni profuze nocturne, tuse, expect. moderată astenie	Tbc. infiltraţiune difuză a plm. stg.	15 cc. Koch +	—	16-XII-934 Se smulg 10 sm. din N. Frenic stâng.
85	Vladimir P. funcţionar comercial	35	6-VII-934	In. cu 2 ani	Febră mijlocie tuse, expect, muco-purulentă, transpiraţie nocturne, dispuee voaloarea vocii	Tbc. fibrocazeoasă cavitară a plm. drept. Caverna situată apicală	50 cc. Koch + intens	80 105 136	29-VII-934 Se smulg 2 cm, din N. Frenic drept
86	Gheorghe M. funcţionar comercial	20	14-XI 936	In. cu 4 luni	Snbfebrilitate, tuse expect. moderată muco-purulentă dureri la ambele baze	Tbc. ulcerocazeoasă cavitară bilaterală. Caverne situate apical.	35 cc. Koch +	97 120 130	15-I-937 Se smulg 20 cm. din N. Frenic drept.
87	Ludovic S. pantofar	21	10-XII-936	In. cu 6 luni	subfebril, tuse rebelă, expt. muco-purulentă, transp. noct. astenie	Tbc. infiltrativă difuza a plm. stg. Infiltraţiuni localizate juxta-hilar la plm. drept.	25—30 cc. Koch +	40 90 113	15-I-937 Se smulg 25 cm. din N. Frenic sting.
88	Felicia I elevă	17	8-XI-936	In cu 3 luni	Subfebrilitate tuşe, expect. puţin abund astenie	Tbc. ulerocazeoasă cavitară a plm. drept. Cavernasituată juxtahilar.	5—6 cc. Koch +	60 84 13	15-I-937 Se smulg 15 cm. din N. Frenic drept.

2-XII-936 Hemidiafragmul drept paralizat ascensionat 7 cm. Kienböck net.	Nu expectorează	8 22 84	—	13-IV-937 Radiologic nici o modificare clinie reducere partială a sgomotel, supra adăugate persistă în fossa supraspinoasă	amelatiorâ.	+ 4 Kg.
6-XII-936 Hemidiafragmul drept paralizat ascensionat 24 cm. Kienböck net.	6—8 cc. Koch +	20 50 100	—	28-I-937 Netojage parţial radiologic dispariţia parţială a sgomdelor supra adăugate + 6 Kg.	f. ameliorat.	
12-V-934 Hemidiafragm drept paralizat, ascensionat 4 cm. Kienböch net	4—5 cc Kock +	—	—	26-VI-934 Nici o modificare clinică şi radiologică	staţionar	Bolnavul nu a putut fi urmărit
22-XII-934 Paralizia hemidiafragm stg. ascensionat 5 cm. Kienböck net.	15 cc. Koch +	—	Hemoptizii mici la o săptămână după operaţie	25-II-935 Starea generală mai bunişoară, mici o modificare la examenul clinic şi radioscopic + 1,900 Kg.	agravat.	La două luni după părăsirea sanat, moare
27 VIII-934 Paralizia hemidiafragmului drept, ascensiune 4 cm. Kienböck net.	50 cc. Koch +	25 70 109	—	25-IX-934 statu quo + 3 Kg.	agravat,	Mort în urma unei hemoptizii abund. la 4 luni după părăsirea sanat.
20-I-937 Paralizia şi ascensiunea 8 cm. a hemidiafragului drept. Kienböck net.	10—15 cc Koch +	47 83 120	—	1-III-937 Starea generală bună, diminuarea cavernei + 3 Kg.	ameliorat.	La acest caz s'a încercat preumotorax bilateral cu rezultă la plm. stg, La dreptul din cauza a derenţelor s,a facut, Frenicectomic
18-I-937 Paralizia hemidiafragm stg. ascensiune 5 cm. Kienböck net.	25—30 cc Koch +	10 25 84	23-II 937 Hemoptizic mare. După hemoptizie evoluţie bronchopneumonică bilaterală		agravat.	Deces 19-III-937
20-I-937 Paralizia hemidiafragm drept ascensiune 6 cm Kienböck net.	2—3 cc. Koch +	80 114 125	evoluţie contra laterală	22-IV-937. Raluri subrepitantei medii pe intreg câmpul plm. şi vârful plm. stg. Infiltraţiuni vârful plm. stg.	agravat.	

REZULTATE.

Din observaţiile făcute rezultatele de ansamblu se apropie de cele publicate de diferiţi autori.

Rezultatele imediate de asemenea sunt mulţumitoare. Vedem însă că cu cât ne îndepărtăm dela data intervenţiei aceste rezultate variază foarte mult.

Majoritatea statisticilor urmăresc bolnavul pentru un interval destul de scurt 1—2 ani. Ar fi interesant pentru o documenatre ştiinţifică dacă s'ar putea urmări pacienţii un timp cât mai îndelungat.

In marea majoritate a cazurilor acest lucru este imposibil, la noi încă pacienţii nu au posibilitatea de a face după intervenţie o cură sanatorială suficientă. Ameliorarea simptomatică obţinută, greutăţile materiale, familia care îi reclamă şi pe care trebue s'o întreţină prin munca lor îi face să reia viaţa activă înainte de a sefi putut ajunge dacă nu la o vindecare clinică, la o stabilizare şi consolidare simţitoare.

Frenicectomia este o metodă bună adjuvantă în terapeutica pulmonară, rămâne însă pe primul plan cura igieno-dietetică. Câţi au însă posibilitatea să o facă în condiţii mulţumitoare?

La pacienţii noştri cari au făcut o cură igieno-dietetică mai îndelungată am obţinut rezultatele cele mai bune. Bolnavii odată plecaţi din Sanatoriu sunt foarte greu de urmărit, lipseşte de cele mai multe ori din partea lor bună voinţa unei simple informaţiuni.

Ce devin aceşti bolnavi după o perioadă de 5—10 ani. la câţi dintre ei se menţine ameliorarea dela început?

Tablou rezumativ:

1. Foarte ameliorați	30	28,8%
2. Ameliorați	23	22,1%
3. Puțin ameliorați	8	7,6%
4. Staționari	20	19,2%
5. Agravați	23	22,1%

In categoria întâia foarte ameliorați, am trecut pacienții la cari am observat imediat după frenicectomie o importantă ameliorare simptomatică. La controlul clinic și radiologic făcut în repetate rânduri am constatat diminuarea progresivă uneori până la dispariția sgomotelor supradăugate, iar radioscopic netoyage parțial sau total fie organizarea cicatreciala a leziunilor. Cei mai mulți din această categorie au făcut o cură igieno-dietetică variind între 6—12 luni.

In categoria a doua ameliorați, am trecut bolnavii cu evidentă ameliorare simptomatică, îmbunătățirea stării generale, oprirea evoluției și îndrumarea ei în spre vindecare clinică.

Categoria a treia puțin ameliorați bolnavii la cari intervenția ne-a dat o îmbunătățirea simptomatică.

Categoria a patra staționari n'am constatat nici o modificare clinică sau radiologică deși uneori bolnavii se simțeau ceva mai bine, câștigau în greutate, nu putem însă atribui frenicectomiei acest fapt ci mai mult curei de repaus și stării generale grave pe care o aveau la intrarea în sanatoriu, — refăcându-se parțial chiar înainte de intervenție.

Categoria a cincea agravați; pacienți la cari am observat imediat după frenicectomie pusee evolutive, uneori formări de caverne de aceiași parte sau evoluție controlaterală. Tot la această categorie intră și decesele.

Urmărind rezultatele de ansamblu cari cuprind bolnavii operați de câteva luni cât și pe aceia cărora li s'au făcut intervenția înainte cu 2—2 și jum. ani, vedem că procentul mare al ameliorărilor este mult influențat de rezultatele recente, iar agravările (decese etc.) sunt mărite proporțional cu vechimea cazurilor.

Dau mai jos rezultatele îndepărtate obţinute pe aceiaşi pacienţi operaţi la sanatoriul Toria înainte cu 1—2 ani, urmărite şi publicate după acest interval de Dr. Bibicescu şi Dr. Gh. Polatos.

Rezultate foarte bune 38,1%.

Rezultate mediocre 16,6%.

Eşecuri (agravări, decese) 43,3%.

Făcând o comparaţie între aceste rezultate tardive şi procentul rezultatelor de ansamblu ne putem convinge cât de disproporţionate sunt primele faţă de cele din urmă.

Schematizând rezultatele de ansamblu avem

Rezultate bune 50,9%.

Neinfluenţate sau foarte puţin influenţate 26,8%.

Agravări 22,1%.

Asocierea dintre frenicectomie şi pneumotorax, homolateral sau controlateral ne-a dat rezultate bune. Ar trebui însă pentru o perfectă justificare să urmărim mai mulţi bolnavi şi într'un timp îndelungat ca să ne convingem de menţinerea ameliorărilor obţinute.

Viteza de sedimentare, este şi ea influenţată de rezultat. Scăzând şi apropiindu-se de normal în raport cu gradul de ameliorare.

CONCLUZII.

1. Frenicectomia este o metodă bună adjuvantă în terapeutica afecţiunilor pulmonare, aplicată independent sau după insuccesul creierei unui pneumotorax.

2. Frenicectomia acţionează prin reducerea volumului pulmonului, repaus relativ, încetinirea circulaţiei sanguine şi limfatice ducând la diminuarea rezorbţiilor de toxine şi răspândirea lor în circulaţia generală. Prin ruperea conexiunilor simpatice scade cantitatea secreţiilor broncho-pulmonare.

3. Indicaţiile nu cer stricta unilateralitate a leziunilor, exclud însă intervenţia în caz de leziuni controlaterale evolutive.

4. Asocierea dintre frenicectomie şi pneumotorax homolateral ineficace sau controlateral, dă rezultate mulţumitoare.

5. Rezultatele de ansamblu ale frenicectomiei la început sunt bune.

6. Rezultatele îndepărtate ale frenicectomiei diminuă procentul din grupul ameliorăţilor.

7. In cazurile observate de noi, pacienţii cari au urmat o cură sanatorială post-operatorie îndelungată dau un procent mai mare de ameliorări, punându-se astfel în evidenţă efectul favorabil dintre asocierea frenicectomiei şi cura igieno-dietetică, care trebue să fie la baza oricărui tratament antituberculos.

Văzută şi bună de imprimat.

Preşedinte: (ss) Prof. Dr. *I. Haţieganu*

Decan: (ss) Prof. Dr. *D. Michail*

BIBLIOGRAFIE.

B. W. Anderson: La Phrenicectomie dans le traitement de la tuberculouse pulmonaire. (Journ. de chirurgie, No. 4, Januarie 1933).

Angelescu Buzoianu: Tehnica frenicectomiei prin incizie transversală ia baza gâtului. (Spitalul, No. 1, 1933).

J. Arnaud: Quelques indications dela phrenicectomie dans la tuberculose pulmonaire. (Gazette medicale de France, No. 6, Martie 1931).

B. Auerbach: Les rezultats eloignes dela phrenicectomie dans le treaitement dela tuberculouse pulmonaire. (Journ. de Chir., No. 4, 1934).

Bibicescu, Polatos: Acțiunea frenicectomiei asupra secrețiilor pleuro-pulmonare. (România Medicală, 15 Oct. 1936).

Bibicescu, Cărpinișan, Polatos: Rezultatele imediate și îndepărtate a 73 frenicectomii și alcoolizări. (Revista de Chirurgie).

A. Bernard: Les consequences thoraco-abdominales de la phrenicectomie. (Journ. des scien. medicales de Lille, 15 Sept. 1935).

A. Bernou, Campoux: Echeces phisiologiques immediates de l'exerese du nerf phrenique. (Presse Medicale, No. 9. 1935).

Bodungen: Conditions a queles la phrenicectomie est éficacée. (recens Revue dela tuberculouse, No. 3., Mars 1935).

Bonal G.: Ouelques considérations sur une certaine de phrenicectomies. (Archives de medicine generale et coloniale No. 3. 1935).

A. Bonniot: Sur les indications dela phrenicectomie dans le traitement dela tuberculouse pulmonaire. (Sc. medicales pratiques, No. 12. Juin 1934. p. 396).

Cadenat: Technique de la phrenicectomie. (L'hopital No. 332 bis. 1933).

Cadis-Joannette: La refraction electives dans la phrenico-exerese. (Union medicale du Canada. No. 1. 1930).

A. Cavazzuti: Capacita vitale e frenico exeres. (Boll. de Soc. Med. Chir. di Modena 30: 143—156 e 1929—1930).

Castelli: La frenico exeres dans le pneumothorax artificiel incomplet l'epanchement par pneumothorax artificiel dans

l'empyeme par pneumothorax artificiel et dans l'abces pulmonaire. (L'ospedale Maggiore, 31 Mars 1937).

Cavazzuti: Osservazioni sulla frenicoexeresi. (Giorn. di tisiolog. 12 Decembre 1930).

Cecchini-Pizzagalli: Sulla frenicoexeresi note cliniche e operative. (Boll. D. spec. med. chir. 4:173-198, 1930).

Chiper, Secărea, Bumbăcescu: Rezultate imediate și tardive după frenicectomie în tuberculoza pulmonară. (Clujul Medical, 21. VIII. 1936).

Centrangolo-Passalacqua: Quelques conséquences de la phrénicectomie. (La prense medica Argentina, No. 52, 1934, recens: Presse Medicale, 7 Sept. 1935).

Curri: La phrenicectomie. (Zentralbl. chirurgie, No. 45. 1933).

Dalous-Cantegril-Candero: résultats eloignes de la phrénicectomie dans une tuberculouse figreuse hemoptiques (Taulouse medical, No. 5, 1934).

Delay-Colbert-H. Mollard: Reflexions sur 74 phrénicectomies. (Gazette medicale de France, No. 20, 1934).

J. Delmas-Cabanac: Considérations anatomiques sur la phrénicectomie et ses indications. (Presse medicale, No. 25, 1934).

Dummer-Mecklemburg: Clinical and experimental observations on phrenicectomy. (Beitr. z. Klinic. d. Tuberk. 65:268-271, 1926).

Dumarest: Sur la phrénicectomie et la pleurotomie. (Presse Medicale, 4 Mai 1935).

R. Duval: Phrénicectomie en pneumothorax artificiel dans la tuberculose pulmonaire. (Le cuorrier medical, No. 51, Dec. 1932).

Etcheverry Boneo: Contribucion al tratamiento quirurgico. (Semans med. I. 4 Fevr. 1932).

R. Finochetto: La frenicectomia estetica. (Rev. asoc. med. argent. 46:1346-1366. Nov. 1932).

Jean Foix-Jean Mattei: Rémarques sur la cure post-opératoire en decubitus lateral et déclive dans la phrénicectoexeres. (Revue de la tuberculouse. No. 6. 1931).

Frugerio: Frenicoexeres e pneumotorace controlaterale di sostegno. (Boll. d. soc. med. chir. di Pavia, 44. 1930).

Fruchaud: Technique de la phrénicectomie. (Revue de la chirurgie, No. 2. Fevr. 1933).

Gianotti-Ceruti: Azione dela frenicoexeres sul ricambio respiraforio. (Arch. ital. di chir. 27. 1930).

J. Imbert-Heim de Balsac: La phrénicectomie et son mod d'action dans la tuberculouse pulmonaire. (Progres medical. No. 43. 1934).

Julien: Phrénicectomies au alcoolisations phréniques. (Paris medical, No. 1, Jan. 1936).

Labesse-Piollet: Phrénicectomie et phréni-alcoolisation, indication et résultats dans le traiaement de la tuberculose pulmonaire. (Le Journal Medical Français, Juillet 1935).
Lacerda: Phrenicectomie. (Bolletin do collegio Brasilerio de chirugious, Novembre 1931).
R. De Lachaux: Mecanisme de l'action de la phrénicectomie Indications en tuberculose pulmonaire. (Journ. de med. de Bordeux et du Sud ouest, 30 Jouillet 1935).
Lambea: La phrénicectomie dans la traitément des procéssus Bronco-pulmonaire 300 cas personnels. (El siglo medico, 17 Sept. 1932).
Leonte: Frenicectomia în tuberculoza pulmonară. (Spitalul, No. 9, 1933).
Logeais: Contribution a l'étude de la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (These de Toulouse, 1934-35).
L. Berard, Dumarest, Desjacques: La phrénicectomie. (Masson 1933).
Margulis-Petrik: 160 Falle von Phrenikus exhairesse bei Lungentuberkulose. Tuberkulose 12:127-131, 10 Jul 1932).
Maurer-J. Rolland-Olivier Monod: Résultats éloignes de 285 opérations de phrénicectomie autome en milieu sanatorial. (Revue de tuberculose, No. 8, 1934).
Meyer: La phrénicectomie. (Union medicale du Canada, No. 3, 1933).
Olivier Monod: Résultats eloignes de la phrénicectomie. (Bulletins et mémoires de la société medicale de Passy, Dec. 1932—1934).
J. Morin: Oleotorax et phrénicectomie. (Strasbourg medical, 1 Jan. 1933).
J. Morin: Du pneumothorax a la phrénicectomie. (Masson 1931).
Cekonomopoulo: 125 cas de tuberculouse pulmonaire traité par la phrénicoexeres. (Acta medica Scand., No. 2, Juillet 1932).
A. Perera: Concideratione sobre 1032 frenicectomias operadas. (Med. Ibera I:8-10, Jan. 1933).
Y. I. Penauhoat: Contr. a l'étude de la phrénicectomie. (Teză Paris).
Pouymayou-J. Madinier: La phrénicectomie en phtisiologie. (Provence medicale, No. 14, 1932).
Gh. Polatos: Contribuţiuni la studiul calopsoterapiei chirurgicale în tuberculoza pulmonară. (Teză, Bucureşti 1933).
Punschel: Sur la phrénicoexeres, indications opératoire, résultats eloignes. (Schweiz, mediz. Wochen. 6 Aug. 1932).
Scheffler-Perenot: La phrénicectomie dans le traitément des affections pulmonaire. La Loire medicale de Paris, 26 Sept. 1935).

Schwatzmann: Inditions et technicque de la phreniexerese et ses résultats dans la tuberculouse pulmonaire. (Wien. Klin. Wochen. No. 28, 1933).
Sergent-Korilsky-Lounay: Rèsultats therapeutiques des intervention chirurgicales sur le phrénique dans la tuberculose et les supurations broncho-pulmonaire. (Archives med. chir. de l'aparat respiratoire, No. 1, 1934).
Servel: Les indications de la phrénicectomie dans la tuzerculose pulmonaire. (Gazette des hop., No. 79, 1932).
Steiger: Phréniceco-exerese. (Schweiz. Mediz. Wochen., No. 32, 1932).
Swinghedauw: Phrénicectomie et poussée evolution de la base. (Echo medical du Nord, No. 21, 1936).
N. Telson: La phrénicectomie dans les affections pulmonaires. (Teză, Paris).
Thibault: Quarante-cinq phrénicectomies. (Revue de la tuberculose, No. 8, 1934).
Toussaint: La phrénico-exerese operation de choix des formes ulcereuses non evolutives a plèvres simphpses. (Archives med. chir. de l'apareil respiratoire, No. 4, 1930).
Valdes Lambea: La frenicectomia en le momento presente 300 cases personales. (Medicina Madrid, No. 3, Dec. 1932).
Wasowski: Etude du fonctionnement du nerf frenique chez les malades ayant subi la phrénicetomie. (Recens. Presse medicale, No. 25, 1935).
Wirth-Kohn Von Joski: Experiences with 500 operation on phrenic nerve. (Beitr. z. Klinik. d. Tuberk. 73:I-50 1929).
Bacaloglu-Hortolomei: Două cazuri de frenicectomie. (Revista de chirurgie, No. 7, 1928).
Cosăcescu A.: Colapsoterapia chirurgicală. (1931).