Eina kartą mėnesyje | 1931 m. | XII METAI.

Nr. 12 | Gruodžio mėn. | Nr. 12

MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS TEORIJOS IR PRAKTIKOS REIKALAMS, TAIP PAT GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS.

Redakcinė Komisija:

Dr. *J. Alekna* (ausų, nosies ir gerklės ligos), prof. med. dr. *P. Avižonis* (akių ligos), prof. dr. *J. Bagdonas* ir prof. med. dr. *K. Buinevičius* (vid ligos), doc. dr. *J. Blažys* (nervų ir psychinės ligos), prof med. dr. *Al. Hagentornas* (chir.), dr. *K. Grinius* (savivaldybių ir socijalinė medicina), prof. med. dr. *A. Jurgeliunas* (bakterijologija ir hygijena), dr. *P. Kalvaitytė* (rentgenologija), prof. med. dr. *J. Karuža* (odos ir veneros ligos), prof. med. dr. *E. Landau* (histologija, embrijologija ir antropologija), prof. med. dr. *Vl. Lašas* (fyzijologija ir fyzijologinė chemija), prof med. dr. *Pr. Mažylis* (akušerija ir gynekologija), doc dr. *K Oželis* (teismo medicina), doc. dr. *F. Stančius* (odontologija), dr. *J. Staugaitis* (profesiniai gydytojų reikalai), prof. med. dr. *V. Tumėnienė* (vaikų ligos) ir prof. med. dr. *E. Vinteleris* (patologija ir patologinė anatomija).

Redakcinė Kolegija:

Prof. med. dr. *P. Avižonis* (nuo L. Univ-to Medicinos Fakulteto), dr. *M. Nasvytis* (nuo Kauno Medicinos Draugijos) ir dr. *J. Staugaitis* („Medicinos" Redaktorius).

LEIDŽIA: V.D. Univ-to Medicinos Fakultetas ir Kauno Medicinos Dr-ja

Redaktorius D-ras J. Staugaitis

Redakc. Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, telef 15-07.

SKELBIMŲ KAINA: 75 — 100 litai puslapiui.

PRENUMERATOS KAINA: metams 40 litų, pusei m. 20 litų.

Šito numerio kaina 4 lit.

Prophylaxe u. Therapie der Diphtherie

Zur Prophylaxe: „TA" Toxin-Antitoxin-Gemisch „unterneutral"
„TA" Toxin - Antitoxin - Gemisch „neutral"
„TAF" Toxin-Antitoxin Flocken in physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmt

Anatoxin entgiftetes Di-Toxin
Diphtherie Serum vom Rind
Diphtherie-Serum vom Hammel

Zur Therapie: Diphtherie-Serum
400 fach
500 fach
1000 fach und
2000 fach (hochwertig)

S. Behring

Zur Bekämpfung des Scharlachs

Scharlach-Heilserum

S. Behring

1 ccm des Serum neutralisiert
10.000—20.000 Gift-Haut-Testdosen

1 ccm des konzentrierten Serum neutalisiert
40.000—60.000 Gift-Haut-Testdosen

Dosierung

Zur Behandlung	in leichten Fällen	in schweren Fällen
Kinder	25 ccm Serum oder 10 ccm konzentriertes Serum	50-75 ccm Serum oder 20-30 ccm konzentr. Serum
Eerwachsene	50 ccm Serum oder 20-30 ccm konzentr. Serum	75 u. mehr cmm Serum oder 40-50 ccm konzentr. Serum

» Bayer-Meister Lucius - Behringwerke «
LEVEKUSEN a. Rh.

Vienintelis atstovas Lietuvai, Latvijai ir Estijai:
„Baltpharma" Th. Neukirch, Riga, Kungu iela 7

MEDICINA

laikraštis, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XII met. | 1931 m. Gruodžio mėn. | Nr. 12

D-ras D. Jasaitis.

Naujos pažiūros apie skarlatinos ėtijologiją, terapiją ir profilaktiką.

Skarlatinos ėtijologija.

Iki šiol nepavyko neginčijamai surasti specifiško skarlatinos virus'o. Dar blogiau, kad mokslininkų tarpe yra tokių (Czerny ir v. Schontagh), kurie abejoja skarlatinos apkrečiamumu arba jį žymiai susiaurina.

Bet vis dėlto mokslininkų dauguma, palietę skarlatinos ėtijologiją, negali apsieiti be streptokokko — streptokokkus longus haemolyticus—ir jį pavadino streptokokkus haemolyticus scarlatinae. Tik vieni juo vienu pasitenkina, o kiti stato vieną būtiną sąlygą — kartu su s rept. haem. scarl. veikia specifiškas filtruojantysis virus. Ypatingai tat aiškiai yra formulavęs Zlatogorov ir Cantacuzène. Jie mano, kad skarlatina pasireiškia tik tuomet, kai susitinka strept. haem. scarl. su virus'u di Christina, Caronia ir Sindoni*). Pastarasai virus yra sui generis katalizatorius ir paruošia skarlatinos streptokokkui dirvą. Šitas virus yra su streptokokku savotiškos symbijozės santykiuose.

Abi mokslininkų grupės turi pagrindo. Dar 1895 m. Loeffler bakterijologiškai konstatavo skarlatinininkų ryklėje streptokokkų buvimą. Vėliau Baginsky ir Sommerfeld surado tuos pačius streptokokkus ir širdies kraujuje ir įvairiuose kituose organuose. Ta pačia kryptimi darė tyrimus 1903 Moser ir Pirquet paskelbdami, kad jiems pavykę, immunizuojant arklius skarlatinos streptokokkų pagelba, gauti serumas, kuris skiedinyje $^1/_{20\,000}$ agliutinuodavo skarlatinos streptokokkus, tuo tarpu kai kitas streptokokkų rūšis veikė tik $^1/_{200}$ skiedinys. Rodos, buvo įrodytas skarlatinos streptokokkų specifiškumas. Bet tikrinant gauti kitokie rezultatai ir Pirquet-Moser'io tvirtinimai buvo užmiršti. O kai Jochmann paskelbė kelioliką žaibingų skarla-

*) 1921 di Christina, kultyvuodamas anaerobines kultūras iš kaulų čiulpų ir kraujo sergančių skarlatina, išaugino mažus, apvalius ir ovoidinius grampozityvinius mikrobus. 1923 m. Caronia ir Sindoni šitą stebėjimą patvirtino.

tinos atsitikimų, kuriuose streptokokkų nebuvo surasta, tai streptokokkinė skarlatinos teorija apmirė. Tuo labiau, kad jos šalininkams nevykdavo ir, reikia pasakyti, iki šiol nevyksta išaiškinti, kodėl skarlatinos streptokokkai duoda absoliutų immunitetą, o kiti streptokokkai — kitų susirgimų priežastys — žmogaus neimmunizuoja.

Čion paminėsiu, kad yra ir tokių mokslininkų (Pospišyl), kurie tvirtina, kad skarlatina yra spirochetinės kilmės.

Tokia neaiški skarlatinos ėtijologijos būklė išbuvo beveik 20 metų. Tik 1922 m. George F. Dick ir Glady H. Dick, o kiek vėliau Dochez (visi trys amerikiečiai) atgaivino streptokokkinę skarlatinos kilmės teoriją.

Jiems savo gausingais eksperimentais pavyko įrodyti:

1) kad skarlatinos streptokokkai sudaro atskirą nuo kitų streptokokkų grupę;

2) kad eksperimentais su jais galima produkuoti žmogaus skarlatina;

3) kad visi skarlatinos symptomai, pirma eile, ekzantema, pareina nuo skarlatinos streptokokkų toksinų;

4) kad gyvulius su skarlatinos streptokokkais immunizuojant pavyko pagaminti serumas, kuris turi specifiškos gydomosios įtakos skarlatinos procesams.

Dick'ai, o vėliau Dochez, Avery, Longfield, Bliss, Gordon įrodė, kad 90% atvejais hėmolytiški streptokokkai, išskirti iš skarlatinininkų žiobikščių, sudaro vieningą typą. Jie serumo pagelba (immunizuodavo skarlatinos streptokokkais triušius) agliutinuodavo tik skarl. streptokokkus Kiti antistreptokokkiniai serumai neveikia skarlat. streptokokko.

Bet dabar šituo klausymu nuomonės yra suskilusios. Dochez ir Stevens yra pranešę, kad tarp skarlatinos ir rožės streptokokkų yra kaikuri giminystė, o dar vėliau Griffith, Scott, Mac Cartney, pasinaudodami agliutinacijos metode, suskirstė skarlatinos streptokokkus į keturias rūšis. Griffith, ištyręs 222 skarl. streptokokkus, rado: 34,5%—I typo, 25,6%—II, 20,3%—III ir 19,8%—IV typo.

Bet ir dabar nestinga mokslininkų, kurie visiškai neigia skarlatinos streptokokkų specifiškumą (Biliny, Selma, Meyer, Jacobsonn).

Eksperimentais skarlatinos perdavimas.

G. ir H. Dick'ai sugebėjo eksperimentais apkrėsti skarlatina. Šitam reikalui jie padarė 2 experimentum crucis. Vieną karią panaudojo 30 žmonių, o antrą — 10 žmonių. Pirmasis bandymas davė neigiamų padarinių, nes 23 asm. liko sveiki ir tik 7 susirgo silpna angina. Antrasis davė geresnius rezultatus: 5 iš 10 nesusirgo, du — susirgo angina su 39° C ir 3—susirgo skarlatina. Liga prasidėjo klasiškais skarlatinos symptomais: kaklo skaudėjimais, vėmuliais, karščiu (40° C). Bandymai buvo daromi su

grynomis skarlatinos streptokokkų 24 val. kultūromis, kuriomis buvo tepami eksperimentuojamų žmonių žiobikščiai.

Pirmi ligos symptomai pasireikšdavo 48 val. po sutepimo ir trukdavo 4—5 dienas. Baigdavosi odos pleiskanojimu.

Nicolle, Conseil ir Durand taip pat pavyko su gryna skarl. streptokokkų kultūra apkrėsti žmogus skarlatina.

Be to, skarlatinos literatūroje yra konstatuoti keletas „netikėtos" skarlatinos atsitikimų — aspiruojant skarl. kultūras laboratorijose. Liga prasidėdavo praėjus 48 val.

Dr. Madsen praneša, kad Kopenhagos Statens Serum Institute sargas įsidūrė pirštą su streptokokkuota kaniule ir apsirgo skarlatina. Ypatingai įrodomus atsitikimus publikuoja prof. Hirschfeld iš Varšuvos.

1901 m. Pasteur'o institute Varšuvoje buvo vakcinuojami 34 asmenys. Iš jų tarpo 3 maži vaikai susirgo žaibingais toksiškais susirgimais, 5 — gavo septiško typo ligą, 11 — gavo skarlatinai panašią ligą ir 3 vaikai — typingą skarlatiną. 21 asmuo nesusirgo — iš jų 12 anamnezėje turėję skarlatiną. Baisus atsitikimas tik tuomet paaiškėjo, kai buvo konstatuota, kad nužudytas triušis virus fixe gamybai pirmiau buvo apkrėstas streptokokkais iš vaikų lavonų, mirusių nuo skarlatinos.

Be to, tie patys G. ir H. Dick'ai padarė nepaprastai svarbų stebėjimą. Injekuodami skarlatinai jautriems asmenims $^1/_{1000}$ skiedinio filtruotą skarlatinos streptokokkų kultūrą į odą, jie gaudavo odos paraudimą ir patinimą. Tasai reiškinys sudaro pagrindą vadinamos Dick'ų reakcijos, turinčios didelės reikšmės skarlatinos problemai. Smulkiau apie tat bus kalbama vėliau.

Injekuodami 500 — 300 odos vienetų arba 0,1 ccm. neatskiesto toksino asmenims, linkusiems susirgti skarlatina, mes turime progos stebėti dirbtinės skarlatinos procesą, kurį lydi paprasti klinikiški skarlatinos symptomai, k. a.: ekzantema, skarlat. liežuvis, kartais drugys, vėmulys, karštis, bendri toksiški reiškiniai, odos lupimasis, eozinofilija. Tat patvirtino Gabričevski, Kundrawitz, Moriwaki, Boucart ir d. k.

Šitiems reiškiniams galima duoti reikšmės tik tuomet, jei kitų bakterijų injekcija neduoda tų pačių padarinių. Bet iš tikrųjų taip nėra. Galima gauti gražių ekzantemų injekuojant įvairius bakterijų protejinus, chininą, gyvojo sidabro preparatus. Daugelis iš jų panašūs skarlatinos ekzantemai. Bet štai kuris skirtumas yra tarp dirbtinės skarlatinos ekzantemos ir kitų dirbtinių ekzantemų. Šitą skirtumą sudaro bijologinis santykis, esąs tarp skarlat. ekzantemos ir skarlat. streptokokko.

Kundrawitz ir Moriwaki įrodė, kad dirbtinė skarlat. ekzantema žūna nuo skarlatina sirgusių ir sveikstančių serumo ir naturali skarlat. ekzantema žūna nuo antitoksiško streptokokkų serumo. Čion yra, kaip sako Friedemann, kryžminė immuniteto reakcija. Tokių santykių tarp kitos kilmės ekzantemų ir jas produkuojančių agentų nėra.

Šituo bandymu Dick ne tik įrodė artimus santykius tarp skarlatinos genezės ir hėmolytinio streptokokko, bet taip pat padėjo suprasti įsiveržusio streptokokko lokalizaciją. Anksčiau buvo manoma, kad skarlatina yra septicėmiškas susirgimas. Dabar gi mes turime daugelį įrodymų, kad skarlatina, kaip ir difteritas, veikia iš pradžių visą organizmą iš vienos vietos. Jochmann'ui pavyko įrodyti, kad kaikuriais, net sunkiausiais skarlatinos atvejais, pirmomis ligos dienomis kraujuje nėra streptokokkų.

Dick'o reakcija.

Šitai reakcijai provokuoti vartojami toksinai, kuriuos gamina streptokokkus haemolyticus scarlatinae. Toksinas, įduotas į odą skarlatinai jautriems asmenims, praėjus 24 val. duoda įvairaus dydžio ir intensyvumo paraudonavimą. Tuo atveju bus D. R.+. Jei oda nepasikeičia, turėsime D. R.—. Reakcijos specifiškumą laiduoja tat, kad tuos toksinus neutralizuoja skarlatinos rekonvalescentų serumas ir, taip pat, dirbtinai pagamintas immunizavimo būdu antitoksiškas serumas. Už tatai kalba ir tai, kad antistreptokokkinis serumas, įduotas į susirgusio skarlatina asmens odą, gamina analogingą Schultz-Charlton fenomenui reiškinį — išdildo ekzantemą.

Protejinų veikimui eliminuoti jis kaitinamas iki 100° C. Reakcija daroma alkūnės ribose. Odos paraudonavimo nevienodumas leido Dick'ams graduoti reakcijos intensyvumą.

Paraudonavimas $1^1/_2$—$2^1/_2$ □ cm. ploto +
" 3—5 " " " + +
" dar didesnio " " " + + +

Teigiama Dick'o reakcija rodo, kad asmuo yra linkęs susirgti skarlatinos infekcija. Neigiama D. R. rodo, kad jos savininkas turi didesnį ar mažesnį immunitetą prieš skarlatiną, t. y. reikalingą antitoksinų kiekį, kuris neutralizuoja įduotus toksinus.

Reakcija yra lygiagreti palinkimui susirgti skarlatina. Mes žinome, kad labiausiai linkę infekuotis skarlatina vaikai 2—5 mt. laiko tarpe. Vaas, Budapešto bakter. instituto direktorius, šito amžiaus stebėjo 74% + D. R.; 5—10 mt. amžiaus jautrumas mažėja ir + D. R. krinta iki 48%, 11—15 mt. teigiama D. R. yra 45%, o 16—20 mt. amžiaus + D. R = 39%. Kiti mokslininkai gauna panašius skaičius. Zingher gavo 2—4 mt. amžiaus + 70% D. R. Apie 20 m. ji teigiama maždaug 20% atvejais. Vyresnio amžiaus D. R. gali palikti teigiama, bet labai dažnai jos intensyvumas yra žymiai sumažėjęs. 2—4 mt. perijode labai dažnai gauname + + ir + + + ir tik retai + reakcijos intensyvumą. 7—8 mt amžiaus vaizdas keičiasi. Čionai dominuoja + ir tik retkarčiais + + ar + + +. Turima mano statistika Vengrijoje 1925 ir 1926 mt. buvo padaryta 25.072 D. R., iš kurių buvo + 9.740 arba 38%. Kaikurie iš jų buvo vakcinuoti, būtent 7.210. Ir iš jų 6.670 vėliau buvo padaryta

kontrolinė D. R. Buvo gauta neigiama D. R. — 5.760 arba 85%. Skarlatina persirgusieji arba prieš skarlatiną immunizuotieji duoda beveik visuomet neigiamą D. R. Todėl mes turime pakankamai pagrindo pasitiketi D. R. tikrumu ir jos pagelba galime išskirti linkusius susirgti skarlatina nuo immunizuotųjų, o taip pat jos pagelba galime susekti asmenis, kurie pirma eile turi būti immunizuojami.

Dick'o reakcijai provokuoti reikia įšvirkšti į odą 0,1 kcm. toksino skiedinio. Skiedinys sudaromas iš 1 kcm. skarlatinos toksino ir 19 kcm. fyzijologinio skiedinio.

Naujagimių immunitetas.

Dabar panagrinėsime naujagimių ir žinduolių immuniteto prieš skarlatiną klausymą.

Apskritai žinoma, kad naujagimiai beveik neserga, o žinduoliai labai retai tegauna skarlatiną. Paunz ir Csoma skelbia, kad per 12 m. (1914—1925) iš 2.186 skarlatina sirgusių vaikų, jaunesnių kaip vienerių metų amžiaus, būta tik 59, arba 2,7%. Jochmann iš savo gausios statistikos medžiagos temini tik 9 žinduolius, jaunesnius kaip 3 mėn. Tokiam amžiui pavojus apsirgti skarlatina yra tiek mažas, jog nėra didelio pagrindo žinduolis atimti nuo susirgosios skarlatina motinos.

Šiuo metu mes galime D. R. pagelba susekti naujagimių ir žinduolių palinkimą skarlatinai. Bokay randa 0—1 mėn. amžiaus tik 4% + D. R., 1—6 mėn — 12% + D. R. Hainis stebėjo naujagimiams išimtinai — D. R. Kiekvienas vėlesnis gyvenimo mėn. žymiai pakelia % + D. R. Šito reiškinio negalima išaiškinti paveldėtu iš motinos immunitetu. Motinų, kurių D. R. neigiama, žinduoliai turi taip pat neigiamą D. R., bet neigiamą D. R. rodo ir tokie žinduoliai, kurių motinos turi + D. R.

Toksai retas susirgimas negali būti išaiškintas tuo, kad žinduoliai nėra eksponuojami į pavojų susirgti skarlatina; bet bus daug teisingiau, jei mes priimsime, kad naujagimių ir žinduolių immunitetas pareina nuo konstitucinių organizmo savumų. Dick įrodė, kad neigiamai reaguojančių vaikų serumas sugeba neutralizuoti žymų skarlatinos toksinų kiekį. Šitasai turtingumas antitoksinais dingsta sulaukus 5—6 mėn. amžiaus. Dirbtinai maitinamųjų naujagimių šitai vyksta greičiau ir anksčiau.

Kaip persiduoda skarlatina?

Būdai, kuriais skarlatinos virus plečiasi, nėra dar galutinai surasti. Paskutiniai tyrimai ir čion įneša daug korektūrų. Pastaraisiais metais beveik visi mokslininkai priėjo išvadą, kad anksčiau taip bijomo persidavimo būdo iš pleiskanuojamos odos pavojus, iš tikrųjų, yra minimalus. Tuo tikslu odos pleiskanos buvo suspenduojamos serumo buljone ir vėliau jose buvo ieškomas streptokokkus haemolyticus scarlatinae.

Friedemann ir H. Deicher 50 atvejų tik vieną kartą rado hėmolytinį streptokokką. Jie labai retai surasdavo tokiose kultūrose ir žaliąjį streptokokką. Daugiausia odos pleiskanų fauną sudaro įvairūs stafylokokkai. Šitie duomenys leidžia tvirtinti, kad sergančių skarlatina odos pleiskanose nėra specifiško skarlatinos virus'o. Atskirais atsitikimais randami hėmolytiniai streptokokkai yra ne hėmatogeninės kilmės, bet prilipę iš viršaus — greičiausiai pate.ę iš ligonių ryklės.

Didžiausias ir turtingiausias streptokokkų lizdas yra žiobikščiai. Skarlatinos pradžioje 100% atvejais galima rasti žiobikščiuose hėmolytinių skarlatinos streptokokkų. Tat galima padaryti mikroskopiškai ir bijologiškai. Dėl to didžiausios reikšmės turi vadinama lašinė infekcija — kosint, spjaudant streptokokkų masės išmetamos iš ligonio ryklės. Tatai sudaro didelio pavojaus gydytojams, egzaminuojantiems ligonių gerklę.

Streptokokkai masėmis yra ir gurguliavimui vartojamuose skystimuose. Tenai jie mažiau virulentingi, nes juos apžudė dezinfekuojamos ir baktericidinės skystimų savybės.

Skarlatinos hėmolytinių streptokokkų knibždėte knibžda septiškų komplikacijų pūliavimuose — otitis media purulenta, flegmonose etc. Iš tų ekskretų visuomet pavyksta pagaminti grynų kultūrų.

Niekuomet nepavyko surasti streptokokkų šlapime, net sergančių skarlatininiu nefritu. Todėl su šlapimu ir negali būti perduodama skarlatina.

Kitas svarbus kontrakcijos būdas yra įvairūs negyvi daiktai, kaip pav. šaukšteliai, prie kurių prispaudžiamas sergančiųjų liežuvis.

Dar svarbesnis apsikrėtimo būdas yra kambariai, kuriuose guli ligoniai ir, ypačiai, ligoninių sienos. Pasirodo, kad sienos, lovos, gardynos ir įvairūs kiti daiktai labai apkrėsti streptokokkais. Didelis kiekis skarlatinos streptokokkų yra suspenduotas ore. Tat rodo didelę atitinkamos poliginės dezinfekcijos reikšmę, tat rodo, kad iš ligonio kambario turi būti pašalinti visi nereikalingi daiktai ir, ypačiai, papuošalai.

Be to, jau aukščiau esame minėję, kad skarlatina galima kontraktuoti hėmatogeniniu būdu, būtent, parenteraliu būdu įduodant virus į organizmą.

1911 m. Cantacuzène pavyko įskiepyti tuo būdu žem bezdžionėms skarlatina, o vėliau Bernhardt'ui, injekuojant skarlatinininkų kraujo filtratą, — ir šimpanzei.

Skarlatinos seroterapija.

Nors skarlatinos ėtijologijoje nebuvo ir nėra galutinai susitarta, bet beveik visi mokslininkai sutinka, kad klinikiški skarlatinos symptomai išimtinai pareina nuo streptokokkų toksinų — todėl jau senokai pradėta operuoti antistreptokokkiniais serumais.

Moser'io serumas. Žinomiausias serumas buvo Marmorek'o, Favel'io, Moser'io, Aronson'o ir Hoechst'o (Mayer ir Ruppel). Pastarasis gaminamas iš streptokokkų, imamų iš mirusių skarlatina lavonų širdies kraujo. Tuo būdu surinkti streptokokkai kultivuojami buljone. Vėliau tos kultūros injekuojamos arkliams ir mulams. Pagamintojo serumo tikrumas kontroliuojamas įvairiais būdais. Serumui konservuoti vartojamos, Leik'o patarimu, formalino dujos. Moser'io serumas buvo vartojamas šiais atvejais ir būdais:

1. Gydomi tik sunkūs ir labai sunkūs atsitikimai.
2. Serumas gali būti pavartotas pirmomis 3 ligos dienomis.
3. Gydomoji dozė subkutaniškai 150—200 kcm. 1—2 metų vaikams (Fedinski) ir 100 kcm. mažesniems kaip 1 metų vaikams.

Jochmann praneša, kad po serumo injekcijų temperatūra lyziškai krinta ir pagerėja bendra savijauta. Schick sako, kad serumo veikimas prasideda praėjus 4—6 val. po injekcijos, t. y. tuomet, kai serumas didesniais kiekiais įsisiurbia į kraują. Serumas neveikia komplikacijų, bet jos būna retesnės ir vėliau atsiranda. Didelis to serumo minusas — tai reikalas vartoti kolosales dozes.

Rekonvalescentų serumas. Antras žingsnis skarlatinos seroterapijoje buvo Weissbecker'io 1897 m. pavartotas rekonvalescentų serumas. Jo buvo švirkščiama 10 kcm. Jo vartojimas davė teigiamų rezultatų pirmomis keturiomis ligos dienomis. Dar geresnius padarinius yra gavęs Leiss ir Jungmann (1912 mt.), injekuodami į veną šitą serumą. 12 atvejų jie stebėjo nepaprastą gydomą efektą. Po 9—14 val. temperatūra kriziškai krisdavo. Širdies akcija gerėdavo.

Panašiu būdu gydė Huber ir Blumental, įšvirkšdami 20 kcm. Jie imdavo 4—21 d. laiko tarpe karščiui nukritus iš venos kraujo. Sumaišydavo jį su lygiu kiekiu NaCl 0,8% ir pridėdavo 1% chloroformo. Pastovėjus 24 val. košdavo pro Berkefeld'o žvakę. Tuo būdu pagamintas rekonvalescentų serumas gerai veikė skarlatiną. Temperatūra nekrisdavo tik komplikuotais atvejais su labai sunkia angina, otitis purulenta ir sąnarių susirgimu. Rekonvalescentų serumas antrinių skarlatinos symptomų neveikia.

Rekonvalescentų skarlatinos serumas buvo vartojamas šiais atvejais ir šiuo būdu:

1. Jis injekuojamas tik toksiškais ligos atsitikimais.
2. Injekuojamas ne vėliau kaip 4-tą ligos dieną.
3. Jo švirkščiama 40 kcm. vaikams ir 100 kcm. suaugusiems.
4. Veikimas pasireiškia praėjus 8—12 val. po injekcijos.
5. Tuoj po injekcijos karštis kiek gali pakilti, bet vėliau krinta ir visai žūsta praėjus 14 val.

6. Toksiški reiškiniai — širdies nusilpimas ir dirgsnių sistemos suerzinimas išnyksta. Tik labai retai būna drugys.

Normalūs žmogaus serumai. Vėliau Rowe, W. Schultz'o patariamas, eksperimentais patyrė, kad ir normalus žmogaus serumas gydomai veikia skarlatiną. Serumo buvo injekuojama 20—140 kcm. Geriausi rezultatai buvo gaunami nuo 40—60 kcm. Intraveninis serumo įdavimas gana dažnai duoda komplikacijų, k. a.: drugį, kolapsą. Neretai būna vėmulių, širdies nusilpimų, pulso pablogėjimų.

Norėdami sumažinti injekcijų padarinius, mes galime su didele nauda pavartoti Bezsredka's desensibilizacijos metodę.

Kaip matome, normalus žmogaus serumas kovai prieš skarlatiną duoda menkiausius padarinius.

Dick'ų serumas. Pakalbėsime apie dabar vartojamus serumus. Pirmiausia apsistosime ties Dick'ų serumu. Jie gamina savo serumą paprastu būdu: immunizuoja arklius skarlatinos streptokokkų toksinų skiediniais. Dick'o serumo pritaikymo padariniai buvo tiek geri, jog trumpu laiku juos pradėjo vartoti įvairiuose kraštuose. Toksai pasisekimas padėjo įsigalėti ir Dick'o atgaivintai streptokokkinei skarlatinos teorijai.

Dochez serumas. Ilgainiui buvo pagaminti kiti serumai. Svarbiausias iš jų yra Dochez serumas. Dochez gamina serumą originaliu būdu. Jis injekuoja arkliui po oda didelį agaro kiekį, kuris sustingsta. Vėliau į tą sustingusią masę leidžia streptokokkus, kurie ilgesnį laiką palieka sustingusiame agare produkuodami toksinus, kurie laisvai nuolatos patenka į kraujo srovę ir tarnauja antigenais. Per 6 mėnesius jie tuo būdu immunizuoja arklį. Dochez serumas yra labai aktyvus. Jo $^1/_{1000}$ skiedinio gesina ekzantemą, tuo tarpu kiti serumai teduoda tokį efektą tik $^1/_{100}$ skiedinio.

Klinikišką Dochez serumo veikimą ištyrė Blake ir Lynch. Jie vartojo dideles dozes, 40—60 kcm. vienam kartui, o bendra suma net iki 200 kcm.

Dochez ir kiti antiskarlatininiai serumai duoda pastebimą terapinį efektą. Antiskarlatininio serumo pakankama dozė trumpu laiku pakeičia ligos vaizdą. Dažnai praėjus 12—14 val. žūna ekzantema, temperatūra kritiškai pasiekia normą. Bendra savijauta žymiai pagerėja; kraujo cirkuliaciją serumas greitai sutvarko.

Koncentruotas serumas. Tiksliausia yra vartoti koncentruoti serumai, pradėti gaminti paskiausiu metu. Koncentravimo metu pašalinami albuminai ir euglobulinai, palieka tik pseudoglobulinai, su kuriais susiję antitoksinai. Toksai serumas yra 3—4 kartus turtingesnis antitoksinais už natyvų serumą Todėl jo vartojami kiekiai yra kelis kartus mažesni.

Serumas turi būti kiek galint anksčiau injekuotas. Kaikurie autoriai reikalauja, kad injekcijos būtų daromos ne vėliau kaip

4-tą ligos dieną, nes tik tuomet efektai esti aiškūs. Mažiems vaikams reikia injekuoti 25 kcm., vyresniems — 50 kcm. ir suaugusiems — 50—75 kcm. intra musculos. Labai sunkiais atvejais tikslu daryti intraveninės serumo injekcijos. Tuo būdu kartais pavyksta išgelbėti visai be vilties ligoniai. Friedemann aprašo 2 tokiu atsitikimu. Dvi mergaiti, 7 ir 11 metų, buvo atgabentos be pulso, apatiškos, prostracingos, su didele cyanoze ir su kitais sunkiausiais ligos reiškiniais. Į venas įšvirkštas antiskarlatininis serumas per 12 val. viską sutvarkė. Po 12 val. jos atrodė sveikstančios. Šitie ir kiti panašūs duomenys leidžia tvirtinti, kad antiskarlatininis serumas yra vienas iš aktingiausių serumų.

Jeigu tenka vartoti dideli serumo kiekiai — tai galima $^1/_2$ dozės leisti intra musculos, o kita $^1/_2$ — intra venam. Prieš intra venam serumą leidžiant būtinai reikia organizmas desensibilizuoti. Tam reikalui pakanka prieš pilną injekciją duoti po oda 0,5 kcm. ir palaukti 6 val., arba 1 kcm. (Friedemann) ir palaukti iki pilnos injekcijos 2 val. Prieš didesnių kiekių injekciją Zikovsky pataria ligonio organizme sudaryti „kamparo sandėlį“ (Campherdepot) iš 5—10 kcm. kamparo, įšvirkšto po oda.

Dažniausiai injekcijos pakeliamos gerai. Kartais po injekcijų skundžiamasi skausmais kojose ir kitais nemaloniais pojučiais. Bet visa tat greitai išnyksta.

Seruminė liga. Kartais praėjus 6—14 dienoms po injekcijos atsiranda seruminė ekzantema. Ji gali būti lokalizuota ir bendra; gali būti lengva ir sunki, kankinanti, su ėdemomis, sanarių ir raumenų skausmais; gali recidivuoti (frakcijonuota seruminė liga).

Gydoma afenylio, 10% chlorkalkio ir Sandoz kalkio injekcijomis. Prieš niežulį galima vartoti 1% mentolio spiritas, 1% salicylinis spiritas ir talci veneti pudras.

Komplikacijų veikimas. Kadangi antiskarlatininis serumas yra antitoksiškas savo prigimtimi, todėl negalima ir laukti, kad septiškos komplikacijos jo įtakai pasiduotų. Todėl tokie skarlatinos atsitikimai palieka serumui refraktarūs. Įduotas serumas nepasitenkina toksinų neutralizavimu. Šiek tiek jis didina narvelių baktericidiškumą. Gal būt tuo būdu mes galime aiškinti, kad gydytieji atsitikimai duoda rečiau komplikacijų. Friedemann tvirtina, kad, jei iki serumo injekcijos nebūna komplikacijų, tai vėliau jos beveik niekada neatsiranda. Bet šita nuomonė yra perdaug optimistiška. Apskritai manoma, kad įduotas serumas palengvina lymfinėms liaukoms nugalėti įsiveržusius streptokokkus ir jų toksinus.

Originalūs būdai serumui vartoti. Čion pat dar atkreipsiu dėmesį į vieną originalų būdą serumui vartoti. 1927 m. Ivašencov (iš Petrogrado) patarė serumą vartoti intralumbaliai. Tuo būdu jis gaudavo su 5 kcm. tų pačių rezultatų,

kaip su 100 kcm. serumo, įšvirkšto intra musculos. Ivašencov mano, kad tasai injekcijos būdas tinkamiausias, nes daugelis skarlatinos symptomų yra skarlatinos toksinų veikimo centrinei dirksnių systemai padarinys Panašiai galvoja Kotov ir Kotliarenko, kurie siūlo injekuoti 5—15 kcm. subduraliai

Skarlatinos profilaktika.

Dabartinis immunizavimas prieš skarlatiną gali būti atliktas vienu iš šių būdų:

1. Nepakeistu Dick'o toksinu.
2. Skarlatinos anatoksinu.
3. Vakcina, pagaminta iš nužudytų skarlatinos streptokokkų.
4. Antigenais, pagamintais iš aukščiau išvardytų medžiagų.

Skarlatinos toksino prigimtis. Ponai Dick'ai savo skarlatinos toksiną gamina taip. Jie augina streptokokkus buljone, kuris turi 7,4—7,6 ph. Į šitą buljoną jie įdeda 1% Witte - peptono ir 0,3% Liebig'o mėsos ekstrakto. Pridėję 0,1% defibrinuoto avies kraujo, jie gauna sustiprintą toksino gaminimą. Po 4—6 dienų taip išaugintos kultūros filtruojamos pro popierių ir Berkefeld'o filtrą NW. Vėliau tikrinamas sterilumas ir tasai toksinas statomas į ledynę.

Koncentruotas toksinas pasižymi šitokiomis savybėmis. Jis turi maža azoto — 0,73—0,84 mg. 1 kcm. Jis labai nuodingas triušiams, kurie nepakelia 0,2—0,5 kcm. injekcijų. Jis visai suyra vieną valandą pavirinus 100° C temperatūroje ir labai susilpnėja pusę val. pavirinus 50° C t-ūroje. Skarlatinos toksinas neutralizuoja skarlatinos antitoksiną. In vitro padaryti mišiniai nėra žalingi. Skarlatinos toksinas neutralizuoja strept. puerperalis antitoksiną, o kitų streptokokkų antitoksinų neveikia. Jį neveikia normalus arklių serumas. Toksinas gali būti išdžiovintas, nenustodamas per 4 mėn. savo veiklumo. Atskiedę jį su H_2O ar NaCl 0,8%, gauname aktingus produktus. Koršun'o patyrimu, toksinas neturi nei baltymų nei lipoidinės prigimties. Jame yra azoto amino rūgšties pavidalu. Jį hydralizuojant su silpnomis rūgštimis gaunamas produktas, kuris redukuoja Fehling'o skystimą.

Odos vienetas. Ir 0,1 kcm. tokio skarlatinos toksino, įšvirkšto į odą, duoda odos paraudonavimą $1^1/_2$ kvcm. ploto. Toksai toksino kiekis vadinasi Dick'o „odos vienetas"*). Kad tasai paraudonavimas pareina nuo toksino, o ne nuo kitų priežasčių, galima patikrinti kontroliniu bandymu, 2—3 val vartojant toksiną, virintą 100° C vandens vonelėje.

---

*) „Dick - Hautlosis".

Vienodumo dėliai Tautų Sąjungos Hygijenos Komitetas pataria vartoti standart-toksiną, gaunamą iš Public Health (sveikatos įstaigos) Vašingtone.

Tasai odos vienetas turi didelės reikšmės toksininiui immunizavimui gaminti, nes jo pagelba mes dozuojame įduodamo toksino kiekį.

Immunizavimas toksinu.

1. Pirmuoju būdu immunizavimas atliekamas pakartotinėmis injekcijomis: 250, 1.000, 2.000 ir 3.000 (Zinghner) odos vienetų. Gruschna ir Schubert pataria 250, 750 ir 5.000 ir, išimtiniais atvejais, 10.000 odos vienetų.

Bet praktiškai didelės dozės nepriimtinos, nes jos produkuoja skarlatinos klinikiškus symptomus. Dėl to 3.000 odos vienetų reikia atsargiai peržengti.

Immunitetui kontroliuoti mes turime Dick'o R. Immunizuoti tereikia tik asmenys, turį pozityvią D. R. Statistikos duomenys rodo, kad immunizavimas su Dick'o toksinu teigiamą D. R. 90% atvejais paverčia neigiama. Tuo būdu vartojant mažas ir didėjančias toksino dozes galima išugdyti immunitetas prieš skarlatiną, kuris, amerikiečių mokslininkų tvirtinimais, tveria 3 metus. Tuo būdu immunizuojant nebūna jokių sunkesnių intoksikacijų. Vienas šitos metodės minusas — tai reikalas daryti 4 injekcijas, ko vaikai labai nemėgsta.

Immunizavimas anatoksinu.

2. Skarlatinos anatoksiną*) Celarek ir Sparrow gamina šiuo būdu. Jie vartoja toksiną, kurio 1 kcm. yra 20.000 odos vienetų. Į jį įdeda 5‰ formalino ir 6 savaites laiko 38° C temperatūroje. Toksai anatoksinas yra nenuodingas. Jo net 2 kcm., po oda injekuoti, lengvai pakeliami, tuo tarpu kai 2 kcm. toksino produkuoja sunkų susirgimą. Įduotas 1 kcm. anatoksino, t. y. 20.000 odos vienetų, po 8—12 dienų produkuodavo immunitetą. Galutinai immunitetas sustiprinamas pakartotine injekcija, kuri turi būti atlikta 6 savaitėms praėjus po pirmos injekcijos. Tuo būdu galima pozityvus Dick'o R. skaičius sumažinti iki 6%. Didinti anatoksino dozės nėra prasmės, nes net 100.000 odos vienetų visų teigiamų D. R. nepadaro neigiamomis. Dauguma autorių, anatoksino šalininkų, pataria vidutinio jautrumo asmenims injekuoti vieną kartą 1 kcm., o jautriems — 1 kcm. ir po 6 savaičių dar 2 kcm. anatoksino.

Immunizavimas nužudytų streptokokkų vakcina.

3. Trečias immunizavimo būdas yra seniausias; jo autorius yra rūsų mokslininkas Gabričevski, kuris dar 1905 m. („Vrač") paskelbė pirmus savo bandymų duomenis. Jis gamino skarlatinos streptokokkų, paimtų iš lavonų širdies kraujo, cukraus bulijone kultūras. Vakcinos nežalingumą išmėgino su savim ir savo 2 vaikais. Vakcina buvo duodama šitokiomis

---

*) Vokiečių terminologija — „Toxoid".

dozėmis: vaikams ik i2 metų — 0,1 kcm., iki 5 mt. — 0,2 kcm. iki 10 mt.—0,3 kcm., iki 15 mt.—0,4 kcm. ir suaugusiems— 0,5 kcm. vakcinos. Po injekcijos kartais atsirasdavo ekzantema, vadinama „Gabričevskio liga", kurią lydėdavo dar kaikurie kiti symptomai.

Kiti mokslininkai (Langowoj, Markuson, Zlatogorov) pataria vartoti 2—3 kartinę Gabričevski'o vakcinos injekciją.

4. Paskutiniais metais Gabričevski'o metodė yra šiek tiek pakeista. Gabričevski'o vakcinai pridedama įvairių kitų antigenų. Dažniausiai šitam tikslui tarnauja skarlatinos streptokokkų toksinai. Jų į kiekvieną kcm. vakcinos pridedama 600 —1.200 odos vienetų. Kaikurie autoriai į Gabričevski'o formol - vakciną įterpia dar didesnius skarlatinos toksinų kiekius.

Apskritai, immunizavimas prieš skarlatiną vienu ar kitu būdu yra paplitęs Amerikoje, Rusijoje ir Europos valstybėse. Gaunami rezultatai yra teigiami ir padeda žymiu laipsniu nugalėti skarlatinos epidemijas.

Aukščiau nurodytais būdais vykdomas immunizavimas prieš skarlatiną sumažina susirgimų ir dar labiau mirimų skaičių. Skarlatinos antigeninių medžiagų aktyvus elementas yra toksinas. Teisingai dozuojant immunitetas gali būti produkuotas be jokių sunkesnių, nemalonių apraiškų ir gali būti atliktas ambulatoriškai. Immunitetas trunka apie 2 metus.

Immunizavimo technika labai paprasta. Lietuvoje negalima gauti nei Amerikoj gaminamo toksino nei Gabričevski'o vakcinos. Tenka vartoti Behring'o ir kitų Vokietijos firmų gaminami preparatai. Behring'o gaminamo toksino 1 kcm. turi 20.000 odos vienetų. Kiekvienos vakcinacijos metu toksinas atskiedžiamas santykiu $^1/_{12}$ su NaCl 0,8 %. Pilnam immunizavimui reikalinga 3 injekcijų, tarp kurių daromas savaitinis intervalas.

I	injekcija	0,3 kcm.	aukščiau kalbamo skiedinio
II	„	1,0 kcm.	„ „ „
III	„	2,0 kcm.	„ „ „

Su pirma injekcija į organizmą įduodama 500, II—1.500 ir III—3.000 odos vienetų toksino. Injekcijos neduoda nemalonumų, išskyrus mažą temperatūros pakilimą ir ekzantemą, kurie galima stebėti po 3-čio įšvirkštimo.

Labai gerus padarinius gausime, pavartoję jau aukščiau minėtą Gabričevski'o modifikuotą formol — vakciną. Jos viename 1 kcm. yra 500 000.000 streptokokkų + 4.000 atoksiškų odos vienetų. Jos pakanka vienos injekcijos. Teisybė, ji dažnai duoda temperatūros pakilimą, ekzantemą, albuminuriją. Bet visi šitie reiškiniai pranyksta per 48 valandas ir nesudaro jokio pavojaus sveikatai ir gyvybei. Gabričevski'o metodė patartina vartoti visur ten, kur sunku vaikai gauti trims injekcijoms.

Pasyvus Immunizavimas. Čion reikalinga keletas sakinių paskirti pasyviam immunizavimui. Inkubacijos perijode immunizuoti prieš skarlatiną toksingomis medžiagomis negalima. Todėl visais tokiais atvejais yra tikslu asmens atsparumas prieš skarlatiną sustiprinti duodant antitoksinų. Jų mes turime gydančiame serume. Tokiam pasyviam immunizavimui pakanka vaikams 5 kcm., o suaugusiems — 10 kcm. Pasyvus immunitetas yra trumpalaikis, bet dažnai apsaugoja nuo sirgimo skarlatina.

Literatūra,

1. R. Kraus, G. Morawetz, J. Žikowsky, J. Teichmann: Scharlach. 1931.
2. Verhandl. d. deutsch - russisch Scharlach - Kongr. Königsberg. 1928.
3. Gausingi straipsniai iš įvairių vokiečių ir francūzų medicinos žurnalų.

Autoreferat.

1. Die Mehrheit der Gelehrten hält Streptokokkus haemolyticus scarlatinae als Urheber des Scharlachs.

2. Die Dick'sche Reaktion ist eine objective Metode zur Feststellung der Scharlachinfection bei disponierten Individuen.

3. Neugeborene und Säuglinge bis zum Alter von 1 Jahre sind unempfindlich gegenüber der Scharlachinfection.

4. Scharlach wird häufigst direct vom Menschen zum Menschen durch die „Tröpfeninfection" übergetragen.

5. In den Hautabschuppungen sind selten die Scharlachstreptokokken vorhanden.

6. Zur Scharlachtherapie ist am besten geeignet koncentriertes antiscarlatinöses Serum. Die Einspritzungen sollen möglichst früh gemacht werden.

7. Das Heilserum wirkt nicht auf die Scharlachkomplikationen.

8. Die prophylaktische Immunisierung gegen Scharlach wird produziert mit: 1) unveränderten Dick'schen Toxinen, 2) Scharlachanatoxin, 3) Vaccine aus getöten Scharlachstreptokokken und 4) Antigenen, angefertigten aus oben erwähnten Stoffen.

Doc. P. Stančius.

Paradentitų ir paradentozių (pyorrhoeae alveolaris) gydymo galimumai.

Pyorrhoea alveolaris jau iš seno buvo žinoma. Senovės romėnų ir egiptėnų kaukuolėse randama šitos ligos žymių ir mėginimų jąją gydyti, surišant atskirus klibančius dantis auksinės vielos pagelba. Parré (1550) pirmas šitą ligą yra aprašęs. Fauchard'as, Hunter'is ir kiti (1760) kalba apie ją, kaipo apie tam tikros rūšies skorbutą. Toirac'as (1839) sugalvojo pavadinimą—pyorrhoea alveolaris. Riggs'as, Jounger'is (1867) mėgino gydyti pyorrėją, pašalindami dantų konkrementus. Riggs'as tam tikslui patiekė instrumentus — dabar vartojamų dantų konkrementams šalinti instrumentų prototypus.

Perijodontas — danties rišamasis aparatas — gingiva, perijostas, alveolės kaulas sudaro danties aplinką, vadinamąjį para-

dentium'ą. Dantis nėra kuris-nors izoliuotas padaras; tilpdamas alveolėje jis yra ankštai susijęs su savo aplinka. Perijodonto jungiamojo audinio skaidulos (Scharpey'o skaidulos), prasidėdamos alveolės kortikaliniame sluogsnyje ir baigdamosios danties šaknies cemente, sudaro tamprų ryšį tarp danties šaknies periferijos ir jo aplinkos. Dėka perijodonto skaidulų elastingumui, dantis įgauna savo guolyje, alveolėje, tam tikrą, kad ir mažą, fyzijologinį paslankumą, ypač vertikaline kryptimi. Iš perijodonto į danties pulpą patenka indai ir nervai.

Paradentium'o patologiški pakitimai (nekalbant apie navikus ir specifiškus susirgimus) gali pasireikšti dvejopa forma: inflamaciška ir dystrofiška. Pirmosios rūšies pakitimai yra vadinami paradentitais, o dystrofiški paradentium'o pakitimai, neturį įdegimo žymių, apibūdinami paradentozėmis. Praktikoje dažniausiai inflamaciniai reiškiniai kombinuojasi su dystrofiniais.

Paradentitai ir paradentozės — (alveoliarinė pyorrėja) šiais laikais yra labai dažni burnos susirgimai. Jie ne mažiau griauna kramtomąjį aparatą, kaip ir dantų caries, kad ir šitų susirgimų dantys tiesiog nėra proceso paliesti, esama tik dantų aplinkos susirgimo; kaipo taisyklė, visai sveiki dantys iškliba ir pagaliau iškrinta.

Symptomatologija. Paradentitai pasižymi šitokiais symptomais. Pirmiausia esama gingivito pažymių. Šitas symptomas yra vienas iš ankstyviausių. Gingiva esti paburkusi, paraudusi, arba cyanoziška, linkusi greitai kraujuoti. Šitie pakitimai ypač paliečia tarpdantinę gingivą (papillae interdentales). Čia pat ant danties paviršiaus esama dantų konkrementų — vadinamojo dantų akmens, arba dantų nuosėdų. Pastarosios stebimos burnoje iš ryto, prieš išvalant burną pavidalu minkštos, limpančios, blogo kvapo masės, kuri padengia danties paviršių pagal gingivos kraštą. Nuosėdos yra susidariusios iš nusilupusio burnos epitelio, gleivių, seilių ir kitų pašalinių dalių. Ypač gausingos yra nuosėdos mikrobų flora. Kaip žinoma, Lewenhook'as (1632 m.) pirmasis surado šitame nuosėdų detrite mikroorganizmų. Ilgesnį laiką nepašalintos ir sukalkėdamos nuosėdos virsta konkrementais. Konkrementai ant dantų paviršiaus esti įvairios konsistencijos ir spalvos. Vieni jų yra balti arba gelsvai balti ir palyginti nekieti; pastarieji lokalizuojasi paprastai ant matomojo danties paviršiaus, nesiplėsdami po gingiva — supragingiviniai konkrementai; kiti gi konkrementai kietos konsistencijos, tamsios spalvos, mažiau gausūs, neretai uratinio pobūdžio, turi palinkimą susikurti ant šaknies paviršiaus giliai po gingiva — subgingiviniai konkrementai. Pastarieji smulkiais taškais arba ir difuzišku plonu sluogsniu stipriai laikosi ant šaknies cemento paviršiaus.

Paradentitui esant beveik visuomet turima tos ar kitos rūšies dantų akmenų (95%). Konkrementai, be to, kad jie yra gausūs infekcija, dar mechaniškai jaudina ir palaiko gingivos ir

marginalinio perijodonto įdegimą; kaipo vietinis jaudiklis, dantų akmuo yra svarbus paradentitų ėtijologijai faktorius. Žalingiausias yra subgingivinis akmuo, kuris susidaro gingivos plyšyje

Normoje gingivos plyšys — tarpas tarp danties paviršiaus ir gingivos krašto – yra 0,8—1½ mm. gilumo. Paradentitui esant šitas plyšys darosi gilesnis, esant paskutinei proceso stadijai siekdamas iki šaknies viršūnės. Gingivos plyšys yra išklotas tuo pačiu daugiasluogsniu plokščiu epiteliu, kuriuo yra išklotas ir burnos tuštymas. Išklojąs gingivos plyšį epitelis nepertraukiamai susijęs su danties emaliu, kuris kaip žinoma, yra taip pat epitelinis padaras. Tuo būdu sulig norma gingivos plyšio srityje visai nėra atdaros mezodermos.

Esant paradentitui gingivos plyšio epitelis būna sužalotas, atdaras jungiamasis audinys pasidengia granuliacijomis su epitelio peraugimais.

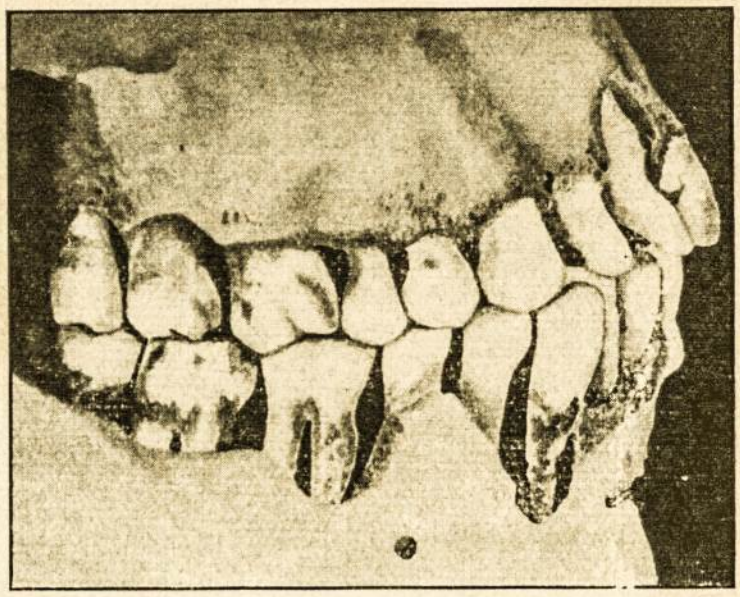
Gingivos plyšyje aplink dantį susidaro mažesnio ar didesnio laipsnio ulceracijų. Esant ulceracijai atsiranda sekretas. Paspaudus gingivą iš plyšio pasirodo pūliai (pyorrhoea). Juo gilesnis yra gingivos plyšys ir juo gausesnės jį išklojančios granuliacijos, juo žymesnis yra pūliavimas. Pūliavimas iš gingivos kišenių yra vienas charakteringų paradentito pažymių (pyorrhoea).

Užsilaikant pūliams gingivos plyšio gilumoje, neretai susidaro abscesai, aprėžti perijostitai, kurie rasdami išėjimą į burną pro gingivą, sudaro pastovias arba recidivuojančias fistules. Šitos fistulės kaikada galima palaikyti perijodontinėmis, sukeltomis perijodonto apikalio proceso.

Paradentito esminiai pakitimai glūdi giliau, alveolinės atžalos kaule. Čia turima danties aplinkos kaulo chroniška osteoporoziška atrofija, chroniška kaulo rezorbcija. Šita kaulo chroniška atrofija ir yra esminis paradentito pažymys. Kaulo atrofija, prasidėjusi nuo danties kaklelio, pamažu slenka danties viršūnės linkui. Išskiriama dvejopa paradentinio kaulo atrofija: horizontalinė ir vertikalinė (W e s k i). Jeigu paradentitinis procesas paliečia daugelį dantų arba visus dantis, tai tarpdančiai ir alveolės atrofuojasi lygiai horizontališkai — gaunama horizontalinė atrofija. Panašiais atvejais turima lygus, normalios išvaizdos, tik kiek žemesnis, negu normoje, limbus alveolaris. Jeigu proceso yra paliesti tik atskiri, pavieniai dantys, kaimyniniai gi dantys esti sveiki arba paliesti mažai, tai atitinkamų alveolių atrofija slenka išilgai danties vertikališkai — gaunama vertikalinė atrofija. Čia tarp danties paviršiaus ir alveolės kaule susidaro gilesnis ar sėklesnis plyšys — niša, kurioje gali susidaryti ta ar kita kryptimi antrinės nišos ir tuo būdu visą dantį apsupta ne lygūs nevienodo didumo kaulo defektai — kavernos. Kaikada tos mažos kavernos gali supti visą dantį siekdamos iki šaknies viršūnės. Tokiais atvejais dantis iškrinta. (Žiūr. atvaizdus Nr. Nr. 1 ir 2).

Kai danties aplinkos kaulas atrofuoja, ypač jeigu šita atrofija yra vertikalė, dantis nustojo žymios dalies savo guolio ir

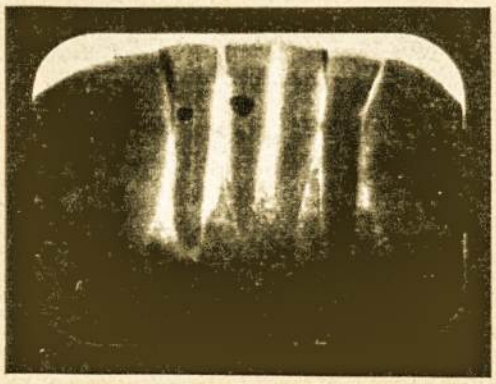
Atvaizdas Nr. 1.



Toli nužengęs paradentitis. Viršutiniame žandikaulyje horizontalė alveolinio kaulo atrofija, apatiniame—horizontalė ir vertikalė.

Atvaizdas Nr. 2.

Horizontalinė alveolinio kaulo atrofija.



Vertikalė alveolinio kaulo atrofija.

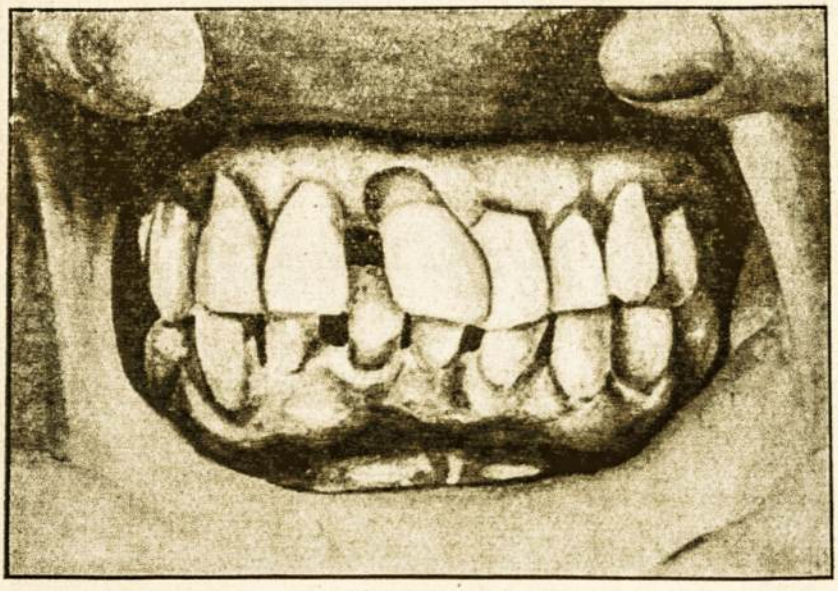
jis ima klibėti. Dantų nestiprumas, klibėjimas yra vienas tų symptomų, kuriuos anksčiausiai pacijentai pastebi ir kurie verčia juos susirūpinti savo dantų būkle.

Iš pradžių dantų klibėjimas esti nežymus, bet procesui progresuojant jis darosi kaskart didesnis, iki, pagaliau, išklibęs dantis iškrinta arba pacijentas pats jį pašalina.

Pagal S a c h s'ą, esama 4 laipsnių dantų klibėjimo. I-mo laipsnio klibėjimas, kai nustojama dėl atrofijos mažiau kaip pusės alveolės ir dantys tiek paslankūs, kiek tat pasiekiama separuojant dantis vatos gabalėlių pagelba. II-ro laipsnio klibėjimas, kai stokuoja $^1/_2$ alveolės ir dantys yra paslankūs į šonus. III-čio laipsnio klibėjimas, kai atrofuota daugiau negu $^1/_2$ alveolės; dantų judrumas į šonus labai žymus. IV-to laipsnio, kai alveolės atrofija yra pasiekusi šaknies viršūnės t. y. dantis yra nustojęs visai savo guolio; jis kliba ne tik į šonus, bet ir vertikalia kryptimi, būtent spaudžiant dantų šaknies viršūnės linkui.

Kai dantys ima žymiai klibėti, tai įvyksta jų padėties pakitimai. Dantys iškrypsta, atsiranda tarpai, tarpusavis dantų kontaktas suirsta. Ypačiai pažymėtina padidėjęs dantų tarpas viršutiniame žandikaulyje tarp centrinių incizivų — vadinamoji d i j a s t e m a, kuri turi neigiamos reikšmės kosmetikos atžvilgiu. (Žiūr. atvaizdą Nr. 3).

A t v a i z d a s Nr. 3.



Diastema dėliai paradentitinių dantų dislokacijos.

Nėsant normalios dantų eilės statikos, mažėja kramtymo pajėgumas. Normalus kramtymo pajėgumas yra 40—80 kilogr. Kramtymo jėga matuojama gnato-dynamometro pagelba (B l o c k, H a b e r).

Patologiški alveolinio kaulo pakitimai lengviausia dijagnuozuoti rentgeno pagelba. Rentgenogramoje yra matomas kaulo

atrofijos laipsnis, kaulo defektų gilumas, lokalizacija ir išsiplėtimas. Aiškios rentgenogramos galima turėti, padarius mažas nuotraukas iš eilės atskirai kiekvienai dantų grupei. Prieš darant rentgenogramas, pravartu yra įkišti į gingivos plyšius gutaperchos štiftai (gutapercha points), kurie, kaipo kontrastinės priemonės, leidžia rentgenogramoje aiškiau matyti kaulo defektų gilumą. Rentgenogramos duomenys yra labai svarbūs prognozės atžvilgiu.

Šiaip spręsti paviršutiniškai apžiūrėjus apie paradentitinio proceso laipsnį kaikada sunku, nes gingivos pakitimai ir dantų judrumas gali būti visai menki, tuo tarpu gi alveolinė atrofija pasiekusi žymaus laipsnio.

Subjektingi reiškiniai paradentito pradžioje gali būti visai nežymūs. Tik padidėjęs gingivos jautrumas, kraujavimas ir ypačiai prasidėjęs dantų klibėjimas verčia pacijentą susirūpinti. Atsiradus gingivos pūliavimui, esti stebimas foetor ex ore, blogas skonis; dažnai nusiskundžiama „deginimu“ burnoje, „peršėjimu“, „niežėjimu“ ir panašiai. Šitie subjektingi pacijento atjautimai gali būti kaikada tiek įkyrūs, kad žymiai blogina ir šiaip jau esamą neurasteniškąbūklę. Be to, kaipo taisyklė, prisideda įvairūs virškinamųjų takų reiškiniai. Šituo atžvilgiu teikiama reikšmės pyofagijai — chroniškam pūlių iš burnos nurijimui (L e b e d i n s k i).

Paradentozė yra dystrofiškas procesas, neturįs inflammacinių reiškinių. Alveolinio kaulo atrofija čia yra pirmykštis momentas. Visas processus alveolaris darosi kaskart žemesnis (Randatrophie - G o t t l i e b), dantys pailgėja, išsikiša, ima klibėti; gingiva gi lieka normali — nėsama nei pagilėjusio plyšio nei pyorrėjos; dažnai nėsama nė konkrementų. Šitokia alveolinė atrofija seniems žmonėms yra fyzijologinis reiškinys — a t r o p h i a a l v e o l a r i s s e n i l i s, jauniems gi žmonėms apibūdinama, kaipo a t r o p h i a a l v e o l a r i s p r e c o x. Šito proceso esmė glūdi, neabejotinai, organizmo konstitucijoje.

Pastebėta, kad tiek paradentitas, tiek paradentozė liečia tik mažai linkusius caries'ui dantis. Dažniausiai paradentitiniai dantys savaime yra visiškai sveiki. Jeigu burnoje esama caries'o suardytų dantų šaknų, tai tokių dantų aplinka dažnai yra sveika; dargi negyvi, turį apmirusią pulpą, dantys ir tie turi mažesnį palinkimą paradentium'u susirgti.

Paradentitais ir paradentozėmis dažniau serga moterys negu vyrai. Iki 18 metų amžiaus paradentitai nepastebimi. Nuo 20—30 metų serga 1%; 30—40 metų — 10%; 40—50 m.—25%; po 50 metų — 55% (H. S a c h s).

Ėtijologija. Paradentitų ėtijologijos atžvilgiu esama daug aiškinimų. Viena tenka pasakyti, kad čia nėsama kurio-nors vietinio pobūdžio burnos susirgimo. Čia turimas bikauzalinio pobūdžio procesas: Viena, esama tam tikros b e n d r o s o r g a n i z m o p r e d i s p o z i c i j o s ir, antra, veikia v i e t i n i a i

burnos jaudikliai. Iš pastarųjų daugiausia reikšmės turi dantų konkrementai. Dantų konkrementai, susikraudami po gingiva, jaudina pastarąją, sukelia uždegimą, ulceruoja. Nuo giliau susikrovusių konkrementų susižaloja danties rišamasis aparatas — perijodontas, ypač jo marginalė dalis — ligamentum circulare dent., kurio dėka labiausiai fiksuojamas dantis alveolėje. Susižalojus lig. circulare, įvyksta gingivos plyšio didesnis pagilėjimas, o kartu naujų konkrementų susikrovimas giliau ant šaknies cemento; pastarasis, atsiklojęs nuo perijodonto, praranda savo vitalumą. Suirus lig. circulare, prasideda alveolės kaulo rezorbcija, atrofija, viena, dėl inflamacinio proceso, antra, dėl funkcijos stokos, nes nelieka ryšio tarp kaulo ir šaknies cemento; dantis ima klibėti. Labiausiai žalingi yra smulkūs, kieti, tamsūs konkrementai, kurie giliausiai susikrauna ir sunkiausiai yra pašalinami.

Šalia konkrementų gali būti ir kitų vietinių jaudiklių: blogai modeliuotų plombų kraštai, perplačiai arba pergiliai padėti dantų aukso vainikai, netinkamai pritaikinti protezių klameriai ir t. t.; dažniausiai lokalizuotą paradentitą duoda blogai modeliuotas aproksimalinių plombų gingivinis kraštas, kai jisai, pergiliai ir perplačiai padėtas, spaudžia ir erzina tarpdantinę gingivą.

Sudaryti palankumą paradentitui atsirasti gali ir kitos burnoje sąlygos. Károly's, o vėliau Arköwy's iškėlė, kaip ėtijologinį faktorių šituo atžvilgiu, vadinamąjį dantų perkrovimą — dantų hyperfunkciją (Belastungstheorie). Yra žinoma, kad, esant kaikurioms sukandimo artikuliacijos anomalijoms (prognathia, progenia, atviras sukandimas), tam tikros dantų grupės labiau funkcijuoja negu kiti dantys; jie esti perkrauti ir todėl įgauna paradentito žymių. Esant vadinamam giliam sukandimui, paveldėtam arba įgytam, kai tatai atsitinka praradus prieš laiką moliarus arba premoliarus, įvyksta priešakinių dantų perkrovimas, nes jiems tenka visas sukandimo sunkumas. Klinikiški stebėjimai tatai visiškai patvirtina. Ypač žalingas yra perkrovimas ne vertikaline kryptimi, bet į šonus, kai atskirų dantų padėtis esti anomalinga — kai jie yra iškrypę arba ne dantų eilėje padėti. Esant visiems dantims ir taisyklingam sukandimui, kramtymo jėga paliečia lygiai visus dantis, bet kai tik prarandama vienas ar keli dantys, likusieji dantys dislokuojasi, suirsta jų normali statika — susidaro kaikurių dantų perkrovimas ir palankumas paradentitui.

Bendras arba dalinis dantų perkrovimas gali pasireikšti esant bendro pobūžio spazminiams reiškiniams, pavyzdžiui, griežimui dantimis miegant (helminthiasis), esant ir kitoms spazminėms būklėms arba ir šiaip jau įprastai didesnei kramtomųjų raumenų kontrakcijai. Be to, dantų vainiko ir šaknies ilgio santykis, dantų kramtomojo paviršiaus pobūdis yra ne be reikšmės hyperfunkcijos atžvilgiu. Juo ilgesni vainikai ir trumpesnės šaknys, tuo didesnė predispozicija šitų dantų hyperfuncijai. Juo kram-

tomųjų paviršių gumburėliai yra aukštesni ir aštresni, juo labiau tokie dantys yra linkę persikrauti transversale arba sagitale kryptimi.

Vieną kartą paradentitas buvo mėginta aiškinti kaipo infekcijos padarinys (Miller, Malassez, Blessing, Seitz). Iš tikrųjų, gingivos plyšio pūlinis sekretas yra labai gausus mikroflora; čia randamas didelis kiekis saprofitų, aerobų ir anaerobų, bet kurio-nors specifiško mikrobo — paradentito sukėlėjo — ikišiol nerasta. Gingivos plyšio sekreto florą sudaro maišyta infekcija (Mischinfektion). Vieną kartą buvo teikiama specifiškos reikšmės — kaipo pyorrėjos sukėlėjai — spirochaetae dentium; bet spirochaeta dentium randa ir šiaip sveikoje normalioje burnoje ir kitų burnos susirgimų atvejais. Elander'as laikė paradentito sukėlėju entamoeba buccalis.

Ar šiaip ar taip, tuščia būtų aiškinti paradentitas, kaipo vien tik vietinių burnos jaudiklių padarinys. Paradentitas nėra vien tik vietinė burnos liga. Esama atsitikimų, kai vietiniai faktoriai visai neegzistuoja, o paradentium'o susirgimas vis dėlto įvyksta; ir priešingai, vietiniai jaudikliai esti pakankamai išreikšti, o paradentito žymių nėra. Vadinasi, vietinės priežastys nėra lemiančios.

Tenka manyti, kad paradentitiniam susirgimui bazę, predispoziciją sudaro tam tikra organizmo konstitucija — endogeniniai faktoriai. Kad šitokia predispozicija yra svarbi šituo atveju, netenka abejoti, nes, esant burnoje visai vienodoms sąlygoms, vieniems paradentitas pasireiškia, kitiems gi ne.

Iš seno yra stebima, kad diabetes mellitus dažnai yra lydimas paradentitinių reiškinių burnoje. Pasak Loos'o, 80% dijabetikų turi paradentitinių pažymių. Be to, paradentitiniai reiškiniai čia esti vieni iš ankstyvesnių dijabeto pažymių. Yra žinomas organizmo audinių neatsparumas, labilumas dijabetui — blogas žaizdų gijimas ir t. t. Taigi, netenka stebėtis, kad burnoje pakanka tokiais atvejais jau ir nežymaus jaudiklio (konkrementai, nuosėdos) paradentium'o pakitimams sukelti.

Lygiai stebima, kad podagra, — artritiškai allerginės būklės taip pat predisponuoja paradentitui. Francūzų autorių paradentitas yra vadinamas polyarthrite alvéolaire. Artritinės konstitucijos žmonės paprastai turi gerus, sveikus, mažai palankius caries'ui dantis, bet jųjų paradentium'as yra linkęs pakitėti. Viena čia esama didesnio palankumo konkrementams susikrauti ant danties paviršiaus, ypač po gingiva; taigi, turima čia jau vietinis predisponuojąs momentas. Antra, netenka abejoti apie susijusią su bendra organizmo būkle dantų aplinkos kaulo osteopatiją. Medžiagos apykaitos sutrikimai turi įtakos paradentium'ui.

Paskesnių laikų stebėjimai nurodo į endokrininių liaukų reikšmę paradentitų — paradentozių patogenezei. Šituo atžvilgiu daug reikšmės teikiama tyreotoksikozei (Boen-

heim), ovarium'o, hypophysis'o dysfunkcijai (Chaim). Citron'as yra stebėjęs, kad greta bazedovoidinių symptomų — rankų tremor, tachykardia, struma etc., daugeliu atveju randama ir paradentium'o pakitimų. Boenheim'as, tirdamas įvairiomis metodėmis paradentitikus, radęs $^3/_4$ tiriamųjų su endokrininio status'o nenormalumais.

Netenka abejoti apie paveldėjimo reikšmę paradentitų kilmei. Apie tat liudija daugelio autorių stebėjimai.

Ar tbc., lues predisponuoja paradentitui, lieka neišaiškinta. Laikoma, kad lues sudaro palankumą paradentitui; bet šituo atveju gali turėti reikšmės ir pati antiluetinė terapija Hg, Bi pagelba. Pastarieji, kaip žinoma, sukelia atitinkamų pakitimų gingivoje — gingivitis mercurialis, bismuthica; pirmieji intoksikacijos reiškiniai pasireiškia kaip tik gingivoje.

Yra nurodymų į hypo - avitaminozių reikšmę paradentitinei predispozicijai. Kaikurių autorių (Entin) paradentitas laikomas savo rūšies chroniška, latentine skorbuto forma.

Daugelis autorių ypač teikia didelės svarbos nerviškai psychiškam momentui, kaipo mažinančiam organizmo atsparumą (Sachs, Lungvitz). Įvairios depressinės būklės, vegetacinės neurozės sudaro palankumą paradentitui. Mūsų stebėjimais, gingiva yra labai jautrus audinys ir greitai reaguoja įvairiais organizmo būklės atvejais. Yra žinomi gingivos katarai lytinio brendimo metu (Pubertätskatarr), menstruacijų, nėštumo metu, esant gripui ir t. t.

Savo ruožtu prileidžiama, kad paradentitiniai reiškiniai nelieka neutralūs visam organizmui. Esama nuomonės, kad iš gilių ulceruotos gingivos plyšių infekciniai padarai gali patekti lymfos ir kraujo takais į brendrą kraujo apytaką ir sukelti chronišką bakteriėmiją arba toksikėmija, pasireiškiančią anėmija, kryptogeniška t^0, artritiniais reiškiniais ir t. t. (sepsis lenta — „oral sepsis"). Toks prileidimas gali būti ne be pagrindo, ypač jeigu atsižiūrėsime į tat, kad burnoje turima nuolatinė, didoka, apimanti visus dantis ulceracija su didesnio ar mažesnio laipsnio chronišku limbus alveolaris ostitu.

Gydymas. Kuri gi paradentitų terapija? Kurie josios galimumai?

Kalbant apie terapiją, aiškėja, kad pastaroji turi būti nukreipta prieš abu ėtijologiniu momentu, tiek ekzogeninį, tiek endogeninį; kuriam kreipti daugiau dėmesio, tenka kiekvienu atveju spręsti atskirai.

Bet ar šiaip ar taip, vietinis gydymas turi pirmaeilės reikšmės, tuo labiau, kad jis yra prieinamesnis, duoda iškarto gerą pastebimą efektą, tuo tarpu kai nugalėjimas endogeninių faktorių yra sunkiai vykdomas. Endogeniniai būklei tenka daugiausia kreipti dėmesio paradentozių atvejais.

Vietinį gydymą sudaro burnos įaudiklių pašalinimas. Ir kaip tik pirma eile tenka turėti galvoje dantų kon-

krementai. Po pirmos orijentacijos sukandimo, dantų padėties atžvilgiu visas dėmesys kreipiamas į konkrementų pašalinimą. Klaidinga yra konkrementų pašalinimas neįvertinti ir kartu klaidinga manyti, kad tat lengvai daroma. Tat, ką kasdien tenka stebėti, būtent, pašalinimą tiktai matomojo ant danties paviršiaus supragingivinio akmens, negalima vadinti konkrementų pašalinimu. Jokiu būdu nepakanka pasitenkinti matomais ant danties paviršiaus konkrementais, o, priešingai, ypatingas dėmesys kreipiamas į subgingivinius, nematomus, susikrovusius gingivos plyšio gilumoje konkrementus. Pastarieji yra smulkūs, kieti, kartais difuziniu, plonu sluogsniu stipriai laikosi ant šaknies paviršiaus giliose alveolinio kaulo nišose. Tiktai nuodugnus visiškas subgingivinių konkrementų pašalinimas laiduoja tolimesnį sėkmingą paradentito gydymą. Šiaip nevisiškas konkrementų pašalinimas daro gydymą illiuzorišką. Subgingiviniams konkrementams šalinti vartojami specijalūs instrumentai, skirtingi nuo šiaip jau vartojamų dantų akmeniui šalinti instrumentų. Šitie instrumentai yra ploni, aštrūs, ir, jųjų pagelba manipuliuojant gingivos plyšio gilumoje, konkrementai nugramdomi nuo šaknies paviršiaus. Tikslesniam gydymui atlikti, kuris laiduotų pasisekimą, reikalinga nemaža darbo ir laiko; instrumentai, kurie greit atšimpa, tenka dažnai keisti naujais. Subgingiviniams konkrementams šalinti instrumentų rinkiniai yra pasiūlyti H. Sachs'o, Neumann'o, Iounger'o ir kitų.

Konkrementų šalinimas daromas systemingai, seansais, atskirais dantimis ar dantų grupėmis. Norint palengvinti mechanišką instrumentinį konkrementų pašalinimą, yra pasiūlytos cheminės konkrementams tirpdinti priemonės, kaip tai lithosolvent (AlF_3 3HF), fluosalyl (ammonium fluorhydrat), tartarsolvent. Bet šitos priemonės, tirpdindamos konkrementus kartu gali būti žalingos, viena, danties paviršiui ir, antra, danties aplinkos audiniui. Be to, šitų priemonių vartojimo būdas yra gana keblus ir reikalingas brangaus platinos instrumentarium'o.

Gerai atliktas konkrementų pašalinimas žymiai jau gerina paradentium'o būklę. Toliau imamasi priemonių paveikti gingivos įdegimas ir pašalinti gingivos plyšių pūliavimas. Bendrais chirurgiškais dėsniais reikia sudaryti sąlygos, kad pūliai gautų laisvą išėjimą, kad nebūtų jųjų plyšiuose stagnacijos. Aišku, kol bus gilūs plyšiai, kišeniai, nišos, tol bus pūlių stagnacija. Terapijos tikslas — pašalinti gingivos plyšius, kišenius.

Jei plyšys negilus, tai jis pašalinti nesunku; pakanka tik, kad plyšius išklojančios granuliacijos surandėtų — pati gingiva susitraukia ir įgauna mažiau ar daugiau normalų vaizdą. Granulijacijų randėjimui paskatinti vartojami prideginamieji chemikalai. Pirma eile minėtini čia: rūgštys, šarmai, argent. nitr., zincum chlorat. 8% ir kiti. Vartojant rūgštis reikia turėti galvoje jų žalingumas danties paviršiui, kurio didelę dalį sudaro

rūgščių tirpinamos neorganiškos druskos. Iš rūgščių dažniausiai vartoja acid. lact. 50%, ac. chrom., ac. trichloracet., kurias specijalių kaniulių pagelba suleidžia gingivos plyšio gilumon. Dažnai, pakartotinė rūgšties arba kito prideginamojo chemikalo aplikacija suardo granuliacijas, mažina sekreciją ir skatina plyšio randėjimą. Pavartojus prideginimui rūgštį, tenka neutralizuoti dažniausiai sodos pagelba. Gingivos plyšiui prideginti paskutiniu laiku yra pasiūlyti „sulfuraeth" (ac. sulf. + aeth. sulf.), kalium hydricum. Pastarieji chemikalai yra labai stiprūs caustica; vartoti reikia atsargiai, priešingu atveju galima gauti gilių nekrozių. Kaikurių autorių yra mėgiama vartoti gingivos plyšio kauterizacija termokauteriu.

H. Sachs'as yra pasiūlęs ir ištobulinęs vadinamąją „curettge'o" metodę (Ausheilungstherapie). Pagelba tam tikrų, įvairaus didumo, aštrių kiurečių gingivos plyšiai išgrandomi. Kiuretėmis pašalinamas iš plyšio ir kaulo nišų išbujojusios granuliacijos kartu su epiteliu. Curettage'as visuomet kombinuojamas su konkrementų pašalinimu. Tiktai gerai nuvalius danties paviršių, reikia imtis curettage'o.

Curettage'as sukelia bijologinę dantų aplinkos audinių reakciją. Ant gerai nugrandyto šaknies paviršiaus atsiranda naujo cemento sluogsnio appozicija — įvyksta dalinis susitraukusios gingivos prigijimas (Anheilung); gingivos plyšys išnyksta arba žymiai sumažėja, klibą dantys atitinkamai sutvirtėja.

Esant gingivos plyšiams gilesniems, vietoje medikamentinio gydymo arba curettage'o galima pavartoti radikalesnis būdas, būtent visiška hypertrofuotos, atsiklojusios gingivos ekscizija — gingivoektomia. Susidariusieji po gingivoektomijos defektai greitai pasidengia epiteliu, gingiva darosi tampri, įgauna normalų vaizdą, tiktai pasilieka atitinkamai žemesnė; nepadengti gingiva dantys atrodo ilgesni. Paprastai gingivoektomiam kombinuoja su curettage'u, kas labiau patikrina gydymo rezultatus.

Tais atvejais, kada gingivos plyšiai yra gilūs ir esama alveolinio kaulo nišų (vertikalinė kaulo atrofija Weski), tenka vartoti radikalus operatiškas gydymas pagal Widman-Neumann'ą (Aufklappung) Widman-Neumann'o operaciją daro tuo būdu: padarius išilgai dantims pjūvius iki kaulo, gingivą su perijostu atseparuoja nuo kaulo tiek iš lūpų - žando pusės, tiek iš liežuvio — gomurio pusės. Atidarytą, matomą alveolinį kaulą pagelba frezų, borų gerai nulygina, esamas aplink danties granuliacijas pašalina, gingivos — parijosto lopus atitinkamai patrumpina padėdami pirmykštėn padėtin ir fiksuoja tarpdantinių siūlių pagelba. Po 5 dienų siūles nuima. Neumann'as operuoja visą burną keturiais momentais. Iš pradžių operaciją daro vienai pusei vieno žandikaukaulio, po 4 savaičių tą pat daro to paties žandikaulio antrai pusei; po 4 savaičių imasi operuoti antrą žandikaulį. Mano

praktikoje teko operuoti su gerais rezultatais dviem momentais: vienu seansu — viršutinis žandikaulis, po 4 savaičių — apatinis žandikaulis.

Chirurgiškas paradentitų gydymas turi tą pirmenybę, kad jis yra radikalesnis ir trumpesnis, ir kaikurie autoriai yra išimtini šito gydymo šalininkai (Neumann). Tačiau operatiškas gydymas turi ir neigiamą pusę, būtent pašalinus žymią dalį gingivos ir kaulo, dantys, likę nepadengti gingivos, atrodo išlindę, perilgi, kas neigiamai veikia kosmetikos atžvilgiu, ypač pryšakiniams dantims. Todėl pryšakinių dantų atžvilgiu tenka dažniau laikytis labiau konservatiškos terapijos.

Paminėtini dar bandymai gydyti paradentitus prieš-infekcinėmis priemonėmis. Prileidžiant infekcinę paradentitų kilmę (mischinfection) buvo vartota seroterapija Deutschmann'o polyvalentiniu serumu, vakcinoterapija. Vienu tarpu vartoja nukreiptą prieš spirochaeta dentium salvarsanoterapiją, tiek vietinę, tiek intraveninę.

Dunlope yra pasiūlęs leisti į gingivos plyšius parafiną. Pastarasis sustingdamas nuspaudžia gingivą, kliudo pūlių stagnacijai. Pakartotinė procedūra žymiai gerina paradentitinį procesą. Be to, Dunlope vartoja tam tikro aparato pagelba deguonio aplikaciją gingivai.

Pavartojus tą ar kitą gydymo būdą, svarbi yra tolimesnė paradentium'o priežiūra. Be paprasto dantų valymo, reikalingas yra sistemingas gingivos masažas. Jei galima, masažą gali daryti gydytojas; pagelba tam tikrų aparatų (Kiefer'io, Bill'io) daro vibracinį gingivos masažą (Vibrationsmassage) d'arsonvalizaciją („Radiolux" aparatas). Pastaruoju laiku vartoja labai racijonalų burnos hygijenai palaikyti aparatą — atomiseur. Šito aparato pagelba gaunama CO_2 tirpinio stiproka srovė gerai išplauja gingivos plyšius ir mechaniškai masažuoja gingivą. Labai praktiška yra daryti gingivos masažas pačiam pacijentui tam tikrų guminių šepetėlių pagelba arba pirštu. Masažą daro rytą ir vakarą vartodami specijalias pastas (Kamillosanpasta, Gingivadentolpasta), arba hydrog. hyperox. arba sodą.

Po gydymo pacijentas turi būti toliau kontroliuojamas. Pirmaisiais metais kontroliuoja kas 3—4 mėnesiai; patikrina konkrementų, pūlių ir kitų reiškinių recidivo atžvilgiu; prireikus susikrovusius konkrementus išnaujo pašalina.

Vartodami šiokį ar tokį paradentium'o gydymą, turime kreipti ypatingą dėmesį, kaipo į priežastinį momentą, į sukandimo anomalijų ištaisymą. Kiek galima, reikia atitaisyti taisyklinga dantų artikuliacija. Tuo tikslu visi nebepagydomi dantys ir šaknys yra šalinami iš burnos. Likusieji, nors ir ne visai tvirti, dantys reikia sustiprinti taisyklingoje padėtyje fiksuojamųjų šinų pagelba; sudaryti vieninga kramtomoji sistema. Visi atskirų dantų arba dantų grupių perkrovimo reiškiniai turi būti pirma eile pašalinti. Esant vadinamajam giliam sukandimui, rei-

kia atstatyti normalus, dažnai stokuojamų moliarų ir premoliarų sukamdimas. Sukandimo sutvarkymas — protezavimas seka tiktai po kruopštaus vietinio paradentium'o gydymo. Šiaip bet-koks protezavimas, neatlikus pagrindinio paradentium'o gydymo, bus ne tiktai be prasmės, bet ir žalingas, nes uždėti protezai prisideda prie jau esamų jaudiklių ir pablogina procesą.

Atsižiūrint į bikauzalinį paradentitų ir paradentozių pobūdį, greta vietinio gydymo tenka kreipti dėmesio ir į vidinę pacijento būklę. Tuo atveju, kaip jau buvo pažymėta, tenka turėti galvoje podagra, diabetes mellitus ir kiti predisponuojantieji momentai. Jeigu paradentitiniams reiškiniams bazę sudaro dijabetas, tai, aišku, atitinkamas priešdijabetinis gydymas, veikdamas bendrą organizmo būklę, teigiamai veiks ir burnos reiškinius. Esant podagrinei predispozicijai atitinkamas režimas ir bendras gydymas daro įtakos paradentium'o būklei. Pastebėta gera paradentitams kurortinio gydymo (Karlsbad) įtaka. Esant endokrininių liaukų dysfunkcijai rekomenduotina organoterapija ir kitas gydymas.

Dažnai tenka kreipti rimto dėmesio į pacijento vidinę psychinę būklę. Depressinių būklių sušvelninimas teigiamai veikia burnos reiškinius.

Įvairūs tonica, arsenas taip pat vartojami su teigiamais rezultatais.

Apkritai, tenka pasakyti, kad paradentito, kaipo chroniško proceso, gydymo rezultatai pareina nuo daugelio aplinkybių.

Vietinis gydymas ne visai įsisenėjusiais atvejais visuomet duoda teigiamų rezultatų. Savaime aišku, kai procesas yra labai toli nužengęs, t. y. dantys yra visai išklibę, praradę savo kaulinę bazę (3—4 klibėjimo laipsnis), bet-kokia terapija yra bejėgė.

Savo laiku pradėtas, tinkamai pavartotas vietinis gydymas ir tolimesnis pacijento savim apsižiūrėjimas, geras dantų valymas, gingivos massažas ir t. t. daugumoje sulaiko priešlaikinį dantų praradymą; dominuojant gi endogeniniams faktoriams (paradentozių atvejais), gydymo perspektyvos yra labiau problematiškos.

Literatūra.

1. Гофунг: Клиника болезней зубов и полости рта.
2. L. Frey, Ch. Ruppe: Patologie des dents et de la bouche.
3. Prof. Kantorowicz: Klinische Zahnheilkunde.
4. Prof. Moral: Einführung in die Klinik der Zahn - und Mundkrankheiten.
5. Dr H. Sachs: Paradentitis und Paradentose. Handbuch der Zahnheilkunde. B. II.

Autoreferat.

Es wird eine Übersicht der heutzutage anwendbaren Behandlungsmethoden der Alveolarpyorrhoe gemacht. Der Verfasser ist kein Anhänger irgendeiner bestimmten Behandlungsmethode; die Behandlungsmethode wird immer individualisiert. Nicht wenig Bedeutung wird dem endogenen Faktor beigemessen. Der Verfasser hatte Gelegenheit das ganze Gebiss nach Neumann in zwei Momenten zu operieren.

Gyd. J. Zubkus,
V. D. U. ausų, nosies ir gerklės ligų
klinikos vyr. asistentas.

Waldeyer'io žiedo operavimo klausymu.

Oto-rhino-laryngologams, ne tik su kollegomis kitų specijalybių gydytojais, bet ir tarp savęs neretai tenka pasiginčyti dėl žiobikščių (tonsillų) ir adenoidų: vieni sutinka su tuo, kad jei šitie organai netvarkingi, reikia jie pašalinti; antri abejoja tokių radikalių priemonių tikslingumu. Vieni specijalistai labiau linkę daryti tonsilloektomiją, antri—tik tonsillotomiją, treti mėgsta galvanokaustiką. Kai dėl adenoidų, tai vieni pataria pašalinti juos koanksčiausiai, antri siūlo laukti, kol vaikui sueis 5—8 metai, o treti norėtų visai apsieiti be adenoidoektomijų, nes žinoma, kad dažniausiai, anksčiau ar vėliau, jie patys atrofuoja, dingsta.

Be abejojimo, visus šituos ginčus sukelia daugiausia ne kas kitas, kaip žiobikščių, adenoidų ir, apskritai, viso Waldeyer'io žiedo funkcijų nežinojimas. Todėl nenuostabu, kad dėl žiobikščių fyzijologijos, dėl jų funkcijų daug tomų prirašyta, daug gydytojų šituo klausymu pasidarbavo, bet, deja, žiobikščių problema iki šiol lieka neišspręsta.

Čia aš noriu kaikuriuos darbus šituo reikalu paminėti:

1) Fritz Schlemmer savo „Anatomische, experimentelle und klinische Studien zum Tonsillaproblem" duoda daug įdomios medžiagos ir tyrimų. Tat yra vienas iš didžiausių man žinomu darbų šitoje srityje, bet žiobikščių problemos neišsprendžia.

2) Dr. R. Waldapfel nedideliame darbelyje „Zur Aetiologie der Angina" skelbia savo bakterijologiškų ir serologiškų tyrimų rezultatus. Jis net pats sau įsiskiepijo į žiobikščius streptokokkų, gautų iš tonsillų, sergančių anginomis, ir immunizuodamas save serumu. Pasirėmęs immunitetu, jisai tvirtina, kad streptokokkai, sergant angina, nėra atsitiktini radiniai, bet kad jie turi reikšmės tiek pačiai ligai, tiek ir jos eigai. Savo kitame darbe „Zur Keimzentrenfrage" jisai kalba apie tat, kad, atsargiai infekuojant triušius, jam esą pasisekę sukelti greitesnis negu norma folikulių susidarymas triušio žiobikščiuose.

3) J. Bürger ir W. Wolffheim bendrame darbe „Experimentelle Untersuchungen zum Tonsillenproblem" patiekia savo bakterijologiškų ir serologiškų tyrinėjimų rezultatus. Jie darė dermoreakcijos, precipitacijos ir fagocitozės bandymus. Geriausiai jiems pavyko fagocitozės bandymai, į kuriuos jie pataria atkreipti dėmesio ypatingai tiems, kurie nori šitą žiobikščių problemą giliau patyrinėti.

4) Vigo Schmidt darbe „Experimentelle Untersuchungen über die Funktion der Mandeln" patiekia trumpą istoriją apie žiobikščių tyrinėjimus, apie ekstraktų gaminimą ir apie savo rezultatus, kuriuos gavo tyrinėdamas kraujo leukocitus (skaičius) po įvairiausių manipuliacijų su žiobikščiais, būtent: po jųjų masažo, po atšaldymo, po tonsilloektomijų ir po įšvirkštimo įvairiausių ekstraktų iš žiobikščių ir iš kitų organų. Ir visa tat nedavė jokių tikslesnių duomenų bei rezultatų žiobikščių problemai spręsti.

5) Willy Wolffheim gana dideliame savo darbe „Zum Tonsillenproblem" gvildena šitą klausymą fyzijologijos, patologijos, klinikos, dijagnozės ir terapijos atžvilgiais. Tonsillos, nagrinėjamos fyzijologijos atžvilgiu, kaipo lymfinės liaukos, kaipo apsaugos organai nuo infekcijos, esą, dėl savo sekrecijos, kaipo vidujinės sekrecijos liaukos, kaipo padarai, turį reikšmės organizmo konstitucijai, kaipo hėmopoetiniai organai, kaipo apsaugos organai, esą, dėl savo „Keimzentren", ir kaipo okultacinės immunizacijos organai. Išvadoje autorius, paneigęs visas šitas hypotezes, mano, kad į paskutinę vis dėlto reikia atkreipti dėmesio ir tirti žiobikščius šita linkme.

Galėčiau čia ir dar visą eilę darbų šituo neišspręstu klausymu paminėti, bet ir iš nurodytų jau pakankamai matyti, kad žiobikščių problema sprendžiama įvairiais atžvilgiais, kad jąja daug kas įdomaujasi, norėdami surasti šitiems organams tinkamą vietą fyzijologijoje, bet iki šiol tat dar niekam nepavyko. O tol, kol žiobikščių reikšmė mūsų organizmui nebus išaiškinta, tol, atrodo, negalės būti baigtas ir ginčas, kaip su jomis elgtis, kad ir netvarkoje joms esant.

Pavyzdžiui, vaikui yra dideli žiobikščiai ar adenoidai. Tatai apsunkina alsavimą, trukdo ryti. Reikėtų sumažinti pirmieji ar pašalinti antrieji, norint sutvarkyti ryklę, bet atsiranda klausymas, ar neatsilieps tatai vėliau kuriuo-nors būdu vaiko organizmui, ar gi žiobikščiai neturi jokios reikšmės mūsų ryklei. Jei šitie priekaištai atsiranda dėl adenoidotomijos arba tonsillotomijos, tuo dažniau jie pasigirsta dėl tonsilloektomijos. Bet į tat dabar taip atsakoma: gal būt, kad šitie organai ir reikalingi, bet tik tada, kai jie sveiki, kai jie normalūs. Kartais ir koja ar ranka amputuojama, jei ten išsirutuliuoja, sakysime, gangrena. Joks šitų laikų oto-rhino-laryngologas nedarys tonsilloektomijos, jei žiobikščiai sveiki ir nėra operacijai indikacijų. Įkarščio laikai praėjo. Amerikoje neperseniai buvo labai madoje tonsilloektomijos — ten tiesiog po miestelius važinėdavo gydytojai specijalistai ir visiems, kas tik panorėdavo, lupdavo žiobikščius su visais lankais. Dabar į tat jau kritiškai žiūrima ir, jei žiobikščiai sveiki tonsilloektomija nedaroma. Tik, deja, reikia pripažinti, kad nesveikų, netvarkingų žiobi-

kščių esama vis dėlto labai daug, kas matyti iš operacijų statistikos oto-rhino-laryngologinėse klinikose.

Dr. A. Raikov oto-rhino-laryngologinio skyriaus prie didelės ligoninės (Черноморской окружной больницы гор. Новороссийска) 10-ties metų veikimo savo apyskaitoje nurodo, kad per tą laiką (per 10 metų) iš viso skyriuje buvo padaryta 4.756 operacijos.

tonsilloektomijų tat sudaro . . .	720	— 15,14%	visų operacijų
tonsillotomijų . . .	198	— 4,12%	„ „
adenoidotomijų . . .	513	— 10,79%	„ „

Iš viso Waldeyer'o žiedui tvarkyti padaryta 1.431 (31,39%) operacijų.

Mūsų ausų, nosies ir gerklės ligų klinikoje per 1930 metus iš viso padaryta 682 operacijos, iš kurių tenka —

tonsilloektomijoms . .	162	— 23,84%,
tonsillotomijoms . . .	76	— 11,14%,
adenoidotomijoms	44	— 6,43%,

Iš viso Waldeyer'o žiedui tenka 282 oper. arba 41,35%.

Per pirmuosius 10 mėn. 1931 met. mūsų klinikoje padaryta 660 oper., iš jų —

tonsilloektomijų . . .	120	— 18,01%,
tonsillotomijų	40	— 6,06%,
adenoidotomijų	90	— 13,63%.
Iš viso	250	— 37,95%.

Gaunamas gana didelis šitų operacijų procentas, nežiūrint į konservatiškų priemonių šalininkų protestus. Tiesa, čia apskaičiuojant visur turėta galvoj tonsilloektomija ar tonsillotomia bilateralis ne kaipo viena operacija, bet kaipo dvi.

Turint galvoje tonsilloektomia bilateralis, kaipo viena operacija, Waldeyer'o žiedo operacijų procentas būtų išėjęs beveik per pusę mažesnis, bet ir tada jis vis dėlto būtų nemažas. Atrodo, lyg ir nekreipiama dėmesio į, tiesa, dar neišaiškintą, Waldeyer'o žiedo fyzijologiją. Matyti, čia reikia turėti kas kita galvoje. Žinoma, jei šitų organų fyzijologinės funkcijos būtų nustatytos ir pasirodytų esančios labai svarbios ir nepamainomos kitų panašių organų funkcijomis, gal tada kiek ir sumažėtų šitų operacijų skaičius, bet atsisakyti nuo jų vis dėlto negalima būtų, lygiai taip, kaip negalima kartais atsisakyti nuo nefrektomijos, nors inkstų funkcija taip pat labai svarbi.

Dabar pažvelkime trumpai, kokią reikšmę turi Waldeyer'o žiedas organizmo patologijai.

Dr. Lukovski savo straipsnyje „Značenije glotočnich mindalich v etiologii chronioseptičeskich zabolevanii", pasirė-

męs visa eile kitų autorių išvedžiojimais ir savais patyrimais, prieina išvadą, kad žiobikščiai, dėl choniško tonsillito, užima pirmą vietą, kaipo pirminis židinys septiškiems susirgimams, ir pataria visiems gydytojams, kurių specijalybių jie bebūtų, daugiau kreipti dėmesio į ligonio burną. Kaipo pavyzdį, kokį vaidmenį vaidina žiobikščiai septiškiems susirgimams, jis paduoda žemiau dedamą Billings'o lentelę, iš kurios iš tikrųjų krinta į akis didelis skaičius šitų susirgimų, kilusių iš žiobikščių.

Billings'o lentelė:

Nr.	Pirminio židinio lokalizacija	Susirgimų skaičius
1	žiobikščiai	336
2	dantys	136
3	prostata ir urogenit. organai	24
4	uterus ir ovarium	12
5	priedinės nosies daubos	12
6	vidurinė ausis	7
7	bronchai	5

Tame pačiame straipsnyje d-ras Lukovski primena, kad šiuo metu aprašyta jau 38 (!) formos ligų, kurios turėjo sąryšio su žiobikščių susirgimais. Čia įeina sąnarių ir raumenų reumatai, tarpšonkaulinės neuralgijos, ischias, lumbago, neuralgijos n. trigemini, bronchinės astmos, pūlingi pleuritai, medijastinitai, blogybingos anėmijos, nefritai (¾ visų susirgimų!), širdies susirgimai, otitai, neuritai, pavor nocturnus, appendicitai, net sclerosis multiplex ir kt. Man atrodo, kad taip plačiai negalima imti. Vienas kitas atsitikimas appendicito ar sclerosis multiplex po anginos ar paaštrėjus chroniškam tonsillitui dar neįrodo „giminingo" sąryšio tarp šitų ligų. Žinoma, žiobikščių susirgimas, kaip ir kiekvienas kitas susirgimas, gali išprovokuoti betkurį latentinį procesą organizme. Bet vis dėlto reikia pripažinti, kad vis daugiau ir daugiau atsiranda balsų, kaltinančių žiobikščius tiek vienais, tiek kitais susirgimais; ypač plečiasi žiobikščių apkaltinimas dėl inkstų ir širdies ligų, dėl reumatinių ir septiškų susirgimų.

Jau ir mūsų jaunutė ausų, nosies ir gerklės ligų klinika gali remti šituos apkaltinimus.

Štai keletas typingų atsitikimų per pastaruosius metus.

1. Lig. istor. Nr. 330. P. K. J., iš Kauno, mokinė, 17 metų amžiaus, atvyko į mūsų poliklinika š. m. rugpjūčio 26 d. šiaip nusiskųsdama: prieš 3 dienas pradėję skaudėti ryklėje, dabar skaudėjimas ryklėje praėjęs, bet nuo vakar dienos pradėjus skaudėti deš. ausis ir susilpnėjusi josios klausa.

Stat. praes. Temperatūra subfebrilė. Dešin. ausies išorinė landa plati, sausa, sienelės kiek paraudusios. Būbnelis viršutiniuose kvadrantuose kiek paraudęs, išputimo nėra, proc. mastoid. neinfiltruotas, jautrumo nėra. Kairioji ausis tvarkinga.

Žiobikščiai nedideli, keletas kriptų, kamščių nesimato,

Adenoidai atrodo nemaži, matomos juose gilios kriptos ir balzganos dėmelės. Nelabai intensyvus visos ryklės paraudimas. Laryngs be ypatingų patologiškų atmainų.

Terapija: Skalavimas ryklės acid. boric. skiediniu, karbolglycerinas į ausį, kompresai. Patarta rytdieną vėl pasirodyti.

VIII. 27 d. Atvykusi į polikliniką skundėsi, kad skausmai ausyje nesumažėjo. Objektyviai rastas didesnis būbnelio paraudimas ir viršutinių kvadrantų išputimas. Padaryta paracentesis membr. tympani dextr. Čia pat pasirodė serozinis skystimas su krauju. Sterilės vatos gabalėlis. Sausas tvarstis.

VIII. 28 d. Skausmai ausyje aprimo. Gausiai iš ausies teka seroziškai pūlingas skystimas. Proc. mastoid. dextr. truputį jautrus.

VIII. 29 d. Ausis nebeskauda. Pūliavimas gausus. Proc. mastoid. jautrus, neinfiltruotas. Temp. 38°.

IX. 1 d. Ligonė atsigulė klinikoj — temperatūra visą laiką aukšta, vėl pradėjo daugiau skaudėti ausį, pūliavimas tebėra gausus. Be to, nuo vakar dienos pradėjo skaudėti dešin. rankos riešo sąnarys ir kair. kojos mažasis pirštas. Dešin. rankos riešo sąnarys patinęs. Savijauta bloga.

IX. 2 d. Temp. 38,8°, bet savijauta geresnė. Deš. ranka skauda mažiau. Pradėjo skaudėti kairioji ranka per riešo sąnarį, kuris taip pat patino.

IX. 3 d. Temper. 38°. Ausis visai nebeskauda, pūliavimas kaip paprastai aštriems otitams esant. Deš. rankos taip pat beveik nebeskauda, patinimas atslūgęs. Kairiosios rankos skaudėjimas ir patinimas toksai pat, Pradėjo skaudėti kair. kojos kelio sąnarys.

IX. 5 d. Temp. tarp 38° ir 39°. Sąnariai nebe taip skaudami. Kairiosios kojos kelio sąnaris patinęs. Rankų riešo sąnariai nebepatinę. Ausies st. idem.

IX. 7 d. Temp. siūbuoja tarp 38° ir 39°. Pūliavimas iš ausies sumažėjęs, neskauda, būbnelis mažai paraudęs, proc. mastoid. nebejautrus. Sąnariuose skausmai tebėra, mėtosi iš vieno į kitą. Be to, pradėjo skaudėti dešinįjį šoną. Ištirti šlapimas ir kraujas. Tyrimo rezultatai rodo glomerulonefritą. Konsultuota su internistu d-ru P.

IX. 8 d. Temp. 38,4°. Nei ausies nei sąnarių beveik nebeskauda. Deš. šoną skauda gerokai.

Kadangi ausies būklė stacijonarinio gydymo nebereikalinga ir ligonės tėvai norėjo, kad ji toliau būtų gydoma namuose, iš klinikos išrašyta ir perduota internistui.

Šiuo metu, kai man teko sužinoti iš kollegos internisto, gydžiusio šitą ligonę, ji esanti visiškai sveika ir vėl lankanti gimnaziją, bet iš visų persirgtų per šitą laikotarpį ligų, jai buvo prisidėjęs dar ir vitium cordis.

Kad čia visos šitos ligos, k. a. otitis med. pur. dextr., polyarthritis reumatica acuta, nephritis ir pagaliau širdies sušlubavimas, prasidėjo nuo Waldeyer'o žiedo, man rodos, labai aišku.

2. Lig. istor. Nr. 352. P. P. J. žemdirbis, iš Raseinių apskr., 21 metų amžiaus, atvyko į kliniką rugsėjo 11 d. nusiskųsdamas, kad jau trys metai kaip skaudanti ryklė ir krūtinė. Paskutiniu metu ryklėje skausmai sumažėję. Sunku kvėpuoti nosimi ir beveik nuolat turi būti prasižiojęs.

Stat. praes. Nosies žemutinės kniauklės padidėjusios ir polipoziškai degeneruotos; nosies pertvara kiek iškrypusi. Ryklėje: žiobikščiai mažai padidėję, spaudžiant pasirodė keletas kamščių. Ausys: abiejų būbnelių dideli, pastovūs, beveik sausi defektai. Širdyje ir plaučiuose nieko patologiška nepastebėta.

IX. 12 d. Padaryta conchotomia infer. bilateralis.

IX. 17 d. Keturias dienas ligonis jautėsi gerai. Penktą po operacijos dieną pakilo temp. iki 38,5°. Pradėjo skaudėti ryklę ryjant. Pasidarė bloga savijauta. Objektyviai: intensyvus paraudimas tonsillų, lankų, liežuvėlio ir ryklės užpakalinės sienelės.

IX. 19 d. Temp. 37°. Savijauta gera. Dvi dienas skaudėjusi ryklė nebeskauda. Paraudonavimas mažas.

IX. 21 d. Ligonis jaučiasi gerai. Nieko neskauda. Temp. N. Ryklėje paraudimas nežymus.

IX. 22 d. Iš klinikos išėjo.

IX. 28 d. Po šešių dienų ligonis vėl atvyko į mūsų kliniką. Per visą tą laiką namie negalavęs. Dabar trečia diena, kaip skaudanti ryklė, sunkų ryti ir kalbėti. Skaudąs kair. šonas, alsavimas pro nosis laisvas.

Stat. praes. Daro įspūdį sunkaus ligonio. Temp. 39°, pulsas 124. Liežuvis apdėtas. Prasižioja sunkiai. Ryklėje: žiobikščių ir apylinkinių dalių paraudonavimas, dešinieji žiobikščiai lyg ir daugiau pasidavę į ryklės vidų. Deš. submaxillar. liauka padidėjusi, labai skaudama palpuojant.

Nosis: alsavimas laisvas, ant operuotų vietų matyti šašai.

Ausys: abiejų būbnelių didelės perforacijos, landos drėgnos, išsivalė nedaug pūlių. Proc. mastoid. nė vienos ausies nejautrus. Vidaus organai be ypatingų patologiškų atmainų.

IX. 29. Vakar vakare temp. 39,2°, širyt 37,2°. Skundžiasi skausmais deš. gerklės pusėje, sprande ir kair. šone. Objektyviai ryklėje ir ausyse st. idem. Vidaus organai: plaučių kair. pusėje lyg ir šiurkštokas alsavimas.

X. 1 d. Stat. idem. Temp. septinė.

X. 3 d. Kviestas vidaus ligų konsultantas — vidaus organuose nieko ypatinga nerasta.

Nuo X. 3 d. ligi X. 10 d. ligonis toje pat būklėje, tik atsirado sprando rigidiškumas, ryklėje (kaip buvo iš pradžių laukta) peritonsillinių abscessų neišsirutuliavo. Ausys mažai šlapiuoja. Proc. mast. jautrumo nėra.

Per šitą laiką ištirtas šlapimas ir kraujas. Rasta kraujuje leukocitų 12.100 ir nepribrendusių raudonųjų kraujo rutuliukų 12 vietoj 4. Kitų nukrypimų nuo normos nėra.

X. 10 d. Kviestas nervų ligų konsultantas, kurs patarė padaryti lumbalinę punkciją ir ištirti liquor cerebrospinalis. Tyrimo duomenys šie: spaudimas nepakilęs, liquor skaidrus, Pandy — opalescencijos pėdsakai. Nonne - Appelt — silpna opalescencija, narvelių — 0:3, nuleista 3 ccm.

Nervų ligų konsultanto nuomonė: sepsis. Tatai turėta galvoj ir pirmiau, todėl jau nuo IX.4 d. pradėtos kasdien daryti ligoniui čia urotropino, čia elektrokollargolio injekcijos.

X. 11 d. Ligos eigoje įvyko persilaužimas į gerąją pusę; ligonis pradėjo daugiau valgyti, savijauta pagerėjo. Ryklė ir sprandas mažiau skauda, šono visai nebeskauda. Sprandas mažiau rigidiškas. Temperatūra krito iki normos.

Nuo X. 11 d. iki X. 17 d. ligonio sveikata gera, temper. nė karto nepakilo aukščiau kaip 36,8°, apetitas geras, miega gerai.

X. 17 d. Iš klinikos išsirašė dar silpnokas. Liko nedidelis skaudėjimas ryklėje, daugiau pasireiškiąs rytais ir dešin. pusėje. Išrašant patarta po 4—6 savaičių atvykti tonsilloektomijai daryti.

Iš visos šitos ligos eigos aš visai sutinku su nervų ligų konsultanto nuomone, būtent, kad čia būta septiško susirgimo, kuriam pradžią davė chroniškas tonsillitas. Nosies operacija gal būt jį išprovokavo. Padaryta klaida, kad iš pradžių griebtasi tvarkyti nosis, tonsilloektomia turėta galvoj vėliau padaryti. Reikėjo kaip tik priešingai pasielgti.

3. Lig. ist. Nr. 210. K. Z., 24 metų, šeimininkė iš Šančių, atvyko į kliniką V. 1 d. šitaip nusiskųsdama: dažnai skaudanti ryklė ir pakylanti

temperatūra. Kartais pradedą tuo pačiu metu ir sąnarius skaudėti. Apskritai, esanti menkos sveikatos. Buvusi pas įvairius gydytojus. Beveik visi patarę išpjauti žiobikščius.

Objektyviai: tiriami žiobikščiai rasti gana dideli, turtingi kriptomis, iš kurių išspaudžiami kamščiai ir lyg skysta pūlinga masė.

V. 2 d. Padaryta tonsilloektomia bilateralis.

V. 8 d. Pasveikusi išsirašė.

4. Ligos ist. Nr. 225. L. A., 31 metų amžiaus, siuvėja. Atėjo į kliniką V. 6 d. su šiais nusiskundimais. Nuo mažens serganti dažnai gerklės uždegimu. Paskutiniu metu susirgusi ir inkstų liga. Gydytojai patarę pašalinti žiobikščius.

Objektyviai: Žiobikščiai padidėję, nedaug kriptų. Išspausta iš jų (iš dešiniosios) tik pora nedidelių kamščių, bet užtat operacijos (tonsilloektomijos V. 8 d.) metu pasirodė, kad abeji žiobikščiai gilumoje buvo panašūs į kempes, persisunkusias varškėta mase.

5. Ligos ist. Nr. 198. K. R., 33 metų, iš Kauno, šeimininkė. Atvyko į kliniką IV. 21 d.

Anamnesis: prieš 6 mėnesius sirgusi angina, po jos, kaip gydytojai sakę, kraujo užsikrėtimu. Tik dabar pasitaisiusi, bet vidaus ligų gydytojas atsiuntęs ją patikrinti žiobikščius.

Objektyviai: Žiobikščiai kiek padidėję, iš abiejų lengvai išspaudžiamos dvokiančios masės.

IV. 22 d. tonsilloektomia.

IV. 27 d. pasveikusi išsirašė.

Į paskutinius tris atsitikimus mes turėjome nemaža kitų panašių atsitikimų, kai buvo daromos tonsilloektomijos. Čia nesučiuptas pareinąs nuo žiobikščių patologiškas organizmo sužalojimas, taip tariant, in flagranti, nes čia būta visur chroniško tonsillito, susijusio su kitomis, jau persirgtomis, arba esamomis chroniškos stadijos ligomis. Tvirtinti, kad čia galėjo būti atsitiktini sutapimai chroniškų tonsillitų su artritu, nefritu ar kraujo užsikrėtimu, mano manymu, būtų neloginga: perdaug jau dažnai jie kartojasi. O kiek tonsilloektomijų daroma dėl neišaiškintų subfebrilių temperatūrų, po ko neretai iki tol buvusi subfebrilė temperatūra pasidaro normali? Dabar mūsų klinikoje šitą dalyką patikrinti kiek sunkiau, nes tokie ligonys išbūna klinikoje tik trumpą laiką. Bet kai ausų, nosies ir gerklės ligų klinika buvo Karo ligoninėje ir aptarnaudavo ne tik piliečius, bet ir kariškius, kurie dėl subfebrilės temperatūros išgulėdavo kartais ilgesnį laiką, man teko nekartą įsitikinti, kad po tonsilloektomijos temperatūra krisdavo.

Dr. M. E. Gindes ir dr. V. A. Povžitkov, išstudijavę daugiau kaip 7 metų medžiagą, liečiančią mirties atsitikimus po įvairių gynekologiškų operacijų dviejose ligoninėse — 1) II-ojo Leningrado medinstituto hospitalinėje akušer. ir gynekol. klinikoje ir 2) Obuchuvo ligoninės gynekologiniame skyriuje, daro šias išvadas:

1. Latentinės žiobikščių infekcijos, kaipo ėtijologinio pooperacinių komplikacijų faktoriaus, studijos gali išaiškinti daug neaiškių mirties priežasčių.

2. Reikalinga įvesti visose ligoninėse, kur daromos operacijos, paprotys, kad ligonio ryklė prieš operuojant taip pat būtų ištirta, kaip kad ištiriami jojo krūtinės organai.

3. Jei ligoniui yra chroniškas tonsillitas, tai, prieš darant jam kurią-nors kitą operaciją, reikalinga sutvarkyti jojo žiobikščiai, jei tik antroji operacija nėra skubi.

4. Atsitikus po operavimo mirčiai dėl neišaiškintos priežasties, darant skrodimą būtinai reikia ištirti ir žiobikščiai.

Iš tikrųjų, žiobikščiai būna neretai didelių blogybių priežastimi. O jei taip, tai reikia atkreipti dėmesys ne tik specijalistams oto-rhino-laryngologams, bet ir kitų specijalybių kollegoms į žiobikščius ir, apskritai, viso Waldeyer'o žiedo sanaciją. Reikia turėti galvoj ne tik žiobikščių fyzijologija, bet ir jųjų patologija. Kaip šita sanacija atlikti, pareis nuo kiekvieno atsitikimo atskirai. Bet, apskritai imant, mano nuomone, konservatiškos priemonės — plovimai, tepimai, masažai, šildymai ir t. t. maža ką gali padėti, kai patogeninė burnos flora yra pasislėpusi giliose žiobikščių ar adenoidų kriptose. Aš norėčiau palaikyti daugumos specijalistų oto-rhino-laryngologų nuomonę, kad net tonsillotomija yra beprasmė, jei žiobikščiai turi gilias kriptas su giliais patologiškais pakitimais. Tonsillotomia gal ir pravartu daryti tada, kai žiobikščiai būna tiek padidėję, kad mechaniškai trukdo ryklei, būdami sveiki gilumoje. Tas pat tenka pasakyt ir dėl adenoidų.

Tonsilloektomijos indikacijai žiobikščių didumas lemiamos reikšmės neturi. Daugeliu atsitikimų ji kaip tik tenka daryti ten, kur žiobikščiai nėra dideli; kartais jie visai pasislėpę tarp lankų. Histologiški tyrinėjimai parodė, kad tokiuose atrofiškuose žiobikščiuose ir folikulėse yra atrofavusios, kriptos gi išsiplėtusios, iš paviršiaus neretai sulipusios, o gilumoje pilnos putridinės masės. Jei tokius žiobikščius suspausime, tai iš jų neretai išsiveržia dvokią kamščiai, o kartais tiesiog pūliai. Tenka labai paabejoti dėl tokių žiobikščių fyzijologiškų funkcijų normalumo, kokios jos ten bebūtų.

Jei mes darome tonsilotomia ar adenoidotomia, visuomet lieka šitų organu gana didelės dalys, taigi ir jų funkcijos nepanaikinamos. Padarius tonsilloektomiją, kai visa tonsilla išimama, be abejojimo, ir jos funkcija pašalinama, bet kartu pašalinamas ir infekcijos lizdas— dažnai kurios-nors sunkios ligos šaltinis. Šituo atveju iš dviejų neišvengiamų blogybių paliekama organizmui mažesnė.

Literatūra:

1) Th. J. Bürger und W. Wolffheim: Experimentelle Untersuchungen zum Tonsillenproblem. „Zeitschrift für Laryngologie". B. 20, H. 6.

2) Гиндес и Повжитков: Роль хронических тонзилитов в этиологии послеоперационных осложнений в гинекологии. „Русская ото-ляринголоия. 1931.

3) Л. А. Луковский: Значение глоточных миндалин в этиологии хрониосептических заболеваний. „Русская ото-ляринголоия". 1931.

4) А. А. Райковъ: Десять лет деятельности отделения ушных, носовых и горловых болезней. „Русская отоляринголоия". 1931.

5) F. Schlemmer: Anatomische experimentelle und klinische Studien zum Tonsillaproblem. „Monatschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie". 1921.

6) V. Schmidt: Experimentelle Untersuchungen über die Funktion der Mandeln. „Acta oto-laryngologica". V. XII. 1928.

7) R. Waldapfel: Zur Aetiologie der Angina. „Zeitschrift für Hals-Nasen und Ohrenheilkunde". B. VI. 1923.

8) R. Waldapfel: Zur Keimzentrenfrage. „Wiener klinische Wochenschrift". 1927.

9) W. Wolffheim: Zum Tonsillenproblem. „Zeitschrift für Laryngologie". B. 20.

Autoreferat.

Zur Frage der operativen Behandlung des lymphatischen Rachenringes Waldeyer.

Von Dr. J. Zubkus, I. Assistent der Hals, Nasen und Ohrenklinik an der V. D. Universität Kaunas.

Nach den Ansichten der Autoren beruhen die grössten Streitigkeiten unter den Ärzten in Bezug auf die Tonsillen-Operationsindikationen und Operationsmethoden, trotz vieler experimentellen Untersuchungen und darüber erschienen wissenschaftlichen Arbeiten, noch immer auf den heutzutage mangelhaften Kenntnissen der physiologischen Funktion der Tonsillen und des lymphatischen Rachenringes.

Einen kurzen Überblick über den jetztigen Stand unserer Kenntnisse der Rachenringphysiologie gibt uns der Autor in einigen Auszügen aus den Arbeiten v. Dr. Pr. Schlemmer, R. Waldapfel, J. Bürger, V. Schmidt und W. Wolfheim an.

Fernerhin macht uns der Autor darauf aufmerksam, dass trotz aller Streitigkeiten doch an Oto-laryngologischen Kliniken die Tonsillar und Adenoidenoperationen in einer hohen Prozentzahl (31—41% sämtlicher Operationen) ausgeführt werden.

Diese Statistik stüzt sich auf das jährliche Klinikmaterial und die Angaben von Dr. Reikov. Nach Ansicht des Autors könnten die viel vorgenommenen Operationen am Waldeyerschen lymphatischen Rachenring ihre Berechtigung finden, wenn man die pathologische Bedeutung der Tonsillen und Adenoiden für den ganzen Organismus in den Vordergrund stellt und ihre noch unbekannte physiologische Bedeutung ganz vernachlässigt.

Ob die Operationszahl nach vollständiger Aufklärung der Physiologie des lymphatischen Rachenringes verringert werden wird, ist fraglich, denn es muss z. B. auch ein Arm oder Bein bei Gangränentwicklung trotz seiner wichtigen Bedeutung amputiert werden. Heutzutage zählt man 38(!) verschiedene Krankheitsformen auf, die mit den Tonsillenerkrankungen in Zusammenhang stehen (Dr. Lukovski). Hieher gehören verschiedene rheumatische Erkrankungen, Nephritiden, Herzkrankheiten, Asthma bronchiale, Lumbago, Ischias, Pleuritis purulenta, Mediastinitis, Otitiden, Pavor nocturnus, Appendicitiden, Anämien, septische Erkrankungen usw. Einige dieser Erkrankungen, wie Rheumatismus, Otitis, Herzkrankheiten

und septische Erkrankungen möchte der Autor auf Grund seines Klinikmaterials mit den Tonsillen und Adenoiderkrankungen in Zusammenhang bringen. Der Autor schliesst sich den Anschauungen von Dr. M. E. Gindes und V. A. Povž tkov an, die mehr als 7. Iahre die Todesfälle nach verschiedenen gynäkolog schen Operationen an 2. Gynäkologischen Kliniken studiert haben, nämlich:

1) Das Studium der latenten Tonsillen- Infektion, dass häufig als ätiologischer Faktor der postoperativen Komplikation in Betracht kommt, kann uns viele unklare Todesursachen aufklären.
2) Es muss an allen Krankenhäusern, wo Operationen ausgeübt werden, als Regel gelten, dass der Rachenring des Kranken untersucht werden darf, wie es mit den Brustorganen der Fall ist.
3) Bei chronischer Tonsillitis muss, bevor irgend welche Operation vorgenommen wird und falls die bevorstehende Operation nicht dringlich erscheint, zuerst der Rachenring in Ordnung gebracht werden.
4) Bei unaufgeklärtem postoperativen Todesfall muss bei der Sektion die Untersuchung der Tonsillen vorgenommen werden.

Zum Schluss kommt der Autor zu den folgenden Ausführungen:

1) Die Tonsillen sind wirklich nicht selten Ursache verschiedener Krankheiten.
2) Es ist notwendig, dass nicht nur die Otho-Rhinologen, sondern auch Ärzte anderer Spezialitäten mehr Aufmerksamkeit dem Waldeyerschen Rachenring schenken sollten.
3) Man muss nicht nur mit der noch unaufgeklärten Physiologie der Tonsillen, sondern auch mit ihrer pathologischen Bedeutung für den Gesamtorganismus rechnen.
4) Konservative Massnahmen wie Gurgeln, Einsalben, Massage, Wärme können wenig nützen, weil die pathogene Mundflora tief in den Tonsillenkrypten verborgen liegt.
5) Tonsillotomie und Adenotomie muss dort vorgenommen werden, wo eine gewöhnliche Hypertrophie dieser Organe vorliegt und mechanisch das Sprechen, Schlucken und das Atmen verhindern.
6) Tonsilloektomie ist vorzunehmen, unabhängig von der Grösse der Tonsillen, wenn letztere tiefe pathologische Veränderungen aufweisen.
7) Nach einer Tonsillotomie oder Adenoidotomie werden die Funktionen dieser Organe nicht vernichtet, weil ein grösserer Teil derselben stets zurückbleibt.
8) Nach Tonsilloektomie wird jede ihre vermutliche Funktion vernichtet, aber gleichzeitig der Infektionsnest beseitigt, der häufig die Eintrittspforte für schwere Erkrankungen darstellt.

Im letztern Falle überlassen wir dem Organismus aus zwei ungleichen Schäden den weniger bedeutenden.

Dr. V. Kuzma,
vyr. asistentas.

Po bilateralinės epididymektomijos spermos praeinamumas *)

(Iš V. D. Univ-to chirurginės klinikos. Vedėjas—prof. Hagentornas)

Bilateralinis epididymitas laikomas vyraujančia vyrų steriliškumo priežastimi. Bet, kaip Stutzin nurodo, būtų klaidinga vadinti tie vyrai azoospermatikais, kurie po abiejų epididymių uždegimo turi spermos nepraeinamumą. Užtat Stutzin teisingai siūlo tuos vyrus, kurių pauteliuose per daugelį metų po bilateralinio epididymito randama spermatozojidų, vadinti pseudoazoospermatikais.

Jau prieš trejetą dešimčių metų Fürbringer yra siūlęs „chirurgiškai patikrinti" pautelius, ar juose yra užsilikusių veiklių spermatozojidų. Ir esant tokiems užsilikusiems spermatozojidams, siūlo mėginti atstatyti jiems praeinamumą iš pautelio į vas deferens.

Toliau, tuo spermatozojidų iš pautelio į vas deferens praeinamumo atstatymo klausymu nemaža domėjosi daugelis kitų Amerikos, Vokietijos ir kitų kraštų autorių. Tie autoriai siūlė implantuoti vas deferens čia į patį pautelį, čia į jo priedėlį, iš dalies jį nupjovus arba nenupjovus, arba pagaliau, anastomozavus vas deferens su prelaminariškai padarytu (dirbtiniu) cystiniu pautelio išplėtimu.

Tų operacijų rezultatų būdavo įvairių ir dažniausiai — neigiamų. Tik kaikada pasisekdavo restauruoti spermatozojidams praeinamumas, gauti jų ejakulacija ir moters apvaisinimas jais.

Dažni tos operacijos nepasisekimai buvo aiškinti tuo, kad vas deferens turi perdaug siaurą spindį, kad galima būtų jis tinkamai implantuoti į pautelį, resp. į jo priedėlį, ir kad į implantuoto vasis deferentis angą galima būtų tinkamai nukreipti bijologinė spermatozojidų eiga.

Per pastaruosius metus daugiausia vartojamas vasis deferentis anastomozės su priedėliu Mac-Kenna būdu. Tas būdas yra tas, kad atsargiai, be žymios visų audinių traumos, išpreparuojamas vas deferens ir jo šonas anastomozuojamas su epididymio šonu, toje vietoje, kur epididymyje neabejotinai randami spermatozojidai. Vasis deferentis et epididymis anastomosis daromas tuo būdu, kad pro juos prasmeigiama sidabrinė viela, kuri prasmeigta laikoma 8—10 dienų, po kurio laiko ta viela vėl pašalinama.

Stutzin, Werner ir kai-kurie kiti autoriai siūlo tai vasis deferentis ir epididymis anastomozei vartoti paprastą cat-

---

*) Pranešimas, skaitytas per Kauno Med. Draugijos posėdį — 1931. XI. 6 d.

gut'o siūlą ir, pasirėmę eksperimentais su šunimis, randa, kad Mac-Kenna anastomozės būdas, kad ir catgut'u padarytas, gali būti geriausiai spermatozojidams praeinamas.

Midori Goto, pasirėmęs savais eksperimentais su gyvuliais, taip pat nurodo, kad perpjautam vasis deferentis spindžiui atstatyti pakanka sujungti perpjauti jo galai catgut'o siūlu, su adata įvėrus į vieno ir į antro galo spindį tą siūlą ir įsmeigus iš pro sujungiamų vasis deferentis galų šonus; bet labai svarbu yra darant tą vasis deferentis galų sujungimą nesužaloti adventicijos. Tais atsitikimais, kur būna vasis deferentis adventicija sužalota, spindžio epitelis blogai regeneruoja.

Turėdami visus čia nurodytus sumetimus galvoje, mes mūsų klinikoje, prireikus operatiškai pašalinti epididymis, pašalindavome jį visiškai arba iš dalies ir implantuodavome kopaprasčiausiu būdu visiškai ties viduriu perskeltą vasis deferentis galą į likusį epididymis arba į testis, tik vienu catgut'o siūlu prikabindami kiekvieną perskelto galo lapą prie epididymis arba prie testis tunicae vaginalis propriae pjūvio susiaurintų galų

Tuo būdu mums teko operuoti 1928 m. vasario mėn. 22 d. 28 metų amžiaus pacijentas Š. J., turįs įtartą epididymitis sporotrichotic. ir, patikrinus dijagnozę patologiškai histologišku tyrimu, įtarta epididymitis tbc. (?).

Trims mėnesiams po tos operacijos praslinkus, pacijentui pradėjo skaudėti ir patino kairiosios pusės epididymis. Dėl nuolat didėjančių skausmų ir uždegimo proceso pacijentui birželio mėn. 18 d., jam prašant, daryta kitos pusės epididymektomia kalbėtu būdu. Po tos operacijos pacijentas pasveikęs ligi šiol jautėsi gerai. Tik šįmet pacijentas atvyko išaiškinti savo sveikatos būklės sąryšyje su jo žmonos nėštumu. Pacijentui buvo patarta turėti lytinis santykis su žmona pasinaudojant prezervatyvu, ir tuojau po ejakulacijos sperma buvo ištirta mikroskopiškai. Ir tuo būdu buvo susekta gausiai spermatozojidų.

Taigi, mūsų atsitikimas rodo, kad net po sunkaus bilateralinio epididymito, kurs dažniausiai gali obliteruoti ir vas deferens, vis dėlto paprasta implantacija vasis deferentis į testis pasirodė uždegimo procesui išgijus, pakankama spermatozojidų praeinamumui.

Literatūra.

1. Midori Goto: „National research council of Japon" Tokyo, February 1931.

2. I. J. Stutzin: Ueber die operative Beseitigung der männlichen. Sterilität (nach doppelseitige Epididymitis) (Vorläufige Mitteilung) („Zentralbl. f. Chir." 1929).

Autoreferat.

Bericht über einen von 28 Jahre alten Mann, dem vor $3^1/_2$ Jahren wegen epididymitis chron. rechts eine einseitige Epididymektomie mit

Anastomose zwischen vas deferens und Hodensubstanz ausgeführt wurde. 3 Monate nach der ersten Operation wurde auch links in derselben Weise operiert.

Da seine Frau in dieser Zeit schwanger wurde, wollte der Patient seine Zeugungsfähigkeit kontrolieren. Es wurde ihm der coitus condomatosus empholen um dabei das Sperma einer Untersuchung zugänglich zu machen. Es wurde zahlreiche lebendige Spermatozoen nachgewiesen.

Ir diesem Falle finden wir nach beiderseitige Epididymektomie mit Anastomose zwischen ductus deferens und Hoden eine genügende Durchgängigkeit des Spermas durch den ductus deferens, der in einfacher Weise gespalten vurde, wobei jeder Zipfel durch nur einen Catgutfaden in der verengerte Spalte der tunica propria des Hodens fixiert wurde.

Vyr. asist. *dr. J. Mackevičaitė - Lašienė.*

Tumor ductus hypophyseos (Erdheim).

(Bendrosios patologijos ir patologinės anatomijos katedra. Vedėjas — prof. E. Vinteleris).

Erdheim'as, rašydamas 1904 metais apie hypofyzio tako navikus ir smegenų cholesteatomas, parodė juos naujoj šviesoj histogenezės atžvilgiu. Iki jo atskiros šitų navikų formos buvo autorių įvairiai rūšiuojamos. Seniausias hypofyzio tako navikas, kurį Erdheim'as yra radęs literatūroj, aprašytas 1839 m. (Engel), kaipo „suminkštėjusi medullarinė sarkoma". Iš vėlesnių laikų jisai yra radęs literatūroj dar 15 atsitikimų, aprašytų kaipo cystos, cystosarkomos, epitelijomos, teratomos ir pan. Erdheim'as parodė, kad panašūs navikai kyla iš likučių plokščio epitelio, dengiančio hypofyzio taką. Kadangi plokščio epitelio likučių gali pasilikti ir hypofyzyje ir infundibulum srityje, tai ir Erdheim'o navikai atsiranda čia hypofyzyje, čia infundibulum'e, vadinasi, intrasellar'iškai ir extrasellar'iškai. Mūsų aprašomas navikas rastas extrasellar'iškai, todėl, reikia manyti, yra kilęs iš epitelio likučių, buvusių infundibulum srityj.

Patiekiu trumpą anamnezę ir ligos eigą.

Š. *Morta,* 16 metų, siuvėja. Įstojo į V. Kauno ligoninę 1927 m. sausio mėn. Praėjus 4 dienoms mirė.

Anamnezė. Kūdikystėj sirgusi tymais. Kitų susirgimų neatsimena. Prieš pusę metų ligonei pradėjusi labai skaudėti galva. Iš pradžių užeidavę skaudėti retai ir neilgai skaudėdavę, vėliau ėmę smarkiau skaudėti. Pykdavusi širdis. Per paskutines dvi savaiti prieš atvyksiant į ligoninę ligonės regėjimas žymiai pablogėjęs ir paskutiniomis dienomis ji visiškai apakusi. Apetito neturėjusi. Miegodavusi blogai. Vemdavusi.

Stat. praesens ir ligos eiga. Geras mitimas. Taisyklingai sudėta. Plaučių viršūnėse — šiurkštus kvėpavimas. Plaučių perkusijos garsas — norm. Širdies tonai — duslūs. Kairioji širdies riba kiek praplėsta. T° norm. Vyziukai — platūs, mažai reaguoja į šviesą. Smarkiai skauda galvą. Nuolat vemia. Babinskis — neaiškus. Skauda kaklo stuburkaulius — sprandas. Nieko negali valgyti. Viduriai — kieti. Šlapime

nieko ypatinga. Galvos kaulų rentgenograma — nieko ypatinga. Okulistai rado neuroretinitis acuta. Liquor cerebrospinalis: Nonne-Apelt'o reakcija — negatyvi, baltymo — 0,33, leukocitų 5—6, erytrocitų 8—10. W'aR. neigiama.

Dijagnozė: tumor cerebri. Padaryta lumbalinė punkcija. Liquor cerebrospinalis išėjo čiurkšle, labai smarkiai spaudžiamas. Ligonė labai nerami, šaukia, kvėpavimas greitas, paviršutiniškas. Praėjus 40 min. po punkcijos ligonė mirė. Prieš pat mirtį ligonė buvo mieguista ir vėmė.

Skrodimą atliko dr. P. Kalvaitytė, dalyvaujant prof. E. Vinteleriui. Ištrauka iš skrodimo protokolo ir mikroskopiško tyrimo duomenys:

Perikarde nedidelis kiekis šviesiai geltono skaidraus skystimo. Širdis maždaug atitinka lavono kumštį. Angos — laisvos. Vožtuvai — ploni ir elastingi. Raumens spalva — pilksvai raudona, konsistencija — vidutinė. Mikroskopiškai: skersas širdies raumens dryžuotumas silpnai pasireiškęs, išilginis — neblogai. Aortos intima — gelsvai balzganos spalvos, blizga. Blužnis 10,5×7×2,5 (cm.), — pilksvai raudonos spalvos. Pjūvio paviršiuje matyti daug soros grūdo didumo pilksvos spalvos taškų (folikulų).

Pleuros — laisvos, plonos, blizga. Plaučiai — tamsiai mėlynai raudonos spalvos, minkštos konsistencijos. Tarp viršutinės ir vidurinės dešiniojo plaučio skilties yra vienas miežio grūdo didumo, juodas, tvirtokas mazgas. Plaučių pjūvio paviršius — lygus, tamsiai mėlynai raudonos spalvos. Mikroskopiškai: alveolėse kaikur erytrocitai, Leukocitų maža. Pjūvio paviršiuje iš indų išspaudžiamas tamsiai raudonas kraujas, iš bronchų — vietomis balzganos gleivės. Bronchų gleivių plėkšnelė — mėlsvai žalsvai balzganos spalvos. Tracheja — balzganos spalvos.

Peritoneum — pilksvai balzganos spalvos, blizga. Užpakalinė liežuvio dalis padengta kanapės grūdo didumo iškilais mazgais tokios pat pilksvai rausvos spalvos, kaip ir liežuvis. Tonsillos — riešuto didumo, iškilusios iš pjūvio paviršiaus. Stemplėj — nieko ypatinga. Skrandžio gleivinė pilorinėj dalyj padengta gelsva gleivėta mase. Duodeni gleivinė — rudai geltonai pilkos spalvos. Ilei gleivinėj daug pavienių lymfinių folikulų. Tulžis vidutinio tirštumo, rudai geltonos spalvos, gleivėta; į duodenum gerai praeina. Kepenys — pilkai melsvai raudonos spalvos. Pjūvio paviršiaus struktūra — nelabai aiški, spalva — gelsvai pilksvai raudona. Mikroskopiškai: riebalinė infiltracija. Kasa — ružavos spalvos, pjūvio paviršiuje skiltėtumas aiškiai matyti.

Inkstų kapsulė nusiima labai lengvai. Po kapsule inkstai — lygūs. Spalva po kapsule ir pjūvio paviršiuje — tamsiai mėlynai raudona. Konsistencija — tvirtoka. Šlapimo pūslė — nieko ypatinga.

Ovarijai — kaštano didumo. Pjūvyje — daug folikulių, pūslaičių pavidalo.

Skydiškoji liauka — maža. Thymus — gana didelis, užeina kiek ant viršutinio prieširdžių krašto. Antinkstinės liaukos — mažos, plonos; žieviniame sluogsnyje lipoidų gana daug. Mikroskopiškai thymus ir lymfinis aparatas — hyperplastiški. Kituose organuose — veninė hyperėmija. Hypophysis (liaukinė dalis) turi 8 mm. sagitaline linkme ir 2—3 mm. vertikaline linkme*), vadinasi, yra suspaustas iš viršaus į apačią. Mikroskopiškai adenohypofyzyje matyti stipri hyperėmija ir gana žymus eozinofilinių elementų padaugėjimas.

Smagenų plėvių indai stipriai prisipildę kraujo. Iškilioje smagenų pusėje — nieko ypatinga. Apačioje ant basis cerebri, tarp crura cerebri ir chiasma rastas tumor'as 4×3 (cm.), gelsvo iškilimo pavidalu. Jis susijęs su basis cerebri. Crura cerebri nustumtos į šonus, chiasma n. optici — į

---

*) Matuojant mikroskopiškus preparatus, padarytus iš sagitalinių pjūvių per adenohypofyzį.

priekį ir į apačią. Tumor'as susijęs su crura cerebri ir su chiasma. Tumor'o spalva — nevienoda: tuoj užpakaly chiasmos — gelsvai balzganai marga; užpakalinėse dalyse iki n. oculomotorius pradžios—pilkai gelsvos spalvos, minkštos konsistencijos ir daro pūslės įspūdį. Prie chiasma tumor'o konsistencija — tvirtoka, kitur — minkštesnė.

Frontaliniuose galvos smagenų pjūviuose (4 cm. nuo priešakinio kairiojo lobus frontalis polio) baltojoje smegenų substancijoje mikroskopiškai matyti melsva dėmė. Šitame pjūvyje kairysis lobus frontalis įsikiša į dešinę pusę. Dėl to dešinioji hemisfera atrodo truputį suspausta. Sekančiame pjūvyje (per 1 cm. — žiūr. pieš. Nr. 1) kairysis lateralinis skilvelis labai išsiplėtęs, o dešinysis — tiktai truputį. Perpjaunant per patį vidurį, tarp chiasma ir pedunculi cerebri, girdisi tvirtos substancijos (kalkinės ir kaulinės) traškėjimas. Pjūvio paviršiuje tumor'as susideda iš dviejų dalių (žiūr. pieš. Nr. 1) — kompaktiškos ir cystiškos. Kompaktiškos dalies substancija, panaši į kaulą, su balzganu suragėjusiu ir petrifikavusiu audiniu ir smulkiomis koloidinėmis cystomis. Į viršų nuo šito (1 cm. stor.) sluogsnio matyti cystiška naviko dalis, su didele cysta. Cysta netaisyklingos formos $2 \times 1/2$ (cm.) did. Jos sienas sudaro: apačioj — kompaktinė tumor'o dalis, viršuj — tela chorioidea. Fornix nustumtas į dešinę.

Pieš. Nr. 1.

Frontalinis smegenų pjūvis.

Iš dešinės—išsiplėtęs lateralinis skilvelis. Apskritas mazgas žemiau skilvelių — navikas, kurio viršutinė dalis cystiška (pilksva), apatinė daugiau kompaktiška; tamsi vieta—sukaulėjimas.

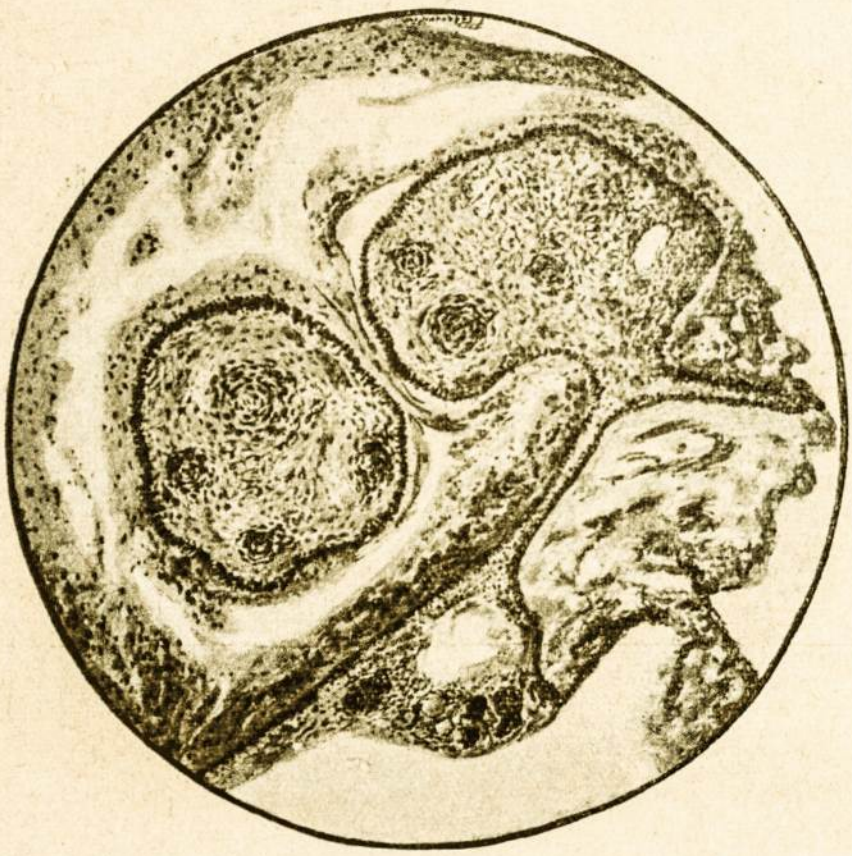
Formaline fiksuotame preparate cystos turinys susideda iš minkštai elastingos žalsvos koloidinės masės. Tumor'as taip pat išpildo ir ištempia III-jį skilvelį ir išstumia centrines ganglijas į šalis. Tuo būdu tarp ganglijų pasidaro 2 cm. didumo tumor'o užimtas tarpas. Užpakalinis naviko kraštas baigiasi kampe tarp crura cerebri. Toliau užpakalyje jo nebematyti. Cystiška dalis siekia fornix'ą toje vietoje, kur jis pasidalina į 2 dalis.

Mikroskopiškai šitas navikas susideda iš didesnių ir mažesnių, maždaug kompaktiškų epitelinių lizdų, gulinčių jungiamojo audinio stromoje (žiūr. pieš. Nr. 2), ir cystų (pseudocystų, pagal Erdheim'ą), išklotų keletu sluogsnių epiderminių celių. Bazalinį (išorinį) epitelinių lizdų ir cystų sienos sluogsnį sudaro cilindriškas epitelis, toliau plokščias didesniais narveliais ir šviesesniais branduoliais. Vietomis (pieš. Nr. 2)

plokščio epitelio celės virsta žvaigždiškomis celėmis ir savo susijungiančiomis atžalomis sudaro ploną smulkų tinklą (hydropiškoji degeneracija, pagal Erdheim'ą).

Cystų turinys susideda iš nusilupusių ir į netaisyklingus kamuolius susisukusių degeneravusių epiderminių celių, kurios atrodo, kaip suragėjusios, nors Gramm'o reakcija ir išėjo negatyvi. Dažant pagal Mallory (tik vietoj Phosphormolybdensäure buvo paimta Phosphorwolframsäure) šitos masės nusidažė visiškai taip pat, kaip ir raginis odos sluogsnis. Kiek toliau nuo naviko periferijos tos epiderminės masės yra persisunkusios

Pieš. Nr. 2.



2 dideli apskritoki padarai (beveik preparato centre), apsupti tamsia narvelių juostele, — epiteliniai lizdai su hydropinės degeneracijos reiškiniais.

kalkėmis ir daugely vietų matyti, kad šitose sukalkėjusiose masėse prasideda gamintis tikras spongijoziškas kaulas (žiūr. pieš. Nr. 3). Šitas kaulas, reikia manyti, yra atsiradęs metaplazijos būdu iš jungiamojo audinio, apsupančio sukalkėjusias epitelines mases.

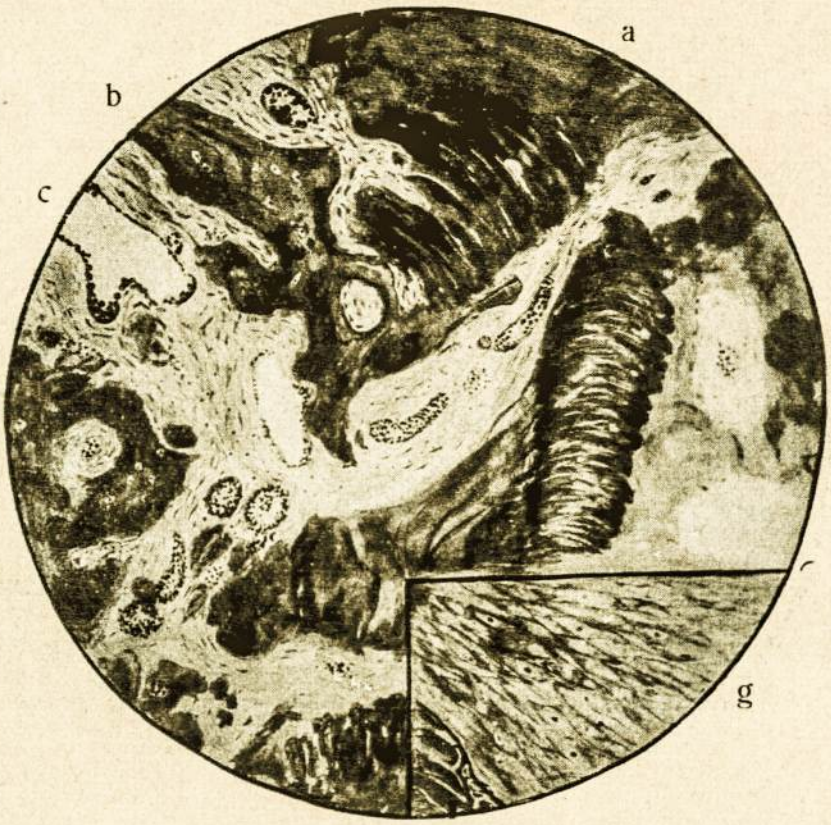
Didelėje cystoje yra sukrešėjusi koloidinė masė (žiūr. pieš. Nr. 1), vietomis su cholesterino kristalų priemaišomis (mikroskopiškai).

Kadangi aukščiau aprašytąjį naviką sudaro beveik vien tik epidermio padarai, tai galima jis būtų pavadinti epidermoidu (Bartels)*). Juk iš atskilusių ir dislokuotų embrijoninių

*) Tuo pavadinimu preparatas ir buvo demonstruotas Kauno Medicinos Draugijos posėdyj, 1929 m. balandžio mėn. 19 d.

epidermio užuomazgų išsirutuliuoja tokie teratominiai padarai, ypač basis cerebri srityje (cholesteatomos). Bet Erdheim'as, kuris daugiausia ir nuodugniausiai šituos navikus yra tyrinėjęs, yra apie juos kitos nuomonės. Jam pasisekė įrodyti, kad daugelis įvairiai aiškintų ir įvairiais vardais vadintų smegenų bazės tumor'ų yra ne kas kita, kaip hypofyzinio tako navikai, kilę iš to tako plokščio epitelio likučių.

Pieš. Nr. 3



a—kalkėmis persisunkusios epiderminės masės, kurios tiesiog nupieštos stipriau padidintos; b—kaulas; c—kraujo indas šviesiame jungiamajame audinyje su eritrocitais pasienyje.

Erdheim'o navikai būna gėrybingi ir piktybingi. Mūsų atsitikimas greičiau gal galima priskirti prie piktybingų, nes yra infiltracinių įaugimų į smegenis. Už tai kalba ir jaunas ligonės amžius.

Laikau sau malonia pareiga pareikšti dėkingumo ponui prof. E. Vinteleriui už vadovavimą darbe ir V. Kauno ligoninės direktoriui d-rui Petrikui už leidimą pasinaudoti ligos istorija.

LITERATŪRA.

1 Bartels: Ueber Plattenepithelgeschwülste der Hypophysengegend. „Zeitschr. f. Augenheilkunde" Bd. 16, S. 407, 1906 (Cituota pagal Kraus'ą). — 2. Bock: Beiträge zur Pathologie der Hypophyse.

„Virchow's Archiv." Bd. 252, S. 98, 1924. — 3. Engel: Ueber Hirnanhang und den Trichter. Inaug. Dissert. Wien 1839. (Cituota pagal Kraus'ą). — 4. Erdheim: Ueber Hypophysengangsgeschwülste und Hirncholesteatome. Aus d. Sitzungsbericht d. Akad. Wien, mathem. — naturw. kl. III, II b, 1. Dez. 1904. (Cituota pagal Kraus'ą). — 5. Husten: Ueber zwei Beobachtungen von Hypophysengangstumoren. „Virchow's Archiv." Bd. 242, 1923. — 6. Josephy: Eine Hypophysengangcyste mit ungewöhnlichem Verlauf einer Dystrophia adiposo-genitalis. „Virchow's Archiv." Bd. 254, 1925. — 7. Kraus: Die Hypophyse, Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie u. Histologie Henke-Lubarsch, Bd. VIII, S. 880. — 8. Meyer: Knochenbildung in einer Hypophysengangsgeschwulst. Beitr. z. patholog. Anatomie u. z. allg. Pathologie, Bd. 73, S. 518.

Autoreferat.

Es wird ein Fall von Erdheim - Tumor beschrieben. Die 16-jährige Patientin kam in die Klinik schon erblindet u. mit starken Kopfschmerzen u Erbrechen. Die klinische Diagnose — tumor cerebri — war bestätigt: bei der Sektion fand sich in der Gegend der Basis cerebri, zwischen crura cerebri und chiasma, ein 4×3 cm. grosser, bunter Tumor von ungleichmässiger Konsistenz. Mikroskopisch besteht der tumor aus Epithelnester, die in der Tiefe des Bindegewebes liegen und aus Zysten, die ausgekleidet sind mit einigen Schichten Epidermiszellen In den Zysten sind abgeschürfte degenerierte Epidermismassen, in denen durch Metaplasie echter Knochen entsteht. In einer Zyste war eine kolloide Masse mit Beimengung von Cholesterinmassen.

D-ras J. Madeikis.

Valstybinio Hygijėnos Instituto veikimo 1930 m. apyskaita.

(Vedėjas — prof. med. d-ras A. Jurgeliūnas).

I. Pasteur'o stotyje buvo skiepytas 271 asmuo, įkąstas bei apseilėtas pasiutusių bei įtariamų pasiutimu gyvulių. Tame skaičiuje įkąstų buvo 197, apseilėtų 74 asmenys. Dėl įvairių priežasčių skiepijimo nebaigė 30 asmenų. Skiepijimo metu mirė 1 asmuo, būtent Drevinskas Jonas, gyv. Biržų apskr., Papilio valsčiaus, Melaišių km., įkąstas į koją. Pradėtas skiepyti kovo 15 d., mirė 20 skiepijimo dieną.

II. Klinikiškų analizių skyriuje buvo daromi įvairūs bakterijologiški, mikroskopiški ir chemiški tyrimai.

III. Serologijos skyriuje buvo daromos reakcijos: Wassermann'o, Meinicke's, Sachs-Georg'io, Widal'io ir Weil-Felix'o. Febris undulans nustatyti buvo daroma agliutinacijos reakcija su bac. abortus (Bang). Gonorėjos serodijagnozei buvo daroma Bordet-Gengou reakcija. Teismo tikslams buvo daroma Uhlenhuth'o reakcija ir kraujo grupių nustatymas.

Iš viso buvo padarytos 5.633 WaR ligoninėms, ambulatorijoms ir privatiems asmenims iš įvairių Lietuvos vietų.

IV. Raupų lymfos gaminimo skyriuje įskiepyti 5 teliukai. Pagaminta lymfa buvo tiriama bakterijologišku ir bijologišku būdu. Pagaminta raupų lymfos 94.395 dozės, daugiausia apskr. gydytojams, kaikurioms valst. įstaigoms, kariuomenės dalims, vaistinėms ir privatiems asmenims.

Norintiems buvo atliekami raupų skiepijimai.

Padarytų tyrimų lentelė.

Tyrimų objektų pavadinimas	Tyrimų rūšis	Įtariamoji liga	Skaičius
Kraujas	Wa R.	lues	5.591
„	Meinicke's R.	„	31
„	Sachs-Georgi'o R.	„	18
„	Bordet-Gengou R (gonorėjos serodiagn.)	gonorrhoea	12
„	Widal'io ir Weil-Felix'o R.	typhus abdom. ir typhus exanth.	399
„	Agliutinac. reakcija su bac. abortus (Bang)	febris undulans	4
„	morfologiškas	anaemia	267
„	hėmoglobinas	„	35
„	mikroskopiškas	malaria	6
„	bakterijologiškas	septicaemia	56
„	mikrochemiškas	diabetes, podagra	15
„	Westergreen'o R.		14
„	grupės nustatymas		6
Kraujo dėmės	Uhlenhuth'o R.		11
Stuburo skystimas	Wa R.	Lues	42
„ „	Meinicke's ir Sachs-Georgi'o R.	„	7
„ „	Nonne, Pandy R.	meningitis	31
„ „	cytologiškas	„	9
„ „	bakterijologiškas	„	24
„ „	mikroskopiškas	„ t. b. c.	15
Šlapimas	chem. ir mikroskop.	nephritis, cystitis	2.554
„	bakterijologiškas	„	14
„	mikroskopiškas	gonorrhoea	168
„	„	tuberculosis	5
„	bijologiškas	„	4
Ekskrementai	chem. ir mikroskop.	haemorrhagia intest., heiminthiasis	712
„	bakterijologiškas	typhus abdom., dysenteria	6
Skrandžio sultys	chem. ir mikroskop.	gastritis	683
Gerklės plėvė (tamponai)	bakter. ir mikrosk.	diphteria	74
Skrepliai	mikroskopiškas	tuberculosis	380
Plaukai, galvos šašai	„	favus, trichophytia	405
Nagai	„	„	2
Lyties organų opos	„	lues (ulcus durum)	219
Uretros sekretas (tepinėlis)	„	gonorrhoea	1.111
Sperma	„		12
Punktatai	bakter. ir mikroskop.	tuberculosis	19
Pūliai	„ „	„	21
Pienas	„	„	1
Vanduo	„ „		20
Eksudatas	bijologiškas	tuberculosis	1
		Iš viso	13.004

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

33. Проф В. Н Болдырев. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭТИОЛОГИЯ АНЕМИИ („Клин. Мед." 1913, Nr. 13).

Skrandyj visuomet yra tam tikras % laisvos HCl (iki 0,5% HCl), tuo tarpu žarnose tas rūgštingumas neviršija 0,05% HCl. Tas rūgštingumo sumažėjimas pareinąs nuo dvylikapirštės žarnos šarmiškos sunkos neutralizuojamo veikimo.

Autorius eksperimentais įrodė, dėl ko žarnose rūgštingumas negali būti toks didelis, kaip kad skrandyj.

Autorius įpildavęs šunims įvairios koncentracijos rūgšties tiek į skrandį, tiek ir į įvairias žarnų vietas, stegdamasis, kad ji (rūgštis) nebūtų neutralizuojama dvylikapirštės žarnos šarminio tūrio. Rūgštis likdavo žarnose iki visiškos absorbcijos.

Prieš įpilant rūgštį ir praėjus 2 valandoms po rūgšties įpylimo buvo tiriamas morfologinis kraujo sąstatas. Leukocitų skaičius visuomet likdavęs tas pats arba pakildavęs; Hb kiekis likdavęs tas pats arba sumažėdavęs ne daugiau kaip 5%. Kas liečia raudonuosius kraujo rutulėlius, tai rezultatai būdavo šie: įpylus į suaugusio sveiko šuns žarnas 100 ccm. ir daugiau 0,5% HCl, arba skrandžio sunkos tokios pat koncentracijos, arba 1,25% pieno rūgšties, arba 0,8% acto rūgšties, raudonųjų kraujo rutulėlių kiekis sumažėdavo 20—30—40%. Tat įrodo, kad dargi mažu laipsniu padidėjęs žarnų tūrio rūgštingumas sukelia mažakraujingumą. Klinicistų stebėjimais, esama tam tikro sąryšio tarp tam tikros rūšies virškinimo sutrikimų ir piktybinės anėmijos.

Prof. Boldirev'o darbai įrodė, kad virškinamojo trakto sutrikimas yra priežastis, o piktybinė anėmija — to viso padarinys.

Gyd. V. Tiškus.

34. Prof. O. Hesz: **Einiges zur Behandlung der Kruppösen Pneumonie.** („M. m. W." 1931. Nr. 49).

Yra autorių, kurie mano, kad krupozinė pneumonija savaime pagyjanti ir jokio ypatingo gydymo čia nereikią. Tat iš dalies tiesa. Bet vis dėlto patyrimas rodo, kad, pavartojus tam tikrą gydymą, mirtingumas nuo pneumonia crouposa žymiai sumažėja ir ligos eiga būna lengvesnė.

Autorius, ilgus metus krupozinei pneumonijai gydyti vartojęs chininą, salvochiną ir optochiną, priėjo išvadą, kad, šituos medikamentus taisyklingai dozuojant, ligoniui galima daug pagelbėti. Gydymas reikia pradėti ko anksčiausiai. Pradėjus duoti minėtus vaistus tuoj po šalčio nukrėtimo, kartais liga galima nutraukti, sutrumpinti bei sušvelninti ir mirtingumas sumažinti. Patartina vartoti intra gluteas 1--2 gramu solvochino, po vieną injekciją kasdien. Optochinum basicum duodamas per os po 0,2 keturis kartus per dieną su pienu. Nuo šitos optochino dozės akių pakenkimo niekuomet nebūną. Gydymas tęsiamas iki ligai pagerėjant. Visuomet reikia turėti galvoje, kad gydymas minėtu būdu reikia pradėti labai anksti.

Moderniška seroterapija turi taip pat gerų savumų Mirtingumą nuo pneumonijos ji gali sumažinti nuo 25—30% iki 7—15%. Bendra ligos eiga nuo serumo taip pat sušvelnėja. Tik gydymas serumu reikia pradėti taip pat labai anksti.

Serumo yra 4 grupės. Todėl kiekvienu pneumonijos atsitikimu pirmiausia reikia mikroskopiškai iš sputum nustatyti pneumonijos rūšis. Serumo rūšis pritaikyti pneumonijos rūšiai. Geriausia leisti didelės serumo dozės, po 100 ir daugiau kub. cent., 1—2 kartu per dieną intra venam Norint išvengti anafilaksijos, prieš kiekvieną serumo injekciją reikia įšvirkšti normalaus arklio serumo. Atsitikus pašaliniams reiškiniams, reikia duoti ephetonin'o ar ephedrin'o.

Toks gydymo būdas yra brangus ir nelabai patogus. Ypač kliudo serumo vartojimą jo padalinimas į rūšis. Turint polyvalentišką pneumokokkinį serumą, jis galima kombinuoti su optochinu; tuomet galima laukti dar geresnių sėkmių.

Ligonio priežiūra ir bendras gydymas visuomet turi didelės svarbos. Pneumonikas reikia tuoj paguldyti dideliame kambaryje su vėsiu ir gerai ventiliuojamu oru. Esamoje plaučių insuficijencijoje reikia kovoti su organizmo anoksėmija (cyanozė, motorinis neramumas) ir anksti duoti ligoniui kvėpuoti deguonio drauge su lobelinu (0,003–0,006). Cardiaca patartina duoti sulyg reikalu. Digitalis'o preparatai čia ne visai tinką. Autorius giria, tiek pneumonijoje tiek ir kitose karščiuojamose ligose, intravenines strophantin'o injekcijas, po $^1/_4$ – $^1/_8$ mg. 2 kartu per dieną.

Ligonio kraujoslėgis reikia kontroliuoti ir prireikus duoti coffein'o, ephedrin'o ar ephetonin'o. Kritiškais atsitikimais injekuojama po 1,0 cardiasol'io, sympatol'io ar ephedralin'o Patartinos iš seno vartojamos didelės kamparo dozės, būtent 2—3 kartus per dieną po 5—10,0 ol. camphorati fortis (20%) į raumenis

Venesectio sunkiais pneumonijos atsitikimais, kur esama žymios stazės mažajame kraujo rate, kartais ligoniams žymiai pagelbsti. Laiku išleidus veninio (ar arterinio) kraujo iki 500,0 ir davus cardiaca, ligoniai gali atsipeikėti ir pagerėti. *Gyd. Ambraziejūtė - Steponaitienė.*

35. M. Hochrein: **Zur Behandlung der paroxysmalen Tachykardie.** („M. m. W." 1931, Nr. 49).

Paskutiniais $2^1/_2$ metų Leipcigo klinikoje iš 15.000 ligonių turėta 17 paroksyzminės tachykardijos atsitikimų. Pastarųjų nė vienas neturėjo nei bazedovinių symptomų nei stenosis mitralis. Autorius mano, kad lengvais atsitikimais ligoniai nesikreipia į gydytojus ir todėl paroksyzminės tachykardijos ligonių skaičius yra nedidelis.

Dauguma besigydžiusių ligonių skundėsi vegetacinės nervų systemos sutrikimais, k. a.: galūnių atšalimu, prakaitavimu, odos paraudimais, greitu susijaudinimu, nerviška diarrhoea ar spastiška obstipacija. Žmogaus dispozicija šitai ligai turinti svarbios reikšmės. Inkretorinė įtaka, bakteriniai, enterogeniniai ir kiti nuodai paprastai paruošia dirvą paroksyzminei tachykardijai, įvairiose širdies dalyse pasidaro įjautrinimai. Esant tokiai būklei paroksyzminės tachykardijos priepuolius galį sukelti psychiniai ir fyziniai jaudinimai, kartais persotus prisivalgymas ir kiti momentai. Tvarkingai pasikartojančiuose priepuoliuose psychinė įtaka priepuolius gali sulaikyti ir pašalinti. Gilus kvėpavimas taip pat kartais pašalina priepuolius. Be to, kartais priepuolius nutraukia atsirūgimas, vėmimas ir vagus bulbus prispaudimas. Kiti ligoniai gerai jaučiasi tam tikroj kūno padėtyj. Tatai visa rodo, kad vagus'o sujaudinimas turi geros įtakos paroksyzminei tachykardijai.

Gydymas paroks. tachykardijos vaistais taip pat nukreiptas į vagus'o jaudinimą Čia patariama vartoti physostigmin'as ir pilokarpin'as. Wenchebach pataria leisti į veną 1—2 mg. strofantino (!!). Flory pataria surasti ant kaklo n. vagus ir jį šilkiniu siūlu fiksuoti prie kaklo fascijos, taip, kad patempus odą galima būtų jaudinti n. vagus. Šiais laikais pastebėta kad sukeliant vėmimą įleidus 0,01 apomorphin'o, galima gerai paveikti paroks. tachykardija. Kiti siūlo intravenines injekcijas po 1 mg. adrenalino (atsargiai su šitąja doze). Wenckebach ir jo mokiniai pritaikė paroks tachykardijai gydyti chininą ir chinidiną. Intraveninėmis injekcijomis po 0,5 chinini muriat arba po 0,2 chinidini šešis kartus per dieną pasiseką kartais priepuoliai numalšinti. Kamerinėj tachykardijoj širdies mušimą suretina cholin'o ir strophantin'o kombinacija.

Visi aukščiau suminėtieji vaistai teveikią tik laikinai, priepuolių pasikartojimus nepašalindami. Kartais atsitikdavę, kad suminėtieji vaistai, vietoje pašalinus priepuolius, juos net sukelia. Todėl paroksyzminės tachykardijos gydymas, kol nežinoma tikra ėtijologija, tegali būti empyriškas.

Autorius patyrė, kad nekomplikuotą paroks. tachykardiją, kai kitos priemonės negelbsti, gerai veikia atropinas. Atropinas, suretindamas širdies mušimus, svarbiausiai veikiąs profilaktiškai. Jis duodavęs atropiną per os pradėdamas nuo mažų dozių ir, didindamas dozę, pasiekdavo iki burnos džiūvimo. Ligos pagerėjimas būdavęs po 3—5 dienų. Prapuolus priepuoliams dažnai ligoniai širdyje jausdavę nemalonumą, bet davinėjant atropiną toliau, tasai reiškinys išnykdavęs. Gydymas atropinu buvo tęsiamas apie 3 savaites.

Psychoterapija jo atsitikimais turėdavusi geros įtakos. Injekcijų vengdavęs, nes skausmas sukeldavęs priepuolius. Ligoniai turėdavę vengti vidurių pučiančių valgių ir maitytis mažomis porcijomis.

Kaip veikia atropinas paroksyzminę tachykardiją, sunku pasakyti. Spėjama, kad atropinas sumažina širdies susijaudinimą ir pakelia vagus'o tonusą.

Paroksyzminė tachykardija pradžią gauna čia atrioventrikuliniuose nerviniuose mazguose, čia sinusiniuose, čia kameriniuose mazguose.

Gyd. Ambraziejūtė-Steponaitienė.

36. Dr. R. Zieliński: **Zwei Fälle von Myositis ossificans progresiva multiplex.** („Fortschr. a. d. G. d. Röntgenstr." 1931, Bd. 44, H. 4).

Reliatyviai retiems susirgimams papildyti, autorius aprašo du atsitikimu myositis ossificans progresiva multiplex. Jo abu ligoniu moteriškos lyties: viena -9 mt. amžiaus, jai liga prasidėjo nuo trečių metų; antra ligonė — 18 mt. amžiaus, jai ossifikuojąs myositas prasidėjo pirmaisiais amžiaus metais. Abi šitos ligonės prieš ossifikacinį procesą sirgusios kažkokia aštria liga ir buvusios sutinusios. Pranykus sutinimams, buvę pastebėti daugelio raumenų grupių sukietėjimai; tie sukietėjimai vėliau progresavę. Rentgenologiškai buvo įrodyta, kad tat yra raumenų ossifikacija. Abi ligonės dar tebegyvos. Jų šlapime nieko patologiška nerasta. Kraujo serume kalcio kiekis padidėjęs (pirmai ligonei — 11,8 mg. %, antrai — 11,5 mg %).

Ligos priežastis neišaiškinta. Vieni autoriai mano, kad pradžią šitai ligai duoda įdegiminiai procesai jungiamajame audinyje; kiti mano, kad tat yra įgimta raumens anomalija su palinkimu ossifikacinei dijatezei. Daugelis autorių šitos ligos priežastim laiko parathyreoidėjų hyperfunkciją.

Nauji kauliniai audiniai raumenyse, greičiausia, pasigamina metaplastiniu būdu iš intersticinio jungiamojo audinio. Kiti mano, kad pradžią raumenų sukaulėjimams duoda perijostas, fascijos ar patys kaulai. Gydymui gal būt tiktų pašalinti gl. parathyreoideae iš vienos pusės, kaip tat daroma ankylozuojančiams polyartritams.

Gyd. Ambraziejūtė-Steponaitienė.

37. Dr. Gander: **Ein Beitrag zur Frage der verästelten Lungenverknöcherungen.** („Fortschr. a. d. G. der Röntgenstrahlen". 1931 Bd. 44, H. 4).

Laiks nuo laiko pasitaiko dideli išsišakojusieji plaučių parenchymos sukaulėjimai. Pažymėtina tat, kad tokie sukaulėjimai įvyksta ne apie kuriuos įdegiminius ar tuberkuliozinius židinius, bet dažniausiai tat būna palyginti sveikuose plaučiuose. Literatūroje jau yra aprašyta 30 tokių atsitikimų. Autorius gi aprašo dar vieną ryškų išsišakojusio plaučių sukaulėjimo atsitikimą.

Priepuolamai buvo daryta sekcija vienam 68 mt. amžiaus šaltkalviui mirusiam dėl nelaimingo atsitikimo ir rastas platus abiejų plaučių sukaulėjimas. Deš. pleura visur laisva, kairioji — užpakalyj vietomis sukibusi; pryšakinės plaučių dalys labai išsipūtusios, jog net ties lin. med ana plaučių kraštai vieni antrus yra pridengę. Abiejuose plaučiuose apčiuopiami kieti išsišakojusieji padariniai, kurie primena karalų šakas. Kur kietos šakelės siekė plaučių paviršių, tose vietose pleura buvo įsitraukusi. Kitur pleura išrodo švelni. Tuoj buvo padarytos plaučių rengenogramos ir rasti šie reiškiniai: plaučių audinys permatomas, stiprus prašviesėjimas

abiejų apatinių skilčių ir deš. vidurinės skilties (emphysema). Abiejose apatinėse skiltyse ir daugelyj vietų viršutinių skilčių iš jų hilus'ų eina storos kalkinės šakos, kurios nuolat išsišakodamosios išsikeroja į daugybę smulkių šakelių; tos šakelės pl nutėliais kalkiniais siūleliais yra užsibaigę plaučių paviršiuje. Plaučių skilčių linijos ryškiai skiriasi vienos nuo kitų.

Didelis tų plaučių gabalas buvo maceruotas ir minkštosios plaučių dalys nuimtos nuo sukalkėjusių. Gautas šitokis vaizdas: Iš hilus'o radijaliai į plaučių paviršių eina storokos kaulinės šakos, kurios arti pleuros užsilenkia ir paskiau susijungia su kita tokia pat šaka; po pleura rasta daugybė pluošteliais susigrupavusių kaulinių spyglių, pastarieji sukibę su pleura ir eina paraleliai pleuros paviršiui

Tiriant plaučius mikroskopiškai rasta chroniška emphysema su antrakoze; sukaulėjusios šakos eina paraleliai kraujo indams ar guli alveolinėse septose. Sukaulėjusieji padariniai turi nuo 0,46 iki 1,33 mm. dijametro. Pačios kaulinių šakų sienelės turi apie 0,10 mm. storio, jos laminarinės struktūros ir primena pailgųjų kaulų struktūrą. Viduryje sukaulėjusių šakų rasta smegeniniai tuštymai, pripildyti riebalinių narvelių; vietomis matomas vienas kitas megaloblastas ir smegeniniai gigantiški narveliai, o kaulų paviršiuje — ir osteoblastai: Daugybiniai kraujo indeliai perlenda kaulų sieneles ir išsisklaido smegeniniame tuštyme. Šitų kaulų sienelėse, jų smegenyse, o ypač apsupančiame jungiamajame audinyje rasta daug susikrovusių suodžių.

Plaučių sukaulėjimo ėtijologija nežinoma. Aprašytieji su šitąja anomalija žmonės turėjo nuo 50 iki 82 m. amžiaus; jų profesija buvo įvairi. Autorius mano, kad jo aprašytu atsitikimu sukaulėjimus plaučiuose galėjo sukelti suodžiai; kaulai galėję pasigaminti metaplastiškai iš fibrozinio audinio. Kiti autoriai mano, kad tat yra įgimtas plaučių palinkimas sukaulėti.

Dr. Ambraziejūtė-Steponaitienė.

38. Dr. B. Molnàr: **Über diätetische Prophylaxe und Therapie der Gallensteinkrankheit.** („D. m. W" 1931. Nr. 47).

Tulžies akmenų gydymui ir profilaktikai dijeta vaidina svarbų vaidmenį. Dar lig šiol gydytojai senu papratimu nepateisinamai draudžia tam tikrus valgius. Didelės reikšmės reikia teikti profilaktikai.

Palinkimas susirgti cholelithiasis'u pastebimas — riebiems, mažai judriems žmoniems, senesnio amžiaus, lytinių liaukų funkcijoms sutrikus, oligo - ir amenorėjoj, nėštumo ir climax'o metu, taip pat ir po kastracijos Nutukimas yra vienas svarbiausių faktorių tulžies akmenų ėtijologijai. Todėl profilaktiškai tokiems asmenims reikia aprėžti kiekis maisto, pirma eile angl avandžių ir riebalų. Akmenims atsirasti padeda dar infekcija, tulžies susiturėjimas ir sutirštėjimas. Todėl maistas turi būti šviežias, nesugedęs ir duodamas dažnomis nedidelėmis porcijomis. Naujieji tyrimai vis daugiau patvirtina pažiūrą, pagal kurią hypercholesterinėmija turi įtakos tulžies akmenims atsirasti Užtat ir Chauffard draudžia turtingą cholesterinu maistą, k a.: kasušinių trynį, sviestą, grietinę, veršiuko smegenis ir jo vidurius (plaučius, iniktus, kepenis, širdį). Bet maisto cholesterinas tik tuomet veikia kraujo cholesteriną, kai jisai vartojamas kartu su riebalais; ir, atvirkščiai, cholesterinėmija gali būt sumažinta tuomet, kai ilgą laiką yra vartojamas neriebus ir maža cholesterino turįs maistas. Vienkartinis gausingo cholesterinu maisto priėmimas gali sukelti staigų cholesterino apykaitos sutrikimą ir jojo padidėjimą tulžyj.

Obstipacija, dažnai lydinti cholelithiasis'ą, gal irgi dalyvauja ligos ėtijologijoj. Su jąja geriausia kovoti atitinkamos dijetos pagelba.

Įdomūs Fujimaki'o tyrimai nustatė, jog pelėms, kurioms maiste buvo sumažintas ar visai atimtas vitaminas A, atsiranda inkstų ir tulžies akmenys. Taigi, vitaminų A stoka sužadina hypercholesterinėmiją.

Suglaudę matome, jog profilaktikos dijetetiniai faktoriai yra šie: maitinimas dažnomis nedidelėmis porcijomis, mišri dijeta, infekuotų ir sugedusių valgių vengimas, maža riebalų ir cholesterino, bet daug vitaminų A turinčio maisto vartojimas.

Kuri gi dijeta taikyti sergantiems tulžies akmenimis? Tulžies akmenys atsitinka 11% vyrų ir 25% moterų, pradedant nuo 20 metų amžiaus. Bet ne visi atvirai serga (Gallensteinträger). Todėl neapsunkintiems liga nėra reikalo taikyti griežta dijeta. Pakanka profilaktikos patarimų. Dieglių atsiradimas dažnai susijęs su nerviniu ar dvasiniu insultu, su atkaklia obstipacija, su menstruacija ar nėštumu. Taip pat gausingas valgis, ypač vakare prieš gulant, arba riebus maistas (kepsnys, riebi kepta dešra arba kiaušinienė, kumpis, riebi žuvis) gali sukelti priepuolį.

Bet, antra vertus, sviestas, grietinėlė ir alyva per se turi terapinės reikšmės! Vadinasi, be maisto kokybės, didelės svarbos turi jo pariuošimas.

Visi ligoniai, kurie blogai virškina riebų valgį arba kiaušinius (trynys, turįs daug cholesterino, sukelia pūslės kontrakcijas), įtartini adėl tulžies pūslės įdegimo. Be riebalų, dieglius gali sužadinti celiulioz turtingas maistas (meteorizmas), šviežia duona, kopūstai, ankštiniai valgiai, šalti ir daug CO_2 turį gėralai, ledai (dažnai pakanka vienos porcijos), alkoholis, kava ir alerginiai faktoriai (dažniausiai čia turime reikalo su idijosynkrazija).

Priepuoliui įvykus, reikia skirti bado dijeta per 3 dienas. Po to, pamažu pereiti nuo skysčių ir košelių į kietą maistą.

Sunkesnis uždavinys yra nustatyt dijeta per protarpius, kada ligonis neturi dieglių priepuolių, vadinasi, kur griežta dijeta negali būt taikoma.

Čia turime vadovautis štai kuo:

Tiek medikamentai, tiek ir maistas pagal savo veikimą tulžiai, skirstomi į 2 grupes: 1) choleretica — didiną tulžies sekreciją 2) cholagoga — varą tulžį tulžies pūslės arba ekstrahepatinių takų kontrakcijų pagelba. Esant pūslės įdegimui su skausmais arba įstrigus akmeniui pūslės kaklelyj, draudžiama skatinti pūslė susitraukti, vadinasi, reikia vengti cholagoga. Antra vertus, būna perijodų, kada pakenktoms kepenų ląstelėms reikalingas ramumas, tada choleretica kontraindikuoti.

Nekalčiausi iš 3 jų maisto rūšių yra angliavandžiai, kurie neturi nei choloretika nei cholagoga savybių. Be to, angl. didina kepenų rezistenciją prieš infekciją. Užtat jie ir sudaro pagrindinį maistą ligoniams, sergantiems kepenimis arba tulžies akmenimis.

Baltymai veikia kaipo choleretica, erzina kepenų ląsteles, sukelia obstipacijas. Blogiausiai veikia gyvuliniai baltymai (mėsa), kuris turi būt aprėžtas. Reikia turėti galvoj, jog ir sūris turi daug baltymų

Riebalai pirma eile veikia kaipo cholagoga, be to, vaidina vaidmenį cholesterino ištirpimo procesui. Didindami skilvio sekreciją ir tuo būdu stabdydami maisto perejimą į duodenum'ą, jie gali sukelti nepaliaujamas skausmingas pūslės kontrakcijas. Todėl reikia atsargiai skirti arba visai uždrausti riebalų vartojimas pūslės skausmams atsiradus. Atvirkščiai, alyvos aliejus patartinas, nes jisai nedidina tulžies sekrecijos, neerzina skilvio gleivinės, nuramina ir sumažina kepenų narvelių funkcijas. Tuo ir galima paaiškinti alyvos terapinė reikšmė.

Daržovės, salotos, vaisiai turi maža baltymų, riebalų ir cholesterino; jie gali būti labai rekomenduotini, sergantiems kepenimis, kur gyvulinis maistas visuomet turi užleisti vietą augaliniam. Vanduo, kava ir arbata jokios įtakos tulžies išsituštinimui neturi.

Pienas veikia neindiferentiškai ir gali būt vartojamas nedideliu kiekiu.

Alkoholis sukelia kepenų hyperėmiją, erzina jų ląsteles ir trikdo funkcijas. Gėralai, turį maža alkoholio (lengvas vandeniu atskiestas vynas arba alus) ir maža CO_2, galima vartoti protarpių metu.

Iš gardėsių — pipirai, garstyčiai, svogūnai ir ridikai nedidina kepenų sekrecijos (Stransky). Eterinių gi aliejų turį gardėsiai, k a. mėta, anižas, kmynai, krapai ir negelka, skatina tulžies sekreciją. Iš šitų augalų arbatelės paskyrimas patartinas.

Pūvantieji ir rūgstantieji produktai yra priežastis žarnų toksinų, kurie smarkiai kenkia kepenims.

Cystitui esant nurodytina ta pati dijeta.

Ikterus'ui atsiradus reikia aprėžti riebalai; kad ligonis neliesėtų, skiriama nedaug šviežio sviesto.

Esant kasos susirgimui, reikia aprėžti baltymai ir riebalai. Skilvio ir duodenum'o įdegimas beveik visuomet lydi tulžies pūslės įdegimą ir cholangitą. Užtat draudžiama vartoti aštrūs valgiai, spirginti riebalai ir pan. Dažnas reiškinys cholecystopatijoj yra diabetes. Jįjį konstatavus turime konbinuoti maistą, sumažindami jo kiekį ir aprėždami gyvulių baltymų vartojimą. Kai dėl riebalų ir angliavandžių, tai šiandien diabete pirmų duodama mažiau, gi antrų — kiek daugiau. Žalių daržovių skyrimas turi pirmaeilės reikšmės.

Autorius nurodo į sunkumą nustatyti tikrą schemą. Dijetos pagelba gydome ne organą ne symptomus, bet visą žmogų. Užtat jiji ir reikalinga griežtos individualizacijos. *Gyd. Š. Markovičius.*

VAIKŲ LIGOS.

37. Проф. А. И. Гешелин (Odesa): К ВОПРОСУ О ПОКАЗАНИЯХ К ПАРАЦЕНТЕЗУ У ДЕТЕЙ. (Paracentezės indikacijos klausymu pas vaikus). („Охрана здоровья детей и подростков." tom. 1, sąsiuv. 1).

Straipsnis prasideda Preysing'o žodžiais: „Klausymas apie paracentezę — ledo čiuožykla, kurioj lengva paslysti".

Indikacijos paracentezei vaikams, sergantiems aštriu otitu, nustatomos ne tik ištyrus klausos organą, bet ir iš viso ligos vaizdo. Didelės reikšmės turi bendri bijologiniai faktoriai — konstitucijiniai ir epidemijologiniai.

Kalbant apie vaikų otitus, reikia išskirti naujagimių otitai, kur turime reikalo ne su įdegimo procesu, bet su vadin. Fremdkörperreizotitis, t. y. reakcija gleivinės būbnelio antralinio tuštymo, turinčio embrijonalinį typą, nuo patekusių į tuba Eustachii vandenų, mekonijaus; tokį pat sujaudinimą gali padaryti atpilto maisto dalelės, kur prisideda iš nosiaryklės bakterijų, ir tuo būdu išsirutuliuoja latentiniai otitai, kurie dauguma atsitikimų (iki 90%) surandami tik ant sekcijinio stalo. Prie šitos grupės prisideda otitis concomitans neonatorum, kaipo nosiaryklės susirgimų nuo įdegimo palydovas, dažnai pasitaiko vaikams, sergantiems eksudatyve dijateze.

Trečioji grupė — tat antriniai otitai po įvairių infekcijinių susirgimų, k. a. grippo, tymų, skarlatinos ir kt.

Otoskopiją vaikų praktikoj autorius laiko nelengva manipuliacija; vaiko ausis baigia formuotis tik 4 metams baigiantis, todėl norint gauti otoskopijos rezultatus gali priversti pagalvoti net prityrusį pedijatrą.

Autorius, paminėjęs įvairių autoritetų nuomones apie paracentezę, išnagrinėjęs savo medžiagą, daro išvadas. Dėl mėginamosios būbnelio funkcijos autorius pasisako neigiamai, kaipo metodės, kuri yra kiek pavojinga ir nepakeičia paracentezės. Baltojo kraujo tyrimas yra tik pagelbinis būdas, kurs negali turėti lemiamos reikšmės aštraus otito dijagnozei ir prognozei.

Absoliutinės indikacijos paracentezei: 1) Symptomai išsirutuliavusių komplikacijų iš smegenų pusės, taip pat Ortner'io meningizmo symptomokompleksas, ypač pas mažus vaikus. 2) Prie šitos grupės absoliučių indikacijų reikia priskirti tie atsitikimai, kur epidemijos pobūdis nurodo negerą otito eigą susirgus grippu, skarlatina, rože.

Reliatyvės indikacijos paracentezei: 1) Kai otijatras konstatuoja Krener'io trijadą, būtent: aukštą temperatūrą, skausmą ir būbnelio išsipūtimą, — paracentezė daroma, jeigu otoskopinis vaizdas sudaro įspūdį, kad būbnelio tuštyme yra pūlių. 2) Jeigu paprasta konservatiška terapija (šilima) nesėkminga ir vaikas sublogęs nuo pagrindinio susirgimo. 3) Jeigu kūdikis geros mitybos ir otitas eina cykliškai, be nukrypimų, tai

paliekama konservatiška terapija, ir tik užsitęsus ligai — patartina paracentezė. Formulė „ibi otitis, ibi incisio" — nepriimtina, kaipo priešinga pagrindiniam medicinos principui — individualizacijai. *Dr. V. Tercijonas.*

38. Ernst Kottlars: **Das Schütten des Neugeborenen und seine Behandlung.** (Naujagimių vėmimas ir jo gydymas). („Therapie der Gegenwart". Dezemb. 1931).

Pasikartojąs ir nesustabdomas vėmimas dažnai įvyksta kūdikiams jau antrą dieną po gimimo. Lengvais šitos ligos atsitikimais kūdikio svoris auga ir gydytojui lieka tik observuoti tolimesnė ligos eiga; sunkesnėmis ligos sąlygomis, kai kūdikis „išspjauna" arba išvemia didelę gauto maisto dalį, jo svoris vis krinta, ligos vaizdas daro pylorospasmus'o įspūdį, su tuo tik skirtumu, kad čia nėra peristaltinių bangų, pylorustumor'o ir vadinamos pseudoobstipacijos — šitų kūdikių išmatos dažniausiai būna skystos, sumaišytos su gleive.

Šitas vėmimas paprastai laikomas neuroze, pagrįsta skilvio mukozės hyperėstezija ir jo raumenų hypermotilitetu Skilvio judesių koordinaciją reguliuoja Auerbach'o plexus, gaunąs savo eile žadinamus impulsus nuo vagus'o ir stabdomus nuo sympathicus'o. Skilvio raumenų hyperkinesia pareina nuo vagus'o tonus'o viršijimo (überwiegen). Norėdami kovoti su aukščiau minėta liga, mes koncentruojame maistą ir jį duodame dažnai ir mažomis porcijomis Šitais atsitikimais gerai veikia priešmaitinimas tiršta koše („Breivorfütterung"). Visos šitos priemonės tinka vyresnio amžiaus kūdikiams; naujagimiams gi dažnai tenka pasitenkinti medikamentišku gydymu. Čia žymų vaidmenį vaidina atropinas (solutio 1‰, 1—3 lašai $^1/_4$ valandos prieš kiekvieną valgį), kuris paralyžuoja vagus'o šakas; bet atropinas nevisuomet veda prie tikslo, ypač tuomet, kai skilvio hipermotilitas ir vėmimas pareina ne nuo parasymphaticus'o tonus'o padidėjimo, bet nuo antagonisto sympathicus'o hypotonijos. Tokiais atvejais pirmenybė suteikiama adrenalinui (1‰ skied. $^1/_4$ val. prieš kiekvieną valgį 0,1 kcm. po oda). Tačiau negalima pripažinti idealia metode kūdikio gydymas švirkštimais 5—6 kartus per dieną.

Pasirėmęs šitais duomenimis, autorius nutarė išmėginti ephedrin'o veikimą kalkuriais nesulaikomo vėmimo atsitikimais. Kaip žinoma, ephedrin'as (arba ephetonin'as) turi tą pranašumą prieš adrenaliną, kad jis veikia ir per os, o antra vertus, turi daug ilgesnį veikimo tęsimąsi. Dozė — $^1/_2$ mg ($^1/_2$ tabl., turinčios 25 mg. ephedrin'o arba ephetonin'o, praskiedžiama 250 kcm. arbatos arba vandens ir šito skiedinio duodama po arbat. šaukštuką $^1/_4$ valandos prieš kiekvieną valgį) Autorius pavartojo šitą gydymo metodę didesniam sergančių vėmimu kūdikių skaičiui, tarp kurių buvo ir sunkių atsitikimų, ir gavo visur gerų rezultatų: antrą arba trečią dieną vėmimas pranykdavo ir kūdikio svoris pradėdavo didėti. Gydymas pilnomis dozėmis tenka tęsti nuo 3 iki 5 dienų, paskui dozės mažinamos. Šitų gerų rezultatų įtakoj, autorius bandė ephedrin'ą taip pat esant tikram pylorospasmus'ui; ir šitais atvejais, tiesa, pavartojus didesnes dozes (1 mg.) vėmimų skaičius dažnai sumažėdavo.

Suglaudus aukščiau išdėstytą, matyti, kad, esant vėmimams nepylorospazminio pobūdžio, ephedrin'as arba ephetonin'as duoda puikių rezultatų; kai dėl gydymo minėtais medikamentais tikro pylorospasmus'o, tai šitas klausymas reikalingas dar tolimesnių tyrimų. *Dr. A. Kronzonas.*

CHIRURGIJA.

23. Prof. A. Hildebrandt: **Die intravenöse Morphiuminjektion, ein diagnostisches Hilfsmittel zur Lokalisierung der Krankheit.** (Intraveninės morfio injekcijos, kaipo dijagnostikos būdas ligai lokalizuoti) („Zntbl. f. Chir.", 1931, Nr. 39).

Jau kelinti metai, kaip autorius vartoja mofio injekcijas ne tik aštriems skausmams sumažinti, bet ir dijagnostikai, ligos židiniui lokalizuoti, ypač

esant aštriems peritonitams, kai ligos priežastis neaiški. Kai visas pilvas yra skaudamas, tai dažniausiai negalima nustatyti, kurioj vietoj daugiausia skauda, ir autorius tokiais atsitikimais įleidžia į veną morfio. Skausmai iš karto liaunasi. Dabar autorius labai atidžiai palpuoja pilvą, ypač kreipdamas savo dėmesį į tuos organus, kurie galėtų būti peritonito priežastimi. Beveik visuomet suranda vietą, kuri ypač jautri palpacijai. Čia ir yra ligos priežastis.

Kaipo pavyzdį, autorius nurodo šį atsitikimą. 1931. VI. 11 d. autorius buvo pakviestas pas ligonį. Ligonis jau 3 valandas turėjo stiprius skausmus visame kūne ir negalėjo tiksliau šito skausmo lokalizuoti. Pilvo sienelė lentos kietumo; įleista į poodį morfio, bet ligonis nepagerėjo. Ligonis iš profesijos dažytojas, turėdavęs dažnai reikalo su švininiais dažais, todėl galima būtų galvoti apie švino kolikas. Be to, ligonis labai ilgą laiką sirgęs skrandžiu ir galima įtarti skrandžio perforacija. Įleista labai palengva į veną 0,0075 morfio. Tuoj skausmai liovėsi, pilvo siena taip pat suminkštėjo, tik raumenys duobutės srityje liko įtempti. Todėl nustatyta skrandžio perforacija. Ligonis buvo tuoj operuotas ir dijagnozė pasitvirtino. Ligonis išgijo. Šitas atsitikimas labai ryškiai įrodo minėto būdo reikšmę diferencinei dijagnostikai. *Gyd. J. Jaržemskas.*

24. Dr. Erwin Prass: **Zur chronischen Appendicitis** (Chroniško appendicito klausymu) („D. Zt. f. Chir.", Bd. *232*, 1931).

Autorius išsiuntinėjo anketas 190 pacijentams, kurie buvo operuoti Karaliaučiaus chirurginėj klinikoj 1926—1930 metų laiko tarpe esant chroniškam appendicitui ir kurių appendix'e nerasta jokių pakitimų, tiek makroskopiškai, tiek mikroskopiškai. Pacijentams buvo patiekti šie klaumai: 1) Ar po operacijos nėra jokių nusiskundimų? 2) Jeigu yra tai, ar tik operacijos rando vietoje? 3) Ar skausmai nuolatiniai, ar užeina tik protarpiais? 4) Ar skausmai yra lydimi širdies pykimo ar vėmimo? 5) Ar išsituštinimas yra reguliarus? 6) Ar po operacijos buvo reikalinga gydytojo pagelba? 7) Ar buvo ir kitos operacijos padarytos? jeigu taip, tai kuriam susirgimui?

Iš 190 pacijentų: 3 mirė, 35 nežinia kur dingo, 11 neatsakė. Atsakymų gauta 141 — 21 vaikas, 31 vyras ir 89 moterys. Įdomi palyginamoji amžiaus kreivoji. Vidutinis pakilimas tarp 9 ir 11 metų amžiaus. Toliau kreivoji truputį krinta, bet tuoj, nors ir nestaiga, tiek moterų, tiek ir vyrų kyla ir pasiekia aukščiausio taško 18 metų amžiaus. 20 metų amžiaus kreivoji krinta iki pusės ir moterų tokia išsilaiko iki 29 metų, vyrų tik iki 26 m. Kaip matome, chroniškas appendicitas dažniausiai pasitaiko tokiame amžiuje, kurio nerviniai komponentai turi didelės reikšmės. Jeigu suskirstysime atsakymus pagal Graham'o schemą, tai gausime šiuos duomenis. Visiškai pasveiko iš 21 vaiko 11—52,4%, iš 31 vyro — 21—67,7% ir iš 89 moterų — 52—58,4%. Žymiai pagerėjo iš likusių 10 vaikų — 5, iš 10 vyrų — 5 ir iš likusių 37 moterų — 15. Be jokio pagerėjimo — 2 vyrai ir 10 moterų. Pablogėjimo dėl appendektomijos negauta nei vienu atsitikimu. Jeigu paanalizuosime pareikštus nusiskundimus, tai gausime štai ką: 7 ligoniai rando vietoje turi nuolatinius skausmus, 5 — jaučia skausmus temperatūrai pakitus, 2 — sunkiai dirbdami, 1 — nėštumo ir vienas — išsituštinimo metu. 12 moterų ir 3 vyrų skausmai yra lydimi ir širdies pykimo, vienok jų yra ir kiti nusiskundimai dėl skrandžio.

Tuo būdu iš 141 atsitikimo 84—60% visai pasveiko arba nusiskundimai yra visai nežymūs.

Išnagrinėjęs visus šituos duomenis ir pasirėmęs minėtais skaičiais, autorius prieina išvadą: jeigu nustatyta chroniško appendicito dijagnozė, appendix'as reikia pašalinti, nors jame operacijos metu ir nerasta jokių atmainų. *Gyd. Jaržemskas.*

UROLOGIJA.

26. B. Šmukler (Essentuki): **Zur Aethiologie der Nephrolithiasis.** (Nephrolithiasis'o ėtijologijos klausymu) („Z. Urol. Chir." 1931. XXXIII. 3/4).

Autorius išveda štai ką:

1. Nežiūrint didelių užkariavimų urologijos srityje, akmenų ėtijologija dar ne visiškai išaiškinta.

2. Akmenų susidarymas, susižeidus stuburo slankstelius ar ilguosius kaulus, įvyksta dėl Ca druskų įsisiurbimo.

3. Akmenims susidaryti infekcinio židinio buvimas, dažnai esant kilusiam iš burnos sepsiui, nėra būtinas.

4. Esant stuburo smegenų paralyžiui po traumos, inkstų akmenys susidaro, kaip įvykusio cystopyelito padarinys.

5. Infekcijos organizme buvimas yra svarbiausias ir palankiausias momentas akmenims inkstuose susidaryti. *Dr. T. Goldbergas.*

27. G. Nicolich (Trijestas): **Zur Frage der haematurischen Nephritiden u. d. sogenannten essent. Nierenblutungen.** (Hėmaturinių nefritų ir vad. essencijalių inkstų kraujavimų klausymu) („Z. Urol. Chir." 1931). XXXIII. 3/4).

Dauguma klinikiškai neaiškių inkstų kraujavimų įvyksta dėl židinio pobūdžio nepūlingo inkstų uždegimo (Herdnephritis), kurį sukelia bakterijos ar ėmbolija. Kitais retais atvejais būna difuziškas glomerulonephritis ar nephrosclerosis, kurių symptomai yra neaiškiai pasireiškę ar užtušuoti smarkaus kraujavimo. Be to, dar esamas nedidelis skaičius kraujavimų esant tiek menkiems inkstų pakitimams, jog jie negali būti kraujavimų priežastim; tokius kraujavimus vadina „esencijaliais kraujavimais". Žinoma, paskutinė dijagnozė galima nustatyti tik tuomet, kai nerandama jokių kitokių kraujavimo priežasčių (tbc., lithiasis, tumor etc.).

Autorius, pasirėmęs ligoninės medžiaga, mano, kad, nerandant kraujavimui duomenų ir nėsant makroskopiškų inksto pakitimų intra operationem, parodoma tik inksto decapsulatio. Nephrektomia kontraindikuojama, kaip pavojinga ir perdėta priemonė. Nephrotomi'jos reikia vengti dėl to, kad galima gauti sunkių kraujavimų. Po dekapsuliacijos ligonis, žinoma, turi būti gydytojo stebimas, kad galima būtų įsikišti, jeigu atsirastų kito susirgimo symptomų. Autorius niekuomet nemėgino konservatiškai stabdyti kraujavimą. *Dr. T. Goldbergas.*

28. O. Butzengeiger (Elberfeldas): **Urographie durch subcutane Abrodil Infusion.** (Urografija poodinės abrodilio injekcijos pagelba) („Röntg. Praxis" 1931. H. 19, P. 881).

Autorius mėgino injekuoti abrodilį į poodį, vieton intraveniškai švirkšti. Šitam reikalui jisai pagamino 4% izotonišką abrodil'io skiedinį, prie kurio pridėjo 2 amp impletol'io, kad būtų geresnė ligonio savijauta. Iš viso buvo suleidžiama 20,0 abrodil'io penkiuose šimtuose skysčio kūno temperatūros iš abiejų šonų tarp krūties ir pažastės. Išmėginta 30-čiai atvejų. Geriausių nuotraukų gaunama praėjus 30—50 minučių po skysčio suleidimo. Jeigu įšvirkštas skystis greičiau įsisiurbia, tai patariama anksčiau daryti nuotrauka. Odos infiltratų ar nekrozių nebuvo stebėta. Vienu atveju buvo audinio suerzinimas, greitai praėjęs. Šita metodė ypačiai tinka vaikų praktikai. *Dr. T. Goldbergas.*

AKUŠERIJA IR GYNEKOLOGIJA.

28. D. Deinhardt (Hallė): **Behandlung gynaekologischer Blutungen mit Kongorot.** (Gynekologinių kraujavimų gydymas kongorot'o pagelba) („Zbl. f. G. u. G." 1931. Nr. 45).

Hėmostatiškas kongorot'o veikimas pastebėtas gydant tbc. pulmonum. Autorius išmėgino kongorot'ą 30-čiai gynekologinių atsitikimų. Sėkmė — 22 atvejais.

Iš 8 nesėkmingų atvejų 2-iem atsitikimais buvo menorrhagia ovarinės kilmės, iš likusių 6 atsitikimų vienu atveju buvo placentos likučiai, o kitais atsitikimais — hyperplasia glandularis endometrii.

Sekmingais atsitikimais sėkmė įvykdavo ar jau po 1 injekcijos ar po 2—3 injekcijų. Autorius išveda, kad įdegiminės kilmės kraujavimus gerai veikia kongorot'as.

Jokios sėkmės negaunama hyperplazijos atvejais ar esant placentos likučiams, t. y. esant anatomiškiems pakitimams.

Injekcija daroma šitaip: 10 kcm sterilio vandeninio 1% kongorot'o skiedinio švirkščiama į veną. Kongorot'as turi būti chemiškai švarus, Grübler'io pagamintas (Adr. Dr Hollborn'o laboratorija, Leipzig S. 3, Hardenbergerstr. 3) Kongorot'o injekcijos pakeliamos gerai ir neduoda jokių pašalinių reiškinių; net paravenin's kongorot'o patekimas, be odos nudažymo, jokių kitų reiškinių neduoda. *Dr. T. Goldbergas.*

29. H. Kückens ((Tubingenas): **Ueber 2 unter d. Fehlannahme eines Uteruskrebses laufende Fremdkörper in d. Scheide".** (Apie 2 neteisingas dijagnozes ca uteri vieton corpora aliena) („Zbl. f. G. u. G." 1931. Nr. 46).

Aprašomi du atsitikimai, iš kurių vienu atsitikimu iš makščių tekėjo pūlingai kraujingas skystis. Portio vietoje—trupios kraujuojančios masės, primenančios garbanotus bastučius (kalafijorus), traukiant in speculo korncango pagelba, išimama rezininė kempinė. Parametria infiltruoti, taip pat ir pryšakinė makščių sienelė. Šita kempinė buvo kumšties dydžio ir išbuvo makštyse 10 savaičių nėšumui išvengti.

Antras atsitikimas. Moteris, 42 metų amžiaus, turi stenozę makščių užpakaliniame trečdalyj. Smirdančios, pūlingos, su kraujais išskyros yra jau dveji metai. Nustojo 6 svarus įtarus ca prieš metus padaryta abrasio. Mikroskopiškai vėžio dijagnozė nepasitvirtino. Kitas gydytojas, taip pat įtaręs vėžį, padarė mėginamąją ekscziją iš tariamos portio vaginalis. Mikroskopiškai — nihil Status: vulvitis, colpitis, sutrumpėjusi vagina pasibaigia anga lęšio didumo. Šita anga nepriklauso portioni vaginali. Uterus vos apčiuopiamas. Parametria infiltruoti; iš tos mažos angelės, kuri yra stenosis vaginae, išteka pūliai su kraujais. Ir klinikoje spėjamas ca. Abrasio probatoria. Zonduojant užtinkamas corpus alienum, gulįs už stenozės. Rentgenas — neigiamas. Laparotomia. Corpus alienum pasirodė esąs špūliukė, pradūrusi paracolpium. *Dr. T. Goldbergas.*

30. L. Bublitschenko (Leningrad): **Ueber Saugbehandlung initialer Formen puerp. Infektion.** (Pradinių pogimdyminės infekcijos formų iščiulpiamos terapijos klausymu) („Zbl. f. G. u. G." 1931, Nr. 46).

Autorius, išmėginęs dviem šimtam atsitikimų, siūlo kovai su pradine puerperine infekcija iščiulpti uterus'o turinį. Tam reikalui jisai vartoja kaliošo formos stiklinį aparatą, kuris pridedamas prie vulv'os (panašiai, kaip kad Bier'o taurė). Išpompuojant iš šito aparato truputį oro specijalaus švirkšto pagelba, gaunamas iščiulpiamasis veikimas. (Aparato konstrukcija paprasta, tik, deja, nenurodyta jį gaminanti firma Ref). Jo dėka gaunamas mechaniškas lochi'jų ištekėjimas iš uterus'o ir padidėjusi transudacija į uterus'ą, t. y. vadinamas lochi'jų atjauninimas. Reliatyvi kontraindikacija yra siūlės perinei, išskyrus siūlių perinei įdegimines būkles, kai infekcija iš pat pradžių yra labai nuodinga (ankstyba t°, dažnas pulsas, septinės apnašos) ir bendra būklė yra tokia, kad rūpinimąsi perineum'u atstumia į šalį. Atvirkščiai, siūlių pasileidimas, nekroziškos apnašos, oedema perinei yra indikacijos čiulpiamajam aparatui pavartoti. Vietinis veikimas pasireiškia tuomet, kai šitas būdas pritaikytas iš pat pradžių susirgimo, infekcijai dar neperėjus už uterus'o ribų.

Dr. T. Goldbergas.

AKIŲ LIGOS.

6. G. Basch ir D. Thibaut: **Le chancre de la conjonctive, accident professionnel du médecin.** („Monde Médical", 1931, Nr. 797).

Akių šankeriu susirgimų įvairių autorių statistika nevienoda: Fournier'as palyginti dažnai, Fortuniadès — 1 : 500 šankerių, Gaucher'as tarp 98 šankerių galvos srityj nerado nėvieno akyje, Rille tarp 535 ekstragenit. šankerių (1892—1924) rado akies srityje 10, iš jų tik keturi buvo konjunktivoj.

Ėtijologijoj, be bučiavimo į akį, vaidina vaidmenį svetimkūnių pašalinimas iš akies suvynioto ir burnoj suvilgyto papirosų popierio gabalėliu arba betarpiai liežuviu (Rusijoj) darbininkų, turinčių reikalo su cementu, vario tekintojų ir pan., taip pat trachomos gydymas liežuvio masažu (kaip tat būdavo Rusijoj). Galinga lues'o chemijoterapija, redukavusi iki minimumo plaques buccales eflorescencijas, antra vertus, liaudies švietimas sumažino šito būdo inokuliaciją. Šiuo metu konjunktivos šankeris liko profesiniu gydytojų susirgimu, kaipo pernešimo virulentinių seilių dalelių ant konjunktivos padarinys betiriant burną ir ryklę.

Autoriai aprašo tris atsitikimus. Pirmas neseniai paskelbtas Clément'o-Simon'o, kalba apie konjunktivos šankeriu susirgusį gydytoją, kuris 45 dienas prieš tat buvo tyręs pacijentą, turėjusį plaques muqueuses gerklėj. Nežiūrint daugelių ultramikroskopiškų tyrimų, gydytojo akies susirgimas ilgą laiką buvo nepažintas. Antru atsitikimu — vienas laryngologas buvo nesėkmingai gydytas nuo Meimob'o liaukų užsidegimo netgi 2-jų prityrusių oftalmologų. Dalykas paaiškėjo tik rozeolei pasirodžius. Trečiu atsitikimu — kitas laryngologas buvo gydytas nuo banalės akies infekcijos. Ir autoriai spėjo esant streptokokkinę infekciją; į tatai rodė vaizdas ir serologiškų tyrimų neigiamas atsakymas. Ir tik pakartojus reakcijas įvairiose laboratorijose, buvo gautas stipriai teigiamas atsakymas. Nuo As-Bi visi reiškiniai išnyko. Buvo konstatuota, jog ir šitas gydytojas liko luetiko auka larynx'o exploracijos metu.

Dijagnostikos sunkumą autoriai aiškina palpebros konjunktivos šankerio išvaizdos atypingumu; gaunasi įspūdis banalio regijonalio užsidegimo: ulceracijos dažnai nėra arba, sumažėdama iki lentikuliarės erozijos, praeina nepastebėta, vokas neinduruotas, bet infiltruotas, paburkęs. paraudęs; lydįs banalis konjunktivitas ir nežymus pūliavimas — superinfekcijos padariniai – klaidina. Pastarosioms išvengti autoriai kreipia didelio dėmesio į dažnai esančius mazgelius priešakyj nuo tragus'o (adenopathie prétragienne, ganglion prétragien), kurie, prireikus, galima punktuoti (minėti ganglijonai buvo ir dviejais autorių aprašytais atsitikimais). Be to, reikalinga jautri serologinė reakcija.

Savo straipsniu autoriai norėjo parodyti reliativų konjunktivos šankerio dažnumą, kaipo profesinių atsitikimų gydytojams ir specijaliai laryngologams Šito susirgimo nedėkingumas padidėja dar tuo, jog jis pažinti yra labai sunku, nes simuliuoja paprastą leziją. Norėdami išvengti susirgti neužtarnautu syfiliu, gydytojai turi vartoti didžiausių apsisaugojamųjų priemonių betirdami ligonio ryklę, tonsil as ir gerklę. Gera priemonė yra platūs akiniai. *Gyd. Š. Markovičius.*

NERVŲ IR PSYCHIKOS LIGOS.

13. Becker: **Die Geisteserkrankungen bei den Juden in Polen.** („Allg. Zt. f. Psychiatrie", Bd. 96).

1928 m. Lenkijoje įvestas privalomas visoms psychiatrinėms įstaigoms suvienodintas pranešinėjimas apie naujai priimtus ligonius. Tat duoda dabar galimumo gana tiksliai nustatyti psychinių susirgimų dažnumą žydų tarpe.

1929 m. visoje Lenkijoje buvo 47 psychiatrinės įstaigos (iš jų 4 specijaliai žydų) su 11.359 naujai tais metais priimtais atsitikimais: ne-

žydų 8.820 ir žydų 2.539. Tuo tarpu kai gyventojų tarpe žydai sudaro 9,8%, tarp priimtųjų į psych. l-nes žydų buvo 28% su viršum. Dažniausia psychikos liga pas žydus — šizofrenija (61,2% visų žydų, priimtųjų į psych. l-nes); pas nežydus šizofrenikų buvo 31,4%. Ciklofrenikų žydų buvo 8,4%, nežydų — 4,9%. Už tat sergančiųjų visomis kitomis psychozėmis ir silpnapročių žydų procentas buvo mažesnis, palyginti su nežydais. Luetinių psychozinių žydų tarpe 5%, nežydų — 12,8%. Epilepsijos pas žydus 2,4%, pas nežydus—5,6%. Alkoholinių psychozių žydų tarpe 0,2%, nežydų—5,5%.

Pas nežydus daugiau psychiškai sergančiųjų vyrų (60%), kaip moterų (40%); pas žydus vyrų 47,3%, moterų 52,7%. *Doc. J. Blažys.*

14. Triantophyllos: **Le trouble essentiel de la schizophrénie et des affections psychiques en général.** („L. Encéphale", 1931, Nr. 4).

Autorius mano, kad kiekvieno psychinio sutrikimo pagrinde vienodai glūdi pranykimas arba trūkumas tojo aukštesnio psychinio privalumo, kurį jis apibūdina, kaipo „sugebėjimą formuoti logiškai nuoseklias idėjas". Dėl ko vienu atveju turima vienos psychozės formos, kitu — kitos, pareina nuo konstitucinių žmogaus ypatybių: šizoidinė konstitucija duodanti šizofreniją, cikloidinė konstitucija — ciklofreniją. Afektų ir valios sutrikimai esą antriniai („reaktyvūs") dalykai. Patsai sugebėjimo formuoti logiškai nuoseklias idėjas pranykimas arba nepakankamas esąs fiziogeniškas, t. y. atsirandąs iš kažkokių sužalojimų tų neuronų, kuriais yra vykdomos psychynės integracijos funkcijos. *Doc. J. Blažys.*

15. Bond: **Suicide from the sociological aspect.** („Brit. med. J." Aug. 8, 1931).

1929 m. Anglijoje 10.000 gyventojų teko 1,3 savižudžių (skyrium vyrų 1,8 ir moterų 0,7). Yra tendencija savižudžių skaičiui didėti: 1921 m. jų buvo 1,0 (skyrium vyrų 1,5, moterų 0,5).

Dažniausias nusižudymo būdas: anglies dujų inhalacija (taip nusižudė 23,7% vyrų ir 30,7% moterų). Antrą vietą pas vyrus užima pasikorimas, pas moteris — nusiskandinimas.

Autorius abejoja dėl tikslumo nusižudymo bandymą laikyti prasikaltimu, kaip tat daro anglų įstatymai. Jisai pabrėžia žalingumą nuolatinio (jo nuomone, klaidingo) akcentavimo fatališkos paveldėjimo reikšmės: įspūdingi žmonės kaikada nusižudo iš vienos baimės, kad jiems gresia „paveldėjamos" proto ligos pavojus. *Doc. J. Blažys.*

16. Crichton-Miller: **The psychology of suicide.** (Ibidem).

Autorius, kalbėdamas apie nusižudymo psychologiją, liečia tiktai tuos atsitikimus, kur nusižudėlis nesirgo išreikšta psychikos liga ir buvo laikomas „normaliu".

Nusižudymo motyvus autorius skirsto į 3 grupes:

1) Fyziškas skausmas imtinai su negalėjimu patenkinti instinktų reikalavimus. Fyziškas skausmas figūruoja retai. Anot Halbwach'o, iš 12 svarbesnių nusižudymo priežasčių skausmui priguli devinta vieta. Kiek dažniau prie nusižudymo priveda ne aštrus skausmas, bet nuolatiniai nemalonūs fyziniai jutimai (pvz., ūžimas ausyse). Gana dažnai nusižudoma iš gresiančių skausmų arba skausmingos mirties baimės. Kaikada nusižudymo priežastis — beprotybės baimė (prepsychotinėje psychinio susirgimo stadijoje). Svarbią vietą nusižudymo priežasčių eilėje užima lytinio gyvenimo trūkumai, ypač impotencija (arba impotencijos baimė), kuri yra dažnas nusižudymo akstinas jauno ir presenilinio amžiaus žmonėms; kaikada — homoseksualizmas, sterilumas (pas moteris), histerinės „meilės" nepasisekimai.

2) Socijalinės nelaimės ir nemalonumai: bankrotas, patekimas teisman, nelegalus nėštumas moterims ir t. t. Šitai grupei autorius priskiria

ir nusižudymus iš įsivaizdavimo, kad šeimoje glūdi fatališkas „palinkimas“ nusižudyti.

3) Mistiški ir religiniai motyvai: purifikacijos idėja, atgaila dėl padarytų paklydimų, veržimasis į pomirtinį gyvenimą ir pan. (Rusijoje būta masinių nusižudymų — savęs sudeginimo arba užkasimo būdu — įvairių sektantų „izuvierų“ Ref.).

BENDROJI PATOLOGIJA.

3. Askanazy, M.: **Sarkome der Ratten nach Einwirkung von Auszenweltfaktoren** (Mit 6 Textabbildungen). („Z. f. Krebsforschung“. XXXIV, 4, 1931).

Naujikų kilmės teorijoj autorius tvirtai laikosi 4-rių faktorių sąvokos: organizmas (1), kuriame atsiranda naujikas, turi turėti vietinį naujikui palinkimą (2) audinių medžiagos (Gewebsmaterial) pavidalo, kuri, išorinio faktoriaus veikiama, stumiama (3) blastomatozine linkme, ir pagaliau, blastominė celė turi turėti savyje endogeniškai žadinantį (4) jaudinimą. Autorius patvirtina d-ro Bellows'o eksperimentus su pomidorų sunka. Teigia, kad pomidorų sunkos švirkštimais tikrai buvo sukeltos žiurkėms sarkomos ir kad jos ypatingai lengvai vyko transplantuoti, nors, autoriaus patyrimu, šviežiai išaugintos žiurkių sarkomos ligi šiol gana sunkiai duodavosi transplantuojamos.

Autorius daro savo tyrimus išeidamas iš d-ro Bellows'o medžiagos stebėjimų: 1) sarkoma atskirais atsitikimais aiškiai išsirutuliuoja iš granuliacinio audinio; 2) reikalingi pakartotini pomidorų sunkos švirkštimai. Abu faktoriai sako, kad 2-asis faktorius, vietinis palinkimas, pirmųjų švirkštimų sužadintas.

Toliau eina tyrimų aprašymas.

1. Autorius išima nėščiai žiurkei gemalus. Sutrynęs į košelę po pusę gemalo ir sumaišęs su 1 ccm. pomidorų sunkos, jisai įšvirkšte žiurkei motinai ir kitoms 6 žiurkėms į peritoneum'ą. Po 3 dienų 6 žiurkės žuvo dėl peritonito. Paliko tik pirmoji; ji taip-pat žuvo 29 dieną, bet jos peritoneum'e rasti 4 sarkomos naujikai: 3 : 5 : 4,5 cm.

Rezultatas: sarkoma nuo vieno įšvirkštimo gemalo košelės su pomidorų sunka.

Panašius bandymus autorius darė dar su 4-iomis žiurkių grupėmis. Vienos jų žūdavo greitai nuo peritonito, viena žuvo su toksiškais reiškiniais ir 8 žiurkėms, kurios išgyveno ilgiau negu vieną savaitę, išsirutuliavo sarkoma. Sarkomos pradžia mikroskopiškai galima buvo nustatyti už 2 savaičių po įšvirkštimo.

Kas gi tat yra tasai egzogeninis, sarkomą sukeliąs, principas (3 faktorius) pomidoruose, klausia autorius. Ir atmetęs visus spėliojimus, eksperimentais įrodo, kad tat yra bacilla, bac. subtilis grupės, esanti pomidorų sunkoj.

Tolimesni tyrimai štai ką sako:

2. Įšvirkštęs gemalo košelės su „pomidorų“ bakterijų grynos kultūros priemaiša 8 žiurkėms, autorius gavo šiuos rezultatus: 7 žiurkės žuvo per 1—2 mėnesiu dėl sarkomos, tik aštuntajai išsirutuliavo teratoidinis naujikas ir per 2 mėnesiu nerodė tendencijos virsti sarkoma. Tat rodo kad bac. subtilis pomidorų sunkoj yra tas vienintelis arba esminis sarkomą sužadinąs potencijos elementas, kada jau dirva paruošta; šituo atveju gemalo košelė tat atliko.

3. Vienkartinis pomidorų, resp. subtilis bacillų, švirkštimas sarkomos nesukėlė.

4. Įšvirkštus gemalo košelės su priemaiša filtruotos pomidorų sunkos pro Seitz'o filtrą, sarkoma gauta. Filtruojant bacillų kiekis buvo tik sumažėjęs.

5 Įšvirkštus gemalo košelės su priemaiša „pomidorų“ bacillų buljoninės kultūros filtrato, kame bakterijų dar būta, sarkoma išsirutuliavo. Su susilpnintomis ir užmuštomis kultūromis eksperimentai dar tebedaromi. *Gyd. Starkus.*

5. Carl Krebs: **Experimenteller Alkoholikrebs bei wessen Mäusen.** Mit 6 Abbild. im. Text. („Z. f. Immunitätsforschung u. exp.. Therapie“. B. 59, 1928).

Tyrimai eksperimentiško vėžio srity paskatino autorių patikrinti alkoholio įtaką vėžio išsirutuliojimui. Tuo tikslu autorius švirkštė baltoms pelėms 96° etilio alkoholį į rectum, bet pelės žūdavo nuo gastroenterito. Su kita partija daryta bandymai švirkščiant kasdien į rectum po 0,1 gryno 50° etilio alkoholio. Daug pelių žuvo, bet 16 pelių gyveno ilgiau kaip dvi savaiti. Vienai, gyv. 643 dienas, išsirutuliavo hydrometra, dėl striktūros vaginoj. Kitom dviem buvo rasta įprasto typo adenoma plaučiuose. Pelei. gyv. 123 dienas, išsirutuliavo toje vietoje, kur sigma pereina į rectum, žirnio dydžio auglys; panašūs augliai rasti mezenterinėse liaukose ir mazgeliai jeknose. Mikroskopiškai nustatyta karcinoma su raginiais perlais tiek pirminiame auglyj, tiek lymf. liaukose, tiek jeknose. Rectum gleivinėj jokių patologiškų pakitimų nerasta. Pelei, gyv 263 d., išsirutuliavo retroperitonealinėse lymf. liaukose, jeknose ir plaučiuose balti mazgeliai, kuriuose mikroskopiškai nustatyta karcinoma, savo struktūra ir rūšimi labai panaši karcinomai aukščiau minėtos pelės.

Kadangi švirkščiant alkoholį į rectum daug pelių žuvo, autorius darė su 10 pelių bandymą, duodamas kasdien po 0,1 50° alkoholio per os. Iš viso pelės gyveno nuo 112 iki 554 dienų. 8 pelėms nieko neišaugo. Vienai p. 400 d. burnoje pasireiškė nedidelis auglys. Iki mirties (478 d.) šitas auglys pasiekė vyšnios dydį Mikroskopiškai pastebėtas atypiškas epitelio augimas su raginiais perlais. Visur jung. audinių stroma ryškiai atsiskiria nuo epitelinio audinio. Vaizdas labai charakteringas plokščio epitelio vėžiui.

Antrai pelei 450 dieną burnoj, deš. kampe, pasireiškė nedidelis mazgelis. Pelei žuvus (500 d.) šitas auglys siekė žirnio didumą. Mikroskopiškai nustatyta karcinoma su stipriai infiltruota stroma.

Pasirėmęs savo tyrimais ir statistikos duomenimis apie pelių piktybinių navikų lokalizaciją, autorius daro išvadą, kad šitie augliai atsirado tiesioginiam alkoholio jaudinimui veikiant, nes iš 26 pelių 3 pelėms išaugo karcinoma kaip tik tose vietose, kurias tiesiog veikė alkoholis ir kur piktybiniai navikai labai retai randami.

Autorius mano, kad alkoholis veikia sumažindamas organizmo atsparumą vėžiui. Dėl to stemplės vėžys vyrams pastebimas 5—6 kartus dažniau negu moterims. *Gyd. Starkus.*

ODONTOLOGIJA.

5. Prof. dr. E. Feiler (Frankfurtas prie M.): **Indikation und Technik der Wurzelbehandlung mit chirurgicher Diathermie.** (Kanalų gydymo chirurginės dijatermijos pagelba indikacijos ir technika). („Zahnärztl. Rundschau“ 1931, Nr. 42).

Kanalų, t. y. pulpos ir apikalio periodonto susirgimų gydymas, pritaikius čia chirurginę dijatermiją, žymiai pagreitėja ir reinfekcijos atžvilgiu patobulėja. Dijatermijos pritaikymo pasisekimas pagrįstas jos dezinfekuojamomis, konservuojamomis, sausinamomis ir randėjimo žadinamomis savybėmis.

Dijatermijai veikiant gangrenuotus bei infekuotus kanalėlius, jos dezinfekuojamas veikimas pasireiškia tuo, kad tučtuojau pražūva gangreniškas kvapas. Bakterijologiški tyrimai rodo, kad didelė dauguma įstatytų į kanalą turundų esti visiškai sterilės. Iš tarpo kitų dezinfekuojamų prie-

monių dijatermija išsiskiria dar savo ypatingai giliai siekiančiu veikimu Esant apikalėj srityj infekciniam židiniui, tasai veikimas prasiplečia pro foramen apicale į periapikalius audinius. Be to, stipriai paveikiami ir infekuoti dentino kanalėliai šaknies kanalo srityj. Autorius tvirtina, kad, pritaikius kanalų gydymui dijatermiją, jokia antiseptika visiškai nereikalinga. Vartojamųjų gi antiseptica vietinis veikimas, įvairių kitų autorių nurodymais, šilimos įtakoje žymiai sustiprėja. Autorius mano, kad dijatermija šituo atveju veikia teigiamai kataforezės prasme.

Koaguliacinis ir randėjimą stimuliuojąs dijatermijos veikimas pulpituose pasireiškia geru ekstirpacinės žaizdos gijimu Gydant paradentitą kliniškas efektas yra didelis: tuoj pastebimas sekrecijos sumažėjimas arba ir išnykimas. Tatai įgalina aklinai uždaryti tokius dantis, kurie lig šiol hermetiško uždarymo nepakęsdavo. Padarius rentgeno nuotraukas konstatuojamas visiškas surandėjimas. Taip pat didesni ostitiniai fokusai pagydomi trumpiausiu laiku (čia autorius patiekia reng. nuotraukų atvaizdus). Dijatermijos veikimas buvo autoriaus vedamoj klinikoj eksperimentais nuodugniai ištirtas. Prieita šių išvadų:

Prie praeinamo foramen apicale ties šaknies viršūne susidaro, atitinkamai adatos, praėjusios kanalo angą, ilgiui, rutulio pavidalo koaguliacinė zona. Prie susiaurėjusio, nepraeinamo foramen apicale ties šaknies viršūne šita apskrita koaguliacinė zona susidaro taip pat, bet tiktai veikiant stipresnei srovei ir, be to, ilgesnį laiką. Įvyniojus šaknį į vienodo storumo mėsos sluogsnį, koaguliacija įvyksta taip pat tiktai šaknies viršūnės aplinkoj. Dijaterminė srovė, ieškodama patogesnio kelio, praeina pro nepraeinamą foramen apicale aukščiau, negu pro dentino kanalėlius, nes jų spindis esti maždaug šimtą kartų mažesnis.

Pavojus sužaloti kaulą atkrinta, nes dijaterminės srovės veikimas neina toliau aprėžtos srities ir kadangi srovė praeina pro kaulą, tiktai betarpiai ji palietusi. Dijatermijos srovės paveiktas, ekstraguoto danties granuliomos granuliacinis audinys susitraukia, tuo tarpu kai jungiamojo audinio maišelis (kapsulė) lieka nepaliestas.

Iš to eina šios dijatermijos pritaikymo indikacijos:

1) Visos pulpitų formos. Pulpą ekstirpavus, dijatermijos pagelba pasiekiama šaknies kanalo ir foramen apicale srities gera dezinfekcija, o taip pat visiška ekstirpacinės žaizdos organizacija.

2) Visos parandentitis apicalis formos. Čia turėsime šaknies kanalo, dentino kanalėlių šaknies srity ir foramen apicale aplinkos dezinfekciją. Antiseptica veikimas taip pat geresnis, gilesnis Uždegiminiai ploteliai periapikaliuose audiniuose trumpiausiu laiku nusišvarina. Taip pat didesnių ostitinių plotų sekrecija sumažėja ir susidaro randas.

Autorius aprašo dijatermijos metodės vartojimo techniką. Inaktyviu elektrodu tarnauja švino plokštelė, pritaisyta ant pacijento kaklo, arba rankinis elektrodas, arba sėdimoji pagalvėlė. Aktyvus elektrodas—Müller'io adata su laikytoju, išlenktu buku kampu. Laikytojas sukonstruotas taip, kad jo sklandiklis arba mygtukas įgalina srovę išjungti. Srovės matavimas milijamperemeteriu duoda nevienodus rezultatus. Tuo aiškinamas įvairių autorių nurodomų dozių svyravimas tarp 130 — 150 milijamperių. Jei naudojamasi milijamperemeteriu, tai yra gera tikrinti savasis aparatas, vaduojantis pacijentų „tolerantingumo riba". Čia reikalingas pacijentų jutimas ir todėl autorius neigia injekcinės anėstezijos vartojimą ten, kur pritaikomas dijatermijos gydymo būdas. Tolerantingumo riba pareina nuo šių momentų:

1) Kanalo angos spindžio;
2) aktyvio elektrodo smaigalio nutolimo nuo foramen apicale, t. y. nuo kanalo praeinamumo;
3) šaknies dentino storumo;
4) danties rūšies;
5) danties konstitucijos.

Techniškai atliekama šitokiu būdu. Sukant reguliuojantį srovės stiprumą sraigtelį, srovė pamažu stiprinama. Su pacijentu susitariama, kad, pajutęs skausmą, kuris yra tolerantingumo ribos ženklu, jis turi pakelti kairę ranką. Taigi, pasiekus tolerantingumo ribą, srovė tučtuojau išjungiama. Šita nustatyto stiprumo srove galime veikti keletą kartų trukčiodami trumpai, arba, pasukę reguliuojamąjį sraigtelį per pusę ar visą brūkšnelį atgal, duodame silpnesnę nuolatinę srovę ilgesnį laiką su pertraukomis. Autorius pasirenka antrą būdą, t. y. vartoja silpnesnės srovės ilgesnį veikimą su tokiomis pertraukomis, kurių reikalauja pacijentų tolerantingumo riba. Milijamperemeteris rodo, pasiekus tolerantingumo ribą, paprastai apie 45—60 milijamperių.

Gydant dijatermija pulpitus, ekstirpacinė žaizda pasidengia šašu ir šaknies kanalas gali būti tuojau užpliombuotas. Gydant gi paradentitis apicalis tolimesnė darbo eiga visiškai pareina nuo kliniško vaizdo. Jei procesas aštrus, dantis paliekamas atviras ir laukiama, kol aštrios stadijos symptomai išnyks. Tatai nulemia sekrecijos gausumas. Čia turima galvoje drėgnų turundų skaičius. Jei jis didesnis negu 5, kanalas uždaromas su Weiserdrainage; jei mažesnis kaip 5, įvedama turunda ir dantis uždaromas hermetiškai. Kanalai pliombuojami tada, kada jokios sekrecijos nebus ir kada išnyks visi kliniški reiškiniai.

Visa suglaudus, autorius duoda šią šaknų gydymo dijatermijos pagelba schemą:

Paradentitis apicalis.

A. Paradentitis apicalis acuta.

1-as seansas.

a) Pulpos tuštymo atidarymas.
b) Kanalų angų zondavimas.
c) Aquae regiae vonelė.
d) Kanalų zondavimas pažingsniui.
e) Foramen apicale atidarymas.
f) Sekreto nubėgimas.
g) Dantis paliekamas atviras.

2-as seansas.

a) Išplovimas vandeniu
b) Kofferdamas.
c) Kanalų mechaniškas praplėtimas.
d) Aktyvaus elektrodo įstatymas.
e) Srovės didinimas iki tolerantingumo ribos.
f) Srovės sumažinimas vienu brūkšneliu.
g) Srovės įjungimas maždaug 30 sekundžių.
h) Thymol - trikresol - formalino turunda.
i) Gutaperchos uždarymas.

Gausi sekrecija.

h) Weiserdrainage.

3-ias seansas.

a) Kofferdamas.
b) Uždengimo pašalinimas.
c) Turundų kontrolė.
d) Chemiškas ir mechaniškas kanalų praplėtimas.
e) Srovės įjungimas, kaip aukščiau.
f) Tymolio vonelė.

B. Paradentitis apicalis chronica.

1-as seansas.

a) a—d, kaip A.

Fistulė.

a—c) Kaip aukščiau.
d) H_2O_2 praplovimas.
e) Kaip d—i (žiūr. aukščiau).

2-as seansas.

g) Pliombavimas pastos (lentulo) pagelba.
h) Guttaperchos štiftas.
i) Guttaperchos padengimas.
k) Pastovi pliomba.

Gausi sekrecija.	Fistulė.
Sekreto nutraukimas.	Jeigu fistulė dar tebėra,
2 seanso pakartojimas.	1 seanso pakartojimas, toliau, kaip aukščiau.

Šita metodė buvo autoriaus vartota per 3 metus. Buvo gydyta 3.000 dantų. Autorius baigia pabrėždamas, kad gautieji rezultatai duoda jam visišką teisę rekomenduoti dijatermijos metodę, gydant dantų kanalų susirgimus. Aparato konstrukcijos, darbo technikos žinojimas ir rūpestingas darbo atlikimas, savaime suprantame, turi gydymo pasisekimui taip pat dideliausios svarbos. *Odont. kand. Birutė Grigelienė.*

VISUOMENINĖ MEDICINA.

11. Prof. Federico Boccheti: **Tuberkuliozės mažėjimas Italijoje.** (La Tuberkolosi Diminuzioné in Italia. „Lotto contro la tubercolosi", Settembre 1931.—X. — Roma).

1925—1929 metais mirtingumas nuo tuberkuliozės yra žymiai sumažėjęs. 1925 mt Italijoj buvo tbc. mirimų apie 60.000, o 1929 — apie 50.000 Tuberkuliozinių ligonių, pasak prof. Boccheti, Italijoj esti 10—12 kartų daugiau, nekaip metinių mirčių nuo tos ligos. Tad kliniškų tbc. ligonių bus apie 500.000—600.000, vadinasi, apie 12 gyventojų iš 1.000 yra tuberkuliozikai.

Svarbiausia tbc. mirtingumo mažėjimo priežastis esanti intensyviška metodiška organizuota dirbtinė kova su tąja liga.

Įgijimas immuniteto, socijaliniai pagerėjimai, gyventojų žemumų kultūrėjimas turi savo vertės šitai kovai, bet šitos priežastys trumpu laiku negalėjo tbc. mirtingumo sumažinti

Tik sparti plati dirbtinė kova su tbc. kontagijaus platumu čionai valiojo.

Tose šalyse, kur dirbtinė didelė su tbc. kova varoma nuosekliai, tbc. mirtingumo koeficijentas krinta. Kur ta kova dar nesena ir eina silpnu tempu, tenai žymių rezultatų nepasiekta.

Štai Š. Amerikos Jungtinėse Valstybėse tbc. mirting mas 100.000 gyventojų 85, Vokietijoj 104, Škotijoj 102, Anglijoj 96, Olandijoj 94, Danijoj 81.

Antroj grupėj — Airijoj 151, Lenkijoj 242, Čekoslovakijoj 193, Vengrijoj 231, Jugoslavijoj 279, Bulgarijoj 306 (Lietuvoj 300—250 Dr. K. Gr.).

Dr. K. Grinius.

12 Prof. E. Morelli: **Kiek tbc. dispanserių buvo Italijoj 1931 metais.** (Dispansario antitubercolare in Italia). („Lotta contro la tubercolosi". Ottobre 1931. p. 1133—1159).

1931 mt. spalių mėn. 11—14 d. buvo Bologna mieste IV Italijos kongresas kovai su tuberkulioze. Kongreso darbai jau atspausdinti to paties spalių mėnesio laikraščio „Lotta contro la tubercolosi" numeryj. Suteikiu žinių apie Italijos tbc. dispanserius pagal prof. Merelli'o ilgą referatą:

1931 mt. Italijoj buvo gyventojų - - 41.806.585
tbc. dispanserių - - - - - 303
vienam dispanseriui tenka gyventojų - 137.975.

Dar nesužinotų ir organizuojamų bus apie 20 dispanserių. Tuo būdu 1931 mt. bus veikiančių apie 320 dispanserių arba vienas dispanseris tenka apie 130.000 gyventojų.

Yra provincijų, kur 1 dispanseris tenka net 603.842 gyventojams (Campania - Neapoli), ir yra provincijų, kaip Venezia Giulla, kur 1 dispanseris tenka 47.723 gyventojams.

Kiek reikėtų turėti dispanserių ir kokiam gyventojų skaičiui reikėtų skirti 1 dispanseris?

Į tai atsako prof. Morelli, kad teoriškai galima reikalauti vieno dispanserio 30.000 gyventojų, bet galima gerų rezultatų susilaukti ir nuo dispanserių tinklo imant kiekvienam dispanseriui vidutiniškai po 50.000 gyventojų.

Svarbiausias dispanserio uždavinys tbc. dijagnozę nustatyt ir nukreipti ligonius į atitinkamas profilaktikos, gydymo arba izoliacijos vietas. Bet dispanseriams tenka užsiiminėti ir kaikuriomis gydymo procedūromis, kaip pav. dirbinio pneumoterakso uždejimas ir jo pakartojimas.

Italija turi labai gerų dispanserių, kaip pav. Vialba Milane, kur dviejuose aukštuose yra daugiau kaip 20 kambarių — keliems gydytojams (8) kabinetai, rentgeno, fyziškos terapijos (kvarco lempos, elektrizacijos) bustinės, pneumotoraksui kambarys, vaistinei, dezinfekcijai, vaikų laukiamasis, suaugusiems laukiamasis kambarys, laboratorijos. Labai gerai įtaisytas dispanseris 2 gydytojams priiminėti Benito Mussolini Institute.

(Lietuva 1931 metais turi tik 7 labai primityviškus dispanserius arba 1 dispanseris tenka 330.000 gyventojų. Pagal prof. Morelli, reikėtų 50.000 gyventojų 1 dispanserio arba Lietuvai reiketų turėti 48 geri dispanseriai. Tik tada galima būtų sėkmingiau kovoti su tuberkulioze).

Dr. K. Grinius.

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Ductus choledochus** esant uždaram, kliūtį geriausiai pašalinąs adrenalinas (pro duodenini zondą). Kepenų funkcijoms esant sutrikusioms, labai gerai veikiąs salyrganas, kuris, be to, dar veikiąs ir kaipo puikus diureticum'as. Ikterus cirrozėje po salyrgano tuojau pradeda nykti. Sąlyga: kad nors dalis kepenų audinio gerai dar funkcijuotų.

× **Kepenų cirrozėje** rastas kraujuje padidėjęs fenolio ir jo derivatų kiekis; matyt, pasigaminę žarnose nuodai esą viena svarbiausių cirrozės priežasčių. Alkoholis taip pat varis kepenų cirrozių ėtijologijai vaidina žymiai mažesnį vaidmenį.

× **Kepenų ir blužnies veikimas erytrocytų vaizdui.** Kepenys, gaminančios kūną, kuris erytrocytų skaičių didinąs; blužnis gaminanti kūną, kuris tą skaičių mažinąs. Pavyzdys: po blužnies ekstirpacijos blogybinėj anėmijoj erytrocytų skaičius pakylas, net iki erytrėmijos. Po to buvo duota blužnies preparatų, ir erytrocytų skaičius vėl kritęs iki senojo kiekio.

× Rentgenoterapija labai gerai veikianti **gl. hypophysis navikus.** Akromegalijoje gerėjąs regėjimas, dystrophia adiposo-genitalis — vėl atsirandą menses, vienas diabetes insipidus atsitikimas buvęs visai išgydytas.

×**Ostitis fibrosa** (Paget) etijologija — tai padidėjusi gl. parathyreoideae funkcija, įrodyta bandymais su gyvuliais. Duodant kalkių šunims, atsargiai dididant dozę, per kelis mėnesius pavykę pasiekti Paget'o ligos patol. anatominis vaizdas: kaulo substancijos rezorbcija, jos vietoje fibrozinis audinys, cystos ir osteoidinis audinys.

× **Baisus pooperacinis šokas** sergant Basedow'o liga nėra kas kita, kaip staigi **hypothyreoidozė.** Kraujuje, paimtame iš ligonio tuojau po operacijos, visada randama 5—10% jodo mažiau, negu kraujuje, paimtame prieš operuojant. Tuo būdu manymas, kad šokas yra paremtas hyperthyreoidoze, t. y. kad operuojant mechaniškai išspaudžiama iš gl. thyreoidea į kraują liaukos sulčių ir kraujas perpildomas jodu, — šitas manymas dabar galutinai atmetamas. Šoko priežastis yra ne hyper-, bet hypothyreoidozė! Staigus jodo kiekio sumažėjimas sukelia mirtingai pavojingą šoką: Basedow'o ligonio audiniai jau buvo pripratę prie didelių jodo kiekių ir, ištroškę, tą visą jodą sugerdavo; po operacijos jodo kiekis kraujuje mažesnis ir audiniai staiga nebegauna to kiekio, prie kurio iki šiol buvo pripratę. Todėl yra naudinga ilgesnį laiką prieš operuojant duoti ligoniui

maži jodo kiekiai (pagal Neisser'į ir Plummer'į), pvzd.: 3 kartus per dieną po 2-6 lašus Lugol'io skiedinio. Pasirodo net, kad, taip dozuojant kelis mėnesius, galima kartais ir visai apsieiti be operacijos — tiek žymiai ligonio sveikata pagerėja. Atsitikimais, kur struma vis tik buvo operuota, rasta ji net anatomiškai po tokios jodo terapijos pasikeitusi, būtent: iš proliferacinės formos perėjusi į kolloidinę. Jodo terapijos rezultatai ir objektingai nustatomi: svoris, medžiagos apykaita ir kt. Paprastai kolloid. strūmai šita jodo terapija netinka.

× Symptomų kompleksas esent padidėjusiai **antinkstinių liaukų funkcijai** gali būti ir be jokių šitos liaukos anatominių pakitimų (funkcinis sutrikimas). Vienai moteriai, 36 metų, buvo adipositas, plikė ant galvos, amenorrėja, barzda, hypertonija, alimentarinė glykozurija, tachykardija, padidėjusi medžiagos apykaita. Nei operuojant (buvo įtarta navikas) nei vėliau skrodžiant nerasta nieko patologiška.

× Kencentruotas **vynuogių cukraus** skiedinys (sol. glucosae) greitai pripildąs kraujo indus. O pavojus esant dideliems kraujavimams ir gyvybei gresiančiam šokui esąs kaip tik tas, kad kraujo indai palieka tušti. Tuo būdu reikia duoti cukraus skiedinio! Būtent: 30 kcm. sol. glucosae 40%, intra venam. Po 5 min. kraujo indai aktyviai prisipildą 20 kartų didesniu skystimo kiekiu, negu buvo duota cukraus skiedinio. Cukrus pritraukia prie savęs skystimą iš audinių.

× **Acidozinė ir kominė leukocytozė.** Leukocytų skaitymas kominiui ligoniui yra jau todėl svarbus, kad įgalina atskirti dijabetinę komą nuo hypoglykėminės (pvzd., po insulino). Pastarojoj randama visuomet leukopenija. Esant dijabetinei (=acidozinei) komai ir ligoms su karščiu, arba ir pas narkotizuotus, rasime leukocytozę (sąryšyj su acidoze).

× **Insulino preparatai** turi savyje vegetacinius centrus veikiančią priemaišą, komponentą, kuris veda prie hypoglykėmijos, net prie komos. Koffeino pagelba galima šitie hypoglykėminiai reiškiniai po insulinio nugalėti. Sub cutem! 0,4 gr. koffeino atitinka 30—40 insulino vienetas. Koffeinas čia sumažina kraujoslėgį ir pagreitina pulsą. Cukraus kiekis kraujuje tuojau palieka tas pats (tatai rodo, kad insulinas pats nekaltas dėl hypoglykėmijos; arba insulinas turi kelis veikimo punktus).

× **Hypoglykėmijoje** (po insulino) pasitaiko ir psychinių sutrikimų: epilepsija ir jos ekvivalentai, sujaudinimai, poroiomanija. Insulinas turi šarmišką veikimą. Šarmų pagelba galima sukelti epilepsiniai priepuoliai, Reikia manyti, kad ir genuininių epileptikų dalis yra hypoglykėmikai.

× **Hypofyzinė hypoglykėmija** — naujas ligos vaizdas. 2 atsitikimai, turį rentgenologiškai pakitėjusį sella turicica, gaudavo dažnai stuprorozines būkles, kurių metu cukraus kiekis kraujuje būdavo sumažėjęs.

× **Abstinencijos (morfinistų) nusiskundimų** esmė ne kas kita, kaip vandens apykaitos organizme sutrikimas. Morfinistams chronikams, kurie nebegauna daugiau morfio, kraujuje susilaiko perdaug vandens. Nuo šitos hydrėmijos pareina žinoma morfinistų hypurija (permaža šlapimo). Abstinencijos nusiskundimai yra tuo būdu lyg ir nusinuodijimas vandeniu. Labai geras vaistas nuo šitų nusiskundimų yra euphyllin'as (diureticum). 12-oje chron. morfinizmo atsitikimų euphyllin'o pagelba lengvai pavyko atpratinti pacijentai nuo morfio. Hydrėmija euphyllin'o pagelba pašalinama.

× **Prognozei hypertonijoje** yra svarbesnis d i j a s t o l i n i s (minimalinis) kraujoslėgis, negu systolinis (maksimalinis). Esant dijastoliniam slėgimui aukščiau kaip 130—150 mm. Hg., prognozė jau bloga. Ir vien tik dijastolinio slėgimo padidėjimas, nepadidėjus systoliniam slėgimui, yra negeras ženklas.

(Paimta iš „Jahreskurse für ärztliche Fortbildung" 1931, II ir III, Rundschau).

Dr. O. Pūdymaitis,

× **Apie savarankišką pagijimą nuo helminthiasis.** D-ras Keller, vaikų poilsio namų Amerikoj vedėjas, ištyrė visus vaikus, įstojusius į poilsio namus, kurie turėjo pavyzdingai įtaisytą vandentiekį, išeinamas vietas, pavyzdingą skalbyklą ir prausyklą. Iš 500 įstojusių į šiuos namus vaikų 5% buvo apkrėsti askaridomis, 6,5% trichocoephalus dispar ir mažesnis procentas turėjo soliterį. Praėjus vieneriems metams ir 2 mėnesiams, tyrimai buvo pakartoti visiems anksčiau įregistruotiems vaikams, kaipo sergantiems helminthiasis. Pasirodė, kad visi vaikai, turėję askaridas, pasveiko ir nebeturėjo jokių kiaušinėlių in foeces, kitaip tariant, jie visi pasveiko visai negydomi. Iš sergančių trichocoephalus'u pasveiko 75% ir iš sergančių soliteriu 60%. Iš to galima padaryti išvada, kad, begydant ligonius sergančius helminthiasis'u ir norint apsaugoti juos nuo pakartotinių apsikrėtimų, reikia atkreipti didelis dėmesys į kūno švarumo palaikymą, nes vien tik švara gali pagydyti nuo helminthiasis. („Med. Kl." 1931. Nr. 49). *Dr. S. Laurinavičius.*

× **Įvairūs kirminų tyrimai.** Apie askaridiasis gydymą pranešami eksperimentiški tyrimai iš Rostoko vaikų klinikos. Buvo išmėginti įvairūs vaistai kiaulių ir kitų gyvulių askaridoms išaiškinti, kurie iš vartojamų vaistų greičiausiai paveikia—suparalyžiuoja ir nužudo askaridas. Pasirodė, kad ol. chenopodii skiedinyj 1:4.000 kirminai žūsta po kelių minučių, tymolio skiedinyj 1:3200 — po $1^1/_2$ val. Nuo seno vaisto santonino kirminai tik apsvaigsta, bet kiek laiko praėjus vėl atgyja. Todėl santonino veikimas pasirodo tik tais atvejais, kai apsvaiginti kirminai išvaromi iš žarnų stipriais vidurių paleidžiamais vaistais. Gelonida alumin. subacetic. parodo veikimą po 7 valandų, o nuo helminalio ir allisatino po 30 valandų kirminai pasilieka nesužaloti. Daukarysat'o 50% skiedinys sužaloja kirminus. Tuo būdu geriausias vaistas lieka ol. chenopodii, ir tik reikia surasti būdas, kaip išvengtume nemalonaus pašalinio veikimo (Nebenwirkungen). („Jahrb. f. Kinderheilk". 1931. gruodžio m.). *Dr. V. Tercijonas.*

Iš medicinos draugijų veikimo.

KAUNO MEDICINOS DRAUGIJOS 1931 M. XI. 6 D. POSĖDIS.

I. Naujų narių priėmimas.

Slaptu balsavimu priimti šie nauji d-jos nariai: d-ras V. Alseikienė, d-ras Augevičius ir d-ras I. Skliutauskas.

II. Ligonių ir patologinių preparatų demonstravimas.

1. Dr. Kuzma praneša apie sunkios **aeorofagijos gydymą.** Pacijentė hysterikė visuomet ryja orą. Jos pilvas buvo bent 3 kartus didesnis negu normaliai. Gydymui pavartotas plonas kateteris pro nosį ar burną ir dujinis vamzdelis į rectum. Išėjo nepaprastai daug dujų, taip kad kiti pacijentai iš laukiamo kambario pradėjo bėgti. Per 20 minučių visos dujos buvo išėjusios.

2 Dr. Kanauka demonstruoja **tuberkuliozinio inksto** preparatą (pats ligonis pasveiko ir išsirašė). Liga turėjo pyelonephrosis intermittens vaizdą: pūlingas šlapimas, paskui šlapimas šviesėja, bet karštis kyla, vadinas, ureteris yra užsikimšęs. Pavyko tik chromocystoskopija, nes pūslės talpumas buvo permažas. Bakterijologiškai nerasta nei tbc. bacillų nei gonokokkų, tik histologiškai ištyrus pašalintą inkstą, jame susekta tbc.

3. D-ras Kanauka demonstruoja visą eilę **pyelogramų,** padarytų **abrodil'io** pagelba.

4. Dr. Kanauka demonstruoja dar mažą **calculus geldelėj;** išimtas inkstas su abcesais.

5. Dr. Gilde-Ostachovienė praneša apie rastą makštyse (vaginoje) pas 8 metų mergaitę **termometro etui dangtelį,** kurį ji sau, matyti, onanizmo tikslu įsikišo į makštis ir paskui užmiršo. Ilgainiui, po 2 metų, aplink jį susidarė akmuo, kuris spaudė užpakalinę uretros sienelę prie orificium internum. Šlapimas tekėdavo į vaginą ir tuo būdu pasidarė inkontinencija. Atsitikimas bus aprašytas „Medicinoje". Čia pat primenama apie įvairiausius daiktus, rastus makštyse. Vagina taip pat būna naudojama kaipo „seifas" brangenybėms slėpti ir karo metu špionažui.

Dr. Kanauka. Mergaitė buvo perduota man operuoti. Patariau padaryti r-mą, kuri parodė kiaušinio didumo akmenį. Jo viduje matomas daiktas, panašus į termometro etui galą. Pasirodė, kad ten buvo fistulė 1 cm didumo, kuri buvo operuota. Su nevisai dar užgijusia fistule mergaitė išsirašė iš klinikos.

Dr. Kuzma. Atnešiu ir aš visą kollekciją daiktų, rastų vaginoje. Čia pasitaiko rasti įvairiausių, stačiai netikėtų dalykų.

Prof. Mažylis. Vis dėl to man nevisai aišku, kuriuo būdu galėjo susidaryti tasai akmuo makštyse.

Dr. Gilde-Ostachovienė. Etui padarė fistulę, pro kurią tekėjo šlapimas į makštis ir tuo būdu susidarė akmuo. Makštys tapo šlapimo rezervuaru.

Dr. Goldbergas. Ir man teko pašalinti iš vaginos įvairiausių daiktų, net kroketo rutulys.

6. Dr. Goldbergas demonstruoja ilgą **kraujo coagulum,** panašų į kirminą. Ligonė manė, kad su šlapimu bus išėjusi „gyvatė". Coagulum susidarė ureteryje dėl hematurijos iš inksto.

III. Pranešimai.

1. Prof. Vinteleris daro pranešimą **„Apie jeknų cirrozę",** kartu pranešdamas ir apie Tarptaut. geografinės patologijos d-jos kongresą, įvykusį 1931 m. spalių mėn 8 — 10 d. Ženevoje. Šitas pranešimas bus išspausdintas „Medicinoje".

Dr. Ciplijauskas. Nurodytas prof. Vintelerio kepenų cirrozių procentas pas mus Lietuvoje, kur gana daug geriama degtinės, atrodo lyg permažas (1%).

Prof. Vinteleris. Ir pats tikiu, kad procentas yra permažas, bet naudojausi vien sekcine medžiaga, kuri duoda tikslesnius duomenis negu kliniška medžiaga. Ateity dar turėtų būti įtraukta į statistiką ir teismo medicinos katedros sekcinė medžiaga.

Dr. Nasvytis praneša apie vieną cirrhosis hepatis atrophicans atsitikimą, buvusį karo ligoninėje. Tat yra pirmas kepenų cirrozės preparatas prof. Vintelerio kolekcijoje.

Dr. Terciionas. Pranešėjo minėtas manganas, kaipo viena iš cirrozę sukeliančių priežasčių. Kuriuo būdu manganas buvo įduotas?

Prof. Vinteleris. Mangano chloridas buvo leidžiamas į kraują. Jisai sukėlė ne tik cirrozę, bet ir nerviškus reiškinius. Įdomus cirrozės sąryšis su tuberkulioze. Berlyno patologui prof. Rössle'i teko skrosti nelaimingi, mirę Liubeke, vaikai, kuriems buvo įduota B. C. G. bacillų. Čia rasta didelis procentas kepenų cirrozių.

2. Dr. Kuzma skaito pranešimą: **„Po bilateralinės epididymektomijos spermos praeinamumas".** Pranešimas bus išspausdintas „Medicinoje".

Dr. Kanauka. Man atrodo, kad tbc. susirgimas liečia ne vien epididymį, bet ir testis, ir germinatyvės funkcijos jau reikia paaukoti radikalumo dėliai.

Dr. Kuzma. Esant aiškiai tuberkuliozei aš dar niekuomet nedariau ir nedaryčiau tokios operacijos. Čia buvo įtarimas dėl sporotrichozės, bet patolog. institutas įtarė tbc.

Prof. Mažylis. Įdomus pats faktas, kad vienam iš mūsų chirurgų pavyko tokia operacija. Apvaisinimas dažnai sutrukdytas ir mes iki šiol nežinojome kas daryti.

Kauno Medicinos D-jos Valdyba.

Projektas.

Kauno miesto tarybos privalomas įsakymas cukrainėms ir kavinėms laikyti.

(Sanitarijos atžvilgiu).

I. Bendrieji dėsniai.

1. Cukrainėmis ir kavinėmis vadinamos viešosios užeinamos suvartotinų vietoje maisto dalykų ir gėrimų parduotuvės, kur daugiausia parduodami ir vietoj suvartojami cukrainių gamyklų dirbiniai ir nealkoholiniai gėrimai.

Pastaba. Iš cukrainių ir kavinių nedraudžiama pardavinėti minėti dalykai ir išsinešimui.

2. Cukrainė ir kavinė galima laikyti, tik gavus iš Kauno miesto burmistro leidimą raštu.

II. Būstas.

3. Pirmosios rūšies cukrainė ir kavinė turi turėti bent du švariu kambariu lankytojams su staliukais ir kėdėmis, ne mažesnio bendro grindų ploto kaip 60 ktv. metrų ir ne žemesnio kaip 3 metrų aukščio.

4. Antrosios rūšies cukrainė ir kavinė gali turėti lankytojams vieną švarų kambarį ne mažesnio kaip 30 ktv. mtr. grindų ploto ir ne žemesnio kaip 3 mtr. aukščio.

5. Virtuvė turi būti atskirta nuo lankytojų kambarių koridorium arba priemenėle su dvejomis sandariomis durimis ir sandariomis sienomis, kad virtuvės kvapai neitų į lankytojų kambarius.

Virtuvės langai turi būti atidaromi ir jos vėdinimas turi būti pakankamas, kad nesirinktų joje dūmai ir garai. Virtuvėj turi būti praustuvas su muilu ir švariais rankšluosčiais.

6. Cukrainės ir kavinės išvietės turi būti šiltos, praplaujamos, atskirtos nuo lankytojų kambarių bent dvejomis sandariomis durimis. Išvietė negali turėti iš virtuvės įėjimo.

7. Visi cukrainės ir kavinės kambariai lankytojams turi būti betarpiai sujungti, durys tarp kambarių nuimtos; lankytojų kambariuose neturi būti uždaromų kamaraičių, užkambarių, širmomis atskirtų kampelių. Nuo gyvenamojo buto cukrainės ir kavinės būstas turi būti atskirtas bent užrakintomis durimis.

8. Lankytojų kambariai turi būti pakankamai dienos šviesa apšviesti ir gerai vėdinami.

9. Sienos turi būti ištinkuotos, šviesiai nudažytos arba išbaltintos, arba šviesiais apmušalais apmuštos. Lubos taip pat turi būti švarios, išbaltintos arba nudažytos.

10. Grindys turi būti sandarios, nepermirkstamos, lengvai valomos ir visuomet švariai laikomos.

11. Langai turi būti nudažyti, atidaromi, švariai laikomi.

12. Įėjimas turi būti iš gatvės, nuo sutemų iki darbui pasibaigiant dirbtine šviesa apšviestas.

13. Stalai, kėdės ir kiti baldai turi būti lengvai valomi, švariai laikomi. Minkšti baldai draudžiami.

14. Lankytojų kambaryj turi būti švariai laikoma pridengiama spjaudyklė.

15. Cukrainės būste žmonėms miegoti ir gyvuliai (šunes, katės) laikyti neleidžiama.

16. Pardavykloje turi būti iškabinta: parduodamų prekių kainos, Kauno miesto savivaldybės privalomas cukrainėms ir kavinėms laikyti įsakymas, Kauno miesto burmistro leidimas, plakatai „Liesti rankomis valgomieji daiktai draudžiama", „Spjaudyti ant grindų draudžiama", — o taip pat ir kitokie Kauno miesto burmistro įsakyti cukrainėse ir kavinėse pakabinti skelbimai. Be to, pardavyklos sienoje turi būti pakabintas sieninis, teisingai einąs, laikrodis, o visuose lankytojams kambariuose — sieniniai teisingi termometrai.

17. Lankytojų kambariuose temperatūra turi būti ne žemesnė, kaip 17,5°C. (14°R).

18. Cukrainėj ir kavinėj galima laikyti muzikos griežėjai, orkestrai, muzikos instrumentai ir aparatai, radio-aparatai, taip pat nedraudžiama laikyti ir naudotis leidžiamaisiais lošimais ir jiems įtaisais, k. a.: šachmatai, arcabos, biliardas ir kt.

Pastaba. Biliardui turi būti atskiras, nevalgomas kambarys, kur turi būti pakabinta biliardo taksa ir sieninis laikrodis.

19. Būste ir atskirose jo dalyse visuomet turi būti švaru, oras turi būti tyras, neturi būti vabzdžių.

20. Cukrainių dirbinių gamyklos laikymas reguliuojamas kepykloms laikyti nuostatais.

III. Tarnautojai.

21. Tarnautojai savo darbą atlikdami turi būti švariomis rankomis ir panagėmis, privalo dėvėti skalbiamus baltus apsiaustus arba prijuostes ir baltas skalbiamas kepuraites arba skepetaites.

22. Negali tarnauti ir dirbti asmenys, neišskiriant įmonės vedėjo, sergantys apkrečiama arba bjauria žiūrėti liga.

Pastaba. Sąrašas ligų, kurios neleidžia cukrainėj ir kavinėj atlikinėti patarnavimus, yra pridėtas prie šio įsakymo skyrium.

23. Cukrainės vedėjas turi ne vėliau kaip per 24 valandas nuo susirgimo pastebėjimo pranešti Kauno miesto burmistrui arba vietos policijos viršininkui apie kiekvieną aštriąja apkrečiamąja liga susirgimą tarp cukrainės arba kavinės personalo.

24. Kauno miesto savivaldybės gydytojas turi teisės tikrinti cukrainės arba kavinės personalo sveikatą arba reikalauti iš jo sveikatos patikrinimo pažymėjimo, gauto iš turinčio medicinos praktikos teises gydytojo. Tokie pažymėjimai gali būti įrašyti į sanitarinę knygutę be žyminio mokęsčio apmokėjimo.

IV. Dirbiniai.

25. Parduodami maisto dirbiniai ir gėrimai turi būti geros rūšies, padirbdinti cukrainės gamykloje arba imami iš kitų Kauno m. burmistro leistų gamyklų.

26. Draudžiama gaminti, laikyti ir pardavinėti netikri (falsifikuoti), atskiesti, nešvarūs, suplėkę, supelyję, apkartę ir bendrai sugedę maisto dalykai ir gėrimai, o taip pat — turį savyje ligų mikrobų, žalingų žmonių sveikatai dažų arba kitokių nesveikų dalių.

27. Draudžiama laikyti ir vartoti indai ir naminės apyvokos daiktai, k. a.: kilimai, uždangalai, apmušalai ir kt., padirbdinti iš žalingos žmonių sveikatai medžiagos.

28. Draudžiama pardavinėti ir laikyti saldainiai, šokoladas ir kit. cukrainių dirbiniai, įvynioti į apvalkalus, turinčius savyje žalingų žmonių sveikatai dalykų, k. a.: arsenikas, švinas, varis ir kt.

29. Parduodami dirbiniai laikomi indaujose uždaryti arba tinkleliais ir stiklais nuo musių ir dulkių apdengti. Liesti rankomis valgomieji daiktai draudžiama. Paimtieji pyragėliai, bulkutės, tešlaitės grąžinti neleidžiama. Tešlaitės, pyragėliai, keksai, bulkutės paduodamos pirkikams tam tikromis paduoklėmis arba žnyplėmis.

VI. Atsakomybė.

30. Kiekvienoj cukrainėj arba kavinėj turi būti vedėjo žinioje gauta iš Kauno miesto savivaldybės, Kauno miesto burmistro parašu patvirtinta, sanitarinė knygutė, kurion įrašomi sanitarinės priežiūros personalo apsilankymai, pastabos, perspėjimai, o taip pat gali būti įrašyti personalo sveikatos patikrinimai.

31 Už tvarką atsako asmuo, gavęs iš Kauno miesto burmistro leidimą laikyti cukrainę arba kavinę.

Jei cukrainė pereina į kitas rankas arba persikelia į kitą būstą, tai tuojau turi būti pranešta Kauno miesto burmistrui, iš kurio turi būti gautas naujas leidimas laikyti cukrainę arba kavinę.

32. Šitas įsakymas įsigalioja nuo ateinančių po jo paskelbimo metų vasario 1 dienos.

33. Kauno miesto tarybos 1923 mt. gruodžio m. 10 d. privalomojo nutarimo straipsnis 85-as ir kas liečia cukraines straipsnių 87 ir 88 šitam įsakymui įsigaliojus nustoja veikę.

34. Šitam įsakymui nusikaltę gali būti Kauno miesto burmistro baudžiami iki 500 litų pinigine bauda arba gali būti traukiami teismo atsakomybėn.

Dr. K. Grinius,
Medicinos ir sanitarijos skyriaus vedėjas gydytojas.

1931. X. 29 d.

Bibliografija.

Prof. Dr. Eugen Kisch (Aerztlicher Direktor des „Instituts der Stadt Berlin für Knochen- und Gelenkkranke“ und der Heilanstalt für äussere Tuberkulose in Hohenlychen). **Medizin. Gymnastik und Pädagogik im Kampfe gegen die Tuberkulose (harmonische Behandlung), mit einem Vorwort von Geh. Med. Rat. Prof. Dr. A. Bier**, mit 49 Abbildungen und 34 Röntgenbildern. 1930, Georg Thieme Verlag, Leipzig. Gr. — 8⁰. 83 Seiten. Geheftet M. 5,90, in Halbleinen gebunden M. 7,30.

Džiovos problema pas mus Lietuvoje daugeliu atžvilgių buvo ir yra labai aktuali: kuo ne kiekviename žingsnyje tąja ar kita forma tenka susidurti su ja ir praktikos gydytojui ir sveikatos bei sanitarijos administracijai ir, žinoma, nekalbant jau apie specijalias tam gydymo įstaigas. Todėl džiovos gydymui bei profilaktikai kiekvienas svarbesnis žingsnis bei pasisukimas vertas ir platesnio dėmesio.

Bernhard'o ir Rollier'o helijoterapijos padariniai yra sudominę, kaip žinoma, ne vien tik Šveicariją, bet ir daugelį artimesnių bei tolimesnių valstybių. Nestebėtina, kad pasipylė nemaža ligonių į Šveicarijos kurortus bei sanatorijas iš įvairių kraštų. Tačiau ekonomišku atžvilgiu kiek-

viena valstybė yra suinteresuota savus ligonius gydyti savo krašte. Minimo čia veikalo autorius jau seniai yra daręs pastangų pritaikinti bei surasti būdus tuberkuliozei gydyti vietoje, t. y. Vokietijoje, o ne siuntinėti ligonius kitur, pav. Šveicarijon. Prof. E. Kisch'o inicijatyva buvo įsteigta 1914 m. Hohenlychene palai Berlyną atskira ligoninė - sanatorija chirurginei tuberkuliozei gydyti. Iš pradžių šita gydymo įstaiga turėjo 30 lovų. Vėliau, padidinus lovų skaičių ir iki 300 vistiek visų ligonių sutalpinti nepavyko ir dėl to griebtasi kitų priemonių — įsteigta „Institut der Stadt Berlin für Knochen und Gelenkkranke". Panaudota buvo tam viena iš buvusių belaisvių stovyklų Berlyno mieste, perdirbant, žinoma, daugiau ar mažiau trobesius ir pritaikant esamą stovyklos aikštę. Minimame institute pasiryžta ambulatoriškai gydyti tie tuberkuliozininkai, kurie gali vaikščioti, t. y. sergantieji limfinių liaukų, odos, kaulų ir sąnarių viršutinių galūnių, galvos kaušo, ryšakaulio ir šonkaulių tuberkulioze, kas, esą, sudaro apie 30% visų tuberkuliozininkų.

Prof. E. Kisch yra šalininkas konservatyvaus gydymo, todėl apie jį tik šitame veikale ir tekalba. Pirma eile apsistojama prie helijoterapijos ir gydymo atvirame ore (Freiluftbehandlung), kaipo svarbiausio faktoriaus. Autorius, kaip yra paskelbęs ir kituose savo darbuose, į helijoterapiją žiūri savaip. Jo nuomone, saulės spindulių veikimas — tat hyperėmijos veikimas, todėl priduodamas daugiausia reikšmės infraraudoniesiems, t. y. šilimos spinduliams, jisai yra sukonstruktavęs ir savo švitinamąjį aparatą; vadinamai dirbtinei kalnų saulei, kuri veikia kuone išimtinai ultravijoletiškais spinduliais, priduodama daug mažiau reikšmės.

Be saulės ir oro, daug dėmesio kreipiama gimnastikai. Instituto gimnastikos ir sporto vedėju paskirtas asmuo, baigęs „Deutsche Hochschule für Leibesübungen". Mankštos ligoniams nesigailima. Mediciniška priežiūra bei individualizavimas kiekvienu atsitikimu vedami stropiai; gimnastikos bei sporto pratimai stiprina pasilpusią džiovininkų muskulatūrą ir daugeliu atžvilgių teigiamai veikia ir patį organizmą.

Kadangi daugelis ligonių — jaunimas, tai susirūpinta jo mokinimu. Paruošta jiems atskira programa bei metodika. Prie instituto yra vienas direktorius ir 5 mokytojai. Užsiėmimai vedami, neatsižvelgiant į metų laikotarpius, atvirame ore (Freiluftschule), ar visai lauke, ar stogu pridengtose verandose. Apmokinimas veikia teigiamai ligonių psychiką bei nuotaiką ir įgalina metų eigoje, nežiurint į kaikurių susirgimą, neatsilikti apmokinime; užbaigę gydymą, jie gauna išeito mokslo pažymėjimus ir gali be kvotimų stoti į atitinkamus normalių mokyklų skyrius bei klases.

Ligoniai neatitraukiami ir nuo savo šeimų; institute jie būna nuo $8^1/_2$ ryto iki 5 val po piet. Čia gauna ir maistą: $^1/_4$ ltr. pieno priešpiečiams, pietus (jie gaminami taip, kad būtų kuo daugiau vitaminų) ir pavakarei $^1/_2$ ltr. pieno ir bulkutę. Tiek gydymas, tiek ir išlaikymas yra ligoniams visai nemokamas.

Prof. E. Kisch yra išdirbęs atskiras schemas helijoterapijos, taikomos ambulatoriškai džiovininkams, technikai. Kadangi ne visi vienodai pakelia saulės spindulių veikimą, tai nevienodai taikoma ir helijoterapija. Pav., asmenys, turį daugiau odos pigmento, kaip kad juodplaukiai bei tamsiaplaukiai, greičiau prisitaiko bei pripranta saulės spindulių veikimui negu šviesiaplaukiai bei raudonplaukiai. Tuo remiantis vartojamos ir atskiros schemos švitinimui. Žinoma, atsižvelgiama ir į tai, kad ligoniai sunkiau prisitaiko saulės spindulių veikimui negu sveikieji.

Paprastai daugelio manoma, kad helijoterapija plaučių tuberkuliozei gydyti nevartotina, nes gali įvykti plaučių hyperėmija, eo ipso, haemoptoe, resp. patologinio proceso pablogėjimas. Prof. E. Kisch, pasirėmęs savo patyrimais iš stebėtų jo daugiau kaip 200 sunkių plaučių džiovos atsitikimų, gydytų helijoterapija, mano, kad čia tatai kaip tik parodytina, nes duoda gerus padarinius; tik taikant helijoterapiją plaučių tuberkuliozei gydyti reikalingas tam tikras atsargumas; autorius patiekia ir čia savotišką schemą švitinimui. Šituo reikalu autoriaus ruošiamasi išleisti atskiras platesnis darbas.

Prof. E. Kisch, jo inicijatyva įsteigtame institute rasiektais padariniais, savo gydymą vadina harmonišku gydymu, yra gavęs visai gerų rezultatų esant net sunkioms tuberkuliozės formoms; pasiekti padariniai yra ne blogesni kaip pasiekiami Šveicarijos kalnuose ir neblogesni kaip ir Hohenlychene. Gydymo vietoje pranašumas yra dar tas, kad pasiekti išgijimai yra pastovesni ir duoda mažiau recidivų, negu atsitikimai gydyti kitame klimate.

Netenka abejoti, kad kovai su džiova minimas čia prof. E. Kisch'o darbas turi ne tik teoretiškos, ret ir rimtos bei didelės praktiškos svarbos.

Gyd. L. Kenstavičius.

Kronika.

NEKROLOGAI.

× **Mirė:** 1) Vienoje prof. Guido Holzknecht, vienas iš rentgenologijos pijonierių, 60 metų amžiaus. — 2) Paryžiuje garsus endokrinologas prof Emil Gley, 73 metų amžiaus. — 3) Vienoje prof. Ernest Fuks, buvęs Vienos universiteto akių ligų katedros vedėju nuo 1915 m. Jisai yra parašęs daug įvairių vadovėlių iš oftalmologijos srities. — 4) Berlyne prof. Kurt Strauch, teismo medicinos katedros ved., nepabudęs iš narkozės po operacijos (kojos amputacijos).

A. a. DAKTARAS HENRIKAS LAVCEVIČIUS

(Nekrologas).

A. a. d-ras Henrikas Lavcevičius.

Velionis d-ras Henrikas Lavcevičius gimė 1855 m. Jis yra kilęs iš Lavcevičių bajorų, kurių šeimyninis herbas yra sparnus išskėtęs vanagas. Ir,

tikrai, vėlionis savo smeigiančiu žvilgsniu, savo kūno sukirpimu, savo statūra visiškai atitiko savo šeimyniško herbo — išdidaus paukščio paveikslą. Toks jisai buvo visą ilgą gyvenimą. Nors mirė eidamas 76-tus metus, bet buvo ir paliko laiko ir sunkaus gyvenimo nesulenktas.

Baigęs Šiaulių gimnaziją, išvyko į Petrogradą ir įstojo į Karo medicinos akademiją, kurią baigė 1882 m. Jo mokytojais buvo pasaulyje garsūs klinicistai, k. a.: Zacharjin, Botkin ir kt. Baigęs mokslą, grįžo į Lietuvą ir apsigyveno savo šeimyniniame dvare, Dziduose-Demereckiuose. Tasai dvaras yra 5 kilometr. atstumo nuo Būbių, aukštame kairiajame Dubysos krante. Ten jisai pradeda praktiko gydytojo kelią. Būdamas gydytojas iš Dievo malonės ir turėdamas paaknkamą visapusišką pasiruošimą trumpu laiku įgauna didelį žmonių pasitikėjimą. Ir plačios apylinkės žmonių tarpe jisai tampa žinomas kaipo Laucius Demerickis. Tas vardas tarp žmonių pasiliko iki paskutinių dienų.

Po dviejų metų atsikelia iš savo dvaro į Šiaulius. Čia gyvena nuošaliai, ramiai dirbdamas pasirinktą darbą. Po kelerių metų darbo jisai tampa populiariausias plačios apylinkės gydytojas. Jaunatvėj užimtas pozicijas „Laucius Demerickis" sugebėjo išlaikyti iki pat mirties. Ir jeigu jo praktika kiek susiaurėjo, tai tik dėl to, kad metai, nors paviršutiniškai jį mažai paveikė, bet vis dėlto kankino jį bronchialė astma, diabetas ir kiti smulkesni susirgimai. Fyziškos sveikatos sąlygos neleido būti tiek judriam ir darbingam, kaip kad anksčiau. Bet neklysiu tvirtindamas, kad mirė dėl perdidelio įsikinkymo į darbą. 1931 mt. sausio mėn. pagaliau jisai suserga plaučių įdegimu. Nežiūrint senyvų metų, tą susirgimą pakelia palyginti lengvai. Karščiui nukritus jisai vos 5 dienas namie be ligonių iškenčia ir vėl pradeda gydymo darbą. Aš žinau, kad jis taip elgėsi neatsižvelgdamas į gydytojų patarimus. Kai jie išmėtinėjo ir smerkė jo savižudingą neatsargumą, jis sakydavo: „Aš negaliu kitaip. Aš ilgiuosiu darbo. Vistiek galas negriebs." Tasai darbo pasiilgimas, kuris yra padarinys įgimto jo darbštumo ir judrumo, o taip pat dešimtmečių įpratimo padarinys, ir buvo antroji mirtingo plaučių įdegimo priežastis. Vos tik pasitaisęs jisai pradeda gydyti namie, o keletui dienų praėjus pradeda važinėti į miestą. Bet tos darbo dienos buvo paskutinės, nes, susirgęs antrakarčia bronchopneumonija, jisai mirė 1931 m. vasario mėn. 16 d. $2^1/_2$ val. ryto. Vasario mėn. 16 d. buvo išvežtas į savo dvarą — Dzidus ir vasario 18 d. tapo palaidotas šeimyniniame kapinyne — rūsyj šalia, jau anksčiau mirusių, dviejų savo dukterų ir bočių.

Ilgus metus (49) bedirbdamas gydytojo darbą, vėlionis įsigijo daug sympatijų iš visų tautų žmonių. Apie tat galime spręsti iš didelės minios žmonių, susirinkusių atiduoti jam paskutinę pagarbą, o taip pat iš nuomonės, kurią sukūrė savo darbais ligoniams ir vietiniams gydytojams. Ilgai žmonės geru žodžiu minės „Laucių Demereckį".

Vėlionis paliko našlę, tris sūnus ir vieną dukterį. Velionis buvo gal griežtas, bet tuo pat laiku rūpestingas tėvas.

Dr. D. Jasaitis.

A. A. D-RAS VILHELMAS-VASYLIUS ŠTEINAS.

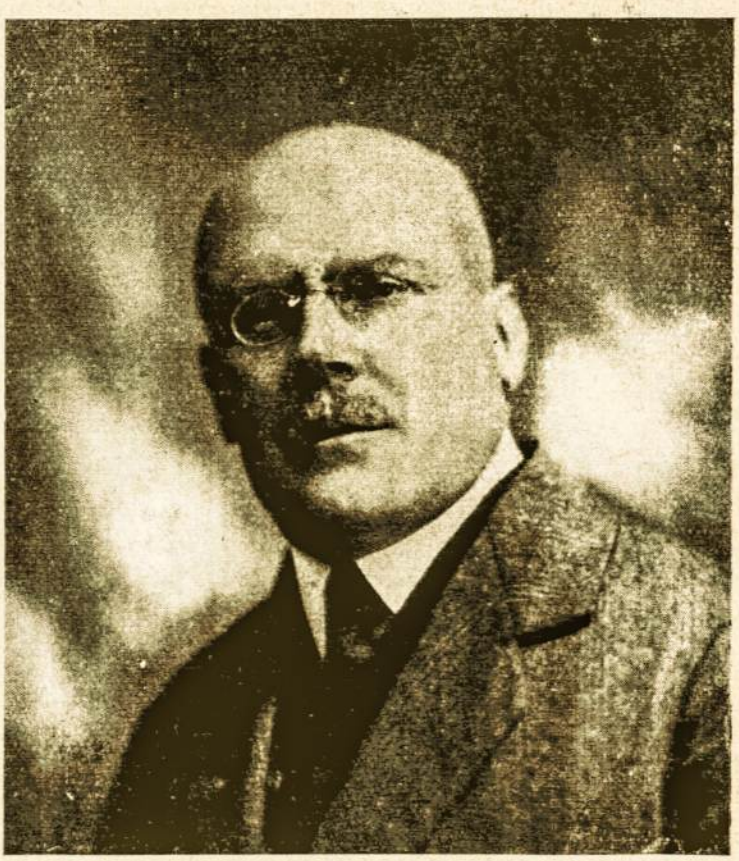
(Nekrologas).

A. a. d-ras Vilhelmas-Vasylius Šteinas gimė 1877 metais Keitučių dvare, Želvos v., Vilkmergės apskr.

Išėjęs viduriniuosius mokslus Petrograde, vėlionis įstojo į Petrogrado karo medicinos akademiją, kurią baigė 1904 metais. Vos tik spėjęs gauti medicinos gydytojo diplomą, d-ras V.-V. Šteinas buvo išsiųstas į rusų-japonų karą. Šitam karui pasibaigus, vėlionis buvo paskirtas Astrachanio grenadierių pulko vyresniuoju gydytoju. Didžiojo karo metu, d-rui V.-V. Šteinui kartu su savo pulku teko dalyvauti kare: pulkas buvo sumuštas ir d-ras V.-V. Šteinas pakliuvo į nelaisvę. Karui pasibaigus grįžęs iš nelais-

vės, vėlionis buvo paskirtas Maskvos karo ligoninės vyresniuoju gydytoju. Čia bebūdamas jisai bolševikų buvo areštuotas.

Baigiantis 1922 metams d-rui V.-V Šteinui pavyko pabėgti iš bolševikų nelaisvės, ir jisai atsidūrė Lietuvoj, ketindamas apsigyventi savo gimtajame Keitučių dvare. Šitas sumanymas realizuoti vėlioniui nepavyko, nes Keitučių dvaras buvo paimtas valdžios žinion. Tuomet d-ras V.-V. Šteinas prisiglaudė netolimame pažįstamų dvarelyj, Aluntos v., Utenos apskr. Čia jisai pradėjo verstis privačia medicinos praktika, beturčiams teikdamas ją nemokamai. Uždirbtus pinigus jisai siųsdavo savo vaikams, likusiems SSSR-uose. Vėliau vėlionis apsigyveno Gruzdžiuose, Šiaulių apskr., kaip apskrities savivaldybės ambulatorijos vedėjas. 1928 metų vasarą d-ras V.-V. Šteinas persikėlė į Anykščius, Utenos apskr., kur išgyveno 2 metus, sėkmingai versdamasis privačia medicinos praktika. Praėjus 2 metams vėlionis, vėl Šiaulių apskr. savivaldybės pakviestas, apleidžia Anykščius ir apsigyvena Šaukėnuose, Šiaulių apskr., kaip Šaukėnų rajono ligoninės vedėjas.



A. a. d-ras Vilhelmas-Vasylius Šteinas.

Per paskutiniuosius metus d-ras V.-V. Šteinas kiek galėdamas dėjo pastangų, kad atgautų savo gimtąjį Keitučių dvarą ir kad parsigabentų pas save, į Lietuvą, savo skurstančius ir badaujančius SSSR-ruose vaikus. Bet tatai jam nepavyko padaryti, dėl ko jį varginusi širdies liga dar labiau pablogėjo. 1931 m. rugsėjo mėn. 25 d. vėlionis atgulė į lovą, iš kurios jau daugiau nebepasikėlė. D-ras V.-V. Šteinas mirė Karo ligoninėj, rodos, Kūčių dieną. Kalėdų antrą dieną buvo palaidotas Kauno katalikų kapinėse, dalyvaujant nedideliam artimų giminių, pažįstamų ir gydytojų būreliui, nes, per Kalėdų šventes neinant laikraščiams, apie a. a. d-ro V.-V. Šteino mirtį ir laidotuves nebuvo galima per laikraščius pranešti.

Vėlioniui tebus lengva Lietuvos žemelė!

J. St.

AUKŠTASIS MEDICINOS MOKSLAS.

× **Nauji medicinos gydytojai.** V. D. Univ-to Medicinos fak-to tarybos nutarimu, medicinos gydytojo diplomą yra gavę šie asmenys: Chazanavičius Ruvenas-Senderis, Plečkauskas Viktoras ir Stukas Bronius.

× **Nauji medicinos kandidatai:** Baraitė Rivka ir Vindzbergas Volfas.

× **Prof. P. Radzvicko vardo stipendijos** (po 200 litų per 9 mėn.) paskirtos šiems asmenims: med. kand. Mogeniui Kaziui, VIII sem. stud. med. Kocenui Česlovui, VI sem. stud. med. Skleniui Baliui, Petrikui Juozui ir Skibniauskui Vytautui.

× **Vidaus ligų klinikos asistentas gyd. V. Tiškus** išrinktas dar trejiems metams vidaus ligų klinikos asistentu.

× **Gyd. Br. Sidaravičiaus disertacija** „Odos allergija ir jos gydymas" V. D. Univ-to Medicinos fak-to tarybos nutarimu pripažinta tinkama prileisti ginti ją. Oficialiais oponentais paskirti: prof. J. Karuža, prof. E. Vinteleris ir doc. Pr. Oželis.

× **„Kadijologijos pritaikymo gynekologijai"** kursą (1 val. savaitėje) paskirtas dėstyti d-ras J. Ciplijauskas.

× **Prof. Eb. Landau,** V. D. Univ-to Medicinos fak-to histologijos ir embrijologijos katedros vedėjas, pakviestas į Lozanos (Šveicarijoj) univ-to medicinos fak-tą tos pat katedros vedėju. Prof. Eb. Landau ketina apleisti Kauną š. mt. balandžio mėn.

× **Dorpato univ-to vidaus ligų ir chirurgijos klinikos** taupumo sumetimais manoma kuriam laikui uždaryti.

× **Vienos prof. dr. Hans Lauber** pakviestas į Varšuvos univ-tą, į mirusio prof. Noiszewski'o vietą, oftalmologijos katedros profesorium ir akių klinikos direktorium.

KONGRESAI, DRAUGIJOS, PREMIJOS, VARIA.

× **Tarptautinė aklųjų kasa.** Paryžiuj įsteigta tarptautinė aklųjų kasa. Kasos steigime dalyvauja: Vokietijos, Dancigo, Anglijos, Prancūzijos, Belgijos, Danijos, Olandijos, Airijos, Italijos ir Pietų Afrikos aklųjų sąjungos, kurios į atidarymo iškilmę atsiuntė savo delegatus. Lėšos šitai kasai, kuri padės akliesiems, bus renkamos visam pasauly loterijų būdu. Tos loterijos, kur galima, bus jungiamos su arklių lenktynėmis. Pirma tokia su arklių lenktynėmis sujungta loterija bus surengta Liverpuly, kovo 18 d. .. „Elta".

× **Panevėžio ortopedinės pagelbos draugijos** visuotinis susirinkimas įvyko 1931 mt. gruodžio mėn. 12 d. Į valdybą išrinkti šie asmenys: G. Petkevičaitė, d-ras A. Didžiulis ir d-ras J. Vileišis.

× **Nobelio medicinos premijai** gauti kandidatu numatomas žymus gynekologas ir hormonų tyrinėtojas prof. B. Zondeck.

× **Liubeko gydytojų byloje** valstybės gynėjas pareikalavo svarbiausiems kaltinamiems prof. Deicke'i ir d-rui Alstaedt'ui po 3 metus kalėjimo, prof. Klotz'ui — 1 metus kalėjimo, o gail. seserį O. Schütz prašė pateisinti.

× **Klaipėda kovoja su šundaktaravimu.** Ikišiol Klaipėdos krašte, tenai tebeveikiančiais vokiškais įstatymais, visokių šundaktarių praktika nebuvo draudžiama. Tuo būdu Klaipėdos krašto šundaktariai ikišiol laisvai išnaudodavo ne vien tik Klaipėdos krašto gyventojus, bet taip pat ir atvykstančius į Klaipėdą iš įvairių Žemaitijos kraštų piliečius. Pagaliau tuo nenormalumu susirūpino atitinkami Klaipėdos krašto organai ir jau yra paruoštas įstatymo kovai su šundaktaravimu (Kurpfuschertum) projektas, kuris artimiausiame Klaipėdos krašto seimelio posėdyj bus svarstomas I skaitymu.

× **VI-tasis tarptautinis paveldėjimo problemoms spręsti kongresas** įvyks 1932 m. rugpjūčio m. 24 — 31 d. d. Naujorke.

× **Vienos Medicinos fakultetas ruošia tarptautinius kursus** 1932 m. vasario m. 15 — 26 d. d. apie vidaus ligų terapiją, ypatingai apie reumatizmą ir fyziškus gydymo būdus. Kreiptis į kursų sekretorių d-rą Kronfeld'ą, Wien I, Porzellengasse 22, arba į Kursbüro der medizinischen Fakultät, Wien I, Helferstorfer str. 1.

× **Gimimų skaičiui reguliuoti organizacija.** Vokietijoje, greta įvairių organizacijų, yra ir organizacija, kuri siekia, kad būtų reguliuojamas gimimų skaičius.

× **Teisė nunuodyti bevilti ligoni.** D-ras Millard iš Londono įsteigė draugiją, kurios tikslas — gydytojui duoti teisę nunuodyti bevilti ligoni, kurs su tuo sutinka. Šita draugija pageidauja, kad ligonis pats sau į burną nuodus priimtų.

× **Įsakymas dėl vivisekcijų.** Italijoj išleistas įsakymas dėl vivisekcijų, kurios pagal šitą įstatymą, tegalima bus daryti, jei jos bus naudingos medicinai ir bijologijai, gydytojams ir seniesiems (3-čiojo kurso) med. studentams. Vienas gyvulys tegalima bus tik vieną kartą vartoti. Prasižengę prieš šitą įstatymą bus baudžiami net iki 200 lirų.

MEDICINOS GYDYTOJŲ REIKALAIS

× **Reikalingi med. gydytojai:** 1) Kapčiamiesčio miesteliui ir valsčiui, Seinų apskr. Duodama subsidijos 200 lt. mėn. Kreiptis į vietos vaistinę. — 2) Mosėdžio miesteliui, Kretingos apskr. Valsčius duoda subsidijos 1.500 lt. metams. Kreiptis į vietos vaistinę. — 3) Plateliuose, Kretingos apskr. Duodama subsidija. Kreiptis į vietos vaistinę. — 4) Salako miesteliui, Zarasų apskr. Kreiptis į vietos vaistinę.

× **Alytaus apskr. sav-bės ligoninei tuojau reikalingas vedėjas** (vidaus ligų specijalistas). Pasiūlymai su curriculum vitae prašoma siųsti Alytaus apskr. valdybai.

× **Tauragės apygardos ligonių kasai reikalingas Raseiniuose medic. gydytojas.** Sužinoti apygardos ligonių kasoje Tauragėje.

× **Liet. Raudonojo Kryžiaus tuberkuliozinei sanatorijai,** kuri yra pastatyta Aukšt. Panemunės (Kaune) miške ir kuri jau baigiama rengti, yra **reikalingi gydytojas vedėjas ir jo padėjėjas.** Gydytojui vedėjui numatoma apie 1.000 lt. mėn. algos ir butas iš 5 kamb., o jo padėjėjui — apie 600 lt. mėn. algos ir butas iš 4 kamb. Gydytojai, norintieji šitas vietas užimti, pasiūlymus su savo curriculum vitae prašomi siųsti L. Raud. Kryž. pirmininko d-ro R. Šliupo (Kaunas, Daukanto g. 5) vardu.

× **Gyd. Pov. Legeckis** nuo 1931 m. XI. 15 d. paskirtas Kėdainių apskr. Grinkiškio rajono gydytoju.

× **Gyd. J. Jusionis,** buvęs Šv. Luko lig-nės Kaune asistentas, paskirtas Biržų apskr. sav-bės Joniškėlio ligoninės vedėju.

× **Gyd. A. Šarkis** paskirtas Zarasų apskr. sav-bės ligoninės vedėju.

× **Gyd. Alb. Milvidas,** ilgą laiką praktikavęs Šeduvoj, Panevėžio apskr., paskirtas Kauno m. sav-bės sanitariniu gydytoju.

× **Gyd. Al. Lukoševičius,** buvęs Zarasų apskr. sav-bės ligoninės vedėju, apsigyveno Jėzne, Alytaus apskr.

× **Ligoninės stažas jauniems medicinos gydytojams praktikos teises gauti** ikišiol buvo įskaitomas ir tuomet, kai jisai buvo atliktas dar neturint gydytojo diplomo. Ateityje šitas vienerių metų stažas turės būti atliktas tik gavus gydytojo diplomą, išskyrus laiką, atidirbtą V. D. Univ-to Medicinos fak-to klinikose, kuris bus įskaitomas ir tuomet, jei jisai buvo atliktas dar tebesant medicinos kandidatu.

× **Ar moterys, gimdančios ligoninėj, turi būti įregistruotos policijoje?** Šitas klausymas neseniai buvo sprendžiamas **Kauno apygardos teismo.**

Mat 1931 metais policija patraukė tieson Ryan'o ligoninės (Kaune, Šančiuose) vedėją gyd. N. Gildienę už neįregistravimą policijoj gimdančių jos vedamoj ligoninėj moterų. Taikos teisėjas nubaudė gyd. N. Gildienę 15 lit. pabaudos arba 1 para arešto.

Neseniai šita byla apeliacijos būdu buvo sprendžiama Kauno apygardos teismo, kuris su gyd. N. Gildienės advokato nuomone, kad gimdyvės, medicinos statutu einant, neturi būti registruojamos, nes jos (ypačiai merginos) dažnai turi intereso savo gimdymą laikyti paslaptyje, sutiko ir gyd. N. Gildienę išteisino.

× **A. a. gyd. Pr. Veito nusižudymas.** „Medicinos" 1931 mt. 10 num. kronikos nekrologų skyriuje buvo minėta, kad gyd. Pr. Veitas nusišovęs. Pasak laikraščio „Echo", jisai nusinuodijęs didele kokaino doze. Nusinuodijimo priežastim buvę nesusipratimai tarp gyd. Pr. Veito ir jo ekonomkos, kuri jį visokiais būdais eksploatavusi ir net spyrusi vesti ją.

× **Per 1930 m. Amerikoje mirė** 2.943 med. gydytojai, o per 1929 m. — 2.797 gydytojai ir per 1928 m. — 2.792 gydytojai. Iš mirties priežasčių pirmą vietą užima širdies ligos, antrą vietą — kraujo išsiliejimas smagenyse, trečią vietą — plaučių uždegimas, toliau nefritas, vėžys, arterijosklerozė, tbc. ir kt. („J. A. M. A." 1931, V. 96, Nr. 15).

× **1930 metais Japonijoj buvo** 48.804 med. gydytojai, iš kurių 43.676 užsmiiminėjo praktika. Dantų gydytojų buvo 15.573.

× **Anglijos naujojo kabineto sveikatos ministeris** Edward Hilton Young yra juristas.

DANTŲ GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Dantų gydytojas esąs reikalingas** Zarasuose.

× **Dantų protezės iš aliuminio vietoj aukso.** Rygos dantų gydytojų draugijos posėdyje neseniai dant. gyd. B. M. Lifčic darė pranešimą apie galimumą pakeisti auksą aluminiu dantų daubas protezuojant. Dantų protezės iš aliuminio keletą metų jau daromos SSSR. Buvo demonstruoti iš aliuminio dirbtiniai dantys, vainikėliai, nuimamos ir nenuimamos protezės; taip pat buvo atpasakota, kaip visa tatai iš aliuminio reikia gaminti. Debatuose buvo nurodyta, kad dabartinės krizės metu, kai valstybė aprėžia auksą protezėms ir kai gyventojai nebegali apmokėti brangiai kaštuojančių protezių, pakeitimas aukso aliuminiu gali būti aktualus.

MED. FELČERIŲ IR AKUŠERIŲ REIKALAIS.

× **Prityręs med. felčeris reikalingas** Platelių miesteliui, Kretingos apskr. Duodama subsidija. Kreiptis į vietos vaistinę.

× **Naujos akušerės.** 1932. I. 8—9 d. buvo akušerių-mokinių egzaminai: iš 23 mokinių buvo prileista prie egzaminų 16 ir visos išlaikė egzaminus, tik 2 dar turi atlikti papildomus 2 mėn. praktikos darbus. Likusioms 7 mokinėms bus padaryti egzaminai 1932 m. birželio mėn.

SVEIKATOS REIKALAI.

× **Sveikatos departamento įregistruota susirgimų limpamomis ligomis 1931 m. lapkričio mėn.:** typhus exanth. 9; typhus abdom. 54 (2); paratyphus 6; dysenteria 1; diphteria 89 (4); lepra 1; febris puerper. 22 (2); influenza 423; kokliušu 176 (2); morbilli 61; varicella 70; parotitis epid. 2; erysip. 44 (1); tuberc. 59 (1); trachoma 202; vener. ligomis 348 (lues 179, gonorrh. 166, ulcus molle 3); scabies 45; rubeola 3; septicopyaemia 4 (3); scarlat. 81; tetan. 1.

Kauno miesto ligonių kasos narių ir šeimos narių susirgimai (tiek darbingi, tiek nedarbingi) 1931 m. gegužės mėn.

Ligos	Narių				Šeimos narių								Iš viso			
	Vyrų	Mot.	Bendr.	%	Suaugusių			Vaikų				Bendrai	Vyrų	Mot.	Bendr.	%
					v	m.	b.	v.	m.	b.	%					
I. Alsuojamųjų organų ligos	347	265	612	15,0	17	167	184	169	158	327	17,8	511	533	590	1123	16,2
iš jų: a) bronchitas	207	127	334		8	75	83	124	113	237		320	339	315	654	
b) plaučių uždegimas	5	3	8		2	4	6	8	3	11		17	15	10	25	
II. Kraujo cirkuliacijos ir lymfos system. ligos	80	64	144	3,5	18	84	102	15	11	26	4,5	128	113	159	272	3,9
III. Kraujo ir medžiagos apykaitos ligos	75	254	329	8,1	8	124	132	85	107	192	11,3	324	168	495	663	9,5
iš jų: a) anaemia	69	213	282		3	92	95	47	67	114		209	119	372	491	
b) rachitas	—	—	—		—	—	—	29	25	54		54	29	25	94	
IV. Virškinamųjų organų ligos	393	279	672	16,5	9	176	185	125	143	268	15,8	453	527	598	1125	16,2
V. Šlapimo ir lyties organų ligos	44	219	263	6,5	6	210	216	9	12	21	8,3	237	59	441	500	7,2
VI. Nėštumai ir jų padariniai	—	155	155	3,8	—	170	170	—	—	—	5,9	170	—	325	325	4,7
iš jų: a) nėštumų	—	107	107		—	126	126	—	—	—		126	—	233	233	
b) abortų	—	26	26		—	32	32	—	—	—		32	—	58	58	
VII. Nervų systemos ligos	151	151	302	7,4	11	139	150	11	24	35	6,5	185	173	314	487	7,0
iš jų: a) neurasthenia	61	60	121		4	58	62	3	5	8		70	68	123	191	
b) psychinės ligos	3	—	3		—	—	—	—	—	—		—	3	—	3	
VIII. Akių ligos (iš-kyr. trachomą)	124	61	185	4,5	13	42	55	15	23	38	3,2	93	152	126	278	4,0
IX. Ausų ligos	98	66	164	4,0	4	35	39	22	18	40	2,8	79	124	119	243	3,5
X. Naujikai (augliai)	8	13	21	0,5	2	7	9	1	2	3	0,4	12	11	22	33	0,5
XI. Išorinių veiksnių ligos	101	51	152	3,7	7	15	22	21	15	36	2,0	58	129	81	210	3,0
iš jų: sužeidimai	16	9	25		—	—	—	3	3	6		6	19	12	31	
XII. Apsinuodymai	—	3	3	0,0	—	—	—	—	1	1	0,0	1	—	4	4	0,0
iš jų: profesiniai	—	—	—		—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	
XIII. Kaulų ir sąnarių ligos	158	139	297	7,3	16	80	96	24	15	39	4,7	135	198	234	432	6,2
iš jų: reumatizmas	40	52	92		4	28	32	3	2	5		37	47	82	129	
XIV. Limpamos ligos	104	77	181	4,5	7	37	44	72	68	140	6,4	184	183	182	365	5,3
iš jų: a) influenza	63	33	96		3	30	33	30	26	56		89	96	89	185	
b) šiltinės	4	1	5		—	—	—	—	—	—		—	4	1	5	
c) tymai	—	—	—		—	—	—	6	2	8		8	6	2	8	
d) raupai	—	—	—		—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	
e) vėjaraupiai	—	1	1		—	—	—	3	5	8		8	3	6	9	
f) difteritas	—	1	1		—	—	—	4	5	9		9	4	6	10	
g) skarlatina	—	—	—		—	—	—	5	8	13		13	5	8	13	
h) kokliušas	—	—	—		—	—	—	7	13	20		20	7	13	20	
i) pažandės	—	—	—		—	—	—	2	—	2		2	2	—	2	
j) trachoma	29	36	65		4	3	7	4	5	9		16	37	44	81	
XV. Tuberkuliozė	65	31	96	2,4	1	21	22	16	15	31	1,9	53	82	67	149	2,1
iš jų: a) plaučių tuberkuliozė	58	29	87		1	17	18	6	6	12		30	65	52	117	
b) skrophulosis	—	—	—		—	—	—	6	7	13		13	6	7	13	
XVI. Venerinės ligos	97	30	127	3,1	1	20	21	1	3	4	0,9	25	99	53	152	2.2
iš jų: a) syfilis I stadijos	18	9	27		—	11	11	1	2	3		14	19	22	41	
b) syfilis II „	19	11	30		—	4	4	—	—	—		4	19	15	34	
c) syfilis III „	3	1	4		1	—	1	—	—	—		1	4	1	5	
d) triperis	52	19	71		—	5	5	—	1	1		6	52	25	77	
e) šankeris	5	—	5		—	—	—	—	—	—		—	5	—	5	
XVII. Odos ir poodinių audinių ligos	187	144	331	8,1	3	66	69	49	45	94	5,7	163	239	255	494	7,1
iš jų: ekzema	30	29	59		—	8	8	9	10	19		27	39	47	86	
XVIII. Įvairios (nepažym. dijagnozės)	21	22	43	1,1	—	22	22	15	16	31	1,9	53	36	60	96	1 4
XIX.																
Iš viso	2053	2024	4077	100,0	123	1415	1538	650	676	1326	100,0	2864	2826	4115	6941	10 ',0
1931 m. gegužės mėn. 1 d. buvo narių ir šeimos narių	9282	7773	17 055		228	5343	5571	3469	3365	6834		12 405	12979	16 481	29 460	
Susirgimų % %	22,1	26,0	23,9				27,6			19,4		23,1	21,8	25,0	23,6	

Kauno miesto ligonių kasos statistikos ir spaudos skyrius.

Kauno miesto ligonių kasos narių ir šeimos narių susirgimai (tiek darbingi, tiek nedarbingi) 1931 m. birželio mėn.

Ligos	Narių				Šeimos narių								Iš viso			
					Suaugusių			Vaikų				Bendrai				
	Vyrų	Mot.	Bendr.	%	v	m.	b.	v.	m.	b.	%		Vyrų	Mot.	Bendr.	%
I. Alsuojamųjų organų ligos	326	269	595	14,9	6	106	112	161	152	313	23,5	425	493	527	1020	15,5
iš jų: a) bronchitas	171	84	255		3	52	55	130	115	245		300	304	251	555	
b) plaučių uždegimas	5	5	10		1	2	3	4	7	11		14	10	14	24	
II. Kraujo cirkuliacijos ir lymfos system. ligos	72	85	157	3,9	5	44	49	2	8	10	0,7	59	79	137	216	3,3
III. Kraujo ir medžiagos apykaitos ligos	96	244	340	8,5	—	102	102	66	92	158	11,9	260	162	438	600	9,1
iš jų: a) anaemia	87	224	311		—	84	84	40	64	104		188	127	372	499	
b) rachitas	—	—	—		—	—	—	18	21	39		39	18	21	39	
IV. Virškinamųjų organų ligos	317	293	610	15,2	3	167	170	188	182	370	27,8	540	508	642	1150	17,5
V. Šlapimo ir lyties organų ligos	50	273	323	8,1	2	226	228	8	18	26	2,0	254	60	517	577	8,8
VI. Nėštumai ir jų padariniai	—	95	95	2,4	—	159	159	—	—	—		159	—	254	254	3,9
iš jų: a) nėštumų	—	86	86		—	134	134	—	—	—		134	—	220	220	
b) abortų	—	5	5		—	8	8	—	—	—		8	—	13	13	
VII. Nervų systemos ligos	157	116	273	6,8	6	82	88	9	11	20	1,5	108	172	209	381	5,8
iš jų: a) neurasthenia	58	47	105		—	27	27	2	2	4		31	60	76	136	
b) psychinės ligos	1	—	1		—	—	—	1	—	1		1	2	—	2	
VIII. Akių ligos (išskyr. trachomą)	184	83	267	6,7	2	49	51	19	24	43	3,2	94	205	156	361	5,5
IX. Ausų ligos	63	50	113	2,8	3	19	22	15	13	28	2,1	50	81	82	163	2,5
X. Naujikai (augliai)	2	4	6	0,2	—	8	8	1	1	2	0,2	10	3	13	16	0,2
XI. Išorinių veiksnių ligos	116	58	174	4,3	1	22	23	27	9	36	2,7	59	144	89	233	3,5
iš jų: sužeidimai	110	49	159		1	18	19	22	7	29		48	133	74	207	
XII. Apsinuodymai	1	1	2	0,0	—	—	—	—	1	1	0,1	1	1	2	3	
iš jų: profesiniai	—	—	—		—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	
XIII. Kaulų ir sąnarių ligos	133	110	243	6,1	1	94	95	5	8	13	1,0	108	139	212	351	5,3
iš jų: reumatizmas	58	52	110		1	48	49	2	3	5		54	61	103	164	
XIV. Limpamos ligos	67	46	113	2,8	—	12	12	68	60	128	9,6	140	135	118	253	3,8
iš jų: a) influenza	36	21	57		—	9	9	40	28	68		77	76	58	134	
b) šiltinės	3	—	3		—	—	—	—	—	—		—	3	—	3	
c) tymai	—	—	—		—	—	—	2	2	4		4	2	2	4	
d) raupai	—	—	—		—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	
e) vėjaraupiai	—	—	—		—	—	—	4	6	10		10	4	6	10	
f) difteritas	—	—	—		—	—	—	1	1	2		2	1	1	2	
g) skarlatina	—	—	—		—	—	—	2	3	5		5	2	3	5	
h) kokliušas	—	—	—		—	—	—	4	7	11		11	4	7	11	
i) pažandės	1	1	2		—	—	—	—	—	—		—	1	1	2	
j) trachoma	19	17	36		—	2	2	3	6	9		11	22	25	47	
XV Tuberkuliozė	50	29	79	2,0	—	21	21	13	9	22	1,7	43	63	59	122	1,8
iš jų: a) plaučių tuberkuliozė	49	25	74		—	21	21	3	4	7		28	52	50	102	
b) skrophulosis	—	1	1		—	—	—	10	5	15		15	10	6	16	
XVI. Venerinės ligos	91	33	124	3,1	—	17	17	2	1	3	0,2	20	93	51	144	2,2
iš jų: a) syfilis I stadijos	27	9	36		—	5	5	2	—	2		7	29	14	43	
b) syfilis II „	1	3	4		—	3	3	—	—	—		3	1	6	7	
c) syfilis III „	1	1	2		—	2	2	—	—	—		2	1	3	4	
d) triperis	53	19	72		—	7	7	—	—	—		7	53	26	79	
e) šankeris	—	—	—		—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	
XVII. Odos ir poodinių audinių ligos	227	196	423	10,6	4	64	68	49	57	106	8,0	174	280	317	597	9,1
iš jų: ekzema	43	42	85		—	21	21	4	7	11		32	47	70	117	
XVIII. Įvairios (nepažym. dijagnozės)	34	31	65	1,6	1	27	28	24	26	50	3,8	78	59	84	143	2,2
XIX.																
Iš viso	1986	2016	4002	100,0	34	1219	1253	657	672	1329	100,0	2582	2677	3907	6584	100,0
1931 m. birželio mėn. 1 d. buvo narių ir šeimos narių	9437	7770	17207		240	5480	5720	3542	3439	6981		12701	13219	16689	29908	
Susirgimų % %	21,0	26,0	23,3				21,9			19,0		20,3	20,3	23,4	22,0	

Kauno miesto ligonių kasos statistikos ir spaudos skyrius.

× **Kauno m. sav-bės medicinos ir sanitarijos skyriaus įregistruota 1931 m. gruodžio mėn. susirgimų infekcinėmis ligomis:** vidurių šiltine 6, škarlatina 5, difteritu 7; dezinfekcijų butuose padaryta 14, ligoninėn išvežta 7 lig.

× **Valst. vaikų ligoninė persikėlė** į Kalno g. Nr. 34, į naujus gražius rūmus, kurie buvo skiriami Vatikano nuncijatūrai. Nauja vaikų ilgoninės būstinė, kad ir nėra didesnė už senąją, tačiau yra žymiai geresnė ir patogesnė, be to, ir sveikesnėj vietoj ji pastatyta.

× **Telšių žydų bendruomenės ligoninės** statyba jau yra įpusėjusi. Šita nedidelė, nes skiriama tik 16 lovų, bet visais atžvilgiais moderniška ligoninė statoma iš surinktų aukų. Statybai vadovauja gyd. Minuchinas.

× **Rokiškio apskr. sav-bės ligoninė norima didinti.** Rokiškio apskr. sav-bės delegacija su apskr. virš. pryšaky, buvo atsilankiusi vid. reik. m-joj prašyti, kad namas, kuriame yra ligoninė ir kuris yra vidaus reikalų ministerijos nuosavybė, būtų nemokamai perleistas apskrities savivaldybei. Be to, ta pati delegacija prašė paskolinti jai iš taupomųjų kasų 100.000 litų šitai ligoninei remontuoti ir praplėsti uždedant antrą aukštą.

× **Kauno m. ligonių kasos sanatorija Varėnoj,** skiriama 20 lovų, jau baigiama ruošti. Jos vedėju paskirtas d-ras Alb. Grigaitis, ūkio vedėju p. Trumpulis.

× **Kauno m. sav-bės vaikų sanatorija Kulautuvoj** ketinama 1932 m. statyti gautame miško pleciuje. Tam reikalui 1932 metų sąmatoje numatoma 30.000 lt.

× **Didelė moderniška ligoninė numatoma statyti** 1932 m. Vytauto kalno ąžuolyne, už miesto sav-bės šiltadaržio. Šitą ligoninę, rodos, statys sveikatos dep-tas kartu su Kauno m. sav-be. Pastaroji tam reikalui yra paskyrusi 6 ha žemės plotą, be to, į 1932 metų sąmatą įnešė 200.000 lt.

× **Kalvarijos psychijatrinės ligoninės** administracijos ir personalo namai baigti statyti.

Valst. Jurbarko plaučių ligų ligoninės antras aukštas jau baigtas statyti.

Šiedviem statybom išleista apie 500.000 litų.

× **Smardonės šaltinį** (Likėnų k., Pabiržės v., Biržų apskr.) su 40 ha ūkiu nuo 1932 m. perima Pabiržės valsčiaus sav-bė, kuri čia ketina įtaisyti kurortą.

× **Gryni vitaminai A, B, C ir D** jau pavykę išgauti iš atitinkamų maisto dalių. Gryną vitaminą D išskyręs Nobelio laureatas Gattingeno univ-to profesorius Vindaus. Jo mokinys ir asistentas Oltar Rig savo laboratorijoj Upsalos univ-te (Švedijoj) išskyręs gryną vitaminą C. Prof. Vindaus ir Laquer neseniai išgavę iš mielių ir gryną vitaminą B.

× **Elemento radžio (radium'o)** ikišiol visame pasaulyje yra ne daugiau kaip 500 gr. Jo vienas gramas kaštuoja apie 75.000 dolerių.

× **Vokietijoje stoka radijaus.** Francūzija turi 51 gr. radijaus, Anglija — 42 gr., Švedija — apie 6 gr., Danija — 4 gr. Naujorke, kur mirtingumas vėžiu ne kuo didesnis kaip Berlyne, yra 13 gr. radijaus; Berlyne tėra vos 0,5 gr., ir tas paskirstytas tarp 6-ių ligoninių. Berlyno Charité ligoninė ir universiteto klinikos teturi vos tik po kelis miligramus radijaus („J. A. M. A." 1931. V. 96, Nr. 13).

× **Naują anėstetikumą „divinil-oxid"** yra suradęs Viskonsino (Š. Am. J. V.) univ-to prof. dr. Langley-Porten. Šitas preparatas esąs geresnis už chloroformą, nes neturis pastarojo žalingu organizmui (ypačiai širdžiai ir skrandžiui) padarinių.

× **Vaikų paralyžiaus antkrytį—bacillą** suradęs San-Francisko univ-to medicinos fak-to prof. Eberson. Įskiepijus šito bacillo kultūros bezdžionėms, buvęs gautas typingas vaikų paralyžius.

Valstybinė

Arsenferratose

(Liquor ferratini arseniati su 0,3% Fe ir 0,003% As)

Idealus preparatas mišriam

Geležies-Arseno gydymui

net turintiems jautrius vidurius pacient.

Dozė: 3—4 k. per dieną po 1 arb. š. Vaikams kiek mažiau.
Originalios bonkutės po 250 gr. Didelės bonkos po 500 gr.

Arsenferratin

Orig. dėž.: po 50 tabl. à 0,25 g.
Dozė: 3—4 k per d. 1 – 2 tabl.
Vaikams pusė tabl.

Arsenferratin „süss"

Orig dėž. su 50 past. à 0,25 gr.
Dozė: 3-4 k. per d. po 1-2 past.
Vaikams pusė past.

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim - Waldhof.

Atstovas: F. Süssmann, Kaunas, Prezidento g. 2.

Literatūra ir pavyždžiai siunčiami pareikalavus.

Validol

ir

Validol-Camphorat

patikimas

tonicum

Parduodamas substancijoj, taip pat perlėmis po 0,2 gr. ir tabletėmis po 4 lašus.

Optochin

Specificum prieš pneumokokkines infekcijas

Į vidų: Optochin basicum prieš **pneumokokkinę pneumoniją.**

Išoriškai: Optochin hydrochlor. prieš **pneumokokkinį konjunktivitą.**

Parduodamas substancijoj.

Vereinigte Chininfabriken Zimmer & Co. G.m.b.H.

Verkaufsbüro: Mannheim—Waldhof.

Salipyrin

Laiku įduotas gerai veikia
kupiruodamas visas

peršalimo ligas.

Vamzdeliai su 20 tablečių à 0,5 g.

Atstovas

Fr. Süssmann'as, Klaipėda, Turgaus g. 32, tel. 4-28.

Neohexal

Vidujinis desinficiens

grippe ir bendruose infekciniuose susirgimuose

Vamzdeliai su 20 tabl. à 0,5 g.

I. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

Atstovas

Fr. Süssmann'as, Klaipėda, Turgaus g. 32, tel. 4-28.

Akcinė „Varpo" B-vės spaustuvė, Kaunas, Gedimino g-vė 38 Nr.