MEDICINA

žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XVI met. | 1935 m. Kovo mėn. | Nr. 3

Dipl. inž. O. Gildė.

Trumpųjų bangų terapijos fyzika.

Iš elektriškai fyziškų gydymo metodžių trumpųjų bangų terapija per labai trumpą laiką užėmė žymią vietą. Šito pasisekimo priežastis galima paaiškinti tomis pirmenybėmis, kurias turi trumpųjų bangų terapija, palyginant ją su paprasta dijatermija.

Viena pirmenybė yra ta, kad trumpųjų bangų terapija naudojasi trumpomis bangomis tarp 3 ir 30 mtr., kas atitinka 100.000.000-ų iki 10.000.000-ų dažnumą, tuo tarpu kai dijatermija naudojasi 400 mtr. ilgio bangomis — 750.000 dažnumo. Kodėl svarbu turėti kotrumpiausios bangos, matysime toliau. Dabar išsiaiškinsime trumpųjų bangų ilgio ir dažnumo santykį. Jų santykį pažymėsime šia formule:

$$\text{Bangos ilgis } l = \frac{C}{w} = \frac{\text{šviesos greičiui}}{\text{dažnumo}} = \frac{300.000.000 \text{ m/sek.}}{\text{dažnumo}}$$

Kadangi šviesos greitis yra pastovus dydis, t. y. 300.000.000 metrų per sek., tai bangos ilgis yra proporcingas dažnumui. Iš elektros stoties mes gauname kintamąją srovę 6.000.000 mtr. bangų ilgio, 50 dažnumų arba perijodų per sek. Šitą gaunamą srovę moderniškieji trumpųjų bangų terapijos aparatai pakeičia 3 mtr. bangos ilgio arba 100.000.000 dažnumo, t y. sumažina 2.000.000 kartų bangos ilgį arba padidina 2.000.000 kartų dažnumą.

Tiek dijatermijai, tiek ir trumpųjų bangų terapijai svarbu apšildyti žmogaus kūno ne tik paviršutiniai sluogsniai, bet ir vidaus organai. Toks apšildymas bus tiesioginis, nes srovė pereina per kūną. Tuo tarpu kai apšildymas, pav., tyne, įvairiomis lempomis ir kt., yra netiesioginis ir tesukelia tik paviršutinę hyperėmiją.

Nagrinėsime pirmąjį klausymą, kaip mes apšildome kūną dijatermija. Mes žinome, kad, vartojant dijatermijos aparatą, elektrodai d dami tiesiog ant kūno, žiūrint, kad kontaktas tarp kūno ir elektrodo būtų koglaudesnis Norint dijatermija pasiekti vienodesnis apšildymas, elektrodai turi būti vienodo dydžio ir lygiagretūs vienas antram. Jeigu vienas iš dviejų elektrodų bus

mažesnis arba sudarys su antro elektrodo kryptimi kampą, tai mes gausime nevienodą srovės koncentraciją, t. y. mes gausime didesnę koncentraciją ties mažesniuoju elektrodu ir tuo būdu — ties mažesniuoju elektrodu didesnę temperatūrą. Jeigu mes sumažinsime vieną elektrodą iki adatos smailagalio, tai koncentracija bus tokia didelė ir temperatūra tokia aukšta, jog bus galima net daryti pjūviai, koaguliacija ir t. t.

Schemiškai tat atrodys šiteip:

Bet ir geriausiose sąlygose, t. y. pavartojus lygiagrečiai stovinčius vienodo dydžio elektrodus, vienodo sušildymo gilumoje dijatermija pasiekti negalima, nes dijatermijos srovė nevienodai pereina per įvairias žmogaus kūno dalis, ir koncentruojasi dalyse su mažesniu pasipriešinimu arba mažesne omine varža, pav., kraujagyslėse koncentracija bus didesnė negu raumenyse ir raumenyse didesnė negu kauluose.

Visai kitaip esti su trumposiomis bangomis. Trumposios bangos vienodai pereina per visas kūno dalis, nepareidamos nei nuo varžos nei nuo laidininko, t. y. beveik lygiai gerai pereina per metalus, kaip ir per izoliatorius, k. a.: gumą, orą, stiklą ir t. p.

Dr. Raab, Berlyne, padarė šitokį eksperimentą. Apšildydamas žmogaus šlaunies preparatą vieną kartą dijatermija, antrą kartą—trumposiomis bangomis, jisai gavo šitokius rezultatus:

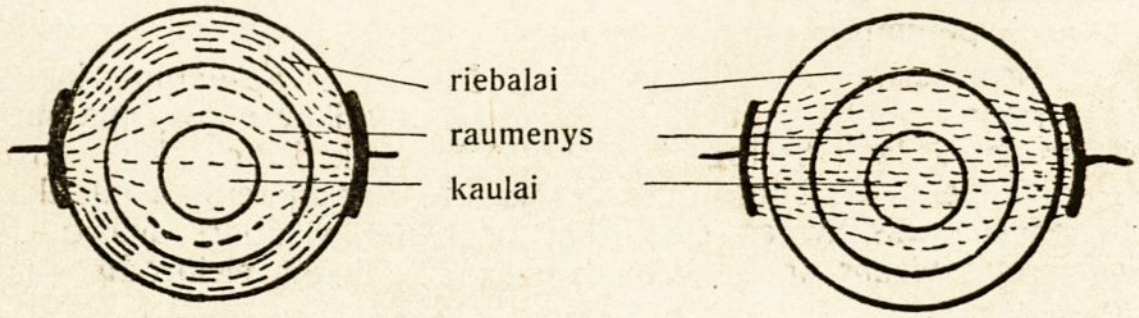
Įšilo šildant	dijatermija	trumposiomis bangomis
riebalai	50 C.	50 C.
raumenys	4	41
kaulai	2	45

Šitas eksperimentas ryškiai rodo skirtumą apšildant dijatermija ir trumposiomis bangomis. Tuo tarpu kai apšildant dijatermija temperatūra kauluose pakyla vos dviem laipsniais, apšildant trumposiomis bangomis ji pakyla 45 C. laipsniais.

Pažiūrėsime dabar schemiškai, kuris bus srovės padalinimas įvairiuose sluogsniuose ir nubraižysime šlaunies pjūvį:

Apšildymas

dijatermija trumposiomis bangomis



Šitas pavyzdys mums rodyte rodo, kad dijatermijoje srovės linijos neina tiesiog nuo vieno elektrodo prie antro, bet daro lankus, eidamos mažesnio pasipriešinimo kryptimi, dėl ko tose vietose būna didesnė srovės koncentracija ir didesnė temperatūra. Čia vienodas srovės linijų pasiskirstymas yra tik viršutiniame sluogsnyje prie pat elektrodų; gilumoje srovės linijų pasiskirstymas yra visiškai nevienodas.

Kitaip yra su trumposiomis bangomis. Čia, kaip kad brėžinys mums rodo, srovės linijos eina bemaž tiesiai nuo vieno elektrodo iki antro, jos jau beveik nedaro lankų ir nesikoncentruoja viršutiniuose sluogsniuose, bet sudaro vienoje elektriškojoje plotmėje vienodą šilumos zoną.

Kadangi trumposios bangos vienodai pereina per visus sluogsnius, beveik lygiai gerai pereina per metalus ir izoliatorius, tai mums jau nebereikalinga dėti elektrodai tiesiog ant kūno, bet galime turėti tarp elektrodų ir kūno izoliaciją, orą, gumą ir t. p. Dijatermijoje žmogaus kūnas yra tik paprasta varža, per kurią pereina srovė, trumposiose bangose gi kūnas esti vadinamojoje „kondensatorinėje plotmėje".

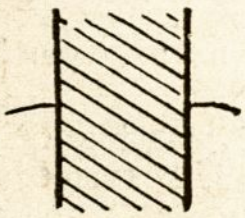
Norint suprasti, kaip srovė pereina per kūną, kuris esti „kondensatorinėje plotmėje", mes turime pirmiau išsiaiškinti, kas yra kondensatorius.

Kondensatorius susideda iš dviejų plokštelių, tarp kurių būna izoliacija: oras, guma, alyva ir t. t. Jeigu mes prijungsime kondensatorių prie nuolatinės srovės, tai per kondensatorių srovė tekės tik vieną momentą. Tas srovės judėjimas užtruks tik tiek, kiek reikalinga kondensatoriui prikrauti. Po to, kai kondensatorius bus prisikrovęs, jis daugiau srovės nebepraleis, todėl ir sakome, kad kondensatorius sudaro kliūtį nuolatinei srovei pereiti.

Kas gi bus su kondensatoriumi, jeigu mes jį prijungsime prie kintamosios srovės? Kadangi kintamoji srovė visą laiką keičia savo kryptį, tai kondensatorius visą laiką bus prikraunamas ir iškraunamas ir tarp jo plokštelių visą laiką bus srovės judėjimas. Todėl mes galime pasakyti, kad kondensatorius kintamąją srovę praleidžia, nors tarp kondensatoriaus plokštelių bus izoliacija, t. y. medžiaga, kuri paprastai srovės nepraleidžia.

Jeigu kondensatorius ir praleidžia kintamąją srovę, tai vis dėlto sudaro jai tam tikrą pasipriešinimą, vadinamąjį „kondensatorinį pasipriešinimą". Šitas „kondensatorinis pasipriešinimas" pareina pirmiausia nuo srovės dažnumo ir nuo izoliatoriaus arba medžiagos tarp plokštelių.

Kondensatorius



$$R = \frac{1}{XWC}$$

R — kondensatoriaus pasipriešinimas.
X — dielektrinė konstanta.
W — dažnumas.
C — talpumas.

Dabar mums suprantama, kodėl teip svarbu yra padidinti dažnumas arba, kas yra tat pat, sumažinti bangos ilgis, nes tuomet kondensatorinis pasipriešinimas sumažėja.

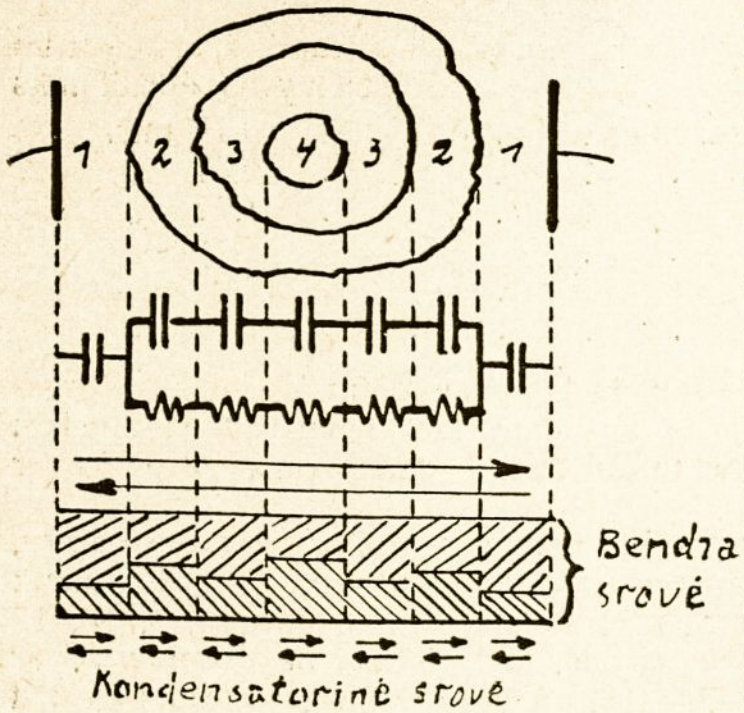
Be to, kaip esu minėjęs, pasipriešinimui turi reikšmės ir izoliatorius arba medžiaga tarp kondensatoriaus plokštelių. Jeigu, pav., tarp plokštelių bus oras, tai pasipriešinimas bus vieno dydžio, jei bus alyva, tai pasipriešinimas bus kitoks, jei bus kuri kita medžiaga, tai vėl kitoks.

Pasipriešinimo pareinamumas nuo medžiagos tarp plokštelių išreiškiamas vadinamąja „dielektrine konstanta", kuri rodo, kaip keičiasi kondensatorių pasipriešinimas, naudojant įvairią medžiagą tarp plokštelių. Dielektrinė konstanta tuštumai (vakuumui) yra 1, stiklui—5, gumai—2, taigi, visuomet didesnė už vienetą.

Lig šiol aš esu kalbėjęs apie atsitikimą, kai tarp plokštelių arba elektrodų (trumpųjų bangų elektrodai yra teippat kondensatorius) bus vienoda medžiaga, pav., oras, ir sakiau, kad nuo kintamosios srovės tarp plokštelių bus srovės arba, kas yra tas pats — elektronų judėjimas ten ir atgal. Kaipgi dabar bus, jeigu tarp elektrodų bus nevienoda medžiaga, bet mišinys arba substancija, kuri susideda iš įvairių sluogsnių ir kiekvienas sluogsnis turi kitą dielektrinę konstantą. Grįšime prie mūsų pavyzdžio su šlaunimi, kuri susideda iš trijų sluogsnių ir nagrinėsime, kuris bus srovės judėjimas pro šituos sluogsnius. Srovės kelias nuo vieno elektrodo iki antro bus: elektrodas, oras, riebalai, raumens, kaulai, raumens, riebalai, oras ir antras elektrodas. Jeigu kondensatorinė srovė dėl vienodos medžiagos pulsavo ten ir atgal tarp plokštelių, tai ji dabar pulsuos atskiruose sluogsniuose tarp ribų, t. y. eis ten ir atgal nuo vienos sluogsnio ribos ligi antros. Techniškai paėmus, mes kiekvieną sluogsnį galime įsivaizduoti susidedantį iš kondensatoriaus ir varžos. Visas srovės kelias tarp elektrodų atitiks eilę kondensatorių su lygiagrečiai prijungta varža. Bendrąją srovę, kuri eis nuo vieno elektrodo iki antro, mes galime įsivaizduoti susidedančią iš dviejų rūšių srovių, iš kurių viena bus „kondensatorinė srovė", o antrą pavadinsime „laidumo srove". Suma šitų dviejų srovės rūšių, t. y. bendra srovė, yra pastovus dydis kiekviename sluogsnyje ir eina nuo vienos plokštelės iki antros, tuo tarpu kai kondensatorinė srovė kiekviename sluogsnyje turės kitą dydį, priklausomą nuo to sluogsnio „dielektrinės konstantos".

Pažiūrėsime, kurią reikšmę tat turi apšildymui. Pasirodo, kad apšildymas bus didžiausias tame sluogsnyje, kuriame kondensatorinės srovės dydis bus lygus laidumo srovės dydžiui, t. y. santykis tarp kondensatorinės ir laidumo srovių bus lygus santykiui 1 : 1.

Jeigu mes dabar nagrinėsime šituos reiškinius bijologiškai, tai mes galėsime pasakyti, kad, pavyzdžiui, šlaunis susideda ne



tik iš 3-jų sluogsnių, bet kiekvienas sluogsnis susideda iš begalinio skaičiaus narvelių ir, kas galiodavo makroskopiškai, galioja ir mikroskopiškai, t. y. kiekviename narvelyje bus srovės arba elektronų judėjimas ir su juo susijęs narvelių sušildymas. Imsime dar ryškesnį pavyzdį. Kaip mes žinome, žmogaus kraujas susideda iš serumo ir forminių elementų arba kraujo kūnelių. Jeigu sušildysime žmogaus kraują dijatermija, tai sušils serumas ir tik netiesioginai nuo serumo sušils ir kraujo kūneliai, nes raudonųjų kraujo kūnelių membrana nepraleidžia dijatermijos srovės.

Kas kita su trumposiomis bangomis. Šita srovė šildo kraujo kūnelius ne tik vienodai su serumu, bet galima buvo įrodyti, kad kraujo kūneliai sušyla net daugiau už serumą, nes kraujo kūnelių dielektrinė konstanta yra aukštesnė už serumo dielektrinę konstantą.

Dar vienas d-ro Schliphake's eksperimentas, kuris gydytojams yra ypatingai įdomus. Kaip yra žinoma, stafilokokų kultūra vandens tynėje žūva 55° C. temperatūroj. Jeigu tokią kultūrą apšildysime trumposiomis bangomis, tai jau vandens 50° C. temperatūroj bakterijos žūva, leidžiant srovę per 30 minučių. Aišku, kad pačios bakterijos buvo sušildytos iki 55° C. ir tik vanduo ir maitinamoji medžiaga, kurių temperatūrą mes tegalime matuoti, buvo sušildyti iki 50° C.

Mes žinome dabar, kad kiekviename sluogsnyje, organe arba narvelyje apšildymas pareina nuo to organo dielektrinės konstantos. Be to, mes žinome, kad tam tikram organui apšildymas bus didžiausias, jei kondensatorinė srovė bus lygi laidumo srovei. Šitą didžiausį apšildymą mes visuomet galime pasiekti keisdami bangos ilgį. Čia mes prieiname supratimą apie „specifišką bangą“ arba „selektyvų apšildymą“, t. y. iš trumpųjų bangų visuomet būna 1 banga, kurios apšildymas tam tikram organui bus didžiausias.

Eksperimentuojant su šunimis ir triušiais buvo nustatyta specifiškos bangos ilgis visiems organams ir audiniams, būtent:

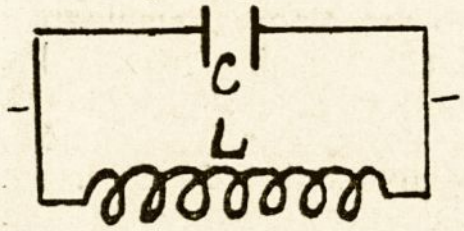
	Specifiška banga arba selektyvus apšildymas
Nugarkaulio smegenų serumas	0,79 mtr.
Blužnis	0,97 „
Kraujas	1,77 „
Raumenys	2,15 „
Širdis	12,9 „
Kepenys	17,7 „

Iš šitų duomenų aišku, kad, panaudojant kiekvienam organui selektyvų veikimą arba apšildant kiekvieną organą su jam specifiška banga, reikėtų turėti bangų dijapozonas tarp 0,5 ir maždaug 20 mtr.

Moderniškieji trumpųjų bangų terapijos aparatai, aišku, neturi viso bangų dijapozono tarp 0,5 ir 20 mtr., bet turi arba tik vieną bangą, pav., 6 mtr., arba keletą bangų, pav., 6, 8, 10, 12 mtr. Daugelis matavimų parodė, kad visiškai nesvarbu yra, ar mes apšildome kūną banga 15, 10 arba 5 mtr.; svarbu tik, kad banga būtų ne didesnė kaip kad maždaug 30 metrų. Ištikrųjų, gydant kurį-nors uždegimo procesą, svarbu yra ne tik pašildyti uždegimo proceso fokusas (židinys), bet ir visa pakeitimo plotmė.

Pagaminti trumpųjų bangų terapijos aparatų, kurie turėtų trumpesnę bangą kaip 2,5 mtr., kol kas dėl technikinių kliūčių neįmanoma. Technikinis šitų aparatų pagrindas yra virpesio grandinė, kuri susideda iš mums jau žinomo kondensatoriaus arba elektrodų ir špūlės, kuri esti aparato viduje. Šita virpesio grandine mes ir galime reguliuoti bangos ilgį, nes

Virpesių grandinė



$$l = 2\pi\sqrt{LC}$$

l — bangos ilgis.
2π — nuolatinis dydis; $\pi = 3{,}14$.
L — saviindukcija.
C — kondensatoriaus talpumas.

Pagal šitą formulę bangos ilgis pareina nuo saviindukcijos ir kondensatoriaus talpumo; vadinasi, norint gauti mažesnę bangą, reikalinga sumažinti špūlės apvajų skaičius ir kondensatoriaus matai. Bet jau, pav., 12 mtr. bangos ilgiui būna tik 1 apvaja.

Be to, trumpindami bangą, mes mažiname aparato energiją ir, tik esant 2,5 mtr. bangos ilgiui, mes iš aparato galime gauti dar tiek energijos, kad žmogaus kūnas būtų pakankamai apšildytas.

Kuri gi dozė reikalinga duoti pacijentui apšildant trumposiomis bangomis? Čia, kaip kad ir dijatermijoje, dozė reikalinga derinti su pacijento šilimos pajautimu odos paviršiuje. Tik šilimos pajautimas nuo trumpųjų bangų nėra deginamas, kaip nuo dijatermijos, bet yra malonus. Daug gydytojų yra tos nuomonės,

kad trumposios bangos veikia savo elektrinėmis ypatybėmis ir kad apšildymas yra tik antraeilis reiškinys. Todėl jie pataria, apšildant trumposiomis bangomis, duoti mažesnę dozę, t. y. duoti tik tiek energijos, kad pacijentas vos vos jaustų šilimą.

Kiti autoriai mano, kad, jeigu aštriųjų ligų atvejais, kaip kad uždegimo procesai, tbc. ir t. t., ir galima apsieiti be didesnio apšildymo, tačiau chroniškųjų ligų atvejais, kaip kad ischias, chroniškieji genitalinių organų susirgimai ir t. t., didesnis apšildymas yra būtinas. Faktoriai, kaip kad hyperėmija, cheminių ir bijologinių reakcijų padidėjimas, medžiagos apykaita ir kt., kurie visuomet yra susiję su didesniu apšildymu, gydant vis dėlto vaidina tam tikrą vaidmenį. Todėl didesnis apšildymas trumposiomis bangomis, kaip gydymo faktorius chroniškoms ligoms, yra reikalingas.

Kurios ligos galima gydyti trumposiomis bangomis? Svarbiausiąsias čia išvardinsiu:

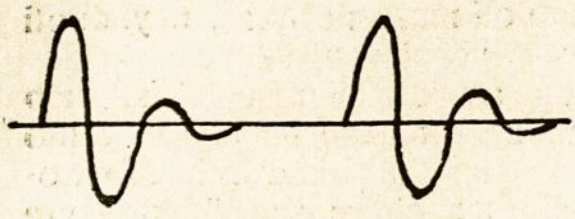
1. Paviršutiniai uždegimo procesai, k. a.: furunkulai, karbunkulai, flegmona, prakaito liaukų abscesai.
2. Odos susirgimai, k. a.: erysipelas, veido akne.
3. Ausų, nosies ir gerklės susirgimai, k. a.: otitis, parotitis.
4. Burnos srityje: dantų smegenų gydymas — gingivitis, paradentosis.
5. Sąnarių susirgimai — reumatiniai, podagriniai, arthritis deformans.
6. Gonorojiniai sąnarių susirgimai.
7. Nervų systemos susirgimai, k. a.: ischias, neuritis ir neuralgia, raumenų reumatas, lumbago ir kt.
8. Kaulų susirgimai, k. a.: osteomyelitis, periostitis.
9. Specifiška tbc. ir nespecifiški plaučių susirgimai, k. a.: pleuritis, bronchitis, asthma, kaulų ir sąnarių tbc.
10. Skilvio ir žarnų susirgimai, pav., gastritis, duodenitis.
11. Tulžies maišelio uždegimas.
12. Inkstų ligos ir inkstų uždegimai, k. a.: pyelitis, inkstų abscesai.
13. Vyrų ir moterų genitalinių organų susirgimai, k. a.: epididymitis, prostatitis.
14. Nervų ligos, širdies susirgimai ir t. t.

Trumpųjų bangų aparatai galima skirti į 2 grupes: kibirkštiniai aparatai, kurie dirba su gestančiais virpesiais, ir lempiniai aparatai, kurie dirba su negestančiais virpesiais.

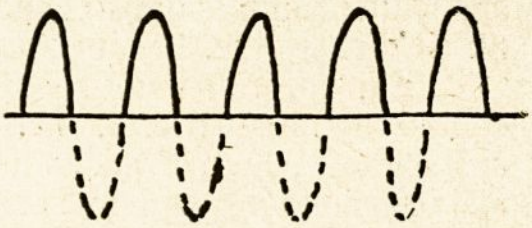
Gestančiųjų virpesių amplituda visą laiką mažėja iki 0, be to, tarp vieno ir antro virpesio būna pertrauka. Negestantieji virpesiai nemažina savo amplitudos ir veikia be pertraukos, jeigu nelaikysime pertrauka tai, kad lempa, veikdama kaipo lygintuvas, vienos bangos pusės nepraleidžia.

Tarp firmų, kurios gamina vieną ar kitą aparatų grupę, eina karšta kova, ir kiekviena iš jų stengiasi įrodyti, kad jų aparatai yra geresni. Todėl apie gestančius ir negestančius virpesius yra gana gausi literatūra.

Gestantieji virpesiai
(Kibirkštinis aparatas)



Negestantieji virpesiai
(Lempinis aparatas)



Specijalistui yra nemaloni pareiga pareikšti šituo atveju savas sprendimas, bet vis dėlto nurodyti vienų ar antrų aparatų savybės yra reikalinga. Ar gestantieji ar negestantieji virpesiai gydymui yra geresni, dabar pasakyti negalima, nes iki šiol niekas neįrodė, kad, pav., terapiniams tikslams negestantieji virpesiai tinka daugiau už gestančius ar atvirkščiai.

Dėl kitų savybių galima trumpai pasakyti, kad kibirkštiniai aparatai pigesni, patvaresni, turi ilgesnį amžių ir keletą bangų, pav., 6, 8, 10 ir 12. Kibirkštinis aparatas, jeigu jis yra tam pritaikintas, turi dar 400 mtr. dijatermijos bangą, t. y. jis gali būti vartojamas kaipo dijatermijos aparatas. Kibirkštinių aparatų galingumas normaliai yra mažesnis ir trukdo radio priėmimą.

Lempinis aparatas yra brangesnis, jo lempa po maždaug 1.000 valandų turi būti pakeista, turi tik vieną bangą, pav., 6 mtr., negali būti pavartotas kaip dijatermijos aparatas, bet užtat yra žymiai galingesnis ir netrukdo radio priėmimo.

Yra dar vienas klausymas, kuris turi daugiau visuomeniškos negu mediciniškos reikšmės, būtent klausymas, ar kibirkštiniai tb. (trump. bangų) aparatai trukdo radio priėmimą? Lempiniai trump. bangų aparatai radio priėmimo netrukdo. Iš kibirkštinių aparatų dijatermijos aparatai labai trukdo radio priėmimą, nes jų bangų ilgis, apie 400 mtr., įeina į radio bangų dijapozoną, todėl jų radio trukdymo pašalinimas susijęs su didesnėmis išlaidomis.

Tb. (trump. bangų) kibirkštiniai aparatai, nors ir trukdo radio priėmimą, bet, palyginti su dijatermijos kibirkštiniais aparatais, tas trukdymas yra žymiai mažesnis, nes trumposios bangos tarp 3 ir 30 mtr. neįeina į radio bangų dijapozoną, ir techniškai lengviau pašalinamas.

Suglaustai pakartosime tb. terapijos pirmenybę, lyginant su dijatermija:

1. Trumpųjų bangų srovė, dėl aukšto dažnumo ir kondensatoriaus principo veikimo, nugali visas kliūtis, pereina lygiai gerai tiek per izoliatorius, tiek per metalus, pereina per kaukolę į smegenis, per stuburkaulį į nugarkaulio smegenis ir t. t.

Todėl yra —

2. Galima lokalizuoti energija gilumon ir tuo būdu tiesiog ir vienodai apšildyti kiekviena kūno dalelė.

3. Galima dėti elektrodai ant drabužių, perrišimų arba

tvarsčių ir tuo būdu gydyti ir atvirosios žaizdos, nes elektrodai yra izoliuoti ir neturi metalinių kontaktų, kaip dijatermijoje.

4. Galima gydyti tiek chroniškųjų, tiek ir aštriųjų stadijų ligos.

5. Išvengiamas odos nudeginimas.

Nors elektriškai fyziškąja metode, kuriai priklauso ir trumpųjų bangų terapija, galima gydyti daug ligų ir turėtų būti naudojama kiekviename praktikuojančio gydytojo kabinete, bet šitoji metodė toli gražu dar neužima praktikoje atitinkamos vietos. Šitoji metodė naudojama tik tada, kai visos kitos metodės, kaip, pav., vidaus medicina arba chirurgija, neduoda norimų rezultatų.

Todėl gal būt ir galima paaiškinti, kad studentas universitete dažnai arba labai maža arba nieko negirdi apie elektriškai fyziškąsias gydymo metodes ir tik paskui, dirbant klinikoj kaipo jaunam gydytojui, jam tenka su ja susipažinti, ir tai tik tuomet, jeigu tuo ypatingai susidomina.

Užsieniuose šituo atveju daug padaro aparatus gaminančios firmos. Jos turi gerai įrengtas paskaitų sales, ruošia maždaug du kartus per metus kursus ir tuo būdu supažindina kiekvieną norintį gydytoją ne tik su mediciniškąja, bet ir su techniškąja tos metodės dalimi. Be to, šitos firmos supažindina su šita metode ir pačius pacijentus, todėl gydytojas kartais būna priverstas pavartoti elektriškai fyziškąją terapiją ir įsigyti aparatūrą tik todėl, kad patys pacijentai reikalauja juos gydyti šita metode.

„Spaudos Fonde“ Kaune, Laisvės al. 62 nr., dabar įsteigtas elektrinės medicinos skyrius ir kiekvienas gydytojas apie rentgeno, trumpųjų bangų ir kitus elektrinės medicinos aparatus gali ten gauti atitinkamų informacijų.

Autoreferat.

Die Verwendung des Kondensatorfeldes von Kurzwellen hat in der Medizin fuer die Therapie wesentliche Vorteile gebracht und die Behandlungsmoeglichkeiten vieler Krankheiten erweitert.

Gegenueber der Diathermie, die mit einer Wellenlaenge von ca. 400 mtr. arbeitet, benutzt die Kurzwellentherapie ein Wellenlaengenband von 2,5 bis 30 mtr.

Bei der Diathermie erfolgt die Stromverteilung nach dem Ohmschen Gesetz, d h. der Strom sucht den Weg des geringeren Widerstandes, was zur Folge hat, dass der tierische Koerper ungleichmaessig durchwaermt wird und Gegenden mit geringerem Widerstand, wie Blutbahnen, eine staerkere Waermezufuhr erhalten, als diejenigen mit einem hoeherem Widerstand.

Bei den Kurzwellen spielt der tierische Koerper eine Rolle eines Dielektrikums, wobei der Stromdurchgang von den Dielektrizitaetskonstanten der einzelnen Korperteilchen abhaengt. Das Kondensatorfeldprinzip der Kurzwellen ermoeglicht somit eine Richtmoeglichkeit und eine Lokalisation der Waerme in die Tiefe, so das gleichmaessige Durchwaermung der gesamten zwischen den Elektroden befindlichen Zone des Koerpers erzielt wird. Daher ist bei Kurzwellen auch nicht mehr erforderlich, dass die Elektroden, wie bei der Diathermie, direkt auf den Koerper gelegt werden, sondern zwischen den Elektroden und dem Körper koennen sich Isolierstoffe wie Gummi, Luft, Kleidungsstuecke u. a. befinden, was

die Behandlung auch von offenen Wunden, ungleichmaessig gestalteten Korperoberflaechen ermoeglicht. Auch ist die Gefahr von Verbrennung der Haut durch Verwendung isolierter Elektroden so gut wie ausgeschlossen.

Die Unterteilung des tierischen Koerpers gemaess den Dielektizitaetskonstanten erfordert ein Wellenlaengenband von 0,5 bis 20 mtr., wobei fuer jedes Teilchen eine spezifische Wellenlaenge besteht, die ein Maximum der Erwaermung fuer dieses Teilchen ergibt.

Das Kondensatorfeldprinzip laesst es nicht zu, Apparate unter 2 Mtr. herzustellen, die, gegeben durch die Koerperabmessungen, eine genuegende Durchwaermung ermoeglichen.

Die Kurzwellenapparate werden als Roehrensender mit ungedaempften und als Funkenstrecken-Apparate mit gedaempften Schwingungen hergestellt. Beide Apparatetypen finden heute in der Praxis Anwendung.

D-ras Ch. Finkelšteinas,
skilvio ir žarnų ligų gydytojas Kaune.

Apie ulcus ventriculi ir ulcus duodeni chirurgišką gydymą*).

Gali pasirodyti keistoka ir net paradoksiška, kad aš, internistas, ruošiuosi padaryti pranešimą apie chirurgišką skrandžio ir duodenumo opos gydymą. Bet tokios jau aplinkybės susidarė.

Jau daugelį metų mane, kaip internistą, domina chirurgiškas ulcus ventriculi ir duodeni gydymas. Man pačiam teko daug sykių kalbėti šituo klausymu su chirurgais ir internistais, teko net ir rašyti šita tema, — matyti daug gero, bet ir nemažiau blogo, pavartojus chirurgišką skrandžio ir duodenum'o opos gydymą. Man jau seniai šita tema atrodo subrendusi ir leisiu sau šiandien, visuotiniame susirinkime, pasidalyti su jumis esančiomis literatūroje ir praktikoje šituo klausymu nuomonėmis ir pažiūromis. Noriu pabrėžti, kad mano pranešimas tėra skiriamas tik internistams. Pranešimo tikslas yra ne mokyti, bet atkreipti jūsų dėmesį į šitą klausymą ir raginti įsigilinti ir pagalvoti.

Pas mus, Lietuvoje, paskutiniu laiku yra įsigalėjusi srovė kiekvieną skilvio opos susirgimą, dargi su nežymiais šitos ligos symptomais, siųsti į chirurgą operacijai. Paskutiniu laiku tat pasidarė net moderniška. Šitą klausymą spręsti imasi internistai ir, reikia pripažinti, dažnai jie šituo atveju daug radikališkesni už pačius chirurgus. Dažnai ligoniui, nepagerėjusiam per keletą savaičių ar mėnesių, dijetiškai ar medikamentiškai gydant, arba atsiradus recidyvams, patariama šiteip: „Be operatiškos intervencijos tamstos sveikata, tur būt, nepagerės. Tamstai teks kreiptis į chirurgą.“ Būna ir teip, kad gydytojas esti nemažiau kantrus už patį ligonį. Jei per trumpą laiką pagerėjimo nesimato, tai gydytojas, ligonio nusiskundimų ir pesimizmo veikiamas,

---

*) Skaityta Kauno Medicinos Draugijos posėdyje 1935. III. 1 d.

netenka pusiausvyros, nustoja dirvos po kojomis, pasiduoda panikai, pasitraukia, — ir siunčia ligonį į chirurgą.

Toks nedrąsus pasielgimas pastebimas net pas solidžius ir prityrusius terapeutus. Aišku, nuo ligonių kasos gydytojo, o ypač nuo ligonių kasos gydytojo patarėjo ir dėl kitų motyvų daugiau šituo atžvilgiu reikalauti negalima. Motyvas visuomet ir visur yra tas pats, būtent: chirurgiškas gydymas esąs radikališkesnis ir, svarbiausia, pigesnis. Gulėjimas ir susijusios su tuo atostogos, dijeta, vaistai kaštuoją brangiai ir gydymas ilgai užtrunkąs. Kasa turinti taupyti!

Šita nuomonė plačiai pasklidusi Lietuvoje ir publikos tarpe. Pakanka kuriam-nors geradariui ar bičiuliui „nusimanančiam" medicinoje (ir kas savęs tokiu nelaiko!) sužinoti, kad tūlas pažįstamas turi skilvio opą ar tik ji tėra įtariama, kaip tučtuojau patariama mesti dijeta bei „proškai" ir kreiptis į chirurgą operacijai. Patarimas pamatuojamas stebuklingu operacijos gydymu. Reikia pabrėžti, kad šita nuomonė labiau paplitusi lietuvių, ypač inteligentų, tarpe. Žydai skilvio operacijos atžvilgiu kolkas dar yra konservatyvūs. Žydai operacijos bijosi.

Kuo galima aiškinti tokia pakraipa peilio pusėn? Tik ne nepasisekimais bei lėtu internistišku gydymu ir teippat ne chirurgų greitumu ir persvara. Ir vieni ir antri turi savo pasisekimų ir nepasisekimų gydant skilvio opą. Šitos jiegos lygios ir kiekviena savo vietoje. Šitą pakraipą peilio pusėn aš aiškinčiau nepakankamu išaiškinimu skrandžio opos patogenezės ir prognozės, neapibrėžtomis reliatyvinėmis operacijos indikacijomis (apie absoliučias indikacijas skilvio perforacijos ir stenosis pylori atvejais čia netenka kalbėti), nepasitikėjimu savo jiegomis ir savo gydytojo prityrimu, nepasitikėjimu tokiu svarbiu faktorium kaip kad vis medicatrix naturae ir, svarbiausia, visišku nesupratimu pavojaus ir komplikacijų, kurios gali iškilti beoperuojant ir po operacijos. Pagaliau, reikia žinoti, kad skilvio opa yra chroniška liga, kuri trunka metus, kurios prognozė yra dar tamsesnė negu pati patogenezė. Nei chirurgas nei internistas niekuomet negali kalbėti apie skilvio opa sergančio ligonio perspektyvas ir likimą. Niekas negali pranašauti, kuria kryptimi liga toliau rūtuliuosis ir kaip ji pasibaigs. Po gastroenteroanastomozės gali anastomozės vietoje išsirūtuliuoti ulcus pepticum, po opos excisio skilvį rezekavus gali pasirodyti ulcus visai kitoje vietoje. Atvirkščiai, ir rūpestingai gydant medikamentais ir dijeta, esant ligoniui visiškai ramiam, gali pasidaryti skilvio perforacija arba mirtingas kraujoplūdis. Kelias, kuriuo eina ulcus, yra nežinomas ir neaiškus. Šitas kelias yra labai ilgas, su visokiomis kliūtimis, sunkumais ir siurprizais. Jeigu iš anksto galima būtų numatyti kiekvienos opos evoliucija atskirai, tai tuo būdu būtų nustatytas ir jos gydymas. Deja, šitai mums neduota. Todėl ir sunku numatyti iš anksto, kurio gydymo tolimesnėje savo eigoje reikalaus kiekviena skilvio opa atskirai.

Trumpai išdėstęs savo pranešimo užsibrėžtą tikslą, pradėsiu nagrinėti savo temos esmę, t. y. chirurgišką ulcus ventriculi ir duodeni gydymą ir leisiu sau suskaldyti šitą klausymą į šias dalis: 1) chirurgiško gydymo indikacijos; 2) ar gali egzistuoti išimtinai izoliuotas chirurgiškas gydymas? 3) ar turi chirurgiškas gydymas pirmenybę prieš internistišką gydymą?

Prieš atsakant į šituos klausymus, tenka trumpai paliesti ulcus ventr ir duod. patogenezė. Ėtijologija yra terapijos bazė, tat yra tas pagrindas, kuriuo remiasi visas mūsų gydymo planas. Medicinos istorija ir mūsų kasdieninė praktika mus moko, kad aiškiai paremtos ligos ėtijologijos buvimas jau dauguma atvejų garantuoja sėkmingą terapiją. Nėsant ėtijologijos vienodumo ir aiškumo, susidaro plati dirva spekuliacijai, fantazijai, atsiranda, kaip kad ir reikia laukti, polipragmazija, gydytojai darosi šalininkai, priešininkai, karšti sekėjai, fanatikai vienos ar kitos idėjos arba gydymo priemonės, už kurią, kaip bebūtų gaila, turi atsilyginti ligonis savo sveikata ir savo kišene.

Kaip aukščiau minėtų pastabų iliustracija gali būti, pavyzdžiui, bronchinės astmos ir ekzemos, iš vienos pusės, lues ir tuberkuliozės gydymas ir ėtijologija, iš antros.

Ypač paslaptinga yra ulcus'o patogenezė. Daugelis takų ir takelių, kuriais patogenezė jieškoma, yra jau patys savaime rodiklis, rodąs kaip sunkiai ji yra surandama. Jau yra praėjęs visas šimtmetis, kaip pirmą kartą šitą ligą yra aprašęs prancūzų anatomas Cruvellie, bet patogenezė vis dar tebejieškoma, ir, anot gražaus vieno mokslininko išsireiškimo, kaip lobis nesiduoda surandama. Patogenezės mokslo ir teorijų neliesiu, nes jų yra perdaug, pagal Martin'ą, daugiau kaip trisdešimt, ir ekskursija į tokias džiungles būtų nuobodi ir varginama. Be to, jos yra daugiau ar mažiau visiems žinomos. Trumpai paminėsiu tik vieną iš naujausių, vadinamą Konezny'o uždegimo teoriją

Konezny ir jo mokinių tyrimai parodė, kad visą šimtą procentų visų ulcus ventr. ir duod. atsitikimų lydi gastrito reiškiniai, ir svarbiausia, šitas gastritas dauguma atvejų yra pylorinėj dalyj, pasireiškdamas kaip antrum-gastritis. Pasirėmęs savo gausiais stebėjimais, daugiau kaip penkiais šimtais skilvio rezekcijų, Konezny ir jo mokiniai priei na šia išvadą: peptinė skilvio ir duod. opa negalinti išsirūtuliuoti skilvyje, kurio gleivinė yra sveika, bet visuomet ligos pagrinde randama pirminis gastritis arba duodenitis. Perijodiškumo priežastis aiškinama gleivinės uždegimo paaštrėjimu.

Šita teorija, kuri tiek daug padeda ulcus'ui suprasti, kaip kad ir visos kitos teorijos, vis dėlto yra netobula, nes galima prie jos kibti. Tikra teisybė, kad visuomet ulcus ventr. ir duod. atvejais turime gleivinės uždegimą, kuris net yra lydimas reiškinys, bet čia klausymas visai kitas: ar šitai yra pirminis ar antrinis reiškinys? Büchner ir kiti autoriai gastritą laiko kaip

ulcus'o padarinį, bet ne kaip priežastį. Tokią pat analogiją turime su rūgštingumo ėtijologija ulcus'o atveju. Padidėjęs rūgštingumas gali sukelti ulcus. Bet, antra vertus, ulcus kaip jaudiklis gali padidinti rūgštingumą. Žmonės sako, kad teisybė būna tik viena, ir, turbūt, viena tik ir tėra. Bet ulcus'o patogenezės teorijose teisybė išskirstyta ir kiekviena teorija turi trupinėlį šitos tiesos. Visišką tobulumą nė viena iš tų teorijų nėra pasiekusi. Tik viena neabejotina, kad gleivinės vitališkumo dėl maitinimo sutrikimo nustojimas arba sumažėjimas padaro tai, kad gleivinė pati lieka skilvio suvirškinimo auka. Neabejotinai svarbu dar antra, kad skilvio opa nėra vietinis susirgimas, bet konstitucinis, ir reikia kalbėti ne apie skilvio opą kaipo tokią, bet apie opotąją ligą (rusiškai — jazwennaja baliezn, vokiškai — Geschwürskrankheit). Nustatyta, kad egzistuoja opotoji dijatezė, t. y. tam tikra organizmo predispozicija ir pasiruošimas opoms skilvyje ir duodenum'e susidaryti.

Aš kiek nukrypau ėtijologijos pusėn, ir grįštu vėl prie temos. Pradėsiu nuo indikacijų. Chirurgiškai intervencijai yra absoliučios ir reliatyvios indikacijos. Absoliučioms indikacijoms priskiriama:

1) skilvio perforacija arba gresiančios perforacijos įtarimas;

2) išsirūtuliavęs stenosis pylori ir kitos organinės stenozės, kaip kad, pav., smėlio laikrodžio pavidalo skrandis, ir

3) vėžio degeneracijos įtarimas.

Esant tokioms indikacijoms, reikia neatidėliojant perduoti ligonis į chirurgo rankas. Kaikuriais atsitikimais, su dideliais rezervais, ir skilvio kraujavimas galima priskirti prie absoliučių indikacijų. Bet ne kiekvienas kraujavimas yra indikacija operacijai. Prityrimas ir statistika mus moko, kad konservatiškai gydomi šitie kraujavimai duoda nuo vieno ligi trijų procentų mirtingumą, o operacijos, net pačių geriausiųjų chirurgų padarytos, duoda apie 40—60% mirtingumą.

Visos kitos indikacijos, išskiriant minėtąsias, reikia priskirti prie reliatyviųjų. Pastarosios yra labai neaiškiai nustatytos; jas kiekvienas gydytojas aiškina savaip ir, pasak vykusio rusų gydytojo M a i z e l'io išsireiškimo, šitos indikacijos duodančios plačią dirvą chirurgo subjektingumui ir karštam temperamentui pasireikšti, ir įgalinančios operuoti kiekvieną skilvio bei duodenum'o opos atsitikimą, kas sudaro daug žalos ligoniui. Iš reliatyvių indikacijų visų griežčiausia laikoma chroniškasis ulcus calosum pas ligonį, kuris daugelį metų buvo gydęsis, pakartotinai ir nesėkmingai atlikdamas systemingą ulcus'o gydymą (Ulcus-kur), kuris tačiau visai nepalengvino ligonio kančių. Individualizuodami tokius atsitikimus kiekvieną atskirai, savaime suprantama, mes tokį ligonį su reliatyvia indikacija siųsime į chirurgą. Dažnai pasikartoją kraujavimai, kurie yra gresiančio mažakraujingumo arba ligonio sunykimo priežastimi, priklauso teippat būtinoms reliatyvioms indikacijoms.

Tačiau gydytojas, siunčiąs ligonį čia pažymėtomis ir kitomis indikacijomis į chirurgą, arba chirurgas, sutinkąs operuoti tokį ligonį, turi būti be galo atsargus. Šito klausymo išsprendimas turi būti kolektyvus, būtent: chirurgo ir terapeuto. Be internisto chirurgas pats vienas neturėtų imtis šito klausymo spręsti, Kiekvienam chirurgui tatai turi būti moralinė pareiga. Prieš operuojant turi būti išsiaiškinta, kaip ilgai ligonis gydėsi, kiek taisyklingai ir systemingai buvo atlikti ulcus'o gydymo kursai, kaip ligonis į juos reagavo ir kaip dažnai buvo recidyvų. Reikia turėti galvoje ir numatyti šitos sunkios ir nevisai indiferentiškos intervencijos galimumai ir padariniai. Apskritai laikoma, kad gastro-enteroanastomozės duoda ne mažiau kaip 50% recidyvų, rezekcijos gi, net geriausiems chirurgams, iki 20%. Be to, kaip priedas, penkiems procentams iš visų atsitikimų atsiranda tokia rimta komplikacija kaip kad ulcus pepticum jejuni. Šita palyginti kukli statistika turi chirurgui ir internistui būti rodykliu, kad operuoti tegalima tik tuomet, jeigu nebegelbsti visos terapeutinės priemonės ir jeigu šitas klausymas yra kolektyviai apgalvotas ir apsvarstytas. Toks consilium'as, ne šablono prasme, eis tik ligonio naudai ir chirurgui suteiks moralinės paramos šitame atsakingame gydyme.

Klausymas, kuria kryptimi turi eiti ligonio gydymas, — chirurgine ar terapeutine, — gali būti išspręstas tik esama ligonio padėtimi. Kraštutiniam konservatizmui ir perdėtam radikalizmui čia vietos neturi būti. Iš terapeuto pusės perilgai laukti su stenosis pylori arba perforacija yra tiek pat neracijonalu ir nesąmoninga, kaip kad iš chirurgo pusės operuoti be indikacijų, pavyzdžiui, paviršutinę opą (ulcus simplex ventriculi)

Keletas žodžių apie socijalines indikacijas. Tokių, kaip ypatingų ir svarbiausių, nėra ir neturi būti. Yra tik reliatyvios ir absoliučios indikacijos, kurias mes jau plačiai esame nagrinėję. Kitų nėra, ir mums neprivalomos. Aukščiau minėtoji statistika mums aiškiai rodo, kad rezekcija geriausiems chirurgams duoda iki 20% recidyvų, gastro-enteroanastomozė — 50% ir dar penkis procentus ulcus pepticum jejuni Kurias išvadas mes galime daryti, pasirėmę šita statistika, apskritai, ir socijalinėmis indikacijomis, atskirai? Ogi šias: 1) iš operacijų gauname puikų ir ilgai trunkantį efektą, bet toli gražu ne visuomet; 2) ten, kur nepadeda konservatiškas gydymas, nepadeda ir peilis; 3) kas savaime aišku, operatiška intervencija gali ligą dar pabloginti, apdovanodama ligonį, be ulcus, dar tokiais priedais, kaip kad suaugimai, ulcus pepticum jejuni, circulus vitiosus ir kit. Vadinasi, ligoniui, neturinčiam aiškiai pasireiškusių minėtųjų indikacijų, dominuojant vadinamoms socijalinėms indikacijoms, kaip antai, neturtas, sunkus fyzinis darbas, blogos naminės sąlygos, mes jau turime moralinę teisę tokį ligonį operuoti. Padarinys toks, kad ligonis esti dvigubai skriaudžiamas. Tat, kad ligonis priklauso darbininkų arba neturtingųjų klasei, dar neduoda ope-

racijai patento. Tat, kad ligonis priklauso ligonių kasai, dar nėra privilegija chirurgiškai intervencijai. Po operacijos ligonis turi būti gydytojo prižiūrimas, turi saugotis ir laikytis dijetos ilgesnį laiką, nes opa yra išpjauta, bet jo konstitucija yra pasilikusi.

Dabar nagrinėsime paskutinius du klausymus, būtent: ar gali egzistuoti išimtinai izoliuotas chirurgiškas skilvio opos gydymas ir ar turi pirmenybę chirurgiškas gydymas prieš konservatišką? Į šituos abu klausymus atsakysiu bendru „ne". Izoliuoto chirurgiško gydymo nėra ir negali būti. Peiliu negalima pašalinti gastrito ir išpjauti dijetezė. To nepadarys ir pats talentingiausias pasaulyje chirurgas. Operacija yra ne daugiau kaip vienas etapas ilgame ulcus'o gydymo kelyje. Tat tėra tik vienas žiedas visoje gydymo grandinėje, vien tik sunkių anatominių pakitimų, duodančių tokius sunkius, gresiančius komplikacijomis, symptomus, pataisymas arba korektyvas. Chirurgo vaidmuo šituo atveju apsirėžia ortopediškomis priemonėmis. Ligonis, kaip kad laikėsi dijetos prieš operaciją, teippat turi jos laikytis ir po operacijos. Tiesa, dijeta turi platesnių ribų, bet ji vis dėlto lieka dijeta.

Negalima reikalauti, kad žmogus, kuriam buvo operuota koja, — tebūna amputacija su sekama proteze, ortopėdine koregacija arba kas panašu, — galėtų tuojau po operacijos arba kiek vėliau gerai vaikščioti, šokti ir bėginėti. Operuotoji koja yra mažos vertės ir, reikia manyti, tokia ir pasiliks. Šita koja visuomet turės mažesnį atsparumą, atsiliks, šlubuos ir t. t. Operuotasis skilvis, kad ir kažin kaip puikiai operacija būtų pavykusi, vis dėlto pasilieka defektyvus, nes jau pati operacija sugadino jo pirmykštes anatomines ir fyzijologines ypatybes. Ištikrųjų skilvis jau dirba su proteze.

Pas mus, Lietuvoje, paskutiniu laiku labai gerai ir sėkmingai operuojama skrandis. Chirurgai gali savo aktyve priskaičiuoti daug pasisekimų, bet kai dėl pooperacinio gydymo ir toliau, tai šituo klausymu tenka pasitenkinti gerais linkėjimais.

Ligoniui nepakankamai griežtai paaiškinama, kad su operacija liga toli gražu dar nepasibaigusi, kad jis dar tebėra ligonis ir dijetos tebeturi laikytis ir toliau. Režimo paskyrimas jam neaiškus ir neapibrėžtas, todėl, atsipalaidavęs nuo dijetos kankinimų, ligonis, norėdamas atsilyginti už praėjusį laiką, griebiasi sunkaus valgio, prisikemša skilvį ir tuo būdu duoda pagrindą būsimam recidyvui. Po operacijos ligonis neturi būti paliktas savo likimui ir apetitui, bet turi nuolat būti stebimas ir tada recidyvų statistika po operacijos tikrai sumažės.

Keletas žodžių apie tai, ar chirurgiškas gydymas turi pirmenybę prieš internistišką gydymą. Mes jau esame atsakę: ne! Chirurgiškas gydymas padeda, bet tik tais atvejais, kur jis yra indikuotas. Apie kažinkurią chirurgiško gydymo pirmenybę prieš internistišką gydymą kalbėti netenka, nes chirurgijos vaidmuo ir vieta opotosios ligos gydymo plane tiek aiškiai nustatyta, kad

apie kažkokį pavydą negali būti ir kalbos. Jeigu toks egzistuoja, tai tik ligonio nenaudai. Chirurgiškas gydymas, kaip jau yra minėta, tėra tik vienas epizodas visame opotosios ligos gydymo plane, lygiai kaip ir pneumothorax arba thoracoplastica plaučių tuberkuliozę gydant. Tiek vienu tiek ir antru atveju chirurgiška intervencija neduoda ligoniui teisės nutraukti bendrąjį gydymą. Konservatiškas gydymas duoda gerą ir ilgametį efektą, bet jis reikalingas, kaip kad ir plaučių tuberkoliozėje, laiko ir atitinkamų sąlygų: ilgesnio sanatorinio režimo, buvimo ligoninėje ir t. t.

Šių laikų pasisekimai plaučių tuberkuliozę gydant pareina, svarbiausia, nuo sanatorinio gydymo. Šito pasisekimo pradžia sutampa su ilgesnio sanatorinio režimo pritaikymu. Šitą faktą žino gydytojai, žino ir publika, tat tapo moderniškojo plaučių tuberkuliozės gydymo katekizmu. Ką gi mes matome, jeigu galima teip išsireikšti, opotosios ligos fronte, kuri pasižymi savo ilga ir atkaklia liga, turi didelio panašumo į plaučių tuberkuliozę. Opotosios ligos gydymas atliekamas pas mus dažnai labai primityviai, daugiausia ambulatorinėmis sąlygomis. Ligoninėn pakliūva tik sunkūs ir užleisti atsitikimai. Ligoniai dažniausiai neturi supratimo apie savo ligą, apie jos chronišką eigą ir apie jos paaštrėjimus. Ligoniai — būna ir gydytojų — laukia greito išgijimo nuo trumpalaikės dijetos ir poros dešimčių miltelių, ir, jeigu tokio stebuklo iš karto neįvyksta, tai siunčia ligonį į chirurgą arba ligoniai patys kelią ten susiranda.

Visa tragedija yra ta, kad opotoji liga yra chroniška, ilgai trunkanti, ir jos gydymas reikalingas laiko ir sąlygų, nes reikia gydyti ir opa, ir gastritas, ir dijatezė, o ligoniai, nebūdami informuoti apie savo ligą, nekantrauja ir nori visa šitai išpjauti, o peilis visiškai nepajiegia.

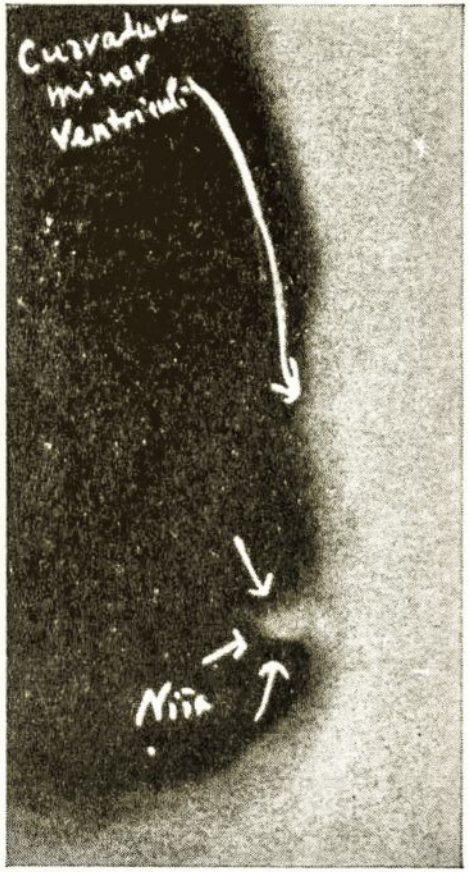
Man pačiam teko matyti dešimtis atsitikimų ilgalaikiai išgydytų kaloziškų opų — rentgenologiškai nišų išnykimas — su visais symptomais, taisyklingai gydant ir prisilaikant aiškiai apibrėžto režimo. Galėčiau jums iliustruoti visą eilę ligos istorijų su ulcus calosum pas kaimiečius, pas paprastus žmones, kurie, nežinodami gudrumų, nesimėtydami nuo vieno gydytojo į kitą, kaip kad tat dažnai daro inteligentai, bet, išpildę visus gydytojo parėdymus, ir pasveiko.

Jeigu konservatiškas gydymas ne teip puikiai ir dažnai gelbėtų ligonius, kaip kad ištikrųjų yra, tai dėl šitos ligos dažnumo mūsų chirurginės klinikos virstų laparotomijų fabrikais.

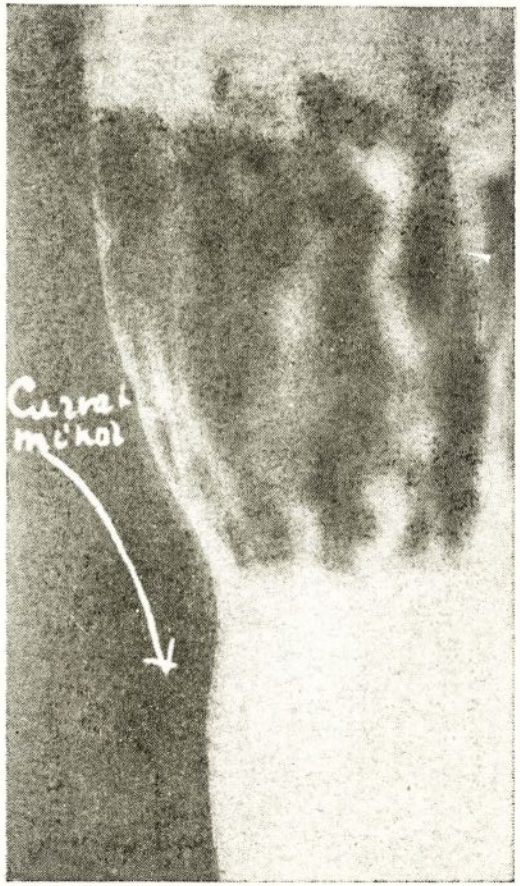
Paskutiniu laiku v. Noorden siūlo ulcus ventriculi ir duodeni gydyti vien tiktai antiflogistine dijeta, vadinamąja „antiphlogistische Kost“, netaikant jokių vaistų. Kadangi, v. Noordeno nuomone, šita dijeta duodanti kopuikiausių vaisių, tai prašau man leisti trumpais bruožais šitą dalyką paminėti. Antiflogistine dijeta v. Noorden laiko maistą, kuriame yra visai maža valgomosios druskos; be to, žalingu elementu jisai laiko ne visą NaCl, bet tik natrio joną. V. Noorden siūlo šitą gydymą

Prie d-ro Ch. Finkelšteino straipsnio:
„Apie ulcus ventriculi ir ulcus duodeni chirurgišką gydymą“,
įdėto „Medicinos“ 1935 m. 3 nr.
Ulcus ventriculi, gydyto Noorden'o būdu, atvaizdai.

1. atv. Prieš gydymą.



2 atv. Įsipusėjus gydymui.



3 atv. Pasibaigus gydymui.

vykdyti labai griežtai, be jokių puspriemonių, be jokių kombinacijų, nes kiekvienas nuo nustatyto plano nukrypimas mažinąs gydymo šansus.

Šitas gydymas paremtas šiais samprotavimais:

Tvirta ir be abejojimo nustatyta, kad opotoji liga yra glaudžiai susijusi su bendra skilvio ir duodenum'o gleivinės uždegimo būkle. Kol gleivinė, kurioje yra opa, yra uždegimo būtyje, ulcus'o gydymas ne tik nežengia pirmyn, bet, atvirkščiai, dėl gleivinės uždegimo gijimo procesas stabdomas. Gastrito pagerėjimas arba pranykimas parengia gydymui geresnes sąlygas ir geresnę dirvą.

Antiflogistinių vaistų, veikiančių skilvio gleivinę, beveik kaip ir nėra, ir dėl to siūloma minėtoji dijeta, kaip vaistai, kaip tikra priemonė, veikianti gastritą. Šita dijeta nesudėtinga ir palyginti lengvai pravedama, bet reikalinga ligonio kantrybės ir gydytojo ištvermės. Noorden yra senas dijetetikas, maestro ir klasikas; jisai yra pasaulinio masto mokslininkas, kurio vardas, manau, visiems gydytojams yra žinomas ir kurio patyrimu mes galime pasitikėti, ir štai ką apie savo rezultatus jisai sako:

Šitą režimą įvykdžius, visi reiškiniai dingstą, ypač praeiną skausmai. Rūgštingumas mažėjąs, dažnai pasidaręs normalus net tais atvejais, kai ištisais metais padidėjęs rūgštingumas atkakliai laikęsis. Rezultatai ilgai trunką, rentgenologiškai esąs įrodytas ulcus'o pagijimas net tais atvejais, kai operacija buvusi indikuota. Čia patiekiamos vieno mūsų ligonio skrandžio opos trys rentgenogramos, ryškiai atvaizduojančios šitos opos gijimą. (Žiūr. 1, 2 ir 3 atv.)

Gydymo metodika šitokia:

Ulcus'o hyperaciditas atveju jis duoda per parą literį grietinėlės. 1 literis grietinėlės turįs 27—28 centigr. natrio. Arba vietoj grietinėlės galima esą duoti 2 literiu pieno, kuriame esą 72 cg. natrio, arba miltinės sriubos (iš miežinių, avižinių kruopų ir t. t.) visiškai be druskos. Druskos vietoje galima esą pasaldinti cukrumi. Subacidinio arba anacidinio ulcus'o ir gastrito atvejais jis siūlo vaisių sultis, nes vaisiai, neskaitant insulino ir histamino, esą laikomi geriausiais sužadintojais skilvio syvams išsiskirti. Ir, be to, juose visiškai nėsą natrio.

Taip kalba v. Noorden savo paskutiniame straipsnyje „Dietätische Grundsätze der Gastritisbehandlung". Tat ne jauno asistento entuzijasto išvados, bet garsenybės, teoretiko ir praktiko, kuriam šitoje srityje lygaus nėra. Su šitomis išvadomis dabar sutinka daugelis chirurgų.

Šitas nukrypimas neįeina į mano pranešimo programą, bet aš tiktai norėjau čia kolegoms terapeutams nurodyti, kad, apskritai, gydant ulcus ventriculi mūsų padėtis jau visai ne tokia bloga, kaip kad tai dažnai mums rodosi. Mes galime daug ir daugeui ulcus'u sergančių ligonių padėti.

Mano pranešimo tikslas visiškai nėra saukimas „atgal prie Hypokrato"; aš visiškai nėsu begimstančios ultrabijologinės srovės medicinoje šalininkas, bet aš esu griežtas šito šiurkštaus mediciniškai mechaniško samprotavimo ir šių laikų chirurgijos, visagalinčios ulcus ventr. ir duod. gydant, aklo sekimo priešininkas. Chirurgo menu aš naudojuosi visur ir visuomet largo manu, bet tik ten, kur tat reikalinga ir kur aš tikiuosi gauti iš chirurgiškos intervencijos gerų ir ilgai trunkančių rezultatų. Visais kitais atvejais aš duodu pirmenybę konservatiškam gydymui, kaip mažiau pavojingam ir žalingam, nes pagaliau „medicus curat, natura sanat".

Med. dr. L. Sipavičius,
Dr-jos kovai su tuberkulioze sanatorijos ordinatorius.

Bronchografija plaučių ligų dijagnostikoje.

(Direktorius — dr. A. Milvidas. Plaučių ligų konsultantas — dr. L. Koganas).

Kontrastinių preparatų panaudojimas plaučiuose vaidina svarbų vaidmenį kvėpuojamųjų takų susirgimų diferencinėje dijagnostikoje.

Šita metodė atrasta atsitiktinai. Prieš 12 metų du prancūzai—Siccard ir Forestier, pripildydami vėžio perforuotą oesophagus'ą kontrastinėmis masėmis, keletą kartų atsitiktinai pastebėjo bronchuose kontrastinę masę, kuri rentgeno ekrane davė gražų bronchų vaizdą ir nesukėlė jokių ypatingų reiškinių iš plaučių pusės. Tuo būdu jiems kilo mintis panaudoti kontrastinį, netoksišką preparatą tiesiog į kvėpuojamuosius takus.

Siccard ir Forestier išmėgino, išdirbo ir paskelbė šitą metodę, kurią vėliau pradėjo vartoti vokiečiai ir kiti. Kaip kontrastinį preparatą, Siccard ir Forestier vartoja lipiodol'į (gvazdikų aliejus+40% jodo). Lipiodol'is plačiai vartojamas Prancūzijoje. Vokiečiai dažniau vartoja jodipin'ą (ol. sesami + 40% jodo). Kiti vėl vartoja jodumbrin'ą, bromipin'ą. Mūsų sanatorijoje vartojamas lipiodol'is, nes jis duoda gana ryškius ir daugiau plastiškus kontrastus.

Kontrastinis preparatas, prieš įvedamas, turi būti sušildytas. Pasak Bloch'o, geriausia temperatūra yra 20°—25°C. Paprastai kontrastiniam preparatui imama tiršta alyva, kuri lėtai teka žemyn ir rentgeno ekrane duoda plastiškai geresnį vaizdą. Skysta alyva, dėl greito nutekėjimo į bronchijoles ir alveoles, netinka.

Bronchografija susideda iš trijų dalių: ligonio paruošimo, kontrastinio preparato instiliacijos ir fiksacijos rentgene. Refleksams išjungti, įvedant instrumentus, reikalinga padaryti gera gerklų ir trachėjos anėstezija.

Paruošimas yra labai svarbus veiksmas, nes jis sudaro visas sąlygas kontrastiniam preparatui panaudoti plaučiuose, todėl jis turi būti atliekamas laryngologų arba gydytojų, mokančių gerai laryngoskopuoti.

Anėstezijai vartojamas cocain'as, pantocain'as, percain'as, novocain'as ir kiti. Mūsų sanatorijoje gerklų anėstezijai vartojamas 10% cocain'as su adrenalinu, aptepant jas larynx'o teptuku; trachėjos anėstezijai—novocain'o įšvirkščiama specijaliu švirkštu nuo 2 iki 5 kb. cm.

Tyrimas daromas iš ryto, ligoniui dar nevalgius. Pusę valandos prieš intervenciją ligoniui injekuojama pantopon'o arba morfio-adrenalin'o tam tikslui, kad sekrecija, kosulio bei vėmimo refleksai sumažėtų ir kad būtų paruošta geresnė dirva tolimesnės anėstezijos veikimui.

Gerklų ir trachėjos gleivinę anėstezavus, pradedama antroji bronchografijos dalis: instrumentų įkišimas į trachėją ir kontrastinio aliejaus instiliacija. Tam tikslui pagal Secousse yra išdirbtos dvi metodės: I-ji — transglotinė, II-ji — transkutaninė. Transglotine metode kontrastinio aliejaus instiliacija daroma pro glottis. Ji turi keletą modifikacijų: vad. aspiracine metode kontrastinė masė įpilama paprastu šaukštu į hypopharynx'ą. Ligonis giliai įkvepia ir tuo būdu kontrastinė masė patenka į bronchus ir plaučius. Šita metodė mažai vartojama, kadangi reikalauja daug medžiagos, o antra vertus, gana pavojinga, nes ligonis praryja daug jodo (jodizmo pavojus).

Kontrastinei alyvai įpilti kaikas vartoja specijalų guminį kateterį su metaliniu antgaliu. Kateteris kišamas ir alyva pilama rentgenu kontroliuojant, stengiantis patekti į susirgimo vietą. Šitos metodės šalininkų nuomone, tas būdas patogus tuo atžvilgiu, kad reikalauja mažiau medžiagos ir su rentgenu galima tiksliai lokalizuoti instiliacija į susirgimo vietą. Kontrastinei alyvai į plaučius įpilti vartojamas teippat kateteris, kuris įkišamas pro nosį, tačiau šitas būdas reikalauja daugiau anaesteticum'o, nes reikia anėstezuoti tiek nosies tiek pharynx'o gleivinė ir daugiau vargina ligonį, nors jos šalininkai tvirtina, kad šitas būdas ligoniams malonesnis. Paskutinė transglotinės metodės modifikacija atliekama specijaliu švirkštu su išlenktu metaliniu vamzdeliu, kontroliuojant laryngoskopiniu veidrodėliu. Šitas būdas vartojamas ir mūsų sanatorijoje; mūsų nuomone, jis paprastesnis ir mažiau vargina ligonius.

Transkutanine metode per ligamentum conicum įkišamas trookaras arba specijaliai išlenktas vamzdelis, panašus į tracheotominę kaniulę, pro kurį pilama kontrastinė alyva į larynx'ą. Šitas būdas atrastas prof. Armend Dellil ir demonstruotas Kauno vaikų ligoninėje 1934 m. sausio mėn. 27 d.; jis patogus tuo, kad nereikalauja nemalonios anėstezijos procedūros ir tuo būdu mažiau vargina ligonį, tačiau, antra vertus, gali turėti įvairių gana sunkių komplikacijų, kaip antai: kaklo flegmonų,

subkutaninių emfyzemų, net mediastinitis buvo aprašytas; be to, reikalauja labai geros technikos.

Trečia bronchografijos dalis—fiksacija rentgenu: peršvietimas ir nuotrauka. Po instiliacijos ligonis guldomas padėtyje, atsižvelgiant į susirgimo vietą. Jei reikalinga vienos plaučių pusės bronchografija, tada ligonis guldomas ant tos pusės 10—15-kai minučių. Jei norima gauti plaučių viršūnių bronchografija, ligonis guldomas Trendelenburg'o pozicijoje, ir sodinamas, jeigu reikalinga apatinių plaučių dalių bronchografija. Praėjus 10—15 minučių ligonis pirma peršviečiamas, o paskui fotografuojamas. Peršviečiamas dėl kontrolės, ar tikrai kontrastinė alyva pateko į plaučius, nes kartais gali instiliacija nepasisekti ir kontrastinė masė gali patekti į skrandį, kaip kad buvo vienu mūsų atsitikimu.

Instiliacijai vartojamas įvairus kontrastinės alyvos kiekis. Abipusei bronchografijai—daugiau, vienapusei—mažiau; paprastai nuo 8 iki 40 kb. cm. Kaikurie autoriai, pav., Mannier, Harmer abipusei bronchografijai siūlo 40 kb. cm. ir net daugiau. Mūsų sanatorijoje kontrastinės alyvos vartojama 20—30 kb. cm. Yra nuomonių, kad abipusė instiliacija, daroma abiejose pusėse kartu, ligoniui yra pavojinga, todėl siūloma daryti ne iš karto, bet kiekvienai pusei atskirai. Kiti autoriai tvirtina, kad jokio pavojaus nėsą. Teippat ir mūsų sanatorijoje po abipusės instiliacijos, padarytos vienu laiku, nepastebėta jokių komplikacijų.

Įdomus yra alyvos kelias nuo švirkšto ligi plaučių. Tiršta alyva pagal svorio dėsnius iš lėto slenka žemyn ir pamažu pripildo iš pradžių didesniuosius bronchus, vėliau mažesniuosius, pagaliau—bronchijoles ir ant galo pasiekia alveoles. Tuo būdu kvėpuojamųjų takų vaizdas keičiasi kas minutė, ką mes puikiai galime stebėti rentgeno ekrane. Ypač gražiai visas instiliacijos fazes aprašo Monnier, duodamas vaizdingą klasifikaciją. Alyvos kelio pradžią, kada užpildyti tik bronchai, jis vadina „žiemos medžiu" (arbre d'hiver). Po 5 minučių, kai prisipildo bronchijolės, gaunamas „pavasario medis" (arbre printemps); po 10 minučių, kada alyva pasiekia alveoles, vaizdas panašus į „vasaros medį" (arbre d'été) ir pagaliau po 15—20 min. bronchografinį vaizdą jis vadina „lapuotu", be šakų medžiu (arbre feuillé). Nors tokia klasifikacija ir labai graži, tačiau daryti iš jos kurių-nors dijagnostikos išvadų negalima.

Kuriam laikui po instiliacijos praslinkus, ligoniui sustiprėja kosulys—organizmas kontrast. alyvą iš bronchų ir trachėjos pašalina reflektorišku būdu. Alveolėse gi alyva smulkiai išsiskirsčiusi dar ilgai—savaites ir mėnesius—gali būti stebima rentgenologiškai.

Bronchografija dažniausiai vartojama įvairių destrukcinių plaučių procesų atvejais, pav., bronchiektazijų, abscesų, gangrenų, kavernų; teippat ca pulmonum ligoje. Šita metodė turi svarbią

diferencinės dijagnostikos reikšmę. Literatūroje beveik visi autoriai, kurie ją plačiai buvo studijavę ir turėję didelį skaičių atsitikimų, tvirtina, kad kontrastinės alyvos instiliacija į plaučius kaipo taisyklė ligonių gerai pakeliama be ypatingų komplikacijų, o jei mažų komplikacijų retkarčiais ir pasitaikydavo, tai būdavo labai paviršutinės ir greit praeidavo. Sunkių komplikacijų iš širdies, plaučių arba inkstų pusės mes nėsame pastebėję ir literatūroje aprašytų nėsame suradę.

Kontraindikacijas sudaro sunkūs širdies, kraujagyslių ir inkstų susirgimai, aštrūs kvėpuojamųjų takų uždegimai, didelio laipsnio kūno suliesėjimai, hyperthyreoidismus. Kiek tat liečia tuberkuliozę, bronchografija galima vartoti tik griežtai latentinėse formose. Chroniškose tuberkuliozės formose bronchografija gali sukelti pablogėjimą.

Šitas tyrimas turi daug šalininkų, bet tiekpat ir priešų, kurie aprašo įvairių komplikacijų, net exitus, tyrimo metu. Kiek man teko susipažinti su literatūra ir kaip mūsų atsitikimai rodo, bronchografija nėra pavojingas tyrimas ir jokių komplikacijų ar proceso pablogėjimo tyrimo metu ar po tyrimo nei sanatorijoje nei dispanseryje, kur ligoniai toliau buvo sekami, nėsame pastebėję. Mūsų nuomone, tais atsitikimais ne tiek buvo kalta pati tyrimo metodė, kiek, gal būt, netinkama technika.

Mūsų sanatorijoje bronchografijos tyrimas teko vartoti tokiais atsitikimais, kai ligoniai plaučiuose turėdavo daug katarinių reiškinių: kosėdavo, skrepliuodavo su krauju, bet Koch'o bacilų pakartotinai tiriant nebuvo randama, rentgenologiškai—neaiškus dėmėtumas. Paprastai tokie ligoniai traktuojami kaip džiovininkai: gydomi namie, dispanseriuose, siunčiami į sanatorijas. Tokie ligoniai be reikalo apsunkina gydytojus, socijalines įstaigas, ligonių kasas. Sudaro daug nereikalingų išlaidų sau ir valstybei. Atsitikimais, kai Koch'o bacilų nerandama, o ligonis turi kliniškų ir rentgenologiškų tbc. reiškinių, dėl diferencinės dijagnostikos darome bronchografiją. Šitas tyrimas nesukelia jokių paaštrėjimų plaučiuose ir perdaug neapsunkina ligonių. Kontrastinė alyva—lipiodol'is ar jodipin'as kvėpuojamųjų takų epitelio pakeliama gerai, nes ji mažai erzina ir iš lėto rezorbuojasi. Kauno miesto s-bės dispanserio ligoniams tyrimas paprastai daromas per vieną dieną. Ligonis pabūna vieną dieną sanatorijoje ir iš ryto grįžta namon arba į savo darbą. Literatūroje d žnai randama pranešimų, kur tokios vad. sausos bronchiektazijos būdavo gydomos ilgus mėnesius, net metus sanatorijose, kaip tuberkuliozė, ir tik atsitiktinai padarius bronchografiją, rasta bronchiektasia.

Daug autorių, kaip antai Nicand, Dollfus, Wiese, Brauer ir kiti pastebėjo gerą terapinį veikimą intratrachėjiniu būdu įpilto 40% jodipin'o arba lipiodol'io į bronchiektaziją ir dėl to net gydymo tikslu pataria vartoti intratrachėjines lipiodol'io arba jodipin'o instiliacijas visų bronchiektazijų atvejais. Po kontrastinės alyvos įpylimo jie pastebėjo subjektingus pagerėjimus—

didelį sekrecijos sumažėjimą, haemopthoe, dvokimo išnykimą, teip kad ligoniai net patys reikalaudavo pakartoti instiliaciją, ką mes esame pastebėję ir pas mūsų ligonius.

Pavyzdžiui, čia pacituoju keletą ligų istorijų ištraukų iš mūsų sanatorijos bronchografijos tyrimų.

1. **Ligonis L. G.**, 16 m. amžiaus, mokinys; lig. ist. 521 nr. Daug kosiantis ir skrepliuojantis, skrepliai retkarčiais nudažyti krauju; naktimis prakaituojąs. 3 metus buvo gydytas kaip džiovininkas. Atsiųstas į mūsų sanatoriją pneumothorax'ui uždėti. Objektingai: dešiniuosiuose plaučiuose susilpnėjęs kvėpavimas, smulkūs, drėgni karkalai; Westergren 30—58; Koch'o bacilų pakartotinai tiriant nerasta; WaR—neigiama. T⁰ subfebrilė, skreplių 120—180 kb. cm. Kaikada skrepliai lyg dvokia. R-ma: dešiniųjų plaučių vidurinėje ir apatinėje dalyse nežymus dėmėtumas. Dijafragma fiksuota. Bronchografija parodė: dešiniųjų plaučių vidurinėje ir apatinėje dalyse matoma keletas nedidelių cilinderinių bronchiektazijų. Po lipiodol'io instiliacijos ligonio savijauta pagerėjo, kosulys sumažėjo ir išnyko dvokią skrepliai.

2. **Ligonė I. L.**, 34 m. amžiaus, darbininkė; lig. ist. 504 nr. Kosianti, daug skrepliuojanti. Dvokiančių skreplių nepastebėta. Staiga skrepliuose pasirodę kraujo. Apie 3 mėn. gulėjusi Kauno žydų ligoninėje, kur smarkiai pakartotinai kraujavusi. Buvusi padaryta phrenicoexerese dextr.; kraujavimas sustojęs. Atsiųsta į mūsų sanatoriją tolimesniam gydymui su dijagnoze: tuberculosis pulmon. Objektingai: dešiniuosiuose plaučiuose randami smulkūs drėgni karkalai. R-moj: dešiniųjų plaučių apatinėje dalyje matomi intensyvūs difūziški, netaisyklingos formos šešėliai. Dijafragma iš dešinės yra IV-to šonkaulio aukštumoje. Abiejose pusėse yra daug ryškių, aprėžtų šešėlių (petrifikavęsi senieji lizdai). Koch'o bacilų nei mūsų sanatorijoje nei žydų ligoninėje nerasta. Westergren: 9—20. T⁰ subfebrilė.

Bronchografija dextra parodė: deš. plaučių apatinėje dalyje (vietoje intensyvių šešėlių) yra ilgos cilinderinės bronchiektazijos.

Po bronchografijos savijauta pagerėjo, skrepliavimas žymiai sumažėjo.

3. **Ligonė L. B.**, 21 m. amžiaus, siuvėja; lig. ist. 446 nr. Kosianti. skrepliuojanti, retkarčiais su krauju. Obj.: kair. plaučių viršutinėje ir apatinėje dalyse smulkūs, skambūs karkalai. Koch'o bacilų pakartotinai tiriant nerasta. Westergren 13—33. T⁰ subfebr. WaR neigiama. Skreplių: 40—50 kb. cm. per parą. R-moj (žiūr. 1-ą atvaizdą): kairiųjų plaučių vidur. dalyje vos matomas dėmėtumas. Širdis smarkiai nustumta į kairę.

Bronchografija sin. parodė: (žiūr. 2-ą atvaizdą) daug didelių pusmėnulio formos lipiodol'io šešėlių, kas atitinka maišo formos bronchiektazijas. Į apatinę plaučių dalį lipiodol'is visiškai nepraėjo—visiškas plaučių susi traukimas.

4. **Ligonė K. J.**, 26 m. amžiaus, auklė; lig. istor. 449 nr. 1929 m. ligonė staiga pradėjusi kosėti ir skrepliuoti su krauju. Gulėjusi 6 mėnesius Tilžės sanatorijoje kaip džiovininkė. Buvusi gydyta konservatiškai. 1932 m. gulėjusi 2 mėn. Varėnos sanatorijoje ir 5 mėn. Raud. Kryžiaus sanatorijoje, teippat kaip tuberkuliozininkė. Vėliau buvusi gydyta ambulatoriškai (auksu ir kalciu). 1933 m. buvusi nusiųsta į Varėnos san-ją, kur išgulėjusi 3 mėn. Per Kauno m. s-bės dispanserį atsiųsta į mūsų sanatoriją galutinam ištyrimui, nes Koch'o bacilų visą laiką niekur nebuvo rasta. Objekt.: dešiniųjų plaučių vidurinėje ir apatinėje dalyse girdimi smulkūs, drėgni, skambą karkalai. T⁰ subfebrilė Skreplių kiekis per parą 30—70 kb. cm. (nedvokia). Westergren 6—18. R-moj: dešiniųjų plaučių apatinėje dalyje—pailgas, netaisyklingas, trikampinis su nelygiais kraštais patamsėjimas.

Bronchografija bil. parodė (žiūr. 3-ią atv.) trikampinio patamsėjimo vietoje cilinderines bronchiektazijas. To pačio atvaizdo dešinėje pusėje matomas normalių bronchų kontrastinis vaizdas. Čia teippat labai gražiai matomos trachėjos ir bronchų bifurkacijos piešinys. Šito atsitikimo bronchiektazijos ėtijoliogijai išaiškinti buvo ištirtas kraujas—WaR++. Kiek vėliau ligonė prisipažino, kad nuo 1930 m. gydosi veneros ligų ambulatorijoje ir jau gavusi 3 kursus neosalvarsano ir bismogenolio. Šito atsitikimo

bronchiektazijos, matyti, buvo luetinio pobūdžio. II-o ir III-io atsitikimo, atsižvelgiant į petrifikacijos židinius ir smarkią dijafragmos retrakciją, reikia galvoti, kad bronchiektazijos buvo tuberkuliozinio pobūdžio. I-jo atsitikimo ėtijologija išaiškinti nepasisekė.

Iš čia minėtų atsitikimų matoma, kaip kartais yra sunku kliniškai atskirti sausa bronchiektazija nuo uždarytosios plaučių džiovos. Čia tik bronchografijos tyrimo pagelba galima nustatyti tikra dijagnozė ir sutaupyti socijalinėms įstaigoms ir ligonių kasoms daug bereikalingų išlaidų.

Draugijos kovai su tbc. sanatorijoje bronchografijos ištyrimą įvedė ir modifikavo san-jos konsultantas d-ras L. Koganas, kuriam šia proga reiškiu širdingą padėką už maloniai suteiktus patarimus ir nurodymus šitą straipsnį berašant.

Zusammenfassung.

Der Autor beschreibt die Technik, Indikationen und Kontraindikationen der Bronchographie—eines Verfahrens, welches wichtige differentialdiagnostische Bedeutung zwischen geschlossener Lungentuberkulose und sogenannten trockenen Bronchiektasien hat. Er betonnt die Aehnlichkeit der klinischen Erscheinungen und Röntgenbildes bei trockenen Bronchiektasien und geschlossenen Lungentuberkulosen. Zum Beispiel zitiert er einige Krankengeschichte aus dem Sanatorium des Vereines zur Bekämpfung der Tuberkulose in Litauen. Die Kranken wurden monatelang in verschiedenen Anstalten als Lungentuberkulose behandelt und dank dem Bronchographieverfahrem hat man bei ihnen Bronchiektasie feststellen können.

Gya. P. Kazlauskas.

Apie keratitis punctata superficialis*).

(Iš V. D. Un-to Akių klinikos Kaune. Direktorius—prof. d-ras P. Avižonis)

Keratitis punctata superficialis negali neinteresuoti gydytojo okulisto. Dėl dažnai atkaklios savo eigos jis veda į nerimą ar net nusiminimą ligonius; jis komplikuoja kitus susirgimus; jis, laiku nepažintas, gali suardyti santykius tarp gydytojo ir ligonio. Moksliškai teippat įdomus. Fluorescein'as ir plyšinė lempa atidengia mums labai įvairų patologoanatominį vaizdą. Labai įvairi būna superficijalinių keratitų ėtijologija ir kartais sunkus gydymas.

Tad savo šefo gerb. prof. P. Avižonio patariamas, aš ryžausi peržvelgti šituo klausymu literatūrą, surinkti V. D. Un-to Akių klinikos statistikos duomenis ir juos įvertinti.

Nors jau seniai okulistų buvo pažįstami superficijalinių keratitų reiškiniai ir ne vienas, pav., kad ir įvairių konjunktivitų atvejais pastebėdavo ragenos paviršiuje švelnių taškelių, bet tik 1889 metais Ernst Fuchs ir Hans Adler, nepriklausomi viens nuo antro, aprašė superficijalinį keratitą kaip atskirą ligos rūšį. Vėliau visa eilė autorių imasi šito klausymo ir iškelia aikštėn ar naujus ėtijologinius momentus ar naują patologišką jų pasireiškimą.

---

*) Pagal referatą, skaitytą Lietuvos akių gydytojų draugijos suvažiavime Kaune 1934 m. gruodžio mėn. 8 d.

Ligoniai dažniausiai nusiskundžia matymo pablogėjimu — kartais pašalinio kūno akyje jutimu, photophobia, ašarojimu, o kartais skausmais ir net dideliais. Liga trunka keletą savaičių, bet kartais mėnesius ar net metus, priklausydama nuo ėtijologijos. Galimi ir recidyvai.

Fluorescein'as ir plyšinė lempa atidengia mums smulkutes epitelio pūsleles su skaidriu ar švelniai drumstu turiniu, kartais su švelniu pilkumu aplinkui. Pūslelėms trūkus ir dar joms susiliejus, atsiranda labai įvairus vaizdas Tat fluorescein'u žalsvai nusidažę taškeliai, kableliai, chroniškose formose turį marmuro išvaizdą, ruoželiai, kampuotos figūros, kartais beveik apskritimai, geografinės kortos ir t. t. Suplyšęs epitelis, vokams judant, susiveja kartais į siūlelius ir toks ligos vaizdas vadinamas keratitis filiformis. Kitais atvejais po epiteliu būna švelnūs, smulkūs infiltračiukai, atrodą kaip švelni pilki taškeliai, o po didžiuoju padidinimu matyti, kad jie yra susidėję iš daugybės smulkių taškučių; jie nežymiai pakelia ragenos epitelį, dažnai sukelia jo nekrozę, dėl to teippat nusidažo žalsvai fluorescein'u.

Akių sujaudinimo laipsnis būna įvairus, kartais tik nežymus konjunktivitas, o kartais didoka cilijarinė injekcija ir skausmai ar dėl ištempimo cilijarinių nervų galūnių susidarant pūslelėms ar stačiai dėl sužeidimo cilijarinių nervų galūnių vykstant nekrozei ir plyštant pūslelėms. Šitais sunkesniais atvejais įvyksta žymus regėjimo aštrumo sumenkėjimas.

Apskritai imant, keratitis punctata superficialis pavadinimas turi tik deskripcinę, bet ne specifišką reikšmę. Tai tik kliniškas symptomas, bet ne užbaigtas ligos vaizdas. Galop ir šitas pavadinimas dar nėra vienintelis, būtent, keratitis subepithelialis (Hans Adler), keratitis epithelialis punctata (L. Koeppe) keratitis filiformis, streifenförmige keratitis A. v. Szily, keratitis epithelialis vesiculosa ir t. t.

Nors ir įvairiai vadintume susirgimą, visais šitais atvejais būna paliesta pars conjunctivalis corneae. Todėl kaikurie okulistai vadina susirgimą conjunctivitis corneae, nes embrijologiškai ragenos epitelis priklauso konjunktivai; teippat esti ir maitinamas iš obuolio konjunktivos kraujagyslių. Tad suprantama yra liguista ragenos epitelio būtis įvairiuose konjunktivituose.

Švelnus ragenos epitelis, gulįs ant lygios Bowman'o membranos, palyginti, blogai maitinamas ir, būdamas kūno paviršiaus dalele, yra neatsparus įvairiems žalingiems išorės veiksniams. Žalingai paveiktas, jis dažnai plyšta ir lupasi.

Superficijalinį keratitą gali sukelti šios priežastys: a) konjunktivos, o kartais ir, apskritai, organizmo infekcijos; b) žalingos cheminės medžiagos, veikdamos ragenos paviršių; c) žalingi fyziniai veiksniai; d) neurogeninės priežastys; e) gilesnių ragenos sluogsnių, ypač endotelio pakitimai.

Keratitis superficialis punctata dažnai būna įvairios infekcijos konjunktivitų atvejais, ypač nuo Koch - Weex'o bakterijų (Axenfeld). Būna ir ūmiose, ir apyūmiose, ir net chroniškose konjunktivitų formose.

Superficijalinio keratito atsiradimas įvairiuose konjunktivituose šeip aiškinamas: a) infekcija, sukelianti konjunktivitą, veikia žalingai ir ragenos paviršių; b) bakterijų toksinai sutrikdo ragenos mitybą; c) dar manoma, kad patinusi akies obuolio konjunktiva užspaudžianti ragenos pasienio kraujagyslių tinklą ir dėl to pablogėjanti ragenos mityba (Kriukov); d) be abejo, čia didelį vaidmenį vaidina liguista vokų konjunktivos būklė. Žinome, kad vokų konjunktiva yra iš švelnaus daugiasluogsninio cilinderinio epitelio su pavienėmis liaukomis. Ji vilgo rageną ir valo ją nuo dulkių. Patologiškai pakitėjusi vokų konjunktiva, pav., įvairių konjunktivitų atvejais, viena, jau nebevykdo savo funkcijos, o, antra, dar net kenkia ragenai, mechaniškai ją brūžuodama šiurkščiu savo paviršiumi. Hans Adler akcentuoja superficijalinių keratitų buvimą „Schwellungskonjunktivitis", kiti — „Badenkonjunktivitis" atvejais. Ypač dažnai superficijaliniai keratitai užtinkami įvairiose trachomos stadijose, kuri sukelia didžiausius vokų konjunktivos pakitimus Vokų konjunktiva visiškai surandėja, pasidaro nelygi, užsispaudžia liaukų angos. Tada akys džiūsta, ragena esti sausa, šiurkščios konjunktivos negailestingai brūžuojama. Galop jos epitelis neatlaiko ir lupasi įvairaus dydžio ir formos skiautelėmis.

Yra pastebėtos ir superficijalinių keratitų epidemijos. R. E. Wright, aprašo, kad stebėjęs tokią superficijalinių keratitų epidemiją 1929 — 1930 metais. Jisai stebėjęs 3.500 atsitikimų. Vienais atvejais susirgimai pasireikšdavę tik šviesos baime, ašarojimu ir mažu konjunktivos paraudimu. Kitais atvejais susirgimą lydėdavęs obuolio konjunktivos, vokų ir prėaurikuliarinių liaukų patinimai Vyrų tada sirgę 83,6%, moterų — 64,3% daugiausia 2-3-4-me amžiaus dešimtmetyje. Dažniau būdavusi paliesta viena ir tai kairioji akis. Imuniteto negaunama. Bakterijų jis neradęs. Julio C Iturburn aprašo, kad teippat stebėjęs superficijalinių keratitų epidemiją. Jis aprašo sunkius atsitikimus su šiais reiškiniais: ūminiu konjunktivitu, superficijaliniu keratitu, prėcipitatais, stiklakūnio drumstumais ir net hypotonia bulbi. H. Herbert superficijalinių keratitų epidemijos metu Indijoje radęs 20—30 atsitikimų ant epitelo ar pačiame epitelyje grampozityvias su kapsulėmis gana dideles 3,2 μ — 1,6 μ bacilas.

Dažnai užtinkami skrofuliozinės kilmės superficijaliniai keratitai pas skrofuliozikus. Tat paviršiaus smulkūs infiltratai daugiausia iš lymfocytų, kurie vėliau ekzulceruojasi, pasidarius epitelio nekrozei. Serga jauni asmens, dažniausia ligi 10 metų amžiaus. J. Foster, aprašo, kad gavęs įvairios ėtijologijos superficijalinių keratitų atvejais pozityvias odos tuberkulino reakcijas.

Keratitis punctata superficialis leprosa yra paviršiaus, po epiteliu, pilki ar balsvi, smulkūs, skaidriame ragenos audiny mazgeliai (J. Meller, Th. Axenfeld, E. Jeanselme, V. Morax). Bet tat apgaulingas vaizdas, nes šitais atvejais ir po Bowman'o membrana randama lepros bacilų židinių. Tat infekinės kilmės superficialiniai keratitai.

Aštrios cheminės medžiagos, pav., chryzarobinas (Axenfeld) ir kt., patekusios į akis gali sukelti keratitis punctata superficialis.

Sausių (Raupen), dagių (Kletten) ir kitų augalų plaukeliai, patekę į akis, dvigubai veikia, būtent, chemiškai ir dar mechaniškai subado ragenos epitelį, dėl to ir sukelia mūsų aprašytąjį superficijalinio keratito vaizdą.

Ultravijoletiniai spinduliai, be kitų sunkių reiškinių akyse, sukelia ir superficijalinį keratitą. Atsitinka jais nusideginti akis aukštai kalnuose, sniegynuose, švitinant kvarco lempa ligoniams, o dar dažniau spoksantiems iš šalies jų palydovams ir šeip pasižiūrėjus ar dirbant ilgiau intensyvioje elektros šviesoje. Churgina, ištyręs akis 205 kino artistų, kuriems tenka dirbti stiprioje elektros šviesoje, daugeliui iš jų rado charakteringus ragenos paviršiaus pakitimus. Nusideginus akis ultravijoletiniais spinduliais, reiškiniai atsiranda ne tuojau, bet po tam tikro laiko, net praėjus ligi 12 val. (E. Cramer).

Keratitis superficialis dar atsiranda nuo ašarų liaukų hyposekrecijos. Tat įvyksta pašalinus ašarų liauką ar jai patologiškai pakitėjus, arba dėl nervinių priežasčių mažėjant ašarų liaukų sekrecijai, pav., prieš climax'ą ar climax'o metu, galvą susimušus (Wagenmann). Dėl ašarų stokos džiūsta ir ragena. Jos epitelis plečiasi į pūsleles, trūksta lupasi ir sukasi į velenėlius, matomus net makroskopiškai. Ragena dažosi lopeliais fluorescein'u. Tat keratitis filiformis chronica.

Neurogeninės priežastys ir gali sukelti superficijalinius keratitus. Paveikus žalingiems faktoriams ragenos cilijarinių nervų galūnes, išyra sąsyjis tarp epitelio celių: pasidaro pūslelės ar plyšiai. Vienas iš tokių toksinų yra herpes virusas. Horner 1871 metais pirmasis atkreipė dėmesį, kad kvėpuojamųjų takų katarinių susirgimų, būtent, gripo, influenzos, bronchito, pneumonijos, atvejais analogiškai tiek ant lūpų, tiek ir ant ragenos atsiranda greit trūkstančių pūslikių. Tat yra herpes febrilis corneae. Dažniausiai būna paliečiama viena akis. Pūslikės labai greit trūksta, tad paprastai yra tematomi švelnūs epitelio defektai su švelniai pilku dugnu, kadangi yra šiek tiek nekrozuota ir kaimyninė Bowman'o membrana. Ragenos jautrumas sumažėjęs.

Pelimlin, ištyręs 400 normalių akių su Frey'o plaukeliais, konstatavo 10% ragenos hypoesteziją. Gal 10% akių ir turi palinkimą sirgti superficijaliniais keratitais, gal tuo ir galima paaiškinti, kodėl vienais atvejais, sergant trachoma ar šiaip konjunktivitu, atsiranda superficijalinis keratitas, o kitais atvejais ne.

Herpes corneae dažnai atsiranda daug vėliau po kvėpuojamųjų takų katarinių susirgimų, tad kartais sunku yra nustatyti tiksli anamnezė ir dijagnozė. Dažniausiai būna paliesta viena akis.

Infekcinę herpes'o kilmę įrodė Griuter, pernešdamas infekciją kralikams, kurių ragenų įsodinimo vietose gaunami švelnūs ruoželiniai drumstumėliai, bet kartais jiems nusineria visas ragenos epitelis. Kralikai stimpa nuo encefalito, matyti, infekcija nervų kamienais pasiekia smegenis. Manoma, kad tat yra nematomojo filtruojamo virus'o kaltė.

Keratitis neuroparalytica pirmojoje stadijoje duoda keratitis superficialis punctata vaizdą. Tat smulkūs taškeliniai epitelio drumstumėliai, dažniau ties ragenos centru (Behr), vėlyvesnėje stadijoje virstantieji ragenos erozijomis.

Susirgimas išsirūtuliuoja, sužalojus n. trigeminus kamieną ar ganglion Gasseri, dažnai alkoholio injekcijomis.

„Epithelstreifenerkrankung der Cornea" (A. v. Szily) susidedą iš taškučių, įvairiais ruoželiais besikryžiuojančių ragenos paviršiuje. Dar neaišku yra ar tat savitas susirgimas ar tik jau suminėtų susirgimų varijantas.

Lengvais atsitikimais recidyvuojančių ragenos erozijų epitelis ne visai atsidalina nuo Bowman'o membranos, terandami ragenos paviršiuje įvairaus dydžio ir formos taškeliai, kurie susilieja kartais į didesnius lapelius ar ruoželius. Tat keratitis superficialis vaizdas. Susirgimo patogenėzė dar neišaiškinta. A. Franceschetti nurodo paveldėjimą. Jis stebėjo susirgimą net 6-se generacijose. Gifford mano, kad tat dystrophiae epithelialis corneae ankstyba stadija, nes jis vienoje ligonio akyje rado recidyvuojančią eroziją, o antroje — typingą dystrophia epithelialis corneae. Daugumas mano, kad čia kaltos neurogeninės priežastys (R. Peters, A. v. Szily, R. Salus). Periodiškai, dažniausiai iš nakties, žmogus pramerkia akį su didžiausiais skausmais Gydytojas konstatuoja įvykusią ragenos eroziją. Skausmai atsirada dėl sužeidimo cilijarinių nervų galūnių erozijos įvykimo metu. Susirgimas gali trukti dešimtmečius. Intervalai vis didėja, priepuoliai darosi lengvesni ir galop pasveikstama. Serga dažniau abi akys. Salus iš 4 atsitikimų 3 kartus radęs sergančias abi akis. Priepuolių perijodiškumas, staigus epitelio nusilupimas ir greita jo regeneracija, skausmai išskiria šitą susirgimą iš kitų panašių.

Ernst Fuchs 1910 metais aprašė ragenos epitelio susirgimą ir pavadino jį dystrophia corneae epithelialis. Vėliau paaiškėjo, kad tai ragenos endotelio susirgimo kaltė. Atsiranda melanosis endothelialis ir kiti jo pakitimai. Ragenos parenchyma lieka homogeniška, su plyšiais, vietomis susidrumstusi. Ragenos paviršius nespindi, grubus, padengtas daugybe smulkių pūslikių, kurioms trūkus atsiranda epitelio defektai. Uždegimo reiškinių nesti jokių. Pacijentas tik skundžiasi matymo nykimu. Ragenos jautrumas pakitęs, kartais sumažėjęs,

o kartais padidėjęs. Kartais būna padidėjęs akislėgis, bet tat nėra pakitimų priežastis, o vienas iš symptomų dar mums nežinomos anomalijos. Serga seni žmonės, turį daugiau kaip 40 metų, arterijosklerotikai (Szily).

Ir inflamatorinių glaukomų, o kartais ir iridocyklitų atvejais gaunama panašių ragenos epitelio pakitimų. Ūminės glaukomos priepuolio metu jau prasta akimi žiūrint atrodo ragena nespindinti, lyg subadyta. Plyšinė lempa parodo daugybę matiniame ragenos paviršiuje įvairaus dydžio spindinčių pūslikių. Susirgimui ilgiau užtrukus, kartais atsiranda didelės pūslės, tąsyk vadinama keratitis vesiculosa ar bullosa. Visais atvejais pasitaiko ir trūkusių pūslikių, o epitelio defektai nusidažo žalsvai fluorescejinu.

Štai peržvelgėme trumpai superficijalinių keratitų symptomus ir jų ėtijologiją. Matėme, kad symptomai ir ėtijologija labai įvairi Vienok visa apibendrinus ir sutalpinus į šito rašinio ribas, iškyla faktas, kad visais atvejais čia figūruoja ragenos epitelis. Tat vis ragenos epitelio susirgimai, tat superficijaliniai keratitai.

Nuo 1932 metų lapkričio mėn. 9 d. aš pradėjau atidžiau sekti ir registruoti Akių klinikos ligonius, sergančius superficijaliniais keratitais. Ligi 1935 met. sausio mėn. 28 d. aš radau pažymėta ligų istorijose, kad jieškota su fluorescein'u ir plyšine lempa superficijalinių keratitų pas 328 asmenis. Teisybės vardan aš noriu pastebėti, kad šitoji statistika turi tam tikrų netikslumų. Visų pirma kyla klausymas, kodėl iš 11.718 ligonių, atsilankiusių per šitą laiką 64.075 kartus, buvo žiūrėti ir įregistruoti tik 328 asmens. Štai ką paaiškinsiu: ligoniai nebuvo systemingai tiriami dėl keratitis superficialis; dažniausiai tebuvo tiriami tik tie, kurie sukeldavo gydytojui superficijalinio keratito įtarimą; antra, dar reikia prileisti, kad tam tikras tirtųjų ligonių procentas buvo nepažymėtas ligos istorijoje, ypač iš tų ligonių, kurių tyrimo rezultatai būdavo neigiami. Kadangi šitas darbas buvo dirbamas ne vieno, bet 4—5 asmenų, tat ir netikslumas didėja 4—5 kartus. Čia, žinoma, reikštų daugiau ne tiriamojo laiko ilgumas, bet žiūrėtų ligonių didesnis skaičius. Labai būtų vertingi masinio tyrimo duomenys, t. y jieškoti iš eilės superficijalinio keratito pas kiekvieną ligonį, nežiūrint su kuriais skundais ir kuriuo susirgimu jisai atsilankytų

Nežiūrint čia suminėtų mano surinktos statistikos trūkumų, ji yra vis dėlto vertinga ir tam tikrais atžvilgiais mus stebinanti ir pamokanti. (Žiūr. lentelę).

Peržvelgus mūsų įregistruotų superficijalinių keratitų lentelę ir labiau į ją įsigilinus, aiškėja ir jos vertė. Ji yra savaip didinga savo įregistruotų atsitikimų negausingumu dėl to, kad mes čia randame įregistruotus superficijalinius keratitus įvairiausios ėtijologijos. Beveik visi tie atvejai, apie kuriuos mes esame kalbėję teoriškoje šito pranešimo dalyje, yra čia įregistruoti, turį savo

atstovus. Visos infekcinių konjunktivitų formos, visos trachomos stadijos, ophthalmia electrica, scrophulosis, keratitis filiformis post extirpationem gl. lacrimalis, herpes corneae, keratitis neuroparalytica, keratitis medicamentosa, keratitis vesiculosa glaukomoje, keratitis punctata superficialis be kitų susirgimų. Visi šitie ėtijologiniai momentai yra įregistruoti iš negausingų palyginti 328 atsitikimų. Tat vienas šviesus statistikos momentas.

Antras labai svarbus momentas, verčiąs okulistą gydytoją susigalvoti, yra tas, kad, jeigu mes, atmetę visus kitus čia suminėtus ėtijologinius momentus, kur ištisai 100% buvo rasta keratitis superficialis, įsigilinsime labiau į konjuntivitų ir trachomos atsitikimus. Čia mes galime daug susirasti sau praktiškos naudos. Sakysime, gydai ligonį, sergantį chroniška trachomos forma.

Lentelė.

Eilės Nr.	ETIJOLOGIJA	Iš viso žiūrėta ligonių	Lytis	Iš viso	Žiūrėtos abi akys: Iš viso	Fluoresc. mėginys: +	%	—	Žiūrėta dešinioji akis: Iš viso	Fluoresc. mėginys: +	%	—	Žiūrėta kairioji akis: Iš viso	Fluoresc. mėginys: +	%	—
1	Conjunctivitis acuta . .	46	Vyrų	27	13	10	77	3	7	4	57	3	7	3	13	4
			Moterų	19	8	4	50	4	5	3	60	1	6	3	50	3
2	„ subacuta .	28	Vyrų	19	6	5	83	1	7	5	7	2	6	2	33	4
			Moterų	9	3	2	67	1	3	1	33	2	3	3	100	0
3	„ chronica .	43	Vyrų	25	23	15	65	8	1	1	100	0	1	1	100	0
			Moterų	18	13	8	62	5	3	2	67	1	2	2	100	0
4	Trachoma acutum. . .	41	Vyrų	26	23	22	96	1	2	2	100	0	1	1	100	0
			Moterų	15	9	6	66	3	3	3	100	0	3	2	67	1
5	„ chronicum .	32	Vyrų	23	22	19	86	3	1	1	100	0	—	—	—	—
			Moterų	9	9	9	100	0	—	—	—	—	—	—	—	—
6	„ cicatriccum .	64	Vyrų	30	30	27	90	3	—	—	—	—	—	—	—	—
			Moterų	34	34	31	91	3	—	—	—	—	—	—	—	—
7	Ophthalmia electr.[1]) . .	3	Vyrų	1	1	1	100	0	—	—	—	—	—	—	—	—
			Moterų	2	2	2	100	0	—	—	—	—	—	—	—	—
8	Keratitis punct. superf. .	14	Vyrų	4	3	3	100	0	1	1	100	0	—	—	—	—
			Moterų	10	6	6	100	0	3	3	100	0	1	1	100	0
9	„ superf. ekzematosa	38	Vyrų	18	10	10	100	0	5	5	100	0	3	3	100	0
			Moterų	20	7	7	100	0	4	4	100	0	9	9	100	0
10	Exstirpatio gl. lacrimal. .	2	Vyrų	1	1	1	100	0	—	—	—	—	—	—	—	—
			Moterų	1	1	1	100	0	—	—	—	—	—	—	—	—
11	Herpes corneae[2]) . . .	5	Vyrų	4	2	2	100	0	1	1	100	0	1	1	100	0
			Moterų	1	1	1	100	0	—	—	—	—	—	—	—	—
12	Keratitis neuroparalytica	3	Vyrų	1	—	—	—	—	1	1	100	0	—	—	—	—
			Moterų	2	1	1	100	0	—	—	—	—	1	1	100	0
13	„ medicamentosa[3])	4	Vyrų	3	1	1	100	0	2	2	100	0	—	—	—	—
			Moterų	1	1	1	100	0	—	—	—	—	—	—	—	—
14	Glaucoma	5	Vyrų	3	1	1	100	0	1	1	100	0	1	1	100	0
			Moterų	2	2	2	100	0	—	—	—	—	—	—	—	—

[1]) Visais atvejais nuo kvarco lempos.
[2]) Neseniai sirgę, turėdami aukštą temperatūrą.
[3]) Netyčia įsilašinę kitų vaistų.

Ligos eiga ilga. Gydai jį savaitęs, mėnesius, o tam tikrais atvejais — pusmečius ar net metus. Žinai jo ligos būklę kaip savo penkis pirštus. Ir štai vieną gražią dieną atėjęs, ligonis skundžiasi, kad jo akys kažkokios neramios, lyg bijančiosi šviesos, mažiau matančios. Pažiūri jo akis — nieko ypatinga. Ir skaudžiai apsiriksi, jei neatkreipsi dėmesio į ligonio skundus ir varysi terapiją toliau sena linkme; nustosi ligonio pasitikėjimo ir galop paties ligonio. Plyšinė lempa tokiais atvejais mums parodys superficijalinio keratito vaizdą.

Kad minėtas pavyzdys gali pasikartoti su kiekvienu okulistu ir kad dėl to dažniau reikia jieškoti superficijalinių keratitų pas sergančius trachoma ir šeip konjuntivitais, mus labai iškalbingai įtikina mano patiektoji lentelė. Čia mes nustembame pamatę, kad labai didelis tirtųjų ligonių procentas sirgo superficijaliniais keratitais.

Didžiausias superficijalinių keratitų procentas rastas pas trachomikus, ypač ūminėje trachomos formoje, tai 66%—100%, bet labai didelis procentas rastas ir chroniškose trachomos formose ir šeip konjunktivituose; čia vis figūruoja 65%, 77%, 83%, 90% ir net 100%. Paprastuose konjunktivituose rasti dažniau chroniškos formos superficijaliniai keratitai.

Jau aš anksčiau esu minėjęs, kad į šitą statistiką nereikia žiūrėti absoliučia prasme. Kadangi čia suregistruoti ne iš eilės tirti ligoniai, bet dažniausiai tie, kuriems iš tam tikrų symptomų buvo įtartas superficijalinis keratitas, tad ji yra savaip suriebinta. Vienok ji mus pakankamai įtikina, kad tam tikrais, labai atkakliais konjuntivitų atvejais, visose trachomos stadijose, ypač su nenormalia gyjimo eiga, mes turime jieškoti superficijalinių keratitų. Šitais atvejais mes dažnai juos surasime. Suradę galėsime atitinkama linkme pakreipti terapiją, padėsime ligoniams ir pelnysime jų pasitikėjimą ir dėkingumą.

Literatūra.

1. Albrich, K.: Die Keratitis filiformis und die Sekretion der Tränendrüse. „Arch. f. Ophthalm". 1928, 121 t., 402 p. — 2. Axenfeld, Th.: Lehrbuch und Atlas der Augenheilkunde. Jena, 1920, 427 p. — 3. Berezinskaja, D. I., Samojlova, A.: Sviaz meždu čuvstvitelnostiu rogovicy i skorostiu jeja vysychanija. „Arch. Oft." 1928, IV t., 515 p. — 4. Betsch, A.: Die chronische keratitis filiformis als Folge mangelnder Tränensekretion. „Kl. M. f. A." 1928, 80 t., 618 p. — 5. Engelking, E.: Ueber Hornhaut und Bindehautveränderungen infolge mangelnder Tränensekretion. „Kl. M. f. A." 1928, 81 t., 75 p — 6. Franceschetti, A.: Hereditäre recidivierende Erosion der Hornhaut. „Z. f. A." 1928, 66 t., 309 p. — 7. Fuchs: Zur Kenntnis der gittrigen Hornhauterkrankung. „Z. f. A" 1925, 57 t. 159 p. — 8. Fuchs E.: Učebnik glaznych boleznej. Moskva, 1932, 259 p. — 9. Glüh, B.: Ueber die Dauer eines Herpes corneae. „Z. f. A." 1927, 62 t., 76 p. — 10. Grüter: Untersuchungen über Bläschenbildung bei Hornhauterkrankungen. Ref. „Kl. M. f. A." 1929, 82 t., 832 p. — 11. Herbert, H.: The microorganism of Indian superficial punctate keratitis. Ref. „Zentralbl. f. d. g. Ophthalm". 1932, 26 t., 539 p. — 12. Kliačko, M. L: Patogenez, klinika i terapija gerpetičeskich zabolevanii glaza. „Sov. V. O." 1932, 1 t., 381 p. — 13. Miyashita, S.: Zur Klinik der Keratitis superficialis diffusa. „Kl. M. f. A." 1923, 70 t.,

88 p. — 14. Miyashita S.: Pathologisch-anatomischer Beitrag zur Kenntnis der von mir so genannten „Keratitis superficialis diffusa". „Kl. M. f. A." 1923, 70 t., 90 p. — 15. Peters, A.: Klinisches zur Frage der recidivierenden Erosionen und des Herpes corneae. „Kl. M. f. A." 1930, 85 t., 640 p. — 16 Pržibylskaja, I.: K voprosu o čuvstvitelnosti rogovoj oboločki i konjunktivy glaznogo jabloka. „R. O. Z." 1930, XI t., 170 p. — 17. Robert, S.: Ueber traumatische und nichttraumatische recidivierente Epithelerkrankung der Hornhaut. „Kl. M. f. A." 1922, 68 t., 673 p. — 18. Samojlov, A.: Voloskovaja čuvstvitelnost normalnoj rogovicy. „R. O. Z." 1930, XI t., 163 p. — 19. Schieck, F. u. Brückner, A.: Kurzes Handbuch der Ophthalmologie. Berlin, 1931, 23, 24, 25, 26, 355, 388, 389, 392, 393, 394 p. p. — 20. Schulte, W.: Ueber Epithelstreifenerkrankung der Hornhaut. „Kl. M. f. A." 1929, 82 t., 49 p. — 21. Wright, R. E.: Superficial punctate keratitis. Ref. „Zentralbl. f. d. g. Ophthalm." 1931, 24 t., 597 p.

Zusammenfassung.

Die Keratitis punctata superficialis ist eine Erkrankung des Hornhautepithels. Das durch verschiedene schädliche Momente, z. B. Bakterien oder ihre Toxine, durch chemische oder physikalische Vorgänge, infolge neurogenischer Ursachen, oder wegen Veränderungen der tieferliegenden Schichten der Hornhaut, insbesondere des Endothels schadhaft gewordene Epithel platzt und löst sich in Form von Schuppen verschiedener Grösse und Gestalt los. Die subjektiven Klagen der Kranken sind ebenfalls verschieden: zuweilen nur das Empfinden eines Fremdkörpers im Auge, manchmal jedoch die grösste Photophobie sowie Schmerzen.

Seit dem 9. November 1932. wurden in der Augenklinik der Universität Vytautas des Grossen 238 Fälle von supeficialer Keratitis verzeichnet. Es sind dabei zwei Momente in der Statistik hervorzuheben: 1. Die verzeichneten Fälle sind verschiedenster Ethiologie, 2. Ein sehr grosser Prozentsatz der untersuchten Kranken litt an superficialer Keratitis. Am meisten jedoch Trachomiker, sogar 66%—100%; doch wurden auch sonst unter den Konjuktiviten, ja selbst unter den chronischen Formen 65% sogar 100% an Keratitis superficialis Leitente festgestellt.

Diese Erfahrung hat eine praktische Bedeutung, denn eine nicht rechtzeitig entdeckte Keratitis superficialis kann das Verhältnis zwischen dem Arzte und dem Patienten ungünstig beeinflussen.

Dr. A. Matulevičius,
vaikų ligų gydytojas.

Keletas pastabų dėl vartojamųjų tuberkulino reakcijų.

Kiek svarbi tuberkulino reakcija vaikų ligų dijagnostikoje, nėra reikalo nė kalbėti. Pakaks priminti, kad lemiamos dijagnostinės reikšmės turi teigiamoji reakcija pirmųjų 3 metų amžiuje, o ypač neigiamoji reakcija betkuriame amžiuje.

Reakcijų esama 4 typų — nuo paviršutinosios iki giliausios: perkutaninė (Moro), kutaninė (Pirquet), intrakutaninė (Mantoux) ir, retai vartojama, kaipo pavojinga, subkutaninė (Escherich).

Reakcijų tobulumas eina beveik lygia greta jų gilumui, ir, nors įtrinamoji (Moro) reakcija laikoma beveik tolygi gręžia-

majai (Pirquet) reakcijai, vienok autoritetai pabrėžia, kad ji, Moro reakcija, turinti daugiau šaltinių klaidoms atsirasti, tariant Pirquet žodžiais, „sie ist aber mehr Fehlerquellen unterworfen". (Žiūr. Prof. Feero klasišką vadovėlį. 1920 m. laida, 44 pusl.).

Tos klaidos, reikia manyti, pareina nuo pačios reakcijos paviršutinumo, o teippat nuo technikinių trynimo sąlygų, — nuo nepakankamai stipraus ar ilgo trynimo, nuo odos ypatumų, odos valymo ir t. t.

Tad praktikoje klasiškų vadovėlių patariama vartoti tikslesnė už Moro, būtent, Pirquet'o reakcija, ir tik tėvams užprotestavus prieš „skiepijimą", siūlomas Moro trynimas. Taip buvo elgiamasi ir pas mus, Kaune, kol 1931 m. Universiteto vaikų klinika nurodė vartoti „dermotubino" reakciją.

Iš esmės, dermotubino reakcija yra toji pati Moro įtrinamoji, t. y. perkutaninė reakcija, tik vietoje tuberkulino su lanolinu čia vartojamas Vienos bakterijologo Loewenstein'o pagamintasai tepalas iš tuberkulino su negyvų tbc. lazdelyčių priemaiša, ir jei prileistume jos tariamą pranašumą prieš Moro reakciją, tai nebent vien dėl tų bacilų priemaišos, kas negali nesukelti abejojimo

Patvirtindama gerus austrų Carl Laemel'io, Kaan'o, Mélion'o rezultatus, b. Universiteto vaikų klinikos gydytoja dr. J. Luinienė klinikos duomenimis iškėlė ne tik dermotubino reakcijos tolygumą Pirquet'o reakcijai, bet jos pranašumą prieš Pirquet'ą, kuo galime įsitikinti, suradę dr. Luinienės straipsnį „Dermotubinas, kaip reakcija tbc. susirgimams pažinti". („Medicinoje" 1933 m. 6—7 nr, 390 pusl.).

Patsai nevartodamas dermotubino reakcijos, lygiai kaip nevartoju Moro reakcijos, turėjau progos matyti nemaža vaikų, kuriems kitų gydytojų, daugiausia vaikų klinikos, buvo vartotas dermotubinas. Apie teigiamąsias reakcijas, žinoma, netenka kalbėti, nes tatai ir pačiam Loewenstein'ui nebūtų dar malonus pagyrimas; visas reakcijų nuopelnas juk glūdi neigiamųjų reakcijų tikslume. Deja, apie neigiamąsias dermotubino reakcijas jaučiu pareigą atsiliepti neigiamai. Štai, tuo tarpu 3 labai charakteringi atsitikimai:

1 nr. Mergaitė X, 7 mėnesių amžiaus, atgabenta į mano kabinetą su nelygiai svyruojančiu karščiu, prasidėjusiu prieš 5 dienas, vėmimais, nerimu. Prieš 3 mėnesius mirė jos tėvas atvirąja tbc., paskutinius mėnesius prieš mirtį gulėjęs viename kambaryje su motina ir kūdikiu. Prieš porą savaičią motina buvusi nunešusi kūdikį patikrinti į vaikų ligoninę, kur dermotubino reakcija išėjusi neigiama ir motina buvusi nusiraminusi dėl kūdikio apsikrėtimo iš tėvo.

Įtardamas meningitis tbc., padariau Pirquet'o reakciją, kuri pasirodė stipriai teigiama. Liumbalinė punkcija, liquor'o tyrimas, ligos eiga ir exitus letalis įrodė tuberkuliozinį meningitą ir aiškų buvusį kūdikio apsikrėtimą iš džiovininko tėvo.

2 nr. Atsitikimas labai komplikuotas, žinomas keletai Kauno vaikų gydytojų, gydžiusių ligonį. Vaikas L. G., 7 metų amžiaus, susirgo sunkes-

niu migdolų difteritu ir gavo pirmą parą 10.000 A. V., antrą parą, mažai pagerėjus, dar 12.000 A. V. serumo. Po antrojo skiepijimo, beveik kritusi t⁰ ketvirtą dieną vėl pakyla dėl nepaprastai anksti (4-ą dieną!) atsiradusios serumo ligos (anafilaksijos), nors vaikas gavo serumą pirmą kartą savo gyvenime.

Po serumo ligos pamažu nukritusi (maždaug 7-ą ligos dieną) t⁰, 8-ą dieną vėl aukštai pakilo ir man teko konstatuoti pasirodžiusią ant blauzdų ir dilbių typingą erythema nodosum, kuri visiškai t⁰ išaiškino. Matydamas aiškius erytemos mazgus, dijagnozavau paaktyvėjusį plaučių hilus'ų tuberkuliozinį procesą ir pabrėžiau, kad tuberkulininio skiepijimo, kurį visiškai atstoja erythema nodosum, jau nerandu reikalo nė daryti. Be to, nepaprastai ankstybą anafilaksiją nuo serumo baltymo dabar galėjau aiškinti organizmo sensibilizacija tuberkulioze. Po erytemos jau pradėjusi kiek kristi t⁰, vėl po savaites aukštai pakilo nuo atsitiktinės anginos ir po to jau liko pastoviai augštoka.

Nesulaukdami pagerėjimo tėvai ėmė nerimauti ir jieškoti pagelbos pas įvairius vaikų ir suaugusiųjų gydytojus, kurie ėmė neigti tuberkuliozę, bet jieškoti priežasties sepsyje ir sepsiniame širdies susirgime (endokardite), nors rimti kraujo tyrimo duomenys — leukopenija ir lymfocytozė aiškiai kalbėjo prieš sepsį. Gydytojai, nematę erythema nodosum (ji jau buvo pranykusi), o gydytojas juk yra „nevierno Tamošiaus" ainis, — jos buvimui tiesiog nepatikėjo; vis dėlto nutarė patikrinti tuberkuliozės buvimą dermotubin'u. Ir, štai, dermotubino reakcija išeina negatyvi. Aišku, kad apie tuberkuliozę jau negalvojama.

Tėvams man pranešus, kad kitų gydytojų nuomonė su mano nuomone griežtai skiriasi, pasiryžau įrodyti teisybę Pirquet'o reakcija. Nors pas karščiuojantį mėnesį laiko ligonį bijojau rasiąs alergiją ir neteisėtai gausiąs fiasco (juk erythema pakankamai man rodė tbc. buvimą!), vis tik rizikavau ir padariau atsargią Pirquet'o reakciją. Pastaroji išėjo ryškiai teigiama, ką pademonstravau dariusiems dermotubino reakcija kolegoms. Deja, neilgai trukus, po poros savaičių, ligai žymiai pablogėjus, tuberkuliozinį beviltišką procesą patvirtino plaučių rentgenograma (tuberculosis miliaris), kuri išsklaidė betkurias abejones dėl buvusios tuberkuliozės.

3 nr. Ligonis R. V., 7 mėn. amžiaus, prieš 2,5 mėn. sirgęs kokliušu, bet visiškai dar nesiliovęs kosėti. Dabar jau 3 savaites karščiuojąs ir dar labiau kostįs, vemiąs, džiūstąs. Po kelių karščio dienų buvęs nuneštas pas vaikų gydytoją, kuris, atkreipęs dėmesį į plaučius, padaręs „trynimo skiepijimą" (dermotubiną), bet skiepijimas neprisiėmęs. Tada dėl džiovos nusiraminta, o buvęs kreipiamas dėmesys į smegenis, įtartas smegeninių plevių uždegimas, daryta punkcija, bet liquor'e, tėvų žodžiais, nieko ypatingo nerasta.

Kairiuosiuose plaučiuose radau keletą pneumoniškų lizdų su daugybe drėgnų karkalų ir švilpimais bei mažą meningizmą be klasiškų meningito symptomų. Įtariau plaučių tbc. pneumonišką formą, bet dėl atsargumo padariau Pirquet'o reakciją. Pirquet išėjo ryškiai teigiamas. Atvirai pranešiau tėvams apie beviltišką kūdikio padėtį, nes jis serga ūmine plaučių džiovos forma. Po 2 savaičių — exitus, ir teko rašyti mirties liudijimas, kuriame Pirquet'o reakcijos įgaliotas drąsiai parašiau: pneumonia caseosa.

Visi šitie atsitikimai, nors jų tėra tik 3, yra labai sunkūs, — letališki. Žinome, kaip skaudu gydytojui nepažinti ligos, ir, vietoje liūdnos, bet teisingos dijagnozės, apvilti tėvus, juos nuraminant ir ką nors gero pažadant, jei tuo tarpu ligonis miršta. O juk šitais aukščiau išvardintais atsitikimais dermotubinas visur ramino! Tiesa, moksliškai imant dalyką, vienos neigiamos reakcijos lyg ir nepakaktų, bet praktiš-

kai ambulatorijoje negi kartosi dijagnoziškus skiepijimus silpnučiam ligoniui, kada visi nekantriai laukia skubios išvados ir gydymo.

Tiesą pasakius, labai galimas daiktas, kad pakartojus dermotubino reakciją ir stropiai ją atlikus, ji antru kartu išeitų gal teigiama, bet tatai mano išvados nepakeistų. O mano išvada ta, kad, matyti, dermotubino reakcija negalima pasitikėti tiek, kiek galima pasitikėti Pirquet reakcija. Ištikrųjų, kodėl iki šiol nesu matęs nė vieno tokio nesusipratimo su Pirquet reakcija, kaip kad esu aprašęs su dermotubino reakcija. Praktikoje Pirquet'o reakcijos man net neteko kartoti, nes dijagnostikai pakakdavo pirmutinės. Tik, prisimenu, klinikoje, labai retai tekdavo vartoti po neigiamos Pirquet'o reakcijos — gilesnė, Mantoux reakcija, ne tiek praktiškam, kiek teoriškam ligos klausymui išspręsti.

Mano pareiga bus atlikta, jei įspėsiu kolegas arba visiškai nevartoti dermotubino reakcijos, kuri negali visuomet Pirquet'ą pakeisti, arba bent, vartojant dermotubiną, perdaug juo nepasitikėti, ypač rimtais diferencijacijos arba prognostikos atvejais. O tuos, kurie nieko nebodami ir toliau vartos tik dermotubiną, turiu garbę prašyti, kad stropiau vykdytų klasiškąsias skiepijimo taisykles, būtent, stropiau ir ilgiau trintų, o ypač, prieš įtrinant, valytų odą, nes, dr. Luinienės straipsnyje, 39 p. 19 eil. nuo viršaus, aiškiai sakoma: „Mūsų klinikoje oda prieš įtrinant nevaloma".

Juk nevalant nešvaraus ambulat. vaiko odos, galima įtrinti su dermotubinu didesnę pusę purvo, galima įtrinti stafilokokų ir gauti folikulitą, kuris simuliuos smarkiausią reakciją ir panašiai, o tokioms sąlygoms esant, kalbėti nei apie hygijeniškumą, nei apie reakcijos tikslumą visai netenka.

Zusammenfassung.

Auf Grund d. 3 letal sich beendigte Fälle d. Kindertuberkulose, wo Dermotubin-Reaktionen negativ, dagegen aber Pirquet stark positiv ausgefallen sind, hält d. Autor die Dermotub.-Reaktion in d. ernsten Fällen weniger zuverlässig als Pirquet'sche Probe, da die Dermot.-Probe mehreren Fehlerquällen unterworfen ist. Wenn man die Dermot.-Reaktion für bequemere, leichter ausführbare u. darum f. massenhafte Impfungen mehr geeignete halten will, so muss man sie immer sehr sorgfältig ausführen. Jedenfalls ist sie kostspieliger als gleichgültige alte Probe nach Moro.

Dr. Vladas Kairiūkštis.

Pastabos dėl kaikurių vaistų dozavimo.

(Įspūdis iš vienos paskaitos).

„Vis dėlto prof. D. D. Pletnev yra nevisai teisus, — pasakė man vienas kolega netrukus po paskaitos, — prieš keletą dienų aš įšvirkščiau vienam ligoniui, sergančiam širdies liga, po oda morphii mur. 0,02 ir maždaug po 5 minučių jis numirė.

Teippat mirė, — pridūrė toliau kolega, — keletas mano ligonių po strophantini 0,0005 injekcijos, tuo tarpu kai kitais atsitikimais jo veikimas yra buvęs nepaprastai geras".

Tur būt nevienam iš mūsų tenka išgirsti panašūs prisipažinimai. Deja, gydytojų tobulinamųjų kursų paskutinėse paskaitose buvo skatinama vartoti įvairių preparatų didelės dozės, o nebuvo skatinama būti atsargiems. Buvo pakartotinai skelbta, kad morfis širdžiai nėsąs žalingas. Reikėjo nors paminėti, kad gausi Huchard'o ir jo mokinių klinicistų mokykla aršiai kovojo su tokiomis pažiūromis, protestuodami net prieš 1 morfio centigramą, esant mitraliniam širdies susirgimui („Nous ne saurions trop protester contre semblable audace". Le trait. d. Mal. d. couer et de l'aorte. Fiessinger, 67 p.). Įvairioms širdies ligoms jie pataria vartoti nuo 1 iki 3 miligr. kas 3 — 4 valandos pagal reikalą. Ir naujausioje medicinos literatūroje nuolat galima rasti įspėjimų būti atsargesniems vartojant morfio preparatus širdies ligoniams. Net tie, kurie vartoja dideles morfio dozes, turėtų sutikti, kad linkusiems ėdemai morfis kontraindikuotinas, nes jisai mažina dijurezę. Plaučių ligų specijalistai vengia morfio preparato pneumonia crouposa ligoje krizės arba prasidedančios plaučių ėdemos atvejais ne tiktai dėl to, kad morfis gali apsunkinti atsikosėjimą, bet, bene svarbiausia, dėl to, kad gali susilpninti širdies „contractilité". Iš dalies dėl to pat — dėl veikimo širdžiai, o ne tiktai dėl to, kad morfis veikia kvėpavimo centrą, — pataria ma būti atsargiems, esant Cheyne—Stokes'o syndromui.

Mirtis po strofantino injekcijos įvyksta dauguma atsitikimų nepaprastai greitai — praėjus 2—3 minutėms po injekcijos; mirtis po morfio įvyksta praėjus ilgesniam laikui.

Ne tiktai dėl morfio vartojimo, bet ir dėl kitų farmaciškų preparatų terapeutų tarpe yra nepaprastas pažiūrų įvairumas. Pav., prof. Pletnev leidžia vartoti ol. camphorae 40 įšvirkštimų per parą. Aišku, kad teip rizikuoti — injekuoti į organizmą toks kiekis ol. camphorae tegalima tik tuomet, jeigu injekuojama po 1,0—2,0; nes jeigu injekuojama po 5,0 (vad. dêpot), kaip kad dabar yra madiška, tai tada reikia pasitenkinti tiktai 3 injekcijomis per parą, kitaip galima ligonis smarkiai apnuodyti — gali atsirasti kvėpavimo centro paralyžius ir t.t. (Bacmeister: Lehrbuch der Lungenkrankheiten. 1935. 82 p.).

Teippat prof. Pletnev įtikinėja, kad vartojant digitalio preparatus nėsą ko bijotis kumuliacijos. Ar šeip ar teip, mes negalime digitalio skirti drąsiai ir plačiu mastu, nebijodami toksinių reiškinių. Reikšmingas yra Hoffmann'o išsireiškimas: „Die Digitalistherapie ist in der Hand des Ungeübten ein zweischneidiges Schwert". (Krankheiten der Kreislaufsorgane. 84 p.). Ypač greitai pasirodo, digitalį vartojant, toksiniai reiškiniai cukrinėje ligoje (Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung. Von Noorden und Isaac. 307 p.), sergant Morbus Basedowii (Albert Kocher: Morbus Basedowii. Kr. u. Br. 875 p.). Tas

pats autorius rašo, kad ne tuojau, bet praėjus kaikuriam laikui, pasireiškiąs nepaprastai blogas digitalio veikimas bazedovikams. Šitas veikimas galįs būti stačiai pražūtingas — „verhängnissvoll". Autorius, savo dideliu patyrimu pasirėmęs, reikalauja visai — „definitiv" — išbraukti digitalį iš morbus Basedowii terapijos. Pasirėmęs savo praktikos patyrimu, visiškai pritariu tokiam reikalavimui. Neseniai vienas klaipėdiškis gydytojas paskyrė bazedovikui inf. digitalis; ligonė, išgėrusi vieną butelį, pasijuto teip blogai, kad net pasiskubino atvažiuoti į Kauną.

Aukščiau išdėstytos pastabos neturi tikslo atbaidyti jaunųjų kolegų nuo tų vaistų (morfio, digitalio), kurie yra žmonių gelbėtojai. Bet gydytojo patyrimas neturi būti susijęs su nemalonumais arba, kaip kad Veresajev rašo, „eiti per lavonus". Tegu šitos pastabos paskatina jaunuosius kolegas nuodugniai išnagrinėti šituos klausymus, kad nereiktų jiems kartoti senųjų gydytojų klaidų.

Prof. D. D. Pletnev.

Dėl d-ro V. Kairiūkščio pastabų.

Aš be galo džiaugiuosi dėl d-ro V. Kairiūkščio pastebėjimų ir pasistengsiu į juos atsakyti. „Iš nuomonių susikirtimo gimsta tiesa", sako prancūzai. Taigi, ir šituo atveju minčių pasikeitimas gal būt padės išaiškinti abejotinus klausymus.

D-ro V. Kairiūkščio pastabų esmė glūdi jo pasisakyme prieš „didelius" davinius (dozes). Kuris davinys yra didelis?

Yra įstatymų nustatyti, mokslo ir praktikos aprobuoti, visų vaistų daviniai. Morfio atžvilgiu įstatymo nustatytas vienkartinis terapinis davinys: 0,01—0,03! Vadinasi, morfio davinys 0,02, d-ro V. Kairiūkščio pašnekovo panaudotas, kaip standartinė dozė, nėra maksimalus.

Jeigu šitas davinys, apskritai, būtų mirštamas, tai sunku manyti, kaip įvairių šalių mediciniškieji įstatymai leidžia davinius, kurie gali nunuodyti ligonius. Matyti, kad davinys 0,02 pasirodė mirštamas tam tikram ligoniui ne dėl to, kad jis pereina, apskritai, leidžiamas ribas, bet dėl to, kad gydančiam gydytojui pasitaikė individualiai reaguojąs atsitikimas, panašiai kaip kad chirurgui retkarčiais pasitaiko širdies sustojimo ir mirties atsitikimai pačioje chloroforminės narkozės pradžioje žmonėms, turintiems visiškai „sveikas" širdis (paskesnės autopsijos duomenimis).

Be to, norint susidaryti teisingą nuomonę apie atsitikimą, be morfio dozės, reikėtų žinoti, kokį ligonį ir kuriose sąlygose ištiko exitus letalis. Jei ligonį kamavo sunkus stenokardijos priepuolis ar dusulys ir jisai pasimirė po dviejų morfio injekcijų, tai kur čia kriteris, kad mirtis įvyko pavartojus vaistą, o ne nuo pagrindinės ligos?

Mano patarimas morfio atžvilgiu buvo taikomas ne tam, kad visuomet būtų pradėti ir duodami „dideli“ morfio daviniai, bet kad, negavus terapinio efekto nuo nedidelių davinių ir besitęsiant sunkiai būčiai (angininis skausmas, sunkus dusulys), būtų padidinti daviniai leidžiamose ribose (standartiškai ir, žinoma, individualiai).

Tas pats liečia ir kamparą. Žinoma, aš nesiūlau visada arba net dažnai vartoti po 40 švirkštų kamparo. Aš esu kalbėjęs apie vieną sunkų pneumonia crouposa atsitikimą, kur tvinksnis (pulsas) pavyko palaikyti tam tikroje augštumoje per parą tik be paliovos švirkščiant kamparo, ir aiškinau tai tuo, kad kamparo švirkšto terapinio efekto ilgumas yra lygus maždaug 20 min. Todėl, jei tvinksnis krinta ir žmogus žūva, tai kaip ultimum refugium patariamos dažnos kamparo injekcijos. Jei pulsas laikosi nuo 3—5 švirkštų, tai nėra reikalo švirkšti 10 kartų; tačiau jeigu gydytojo akyse ligonis žūva, širdies veikimas silpnėja, tai gydytojas ne tiktai turi teisę, bet privalo pavartoti herojiškas pastangas ir maksimalius kiekvienu atveju vaisto davinius ligoniui išgelbėti.

Aš labai gailiuosi, kad dr. V. Kairiūkštis savo straipsnyje nieko nepaminėjo apie mano nurodytą išleidžiamo kraujo kiekį. Aš esu kalbėjęs, kad nėra šabloniško kiekio, kuris galima išleisti ligoniui. Tasai kiekis gali būti lygus 200—300—400 gr. ir daugiau. Aš kalbėjau, kad dviem atvejais aš turėjau išleisti po literį kraujo ir tiktai tuomet tebuvo gautas reikalingas ligonio gyvybei ir sveikatai terapinis efektas.

Bet tatai mano praktikoje yra buvę iš viso tik du kartus. Neišmanėlis būtų gydytojas, kuris suprastų mano nurodymą, kaip rekomendaciją, visada daryti didelius kraujo nuleidimus, bet blogas būtų gydytojas, kuris atskirais atvejais pabijotų jas pavartoti.

Paskutinė pastaba liečia ir digitalio grupę. D-ro V. Kairiūkščio pašnekovas yra turėjęs keletą mirties atsitikimų po intraveninių strofantino injekcijų dozėmis po 0,0005. Tat tarptautinis terapinis davinys.

Aš savo praktikoje, panaudojęs strofantiną daug šimtų kartų, esu turėjęs iš viso vieną mirties atsitikimą. Atsargumo dėliai aš visuomet pradėdavau švirkšti ne po 1 ampulę, t. y ne po 0,0005, bet po pusę ampulės, turėdamas galvoje individualios reakcijos galimumą. Paskutinius 15 metų aš švirkščiu į veną ne strophantin'ą, bet t-ra strophanti, pradėdamas nuo 1 ir iki 5 lašų, ir iš mano dviejų klinikų kelių tūkstančių injekcijų nesu turėjęs nė vieno mirties atsitikimo.

Kai dėl digitalio, tai aš jį duodu, kaip kad mano buvo sakyta paskaitoje, dideliais, vidutiniais ir mažais daviniais, trumpai ir ilgą laiką.

Taigi, čia nėra nė žodžio apie didelių davinių būtinumą. Kumuliaciją begydant digitaliu aš laikau ne minusu, bet pliusu protingo gydytojo rankose. Šita digitalio ypatybė reikia mokėti išnaudoti terapijai. Čia aš visiškai sutinku su Huchard'u, esančiu tos pačios nuomonės.

Kai dėl digitalio vartojimo ilgumo, tai tat yra terapinės taktikos klausymas. „Kliničeskaja Medicina" 1-me numeryje, išėjusiame prieš 15 metų, aš esu įdėjęs straipsnį apie digitalio pritaikymą praktikoje ir esu patiekęs kaip pavyzdį du atsitikimu.

Vienas atsitikimas: Ligonė Ch., kurią kartu su manim yra matęs tuometinis mano klinikos ordinatorius Kauno gydytojas S. L.; ji priiminėjo digitalį be paliovos dvejus metus. Kai tik paliaudavo priiminėjusi digitalį 2—3 d., tai tučtuojau susilpnėdavo širdies veikimas; pradėjus duoti digitalį, širdies veikimas tučtuojau pagerėdavo. Ligonė išvažiavo iš Maskvos į mažą provincijos miestą. Po 3 mėnesių ji mirė. Per šitą laiko tarpą gydytojas, bijodamas digitalio, atėmė jį iš ligonės (ji apie tai man buvo rašiusi), ir jos liga pablogėjo. Nematęs ligonės, aš negaliu jos mirties susieti su digitalio atėmimu. Šitas atsitikimas tik atvaizduoja tiek digitalio nežalingumą, tiek ilgo jo vartojimo naudingumą.

Digitaliu gydymo ilgumo rekordas priklauso vokiečių klinicistui Kussmaul'iui, kurio ligonis priiminėjo digitalį (po 0,1) kasdien per 7-rius metus ir jo širdis, paliovus duoti šitą vaistą, visuomet neišlaikydavo.

Tame pačiame straipsnyje aš esu patiekęs antrą atsitikimą stenosis et insufficientia valv. mitralis, kur paskyrus digitalį 6—7 d. būtinai buvo stebimi apnuodijimo reiškiniai.

Mano patiektų dviejų atsitikimų sugretinimas be galo pamokomas. Jisai aiškiai parodo, kaip reikia individualiai galvoti ir prieiti prie ligonio, o nesinaudoti paruoštomis formulėmis kaip kategoriškais imperatyvais.

Apie nenaudingumą, o nemokant žiūrėti į digitalio vartojimo žalingumą, bazedovikams aš prisidedu prie prof. Hoffmann'o ir dr. V. Kairiūkščio nuomonės.

Tyreotoksiškoji širdis nėra paprastai susilpnėjusi širdis. Šita širdis yra apnuodyta ir todėl toksiškam substratui digitalio paveikimo pobūdis kitokis negu sveikam. Nuomonei apie digitalio neigiamą įtaką dijabetikų širdies veikimui, pasirėmęs savo daugelio metų patyrimu, aš nepritariu.

Hoffmann'o žodžiams, kad neprityrusio gydytojo rankose digitalis yra dviašmenis įrankis, neginčiju. Maža to, aš pasakysiu, kad šitokio gydytojo rankose visa medicina (chirurgija, akušerija, terapija, psychijatrija) yra dviašmenė. Tačiau juk kalbama ne apie neprityrusius gydytojus. Neprityrusieji gydytojai reikia mokyti ir, kas bus protingesnis, tas pasidarys geras gydytojas. Tačiau reikia būtinai turėti galvoje, kad mokyklinė

medicina teduoda tiktai schemą, išeinamąjį punktą nuosavam mąstymui. Reikia mokėti gamta stebėti ir matyti.

Už keleto amžių prieš mūsų erą Hippokrates kalbėjo apie reikalingumą skirti ligą ir ligonį, ir pats mėgino tai daryti. Hippokrates'o nuostatas nėra pasikeitęs Yra išsiplėtusios stebėjimo metodės. Jomis reikia plačiai naudotis, ir tuomet daugelis klausymų bus išspręsta ne pagal schemą, ne pagal tų ar kitų nuostatų mnemoniką, paskirai imant dideles ir mažas vaistų dozes, o analizuojant individualias ypatybes kiekvienu atskiru atveju.

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

11. Dr. Basch: **Chroniškų polyartritų terapija.** („Ther. der Gegenwart". 1935, I).

Chron. polyartritų etijologija esanti įvairi, k. a.: endokrininiai susirgimai, infekcijos, ypatingai židininio pobūdžio, ir visai nežinomi faktoriai. Pirmykščiai chr. polyartritai esą sunku paaiškinti infekcija; vargu ar galį būti bakterijų, kurios, plisdamos hematogeniniu būdu, teveiktų tik sąnarius; dar esą sunkiau įsivaizduoti, kad bakterijos teveiktų tik symetriškus sąnarius. Dr. Adson, turėdamas galvoje, kad symetriškai, dažnai net segmentariškai progresuojantieji chr. polyartritai baigiasi kontraktūromis dėl padidėjusio raumenų tonuso ir sąnarių neveikimo, keliais sunkiais atsitikimais, kur jokia terapija negalėjusi ligos progresavimo sulaikyti, ekstirpavęs sympatinius paravertebrinius mazgus (ganglijus). Efektas buvęs didelis: raumenų tonusas pasidaręs normalus ir pamažu sąnarių kontraktūra išnykusi, bejiegiai pacijentai pakilę iš lovos ir pradėję vaikščioti. Tokių teigiamų chirurginės terapijos atsitikimų aprašyta jau 10. Dr. Basch, turėdamas galvoje operacijos pasisekimą ir manydamas, kad gal sąnarių kontraktūros atsirandančios dėl padidėjusio raumenų tonuso, sunkiais, kitokiai terapijai nepasiduodančiais, atvejais, pavartojęs skopolaminą ir gavęs, kaip autorius rašo, stebėtinai gerų rezultatų (smulkiai aprašomi 2 atsitikimai).

Dr. B. Matulionis.

12. Jaques Stephani et Henri Mollard: **La tuberculose, a-t-elle toujours une expression radialogique?** (Ar tuberkuliozė visuomet gali būti matoma tiriant rentgeno spinduliais?) („Presse médicale", 1934 m. 67 nr.).

Autorius aprašo 10 atsitikimų, kur skrepliuose buvo rasta Koch'o bacilų arba kliniškai būta kataro reiškinių, bet nuotraukose nieko nebuvo rasta. Priežastys galinčios būti šios:

1. Nuotrauka buvusi padaryta perminkštais spinduliais, todėl šešėlis nematomas, ypač jei jisai pridengtas kaulo šešėliu. Tokiais atvejais galima gerai pamatyti šešėliai, panaudojant labai trumpą ekspoziciją, $^4/_{100}$ sekundės, kietus spindulius ir Bucky blendą.

2. Dažnai galima surasti židinys, pritaikius profilinę nuotrauką, kaip, pav., esant tarpskiltiniam pleuros sustorėjimui arba esant susirgimui retrokardijalinėje ir apatinėje dalyse iš užpakalio, jei jisai pridengtas širdies ir dijafragmos tamsumu.

Dr. L. Koganas.

13. Camille Jean et Jaque Adinet: **Le double bruit ascitique et le signe de la matité horizontale dans la station detout. Leur importance dans le diagnostique des petites ascites.** (Dvigubas

ascito ūžesys ir horizontalinis apyduslumas ligoniui stovint. Jų reikšmė mažų ascitų dijagnostikai) („Presse médicale", 1934 m. 68 nr.).

Autoriai pastebėjo, kad, jeigu klausysime per fonendoskopą be membranos ligonio pilvo toną trumpai beldžiant pilvą iš antro šono, tai, esant nors ir nedideliam ascitui, girdimas dvigubas trumpas ūžesys. Nėsant ascito girdimas tiktai vienas ūžesys. Tą dvigubą ūžesį autoriai registravę net ir grafiškai, kas parodą, kad jisai egzistuojąs. Be to, jie pastebėję, kad esant nors ir mažam ascitui, stovint ligoniui labai aiškiai galima susekti horizontalinio apyduslumo riba, kuri ligoniui gulint šonuose neišperkutuojama.

Pasirėmus šitais dviem požymiais, autoriams pasisekdavę lengvai ne tik susekti maži ascitai, bet ir atskirti jie nuo kystos arba nuo pilnos šlapimo puslės. *Dr. L. Koganas.*

14. Prof. M. I. Astvacaturov: **Apie psychosomatinį sąsyjį vidaus organų susirgimų metu.** („Клин. Мед." 1934 m 9 nr.).

Psychikos įtaka vidaus organų funkcijai ir jos priklausomumas nuo organų būklės esą senas gyvenimo ir mokslo patyrimas. Žinoma eilė emocinių būklių, būdingų tam tikriems vidaus organų sutrikimams, pav., kepenų ligos, sukeliančios piktumą ir susierzinimą, skrandžio susirgimas—apatiją, skysčių retencija kūno viduje pasireiškianti neramumo jausmu. Šitos emocinės būklės rūtuliojančiosi nesąmoningai, savaime, tik retkarčiais turinčios psychogeninį pobūdį, kaip tat iš dalies esą mirties baimės emocijoje angina pectoris priepuolio metu. Šita sąmoninga baimės emocija kylanti iš ligos pavojaus supratimo. Tuo tarpu angina pectoris sine dolore priepuoliai, kada ligonis, nesuprasdamas ligos, vistiek jaučiąs stiprią baimę, nurodą į žemesnę emociją. Žinoma, kad šitų nesąmoningų—nociceptyvinių emocijų centras esąs thalamus opticus, o viso somatopsychinio sąsyjo substratą sudaranti vegetacinė nervų ir endokrininė systema. Epileptinio priepuolio aura, pasireiškianti neaiškios baimės jausmu, teippat esanti grynai somatogeninė emocija. Skrandžiui susirgus atsiradusi apatija aiškintina filogenetiškai. Žemesnio išsirūtuliavimo gyvulių skrandžio normali būklė sudaranti pagrindinį viso jo veiklumo akstiną. Šito akstino išjungimas ir sukeliąs apatijos jausmą.

Ypatinga kepenimis sergančiųjų piktumo būklė teippat aiškintina ne intoksikacija, bet kaip somatogeninė emocija. Pykčio emocija turinti pastovią hormonovegetacinę koreliaciją su kepenimis: padidėjęs adrenalino išskyrimas, sympathicus'o pajautrėjimas, cukraus mobilizacija. Esą pagrindo minyti apie atbulą filogenetiškai nusistovėjusio procesų ciklo eigą: vidaus organo—kepenų pakitimas sukeliąs psychikos pakitimą—pykčio emociją.

Taigi, griežtas susirgimų skirstymas į psycho—ir somatogeninius bijologiškai nėsąs tikras.

Teippat esanti neteisinga mintis, kad psychikos pakitimams priklausą symptomai rodą psychogeninį, o ne organinį, ligos pobūdį. Pavykęs psychoterapiškas gydymas irgi neįrodąs ligos psychogeninio pobūdžio, nes ne visi psychogeniniai susirgimai pagydomi psychoterapija ir, antra vertus, psychoterapija ir organinius susirgimus teigiamai paveikianti.

Straipsnio pabaigoje autorius nurodo į pavojų, kylantį iš ligonio perdidelio liga domėjimosi. Susidaręs neramumo, pavojaus ir baimės jausmas sujungiąs psychosomatinės koreliacijos circulus vitiosus ir tuo būdu susidaręs paliesto organo dar didesnis sutrikimas.

O visada vartotina psychinė aseptika—vengti gąsdinti ir psychoterapija—raminimas, vilties palaikymas, kas teigiamai atsiliepsiąs kiekvienam ir organiniam susirgimui. *P. Baublys.*

15. Prof. I. J. Razdolskij: **Terapeutinė ir diferencijaliai dijagnostinė intrakutaninių kokajino ir jo derivatų reikšmė vidurių skausmams.** („Клин. Мед." 1934 m 9 nr.).

Autorius nuo visceralinių skausmų leido į odą atitinkamoje Head'o zonoje 10—15 kb. cm $^1/_2$—1% kokajino skiedinio ir stebėjo po kiek laiko

skausmų išnykimą ar sumažėjimą. Žinoma, kad lokaliai kokajino injekcija veikianti farmakologiškai, mechaniškai ir skausmu, kuris susidarąs injekcijos pradžioje. Ištirta, kad vidurių skausmai savo esme esą antriniai, indukuoti somatiniai jutimai, nes susidarą somatiniame ganglion intervertebrale narvelyje, veikiant čia prieinančioms sympatinės systemos skaiduloms. Sympathicus, aplamai, būdamas narvelių medžiagos apykaitos ir funkcijos tvarkytojas, veikiąs ir sensorinio narvelio jautrumą, adaptacijos galią. Nervinis narvelis normaliai gyvenąs tik nuolat jaudinamas. Nejaudinamas, jis atrofuojąs; perdaug intensyviai jaudinamas, sensibilizuojąsis. Todėl viduriuose vykstant kuriam patologiniam procesui, sympatinės skaidulos įjautrinančios ganglinį narvelį, ir jo įnervuojamoje odos srityje susidaranti hyperalgezija, padidėjęs skaudamumas. Kokajinu ar kitais anėstetikais išjungus iš odos einančius jaudiklius, skausmas negalįs susidaryti ir narvelis desensibilizuojąsis.

Terapeutinis šitos anėstezijos veikimas remiąsis senesniu patyrimu, kad, išjungus ilgesniam laikui skausmo jaudiklius, galima pašalinti ir jaudinimo būklė, sužadinusi tuos skausmus.

Didesnės reikšmės šita anėstezija turinti diferencijinei dijagnostikai. Pastebėta, kad vidaus skausmai esą galima injekcija paveikti, tik tiksliai atitikus to organo Head'o zoną. O Head'o sritys esančios pastovios, nesikeičiančios paslankiam organui pakeitus savo padėtį, nes priklausančios pastoviam segmentinių organų ir odos sričių santykiui Dėl tikslumo ir lengvos technikos šitas tyrimo būdas esąs svarbi pagelbinė priemonė vidaus ir chirurginių susirgimų dijagnozei galutinai patikrinti. *P. Baublys.*

16. Krieg: **Diabetes insipidus patogenezės klausymu.** („Zbl. Chir." 1934 m. 31 nr.).

Diabetes insipidus išsirūtuliavimas paprastai siejamas su hypophysis'o funkcijos sutrikimu. Tačiau kliniškieji ir eksperimentiškieji patyrimai teikią šituo atžvilgiu gana prieštaraujančių duomenų. Vienais atvejais randama neabejotinų hypophysis'o susirgimų, visai nėsant sutrikusiai vandens apykaitai; kitais atvejais, atvirkščiai, stebimas diabetes insipidus, nėsant jokių (bent anatomiškų) hypophysis'o nukrypimų nuo normos. Vieni mokslininkai gaudavę diabetes insipidus, erzindami hypophysis, kiti gi — jį pašalinę. Žinomi atsitikimai, kai diabetes insipidus išsirūtuliuodavęs, sužeidus tarpinius smegenis, paskirai imant, trečiojo smegenų skilvelio dugną, kas daugelį verčiąs diabetes insipidus sieti su tarpinių smegenų susirgimu. Taigi, nei viena iš esamų teorijų neišaiškinanti diabetes insipidus išsirūtuliavimo priežasties ir nenurodanti smegenyse tikslios vandens apykaitos centro lokalizacijos. Autorius patiekia visą eilę auglių hypophysis'o ir tarpinių smegenų srityse. Visais atvejais auglio lokalizacija buvusi patvirtinta operacijos ar autopsijos. Šitie atvejai parodą, kad diabetes insipidus galįs atsirasti, esant vienai ar antrai smegenų susirgimo lokalizacijai, tačiau nėsąs privalomas jų požymis. Greičiausia, diabetes insipidus esąs vienos ar kitos smegenų dalies funkcijų sutrikimo padarinys, tačiau, esant izoliuotam vienos smegenų dalies susirgimui, vandens apykaitą galinti reguliuoti išlikusi kitos dalies funkcija. (Ref. „Klin. Med." 1935 m. 3 num.). *J. St.*

BALNEOLOGIJA.

4. Prof. Wehefritz: **Nauji dumblo vonių veikimo tyrimai** („Der Balneologe". 1934. XII).

Autorius nurodo, kad durpinės kilmės dumblas, atsiradęs iš augalinės kilmės produktų humifikacijos, turįs empiriškai nustatytą neabejotiną terapišką veikimą, kurio esmė dar nėsanti galutinai paaiškėjusi. Be grynai termiško veikimo, daug reikšmės turi dumblo vonių kolojidai (Schade's tyrimai) ir elektrolytai, kurie, pagal Schazillo tyrimus, dumblo voniose

sukelią žmogaus organizme jonų santykio pakitimą. Be to, dumblo vonios sukeliančios aiškų endokrininės systemos būklės pakitimą, ypač veikiančios seksualinę sferą. Paskutiniais metais ultraspektroskopišku būdu Aschheim ir Hohlweg, Wehefritz ir Gierhake suradę durpiniame dumble gana žymų estrogeninės substancijos kiekį. Šitas suradimas išaiškinąs seniai pastebėtą gerą, teigiamą dumblo vonių veikimą moterų genitalinės systemos funkcijos sutrikimams.

(Pastaba: Mūsų (Birštone) praktiški patyrimai visai sutampa su minėtų autorių išvedžiojimais. Ref.).

Dr. B. Matulionis.

5. Prof. Hildebrandt: **Mineralinių vonių veikimo farmakologija.** („Der Balneologe". 1934. XII).

Autorius, trumpai paminėjęs vonių hydrostatišką veikimą, plačiau apsistoja prie klausymo, kaip vonios veikiančios širdies—kraujo indų systemą tiesiog ir kaip per nervų systemą.

Šaltos vonios, susiaurindamos odos indus, padidinančios mezenterijinės ir raumenų systemų kraujotaką apie 400% (Rein'o bandymai). Kadangi pulsas nuo šaltų vonių nepadažnėja, visą staigiai padidėjusį širdies darbą turįs atlikti staigiai padidėjęs širdies kamerų imlumas (Minutenvolumen). Šiltos vonios odos indus veikiančios priešingai, užtat splanchnicus'o srityje sumažėjanti cirkuliacija; šiltos vonios pradžioje pastebimas nedidelis kraujoslėgio kilimas pareinąs daugiau nuo hydrostatiško veikimo venų systemai; vėliau slėgimas atslūgstąs. Chemiškas mineralinių vonių veikimas (jaudinimas) esąs daug stipresnis ir žymiai ilgiau trunkąs, kaip paprastųjų vonių. Chemiškas min. vonių veikimas betarpišku odos veikimu ir reflektorišku keliu sukeliąs naujų substancijų atsiradimą: nuo padidėjusios vidinės celių medžiagų apykaitos ir veikiant nervų impulsams atsirandą naujų medžiagų (teisingiau, jos pasidarančios laisvos ir patenkančios į kraujo apytaką), kurios ir atsiradimo vietą ir apskritai visą kraujo indų systemą gana stipriai veikiančios, išplėsdamos arterijoles, kapiliarus ir mažąsias venas. Iš šitos rūšies substancijų todėl didelės reikšmės turįs acetylchinolin'as. Pasak Dale, jis parasympatinei systemai turįs tiek reikšmės, kiek adrenalinas — sympatinei systemai. Ar panašiomis sąlygomis atsirandąs audiniuose hystominas, ar jis esąs tik dirbtinis produktas, gaunamas iš sudėtingų manipuliacijų, veikiant vidaus organus, klausymas nesprendžiamas. Antroji tokios pačios kilmės ir reikšmės substancija — adenosin-fosforinė ir adenosin-trifosforinė rūgštis. Visos šitos substancijos stipriai veikiančios savo atsiradimo vietoje, išplėsdamos mažuosius indus, o patekdamos į bendrąją kraujotaką ir per vegetacinę nervų systemą veikiančios ir tolimuosius organus.

Dr. B. Matulionis.

VAIKŲ LIGOS.

8. A. F. Listov (Maskva): **Vaikų ūmių apsinuodijimų apibūdinimas.** (Характеристика острых отравлений у детей). („Сов. педиатрия". 1934 m. 12 nr.).

Surinktoji medžiaga liečia 298 vaikus, gydytus nuo apsinuodijimų stacijonariškai Filatov'o vardo vaikų ligoninėje Maskvoje, iš jų didesnė pusė (56%) tenka nuo 1 iki 4 metų, toliau (17,4%) nuo 4 iki 6 metų, todėl dauguma nukentėjusių yra priešmokyklinio amžiaus; mokyklinio amžiaus vaikų apsinuodijimai retėja ir tarp 12—14 metų nukrinta iki 2—3%. Apsinuodijimai berniukų tarpe yra dažnesni kaip mergaičių; dauguma vaikų, gydytų nuo apsinuodijimo, ligoninėje išgulėjo iki 3 dienų. Sunkūs ligoniai sudarė apie 1/4 (24,5%), sveikų išsirašė 43,3%, bendras mirtingumas 7,4% reikia laikyti ne labai aukštu. Nuodai, kuriais apsinuodijo Maskvos vaikai, yra labai įvairūs, bet jie galima surūšiuoti į šarmų ir rūgščių grupes, kurios dvi vyrauja apsinuodijimų tarpe, ir į mažesnes grupes maisto intoksikacijų ir augalinių nuodų, kuriuose yra atropinas (durnaropės ir drignės), arsenikas (musėms nuodyti). Nuodai, kurie yra dažna priežastimi vaikų intok-

sikacijų, yra kasdieninio vartojimo nuodai: gailūs šarmai (muilo akmenėlis arba kaustikas) ir lekiantysis spiritas, kurie vartojami skalbimui, toliau įvairūs maisto nuodai (žuviniai, mėsos nuodai), acto rūgštis-esencija, ir durnaropės su drignėmis. Kliniška atsitikimų analyzė parodo, kad apsinuodijimas gailiais šarmais duoda sunkiausią ligos vaizdą ir pasėkas, o apsinuodijimai muilo akmenėliu duoda aukščiausią procentą sunkių reiškinių, daugiausia mirties atsitikimų (pusė visų mirusių nuo apsinuodijimo) ir mažiausią procentą pasveikusių.

Gydymas: greitoji pagelba būdavo suteikiama ambulatorijoje, plaunamas skilvis, duodamas antidotum, palaikomas širdies veikimas. Gydymas tiesiogine prasme kiekvienu atsitikimu buvo nukreiptas pašalinti nuodus iš organizmo: mechanišku būdu — plaunant skilvį, paleidžiamaisiais vaistais, vėmimu, dirbtiniu kvėpavimu (dujos). Apsinuodijus gailiais šarmais skilvio plovimas nebuvo daromas ir vėmimas nebuvo sukeliamas. Skilvio plovimą pakelia gerai ir maži vaikai ir jis duoda gerus gydymo rezultatus, apsinuodijus maisto ir augalų nuodais. Nuodų neutralizacija atliekama — skiriant rūgštis paveikti šarmus ir atvirkščiai; antagonistiškai kaip morfis gerai padeda apsinuodijus atropinu, pvzd., 1% sol. morphii po oda 0,2—0,3 pakartotinai 5—10 metų vaikui gerai gelbsti apsinuodijus atropinu. Svarbi vaikų apsinuodijimų profylaktika, autoriaus nuomone, ryškūs plakatai ir etiketės, ypatingas užkimšimas ir nusilpninimas muilo akmenėlio (kaustiko) koncentracijos galėtų sumažinti apsinuodijimų pavojų. Reikėtų atlikti sanitariniai pasikalbėjimai šitomis temomis ambulatorijose, vaikų namuose, dirbtuvėse.

Ref. pastaba. Lietuvoje vaikų ligoninės duomenimis apsinuodijimai muilo akmenėliu (kaustiku) yra visų sunkiausi, duoda aukščiausius % invalidiškumo (stemplės striktūrų) ir mirties atsitikimų, todėl Sveikatos Departamentas turėtų imtis priemonių muilo akmenėlio prekybą sureguliuoti ir suvaržyti. Ir acto esencija, kuri dažniausiai vartojama apsinuodijant dėl nevykusios meilės, turėtų būti parduodama žymiai silpnesnė (20% vietoje dabartinės 80%). *Dr. V. Tercijonas.*

9. R. I. Zbaravskaja (Maskva): **17-tos spalių metinės ir visuomeniškos pedijatrijos uždaviniai** (17 лет октября и задачи педиатрической общественности) („Советская педиатрия" 1934 m. 12 nr.).

Minint Sovietų sąjungos 17 metines, autorė pažymi nepaprastą sanitarinės gerovės pakilimą visame krašte. Palyginant su prieškariniais laikais vaikų mirtingumas SSSR sumažėjęs 42,5%. Persikėlus darbininkams iš rūsių į naujus namus, Maskvos darbininkų kvartaluose esąs matomas toks vaikų mirtingumo sumažėjimas:

Iki	1917 metų	22,1	Persikėlus
	1925—1929 m.		9,2
	1930—1931 m.		6,9

Maskvos apygardos Kašinsko rajono kolchozuose vaikų mirtingumas esąs toks:

1917—1921 m.	16
1921—1928 „	12,9
1929—1932 „	10,9

Buv. Maskvos gub. 1913 m. vaikų mirtingumas siekęs 27,6%.

Gyventojų prieaugliu SSSR užimanti pirmą vietą pasaulyje. Kasmetinis gyventojų natūralus prieauglis sudaro daugiau kaip 3.000 000. Tat esąs priešingas reiškinys Vakarų Europoje (Anglijoje, Vokietijoje ir kitur augant krizei mažėjąs gimimų skaičius). Kovojant už sveikatos apsaugą, ypatingai daug esą laimėta vaikų aptarnavime, motinystės ir kūdikystės apsaugoje. Greta su dirbančiųjų gerovės pakilimu, dabar esąs didelis tinklas vaikų sveikatos centrų, vaikų profylaktiškų ambulatorijų, vaikų ligoninių, vaikų skyrių bendrose ligoninėse, statomų pagal paskutinius technikos reikalavimus, kas duodą visai realius galimumus kovoti su vaikų ligūstumu ir mirtingumu.

Lopšeliai

	1913 m.	1933 m.
Miestuose	14	3.074
juose vietų	550	199.854
Kaimuose	—	328.371
juose vietų	—	3.184.715

Paskutiniais metais ypatingai plačiai esąs išvystytas masinis sveikatinimo darbas su vaikais, esą įsteigta daugybė sanitarinių aikštelių, stovyklų pijonieriams, pasivaikščiojimo grupių vaikams jaunesnio amžiaus, kurios po kelis mėnesius atlieką darbą su vaikais gryname ore.

Esą susirūpinta naujais kadrais: paruošta tūkstančiai augštai kvalifikuotų specijalistų, stumiančių pirmyn mediciniška mokslą SSSR. Dešimtys tūkstančių praktiškų darbininkų organizatorių kurią naujus įstaigų typus, jiešką naujų darbo formų, kurios patenkintų visus dirbančiųjų reikalavimus.

Be pasiekimų esą ir daug trūkumų darbe. Artimiausiu laiku vienas iš svarbesnių uždavinių esą paskirstyti gydytojus, kad kaimas gautų gydytojų užpildyti aptuštėjusiems rajonams. Antras atsakingas uždavinys pakelti gydytojų darbo kokybę, išgyventi neatydumą, nejautrumą ligoniui, kartais esą dirbama be sielos, kas sukelią darbininkų ir kolchozininkų skundus.

Iškeltas klausymas apie gydytojų kvalifikacijos pakėlimą, paruošiant juos aukštojoje mokykloje (vuze).

Teippat numatytas platus techniškas aprūpinimas gydymo ir profylaktikos įstaigų, kas turį pakelti gydytojų darbo kokybę.

Kovojant su epidemijomis prieš gydytojus stovįs sunkus uždavinys. Nors ir dideli laimėjimai, bet priešepideminiame darbe esąs atsilikimas, tat galį sudaryti kliūčių krašto kultūriniam augimui. Pedijatrų draugija turinti padėti kaimo gydytojams padidinti jų žinias iš pedijatrijos. Vaikų gydymu, kova su infekcijomis, kasdienine organizacija vaikų gyvenimo lopšeliuose, aikštelėse esą užimti visi rajoniniai gydytojai, jiems esanti reikalinga miesto specijalistų pagelba. Didelis tinklas vaikų įstaigų reikalaująs atidžių specijalistų-pedijatrų, kad jie galėtų išauginti pilnaverčius vaikus. Todėl pedijatrai esą turėtų sukoncentruoti dėmesį į lopšelių vaikų gydytojus, kaipo specijalistus ir vaikų gyvenimo organizatorius. *Dr. V. Tercijonas.*

UROLOGIJA.

6. H. Henniger (Viena): **10 Jahre Vasektomie bei Prostatahypertrophie.** (10 metų vazektomijos prostatos hypertrofijai esant) („Z. Ur. Chir." 1933, XXXVIII, H. 3/4).

Vienos univ-to II-osios chirurginės klinikos medžiaga apima 589 gland. prostatae hypertrofijas. Šitų atsitikimų 9% gydymo metu (kateteris à demeure, fistula suprapubica, discisio elektrotomu, prostatektomia suprapubica ar perinealis) buvęs epididymitis. Iš jų epididymitis išsirūtuliavęs 35 kartus po 214 prostatektomijų (17%), dažniausiai tarp 4 ir 8 dienos po operacijos. Buvusi padaryta vasektomia 51 atsitikimu. Vėliau patikrinta iš jų 31 atsitikimas. Nei viename iš jų ligoninėje buvimo metu nėsą buvę epididymito. Todėl autorius į šitą operaciją žiūri kaip į profylaktikos būdą prieš kiekvieną gland. prostatae intervenciją. Pasak autoriaus, vazektomija duodanti gerų rezultatų tais atvejais, kai inkstų funkcija yra gera, kai yra didelis liktinio šlapimo kiekis ir minkšta liauka, ir ypač ten, kur ligonio būtis neleidžia daugiau operatiško įsikišimo.

Dr. T. Goldbergas.

7. R. Lichtenstern ir O. Marburg (Viena): **Ueber initiale Blasenstör. bei org. Nervenkrankheiten.** (Pradiniai šlapimo pūslės trūkumai organiškose nervų ligose) („Z. Ur. Chir." XXXVIII, H. 3/4).

Paskutiniųjų metų tyrimai parodą, kad organiškose nervų ligose šlapimo pūslės funkcijų sutrikimo dažnumas toli gražu permaža įvertinamas.

Tabes'o ligoje šitie sutrikimai būną 90%, sclerosis multiplex ligoje — net daugiau kaip 90%. Tat dar labiau įsidėmėtina dėl to, kad šitie ligoniai žūvą ne tiek nuo nervų susirgimų, kiek nuo infekcijų dėl šlapimo aparato susirgimų. Be to, keista, kad tokie ligoniai susirgimo pradžioje patys maža dėmesio kreipią į šituos reiškinius. Jei kas-nors persirgęs encephalitis ir po to, kaikuriam laikui praėjus (po latentiškos stadijos), susergąs šlapimo pūslės funkcijų sutrikimu, tai niekuomet nereikią užmiršti postencefalitinio parkinsonizmo išsirūtuliavimo galimumo. Retentio urinae paralysis agitans pradinėje stadijoje neretai būnąs Turbūt, leti tokių ligonių judesiai aoskritai turį įtakos, kad jie maža dėmesio kreipią į tokią aplinkybę.

Aprašomas vienas atsitikimas, kai ligonis, 32 metų amžiaus, ilgą laiką lankęsis pas gydytojus dėl retentio urinae, ir tiktai, kai urologas, nesuradęs šito reiškinio priežasties, nusiuntęs jį pas neuropatologą, paaiškėję, kad tasai ligonis sergąs sclerosis multiplex pradine stadija. Pagal statistiką 17% šito susirgimo atsitikimų reiškiniai iš šlapimo pūslės pusės atsirandą jau pirmaisiais šito susirgimo metais. Be to, reiškiniai iš šlapimo pūslės pusės būną pradiniais, sužalojus XII krūtinės ir I—II juosmens slankstelius. Todėl esą svarbu bendradarbiauti neuropatologui ir urologui.

Dr. T. Goldbergas.

AKUŠERIJA IR GYNEKOLOGIJA.

6. R. Kleitsmann ir L. Poska Teiss (Tartu): **Die Anwendung von Vernix caseosa bei der Bildung einer künstlichen Scheide u. s. w.** (Vernix caseosa pritaikymas darant vagina artificialis) („Zbl. G." 1935 m. 13 num.).

Dirbtinės vaginos padarymo būdai pagal Popov'ą-Schubert'ą arba Baldwin-Mori-Haeberling'ą esą geri, bet ne nepavojingi. Beveik visai nepavojingas esąs Kirschner-Wagner'io būdas; ir šito būdo rezultatai esą gana geri. Sunkumų esą sutinkama šituo paskutiniu atsitikimu sudarant pagal Thiersch'ą epidermio skiautę; be to, žaizda ant šlaunies gyjanti labai lėtai, palikdama platų ir negražų randą. Gambarov pasiūlęs sudarytąją tarp šlapimo pūslės ir rectum'o dirbtinę vaginą visiškai niekuo nepadengti. Tartu genekologinė klinika, šitą būdą taikydama, negavusi gerų vaisių. Autorius pasinaudojęs Bregadse's pasiūlymu — sudarytąjį vaginos lataką ištepęs vernix caseosa sterilis, paimta nuo nesyfilinio naujagimio. Šitą būdą jisai pritaikęs 19 metų moterei, turinčiai vaginos defektą su introit'u 1 cm. gilumon (ji neturėjusi mėnesinių ir coitus nebuvęs galimas). Prapjovęs introitus'ą ir buku būdu padaręs vaginą, autorius įkišęs iš rezininės kempinės protezą, suteptą sterile vernix caseosa. Protezo viduryje buvęs įstatytas drenažinis vamzdis. Protezas buvęs fiksuotas iš oro pusės. Aštuntą dieną protezas buvęs pašalintas, vagina buvusi išplauta Ringer'io tirpiniu ir tamponuota marle. Praėjus 24 valandoms tamponas buvęs pašalintas, vagina vėl buvusi išplauta Ringer'io tirpiniu ir iš naujo įdėtas tamponas, suteptas vernix caseosa. Tat buvę daroma kas antra diena. Šešioliktąją dieną po operacijos vagina visur buvusi balta. Išplovimai ir tamponai toliau jau be vernix caseosa. Jokių tepalų nebuvę vartojama. 33 čią dieną vagina atdara, praleidžia du pirštus, turi ilgio 9 cent. Po 2 savaičių patikrinta. Pacijentė ir jos vyras patenkinti. Tolimesni patikrinimai parodę visiškai normalią vaginos gleivinę.

Dr. T. Goldbergas.

7. J. Bláha (Č. S. R): **Embolische Verschlepung eines Fremdkörpers ins Herz bei einem kriminellen Abort.** (Emboliškas svetimkūnio atsiradimas širdyje, kriminalinį abortą padarius) („Zbl. G." 1935 m. 13 num.).

Autorius aprašo šį įdomų atsitikimą. Į ligoninę atvykusi vyro lydima susijaudinusi moteris, prieš pusantrų metų jau gulėjusi toje pačioje ligoni-

nėje dėl dirbtinio aborto. Jinai pradėjusi prašyti ją apžiūrėti, nes vakarykščiai, padedama vyro, ji įsikišusi rezininą kateterį abortui sukelti. Kateteris prieš tai buvęs su muilu numazgotas ir išteptas riebalais, ir įvestas buvęs su mandrėnu, kuris po to buvęs pašalintas. Šitas kateteris, pavartojus smarkų spaudimą ir pašalinus mandrėną, makštyse pranykęs, kai moteris pakilusi iš tupčių, kurioje pozicijoje jai buvusios daromos visos manipuliacijos. Ji pajutusi didelį skausmą ir prasidėjęs kraujavimas. Ji atsigulusi lovon laukdama vaisiaus ir kateterio išėjimo. Kai tatai nepasidarę, ji atvykusi į ligoninę.

T° 37,5°. P. 108. Pirmą dieną apžiūrėjus rasta: makštyse nedideli kraujo krešuliai; gimtuvės kaklelis atsidaręs (maždaug 8 num. Hegar'o didumo); uterus vidutiniškai kraujuoja, padidėjęs (maždaug ligi 2 mėn. nėštumo); adnexa ir parametria laisvi; zonduojant kaklelio kanalą nerasta jokių sužalojimų; fornix sveikas. Kitą dieną t° 38,9°; p. 114; vėl patikrinta: zondas praeinąs į deš. parametrium'ą. Peršvietimas rentgeno spinduliais nieko įtartino neparodęs. Laparotomia: be suaugimų ir sulipimų Duglas'e, niekur nerasta kateterio išėjimo arba uterus'o perforacijos į pilvo tuštymą; adnexa — be ypatingų pakitimų. Drenavimas. Žaizda užsiūta. Uterus'o išgrandymas. Apipuvusios placentos pašalinimas. Buvę spėjama, kad kateteris nejučiomis iškritęs aborto metu. Visą laiką pilvas minkštas. 5-tą dieną t° ir būklė pasidariusios septiškos. Reiškiniai plaučiuose. Kvėpavimas su saldžiu kvapsniu, kaip kad plaučių gangrenoje. Staiga ligonė pajutusi duriamus skausmus viršutinėje sternal'inėje srityje, atsiliepiančius į kairįjį petį; atsiradęs smarkus kosulys. 7-tą dieną exitus. Iki pat galo nebuvę jokių reiškinių pilvo ir dubens srityse. Mirtis įvykusi dėl sepsio ir plaučių gangrenos; jos priežastį išaiškinusi sekcija. Vena cava inf. spindyje, ties dijafragma, rastas nulūžęs žemutinis galas apykiečio šilkinio kateterio, 23,5 cent. ilgumo ir 4 mm. storumo, įsmigęs pro deš. prieširdį į v. cava sup. ir toliau pro v. anonyma į v. jugularis communis sin., kurioje kyšojo viršum ryšiakaulio viršutinis lygus kateterio galas

Autorius įspėja, kad visais tokiais atvejais reikia kruopščiai ligonis ištirti ir rentgenografuoti ne dalis, bet visas kūnas. *Dr. T. Goldbergas.*

NERVŲ IR PSYCHINĖS LIGOS.

5. Rosanoff, Handy, and Plesset: **The etiology of manic depressive syndromes with special reference to their occurrence in twins.** (Manijos - depresijos syndromų etijologija, ypač atsižiūrint jų atsitikimo dvyniams). („Am. J. of Psychiatry". Jan., 1935).

Autoriai surinko 1.014 porų dvynių ats., kur abudu arba vienas iš dvynių sirgo ta arba kita psychine liga; su manijos - depresijos syndromais buvo 90 dvynių ats.

Iš 23 porų monozygotinių (t. y. iš vieno apvaisyto kiaušinėlio) dvynių abudu dvyniai sirgę 16 ats. (69,6%). Iš 67 porų dizygotinių (t. y. iš dviejų apvaisytų kiaušinėlių) dvynių abudu dvyniai sirgę 11 ats. (16,4%). Kada dizygotiniai dvyniai yra tos pačios lyties, vienodas abiejų dvynių sirgimas pasitaikąs dažniau kaip tada, kada jie yra skirtingos lyties; tat rodo į lyties faktoriaus reikšmę. Autorių išvada, kad didžioji dauguma manijos-depresijos syndromų įvykstanti dėl paveldėjimo.

Įdomaus autorių darbo trūkumas, kad jie operuoja vietoje manijos-depresijos psychozės ne visai aiškia „manijos-depresijos syndromų" sąvoka. Tokių syndromų galį pasitaikyti, kaip jie patys pripažįsta, ir egzogeniškos kilmės. Ligos sutapimas monozygotiniams dvyniams, tur būt, būtų dar dažnesnis arba net visiškas, jeigu iš tiriamosios medžiagos būtų eliminuoti atsitikimai, kurie galima susieti su išorinėmis aplinkybėmis.

J. Blažys.

6. Baracar, Davidson, McAlistes, and McCullough: **Sexual sterilization. Four years experience in Alberta.** (Lytinė sterilizacija. 4 metų patyrimai Albertoje). (Ibidem).

Albertoje (viena iš V. Kanados provincijų) sterilizacijos įstatymas veikia nuo 1928.III.21 d. Sterilizacija taikoma psychiniams ligoniams (pasitaisiusiems ir pagerėjusiems) ir silpnapročiams, išleidžiant juos iš psychijatrinės ligoninės arba prieglaudos. Reikalingas suinteresuotojo asmens arba jo globėjų sutikimas. Nutarimas pareina nuo tam tikros komsijos (du nariai negydytojai ir skiriami vyriausybės ir du nariai gydytojai: vienas Albertos universiteto senato pasiūlymu ir antras — gydytojų kolegijos tarybos). Nuo 1929 m. iki 1934.VI.15 d. sterilizuota 261 asmuo, iš jų maždaug $^2/_3$ moterų. 54,2% sterilizuota dėl silpnaprotybės, 42,7% — dėl psychozių ir 3,1% dėl sunkios psychopatijos. Aiškus paveldėjimo vaidmuo konstatuotas 60,8% atsitikimų. Su silpnaprotybe dažnai buvo susijęs amoralumas ir nusikalstamumas. Vyrams daryta vazektomija, moterims — salpingektomija. Jokių komplikacijų nebūta; libido ir lytinis pasitenkinimas likdavę normalūs.

Autoriai neabejoja, kad sterilizacija logingas ir priimtinas būdas, sprendžiant didelį psychinių ligų ir defektingumo profylaktikos klausymą: tinkamai parinktais ir nustatytais atvejais sterilizacija turėtų būti taikoma teippat noriai, kaip operacijos dėl fyzinės ligos. *J. Blažys.*

FYZIJOLOGIJA.

1. Berplinger: **Santykiavimas tarp hypophysis'o ir lytinių liauku.** („Kl. W." 1932 m. 32 n. — Ref. „Клинич. Мед." 1933 m. 19—20 n., 359 p.).

Autorius, pasirėmęs savais ir Kusching'o bei Henderson'o stebėjimais ir tyrimais, priėjo išvadą, kad hypofyzinį hormaną, reguliuojantį lytinių liaukų funkciją, gaminą pryšakinės hypophysis'o skilties eozinofiliniai narveliai. Akromegalijoje visuomet buvę randama hypophysis'e eozinofilinė adenoma ir tuo pačiu metu ją labai dažnai lydėję lytinės sferos sutrikimai. Genitalijų atrofija šitais atvejais greičiausiai įvykstanti eozinofilinei adenomai spaudžiant aktingus eozinofilinius narvelius. Pryšakinės hypophysis'o skilties narveliai tur būt produkuoją ir augimo hormoną. Chromofobinių svarbiausių narvelių reikšmė kol kas dar neišaiškinta. Nežinoma teippat, kuriuose narveliuose gaminamas tyreotropinis hormonas. Pas sergančius chronišku nefritu autorius visuomet rasdavęs eozinofilų kiekio padaugėjimą, dėl to jisai spėja, kad tarp jų veikimo ir kraujoslėgio padidėjimo esąs sąsyjis. *J. St.*

2. Kerfi ir Romer: **Lyties nustatymas Dorn'o ir Schugermen'o mėginiu.** („J. Am. m. Ass." 101 t., 1933 m. 21 n. — Ref. „Клинич. Мед." 1934. V. 175 p.).

Triušiui patinui, 90—120 d. amžiaus, įšvirkštus į veną 10—30 kb. cm. nėščios moters šlapimo, makroskopiškai ir mikroskopiškai buvę konstatuojami triušių pautelių augimo pakitimai, jeigu buvo turimas vyriškos lyties nėštumas. Šitie pautelių pakitimai pasireiškia kanalėlių ir spermatogonijų skaičiaus padidėjimu. Jeigu vaisius yra moteriškos lyties, tai, įšvirkštus nėščios moters šlapimo, aukščiau minėtų pakitimų nebuvę gaunama. Mėginiui turi būti imami vienos veislės ir išaugę vienodose sąlygose triušiai. Be to, Dorn'o ir Schugermen'o mėginio sėkmingumas pareina ir nuo to, ar triušio pautelis jau buvo nusileidęs į kapšelį.

Autoriams Dorn'o ir Schugermen'o nuostatų nepavykę patvirtinti savo mėginiais, nes lyties nustatymas pasinaudojus šituo mėginiu pavykdavęs tiktai 33—41%, žiūrint į triušių amžių. Tačiau autoriai, konstatavę pažymėtųjų atvejų procentuose matomus pautelių pakitimus veikiant nėščiųjų šlapimui, pripažįsta buvimą kažkurio svarbaus dar nežinomo faktoriaus, kuris yra reikalingas tolimesnių studijų. *J. St.*

3. Klauberg: **Geltonkūnio hormonai.** (Verh. 2 intern. Kongr. Sex. Forsch.". 1931. — Ref. „Клинич. Мед." 1934. IV. 157 p.).

Follikulinis hormonas veikia kastruotuosius ir infantilinius gyvulius, skatindamas jų išsivystymą ir proliferaciją. Geltonkūnio hormonas pradeda veikti tik tuomet, kai yra pasiektas tam tikro laipsnio išsirūtuliavimas. Geriausiu testobjektu ovariniam hormonui esąs infantilinis triušis. Pirmajai bandymų serijai buvo paimti triušiai, 600 gr. svorio, ir per 9 dienas jiems buvo švirkščiama po 10 follikulino hormono m. vienetų, paskui per 5 dienas buvo švirkščiama ekstrakto, kuriame būta geltonkūnio hormono. Antrajai serijai buvo paimtos triušių patelės, 2.000 — 3.000 gr. svorio. Jas kastravus (už 28 dienų prieš hormonų įvedimo pradžią), paeiliui joms buvo švirkščiama follikulio ir geltonkūnio hormonų, pamėgdžiojant normalų ciklą. Atrofavusi kastratų gimda per 12 dienų vėl pasiekdavusi visiškai išsirūtuliavusį organą, atitinkantį 6 d. nėštumą.

J. St.

4. Schlingvort ir Rolson: **Geltonkūnio ekstrakto veikimas žiurkės gimtuvei.** („J. Phys." 76 t., 1932.—Ref. „Клинич. Мед." 1934. IV. 197 p.).

Autoriai tyrė geltonkūnio ekstrakto veikimą gimtuvės gleivinei ir „knaustestui", t. y. efekto, gaunamo gimtuvės raumeniui nuo pituitrin'o, neutralizacijai. Kaip bandomasis objektas buvo panaudotos subrendusios kastruotos triušių patelės, ne mažiau kaip 2 kilo svorio. Ekstraktas buvo gautas iš karvės geltonkūnio. Visiško paralelizmo tarp šitų dviejų bandymų nebuvo gauta. Autoriai, žymiai išvalę geltonkūnio ekstraktą, pasiekė tat, kad 50 gr. šito išvalytojo ekstrakto visiškai paveikdavo gimtuvės gleivinę.

J. St.

5. Fergiuson: **A - prolanas pautelio teratomai gydyti.** („Am. J. Cancer." 18 t., 1933. — Ref. „Клинич. Мед." 1934. IV. 157 p.).

117 pautelių teratomos atvejais autorius nustatinėjo su šlapimu išskiriamo A - prolano kiekį pagal Zondek'o metodę. Šitas kiekis nuo 50 iki 50.000 m. v. vienam literio šlapimo pareinamai nuo auglio embrijoninio išsirūtuliavimo ir jo išsiplėtimo. Rentgenizuojant pirminį augli ir jo metastazes, buvo stebimas A - prolano ekskrecijos sumažėjimas. Įvykus recidivui ekskrecija vėl pakildavusi net ligi pasireiškiant kliniškiems symptomams. Rentgenizacijos metu darydami systemiškas šlapimo analyzes, pagal išskiriamo A-prolano kiekį galime išvesti tam tikrus prognostinius duomenis. Autopsijomis nustatyta, kad tarp vyriškųjų lytinių organų epitelinės hyperplazijos ir pryšakinės hypophysis'o dalies esama tam tikro sąsyjo.

J. St.

6. Oschent Giorg: **C - vitaminas, adrenalinas ir antinksčiai.** („D. m. W." 1932 m 22 n. — Ref. „Клин. Мед." 1934. V. 186 p.).

Autorius skelbia dar prieš 10 metų pradėtų tyrimų išdavas. Iš žolės, kopūstų, apelsinų ir ankštinių (gland. suprarenalis) kortikinės (žievinės) daiktybės jisai išskyrė kristališką rūgštį, jo pavadintą „heksuroninė", kuri pasižymi smarkiausiomis acykliškomis redukuojamomis savybėmis.

Vaidmuo, kuris tenka vaidinti heksuroninei rūgščiai narvelių gyvenime, išpradžių buvo ištirtas su kopūsto lapu. Kopūsto lapo narveliuose šita rūgštis stovi, taip tariant, bendros narvelių oksidacijos centre. Autorius įsitikino, kad ir antinksčiuose esama labai daug redukuojamosios substancijos, kurios nė viename kitame gyvulinės kilmės organe nėsama tokia didele koncentracija. Šita specifiška antinksčių žievės substancija buvo išskirta kristališka forma ir buvo nustatyta jos tapatybė su augaline heksuronine rūgštim, kuri yra identiška su antiskorbutiniu C-vitaminu. Šita autoriaus rasta antinksčiuose substancija savo aktyvumu žymiai praneša adrenaliną ir, anot autoriaus, yra tikras antinksčių hormonas — novadrenalinas.

J. St.

BAKTERIJOLOGIJA.

3. M. P. Isabolinski u. R. M. Soboleva: **Apie bakterijų antagonizmą** („Ueber den Antogonismus der Bakterien") („Znblatt f. Bakter". Bd. 133, H. 1/2).

Mikroorganizmų antagonizmo klausymas esąs vienas iš įdomiausių mikrobijologijoje. Šitas klausymas buvęs nagrinėjamas jau net Pasteur'o.

Šitame pranešime tyrinėjama bac. coli, staphylo-ir streptokokų antagonistiškas veikimas į bac. anthracis. Tyrinėjimai buvę daryti in vitro ir in vivo su jūrų kiaulytėmis.

Bandymai in vitro neabejotinai parodę, kad tik gyvos bac. coli turinčios antagonistišką veikimą į bac. anthracis. Bandymai parodę, kad in vivo bac. coli turinčios teippat antagonistišką veikimą ir tas antagonizmas pasireiškiąs ne tik švirkščiant po oda, bet ir maitinant jūrų kiaulytes bac. coli ir bac. anthracis kultūrų mišiniu, nes nuo to mišinio jūrų kiaulytės nežūvančios. Čia teippat esąs pastebėtas tik gyvų bac. coli kultūrų antagonistiškas veikimas

Strepto-ir staphylokokų mišinys trukdąs bac. anthracis augimą.

Šitu bandymų rezultatai duodą progos iš naujo patyrinėti juodligės, ypač virškinamojo trakto formos, patogenezę. *Med. kand. J. Lipčius.*

VISUOM. MEDICINA.

4. **La natalité en France et en Europe.**

M. Richet Académie de Médecine posėdyj nurodęs, kad, jeigu šiuo metu gimimo skaičius Prancūzijoje esąs tokis pat kaip kad Anglijoje ir Vokietijoje, tai tat galima esą paaiškinti tiktai daugybe svetimšalių, kurie emigravę į Prancūziją. Gimimų skaičius, kuris pralenkęs mirimų skaičių, esąs daug žemesnis Prancūzijoje kaip kad kitose šalyse. Įstatymai ir ekonominės priemonės negalį modifikuoti gimimo krizės, ir neseniai Vokietijoje padarytos pastangos duodančios apčiuopiamų rezultatų. Gimimo sumažėjimas Europoje daugiausia pareinąs, kaip visos statistikos parodą, nuo liaudies psychologijos nekaip nuo ekonominės krizės.

Kaip galima tvirtinti, kad baltoji rasė sudaranti pavojų geltonajai rasei, jeigu Azijoje kasmet gimstą 28 milijonai, tuo tarpu kai Europoje — tik vienas milijonas.

Europai gresiąs žemesnių rasių invazijos pavojus ir Europoje Prancūzija greit nusmuksianti iki antrinių rasių.

Reikią būtinai griebtis moralinės propagandos, reikią uždrausti daryti abortai ir už juos griežčiausiai bausti; reikiąs padidinti dovanų skaičius šeimoms.

„Jeigu, — baigia jis, — mes nepakeisime savųjų papročių, mūsų uolumo valstybei ir mūsų įstatymų, tai turėsime daugiau karstų negu lopšių". *Gyd. Š. Markovičius.*

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Pneumonijų gydymas chininu ir kalciu.** Chininas krupozinėje pneumonijoje, kaip žinoma, mažinąs t⁰-rą ir veikiąs antitoksiškai, tačiau nestabdąs eksudacijos alveolėse ir nepaskubinąs infiltracijos įsisiurbimo. Schendube, norėdamas paveikti plaučių uždegiminius ir eksudacinius procesus, nuo 1930 m. pneumonijoms pradėjęs taikyti kalcio intravenines injekcijas; šiteip gydant pneumonijas, jei tik laiku buvo pritaikytas kalcis (iki 4 d.), t⁰ sumažėdavusi, lyziškai krisdavusi, alveolių eksudacija apsirėždavusi, infiltratas nedidėdavęs ir greitai įsisiurbdavęs. No-

rėdamas sujungti chinino antitoksišką bei baktericidišką (antipneumokokišką) veikimą su uždegiminiu bei eksudacijos stabdomuoju kalcio veikimu, Schendube sugalvojęs pneumonijos (ypačiai sunkių toksiškų atvejų) gydymui pritaikyti chinino ir kalcio kombinaciją intraveninėmis injekcijomis. 10 kb. cm. chininum-calcium preparato turįs 0,6 chinino gliukonato (t. y. 0,37 chinino) ir 1,0 kalcio (Sandoz). Paprastai buvusi daroma viena 10 kb. cm. preparato injekcija per dieną, iš viso vidutiniškai 4 injekcijos. Ypačiai sunkiais atsitikimais injekcijos buvusios daromos du kartu per dieną; kaikuriais atvejais reikėję padaryti iki 10 injekcijų, tačiau jokių žalingų pašalinių reiškinių nestebėta. Pirmoji injekcija švirkščiama į veną, toliau šitie vaistai jau esą galima švirkšti į raumenis.

Šituo būdu buvę gydyta 50 pneumonijų ir gauta labai gerų rezultatų: susirgimas sutrumpėdavęs, t⁰-ra lyziškai krisdavusi, eksudacija sustodavusi ir infiltrato įsisiurbimas pagreitėdavęs. Ankstyvas šito preparato pritaikymas daugeliu atvejų kupiruodavęs pneumoninį procesą. Šito gydymo pritaikymas, praėjus 4 dienoms nuo susirgimo pradžios, neparodydavęs tokio gero efekto, tačiau ir tuomet buvęs stebimas bendros būklės pagerėjimas ir t⁰-ros sumažėjimas. Tais atvejais, kai pneumonija buvo susikomplikavusi bronchine astma, šitas gydymas teippat buvęs sėkmingas (kalcio veikimas). Esant širdies silpnumui, kartu su chininu-kalciu buvę įduodama digitalio ar strofantino. Pleurito išsirūtuliavimui šitas gydymo būdas įtakos neparodydavęs. („Kl. W." 1934 m. 17 num.).

× **Diabetes insipidus gydymas hypophysis'o ekstraktu.** Dviem ligoniams, sergantiems diabetes insipidus liga ir esantiems vienodose sąlygose, Smit įvairiai pritaikęs gydymą hypophysis'o ekstraktu: vienam ligoniui pulverizatorium įpūsdavęs į nosies šnirpšles po 40—50 miligramų sauso pulverizuoto parduodamo hypophysis'o ekstrakto, antram — išvirkšdavęs po oda po 1,5—2,0 kb. cm. hypophysis'o užpakalinės skilties ekstrakto. Pirmuoju atveju šlapimo kiekis vietoje 6 literių sumažėjęs ligi 600,0, o lyginamasis svoris vietoje 1.002 pakildavęs ligi 1.020. Antrasis gydymo būdas parodęs tokį patį veikimą, kaip kad ir pirmasis. Tačiau pirmasis gydymo būdas esąs paprastesnis bei pigesnis ir, be to, jį taikant nebuvę stebima jokios pašalinės įtakos skrandžiui ir širdies bei kraujo indų systemai. („J. Am. m. Ass." 1934 m. 9 num., 102 t.).

× **Anaemia hypochromica gydymas sieros geležim (ferrum sulfuricum oxydatum purum).** Fullerton 21-nam šitos ligos atsitikimui pritaikęs gydymą nedideliais ferrosulfat'o daviniais (po 0,6 per dieną). 10-čiai ligonių hemoglobino kasdien priaugdavę 1% ir daugiau; 3-mis atsitikimais gauta patenkinamų rezultatų, nors hemoglobino truputį mažiau priaugdavę. Likusiais 8 atsitikimais gydymą lydėjusios hemoragijų pavidalo komplikacijos. Sugretinus hypochrominės anemijos gydymus įvairiais geležies preparatais, pasirodę, kad ferrosulfat'as taikytinas tais atvejais, kai visų pirma esama hemoglobino nepakankamumo, nes jo duodant hemoglobinas greičiausiai priaugąs. („Edinburgh. Med. J." 1934 m. 41 t.).

× **Migrenės gydymas.** Lampe migrenės ligoje skiria kiaušinių - pieno - augalinę dijetą (žarnose puvimo procesų stabdymas, mažas valgom. druskos kiekis), duodančią daug atmatų (daržovės, vaisiai), smarkiai aprėžia arbatos ir kavos vartojimą, draudžia rūkyti, žymiai sumažina alkoholinius gėrimus. Ūminės migrenės metu ligonis laikomas užtemdytame kambaryje, pats gi priepuolis stengiamasi kupiruoti šiais milteliais:

Rp. Phenacetini 0,25
Pyramidoni 0,1
Codeini 0,03
Coffeini citrici 0,1
Mfp. DS. Int.

Po vieną šitokį miltelį duodama nevalgius gana ilgą laiką.

Autorius dar noriau prirašąs nedidelius chininio davinius (3—4 kartus per dieną po 0,1 chinini muriatici) ir luminal'į (vakarais po 0,05—0,1). Atkakliais atvejais šitokis gydymas tęsiamas per 1—1½ metų. („M. m. W." 1933 m. 14 nr.).

× **Tromboflebitų gydymas radium'u.** Šarvat ir Novak 10-čiai kojų tromboflebitų atsitikimų pritaikę radijoterapiją. Irradijacija buvusi daroma pagal paliestos venos eigą. Buvęs taikomas radijoforas 4×4 cm. atstu 4 cm. nuo odos, vario 2 mm. ir kaučuko 2 mm. filtras, 10—14 med. davinys. Irradijacija buvusi daroma kas 2—3 dienos. Lengvais atsitikimais kojos pabrinkimas sumažėdavęs per 4—6 d., sunkiais — per 10—12 d. Odos paraudonavimas pranykdavęs, vietinė t⁰-ra krisdavusi, skausmas (tiek savaiminis, tiek spaudžiant) pranykdavęs. Praėjus 2—3 savaitėms po paskutinio radijoforo pritaikymo, pacijentui leidžiama judėti. Jokių negeistinų komplikacijų nei kartą nestebėta. Gera radium'o spindulių įtaka tromboflebitams pareinanti turbūt nuo jų veikimo kraujo indų sympatiniam nervų tinklui. („Časopis Lekaru Českych". 1934 m. 25 num.).

× **Ūminio plaučių absceso gydymui** Marietta siūlo pritaikyti seniai žinomą drenavimo būdą, paguldant ligonį su žemiau nuleista pryšakine kūno dalim ir tuo būdu įgalinant abscesą mechaniškai išsituštinti. Vien tik šiteip gydant 50-yje % gauta patenkinamų rezultatų. Šitam gydymui tinką „ūminiai" abscesai, t. y. tokie abscesai, kur aplink suminkštėjusio plaučių audinio židinį rentgeno nuotraukoje matomas neįsisiurbusio „pneumonito" sklypas ir kur dar nėsąs susidaręs fibrozinis žiedas. Daugumos ligonių anamnezėje autoriui pavykę konstatuoti pneumonija. Abscesai, susidarę tuberkuliozinlame židinyje, auglyje ar bronchiektazijose, nepriskaitomi prie „ūminių". 50-čiai ligonių tekę pritaikyti chirurgiškas gydymas. Šitais atsitikimais buvę gauta 20% mirtingumo, gydant gi konservatiškaisias būdais — 10%. Šitas konservatiškas gydymo būdas patartinas vartoti, kaip techniškai paprastas ir lengvai pritaikomas betkurioje ligoninėje. („J. Am. m. Ass." 1934 m. 17 num., 102 t.).

× **Cyano kalių apsinuodijimų gydymas metyleninio mėlio tirpiniu.** Geiger aprašo du sunkaus apsinuodijimo cyano kaliu atsitikimus. Pirmas pacijentas nurijęs 1,1 cyano kalio, antras — 6,5. Abudu buvę atgabenti asfyksijos būklėje ir be gyvybės požymių. Be dirbtinio kvėpavimo ir deguonio su anglirūgšte mišinio davimo, ligoniams buvę suleista į veną po 100,0 sol. metylenblau 1% per pusvalandę. Abudu pacijentai pagiję. Ištyrus kraują, jame nerasta jokių methemoglobino pėdsakų. („J. Am. m. Ass." 1933 m. 4 num., 101 t.).

× **Metyleno mėlis kaip antidotum apsinuodijus grynanglio deginiu.** Bruks, bandymais su triušiais, įrodęs, kad, apnuodijus šituos gyvulėlius grynanglio deginiu (okis ugleroda) ir po 35—40 min. nuo kvėpavimo sustojimo įšvirkštus jiems metyleninio mėlio bei padarius dirbtinį kvėpavimą respirometro pagelba, 90% triušių pagiję (o iš kontrolinių — tiktai 20%). Metyleninis mėlis antidotišką savo veikimą parodąs tik tuomet, jei kraujo apytaka dar nėsanti sutrikusi. Triušiai paprastai atsigauną praėjus 2—6 min., vienu atveju net 9 min. („Am. J. Phys." 1933 m. 4 num., 104 t.).

× **Intelektualumo lygmės kritimas, gresiąs vakarų Europos kultūrai žlugimu.** Pasak Gerst'o, Anglijoje, Š. Am. Jungtinės Valstybėse ir kitose kultūringose šalyse protinės išrūtulos lygmė tiek ryškiai sumažėjusi, jog jau esą pavojaus tolimesnei civilizacijos pažangai sustoti. Autorius tat sieja su vis labiau ir labiau gimimų mažėjimu, ypačiai inteligentų tarpe. Išvesdamas gyventojų intelektualumo indeksą, autorius pažymi ryškų penkių aukštesnių laipsnių procentinį sumažėjimą. („J. Am. m. Ass." 1933 m. 14 num., 101 t.). *J. St.*

Doc. d-ras K. Oželis.

Gydytojo moralinis ir juridinis atsakingumas.

Medicina yra laisva profesija. Sergąs individas kreipiasi į tokį gydytoją, kuriuo jis daugiau pasitiki. Tarp jų susidaro abipusiško pasitikėjimo nerašoma sutartis. Ligonis jieško pagelbos, tos pagelbos, kuri sustiprintų jo kūno ir dvasios jiegas. Jis visiškai tiki visagalią mediciną; jis nežino tų aplinkybių, kad medicinos mokslas nėra visagalis, kad gydytojas nėra stebukladaris, kad nevisuomet jis gali pagydyti ir grąžinti ligoniui pairusią sveikatą ir pašalinti jo skausmus.

Todėl nenuostabu, kad ligonis tais atvejais, kada nėra susilaukęs pageidaujamos pagelbos, yra linkęs mesti gydytojui apkaltinimą, geriausiu atveju savo nepasitikėjimą.

Ligonis mums teikia savo pasitikėjimą. Mes, gydytojai, turime šitą kaštą jo pasitikėjimą įvertinti, pateisinti. Kuriuo būdu tat galima atlikti? Pirmiausia savo mokslu, savo žiniomis, praktišku patyrimu ir žmoniškumu. Visos pastangos turi būti padėtos, kad gydytojas būtų savo profesijos reikalavimų aukštumoje. Toli gražu, žinoma, to nepakanka, kad gydytojas turi diplomą, kuris suteikia jam teises verstis medicinos praktika. Gydytojo nežinojimas, nepakankamas pasiruošimas bent morališkai daro jį atsakingą prieš ligonį. Todėl gydytojas, norįs išsilaikyti tinkamoje aukštumoje, turi be pertraukos mokytis, studijuoti, gilinti savo žinias ir tobulintis tiek teoriškai, tiek praktiškai. Medicinos mokslo lobynas nepaprastu tempu turtėja. Prieš keliolika metų baigęs savo studijas gydytojas, jei jis įsigyto savo moksliško bagažo nėra papildęs, žymiai yra atsilikęs; jam turi būti svetimos kaikurios dijagnozės metodės ir terapinės priemonės. Toksai gydytojas negalės pagelbėti ligoniui, kuris turi teisės iš jo pagelbos susilaukti. Žinoma, nereikalaujama iš kiekvieno gydytojo, kad jis mokėtų atlikti W. reakciją arba gastroenterostomiją, bet jis turi nusimanyti, kad tat yra daroma, kur savo laiku nukreipti ligonį. Gydytojas turi skaityti ir turi daug skaityti, kritiškai įvertindamas; privalo įdomautis medicinos mokslo pažanga, kiek tik leidžia jo gyvenimo sąlygos; nepraleisti progos patobulinti techniką arba įsigyti naujų technikinių žinių. Mūsų visos pastangos turi būti panaudotos, kad pasidarytume geriausi gydytojai tikra šito žodžio prasme, bet nesustingtume vietoje; tenka panaudoti laikas ir jiegos, nevengti jokių tyrimų, jokių technikinių priemonių, norint atsiekti tikslą. Deja, praktikoje nebūna teip paprastai. Tenka stebėti, kad vengiama atlikti reikalingiausių tyrimų arba panaudoti technikinių priemonių, kadangi jos reikalauja daug laiko, kadangi jos yra nemalonios; liga ir dijagnozė lieka neišaiškintos. Eksplioratyvė punkcija, kraujo paėmimas, bakterijoligiškasis bei rentgenologiškasis tyrimas išaiškina situaciją, kuri atidengia tikrenybę.

Vengiame pakviesti prityrusį specijalistą kolegą, kad šeimos akyse nenustotume savo autoriteto. Pasitaiko, kad gydytojas, negalėdamas susekti ligos priežasties, perdeda, įžiūri rimtų pavojų, nenorėdamas užsitraukti atsakingumo ligos symptomams pasunkėjus.

Širdies ir indų ligų spacijalistas gali pasakyti, kiek ligonių vaikštinėja su dijagnoze—aortitas, aneuryzma, kraujoslėgio padidėjimas, kurie yra visiškoje depresijoje ir su baime laukia ūminės mirties. Kiek pasitaiko ligonių, kuriems pareikšta, kad jie serga tuberkulioze, kuriems teko pakelti medžiaginių ir moralinių sunkumų bei nemalonumų dėl klaidingos dijagnozės. Deja, būna, kad ligonis gydomas nuo plaučių tuberkuliozės, kuria jis neva serga, ir po 2—3 mėnesių gydymo pranešama jam, kad jo sveikata jau išgelbėta.

Ligonis nusiskundžia galvos skausmais; gydytojas elektrizuoja galvą, bet skausmai nemažėja. Kviečiamas neuropatologas, kuris nustato galvos smegenų abscesą ir siunčia ligonį į ligoninę. Ligonis po keletos dienų miršta. Obdukcija—galvoviršio srityje vištos kiaušinio didumo abscesas. — Jaunuolis serga; tėvai kviečia gydytoją, kuris konstatuoja tik gripą. Po keletos dienų ligonis miršta. Obdukcija — abiejų plaučių ryški bronchopneumonija. — Gydytojas konstatuoja anginą ir ją gydo; vaikas miršta; paaiškėja difterija, kuria, be to, apsikrečia dar keli vaikai.

Panašių atsitikimų galima būtų daugiau nurodyti, bet pakaks. Iš to galima spręsti, kokiame depresijos laipsnyje turi jaustis atsakingas gydytojas.

Gydytojui turi rūpėti ne vien ligonio fyzinė sveikata, bet ir jo sielos būklė. Kiekvienam gydytojui yra žinoma, kiek svarbos ligos eigai turi ligonio ramumas, gera nuotaika ir ūpas. Deja, gydytojai nepakankamai tat įvertina, o dažnai net jų ūpą ir nuotaiką prislegia. Gydytojai kartais yra linkę balsiai galvoti, pareikšdami savo mintis už ir prieš, abejodami ir nerodydami tvirto nusistatymo. Visa tat girdi ligonis; jis girdi gydytojo abejojimus, kurie neigiamai veikia jo psychiką: ligonis nustoja pasitikėjimo, gydytojas praranda autoritetą. Bendra situacija komplikuojasi.

Ligonis jieško terapeuto ir vyksta į jo privatų kabinetą, bet klaidingai patenka pas ausų ir nosies ligų specijalistą. Pastarasis pasodina ligonį kėdėn, apžiūri burnos vidų, žiotis ir ryklę, išpjauna tonsilinės liaukos gabalą, paima 10 litų, ligonis išeina. Visa procedūra atlikta be žodžių, tylomis. Bet ligonis nustebintas įvykio; jis ir nemanė, kad reikia daryti operacija, grynas nesusipratimas, automatizmas.

Stambiame centre, kur yra specijalistų, gydytojas nespecijalistas atlieka vaisiaus pašalinimo operaciją ir abrasio uteri, bet perforuoja gimtuvę, palikdamas vaisių pusiau įvarytą į pilvo tuštymą. Iš to pūlingas peritonitas ir moters mirtis.

Specijalybei įsigyti taisyklių nenustatyta. Gydytojai gali pasirinkti specijalybę savo noru ir pagal sezoną lengvai pakeisti į

pelningesnę. Nėra nieko lengvesnio, kaip likti tos ar kitos medicinos mokslo srities specijalistu. Pakanka pasiskelbti dienraštyje, kad išvažiavo į užsienius specijalizuotis ir po mėnesio kito—antrą kartą, kad garsusis „specijalistas“ jau grįžo ir priiminėja ligonius. Esu girdėjęs, kad vienas kolega dar sumaniau šitą moksliską stažą atliko, vengdamas ilgos procedūros: pasiskelbė, kad išvažiavo specijalizuotis į užsienius, bet, apsvarstęs situaciją, čia pat už kelių kilometrų sustojo, gražiai pavasarojo, grįžo, paskelbė laikraštyje ir efektas buvo nė kiek neblogesnis. Nenuostabu, kad ligonis, patekęs į tokio specijalisto rankas, nedaug tegali susilaukti pagelbos. Ligonis, pav., nusiskundžia skausmais pilve, lokalizuodamas skausmus dešiniojoje pilvo srityje; pasisako, kad kiek anksčiau pavalgęs minogų. Dijagnozė greita—apsinuodijimas; atitinkama terapija—giliomis klizmomis išplauti „vidurius“. Nutarta—padaryta, bet išdava—pūlingas peritonitas dėl appendix'o prakiurimo. Ligonis inoperabilis nugabentas ligoninėje mirė.

Kitas pilietis nutarė savo sveikatą sustiprinti hydroterapinėmis priemonėmis—voniomis. Vyksta į atitinkamą įstaigą, priima vonią, bet čia pat miršta nuo širdies paralyžiaus.

Ligonis serga ilgoką laiką, gydomas čia nuo gripo, čia nuo pneumonijos, bet, kad jis turi ryškią empyemą, kažinkaip nepastebėta. Tasai atsitikimas vėliau sukelia karštas diskusijas, ar galima ar negalima nustatyti empyemą.

Du gydytojai pakviesti pas sergantį difterija vaiką; gerklos užimtos, ligonis asfyksijos priepuolyje. Gydytojams ateina į galvą mintis, kad reikia padaryti tracheotomija. Vienas iš jų rįžtasi operuoti, ima kišeninį peilį ir perpjauna vienu užsimojimu skersai gerklę, tartum avį pjaudamas. Vaikas mirė. Ar šitie gydytojai yra bent matę tracheotomijos operaciją? Manau, kad ne.

Gydytojai specijalistai yra reikalingi, kadangi medicinos mokslas šiandien yra pasidaręs labai platus. Vienam įsigilinti į atskiras medicinos mokslo disciplinas nėra galimumo. Pas mus, kaip kad aukščiau jau minėta, nereikalaujama, kad specijalistai turėtų patikimą mediciniškų teorinių ir praktiškų žinių bagažą; jokių normų nenustatyta—chaosas, o juk jau metas būtų susitvarkyti. Juk tai vis žaidžiama su žmogaus sveikata ir kartais jo gyvybe.

Antra vertus, šių dienų „specijalistai“ paprastai pamiršta, kad jie turi reikalo ne su atskiro organo susirgimu bei liga, bet su visu žmogaus organizmu, kaipo tokiuo, kad reikia gydyti ne liga, bet žmogaus organizmas. Siauras specijalistas tež'ūri savo sritį, pav., akis arba odos išbėrimus, bet kad ligonis teippat turi širdį, plaučius, inkstus ir t. t., kurie gali būti susirgę ir jo specijalybės ligomis, tai čia jau kito specijalisto sritis, į kurią jis jau nekreipia dėmesio, pamiršdamas, kad jis apskritai yra gydytojas, kuriam neturi būti svetimi bendrieji dijagnostikos pagrindai. Begydydamas savo sritį neretai užvilkina ligą, ir ligonio bendra situacija pavėluotai išaiškinama.

Specijalistų tarpe kyla konkurencija. Konkuruojama įvairiomis priemonėmis, dažniausiai, žinoma, nemokslišką komis. Vienas stengiasi suvilioti ligonius tuo būdu, kad ligonis skelbia urbi et orbi, kad toksai ir toksai gydytojas jį pagydė, padarė operaciją, pašalino nuo nosies karpą, kad jis jaučiasi esąs be galo laimingas, tuo pačiu metu susitikęs pažįstamą, sužino iš jo, kad toksai X išpjovęs jo pažįstamam appendix'ą. „Kaip, ir tu dar gyvas, kad tavęs nepapjovė?" Kartais dėkingi pacijentai iškelia gydytojo nuopelnus spaudoje.

Ligonis, jieškodamas pagelbos, neretai aplanko ir daugelį gydytojų, prisirenka ir receptų nemažą skaičių; laiko pareiga juos parodyti gydytojui. Pastarasis išdidžiai pareiškia savo kolegos adresu, kad tokis šlamštas reikia išmesti pro langą, o ligonis jau galvoja apie minėto šlamšto kūrėją.

Pasitaikė gydytojui būti kaime. Motina parodo savo dukrelę. Gydytojas apžiūri ir prirašo jai vaistų. Po kaikurio laiko motina su dukrele nuvyksta į miestą, aplanko antrą kartą minėtą gydytoją, papasakoja dukrelės ligos eigą ir pagaliau parodo receptą. Gydytojas pareiškia: „Koksai gi asilas galėjo duoti tokį receptą". Motina atsako: „O gi tat Tamstos rašytas receptas"! Būna ir teip.

Tenka nugirsti, kad žymūs specijalistai prasitaria ligoniui, kad, girdi, toje įstaigoje, žinoma, darbas esąs nekaip pastatytas, kitas dalykas pas mus; bet pagaliau rezultatas vienodas — ligonis pagelbos nesuranda dėl sunkių pakitimų. Būna net ir tokių, pav., atsitikimų, kada gydytojas meškerioja pacijentus per tam tikrus asmenis geležinkelių ir autobusų stotyse, viešbučiuose ir kitur*).

Ligonių kasų klijentūra savotiška. Ji žino, kad jai pinigų mokėti nereikia, todėl kreipiasi ir vargina gydytoją su įvairiais menkniekiais. Antra vertus, gydytojai, gaudami už savo darbą centus, stengiasi kodaugiausia susigaudyti „taškų". Pasitaiko, kad pakviestas gydytojas pas ligonį, susirenka „taškus" visos šeimos. Paskubus, masinis ligonių apžiūrėjimas daromas paviršutiniškai. Ligonis kartais prigauna gydytoją, kuris apžiūrėjo jį, kaip privatų pacijentą, bet pagaliau gauna kasos kortelę. Nenorint nustoti ligonių, gydytojui tenka eiti į kompromisą su savo sąžine — išduoti liudijimus, kad ligonis dėl nesveikatos turįs būti atleistas nuo pareigų ėjimo, skirti kartais nereikalingų vaistų.

Gydytojui, kaip kiekvienam žmogui, reikia gyventi, reikia žymiai daugiau lėšų, norint patenkinti savo augštus reikalavimus, reikalinga skaitytis su įplaukomis. Jei gydytojas turės tas kvalifikacijas, tuos privalumus, kurie reikalaujami iš gydytojo, ligoniai jį susiras; jis turės darbo; atkris reikalas jieškotis ligonių. Ne gydytojas jieškosi ligonių, bet ligonis gydytojo, tai normalus santykis.

---

*) Pacituotieji atsitikimai paimti iš mūsų gyvenimo, nesvetimi.

Gyvenimo sąlygos sunkėja. Visuomenės psychologija kinta. Konkurencijos klausymas aštrėja. Konkuruoti tenka kultūriškomis priemonėmis, bet ne tomis, kaip kad aukščiau yra suminėta.

Be to, čia dar norėčiau pasakyti keletą žodžių ir jaunųjų kolegų adresu. Šiandien, apskritai, vyrauja pažiūra, kad tik greičiau jaunimui būtų užleistas kelias. Ar kitose srityse tat įmanoma, nesiimu tat spręsti; tačiau mūsų profesija reikalauja ilgų metų darbo, ilgo pasiruošimo ir patyrimo. Šiandien dar nesuspėjo atvėsti mokyklos suolas, kaip jau svajojama apie augštas vietas, atsakingas vietas, norima vadovauti, pav., gydymo įstaigą, užimti atsakingą chirurgo vietą, apsiimti apskrities bei miesto gydytojo pareigas eiti. Ar turima pakankamai žinių, patyrimo ir pasiruošimo šitoms atsakingoms pareigoms eiti, nekyla klausymas dėl „tokių mažmožių". Labai liūdna, bet, deja, teip pasitaiko mūsų gyvenime.

Nereikėtų pamiršti, kad gydytojas, kuris pasiima vadovauti ar čia grynai mediciniškoje, ar čia mediko-sanitarinėje bei administracinėje srityje, neša ne tik moralinį, bet civilinį bei baudžiamąjį atsakingumą prieš asmenį, visuomenę ir valstybę.

Šiandien yra žinoma, kurios ligos dažnai pasikartoja; žinomi jų apsikrėtimo būdai, jų etijologija; žinomi teippat ir apsisaugojimo būdai. Todėl šiais laikais turi rūpėti ne tik ligonio gydymas, bet dar daugiau ligų profylaktika. Šiandien gydytojas susiduria ne tik su ligoniu, bet su kolektyvu, su visuomene. Teikdamas ligoniui pagelbą, jis turi turėti galvoje, kad gydomasai ligonis gali būti pavojingas visuomenei, kurios tarpe jis gyvena. Gydydami, pav., difteriją, vidurių šiltinę, tuberkuliozę, turime imtis visų priemonių, norėdami pašalinti apsikrėtimo šaltinius. Tenka panaudoti kolektyvinės, organizacinės ir administracinės kovos priemonės, rūpintis politinėmis, socijalinėmis ir finansinėmis ekonominėmis problemomis, norint sėkmingai kovoti su ūmiomis bei chroniškomis infekcijomis ir invalidiškumu.

Savaime suprantama, kad šiais laikais jau eilinis gydytojas turi būti pakankamai susipažinęs su socijalinės medicinos bei socijalinės hygijenos pagrindiniais dėsniais; jo veikimo sritis yra pasidariusi platesnė; nolens volens jis tampa gydytoju visuomenininku savo profesijos atžvilgiu.

Be ilgesnių išvedžiojimų suprantama, kad vadovaują gydymo įstaigas ir dirbą mediko-sanitarinėje administracijoje gydytojai turi būti tinkamai pasiruošę kaip gydytojai ir administratoriai, kuriems patikėtas visuomenės sveikatingumas ir viso jų žinioje dirbančio mediciniško personalo kontrolė. Garbingos pareigos uždeda gydytojui ne vien administracinį ir juridinį, bet ir didelį moralinį atsakingumą, kuris dažnai nepasiduoda jokiai kontrolei, o jei ir pasireiškia prasilenkimų su gydytojo etika, tokiais atvejais mažai reaguoja augštoji sanitarinė administracija; deja, tylėjimu pridengia ir kolegų kolektyvas, kuriam pirmiausia turėtų rūpėti kolegų etiniai klausymai ir jų moralinė elgsena, kadang

vieno kito kolegos netaktingas pasielgimas meta šešėlį visam gydytojų kolektyvui.

Ar reikalaujama specijalių kvalifikacijų skiriant gydytojus į minėtas vietas? Kol kas nieko apie tat negirdėti. Dažniau vadovaujamasi pažintimis, giminystės ryšiais, protekcijomis, bet tik ne gydytojo asmeniškais privalumais; o juk šitie gydytojai, pagal Baud. Proc. nuostatus oficijaliai kviečiami dalyvauti ekspertais tiek paruošiamajame tardyme, tiek teismo posėdžiuose, kurių sprendimai dažnai paliečia piliečio laisvės bei gyvybės klausymus. Susidūrus su ekspertyzių dokumentais — liudijimais bei lavono apžiūrėjimo ir skrodimo aktais, tenka stebėti, kad dauguma atsitikimų ekspertų moksliškosios ir patyrimo kvalifikacijos toli gražu nėra patenkinamos, o kartais parodo ryškų obskurantizmą, o tuo pačiu metu didelį drąsumą ir pasitikėjimą savimi. Žinių atnaujinimo bei jų papildymo klausymas paliekamas nuošaliai; ekspertų daugumai jis yra svetimas.

Šiandien visuomenės opinija žymiai yra pakitėjusi; visuomenė dažnai ima analyzuoti gydytojo veiksmus, jo tariamas arba matomas klaidingo gydymo pasėkas. Gamtos mokslų staigus progresas turėjo įtakos ir medicinos mokslui. Technikinės priemonės įvairiose srity e pakeitė paprastus primityvius veiksmus. Dauguma ligonių šiandien nesitenkina paprastu dijetetiniu bei medikamentiniu gydymu; reikalaujama taikyti naujoviškos gydymo priemonės, pav., rentgenas, įšvirkštimas, hydro-elektroterapija ir kitos. Jei yra pasilikusios pasėkos arba ligonio būklė yra pablogėjusi, gydytojas apkaltinimas, kad netiksliai pavartotos gydymo priemonės, arba stačiai, kad buvo klaidingai gydoma. Gydytojams iškeliami apkaltinimai dėl dijagnozės klaidų, dėl paties gydymo arba dėl per klaidą skirtų vaistų pakeitimo kitais, nuodingais. Chirurgas apkaltinamas, kad operacija buvusi nereikalinga, ankstyva, pavėluota arba dėl instrumentų arba marlės (turundų) pamiršimo pilvo tuštyme; kad ligoniui operacijos metu padaryta kita, kuri anksčiau nebuvo numatyta, operacija, vadinasi, be ligonio arba be jo artimųjų sutikimo (appendectomia et ovariotomia); kad pašalintos mammae dėl vėžio, vėliau pasirodžiusio fibroma; kad buvęs nustatytas cancer hepatis, ir ligonis buvęs pripažintas invalidu, o vėliau paaiškėjęs lues, ir dėlto ligonis patiekė civilinį jieškinį. Prieškarinėje Rusijoje veikęs baudžiamasis statutas sako, kad „jei sanitarinės vyriausybės bus nustatyta, kad gydytojas, chirurgas, gynokologas padarė aiškias svarbias paklaidas dėl nežinojimo, jiems draudžiama verstis medicinos praktika, kolei neišlaikys kartotinių egzaminų ir neįsigys liudijimo, kad jie tinkamai yra pasiruošę“. Pagal minėtą straipsnį gydytojas baudžiamas dėl nežinojimo, obskurantizmo. Visais kitais atvejais dėl neatsargaus gydymo gydytojams taikomas bendrais pagrindais baudžiamojo statuto str. str. už nužudymą dėl neatsargumo arba kūno sužalojimo.

Svetimų valstybių kodeksų dauguma teippat neturi specijalių straipsnių, taikomų gydytojams už padarytas klaidas. Už minėtus prasižengimus gydytojams taikomi baudž. stat. bendrieji straipsniai.

Turkų naujojo baudž. statuto 459 § jau skiria atskirą staipsnį už profesinius nusikaltimus iš neatsargumo: „Kas iš neatsargumo, profesinio arba amatinio nepatyrimo arba dėl taisyklių nesilaikymo padarys kūno sužalojimus arba pakenks bendrą sveikatą, baudžiamas 3 mėnesius kalėti ir pinigine bauda iki 50 svarų".

Austrų baudž. kod. 356 § sako, kad gydytojas (terapeutas), kuris padarys tokias klaidas dėl aiškaus nežinojimo ir įvyks kūno sužalojimas, dėl kurio ligonis mirs, kaltinamas už nužudymą. Jis netenka teisės būti gydytoju, kol neišlaikys reikalaujamų egzaminų ir neįrodys, kad žinios pakankamai papildytos. Jei gydytojas arba chirurgas paviršutiniškai, nesąžiningai eina savo pareigas ir kenkia ligonio sveikatai, skiriama piniginė bauda. Sunkaus kūno sužalojimo arba ligonio mirties atsitikimais 355 § skiria už neatsargų kūno sužalojimą nuo 1 iki 6 mėnesių arešto, ligonio mirties atsitikimais — griežtas areštas nuo 6 mėn. iki 1 metų.

Viena iš sunkiausių baudžiamosios teisės problemų yra apibrėžti mediciniškų klaidų sąvoka (Bauer). Leibowitsch savo straipsnyje „Mediciniškos klaidos ir baustinas gydymas" duoda šį apibrėžimą: „Mediciniškos klaidos (Kunstfehler) suprantamos, kaip netaisyklingi, paviršutiniški, nesąžiningi, neatsargūs arba nemoksliški (obskurantiški) veiksmai ir priemonės, kurios taikomos ligoniui teikiant jam mediciniską pagelbą, jei dėl to įvyko kūno sužalojimas arba ligonio mirtis, ligos užvilkinimas arba pablogėjimas, arba praleistas laikas racijonaliam gydymui".

Svarbiausias mediciniškų klaidų požymis yra mediciniškos intervencijos pagrindinių taisyklių arba pagrindinių metodžių nesilaikymas, kurių žinojimas yra būtinas savo srities gydytojui. Jei pastarojo veiksmai yra pakenkę ligonio sveikatą, arba dėl jų yra įvykusi mirtis, už tai jis yra atsakingas. Tuo būdu, norint pripažinti klaidą, dėl kurios gydytojas kaltinamas, reika nustatyti:

1. Gydymo veiksmų sunkios pasėkos — sveikatos būklės pablogėjimas arba mirtis;
2. medicinos mokslo dėsnių ir metodžių nesilaikymas;
3. gydytojo veiksmų sąsyjis su sunkiomis pasėkomis;
4. aiškus neatsargumas;
5. būtinas pagrindinių medicinos mokslo dėsnių žinojimas, su kuriais gydytojo prasižengta.

Kiekvienu konkrečiu atsitikimu autoritetingų ekspertų turi būti išaiškinta, ar medicinos mokslo pagrindai bei metodės yra paneigtos. Šitos aplinkybės turėtų būti neginčytinos:

1. Gydytojo veiksmai turi būti pripažinti mediciniškais (skiriant veiksmus, kurie, nors gydytojo yra taikomi gydymui,

bet aiškiai kontraindikuoti ir žalingi medicinos mokslo atžvilgiu);

2. jei gydytojas, taikydamas gydymą, nesilaiko žinomų medicinai dėsnių, bet taiko naujus gydymo būdus, tai jis turi turėti galvoje „nihil nocere";

3. prieš taikydamas naują gydymo būdą, gydytojas turi pasitarti su kolegomis;

4. jei norima pavartoti visiškai dar netaikytas gydymo būdas, reikia padaryti eksperimentiški bandymai su gyvuliais. Žinoma, tenka skirti naujas gydymo būdas nuo eksperimento, tai yra nuo veiksmų, kurie taikomam asmeniui, jo sveikatai yra nereikalingi, juo labiau be jo sutikimo.

Gyvenimas rodo, kad nevisuomet gydytojai yra pakankamai atsargūs, pakankamai patvarūs, ypač chirurgai, taikydami naujus gydymo būdus. Čia tinka prof. Fedorov'o išsireiškimas: „Jauno chirurgo išdidumas ir nenoras skaitytis su praeitimi— gali būti jo laimė, bet kartais yra ligonio, kuris yra patekęs į jo rankas, nelaimė". Nepakanka nustatyti, kad prasižengta su priemonėmis; reikia nurodyti, kad su prasižengimais turi betarpišką sąsyjį nelaimingos gydymo pasėkos. Jei tokio sąsyjo nėra, nėra ir atsakingumo, kurios bebūtų gydymo pasėkos. Nustatyti šitas sąsyjis praktikoje sudaro kartais begalinių sunkumų.

Jeigu išaiškinta, kad prasižengta veikiantiems dėsniams ir nustatytas sąsyjis, tai dar reikia nustatyti, kad prasižengta būtent toms gydymo taisyklėms ir metodėms, kurias privalėjo žinoti kalbamo įvykio gydytojas, kuriam mestas apkaltinimas. Savaime suprantama, kad negali būti taikomas vienodas mastas profesoriui, esančiam mokslo židinio centre, ir kaimo gydytojui, kuriam tenka dirbti labai nepalankiose sąlygose.

Aiškinant mediciniškąsias klaidas, tenka turėti galvoje visos aplinkumos situaciją, kurioje yra įvykusi klaida; todėl reikalinga įvertinti ligonio ir gydytojo psychologija. Būtinas yra reikalas apimti visos tos sąlygos, kuriose yra ištikusi nelaimė. Be visapusiško įsigilinimo nebus galima atskirti nepamatuoti gydytojui apkaltinimai nuo pagrįstų prasižengimų.

Raiskij mano, kad, esant žemiau nurodytoms ekspertų aplinkybėms, dauguma atsitikimų yra kaltas gydytojas dėl savo nestropumo, neatidumo. Atliekant įvairius tyrimus, šituo atveju, nustatant dijagnozę: a) visomis esamomis jo rankose technikinėmis priemonėms, įvairios rūšies tyrimais nepasinaudojimas, jei būta indikacijų tat atlikti; b) konsultuoti su kolegomis vengimas, jei tat buvo reikalinga ir galima; c) ligos dijagnozės, teip tariant „iš akies" nustatymas, kai ligonis nepakankamai buvo tirtas arba visiškai netirtas; d) sunkios operacijos be ypatingų indikacijų darymas; e) atsakinga operatiška pagelba, tai yra didelių sunkių operacijų vykdymas, neturint pakankamo patyrimo, be skubotos indikacijos; f) atsakingos neskubotos operacijos atlikimas netinkamose sąlygose.

Čia, savaime suprantamą, nėra galima iškelti visi klausymai, kurie duodami ekspertams nagrinėti. Žinoma, pateikiami klausy-

mai išaiškinti visiems formaliams elementams, kurie galima išaiškinti, būtent, ar yra padaryta mediciniška klaida—neatsargumas, ar ne.

Juridiniai organai šiandien dažnai kreipiasi į gydytoją įvairiais klausymais, kuriuos tik gydytojas, pasirėmęs medicinos mokslo žiniomis, tegali išspęsti. Ištiko, pav., mirtis; statomas jam klausymas, dėl ko mirė? Koksai galėjo būti pavartotas įrankis! Kuriuo būdu buvo taikytas smūgis? Ar mirtis ūminė? Ar ji smurto, nusižudymo, nelaimingo atsitikimo ar anksčiau buvusios ligos pasėka? Naujagimo lavonas turi smurto žymių, ar jis yra gimęs jau negyvas? Ar galėjo būti žmogus nunuodytas? Kuriais būtent nuodais? Įtariamojo nusikaltėlio drabužių dėmės, ar tat yra gyvulio ar žmogaus kraujas? Ar tat jo pirštų atspaudos (daktiloskopinės žymės), rastos kambaryje ant baldų? Ar esama dėmė yra spermos dėmė? Ar patiektas plaukas gyvulio ar žmogaus?

Čia gydytojo eksperto vaidmuo yra labai svarbus ir reikšmingas. Jis turi būti labai atsargus su savo sprendimais. Ekspertas turi turėti galvoje ne tik tyrimo duomenis, bet ir visas bylos aplinkybes. Jei nėra pakankamai duomenų teigiamai nuomonei konkrečiai suformuluoti, geriau prisipažinti, kad nėra galimumo klausymas išaiškinti, negu neaiškiais ir miglotais išvedžiojimais dar daugiau klausymas supainioti. Dar vienos aplinkybės neprivalo gydytojas pamiršti, būtent, kad jis visuomet pasilieka tik gydytojas. Jis ypatingai turi būti atsargus, kad nenukryptų į kaltintojo arba ginamojo pusę. Jam tenka griežtai laikytis eksperto vaidmens, spręsti klausymai pasirėmus medicinos mokslo žiniomis ir savo paties patyrimu.

Keliais sakiniais aš paliesiu gydytojo profesinę paslaptį, kurios jis pasižada laikytis, duodamas iškilmingą fakultetinį pasižadėjimą. Prancūzų gydytojų pasižadėjimo formulė trumpa: „Aegrorum arcana, visa, audita, intellecta diminet nemo". Mūsų laikais gydytojas nevisuomet gali aklai laikytis pareikštos Hypokrato formulės. Kaikuriais atvejais įstatymai reikalauja iš jo žinių, kurias yra įsigyjęs besikalbėdamas su ligoniu arba jį tirdamas. Gydytojas privalo pranešti apie apkrečiamąsias ligas, apie sunkius kūno sužalojimus, apnuodijimus, apie kitos rūšies smurtą, mirties priežastis. Panašiais atsitikimais gydytojas negali būti atsakingas už profesinės paslapties nelaikymą; lygiai pat, jei tenka jam dalyvauti teisme ekspertu, o kartais liudytoju.

Gydytojo praktikoje dažnai pasitaiko rašyti įvairaus turinio liudijimai. Reikia turėti galvoje, kad šitie liudijimai gali likti teismo-mediciniškais aktais. Todėl niekuomet nežymėkite liudijime to, ko patys nėsate patyrę; atsargiai įvertinkite tai, kas nupasakota to asmens, kuris prašo liudijimo, nepasiduokite jo įtakai; redaguokite liudijimą apgalvotai ir su dideliu atsargumu, nerašykite liudijimo prašytojui dalyvaujant, pasakyčiau, beveik

jam diktuojant. Surinkę žinias, redaguokite liudijimą savo kabinete, vieni, atsipalaidavę nuo pirmųjų įspūdžių.

Čia dar aš noriu pridurti, kad liudijimai reikalaujama apmokėti žyminiu mokesčiu; tik kaikurie nuo jų yra laisvi. Su tais reikalavimais gydytojas turi būti susipažinęs, jei nenori, kad jo finansai nukentėtų.

Visa tat, kas šitame straipsnyje yra sakyta, suglaudę, galime padaryti šias išvadas:

1. Gydytojo moralė bei profesinė etika turi būti tinkamoje aukštumoje. Nedera neigiamai atsiliepti apie savo kolegą, o ypač veikti prieš jį: nedaryti jam to, ko patsai nenorėtum iš jo susilaukti; prileisti, kad kiekvienas gali suklysti bei apsirikti. Apleidžiant ligonį pagalvoti, ar viskas buvo padaryta ligai nugalėti; neperžengti mandagumo dėsnių; kalbėti apie ligonį su tam tikru respektu, tartum patsai ligonis čia dalyvautų. Gerbti profesinę patikėtą paslaptį.

2. Turėti kantrybės išklausyti ligonio nusiskundimus ir tinkamai juos įvertinti. Reikalinga pažinti ligonio charakteris, jo psychinė būklė. Ligoniui pareikšti visą tiesą yra būtinas reikalas, išskyrus, žinoma, tuos atsitikimus, kada liga nepagydoma, pav., neoperuotinas vėžys. Ligonis turi aiškiai žinoti, kad jis turi rimtai gydytis, kad gydymas gali pareikalauti rimtų moralinių ir medžiaginių aukų, pav., plaučių tuberkuliozė.

3. Gydytojo tyrimo objektas yra visas žmogaus organizmas, ne atskiras organas bei liga. Reikalinga įvertinti žmogaus fyzinės ir moralinės ypatybės. Tiriant panaudoti visos prieinamos priemonės, visos kliniškosios tyrimo metodės. Progai esant nevengti pakonsultuoti su daugiau prityrusiu kolega.

4. Skiriant terapines priemones, medikamentus, kurie nėra neutralūs žmogaus organizmui, būti atsargiems vaistus dozuojant, o ypačiai juos nesukeisti (per klaidą!) su kitais. Fyzikaliniai gydymo būdai (rentgenoterapija ir hydro-elektroterapija) gali būti pavartoti, esant aiškioms indikacijoms ir griežtai prisilaikant nustatytų taisyklių.

Chirurgas turi turėti ligonio sutikimą operuoti. Operuojama be sutikimo, jei sužalojimai padaryti kėsinantis nusižudyti. Jei ligonis be sąmonės arba jo būklė yra labai rimta, chirurgas turi gauti tėvų, globėjų arba giminių sutikimą operuoti.

5. Turi būti kreipiamas ypatingas dėmesys į pagelbinio mediciniškojo personalo paruošimą, kadangi nuo gydytojo paskyrimų tikslaus vykdymo dažnai pareina ligonio likimas.

6. Gydytojui turi rūpėti preventyvinė medicina. Jis turi derinti savo veiklą su kolegų darbu ir visuomeninėmis organizacijomis (su kolektyvu), panaudodamas sanitarines priemones kovai su ūminėmis bei chroniškosiomis apkrečiamomis ligomis, alkoholizmu, prostitucija ir invalidumu.

7. Nerašyti liudijimų bona fide. Liudijimuose žymėti tik tat, kas paties tiriant pastebėta bei iš nurodytų aplinkybių turi svarbos. Atsiminti, kad liudijimas gali būti teismo medicinos aktu.

8. Dalyvaudamas ekspertyzėje gydytojas visuomet privalo laikytis formalios pusės, įvertindamas ne tik tyrimo surinktus duomenis, bet visas bylos aplinkybes. Jei tat liečia įvykusias mediciniškąsias klaidas, ekspertai turi išsiaiškinti visą situaciją, visas sąlygas, kuriose įsibrovė klaida; be to, reikalinga žinoti ligonio, gydytojo ir dalyvavusiojo mediciniško personalo psychologija.

9. Laukiamas įstatymas apie specijalybės įsigijimą.

10. Reikalingas įstatymas, kuris normotų gydytojų paskyrimus ligoninių vedėjais, apskričių ir miestų gydytojais, ligoninių skyrių vedėjais, pav., chirurgais, terapeutais, okulistais ir t. t.

11. Tvirta profesinė sąjunga (sakysim, gydytojų rūmai), kuri rūpintųsi ne tik gydytojų profesiniais reikalais, bet nemažiau jų etikos klausymais, o ypač tuo, kad gydytojai visada laikytųsi savo profesijos tinkamoje aukštumoje.

Iš mediciniškųjų organizacijų veikimo.

I.

KARO SANITARIJOS MOKSLO DRAUGIJOS 1934 MT. XII M. 7 D. POSĖDIS.

Pirmininkavo pulk. gyd. Ingelevičius.

I. Ligonių demonstravimas.

1. Pulk. leit. gyd. Nemeikša parodė jauną kareivį, serganti toli pažengusia **trachoma**, kuri turėjusi būti pastebėta naujokų ėmimo komisijos ir nepraleista į kariuomenę, tačiau praslydusi pro komisijos gydytojų dėmesį.

2. Pulk. leit. gyd. Žemgulys parodė ligonį, turintį ant kairiojo peties du dideliu (5×4 cm.) **odos defektu**, pasidariusiu po skiepijimo nuo raupų ir odos nekrozės.

Pulk. leit. gyd. Kizlauskas: Šį rudenį skiepytųjų kareivių raupų prisiėmę 25%. Stiprių reakcijų turima gana daug, tačiau tokia didelė nekrozė teatsitikusi tik vienam. Jis vienas iš 400 skiepytųjų ir tetekę evakuoti. Esąs pastebėjęs, kad įvairiems žmonėms įvairi esanti ir skiepijimo reakcija: sunykusiems stipriau veikianti, turintieji vadinamąją „žąsies odą" ypač ilgai ir sunkiai sergą. Kaikurie tėvai perkąsi skiepus patys, daugiausia užsieninius, ir atnešą įskiepyti vaikams, manydami, kad tie skiepai būsią geresni. Skiepijimą atliekąs gydytojas su sanitarijos puskarininkiais.

Pulk. leit. gyd. Ūsas, pernai skiepydamas, turėjęs palyginti gana daug nekrozių. Klausęs V. Hygijenos instituto. Atsakyta, kad jų vakcina esanti stipresnė už užsieninę ir dėl to reikią būti atsargesniems.

Gyd. plk. Augevičius: Būdavę nekrozių skiepijant ir anksčiau. Siūlo skiepijant brėžti ne 1 cm., bet tik 2 mm. — gal netaip smarkiai veiktų.

Gyd. M. Nasvytis: Esąs stebėjęs didelių nekrozių po skiepijimų provincijoje. Labai svarbu esąs vakcinos sterilumas. Kartkartėmis sėjęs

vakcinas — vis išaugdavę kokų. Imunitetas, ar virus švelnesnis ar stipresnis, tiek pat ilgai laikąsis. Reikią žiūrėti, kad nė vienoje skiepijimo fazėje nepatektų kokkų.

Plk. ltn. gyd. Matukas: Šiemet skiepijęs irgi sena vakcina — prisiėmę mažiau, skiepijęs ir nauja (šviežia) vakcina — prisiėmę daug, net iki 30%. Svarbu esą skiepijimo technika: neįbrėžti iki kraujo ir t. t. Skiepyti turįs geras specijalistas. Jam skiepijant nekrozių nebūta. Pirmiau skiepydavęs nuo šiltinės ir raupų atskirai (su 1 mėn. pertrauka), tada lyg mažiau raupai teprisiimdavę. Rusų literatūroje skaitęs, kad skiepijimų sugretinimai leistini. Bet gal pravartu būtų skiepijimai atskirti, t. y. ne kartu skiepyti? Gal reikėtų šiltinės skiepijimai atidėti, kol praeisianti raupų reakcija? Gal tada skiepijamieji silpniau tereaguotų?

Gyd. Juškys: Žmonės, sergą alerginiais susirgimais skiepijimus pakelią sunkiau. Su jais reikalingas didesnis atsargumas. Alerginiuose susirgimuose daug reiškią hormonai, kuriuos gamina vidinės sekrecijos liaukos, ir ligos liatentiniame perijode. Skiepijimas galįs aktyvuoti organizme esančias neaktyvias ligas. Prieš keletą metų stebėjęs tokį atsitikmą: viena mergaitė, turėjusi užgijusį plaučių tbc., buvusi paskiepyta užsienio vakcina; reakcija buvusi stipri; pasidariusios nekrozės; reakcijai praėjus, skrepliuose pasirodę Koch'o bacillai. Gera būtų silpnų kareivių neskiepyti, kol sustiprėsią.

Pulk. ltn. gyd. Kenstavičius: Skiepijant užsienių vakcinomis, mažiau teprisiimdavę. Dabar daug prisiimą. Prisiimą net tokiems, kurių raupais jau sirgta. Nekrozių visai nedaug tėsą. Šį rudenį A. Panemunėje buvę skiepyta 1.000 žm. — nė vienos nekrozės. Apskritai, detritas esąs geras ir tinkąs vartoti. Nereikią mažinti jo vertės. Jei ir pasitaikanti kartais rožė, tai čia dar nieko ypatinga nėsą.

Maj. gyd. Pogirskis: Su paskutiniu detritu nekrozių neturėjęs. Pirmiau būdavę, bet tik vaikams.

Ltn. gyd. Kazakevičius: Karo mokykloje nekrozių nebuvę. Būnant 4-tame pulke, buvęs tik vienas nekrozės atsitikimas.

Pulk. ltn. Žemgulys: Įskiepijus reikią prižiūrėti skiepytieji, kad pasidariusios nekrozės gytų sausai ir nepasidarytų flegmonų.

Pulk. gyd. Atkočiūnas: Jei esama nekrozių, vadinasi, veikianti ne tik specifiška, bet ir pašalinė infekcija, t. y. kokų priemaišos. Pavieniai nekrozių atsitikimai galį būti kiekvieną kartą skiepijant. Į limpamųjų ligų skyrių patekę 2 ligoniu, įtartu sergant rože po skiepijimo. Bet rožės nebuvę ir viskas likvidavęsi gerai ir greitai. Kadaise rusų kariuomenėje tekę skiepyti visą divizija nuo choleros ir šiltinės. Atrodą, kad, skiepijant kartu, reakcija esanti stipresnė. Vėliau atrinkdavęs silpnesniuosius, kuriems atskirai skiepydavęs. Dėl to skiepijimas nuo kiekvienos ligos atskirai būtų tikslingesnis. Pradėti reikėtų nuo raupų skiepijimo. Nereikią skiepijimo atidėlioti, kol kareivis sustiprėsiąs: skiepijimas esąs lyg jaunų kareivių tyrimo metodė. Jei kurie smarkiai reaguoją, tai, tur būt, turį kurią ligą. Tie esą silpnesnis elementas. Jie reikią ypatingai smulkiai tirti ir ev. iš kariuomenės eliminuoti.

Pulk. ltn. gyd. Žilinskas: Reikėtų operuoti ne bendrais įspūdžiais, bet statistikomis. Įvairias kariuomenės dalis reikėtų skiepyti įvairiomis vakcinomis ir žymėti, kiek bus I, II ir III laipsnio reakcijų. Tada išvados būtų tikslesnės.

Pulk. med. dr. Oželis: Skiepijimai esą masinis darbas, o masiniame darbe esą sunku išvengti vienos kitos komplikacijos. Nestebėtina, jei esama smarkių komplikacijų. Dėl to ir smarkių išvadų daryti negalima. Didžiojo karo metu skiepydamas, teippat turėdavęs žymių komplikacijų. Jungti skiepijimus prieš kelias ligas netinką.

Pirmininkas pulk. gyd. Ingelevičius padėkojo demonstravusiems ir dalyvavusiems diskusijose.

II. Pranešimai.

Maj. Barkauskas padarė pranešimą **apie naują karo medicinos statistiką.** Pranešimas bus įdėtas į „Mūsų Žinyną", o čia dedama jo santrauka.

Esamoji karo medicinos statistika pasenusi. Ji ligotumą painiojanti su ligoniais, nes registruojanti ne sergančius asmenis, o jų ligas; dėl to apyskaitose „ligonių" skaičius dažnai keistai pralenkiąs galimą jų skaičių ir siekiąs daugiau šimto kariuomenės sudėties procentų. Dėl tos pačios priežasties negalima žinoti, kiek žmonių sirgo po vieną ir kiek po keletą kartų, o dėl to nėsą galima laiku vartoti kariuomenėje visai racijonali profylaktika, nes profylaktika labiausiai reikalinga sirgimams pasikartojant ir turinti būti pagrista individualine registracija. Esamoji karo medicinos statistikos systema neduodanti žinių, kiek žmonių kariuomenėje nesirgo, t. y. kokia josios bendra tikroji sveikata, kiek ji šiuo atžvilgiu pasiruošusi kovoti. Dabar apie kariuomenės sveikatingumą mes klaidingai sprendžiame iš josios mirtingumo arba ligotumo, kuris, be to, dar klaidinąs mus: 1) aukščiau minėtais perdėtais „ligonių" skaičiais, 2) painiava vadinamojo tikrojo arba bijologiškojo ligotumo, kuris gyvam organizmui esąs savas (įprastas), su pripuolamu sveikatos sutrikimu, kuriuo galįs būti nelaimingas įvykis ir sužalojimas. Kadangi esamoje karo medicinos statistikoje tiedu bendrojo ligotumo veiksniai (liga ir nelaimingas įvykis arba sužalojimas) nepakankamai atskirti, mes nežinome, kokia kariuomenės bijologiško sveikatingumo būsena.

Aukščiau minėtiems medicinos statistikos trūkumams pašalinti dr. Roesle pasiūlė naują metodę, dalinai pagrista Ziusmilch'o idėja, kurią jis siūlęs prieš 200 metų. 1931 metais reichsveras pasinaudojęs tuo pasiūlymu ir savo medicinos apyskaitoms ligonius bei sveikus registruojąs pagal tą naują metodę.

Pranešimo autorius siūlo sekti reichsvero pavyzdį Lietuvos ir kitoms kariuomenėms. Tačiau jisai siūlo, užuot vartojus vieną reichsvero lentelę, vartoti dar tris standartines lenteles; trečioji ir ketvirtoji yra pirmosios lentelės analyzės rezultatai, o antroji reikalinga individualiniams ligotumo laiko skaičiavimams pagal pirmosios lentelės principus. Autorius mano, kad vienos tiktai N 1 lentelės neužteksią, nes, be analyzės, ji nespecijalistams sunkiai prieinama ir dėl to visvien tektų duoti josios išvados; taigi. geriau būtų, jei tos išvados būtų reiškiamos kuria - nors viena

Pulk. med. dr. Oželis: Siūlomosios statistikos systemos silpnoji pat tos pačios kariuomenės įvairių metų apyskaitos.

Pulk. med. dr. Oželis: Siūlomosios statistikos sistemos silpnoji pusė esanti ta, kad operuojama tik su tais kariais, kurie yra išbuvę dalyje ištisus metus, o ne su visais. O esama nemaža „nubyrėjimų", pergrupavimų. Dėl to būsią painiavos. Geroji pusė esanti, kad atskiriami nuolatiniai ambulatorijų lankytojai. Reikėtų senoji statistikos systema teip sugrupuoti, kad būtų aišku, kiek žmonių yra sirgę.

Pulk. leit. gyd. Ūsas: Systema būtų gera, tik jos negalima realizuoti, nes nėsą medžiagos. Reikėtų atsisakyti nuo knygų, individualizuoti kiekvienas žmogus ir įvesti kartotekos.

Pulk. gyd. Marcinkus: Systema įneštų aiškumo, bet reikią į ją įsigilinti. Dėl to, iš karto senoji panaikinti, o įvesti naujoji, būtų perstaigu. Reikėtų kurį laiką vesti abi systemos kartu: senoji ir naujoji. Be to, reikėtų imti trumpesnis metų laikas, o ne ištisi metai. Statistika yra tol verta, kol jos duomenys esą galima lyginti. Jei nauja systema niekur nebūsianti vartojama, nebūsianti su niekuo lyginama, tad ir jos vertė atpulsianti.

Pulk. ltn. gyd. Žemgulys: Reikią reformuoti ne tik dalių, bet ir Karo ligoninės statistika, nes ir čia esama pasenusių dalykų.

Pulk. gyd. Augevičius: Reikėtų sunaudoti statistika ir Karo ligoninės medžiaga. Reikėtų įtraukti kaip-nors į statistiką ir kareiviai, neišbuvusieji dalyje metų. Jei būtų įvesta kartoteka, naujoji systema vartoti būtų lengviau.

Pulk. gyd. Atkočiūnas: Observavimo laiko sutrumpinti negalima, nes tada nebūsią daugkartinių susirgimų. Pradžioje reikėtų naujoji systema įvesti sutrumpinto pavidalo.

Maj. Barkauskas: Ligos ir nelaimingi atsitikimai reikią skirti. Vokiečiai dabar vedą abi systemi, senąją ir naująją mėginą. Pas mus greit būsianti įvesta individualė statistika. Korektyvai į Rössle's systemą įvesti reikią. Pusės metų observacija pertrumpa. Čekoslovakai imą 1½ metų observaciją.

Pirmininkas pulk. gyd. Ingelevičius kviečia dar pagalvoti apie naująją systemą, taria ačiū pranešėjui ir dalyvavusiems diskusijose.

III. Einamieji reikalai.

1. Pirmininkas pulk. gyd. Ingelevičius praneša, kad esąs gautas iš Belgijos laiškas, kuriame pranešama, jog Monako projektas, kaikurioms valstybėms nesutikus, nebus kitų metų birželio mėn. svarstomas Briuselyje; numatyta diplomatų konferencija šiuo tarpu Belgų vyriausybės atšaukta, nors Belgų vyriausybė to projekto svarstyti neatsisakanti. Projektas susirinkimo priimtas domėn.

2. Pirmininkas pulk. gyd. Ingelevičius supažindina susirinkimą su svarbesniais projektuojamųjų **gydytojų rūmų** nuostatais. Susirinkusieji pasisako prieš tat, kad nepraktikuojantieji kariuomenės gydytojai būtų eliminuoti iš gydytojų rūmų sferos.

II.

KARO SANITARIJOS MOKSLO DRAUGIJOS 1934 MT. GRUODŽIO MĖN. 20 D. POSĖDIS.

Pirmininkauja pulk. gyd. Ingelevičius.

I. Ligonių demonstravimas.

1. Pulk. leit. gyd. Stasiūnas parodė: 1) ligonį, kuriam po apendicito operacijos prisidėjo reta komplikacija — **abiejų gl. parotis ir abiejų gl. submaxillares uždegimas;** 2) ligonį, **simuliuojantį kojos neištiesimą ir nepaslankumą,** kurs tačiau buvo dissimiliuotas.

Pulk. med. dr. Oželis: Simuliantas reikiąs laikyti dalyje ir auklėti. Teismas galįs priteisti kalėjimo, kuris tiriamąjį visiškai sugadintų. Paleisti iš kariuomenės negalima, nes tada būsiąs blogas pavyzdys kitiems. Įdomu būtų paklausti vietos aplinkinių gyventojų, kaip jie liudytų apie tiriamąjį.

Pulk. leit. gyd. Bendoravičius: Kalbamojo simulianto psychiką tyrė ir doc. Blažys, bet jį teip nenormaliu, kad netiktų tarnauti, nepripažinęs. Kadangi tokių paleisti iš kariuomenės negalima, reikėtų jiems įsteigti atskira kuopa, kur tarnyba būtų ilgesnė ir sunkesnė, kad garsas apie tą kuopą eitų po visą kraštą, ir niekam nesinorėtų į ją patekti. Į tą kuopą reikėtų skirti simuliuojantieji mikčiojimą, šlapimo nevaldymą ir kitas ligas.

Pulk. leit. gyd. Žemgulys: Tokiems simuliantams kariuomenės teismas skirdavęs vieną ar keletą metų drausmės kuopos.

Pulk. leit. gyd. Matukas vieną simuliantą laikęs kuopoje, pats gydęs ir padaręs pavyzdingą kareivį.

Maj. gyd. Pogirskis turėjęs vieną ligonį, kuris simuliavęs šlapimo nevaldymą; jį keldavę šlapintis kas valanda ir kitaip gydę, bet niekas nepadėjęs. Po dviejų mėnesių ligonis pasitaisęs, nebedaręs į lovą; sakąs, kad jam tas viskas nusibodę.

Pulk. gyd. Augevičius girdėjęs, kad su šlapikais taip elgiamasi: kareivinėje gulimąsias vietas padarą dviejų aukštų, kaip miegamajame vagone, ir šlapikus guldą čia viršuje, čia apačioje, kad vieni ant kitų šlapintųsi.

Pulk. gyd. Ingelevičius: Steigti simuliantams atskirų dalių negalima: kiekvienas kareivis brangiai kaštuojąs ir esąs branginamas; stengiamasi, kad visi būtų vertingi, dėl to blogų į kariuomenę ir neimama. Atskiros defektingųjų dalys laikyti būtų netikslinga. Simuliantų tarpe esąs ir tikrai defektingų procentas. Reikią atskirti tikri defektingieji nuo ištvirkusių; defektingų neimti į kariuomenę, o su ištvirkusiais elgtis atitinkamai.

Pulk. gyd. Marcinkus: Būtų reikalingas didesnis kontaktas tarp dalies ir ligoninės gydytojų dėl simuliantų; vieni kitus turėtų plačiau informuoti ir tas išeitų į naudą.

Gyd. Mickus: Apie kiekvieną simuliantą turėtų būti smulkiai painformuotas dalies gydytojas, kuopos vadas ir viršila.

2. Leit. gyd. Kusa parodė ligonį, kuriam arklys įspyręs ir **sulaužęs šeivikaulį (fibula)** ir kuris po to dar dvi savaiti ėjęs rikiuotę ir gimnastikavęsis; bešokinėdamas nuo tramplino pajutęs trakštelėjimą ir buvęs atsiųstas į ligoninę.

Maj. gyd. Pogirskis: Kalbamajam ligoniui šeivikaulis lūžęs šokant nuo tramplino, o ne nuo įspyrimo.

Leit. gyd. Kusa: Smulkiai išklausinėjus ligonį, pasirodę, kad šokdamas jis kojos visai neužsigavęs, lūžimo vieta (blauzdos vidurys) nėsanti charakteringa lūžimui nuo sudužimo; lūžimo vietoj esama sutrupėjusio kaulo skeveldrų.

Pulk. gyd. Augevičius: Nesuprantama, kaip nuo šokimo galėjęs lūžti tik vienas šeivikaulis; turėjęs lūžti ir blauzdikaulis.

Pulk. leit. gyd. Žemgulys pernai turėjęs ligonį, kuris tris savaites, tarpais paleidžiamas nuo darbų, vaikščiojęs dalyje lūžusiu blauzdikauliu. Buvęs atsiųstas į ligoninę, kada jau pradėjęs darytis callus. Matyti, kartais kaulų lūžimas galįs ir nekliudyti vaikščioti.

Gyd. Mickus teippat turėjęs ligonį su lūžusiu šeivikauliu, kurs atsigulęs į ligoninę, pradėjus darytis callus'ui.

Pirmininkas pulk. gyd. Ingelevičius dėkoja visiems demonstravusiems ir dalyvavusiems diskusijose.

II. Pranešimai.

Pulk. gyd. Marcinkus pranešė **apie vadinamus naujokų ir kareivių nubyrėjimus dėl nesveikatos.** Pranešimas bus išspausdintas „Mūsų Žinyne"; čia dedame trumpą jo santrauką.

1929 metų įkadruotųjų dėl nesveikatos buvę paleista iš kariuomenės 84‰, 1930 mt. — 86‰, 1931 mt. — 109‰, tuo tarpu 1926 mt. — 85‰, 1927 mt. — 93‰ ir 1928 mt. — 86‰. Jungt. Valstybėse 1929 mt. buvę paleista 48‰.

Daugiausia paleidžiama dėl plaučių ligų: jie sudarą ketvirtąją visų paleidžiamųjų dalį. Toliau einančios akių ir širdies ligos. Dėl kylų paleista 104 vyrai, dėl galūnių ir pirštų trūkumų — 89 vyrai. Mažiausia paleista dėl odos ir lyties ligų. Amerikoje daugiausia paleidžiama dėl šizofrenijos ir plokščių pėdų.

Tautybėmis teip skirstomi: 1928 mt. daugiausia paleista vokiečių, 1929 mt. — lietuvių ir žydų, 1930 mt. — vokiečių ir 1931 mt. daugiausia paleista lietuvių ir žydų.

Daugiausia „byrėję" vyrai, kilę iš Tauragės, Raseinių ir Kretingos apskričių. Mažiausia byrėję iš Šakių, Ukmergės ir Alytaus apskričių.

Kaip seniau, teip ir dabar žemaičiai duodą mažiausiai vertingus vyrus. Ypač daug byrėję Klaipėdiečių — iki 143‰ (vidutiniškai 97‰).

Iš nubyrėjusiųjų 72% buvę jaunų kareivių, eilinių buvę tik 27%.

Pranešėjo nuomone, daugiausia esančios kaltos apskričių naujokų ėmimo komisijos: jose esama sunkių tyrimo sąlygų, maža jos teatsiunčiančios į ligoninę sveikatos patikrinti rentgenu ir laboratorija. Mažiau būtų nubyrėjimų, jei visų būtų vienodas nusistatymas ir paragrafai nebūtų laisvai traktuojami. Tarybų Rusijoje civiliai gydytojai pradedą tikrinti kandidatų į kariuomenę sveikatą jau per 2 metus prieš šaukimą. Anglijoje fyziškas jaunų žmonių paruošimas prasidedąs labai anksti: jie 5 metus treniruojasi ir tada tik esą įtraukiami į sąrašus. Kenkiąs teippat aukštų asmenų susidomėjimas atskirais naujokais. Ir pas mus privačių gydytojų naujokų tyrimai ir pažymėjimų išdavinėjimai turėtų teigiamos naudos, bet esą draudžiama jie išdavinėti.

Pulk. med. dr. Oželis: Apskričių naujokų ėmimo komisijų civiliams gydytojams stingą nusimanymo, kas tinka kariuomenei, o kas netinka. Apskričių gydytojai turėtų iš anksto peržiūrėti naujokus. Tiriamieji turį būti teip akylai žiūrimi, kad nereikėtų pažymėjimų pavidalo nurodymų iš šalies. Žemaičiai esą kontrabandistai arba jų palikuonys. Čia esąs didžiausias gimimų ir mirimų skaičius. Gal būt, turime reikalą su prasidedančia degeneracija. Reikalingas naujokų kontingentas nereikią išskirstyti apskričiais. Pačius naujokus reikėtų skirstyti į grupes sveikatos atžvilgiu. Apskritai naujokų ėmimas reikią iš pagrindų reformuoti.

Gyd. Mickus: Apskričių komisijose ištyrimo sąlygos esančios netikusios; gydytojai turėtų dirbti atskirai nuo kitos komisijos. Komisija turėtų veikti apskr. ligoninėje, kur naujokus turėtų tirti ligoninės specijalistai ir į Karo ligoninę siųsti tik tuos, kurių nepajėgia ištirti vietoje.

Kap. gyd. Potašius: Apskričių komisijose gydytojai esą verčiami imti naujokus teip, kad nebūtų burtų traukimo. Dėl to iš pradžių kartais priimą ir mažos sveikatos žmones, o ėmimo gale atidedą šaukimą metams visai sveikiems vyrams. Būta pasiūlymo suskirstyti naujokus į rūšis, žiūrint jų sveikatos, bet jis buvęs atmestas.

Pulk. leit. gyd. Stasiūnas: Naujokų ėmimo komisijose darbas tikrai šlubuojąs, bet gal galima būtų jis pataisyti lengvesnėmis priemonėmis. Darbas komisijose nėsąs jau teip sunkus: reikią apžiūrėti tik iki 50 žmonių per dieną, o kartais ir mažiau, nes dalis naujokų atkrintanti dėl šeimyninės būties. Pažymėtina, kad tie patys gydytojai, apskričiu komisijose ligų ir kūno trūkumų nepamatę, dalyse juos pastebi. Chirurg. skyriuje šiais metais buvę paleidžiami iš kariuomenės daugiausia naujokai. Eilinių buvę paleista tik apie 10%. Daugiausia buvę paleista dėl sąnarių trūkumų, kylų, plokščių pėdų, randų. Daugiausia buvę paleista iš Vilkaviškio ir Marijampolės apskričių ir Klaipėdos krašto, mažiausia — iš Utenos, Zarasų ir Trakų apskričių: tik po 1. Reikią, kad gydytojai apskričių komisijose daugiau dėmesio kreiptų į tiriamuosius. Kasmet reikėtų apskr. komisijose dalyvavusiems gydytojams pranešinėti, kiek ir kokių žmonių jie vra praleidę į kariuomenę, kurių neturėjo praleisti. Tat būtų gydytojams pamokymas ir suteiktų jiems galimumo taisytis ir tobulėti.

Pulk. leit. gyd. Nemeikša: Kenkiąs tam ir apskričiu komendantų nusistatymas. Jie į tiriamuosius žiūrį kaip į melagius, verčią juos imti, sakydami, kad ligoninėje ištirsią.

Pulk. leit. gyd. Kenstavičius: 1926 mt. Karo ligoninėje buvę kursai kariuomenės gydytojams, siunčiamiems į apskričiu naujokų ėmimo komisijas. Buvę raginama rinkti visų sveikiausieji vyrai. Bet pasitaike, kad kaikur negalima buvę pririnkti reikalingo tikrai sveiko kontingento. Dėl to buvus gauta telefonograma, kad griežčiau būtų žiūrima. Klaipėdoje komendantas įsakęs priimti kodaugiausia. Priėję net iki konflikto. Paskui komendantas savo nusistatymą pakeitęs. Šiemet, imant naujokus, vi-

sur buvę leista pardavinėti alkoholiniai gėrimai, dėl to į komisijas atėję daug girtų. Sedoje iškilusios tokios peštynės, jog policijos vadas turėjęs net kumštį paleisti į darbą.

Pulk. gyd. Atkočiūnas: Naujokus imant, daug padėtų sveikatos pasai: juos turėtų rašyti mokyklų gydytojai, rajonų gydytojai ir kt. Daug sunkumų turima su sergančiais tonsilomis ir plaučių tuberkulioze: labai sunku nustatyti, kurie iš jų vėliau susirgsią ir kurie visai nesirgsią. Visų gi su liatentinėmis formomis paleisti negalima. Būtų gera, kad paleidžiamiesiems iš kariuomenės, ypač į naujokų rezervą, būtų įvestas specijalus mokestis.

Leit. gyd. Kusa: Šiemet Šiaulių apskrityje reikėdavę apžiūrėti per dieną po 90, net iki 120 tiriamųjų. Atskiro kambario gydytojams dažnai neduodama, o Šaukėnuose viskas buvę daroma viename kambaryje. Paragrafus interpretuojant, skiriančiosi nuomonės net ligoninės gydytojų, tai ką jau bekalbėti apie apskričių gydytojus.

Pulk. gyd. Augevičius: Dauguma apskričių gydytojų nekompetetingi, jie nežiną karo tarnybos, jų net negalima įtikinti. Kompetetingi esą tik tie gydytojai, kurie yra ilgiau dirbę kariuomenėje kaip gydytojai. Naujokų kontingento išdalinimas pagal apskritis netinkąs. Mokestis nuo netarnaujančių (atsipirkimas nuo tarnybos) esąs nedemokratiškas.

Pulk. leit. gyd. Žemgulys: Kadangi į kariuomenę praeinąs nemažas skaičius visai aiškiai netinkamų, tai čia esąs daug kaltas neįdėmingumas. Tuo atžvilgiu galėtų padėti privačių gydytojų pažymėjimai, kurie kreiptų komisijų gydytojų dėmesį ir kuriuos tie gydytojai turėtų patikrinti. Svarbu esą, kad kariuomenėje nebūtų ne tik nesveikų, bet ir priešingo nusistatymo elementų. Dėl to tam tikrais atvejais mokestis už netarnavimą būtų racijonalus. Prieš karą toks mokestis buvęs Suomijoje, o dabar esąs įvedamas Čekoslovakijoje.

Pulk. leit. gyd. Žilinskas: Į. pulk. Marcinkaus statistiką neįeiną paleidžiamieji į nerikiuotę, o tai paleidžiamųjų skaičius būtų dar didesnis. Svarbu esą ne tik neatidumas, bet ir nenusivokimas ligose. Ausų ligose nusivokią tik 4—6 dalių gydytojai. Palaiko pulk. leit. gyd. Stasiūno pasūlymą: patiekti be reikalo praleidusiems apskričių komisijose gydytojams ligų istorijas ir prašyti pasiaiškinti.

Pulk. gyd. Marcinkus: Naujokus imti turėtų gydytojai, ypatingai pasiruošę. Jei prieš karą naujokai buvo imami apskričių miestuose, tai tuo labiau tat galima įvykdyti dabar. Čia galima atlikti visi tyrimai.

Prieš karą apskričių komisijos daugiausia siųsdavusios ištirti į Karo ligoninę. Tiesa, kad komendantai daug imąsi ir kad paragrafai nevienodai komentuojami. Įvesti mokestis už netarnavimą kaikada būtų naudinga. Teippat ir gydytojų pažymėjimai daugiau atneštų naudos negu kenktų.

Pulk. gyd. Ingelevičius: Mūsų kariuomenės sveikatingumas nėra toks žemas, kaip galį pasirodyti iš statistikos. Žinoma, mūsų kariuomenės negalima lyginti su anglų ar amerikonų savanorių kariuomene. Bet vis tik tiek daug paleidžiamųjų neturėtų būti. Prie patiektojo paleidžiamųjų skaičiaus reikėtų dar pridėti nerikiuotininkai, nes ir jie išeina iš kariuomenės. Visose kariuomenėse duodamas tam tikras laikas eliminuoti klaidingai į ją patekusius elementus. Tai nėsąs nubyrėjimas, tai esąs tik neįsileidimas į kariuomenę. Paleidimas į naujokų rezervą ne visada esąs nuostolis krašto apsaugai. Kitur esą skiriamos sąvokos: nubyrėjimas nuo kariuomenės ir nubyrėjimas nuo priimtųjų naujokų-jaunųjų kareivių. Užtat mūsų statistika negalima lyginti su kitų kraštų statistikomis. Mūsų statistiką geriau tiktų pavadinti: „netikslus komplektavimas ir nubyrėjimai". Šis tas naujokų ėmimo klausyme yra taisoma, pavyzdžiui, esą paruošti nauji ligų ir kūno trūkumų sąrašai. Svarbus esąs sveikatos reikalų krašte sutvarkymas, kurs tačiau į mūsų sritį neįeinąs. Iš anksto

naujokus ištirti ir paruošti galinti tik civilė medicina; ypač lengva paruošti ten, kur kūno kultūra visiems privaloma. Tat galį padaryti, pavyzdžiui, Tarybų Rusijoje, kur civilė medicina kitaip sutvarkyta, bet ir tai padaroma tik oficijališkai, o ne faktiškai. Spausti mūsų apskričių gydytojus nevisada pavykstą. Nevisi apskričių gydytojai esą atsargos sanitarijos karininkai ir net ne visi karo sanitarijos karininkai žiną karo medicinos elementus. Jei visi elgtųsi pagal taisykles, tai viskas gal atrodytų kitaip. Pavyzdžiui, galima atsisakyti žiūrėti netinkamoje patalpoje, galima nepasirašyti. Naujokų šaukimas į apskričių miestus esąs įvykdomas. Tam tikras subjektyvumo procentas, tinkamumą sprendžiant, vis būsiąs. Dėl to subjektyvumo niekas dar nebuvęs baustas. Šveicarijoje kaikuriose apskrityse, norėdami eliminuoti iš kariuomenės plaučių tuberkuliozę, mėginę visus šaukiamuosius šviesti rentgeno spinduliais. Tiesa, tuo būdu daug eliminavę, bet tam tikras procentas sergančių vis tik praslydęs į kariuomenę.

Pulk. gyd. Marcinkus: Pas mus nėsą aiškiai nustatyto naujokų tyrimo laiko; tarnyba pradedama nuo pačios pirmos dienos, todėl ir jaunų kareivių nubyrėjimų negalima skirti nuo eilinių. Savo statistikos su kitų kraštų statistikomis, išskyrus U. S. A., nelyginęs, nes negalėjęs jų statistikų gauti ir pažiūrėti, kaip jos sustatytos.

Pirmininkas pulk. gyd. Ingelevičius didžiai įvertino pulk. gyd. Marcinkaus pranešimą ir pasiūlė visiems išreikšti pranešėjui padėką. Padėkojo dalyvavusiems diskusijose.

Pulk. leit. gyd. Matukas pranešė, kaip jis nugalėjo savo dalyje **parotito epidemiją:** kiekvieno tokio ligonio šaukštai, šakutės, lėkštės ir viskas, prie ko galėjo prieiti ligonio seilės, po kiekvieno valgio rūpestingai buvę virinama. Epidemija bematant išnykusi.

Pulk. gyd. Atkočiūnas: Dezinfekcija esanti tikriausia priemonė epidemijoms nugalėti.

Pirmininkas pulk. gyd. Ingelevičius siūlo išmėginti tą būdą ir kitiems, kurie turi epideminą parotitą.

Nauji įstatymai.

3340.

Respublikos Prezidentas skelbia šį Įstatymą kovos su venerinėmis ligomis:

ĮSTATYMAS KOVOS SU VENERINĖMIS LIGOMIS.

1. Venerinėmis ligomis laikomos šios ligos: sifilis (lues), triperis (gonorrhoea) ir minkštasis šankeris (ulcus molle).

2. Žmogus, kuris serga apkrečiamosios stadijos venerine liga, turi gydytis.

Tėvai ir globėjai turi rūpintis gydymu savo vaikų ir globotinių, kurie serga venerinėmis ligomis.

3. Venerinius ligonius gydyti tegali tik gydytojai.

Venerinis ligonis gydyti tegalima tik apžiūrėtas.

4. Gydytojas, kuris apžiūri arba gydo venerinį ligonį, turi:

1) paaiškinti jam arba jo globėjui ligos pobūdį, kitų apkrėtimo pavojų, gydymosi reikalingumą ir gręsiančią už kitų apkrėtimą bausmę,

2) duoti jam arba jo globėjui nemokamai tam tikrą spausdintą venerinių ligų aiškinamąjį lapelį,

3) išklausti jį, kas jį venerine liga yra apkrėtęs, ir sužinotą jo apkrėtėją pranešti apskrities arba miesto gydytojui, nurodydamas apkrėtėjo vardą, pavardę ir adresa.

5. Gydytojas, kuris gydo žmogų, sergantį apkrečiamosios stadijos venerine liga, turi apie tokį žmogų pranešti, nurodydamas jo vardą, pavardę ir adresą, apskrities arba miesto gydytojui, jei tas žmogus:

1) nutraukia gydymąsi pas gydytoją, to gydymosi nebaigęs,

2) nelaiko gydytojo jam duodamų dėl gydymo nurodymų,

3) dėl savo profesijos, užsiėmimo ar darbo gali labai lengvai apkrėsti kitus.

6. Apskrities arba miesto gydytojas turi teisę:

1) pareikalauti iš žmogaus, kurį iš nurodyto 4 str. gydytojo pranešimo arba iš kito patikimo neanoniminio pranešimo įtaria sergant venerine liga, kad jis pristatytų iš gydytojo savo sveikatos liudijimą.

2) priverstinai apžiūrėti žmogų, kuris pareikalautas, kaip nustatyta 1 p., pristatyti sveikatos liudijimą, to liudijimo skirtuoju laiku nepristato.

3) pareikalauti iš venerinio ligonio, kad jis gydytųsi,

4) priverstinai gydyti žmogų, kuris pareikalautas, kaip nustatyta 3 p., gydytis, nesigydo, jei tas žmogus serga apkrečiamosios stadijos venerine liga.

7. Veneriniams ligoniams gydyti valstybė ir vietinės savivaldybės steigia ligoninių ir kitokių gydyklų.

Venerinių ligų gydykloms laikyti vietinėms savivaldybėms duodama iš Valstybės Iždo pašalpų.

8. Valstybės ir vietinių savivaldybių laikomose gydyklose veneriniai ligoniai gydomi nemokamai.

Taip pat nemokamai šitose gydyklose tikrinami ar neserga venerinėmis ligomis visi, kurie prašosi patikrinami.

9. Įtariami sergą venerinėmis ligomis žmonės gali reikalaujamus iš jų sveikatos liudijimus gauti valstybės ir vietinių savivaldybių laikomose gydyklose nemokamai.

10. Venerinių ligų aiškinamuosius lapelius, numatytus 4 str. 2 p., parūpina Sveikatos Departamentas.

Šitie lapeliai gydytojams duodami nemokamai.

11. Laisvai praktikuoją gydytojai ir ligoninės turi kas mėnuo pranešti apskrities arba miesto gydytojui žinias apie venerinius ligonius, kurie pas tuos gydytojus arba tose ligoninėse per tą laiką yra gydęsi. Ligonių vardai ir pavardės šituose pranešimuose nenurodomi.

Pranešimų formą nustato Vidaus Reikalų Ministeris.

12. Apskričių ir miestų gydytojai ir policija žinias apie venerinius ligonius gali naudoti tik šio įstatymo nurodytiems reikalams.

13. Vidaus Reikalų Ministeris leidžia taisyklių venerinių ligų gydykloms laikyti, venerinių ligonių gydymui kontroliuoti ir apskritai kovai su venerinėmis ligomis.

14. Šį įstatymą vykdo Vidaus Reikalų Ministeris per Sveikatos Departamentą, per apskričių bei miestų gydytojus ir per tam tikrus savo paskirtus venerinių ligų gydytojus.

Pastarieji gydytojai turi visas šiame įstatyme nurodytas apskričių ir miestų gydytojų teises ir pareigas.

A. Smetona
Respublikos Prezidentas

J. Tūbelis.
Ministeris Pirmininkas

(„Vyr. Žin." 1935 m. kovo mėn. 30 d. Nr. 477)

3341.

Respublikos Prezidentas skelbia šį Baudžiamojo Statuto pakeitimą:

BAUDŽIAMOJO STATUTO PAKEITIMAS.

Baudžiamasis Statutas pakeičiamas taip:

207[1]. Kas nusižengė gydęs sergantį venerine liga žmogų, nesilaikydamas įstatymo nustatytų tam reikalavimų, tas baudžiamas areštu arba bauda ligi 2.500 litų.

208 str. papildomas antrąja dalimi:

Jei kaltininkė nuslėpė arba nutylėjo, kad ji serga sifiliu, tai, jei nėra skaudžiau baustina už apkrėtimą ta liga, baudžiama paprastuoju kalėjimu.

208[1]. Kas nusikalto davęs kam žindyti kūdikį, žinodamas tą kūdikį sergant venerine liga, tas, jei nėra skaudžiau baustinas už apkrėtimą ta liga, yra baudžiamas:

1) jei kūdikis sirgo sifiliu — paprastuoju kalėjimu,

2) jei kūdikis sirgo kita venerine liga ir jei kaltininkas apie tą ligą žindytojos neįspėjo — areštu arba bauda ligi 2.500 litų.

Tomis pat bausmėmis ir tais pat pagrindais baudžiamas ir tas, kas atiduoda kam globoti kūdikį, žinodamas tą kūdikį sergant venerine liga ir apie jo ligą globotojo neįspėjęs.

Atidavimas žindyti arba globoti sergančio sifiliu kūdikio sergančiam sifiliu žmogui nebaudžiamas.

208[2]. Kas nusikalto apkrėtęs kitą žmogų venerine liga, tas baudžiamas:

1) jei apkrėtė sifiliu — sunkiųjų darbų kalėjimu ligi šešerių metų,

2) jei apkrėtė kita venerine liga — paprastuoju kalėjimu.

410[1]. Kas nusikalto susivedęs, nepasisakęs prieš susivedimą jaunajam arba jaunajai sergąs venerine liga, žinodamas tą savo ligą, tas, jei nėra skaudžiau baustinas už apkrėtimą ja, yra baudžiamas kalėti paprastajame kalėjime.

523[1]. Kas nusikalto sangūliavęs, sirgdamas venerine liga ir tą savo ligą žinodamas, tas, jei nėra skaudžiau baustinas už apkrėtimą ja, yra baudžiamas kalėti paprastajame kalėjime.

524. Kas nusikalto sąvadavęs paleistuvauti, tas baudžiamas kalėti paprastajame kalėjime.

Jeigu kaltininkas sąvadavo savo žmoną, dukterį arba asmenį, kuris yra jo valdžioje arba jo rūpinamas, arba asmenį, su kuriuo sangūlis yra baudžiamas 518—523 str., arba jeigu kaltininkas sąvadavimu vertėsi, tai jis baudžiamas kalėti sunkiųjų darbų kalėjime ligi šešerių metų.

524[1]. Kas nusikalto laikęs paleistuvaujamuosius namus arba kitokią paleistuvaujamąją vietą, tas baudžiamas kalėti sunkiųjų darbų kalėjime ligi trejų metų.

529 str. panaikinamas.

A. Smetona
Respublikos Prezidentas

J. Tūbelis.
Ministeris Pirmininkas

(„Vyr. Žin." 1935 m. kovo mėn. 30 d. Nr. 477)

Biblijografija.

„**Medicinos**“ žurnalo redakcija yra gavusi šiuos žurnalus, leidinius ir kitus spausdinius:

1. **„Latvijas Arstu Žurnāls“.** Ryga. 1934 m. 12 num. ir 1935 m. 1—2 ir 3—4 num.
2. **„Eesti Arst“.** Tartu. 1935 m. 1, 2, 3 ir 4 num.
3. **„Farmacijos Žinios“.** Kaunas. 1935 m. 1 num.
4. **„Veterinarija ir Zootechnika“.** Kaunas. 1935 m. 1 ir 2 num.
5. **„Sveikata ir Darbas“.** Kaunas. 1935 m. 1, 2, 3 ir 4 num.
6. **„Motina ir vaikas“.** Kaunas, 1935 m. 1, 2 ir 3 num.
7. **„Gaceta Médica de Mexico“.** 1934 m. 7—8, 9—10 ir 11—12 num.
8. **„Gesundheit und Wohlfahrt“.** Revue Suisse d'hygiène. Zürich. 1935 m. 1, 2 ir 3 num.
9. **Société des Nations. Convention pour limiter la fabrication et reglementer la distribution des stupéfiants, du 13 juillet 1931. Evaluations des besoins du monde en drogues nuissibles en 1935.**
10. **Société des Nations. Commision consultative du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles. Procès - verbal de la dix-neuvième session.** Tenue à Genève du 15 au 28 novembre 1934.
11. **Société des Nations. Commission consultative du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles. Résumé des transactions illicites et des saisies,** communiquées au Secretariat de la Société des Nations du 1-er octobre au 31 décembre 1934.
12. **„Münch. med. Wochenschrift“.** München. 1935 m. 1 iki 14 num.
13. „Клническая Медицина“. Москва. 1934 m. 11—12 num. ir 1935 m. 1, 2 ir 3 num.
14. „Врачебное Дело“. Харков. 1934 m. 11 ir 12 num.
15. Труды Астраханскаго Гос. Медицинскаго института им. А. В. Луначарскаго. 1918—1933 юбилейный том и 1933. I том. III вып.
16. **„Therapeutische Berichte“.** 1935 m. 1, 2 ir 3 num.
17. **„Riedel Archiv“.** Berlynas. 1935 m. 1 ir 2 num.
18. **The Tohoku Journal of Experimental Medicine.** Sendai, Japan. 1935 m. sausio ir vasario mėn. num.
19. **„Revue „Ose“.** Paryžius. 1935 m. 1 ir 2 num.
20. **„Acta Medica Italica“.** Milanas. 1935 m. kovo mėn. num.
21. Med. dr. L. Epšteinas: **Mokyklų higiena.** Kaunas. Spaudos Fondo leid. 1935 m. 220 p. in 8⁰.
22. Prof. dr. P. Avižonis: **Atšokusios retinos gydymas diatermijos būdu.** Atspauda iš „V. D. Univ-to Medicinos fakulteto darbai“. 1934 m. 49 p. in 8⁰.
23. **V. D. Universiteto Medicinos fakulteto darbai.** Kaunas. 1934. T. II, kn. 2.
24. **Liet. Raud. Kryžiaus biuletenis spaudai.** 1935 m. 1 ir 2 num.
25. **IV Congresso Internazionale degli Ospedali e Mostra degli Ospedali Italiani.** Roma 19—26 Maggio. 1935. 177 p. in 8⁰.
26. **„Sveikata“.** 1934 m. gruodžio mėn. (16 p. in 8⁰) ir 1935 m. 2 nr. (16 p. in 8⁰).
27. **Royat** Auvergne. Stations du coeur.
28. **Das natürliche Salz Vichy - État.**
29. **Hormon - präparate. Glandole „Roche“.** 1934/1935.
30. Советская клиника. Maskva. 1934 m 5—6 nr.
31. **Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique.** Bruxelles. 1935—2.

Kronika.

A. A. D-RAS FEBUSAS GARFUNKELIS.

(Nekrologas)

D-ras Febusas Garfunkelis gimė 1880 m. sausio mėn. 28 d. Kaune. 1899 metais baigė Kauno vyrų gimnaziją. Medicinos mokslą jisai studijavo Dorpato universitete, kurį baigė 1905 metais. Po to jisai tuojau pradėjo verstis medicinos praktika. Keletą metų jisai praktikavo Krinki miestelyje Gardino gubernijos, kaipo odų fabriko gydytojas. Ten jam labai dažnai tekdavę susidurti su tarp odų apdirbimo darbininkų praplitusia profesine liga — pragaro rauplėmis (anthrax). 1907 metais jisai persikėlė į Kauną ir čia jisai visą laiką praktikavo iki žydų ištrėmimo iš Kauno. Per visą tą laiką jisai dirbo Kauno žydų ligoninėje kaipo ordinatorius. Pasauliniam karui prasidėjus, jisai apie metus laiko dirbo Kauno miesto ligoninėje. 1915 metų vasaros metu jisai buvo paskirtas Gomelio lazareto apkrečiamųjų ligų skyriaus (su 420 lovų) vyriausiuoju gydytoju (lazaretas buvo išlaikomas Rusijos miestų sąjungos). Šitas pareigas jisai ėjo iki 1918 metų, kai Gomelis buvo okupuotas vokiečių kariuomenės. 1918 m. rugpjūčio mėn. jisai grįžo į Kauną, kur praktikavo iki pat savo mirties. 1920 metais jisai buvo mobilizuotas tarnauti Lietuvos kariuomenėje. Apie metus laiko jisai tarnavo Kėdainių lauko ligoninėje. Vėliau buvo perkeltas į Kauną, kur jisai tarnavo Karo ligoninėje ir atskirame Šančių lazarete.

Jisai buvo vienas iš steigėjų (po karo) Kauno miesto gydytojų sąjungos, kuriai jisai buvo pašventęs daug darbo ir energijos, būdamas gana ilgą laiką — apie 15 metų — iš pradžių jos prezidijumo sekretorium, o vėliau — iždininku. Teippat jisai labai daug dirbo Kauno miesto ligonių kasoje, būdamas tam tikrą laiką Kasos tarybos, bendradarbiavimo ir kitų komisijų veikliu nariu.

Prieš dvejus metus jisai labai sunkiai buvo susirgęs angina pectoris su širdies infarktu. Bet nuo šitos ligos pasveiko ir vėl pradėjo dirbti ir dalyvauti Kauno miesto gydytojų sąjungos darbuose. 1933 metais buvo susirgęs morbus Werlhofii; paskiau pasveiko; bet 1934 m. vėl ta pačia liga susirgo ir 1935 m. sausio mėn. 28 d. pasimirė.

AUKŠTASIS MEDICINOS MOKSLAS.

× **Gydytojo diplomą** yra gavę šie asmenys:

I. **Medicinos gydytojo:** Vytautas Karoblis, Bencijonas Narakas, Ošeris Šmidtas.

II. **Odontologijos gydytojo:** Akulina Guzikauskaitė, Sara Indichšteinaitė, Tatjana Kosuchinaitė, Vanda Lapšytė, Ona Linskytė, Marija Strazdaitė.

× **L. Univ-to Medicinos fakultetas yra pakviestas dalyvauti šiuose kongresuose:**

1) **Dermatologijos kongrese Budapešte,** vasarą. Komandiruojamas dr. Br. Sidaravičius.

2) **Fyzijologijos kongrese Leningrade,** š. m. VIII. 9—17 d. Komandiruojami prof. Lašas, prof. Dančakova, doc. V. Kuzma, doc. J. Zubkus ir dr. Šopauskas.

3) **Prancūzų oftalmologų kongrese Paryžiuje,** š. m. V. 9—25 d. Komandiruojamas prof. P. Avižonis.

× **Komandiruotė.** Prof. Dančakova šių Velykų atostogų metu vyksta į Paryžių, Angliją ir Daniją.

× **Asistentų reikalais.** Gyd. K. Avižonis išrinktas akių klinikos jaun. asistentu; gyd. Juškevičiūtė išrinkta akių klinikos preparatorium.

× **Tegerane (Persijoj) įkurtas medicinos fakultetas** pagal paskutinius technikos mokslo reikalavimus.

× **Bukarešto universiteto medicinos fakultetas** laikinai uždarytas dėl to, kad daugelis studentų, kurių tarpe yra žymi dalis svetimšalių, buvo pradėję užgaulioti ir mušti praeivius, ypač žydus. Apie 38 studentai areštuoti.

× **Prancūzijos medicinos studentai sustreikavo.** Sausio m. 31 d. sustreikavo visų Prancūzijos universitetų medicinos studentai. Studentai paskelbė 24 valandų streiką, protestuodami prieš Prancūzijos užpluk-dymą gydytojais iš kitų kraštų. Streiko inicijatyva išėjusi iš Montpelie universiteto medicinos fakulteto.

× **Chirurgija bronziniame amžiuje.** Sesekse (Anglijoje) rasta iš bronzinio amžiaus kaukolė, kuriai buvo daryta chirurginė operacija — trepanacija.

× **D-ro Beržinš'o paskaitos.** Draugijos kovai su tbc. inicijatyva, d-ras Beržinš, Latvijos univ-to serologijos instituto asistentas, V. D. Univ-to Medicinos fakulteto naujųjų rūmų didžiojoje auditorijoje laikys 2 paskaitas (rusų kalba):

1. IV. 24 d. **Tuberkuliozės profylaktika ir Calmette'o B. C. G. skiepijimai.**

2. IV. 25 d. **Difterijos profylaktika ir anatoksinas.**

Pradžia 20 val.

KONGRESAI, DRAUGIJOS ĮVAIRENYBĖS.

× **L. K. Blaivybės Dr-jos metinė konferencija.** Kauno Liaudies Namuose įvyko dvidieninė L. K. Blaivybės Dr-jos metinė konferencija. Joje dalyvavo 121 atstovas ir kelios dešimtys svečių.

Pranešimą apie c. v. 1934 m. nuveiktus darbus padarė pirm. dr. Gylys. Šie metai iš kelių paskutiniųjų draugijai buvę sunkiausi. Pajamos iš šalies visiškai sumažėjo. Vienu didesniu pajamų šaltiniu buvo Liaudies Namai. Tačiau visiems draugijos reikalams ir tų lėšų toli neužteko. Todėl draugijos veikimas visomis užbrėžtomis kryptimis išvystyti nebuvo galima. „Sargybos" leidimas teko sustabdyti. Priešalkoholinis muziejus jau irgi antri metai nuolatos neveikia. Jis atidaromas arba provincijon išvežamas tik kaikuriais laikotarpiais. Dabar tik vienas, ir kaipo didžiausias blaivinimo faktorius, sėkmingiausiai veikia prie draugijos įsteigta, agr. Valatkos vadovaujama, bealkoholinių vaisvynių dirbtuvė „Vaisiai". Šios dirbtuvės vaisių sultys jau yra gana plačiai mūsų šalyje, o ypač mūsų laik. sostinėje, vartojamos ir ne tik paprastam gėrimui, bet ir medicinoj praktikuojamos.

Kasos būklės pranešimą padarė kas. Bagdanavičius. Per metus pajamų turėta 82.291,34 lt., išlaidų 81.930,85 lt. Sunkiausia draugijos našta, tai skolos.

Revizijos kom-jos pranešimą padarė r. k. narys Kinderis. Visų reikalų vedime ir turtų prižiūrėjime trūksta tvarkos, nors blogos valios ir nesimato. Dėl abiejų pranešimų buvo ilgos diskusijos.

Į naujus c. vald. organus išrinkti: į valdybą — mokt. Gvildys, agr. Valatka, gyd. Dalinda, instr. Dineika, prof. Ivinskis ir kun. Puleikis; į revizijos komisiją — tėvas Blažys, Petreikis ir Jočys.

1935 m. sąmata priimta jau tik 17.845,80 lt. sumoje.

Antrąją dieną po pamaldų Jėzuitų rūmuose buvo atidaryta II-ji priešalkoholinė paroda ir įvyko blaivybės darbuotojams kursai. Čia paskaitas skaitė Dineika — „Pramogos blaivinimo talkininkės"; Valatka — „Konkrečios blaivinimo priemonės"; Petrušauskienė — „Blaivinimas per virtuvę"; dr. Kauza — „Vitaminai vaisių sultyse ir daržovėse"; Gvildys — „Sąmatinis organizavimas vaisių sulčių gaminimo savo ūkio reikalams".

× **I-oji Austrijos kaklo, nosies ir ausų gydytojų konferencija** bus Vienoje 1935 m. birželio mėn. 21 ir 22 d. Šitoje konferencijoje kviečiami dalyvauti ir užsienių gydytojai. Bus svarstomi dalykai šiomis temomis: 1. Svaigulio klinika. 2. Otogeninio meningito klinika ir terapija. 3. Poanginines komplikacijos. 4. Naujos vartojamosios metodės kalbos ir balso gydymo srityje.

Norintieji dalyvauti turi vėliausiai iki 1935 m. gegužės mėn. 15 d. įsiregistruoti.

Dalyviams geležinkelis bus papigintas 25% III-jai klasei, 33% II-jai klasei.

Reikalais kreiptis šiuo adresu: Gesellschaft der Aerzte, Wien IX. Frankgasse 8.

× **Gegužės mėn. Romoje bus ketvirtas tarptautinis ligoninių kongresas,** kurį globos Mussolini.

× **Tarptautinė ligoninių sąjunga.** Dr. van Deschwanden, Tarptaut. ligonių sąjungos pirmininkas, pakvietė IV-tąjį tarptautinį ligoninių kongresą susirinkti Romoje šiais metais gegužės mėn. 5—12 d.

Visumos posėdyje bus svarstomi šie klausymai: ligoninė kaip viešosios sveikatos systemos dalis; ligoninių įrengimas ir techniškoji instaliacija; ligoninių veikmė ir apsauga nelaimių metu; ligoninių įvairių kategorijų personalo svarba jų santykyje su visuomene.

Prieš kongresą bus studijų kelionė po didesnius šiaurės Italijos miestus, o po to bus aplankyta pietų Italija, Sicilija ir Tripolis.

× **VI-sis Kaukazo fyzijologų, farmakologų ir bijochemikų suvažiavimas** buvo Erivane 1934 m. spalių mėn. Buvo pranešimai iš centrinės nervų systemos srities, apie hormonus, vitaminus ir mitybos klausymus.

× **Visos Rusijos mikrobijologų ir epidemijologų kongresas** buvo Leningrade 1934. XII. 7—11 d.

× **Visos Rusijos geležinkelių transporto psychofyzijologijos laboratorijų pasitarimas** buvo 1934 m. lapkričio mėn.

× **Visos Rusijos kovai su maliarija draugijų pasitarimas** buvo Maskvoje 1934. XII. 25—29 d. Dalyvavo 250 delegatų.

× **Visos Ukrainos eksperimentinės medicinos institutas** ruošia konferenciją dėl ultratrumpųjų bangų panaudojimo medicinoje.

× **Kovai prieš maliariją draugijų atstovų suvažiavimas** buvo Aškhabade 1934 m. gruodžio mėn. 1890 metais Užkaspijyje pusė susirgimų tekdavę maliarijai. Dabar ten daugelyje rajonų maliarijos plėtimasis esąs jau užkirstas.

× **X-sis tarptautinis medicinos istorijos kongresas** bus 1935 m. rugsėjo mėn. 23—29 d. Madride. Bus svarstomi šie klausymai: 1. Arabų

medicina Ispanijoje. 2. Amerikos medicina jos suradimo ir kolonizacijos metu. 3. Įvairių civilizuotų kraštų gydomasis folkloras.

Reikalais kreiptis šiuo adresu: Palacio de la Academia Nacional de Médicina, Callc de Arrieta, 12, Madrid.

× **1934 metų gale Raudonasis Kryžius** buvo įkurtas 61-oje valstybėje. Narių buvo: suaugusių — 14.310.000 ir junjorų — 14.290.000. Iš viso — 28.600.000.

× **Bordo (Prancūzijoje) susekta slapta sterilizavimo organizacija.** Sterilizavimo operacijas darydavo trys gydytojai, už operaciją imdami nuo 300 iki 700 frankų. Operuodavo norinčiuosius. Jau esą sterilizuota 15 asmenų.

× **Vokietijoj jau esą sterilizuota apie 200.000 žmonių.** „Juristische Wochenschrift" praneša, kad 1934 m. visoje Vokietijoje buvo padaryta 180.000—200.000 sterilizacijos operacijų.

× **Ir Suomijoj sterilizuos.** Suomių parlamentas savo posėdyje kovo 6 d. 144 balsais prieš 14 trečiuoju skaitymu priėmęs sterilizavimo įstatymą. Įstatymu numatyta sterilizuoti idijotai ir silpnapročiai.

× **Kijevo fyzikos institutas išrado aparatą akliesiems knygas skaityti.** Šviesos ir elektros pagelba pasidaro aparate kiekvienos raidės atitinkami iškilimai, kuriuos graibydami aklieji ir skaito.

× **Išrastas „polioftalmoskopas" Jienoje.** Su juo galima 9 asmenims stebėti pacijento akį. Jisai tinka mokymo tikslams, nes profesorius gali kartu 8 studentams demonstruoti pacijento akį, kuri padidinama 12 kartų.

× **Archeologiškas radinys.** Anglų archeologinė ekspedicija rytinėje Afrikoje, vadovaujama L i k i'o, surado pleistoceninio ir piloceninio perijodo žmogaus griaučius, — kurie dabar yra Britanijos muziejuje, — panašius į pirmykščiojo homo sapiens griaučius. („Am. med. Assoc." 1933, 21 nr.).

MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Praktikos teises nuo 1935 m. pradžios yra gavę šie neseniai baigę med. gydytojai:** Izraelis A k s a s, Ovsiejus B e l k i n a s, Michlė D z i m i t r o v s k a i t ė, Emanuelis (Mendelis) G l e z e r o v a s (G l e z e r i s), Alfonsas M u i ž i s, Beras-Michelis R a u d a n s k i s, Peliksas Z u b i n a s, Marija-Česlova Ž u k a i t ė.

× **Reikalingi gydytojai:**

1) Š i a u l ė n u o s e, Šiaulių ap.; savivaldybė skiria 2.000 litų subsidijos metams; pasiūlymai siųsti valsč. savivaldybei;

2) V a š k u o s e (Biržų aps.); apylinkė plati ir turtinga. Valsčiaus savivaldybė duoda subsidiją.

3) **Papilyje,** Biržų ap. Valsčiaus sav-bė duoda subsidiją. Teirautis valsčiaus sav-bėje.

× **Med. d-rui Joh. Ferd. Velbergui, vokiečių piliečiui, atimtos praktikos teisės,** Ministerių Kabineto nutarimu.

× **Dr. Montvilienei atimtos praktikos teisės,** kadangi ji vienąsyk jau buvo teismo bausta už abortą, o bausmę atlikusi, vėl dariusi prasilenkimų su medicinos praktikos įstatymu.

× **Pradėta byla prieš vieną Vilkaviškio gydytoją,** kuris padaręs abortą vienai šiauliškei merginai, kuri po aborto mirė. Toji mergina slaptai buvusi ir palaidota, bet teismo organai jos lavoną jau suradę.

× **Ar gali medicinos gydytojas vadintis daktaru?** Neseniai Kauno apylinkės teismas sprendė vieną principinio pobūdžio bylą. Klaipėdietis med. gydytojas G., pasirašinėdamas oficijaliuose raštuose, prieš pavardę pridėdavo „dr.". Kadangi „daktaras" reiškia mokslo laipsnį, kurio p. G. neturėjo, tai policija jam iškėlė bylą. Kauno apylinkės teismas gyd. G.

pripažino kaltu už mokslo laipsnio savinimąsi ir nubaudė 30 lt. arba 3 paras arešto.

Byla buvo sprendžiama, kaltinamajam visai nedalyvaujant. Dabar šita byla to paties teismo bus nagrinėjama antrą kartą. Reikia tikėtis, kad gyd. G. bus išteisintas, nes žodis „daktaras" beveik visų (ir intėligentijos, ir liaudies, ir net valstybinių įstaigų) vartojamas vietoje „gydytojas".

× **III. 16 d. Panevėžy sušauktas visuot. Panevėžio apygardos liet. gydytojų susirinkimas,** kuriame dalyvavo 16 narių. Aptarus profes. gydytojų reikalus, pririnkta v-ba, į kurią įėjo: dr. A. Didžiulis, dr. J. Bridžius, dr. Mačiulis, dr. Čerškus ir dr. Statkevičius, rev. kom. — dr. Elisonienė, dr. Stancevičiūtė ir dr. Gineikienė. Susirinkimas baigtas arbatėle.

× **Padidinamas gydytojų atlyginimas SSSR** pagal sovnarkomo ir CK dekretą. Pav., valstybinės ligoninės, kurioje esą ne mažiau kaip 100 ligonių, gydytojas gaudavęs po 220 rublių mėnesiui, o dabar gausiąs 400 rublių. Kaimų gydytojų atlyginimas padidinamas nuo 160 iki 360 rublių. Tuo tarpu meisteriai fabrikuose gauną 550—718 rublių per mėnesį; kvalifikuoti darbininkai gauną 350—374 rub. mėnesiui.

× **Byla Paryžiaus gydytojui už numarinimą negro, kurį norėjo padaryti baltu.** Gydytojas teisinasi, kad negras miręs ne nuo jo gydymo — mėginimo iš juodo padaryti baltu, bet šeip nuo pašalinės ligos.

× **Ar turi gydytojas sakyti tiesą pacijentui?** Vienas inžinierius Vienoje patraukė tieson prof. Zweig'ą, reikalaudamas 40.000 šilingų už tai, kad jis operavęs neišgydomą vėžį, nepasakydamas, kad operacija nieko nepadėsianti. Visos teismo instancijos pripažino, kad gydytojas gali pacijentui teisybės ir nesakyti.

VILNIAUS LIET. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Nauja lietuvė gydytoja.** Vilniaus universitete baigė medicinos mokslus ir gavo gydytojo diplomą to universiteto stud. Marija Šikšnytė. Nauja gyd. Šikšnytė yra duktė žymaus pedagogo, Vilniaus Vytauto Didžiojo gimnazijos direktoriaus Šikšnio duktė.

DANTŲ GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Praktikos teises nuo 1935 m. pradžios yra gavę šie neseniai baigę dantų gydytojai:** Regina-Elena Ceranaitė, Miriama Dušnickaitė, Janina Grincevičienė - Martusevičaitė, Chaja-Perlia Kisiniškaitė, Liuba Skariskaitė, Amanda-Meta Veicheldaitė, Bromas Vindzbergas ir Leja Zedinaitė.

× **Batsiuvys užsiiminėjo 11 metų dantų gydytojo praktika.** Mariamonte (Lenkijoje) dantų gyd. J. Misin 11 metų užsiiminėjo dantų gydymu ir turėdavo labai didelę praktiką. Tik neseniai — mirus vienam pacijentui nuo danties ištraukimo — paaiškėjo, kad jis prieš keliolika metų sėdėdamas kalėjime buvo kalėjimo dantų gydytojo aptarnautojas ir iš profesijos batsiuvys.

× **Dantų gydytojo kabinetas, mažai vartotas, parduodamas.** Sužinoti: Kaunas, Žaliasis Kalnas, Tulpių g-vė 6 nr.

VETERINARIJOS GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Veterinarijos gydytojų s-gos valdyba pasiskirstė pareigomis.** Veterinarijos gydytojų sąjungos suvažiavime naujai išrinktoji sąjungos valdyba pasiskirstė pareigomis: pir. — vet. gyd. dr. Užupis, vicepirm. — vet. gyd. Katelė, sekretoriai — vet. gyd. dr. Gavėnas ir vet. gyd. P. Sniečkienė, ižd. vet. gyd. Butkevičius.

AKUŠERIŲ REIKALAIS.

× **Paskyrė akušerę.** Ukmergės apskrities savivaldybė nuo š. m. balandžio 1 d. paskyrė algą akušerei Keldušienei Širvintuose. Ji privalės teikti pagelbą Širvintų valsčiaus rajone už visai menką atlyginimą.

ŠUNDAKTARIAVIMAS.

× **Nubaudė šundaktarį.** Vikt. Brinklys (buvęs vaistinės mokinys) prieš kurį laiką Panevėžyje užsiiminėjo medic. gydytojo praktika. Pacijentų skaičiui padidėjus, jo gydymo metodės pasiekė teismą, kur nubaustas 1.000 lt. pinigine bauda arba 2 mėn. kalėjimo.

× **Mirė nuo aborto.** Neseniai Panevėžio ligoninėje mirė Cicilija Žukienė, iš Kalvelių km., Baisogalos valsč. Parvežus namo ir padarius skrodimą, paaiškėjo, kad ji mirė nuo padaryto aborto. Įvykis tiriamas.

× **Sulaikyta už abortų daryma.** Žagarės policija sulaikė ir perdavė teismo organams pil. Valienę už padarymą aborto. Valienė yra paprasta moteris.

SVEIKATOS REIKALAI.

× **Sveikatos departamento įregistruota susirgimų antkrytinėmis ligomis 1935 m. vasario mėn.:** typhus abdom. 58 (6), paratyphus 115, typhus exanth. 37 (1), morbili 276, scarlatina 112 (2), pertussis 120, diphteria 219 (6), influenza 1.800 (2), erysipelas 43 (1), enceph. leth. epid. 3, mening. cerebr. spin. epid. 24 (3), tuberculosis 307 (7), vener. lig. 359 (lues 130, gonorrhoea 228, ulcus molle 1), varicella 11, trachoma 209, parotitis epid. 17, febris puerper. 19 (2), septicopyaemia 4 (1), scabies 29.

× **Ceilone smarki maliarijos epidemija.** Ceilone siaučia, kaip jau buvo pranešta, smarki maliarijos epidemija. Per vasario mėn. mirę 16.000 žmonių. Nuo 1934 m. lapkričio mėn. iki šio laiko Ceilone maliarija mirę net 54.000 žmonių.

× **Didinama Varenos sanatorija.** Kauno Lig. kasa nutarė padidinti savo sanatoriją dėl džiovininkų Varėnoje. Šiais metais prie sanatorijos bus pristatytas naujas fligelis su 20 lovų.

× **Mirtys dėl askaridolio.** Prokuratūra ir Sveikatos departamentas susirūpino 2 mirimais nuo askaridolio: vienas vaikas mirė nuo jo Ukmergėje, o antras — Panevėžyje.

× **Maras Kapštadte.** Kapštadte maro epidemija, prasidėjusi 1934 m. spalių mėn., dar ir dabar tebesiaučianti. Nuo jos iki šiol mirę 14 europiečių ir 31 vietinis.

× **Neatsargus narkotikų naudojimas.** Dabartinis jaudinantis gyvenimas yra nemigų priežastimi. Šiais laikais dėl nemigų labai padidėjo veronalio, bromuralio, luminalio ir daugelio kitų narkotikų prekyba. Tuo pačiu laiku atsirado ir daug naujų ligų.

Viena didelė švedų ligoninė 1930 metais gydė 10 žmonių, apsinuodijusių narkotikais, o po dviejų metų jau 26 tokie ligoniai turėjo būti paguldyti toje pačioje ligoninėje. Tokie ligoniai paprastai nenori sakyti, kiek kurių tablečių jie yra sunaudoję kiekvieną dieną, todėl gydytojui dažniausiai sunku šitokiais atvejais su dijagnoze.

Neseniai viena trijų dešimčių metų moteris buvo paguldyta į bepročių ligoninę, nes ėmusi labai jaudintis, eikvoti turtą ir neteko atminties. Ji teippat turėjusi megalomanijos priepuolį ir jai rodęsi vizijos. Įrašant į ligoninę ji rodė visus bendrojo paralyžiaus symptomus. Ji tikriausiai būtų gydoma nuo syfilio, jei nuodugnesnis tyrimas nebūtų parodęs, kad jos organizme nėra tos ligos jokių pėdsakų. Po kelių savaičių

ligonė sugijo, ir tuomet buvo sužinota, kad ji kasdien sunaudodavusi apie 20 tablečių bromuralio. („Liet. Raud. Kryž. biulet. spaudai" 1935 m. 1 nr.).

× **Apie slogą.** Vienas anglų gydytojas rašo: „Šaltas oras nieko bendro neturi su slogomis. Galime sušlapti iki gryno kūno, sėdėti skersvėjyje, išbūti ištisas naktis valtyje, ir nuo to neturėsime slogos; galime susirgti bronchitu ar reumatu, bet niekad paprasta sloga, jei tiesiog neapsikrėsime".

Bijologų bandymai įrodė, kad gyvuliai, išmaitinti maistu, kuriame yra mažai A-vitamino, serga ligomis, labai panašiomis į mūsų slogas. To vitamino stoka teippat blogai atsiliepia ir žmogui, todėl reikia valgyti daugiau sviesto, kiaušinių, pieno, žuvies taukų. Bloga ventiliacija, maža saulės, nepakankamai mankštos, kūno ir papročių nešvarumai — visa tat didina susirgimus sloga. („Liet. Raud. Kryž. biulet. spaudai" 1935 m. 1 nr.).

× **Reumato gydymas vandeniu.** Neseniai yra įrodyta, jog paprastas geriamasis vanduo lygiai teippat veikiąs gydant reumatą, kaip ir pasemtas iš betkurių gydomųjų šaltinių. Tatai nustatė gydytojų grupė iš Anglijos Raud. Kryž. reumato klinikos su 270.000 ligonių.

„Ne cheminiai vandens savumai gydo reumatą, — rašo tie gydytojai, — bet gydymo būdas. Mes vartojame Vichy vandenį Ais metode (smarkiai paleidžiant vieną čiurkštę į skausmo centrą) ir Baden-Badeno bei Londono paprastą vandenį ir rezultatai visada buvo vienodi. Tuo būdu visai paaiškėjo, jog kiekvienas sergąs reumatu žmogus gali būti gydomas jo vietos vandeniu". („Liet. Raud. Kryž. biulet. spaudai" 1935 m. 1 nr.).

× **Difteritas Bavarijoje.** Pagal oficijalius duomenis, nuo sausio mėn. 20 iki 26 d. įregistruota 545 susirgimai, iš kurių 22 mirė.

× **Tikrins per darbo biržą samdomų tarnaičių sveikatą.** Kauno miesto savivaldybė ruošia taisykles, kurios numato, kad samdomų per darbo biržą tarnaičių sveikata, darbdaviui prašant, bus tikrinama. Tuo būdu darbdaviai bus apsaugoti savo šeimose nuo atnešimo per tarnaites ligų.

× **Persikėlė Kauno ligonių prieglauda.** Kauno miest. savival. ligoninė - prieglauda persikėlė iš Gardino gat. 61 numerio į naujus savivaldybės namus arti gusarų kareivinių Žaliajame kalne. Be to, ta ligoninėlė žada būti praplėsta iš 25 lovų į 50. Ligoninėj dirbsią du gydytojai.

× **Biržėnai susirūpinę kurortu.** Inicijatorių grupe, vadovaujama agr. V a r i a k o j o, sušaukė pasitarimą, kurio tikslas buvo įsteigti akcinę bendrovę eksploatuoti Biržų apylinkėje esančius **sieros šaltinius.** Pasitarime paaiškėjo, kad tokia bendrovė iš tikro manoma įkurti ir inicijatoriai mano išdirbti įstatus ir juos įregistruoti, todėl susirinkimo dalyviai buvo kviečiami tik pirkti akcijas. Manoma išleisti 1000 akcijų po 100 litų. Būsima akcinė b-vė nutarta pavadinti „Biržų Kurortas".

× **Greit nušalantiems pirštus, rankas, kojas** anglų gyd. I n g r a m rekomenduoja paprastą, bet efektingą priemonę: žiemą reguliariškai priiminėti vidun nedideles tyreoidino ekstrakto dozes (0,03 ir mažiau sausojo tyreoidino ekstrakto). Šita priemonė paremta tuo, kad bijančių šalčio žmonių galūnėse yra sumenkėjusi kraujo cirkuliacija. („Br. med. J." 1933 m. 3807 nr.).

× **Encefalito epidemija Japonijoje.** Nuo 1924 metų Japonijoje būdavo tik sporadiniai poliomyelito atsitikimai, bet 1933 metų birželio mėn. išsiplėtė epidemija tiek centrinėje Japonijos dalyje, tiek ir salose; iš 427 susirgusiųjų mirė 220. („Am. med. Assoc." 1933 m. 20 nr.).

× **Tarakonai platiną cholerą, tyfą ir bacilinę dyzenteriją.** Eksperimentais esą įrodyta, kad minėtų ligų bacilai, nenustodami virulentingumo, galį tarakonų virškinamajame trakte išgyventi 6—9—15 dienų, o jų išmatose šitie bacilai išgyveną 72—86—96 valandas. Nors tarakonai

šitas ligas išnešioją, bet patys jomis nesergą. („Pr. méd." 1934 m. 7 nr.).

× **Prieštyfinės vakcinacijos rezultatai Lenkijoje.** 1929—1932 metais Lenkijoje buvo vakcinuota 98.000 žmonių į paodį ir 600.000 žmonių duota vakcina suvalgyti. 1932 metais pirmųjų susirgo 0,46 iš 1.000, o antrųjų — 2,42 iš 1.000. Varšuvos ir Lodziaus garnizonuose susirgimai buvo 2,8 kartus mažesni ir mirimai 4,4 kartus mažesni vakcinavus į paodį, negu davus suvalgyti. („Pr. méd." 1934 m. 14 nr.).

× **Tekšėse (Rubus chamaemorus) yra vitamino C.** Kadangi šiauriniuose kraštuose apie 20% mokyklinio amžiaus vaikų pavasarį kenčia nuo stokos C vitaminų, tai prof. Getlin teko ištirti, kiek turi vitaminų arktinių šalių uogos; pasirodė, kad tekšių sunka veikia antiskorbutiškai beveik teip, kaip ir apelsinų sunka. (Avietės ir juodosios serbentos teippat veikiančios priešskorbutiškai, kad ir konservuotos). Skandinavijoje norima šitos uogos vartoti vietoj brangių apelsinų. („Br. med. J." 3816 nr.).

× **Vakcina prieš dėmėtąją šiltinę.** Pastaraisiais trejais metais Lenkijoje buvo sėkmingai vakcinuota 6.000 žmonių. Vakcina prieš dėmėtąją šiltinę gaminama tam tikru būdu iš utėlių. Iš 2.755 zmonių, — kuriems buvo padarytos 3 vakcinos tokiomis dozėmis, kurios atitinka 120—175 utėlių žarnų turį, — nė vienas nesusirgęs. („Br. med. J." 1934 m. 3810 nr.).

× **Priešnarkotinė kompanija Paryžiuje.** Paryžiuje veiksiąs specijalus biuras visais narkotikų (opium'o, morfium'o, heroin'o ir cocain'o) reikalais, nors Prancūzijoje narkotikų tiek daug nesunaudojama, kiek kitose šalyse. („J. Amer. med. Assoc." 1934 m. 2 nr.).

MEDICINIŠKASIS SĄMOJUS.

× **Viena turtinga, bet šykšti pilietė** kiekvienai progai pasitaikius stengdavosi išgauti iš gydytojo nemokamą patarimą. Kartą, susitikusi gatvėje pažįstamą gydytoją, klausia:

— Ką tamsta darai nusišaldęs?

— Kosčiu, — atšovė gydytojas ir nuėjo savo keliu.

× **Profesorius egzaminuodamas** studentą klausia:

— Ką tamsta, kviečiamas pas ligonį, pirmiausia paklausi?

— Ar jis turi pinigų, — atsakė studentas.

× **Negali vaistų imti.**

— Ne, iš mamytės rankų aš negaliu vaistų imti. Tepaduoda senelė.

— Kodėl?

— Nes senelės drebanti ranka gali juos išlieti!

× **Garnys tai tik pasaka.** Mokytojas per gamtos pamoką klausia Laimutę:

— Laimute, ką žinai apie garnį?

— Pone mokytojau, garnys tai tik pasaka...

× **Mintys apie sveikatą.** 1. Sveikata — tuščia vieta: kai ji yra, jaučiama tuščia vieta, lyg nieko nebūtų; kai jos nebėra, vėl skaudžiai jaučiama tuščia vieta, kurioje ji buvo...

2. Geriau tetuštėja kišenius ir tepilnėja sveikata, negu kad pilnėjant kišeniui tuštėja sveikata...

3. Sveikata yra ašis, apie kurią sukasi visa pasaulio pažanga, tik niekas tos ašies nejaučia, kaip kad ir žemės kamuolio ašies, kuri yra, nors jos ir nematai...

× **Nesusipratimas.**

Ligonis: Aš kalbėjausi su vaistininku, ir jis man patarė...

Gydytojas (pertraukdamas): Suprantama, jis patarė tamstai kokį kvailą dalyką.

Ligonis: Teip, jis patarė kreiptis į tamstą.

Surankiojo *Arėjas Vitkauskas.*