MEDICINA

žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XVI met. | 1935 m. birželio mėn. | Nr. 6

Dr. B. Matulionis.

Dumblo vonios.

Paskutiniais metais įvairiuose kraštuose atsiranda daug naujų gydomųjų (balneologinių) kurortų. Patys kurortai darosi prieinamesni plačiajai visuomenei; į kurortus važiuojama nebe pramogų jieškoti, bet pasigydyti, sveikatos sustiprinti. Kurortų vidinė santvarka keičiasi. Stengiamasi patenkinti naujieji medicinos mokslo reikalavimai; norima kurorto lankytojams duoti rimtas gydymas, vartojant moderniškas dijagnostikos ir fyzijoterapijos priemones; kurortų gydomosioms įstaigoms pradeda vadovauti prityrę specijalistai. Kurortiniu gydymu pradeda domėtis valstybė ir visuomeninės sveikatos organizacijos; jos steigia sanatorijas tarnautojams, darbininkams, biednuomenei (Italija). Toks kurortinio gydymo vertinimas pareina nuo dabartinių fyzikinės terapijos laimėjimų ir nuo to didelio skaičiaus chroniškų ligonių, kuriems reikalingas balneoterapiškas gydymas.

Prisiminkim tik reumatikus. Kad ir nėra tikrų žinių, kiek yra Lietuvoje sergančiųjų chronišku reumatu, tačiau, sprendžiant pagal kitus kraštus, pas mus reumatikų turėtų būti daug. Kaikurių kraštų statistika rodo, kad susirgimų reumatu yra per pusę mažiau kaip tbc., bet vidutinis reumatikų amžiaus ilgumas yra 6 kartus didesnis kaip džiovininkų (Aschenbach); todėl sergančiųjų reumatu susidaro daug daugiau kaip kad sergančiųjų džiova. Jei Lietuvoje sergančiųjų tbc. skaitoma 40.000 iki 50.000, tai reumatikų turi būti kelis kartus daugiau. Šitų ligonių pagydymas, jiems darbingumo grąžinimas turi didžiausios ekonomiškos ir socijališkos reikšmės. O kiek dar yra kitokių chroniškų nereumatikų, kuriems reikalingas ir kuriems padeda kurortinis gydymas? Klausymas rimtas; jis turėtų būti judinamas ir rimtai diskutuojamas.

Chroniško uždegimo procesams gydyti daugiausia padeda balneoterapija; čia tarp įvairių jos vartojamų gydymo metodžių pirmą vietą užima bendros ir vietinės durpinio (Moor) ar mineralinio (Schlamm) dumblo procedūros. Lietuvoje mes turime tik vieną gydomąjį kurortą Birštoną; čia paskutiniais metais greitu tempu plečiasi durpinio dumblo vonių ir kompresų tera-

piškas vartojimas. Praktiški gydymo rezultatai, gauti Birštono kurorte, ne blogesni, kaip kad kituose žinomuose (Estijos, Latvijos, Čekoslovakijos, Vokietijos) kurortuose, kur yra vartojamos analogiškos gydymo priemonės.

Studijuojant balneologinę ir kurortologinę literatūrą, lyginant įvairių kraštų kurortų skelbiamus statistikos duomenis, nesimato, kad procentais paimti Birštono kurorte įvykusieji pagijimai ir pagerėjimai būtų apčiuopiamai menkesni kaip kitur, kur kurortams vardą sudaro terminiai sieros šaltiniai, terminiai sieros dumblai ir t. t. Šita aplinkybė duoda pagrindą kiek plačiau panagrinėti dumblo vonių ir kompresų terapišką veikimą.

Durpinio dumblo ypatybės.

Pas mus, Birštone, vartojamas gydymo reikalams augalinės kilmės durpinis dumblas. Daugiau kaip 50% sausų durpinio dumblo liekanų sudaro organiškos substancijos. Svarbiausios dumblo sudėtinės dalys, nuo kurių, kaip kad manoma, pareina jo terapiškas veikimas, yra gumuso rūgštys, tirpstamos geležies, kalcio ir aliuminio druskos, tanino ir sieros junginiai. Ypačiai yra svarbios gumuso rūgštys, kurios suteikia gydomajam dumblui kolojidiškas ypatybes. Durpinis dumblas yra rūgščios reakcijos, turi bakterijocidiškų ypatybių ir paprastai esti laisvas nuo gyvų mikroorganizmų, turi džiovinamąjį ir stiprų adsorbuojamąjį veikimą.

Vartojamas gydymo procedūroms dumblas reikalingas tam tikro, gana ilgo paruošimo. Visų pirma jis ištisus mėnesius „vėdinamas", t. y. sudedamas teip, kad galėtų prieiti oras, kad atmosferos deguonis paverstų netirpstamas geležies - sieros substancijas į tirpstamus junginius. Šitas oksidacijos procesas yra labai lėtas; jam pasibaigus (po $^1/_2$ - 2 mt.), dumblo tirpstamų substancijų kiekis žymiai, kartais keleriopai, padidėja (L e m a n).

Pagrindinės dumblo fyziškos ypatybės pareina nuo vandens imlumo, šilumos imlumo ir šilumos laidumo. Be paminėtųjų dumblo ypatybių, dumblo vonių veikimui dar didelės reikšmės turi temperatūrinės konvekcijos veiksnys. Dumblo šiluminis imlumas ir laidumas, dumblo vonios temperatūrinė konvekcija sudaro dumblo vonios termiško veikimo charakteristiką. Šita terminė dumblo vonių charakteristika nė kiek nepanaši į mineralinių vonių terminę charakteristiką; todėl visai negalima lyginti dumblo ir mineralinių vonių pagal jų temperatūrą; tai yra nesulyginami dalykai. Tuo tarpu kai mineralinių vonių terminės charakteristikos komponentai — šiluminis imlumas, laidumas ir temperatūrinė konvekcija — praktiškai yra pastovūs, tai dumblo voniose šitie patys veiksniai gali lengvai keistis. Todėl termiškos dumblo vonių ypatybės, kurios susideda iš paminėtų nepastovių veiksnių, negali būti pastovios; todėl tos pačios temperatūros įvairių dumblo vonių termiškas veikimas gali būti labai skirtingas.

Indiferentiška dumblo vonių temperatūra, palyginti, augšta; ji esti tarp 36⁰-38⁰ C. Toks platus, net tris laipsnius užimąs indiferentiškos temperatūros tarpas pareina nuo anksčiau minėtųjų temperatūrinių veiksnių santykio. Vienos dumblo vonios indiferentiška temperatūra gali būti apie 36⁰ C., antros — apie 37, o trečios — net 38⁰ C. gali pasiekti. Tai pareina nuo vonios substrato fyziškų ypatybių. Gapsalu, Kuresaare (Arensburgas) ar Pisczany kurortų dumblo vonios turės žemą indiferentišką t⁰, nes šituose kurortuose dumblo vonių substrato temperatūrinė konvekcija didelė. Kas kita Birštono, Kemerų, Francensbado vonios; čia indiferentiška t⁰ bus apie 38⁰ C., bet ir šituose kurortuose galėtų pasitaikyti vonių su indiferentiška temperatūra apie 36⁰ C., jei nebūtų vonių substrato paruošimas štandartuotas ir nuolato kontroliuojamas.

Pavojus, kuris atsiranda dėl dumblo vonių temperatūriško veikimo nepastovumo, aiškus, bet, deja, dar daugelis net labai moderniškų, brangiai įrengtų kurortų nesidomi dumblo vonių termiškomis ypatybėmis. Aišku, kad tokiais atsitikimais tikslus vonios temperatūros nustatymas darant ligoniui paskyrimą pasidaro beveik beprasmiškas. Nors tai parodaksališkai skamba, bet iš tikrųjų teip yra. Paimkime normalią durpinio dumblo vonią, kurios indiferentiška temperatūra esti apie 38⁰ C.; kurorto gydytojas (gal patsai kurorto direktorius) skiria ligoniui dumblo vonią 41⁰ C; ligonis paskirtu laiku gauna dumblo vonią lygiai 41⁰ C. karštumo, tik tos vonios substrato tokios šiluminės ypatybės, kad jo indiferentiška temperatūra yra apie 36⁰ C., t. y. dviem laipsniais žemesnė. Šitokia vonia 41⁰ C. veiks teip, kaip kad veiktų pirmoji vonia (kur indiferentiška temperatūra yra apie 38⁰ C.) 43⁰ C. Aišku, kad ligonio sveikatai ne vistiek bus, ar jis gaus vonią, kurios veikimas bus lygus 41⁰, kaip kad paskirta, ar 43⁰ C. Iš šito palyginimo bus aišku, kad dumblo vonios temperatūra dar nenusako jos termiško veikimo; vadinas, dumblo vonios šiluminei charakteristikai temperatūros nurodymas yra dar neviskas. Tai vistiek, kaip paskirtume ligoniui išgerti kurių nors vaistų tam tikrą tirpinio kiekį, nenurodžius, kuri to tirpinio turi būti koncentracija. Milteliams mes nurodome tik svorį, bet tirpiniams to neužtenka, dar reikalinga nurodyti tirpinio stiprumas. Tas pats su dumblo voniomis, tik čia šiluminės dozės tikslus nurodymas labai sunkus, kadangi nėra aiškaus kriterio vonios substrato šiluminei ypatybei apibūdinti.

Kaip praktikoje turėtų būti, pamatysime vėliau, o dabar tik reikėtų turėti galvoje, kad į kurortą siunčiamam ligoniui rašyti dumblo vonių paskyrimas su tiksliais temperatūros nurodymais yra visai beprasmiška. Kas kita būtų, jei, vieton nieko nereiškiančio vonių galutino paskyrimo, suteiktume kurorto gydytojams smulkių žinių apie pacijento ligos eigą, jo individualias ypatybes ir prie to pridėtume savo nuomonę apie tolimesnį ligonio gydymą. Tai būtų iš tikrųjų mediciniškai logiškas ligonio perdavimas

tolimesniam specijaliam gydymui balneoterapinėje įstaigoje. Šitas klausymas tenka paliesti todėl, kad nuolatos tenka matyti pas kurorto pacijentus vonių paskyrimus su tiksliu temperatūros nurodymu, kuriuos jie atsiveža nuo savo gydytojų *).

Terapiškas dumblo veikimas.

Dumblo vonių ir kompresų veikimo analyzė yra nelengvas dalykas. Nors dumblo vonios vartojamos jau daugiau kaip šimtą metų ir jų terapiškas veikimas yra vienas iš stipriausių tarp visų kitų balneoterapinių procedūrų, vis dėlto iki šio laiko dar nėra tiksliai išaiškintas dumblo vonių veikimo mechanizmas. Eksperimentiški tyrimai ir stebėjimai rodo, kad dumblo vonių veikimas pareina nuo jų temperatūros, fyziškų ypatybių ir chemiškos sudėties. Jokios balneoterapinės procedūros neturi tokio intensyvaus šiluminio veikimo, kaip kad dumblo vonios ir kompresai. Įdomu pažymėti, kad šitos šiluminės ypatybės stipriausiai pasireiškusios ne mineraliniame (fango), bet durpiniame dumble. Pavyzdžiui, tose pačiose sąlygose nuo 47° C. atšąla iki 42° C. paprastas smėlis per 30 min., mineralinis dumblas (Schlamm) — mažiau kaip per 30 min., o durpinis dumblas — tik per 45 min. (L e n d e l). Vadinas, durpinio dumblo vonios ir kompresai pasižymi pastovia savo temperatūra. Jei vandens vonios temperatūra per 1 val. gali nukristi nuo 52° C. iki 41° C., tai dumblo vonios temperatūra tomis pat išorinėmis sąlygomis tik pačiame paviršiuje atšąla iki 31° C., o viduje pasilieka beveik lygi 52° (C a r t a l l i e r i). Toks lėtas durpinio dumblo vonių atvėsimas pareina nuo jų labai silpnos šiluminės konvekcijos. Šiluminės konvekcijos veiksnys, tirštėjant dumblo vonios konsistencijai, krinta ir artėja prie nulio; juo silpnesnė vonios šiluminė konvekcija, juo augštesnė bus tos vonios indiferentiškoji temperatūra, juo augštesnės temperatūros veikimą galės išlaikyti pacijentas. Todėl dumblo procedūros ypatingai tinka ten, kur reikalingas intensyvus šildymas, gili šilumos penetracija. Didžiausio laipsnio šita durpinio dumblo ypatybė pasiekia, kai jis tirštos konsistencijos vartojamas kompresams; čia visai trumpu laiku organizmas pripranta ir lengvai išlaiko net 60° C. vietines aplikacijas. Stipri durpinio dumblo aplikacijų termopenetracija duoda stiprų veikimo efektą. Odos ir giliau esamų organų vaskuliarinė systema išsiplečia; cirkuliacija, medžiagų apykaita sustiprėja. Prasideda senų chroniško uždegimo židinių ir chroniškų eksudatų rezorbcija. Gana dažnai gijimo procesas prasideda lengvu paaštrėjimu (fokalinė reakcija).

---

*) Viena iš Kauno pacijentė 1933 mt. atsivežė į Birštoną dumblo vonių paskyrimą, kurį jai parašė vienas plačiai žinomas Karaliaučiaus gydytojas. Paskyrime buvo nurodyta dumblo vonių temperatūra iki šimtųjų laipsnio dalių tikslumu (sic!). Toks paskyrimas tik rodo, kad tasai plačios praktikos Karaliaučiaus gydytojas visiškai nesiorijentuoja dumblo vonių klausymu ir, nežiūrint to, rašo ultraprecizuotą paskyrimą.

Bet vienu šiluminiu veikimu terapinis efektas aiškinti negalima. Dumblo vonios kolojidinis substratas nėra indiferentiškas; jame yra visa eilė ištirpusių neindiferentiškų substancijų. Tarp organizmo paviršiaus, tarp odos ir šitos pusskystės kolojidiškos masės vyksta medžiagų pasikeitimas. Netikslu būtų vartoti dumblo kompresai maišeliais, kaip kad tai daroma kaikuriuose kurortuose. Nebuvimas tarp odos ir terapiškai veikiančios dumblo masės kontakto sustabdo tarpusavį medžiagų keitimąsi ir pašalina dumblo kolojidiškos masės chemišką veikimą.

Dumblo kolojidų ir chemiškų ištirpusių substancijų veikimas nesibaigia termopenetracija, vaskuliarine diliatacija ir cirkuliacijos sustiprėjimu; jie stimuliuoja bijochemiškus procesus, pagreitina medžiagų apykaitą, veikia periferinę nervų systemą. Angliavandenių, lipojidų ir mineralinių substancijų apykaitos padidėjimas eksperimentais nustatytas (Schazillo, Rosenfeld); teippat padidėja azotinė apykaita (Abel, Kisch, Lozinsky); kraujo serumo mineralinė sudėtis ir jonų santykis pasikeičia; sumažėja kalcio, padaugėja kalcio kiekis (Trescher, Vogt). Pasikeitusi medžiagų apykaita, be abejo, paliečia ir bijochemiškų reakcijų eigą; šitas veiksnys, kartu su refleksišku veikimu per periferinę nervų systemą, veikia visą vegetacinę nervų systemą ir jos reguliuojamas organizmo funkciias (Stahl, Curschmann). Tuo būdu dumblo procedūrų pradžioje periferinis veikimas vėliau pasireiškia bendru veikimu.

Bendrą dumblo terapinių procedūrų veikimą parodo eksperimentiški stebėjimai, gydant vienasąnarinius susirgimus dumblo bendromis voniomis ar pusvonėmis, tačiau, sergantį sąnarį paliekant nuošaliai nuo dumblo veikimo; tokio sąnario uždegimo procesas pagerėja ar praeina visai, nors patsai tiesiogiai nebuvo dumblo paliestas.

Dumblo procedūrų šiluminis ir chemiškas veikimas, kuris labai žymiai išplečia odos indus ir sustiprina cirkuliaciją, paliečia ir kitas svarbias odos bijologiškas funkcijas, ypač jos ezofylaktinę funkciją (savo hormonų produkciją). Galimas dalykas, kad dumblo terapinės procedūros — vonios ir kompresai — teippat kaip mineralinės vonios, sukelia vazodiliataciniu substancijų — acethylcholin'o ir phosphor'o adenosin'o — grupių atsiradimą.

Pagaliau, reikia paminėti dumblo hormoniškas veikimas. Ultraspektroskopiški dumblo ekstraktų tyrimai konstatavo seksualinių hormonų (estrogeninių substancijų) buvimą; jų aktingumas patikrintas bijologiškais tyrimais (Wehefritz, Gierhake); surastas seksualinis hormonas turi tą patį veikimą, kaip kad a-follikulin'as; jo kiekis durpiniame dumble yra gana žymus.

Tuo būdu terapinių dumblo procedūrų veikimo vien fyziškomis dumblo ypatybėmis aiškinti negalima; veikimas vyksta ne tik kontaktinės termopenetracijos būdu; jis liečia periferinę ir vegetacinę nervų systemą, daro įtakos bijochemiškoms organizmo reakcijoms, paliečia medžiagų apykaitos procesus ir vidinės sekre-

cijos liaukų veikimo sritį. Balneologijos institutų ir kitų mokslišků medicinos įstaigų bei klinikų uždavinys yra giliau ištirti ir pažinti šito terapinio veiksnio veikimo mechanizmą ir nustatyti tikslius indikacijų, dozavimo ir kontrolės dėsnius.

Dumblo terapijos būdai.

Dumblo terapijai vartojamos dumblo vonios ir kompresai' arba vadinamoji dumblo bendroji ir vietinė aplikacija.

Vietinės dumblo aplikacijos vartojamos visų pirma gydyti lokalizuotiems susirgimams, k a.: visokiems monoartritams, neuralgijoms ir t. t. Teippat vietinės aplikacijos vartojamos tada, kai esti reikalingas intensyvus kurio-nors sąnario gydymas. Bendros aplikacijos gali būti pavartotos tais atsitikimais, kur vartojamos bendros dumblo vonios.

Kas geriau, ar bendra dumblo vonia ar bendra aplikacija, nelengva pasakyti; tai iš dalies yra techniškas klausymas, bet tik iš dalies, nes apskritai dumblo voniai ir bendrajai aplikacijai vartojamo dumblo fyziškai chemiškos ypatybės yra nevienodos. Galimas dalykas, kad dumblo vonioje stipriau pasireiškia tarp odos ir dumblo tarpusaviai fyziškai chemiški procesai ir veikimo efektas esti didesnis. Gal būt todėl empiriškoji balneoterapija palyginti retai tevartoja vieton bendrų dumblo vonių bendras aplikacijas. Bendros aplikacijos vis dėlto kaikuriais atsitikimais daugiau tinka kaip vonios; tai nusilpę, anemiški, nervingi ar širdies ydą turintieji reumatikai, nutukusios climax'o perijode moterys ir t. t. Šitie pacijentai bendras aplikacijas pakelia gana gerai. Tuo tarpu dumblo vonios minėtus pacijentus kartais perdaug vargina ir silpnina, nes bendras dumblo vonių veikimas visada esti daug stipresnis kaip bendrųjų aplikacijų.

Dumblo vonių terapijos metodika labai įvairi; ji daugiausia remiasi kurortų vietiniu prityrimu. Specijalios literatūros šituo reikalu duodami nurodymai ir skelbiami kurortų pranešimai metodikos klausymais tiek įvairūs, kad sunku iš jų padaryti kuri-nors išvada*). Balneoterapinių įstaigų ir balneologinių institutų pranešimai mirga nuomonių įvairumu ir net prieštaravimais.

Šiluminio veiksnio tikrinimas.

Pirmas klausymas, kuris kyla gydytojui, kai jis skiria dumblo terapiją, yra vonių temperatūros klausymas. Jau buvo minėta, kad dumblo vonios temperatūra dar neduoda vonios termiško veikimo charakteristikos. Čia, manau, ir glūdi nuomonių skirtumo priežastis. Patyrinėjus dalyką arčiau, pažinus balneoterapines įstaigas vietoje, paaiškėja du dalyku, būtent:

1) pasirodo, kad nevisur balneoterapijos reikalams vartoja-

*) Šiuo metu plačiausia balneoterapijos ir kurortologijos klausymais literatūra yra rusų kalba; vokiečių mediciniškoji literatūra balneologijos klausymais, palyginti, menka.

mas dumblas esti vienodų fyziškų ypatybių, todėl ir šiluminės jo ypatybės negali būti visur vienodos;

2) pasirodo, kad net labai moderniškuose, su brangiais, milijoniniais įrengimais kurortuose dar gana dažnai stinga grynai mediciniškos, kritiškos minties.

Jau yra minėta, kad dumblo vonios šiluminis veikimas pareina nuo vonios temperatūros ir jos šiluminės konvekcijos; juo dumblo konsistencija tirštesnė ir juo šiluminė konvekcija bus mažesnė, juo augštesnė bus reikalinga voniai temperatūra, ir priešingai. Gydytojas, skirdamas dumblo terapiją, paprastai nurodo vonių ar aplikacijų tik temperatūrą; apie kitas šilumines ypatybes (šiluminis veikimas, išeinąs iš šiluminio imlumo, laidumo ir šiluminės konvekcijos) jokių nurodymų neduoda; tai suprantama, nes tik vonios temperatūra tegalima greitai nustatyti ir pakeisti. Kitų gi kiekvienos vonios šiluminių ypatybių patikrinti praktiškai yra negalima; tai būtų jau komplikuotas tyrimo darbas, kuris reikalauja laiko, nes šiluminių vonios ypatybių tikrinimas ir pakeitimas yra susijęs su įvairiais tyrimais, apskaičiavimais ir atskiedimo ar koncentravimo manipuliacijomis. Bet vis dėlto, kad nebūtų gydymas atliekamas voniomis ir aplikacijomis, kurių šiluminės ypatybės ir šiluminis veikimas tiksliai nežinomi, kad terapiniai paskyrimai kiek galint būtų racijonalūs, pacijento sveikatai nepavojingi, reikalingas kuris-nors kriteris, kuris-nors pagrindas. Toks pagrindas yra vonioms ir aplikacijoms vartojamo dumblo konsistencijos, resp. atskiedimo, pastovumas. Jei vartojamo dumblo konsistencija, resp. jo šiluminė ypatybė, pastovi, tai šiluminiam dumblo procedūrų veikimui reguliuoti užtenka vien temperatūros pakeitimų. Belieka vietinio kurorto gydytojams empyriškai pažinti dumblo šiluminis veiksnys, ir dumblo procedūrų termiškas veikimas galima reguliuoti vien temperatūros moduliacijomis. Apskritai imant, kaip matome, dumblo vonių ir kompresų kontrolė su vienu termometru nepakankama; ji turi susidėti iš dviejų momentų: temperatūros patikrinimo ir konsistencijos pastovumo prižiūrėjimo. Jei kiekvienos vonios temperatūra gali būti kitokia, vadinasi, keičiasi individualiai, tai jos konsistencija turi būti štandartinis dalykas ir šito štandarto kontrolė praktiškai yra įmanoma tik rezervuare, kuriame dumblas paruošiamas iš karto visai vonių arba aplikacijų serijai. Kur tokių didelių dumblo paruošimo ir šildymo razervuarų nėra, kur kiekviena vonia atskirai paruošiama, ten negalima kalbėti apie dumblo pastovios konsistencijos išlaikymą, vadinas, negalima dumblo procedūrų tiksli temperatūrinė kontrolė ir šitų procedūrų terminiai netikslumai iki 1—2 laipsnių darosi neišvengiami. Tokios klaidos yra jau gana stambios ir pacijentą jos gali paveikti neigiamai.

Techniškų įrengimų principas.

Kiekvienoje balneoterapinėje kurorto įstaigoje turėtų būti darbo metu minimum du dumblo pakankamo didumo rezervuarai

Viename rezervuare turėtų būti paruošiamas nustatytas pastovios konsistencijos dumblas ir sušildomas iki minimalės dumblo vonių temperatūros. Iš tokio rezervuaro pripildytoji dumblo vonia turėtų būti sušildoma iki augštesnės temperatūros, jei toks būtų paskyrimas, garo srove*). Antras dumblo rezervuaras turi būti tam, kad galima būtų dirbti be pertraukos; tuo tarpu kai vienas rezervuaras paruošiamas, iš antro, jau paruoštojo, imamos vonios. Tos kurortų balneoterapinės įstaigos, kurios dumblo vonioms gaminti turi tik vieną rezervuarą, neturi jokio galimumo dumblo vonias paruošti vienodos konsistencijos, nes be pertraukos į tokį rezervuarą esti paduodamas iš viršaus šaltas dumblas ir be pertraukos esti imamas iš apačios įšilęs dumblas. Nuolatos iš tokių rezervuarų išeina dumblas perkarštas; tada jis tenka atmiešti šaltu dumblu. Teip gaminamos vonios kiekviena skiriasi nuo kitų savo konsistencija, resp. savo šiluminėmis ypatybėmis; nors tokių vonių temperatūra tiksliai atitiktų gydytojo paskirtą temperatūrą, bet vonios termiškas veikimas gana dažnai bus kitoks, negu kad gydytojas norėjo vonios temperatūrą skirdamas.

Kaip gi praktikoje yra vykdoma dumblo procedūrų šiluminė kontrolė?

Daugelyje Pabaltijo ir Vakarų Europos kurortų kontrolei naudojamasi tik termometro parodymais. Apie dumblo konsistencijos temperatūrinę reikšmę pamirštama; konsistencijos nustatymas paliekamas paprastų, kartais padienių, darbininkų nuožiūrai; jie įpareigojami tik su termometru nustatyti tokią temperatūrą, kuri yra nurodyta gydytojo paskyrime.

Lankant vieną Latvijos kurortą, kurio moderniškiesiems techniškiems įrengimams išleisti milijonai, teko matyti visa brangių elektrinių automatiškų termometrų systema, paruošto vonių dumblo temperatūrai kontroliuoti. Tarnautojai, paklausti apie dumblo konsistenciją, papasakojo, kad esą visaip: jei vonių pareikalavimas esąs didelis, tai vonios kartais gerokai skystos išeinančios; o jei reikalaujama vonių neperdaug, tada vonios esančios gana tirštos.

Tuo būdu brangūs įrengimai tiksliai temperatūros kontrolei pasidaro bereikšmiai. Estijos viename prieš keletą metų labai gražiai ir moderniškai įrengtame kurorte dumblui paruošti ir šildyti pastatytas toks mažas bakas, kad konsistencijos štandarto palaikymas ir kontrolė rezervuare yra visai neįmanomi; tektų tai daryti kiekvienoje vonioje, bet praktiškai tai yra, kaip minėta, sunkiai įvykdoma.

Daugelyje Vakarų Europos žinomų kurortų lygiai tas pat. Dumblo vonios temperatūra neretai koreguojama šalto dumblo pridedant.

---

*) Dumblo šildymas garo srove iš tikrųjų nėra gera metodė, nes nuo augštos garų temperatūros pasikeičia dumblo fyziška (kolojidai) ir chemiška struktūra.

Visa tai rodo, kad balneoterapinių kurortų mediciniškoji organizacija ir vadovybė nevisada yra pakankamoje augštumoje. Dar ir dabar kaikur manoma, kad kurortui gali vadovauti asmuo be specijalių mediciniškų žinių, net ne gydytojas. Dargi gydytojų tarpe ir dabar yra nuomonių, kad balneoterapinės įstaigos turi būti viešos, atviros, visiems be tos įstaigos kontrolės prieinamos. Į kurortų gydomąsias įstaigas daug kur dar tebežiūrima daugiau komersantų akimis. Todėl tokiose gydymo įstaigose gali būti mediciniškų nenuoseklumų ar dėl kompetentingos mediciniškos vadovybės stokos ar todėl, kad mediciniškoji vadovybė perdaug komerciškai esti nusiteikusi savo veikime.

Mediciniškoji balneoterapinių įstaigų organizacija.

Po karo pirmoji Rusija pradėjo racijonaliai tvarkyti kurortus ir kurortinį gydymą. Visai racijonaliai pradeda persitvarkyti Italijos kurortai. Imkim žinomą didelį Montekatinį kurortą, kurį akcinė b-vė nuomoja iš valstybės. Čia balneoterapinėse įstaigose joks gydymas be tų įstaigų gydytojų kontrolės neleidžiamas, nors paskyrimą pacijentas turėtų iš vietinio kurorte praktikuojančio gydytojo; kitas didelio masto moderniškai ir brangiai įrengtas kurortas Salsomaggiore turi visą eilę valstybinių ir privačių balneoterapinių įstaigų ir kiekviena tokia įstaiga turi savo nuolatinius tarnautojus gydytojus, kurie prižiūri ir kontroliuoja gydymą.

Pas mus Lietuvoje (Birštone) irgi einama ta kryptimi. Čia L. Raudonasis Kryžius 1933 m. įsteigė prie Birštono kurorto balneoterapinių įstaigų polikliniką su terapijos ir dijagnostikos įrengimais, kad galima būtų tinkamai prižiūrėti ir vykdyti kurorte atliekamas gydymas.

Dumblo terapijos metodika.

Durpinio dumblo terapija dažniau vartoja bendrąsias vonias ar pusvones, rečiau vietines aplikacijas, tuo tarpu mineralinio dumblo terapija beveik išimtinai naudoja vietines ir bendras aplikacijas; tik Estijos kurortai (Hapsalu, Kuresaare) plačiai vartoja ir mineralinio dumblo bendrąsias vonias; bet reikia pasakyti, kad čia vadinamosios dumblo vonios savo termišku veikimu daugiau prilygsta mineralinėms, kaip kad dumblo vonioms, nes jų substratas yra perdaug skystas. Durpinio dumblo vonių metodika, kaip yra minėta, nevisur vienoda; yra didelių skirtumų vonių temperatūros, laiko, vonių skaičiaus ir dažnumo atžvilgiu.

Neliečiant smulkiau kraštutinumų, galima trumpai paminėti tik tos schemos, kurios daugumoje kurortų jau ilgą laiką vartojamos su geru pasisekimu. Čia pat tenka pabrėžti, kad jokia schema negali būti vartojama šabloniškai; ji duoda bendrą orijentaciją, ne daugiau. Kaip kiekvienas ligonis yra individualus, turi individuališkus savo ligos požymius, taip ir jo gydymas turi būti individuališkas. Todėl negali būti šabloniško, visiems tinkamo, nei gydymo ilgumo, nei vonių skaičiaus, nei pačių vonių vienodos,

visiems tinkamos metodikos. Schema yra tik bazė, ant kurios kiekvieną kartą turi būti vykdomas individuališkai pritaikomas gydymas. Orijentacinė schema paliečia šiuos svarbiausius gydymo momentus: vonių skaičių, temperatūrą, laiką, dažnumą ir gydymo ilgumą.

Retai kada esti vartojamos vienos dumblo vonios. Beveik kaip taisyklė dumblo voniomis gydymas pradedamas ir pabaigiamas mineralinėmis voniomis; teippat ir gydymo metu tarp atskirų dumblo vonių esti skiriamos mineralinės vonios. Tokia terapijos schema turi praktišką pagrindą. Pradėti gydymas iš karto dumblo voniomis, žinoma, galima, bet netikslu; negalima nuo pat pirmosios vonios vartoti augšta temperatūra; reikia organizmas palaipsniui pripratinti prie augštesnių temperatūrų. Daugelis kurortų, ypač Rusijoje, pirmąsias 3 dienas skiria po mineralinę vonią, kas kartas pakeldami temperatūrą 1^0 (36^0, 37^0, 38^0 C.). Kadangi dumblo vonios yra, palyginti, brangios, tai šitai paruošiamajai fazei vartojamos žymiai pigesnės mineralinės vonios.

Dumblo vonių skaičius.

Po paruošiamosios fazės, kuri paprastai trunka apie 3 dienas, pradedamos dumblo vonios; jų skiriama vidutiniškai 10—12, rečiau iki 16. Juo senesnis susirgimas, ypač jau gydytas kurorte, juo ilgesnio gydymo, didesnio vonių skaičiaus, yra reikalingas. Iš anksto gydymo ilgumo nuspėti negalima, nes tai yra individualus dalykas. Ypatingai tai svarbu žinoti ligonių kasų ir įstaigų gydytojams. Jei ligonis siunčiamas trumpam laikui, pav., 10—14 dienų, jam duodama tik keletas vonių, 6—8, ir jei ligonis negali ilgiau gydytis kurorte dėl laiko ar lėšų stokos, tai dažnai iš tokio gydymo esti maža naudos; tokiam neva gydymui sugaištas laikas ir išleistos lėšos vargu ar gali būti pateisintos. Dumblo vonių terapiškas veikimas pareina ne tik nuo jų šiluminio veikimo (laiko, t^0), bet ir nuo vonių ėmimo tvarkos.

Dažnai patys pacijentai ar juos siuntusios įstaigos dėl ekonomiškų išskaičiavimų stengiasi gydymą atlikti kotrumpiausiu laiku. Gydymo pagreitinimas galimas tik iki tam tikrų ribų. Niekuomet negalima pamiršti dviejų dalykų: perdaug forsuotas dumblo vonių ėmimas gali sukelti širdies ir nervų systemos funkcinius sutrikimus, širdies plakimą, ryškų nervingumą ir t. t. Antra, chroniškos ligos gydymas reikalingas ne tik tam tikro vonių skaičiaus, bet ir laiko, kitaip tariant, gydymui reikalingos ne tik vonios, bet ir laikas. Šitas dalykas gana dažnai esti pamirštamas.

Praktikoje daugumas kurortų vengia dumblo vonias skirti kasdien; dažniausiai jos esti skiriamos pradieniui. Laisvomis dienomis ligonis pasilsi arba gauna lengvą šiltą, 36^0—37^0 C, mineralinę vonią. Stiprios sveikatos individai, ypač jei gauna tik pusvones, be jokio pavojaus gali imti po dvi, o kartais net po tris dumblo vonias iš eilės, pasilikdami poilsiui ar lengvai mine-

ralinei voniai kas trečia ar ketvirta diena. Dumblo vonias užbaigus, daug kur kurortuose skiriamos 2—3 mineralinės vonios su krintančia temperatūra (37⁰, 36⁰, 35⁰ C.), kad užsigrūdytų organizmas.

Dumblo vonių temperatūra ir laikas.

Didžiausios praktiškos reikšmės turi vonios temperatūra ir vonios laiko ilgumas. Kadangi dumblo vonios šiluminis veikimas pareina ne tik nuo jos temperatūros, bet ir nuo kitų jos šiluminių ypatybių — nuo dumblo konsistencijos ir nuo jo įvairių kitokių fyziškų ypatybių, tai specijalioje literatūroje ir pranešimuose nurodomi dumblo vonių temperatūros skaičiai dar nieko aiškaus nepasako*). Maža yra balneologų, kurie pasisako už žemą, indiferentišką (apie 38⁰ C) dumblo vonių temperatūrą. Didžioji dauguma balneologų ir kurortų vartoja karštas (40⁰—42⁰ C.), o kaikuriais atsitikimais ir labai karštas (43⁰ C) dumblo vonias. Tirštos konsistencijos dumblo vonios, kaip kad jos daromos, pav., Birštone, retai kada esti vartojamos šaltesnės, kaip 40⁰ C.; dauguma pacijentų 40⁰ C. dumblo vonioje greitai pripranta ir nejaučia pakankamos šilumos; tik labai (41⁰—42⁰ C.) vonioje pasireiškia stiprus prakaitavimas ir geras įšilimas; dar augštesnės temperatūros (43⁰ C.) dumblo vonios į pabaigą sukelia profuzišką prakaitavimą ir stiprią tachykardiją; maždaug po 15 min. atsiranda bendro nuovargio jausmas. Tokios temperatūros vonios tik atskirais atsitikimais galima skirti pacijentams, turintiems visai sveiką, ištvermingą ir atsparią kardio-vaskuliarinę ir nervų systemą**).

Dumblo pusvonės daug lengviau pakeliamos kaip kad bendrosios vonios, todėl ir pusvonių temperatūra paprastai esti augštesnė; pav., gana dažnai pradedama nuo 41⁰ C. ir palaipsniui keliama iki 44⁰—45⁰ C., kaikuriais atsitikimais net iki 46—47⁰ C.

Visi dumblo vonių temperatūros minėtieji skaičiai yra tik orijentacinė iliustracija. Dumblo vonių temperatūra yra reikalinga griežtos individualizacijos; ji galima nustatyti tik atsižvelgiant į viso organizmo, o teippat į jo kardio-vaskuliarinės ir nervų systemos būklę ir organizmo individualią reakciją. Todėl pacijentas gydymo metu turėtų būti kiek galint dažniau tiriamas. Terapiškų dumblo procedūrų metu pacijentas pradžioje kiekvieną kartą turėtų būti vizituojamas vonioje, kad pagal patikrinimo duomenis galima būtų tinkamai koreguoti gydymo eiga. Tam reikalui kiekviena balneoterapinė įstaiga turėtų turėti pakankamą kontroliuojančių gydytojų skaičių.

---

*) Tik vienas kitas rimtas balneologas savo pranešimuose apie dumblo vonias greta jų temperatūros nurodo dumblo konsistenciją (specifinį svorį).

**) Pasitaiko fenomeniškai termofiliškų individų. Pav., vienas, 25 mt. amžiaus, su subjektyviais reumato symptomais, tvirtas vyras tik 46⁰ C. mineralinėje vonioje gerai jautėsi, o žemesnės temperatūros vonias laikė šaltomis. Kitas, turįs ischias'ą, 30 mt. amžiaus, tvirtos sveikatos darbininkas tik 55⁰ C. dumblo pusvonėje gerai jautėsi; žemesnės gi temperatūros vonias laikė šaltomis ir reikalaudavo karštesnių. (*Aut.*).

Dėl dumblo procedūrų laiko ilgumo balneologų tarpe yra įvairiausių nuomonių. Kraštutinių nuomonių iliustracijai galima paminėti prancūzų kurortas St. Amand ir kurortas Barbotan, kur indiferentiškos temperatūros dumblo vonios trunka iki 5 valandų. Saki kurorte vieną laiką dumblo vonios buvo skiriamos 41° C. iki $1^1/_2$—2 val. ilgumo. Be retų kraštutinio nusistatymo kurortų, kitur dumblo vonių laikas svyruoja tarp 10 ir 30 minučių. Yra rimtų nuomonių (prof. Nalbandov), kad trumpas dumblo vonios laikas, 10—15 m, kad ir vonia būtų augštos temperatūros, yra nepakankamas ir negali išnaudoti vonios terapiško veikimo. Eksperimentiški tyrimai parodė (Tarusov), kad chemiškas dumblo vonios veikimas tik po 15 min. pradeda pasireikšti. Dumblo vonioje vidinė kūno temperatūra pirmąsias 30—35 min. kyla, o paskui jau pradeda kristi (prof. Nalbandov, dr. Sosiura). Šitas vidinės temperatūros kritimas gali būti traktuojamas, kaip vegetacinės nervų systemos nuovargis, funkcinis nusilpimas. Iš šitų duomenų galima padaryti išvada, kad dumblo vonių laikas neturėtų būti ilgesnis kaip kad 30 min. ir ne trumpesnis kaip kad 15 min.

Praktikoje tiek Birštone, tiek ir daugumoje kitų kurortų dažniausiai esti vartojamos dumblo vonios 20 min. Atsižvelgiant į visus praktiškus ir eksperimentiškus patyrimus, galima laikyti, kad 20 min. dumblo vonios laikas yra daugumai atsitikimų optimalus. Žinoma, tiek vonios temperatūra, tiek ir jos laikas turi būti individualiai taikomas, atsižvelgiant į ligonio svarbiausių organų būklę ir gydymo reakciją.

Vietinės dumblo aplikacijos.

Kur reikalingas aprėžtų chroniškų infiltratų ar atskirų neuralgijų gydymas, bendrosios dumblo vonios vartoti būtų neracijonalu; jos teippat netinka reumatikams su širdies yda, anėmikams ir apskritai nusilpusiems individams. Tokiais atsitikimais vietoje dumblo vonių vartojamos vietinės dumblo aplikacijos, vadinamieji kompresai, arba vietinės pusvonės. Dumblas vietinėms aplikacijoms gali būti vartojamas arba tirštos tešlos konsistencijos arba pussausis, dar byrantis. Juo sausesnis dumblas, juo šiluminis jo laidumas silpnesnis; toks dumblas ilgiau išlaiko šilumą ir gali būti augštesnės temperatūros (50°—55° C.) vartojamas; šlapios tirštos tešlos konsistencijos dumblo temperatūra turi būti kiek žemesnė; kaikur toks dumblas kompresams vartojamas 45°—50° C., bet yra nuomonių, kad gerų terapinių rezultatų galima esą gauti vartojant šlapio dumblo aplikacijos 42° C. Eksperimentiški tyrimai (prof. Nalbandov) parodė, kad karštos, 42°—44° C, dumblo aplikacijos, vartojamos po 15 min., duoda 2—3 kartus greitesnį infiltratų gijimo efektą, kaip kad šilto, 40° C, dumblo aplikacijos, vartojamos po $^1/_2$—1 val. Paskutiniais dvejais metais Birštone vietinėms aplikacijoms (kom-

presams) buvo vartojamas tik drėgnas, dar byrantis dumblas 45—50—55° C. t°.

Kas geriau veikia, ar pusdrėgnis karštas (50°—55° C.) ar šlapias (45°—50° event. 42° C.) dumblas, tuo tarpu palyginamų stebėjimų nėra padaryta nei Birštone, nei iš kitų kurortų nėra pranešimų apie tokius bandymus.

Vietinės aplikacijos organizmo nevargina, nereikalauja iš jo didelių jėgų įtempimo. Jų veikimas esti daugiau vietinis, todėl dumblo vietinių aplikacijų veikimo laikas gali būti kiek ilgesnis kaip kad dumblo vonių. Nors šituo klausymu įvairių kurortų pažiūros nevienodos, bet skirtumai, apskritai imant, nedideli. Įvairių kurortų pranešimuose randame, kad vietinių aplikacijų vartojimo laikas svyruoja tarp 15—20—30 min. Iš to, kas buvo jau apie dumblo vonias pasakyta, reikėtų padaryti išvada, kad trumpos, apie 15 min, vietinės aplikacijos vargu ar yra racijonalios; jei nusistatoma dumblo vonioms skirti apie 20 min., tai juo labiau nereikėtų vartoti dumblo kompresų trumpesnių kaip kad 20 min. Rimtesnių balneologų pranešimuose (pav., prof. Nalbandov) randame, kad vietinės aplikacijos reikėtų vartoti po 20—30 min. Manau, kad būtų visai racijonalu ir logiška dumblo kompresų veikimo laikas moduliuoti tarp 20—45 min., event. iki 60 min. Juo vietinė aplikacija apima didesnį sąnarių skaičių ar didesnę kūno paviršiaus dalį, juo didesnis bus tokios aplikacijos bendras veikimas, juo trumpesnis jos veikimo laikas turi būti; ir, priešingai, mažų aplikacijų veikimo laikas gali būti pakankamai ilgas, iki 60 min., nes čia beveik nėra aplikacijos bendro veikimo.

Kadangi nėra tinkamos metodės dumblo procedūros veikimo optimaliam laikui nustatyti, tai, žinoma, sunku vienas ar kitas vartojamas laikas tinkamai argumentuoti. Čia tenka iš dalies vadovautis savo subjektyviais įspūdžiais ir praktiškais statistiško pobūdžio patyrimais. Kadangi nuo vietinių aplikacijų veikimo esti daug mažesnė bendra reakcija, tai reikalingam terapiniam efektui pasiekti tenka pavartoti ne tik augštesnės temperatūros ir ilgesnis kiekvienos procedūros veikimo laikas, bet esti reikalinga ir pačių aplikacijų skaičius padidinti. Tuo tarpu, kai 10—12—16 dumblo vonių vienam gydymo kursui vidutiniškai užtenka, vidutinis vietinių aplikacijų skaičius esti apie 16—20, refr. atsitikimais net iki 60.

Vietinių aplikacijų vartojimo dažnumas pareina nuo jų didumo. Didelės aplikacijos, kurios apima žymią kūno dalį, savo bendru veikimu artėja prie dumblo vonių. Jų veikimas gali sukelti ne tik vietinę, bet ir bendrą reakciją; todėl po 2—3 didesnių dumblo aplikacijų reikalingos poilsio dienos; šitomis poilsio dienomis pacijentas arba jokio gydymo negauna arba tegauna lengvą mineralinę vonią (36°—37° C.), kartais indiferentišką (33°—34°) anglirūgštės vonią. Mažos vietinės aplikacijos, kurios apima vieną antrą sąnarį ar šiaip nedidelę kūno paviršiaus dalį, gali būti skiriamos kasdien, iki 6 kartų per savaitę.

Bendras gydymo ilgumas dumblo procedūromis negali būti trumpas; jo laikas pareina ne tik nuo reikalingo procedūrų skaičiaus, bet ir nuo paties patologiško proceso esmės. Iš praktikos prityrimo yra žinoma, kad chroniškų procesų aktyvavimas arba mobilizacija ir po to einanti infiltratų rezorbcija reikalingi laiko, kurį ad libidum negalima sutrumpinti ir juo labiau iš anksto negalima jo ilgumo numatyti. Todėl pacijentui, siunčiamam gydytis į kurortą, iš anksto definityviai nustatyti gydymo ilgumo negalima ir mediciniškai nelogiška; anksčiau laiko nutrauktas gydymas yra nebaigtas ir pamestas darbas. Tokiam gydymui padarytos išlaidos nepateisinamos. Klaidą daro įstaigos ir ligonių kasos, definityviai skirdamos savo siunčiamųjų pacijentų gydymui tik 10—14 dienų. Pasitaiko atsitikimų, kur ir per tokį trumpą laiką esti gaunamas žymus pagerėjimas, bet tai daugiau išimtys. Ne teoretiški samprotavimai, bet senas prityrimas rodo, kad balneoterapiškam gydymui reikia numatyti minimum 3 savaitės. Normalus balneoterapiško gydymo laikas yra 4—6 savaitės. Nei vienas prityręs balneoterapijoje gydytojas neturėtų laikyti dviejų savaičių terminą gydytis kurorte racijonalia, priimtina norma; bet, nežiūrint į tai, ir Vakarų Europos kurortuose yra daug kur valdžios ar visuomenės organizacijų laikomų sanatorijų, į kurias nemaža pacijentų siunčiama gydytis tik 2 savaitėms. Labai dažnai patys pacijentai savo gydymo laiką aprėžia 10—14 dienų. Toks trumpas gydymas yra netikslus; jis pareina ne tik nuo ekonomiškų motyvų, bet iš dalies ir nuo nesiorijentavimo balneoterapijos klausymais. Kiekvienas gydytojas, kuris pacijentui pataria balneoterapišką gydymą, turėtų iš anksto pacijentą įspėti, kad nepakankamas gydymas kurorte, kaip bet kuris kitas nepakankamas gydymas, neduos jam pageidaujamų vaisių.

Antra vertus, gydymas ir gyvenimas kurortuose turėtų būti teip tvarkomi, kad pakankamo ilgumo kurortinis gydymas būtų prieinamas plačiajai visuomenei, kiekvienam ligonui, kuris tokio gydymo yra reikalingas. Pigių, hygijeniškų sanatorijų statymas, pigių sezonų skyrimas, sergančiųjų vargšų aprūpinimas yra tiek valstybės, tiek ir visuomenės organizacijų pareiga (Austrija, Italija).

Kliniškas tyrimas.

Gydymas dumblo voniomis ir aplikacijomis nėra indiferentiška intervencija; ji reikalinga organizmo jėgų įtempimo. Netinkamu būdu ar netinkamais atsitikimais pavartota šita terapija gali būti žalinga. Tik tikslus terapijos nustatymas tėra gydymo pasisekimo pagrindas. Tačiau apie terapijos tikslumą negalima kalbėti, kai nėra tikslios dijagnostikos. Kadangi terapijos pasisekimas absoliučiai pareina nuo dijagnostikos tikslumo, tai kiekvieno pacijento tyrimas turi būti atliekamas ne paviršutiniškai, ne diletantiškai, bet pagal

moderniškąsias tyrimo metodes. Pasenusių dijagnostikos metodžių nebegalima suderinti su moderniškosios terapijos reikalavimais. Balneoterapija, kuri chronikus gydant apima svarbią integralinės terapijos dalį, negali būti sėkmingai vykdoma, jei nėra aiškios kliniškos dijagnozės. Arthritis chr., insufficientia cordis ir panašios tariamosios dijagnozės yra tik bendrųjų symptomų pavadinimas ir nieko bendra su kliniškąja dijagnoze neturi. Tikslesnė dijagnostika reikalinga komplikuoto tyrimo, kuriam anamnezės, inspekcijos, auskultacijos ir perkusijos dažnai neužtenka. Tiesa, kartais didelis gydytojo prityrimas gali iš dalies atstoti instrumentinius ir chemiškus tyrimus, bet toks tyrimas tokio didelio prityrimo ir tiek daug laiko yra reikalingas, kad praktikoje jis pasidaro sunkiai įvykdomas.

Imkime širdį. Eilė organiškų širdies susirgimų (ypač myokarditai) gali neduoti jokių auskultacijos ir perkusijos pakitimų; net rentgenologiškasis vaizdas gali būti normalus; tik elektrokardijograma iškelia myokardo ar širdies neuro-myogeninės systemos organišką sužalojimą. Dumblo vonių terapiją skiriant, yra toli gražu ne vistiek, ar pacijentas turi sveiką ar organiškai sužalotą širdį. Juk svarbu, kad vienos organų systemos gydymas nebūtų padarytas gal svarbesnių organų sveikatos sąskaiton.

Kiekviename kurorte reumatikai sudaro visų didžiausią pacijentų skaičių. Iš padarytų paskutiniais metais A s c h o f f'o patologiškai anatomiškų tyrimų mes žinome, kad reumato procesas pasireiškia įvairiuose organuose diseminavusiais infiltratais. Tokių infiltratų visų daugiausia randama myokardo interstitium'e; nebe pamato kaikas iš patologų-anatomų reumatą vadina labiau širdies, kaip kad sąnarių liga. Šitos rūšies anatomiškų širdies pakitimų mes negalime auskultacijos būdu pastebėti; perkusijos duomenys teippat gali būti normalūs, bet šitas myokardo sužalojimas gali žymiai sumažinti širdies funkcinį pajėgumą, kuris dumblo vonių terapijos metu gali pasireikšti insuficijencija ir myokardo išsiplėtimu. Tokia gydymo komplikacija labai nemaloni; ji gali kuriam laikui balneoterapišką gydymą padaryti visai negalimą. Išvengti tokių komplikacijų galima, jei gydymo metu pacijento kardio-vaskuliarinė systema kontroliuojama; tik jei kontrolė vykdoma vien pagal auskultacijos ir perkusijos duomenis, klaidų nebus galima išvengti. Širdies perkusijos tikslumas nedideliems ribų pakitimams pastebėti yra nepakankamas. Čia būtinai reikalingas širdies ortodijagrafiškas rentgeno spinduliais tyrimas. Žinoma, nėra reikalo kiekvienas reumatikas rentgenologiškai tirti ir kontroliuoti. Tik neaiškiais abejotinais atsitikimais rentgenologiški širdies patikrinimai būtini.

Bet ne vien reumatikų širdies kontrolei rentgenas reikalingas. Kaikuriu artritų diferencinei dijagnostikai rentgenas duoda labai svarbių nurodymų; tik rentgeno nuotrauka kartais parodo aiškiai, kurios rūšies yra sąnarių susirgimas. Dumblo vonių terapija gali aktyvuoti liatentiškus plaučių tuberkuliozės infiltratus.

Kurios reikšmės rentgenas turi plaučių tuberkuliozės liatentiškų infiltratų dijagnozei, nereikia nei kalbėti. Dėl dijagnostikos paviršutiniškumo, dėl rentgenologiško tyrimo nepavartojimo po dumblo vonių terapijos įvykusi nepažintos plaučių tuberkuliozės egzacerbacija pacijentui gali būti fatališka. Toks įvykis sunkiai sužeistų ir balneoterapinės institucijos autoritetą. Pacijentams, kurie gauna gydymą dumblo procedūromis ir kurių plaučiai įtartini, kontrolė rentgenu yra būtina. Tai reikalauja pacijento apsaugojimas nuo didelio pavojaus; tai yra svarbu gydomosios įstaigos geram vardui ir pasitikėjimui apsaugoti.

Greta rentgeno ir elektrokardijografijos lygiomis stovi kliniškoji laboratorija. Įvairių ekskretų, kraujo, kraujo serumo chemiškas ir mikroskopiškas tyrimas priklauso prie kasdieninių tyrimo priemonių, be kurių pakankamas ligonio ištyrimas dažnai esti negalimas.

Trumpai suglaudę visa, kas aukščiau pasakyta, matome, kad balneoterapija negali būti atskirta nuo kliniškojo ligonių tyrimo, kaip ir kiekviena betkuri kita terapijos šaka. Paviršutiniškas ligonių tyrimas, diletantiškumas tiekpat pavojingas ir neleistinas balneoterapinėje institucijoje, kaip ir betkurios ligoninės sienose.

Vonių ėmimas.

Vienas iš svarbesniųjų dumblo vonių veikimo veiksnių yra jų šiluminis veikimas.

Organizmo šiluminė tolerancija yra nepastovi, ir iš pradžių ji po kiekvienos vonios auga, kol po 3—5 vonių pasiekia savo optimuminę ribą. Po pirmų 2—3 paruošiamųjų mineralinių vonių su kylančia temperatūra (pav., nuo 36° iki 38°C.), kurios dažniausiai gali būti skiriamos kasdien po 15—20—30 min., prasideda dumblo vonios; jos trunka apie 20 min. Bendrųjų pirmų dumblo vonių temperatūra dažniausiai prasideda nuo 40°C. ir kyla iki 41°—42°C., kartais iki 43°C.; dumblo pusvonių temperatūra esti augštesnė: prasideda nuo 40°—41°C. ir pakyla iki 44°C., event. iki 45°C. ir retais atsitikimais — iki 46°—47°C. Po 10—15 minučių dumblo vonioje prasideda prakaitavimas; jis į pabaigą dažnai darosi profūziškas, pulsas pagreitėja, kraujoslėgis kiek krinta, odos kraujo indai ryškiai išsiplečia.

Šita indų diliatacija dar gana ilgai laikosi voniai pasibaigus. Juo toliau vonios imamos, juo stipriau pasireiškia vazomotorų pareziška būtis ir vis ilgiau ji laikosi voniai pasibaigus. Ryški odos hyperėmija veikia prakaito liaukų funkciją; prakaitavimas vonioje ir po vonios darosi vis stipresnis ir ilgesnis. Vazomotorų reakcija į atmosferos temperatūrinį veikimą pasidaro nepakankama. Todėl po paskutinės dumblo vonios staigus gydymo užbaigimas ir pacijento paleidimas iš kurorto kaikuriais atsitikimais gali būti žalingas. Reikalinga parezinei vazomotorų systemai grąžinti tonusas ir gera reakcija, kad organizmas būtų tin-

kamai apsaugotas nuo išorinės temperatūros staigių pakitėjimų neigiamo veikimo. Viena iš geriausių priemonių organizmui gydymo pabaigoje užgrūdinti yra kasdien skiriamos krintančios temperatūros mineralinės (37°—36°—35°C., po 15—20 min.), kartais anglirūgštės vonios.

Po kiekvienos dumblo vonios pacijentas gauna šiltą trumpą mineralinę vonią (apie 37°C., 5—10 min.). Tai vadinamoji n u p l a u n a m o j i v o n i a, nes ji vartojama tam, kad pacijentas nusiplautų nuo kūno vonios dumblą. Po šitos vonios pacijentas vonios ar poilsio kambaryje kurį laiką ilsisi, kartais šiltai įvyniotas dar prakaituoja ir paskui grįžta namo.

Terapinės technikos netikslumai.

Tokios schemos laikosi dauguma Europos kurortų. Daugumai pacijentų tokia dumblo vonių ėmimo metodė, mano įsitikinimu, nėra racijonali, kartais gali būti net žalinga dėl interkurentinių susirgimų, nes teip gydomi pacijentai labai lengvai persišaldo. Užtenka trumpo kritiško žvilgsnio į šitą metodę ir jos trūkumas krinta į akis. Po dumblo vonios įšilęs pacijentas su parezine vazomotorų systema po trumpo poilsio kabinoje apsirengia, dar paguli apsirengęs poilsio kambaryje ir grįžta namo. Per visą tą laiką vyksta intensyvus prakaitavimas; nuo prakaito atidrėgsta drabužiai, kuriuos pacijentas vilki. Po 1—2 val. pacijentas apleidžia įstaigą; jo kūnas ir drabužiai dar drėgni nuo prakaito. Vazomotorinė systema pusiau parezinėje būtyje, jos terminė reakcija silpna. Gerai, jei lauke oras ramus, šiltas, sausas, — tuomet pacijentui jokio pavojaus nėra. Bet jei ore pučia šaltas drėgnas vėjas, jei pacijento kambarys šaltas, vėjo perpučiamas, kaip tai dažnai kurortų vasarnamiuose esti, nusišaldymas ir event. susirgimas gali būti neišvengiamas. Jei prisiminsime, kad chroniškojo reumato etijologijoje figūruoja ne tik konstitucija, infekcija, klimato veikimas, bet ir odos cirkuliacijos sutrikimas, tai bus aišku, kaip neracijonalus yra toks dumblo vonių ėmimo būdas. Geresnėje būtyje yra tik tie turtingieji pacijentai, kurie gali apsigyventi viešbučiuose su balneoterapiniais įrengimais; tada jie iš savo kambario šiltais koridoriais patenka tiesiog į vonių būstines ir teippat iš ten atgal grįžta, neišeidami į lauką. Didžioji pacijentų dauguma tokių patogumų turėti negali. Bet užtai jiems neturėtų būti taikoma tokia vonių ėmimo metodė, kuri jiems event. galėtų pakenkti.

Įdomu, kad net moderniškiausieji, paskutiniame dešimtmetyje pastatytieji, kurortų balneoterapiniai įrengimai visur padaryti šabloniškai ir juose dumblo vonių ėmimo procedūra atliekama teippat šabloniškai. Visur labai daug dėmesio kreipiama į išorinę formą, į blizgėjimą, ir permaža žvelgiama į esmę. Šitai jau esu pabrėžęs, kalbėdamas apie dumblo konsistencijos reikšmę.

Dabar tenka pažymėti dumblo vonios užbaigimo procedūros netikslumas. Po dumblo vonios gaunama ryški odos hyper-

ėmija, ir stiprus prakaitavimas turi svarbų terapišką veikimą. Tik ką šitam fenomenui prasidėjus, netikslu būtų jis tuojau nutraukti. Balneologai, kurie šitos nuomonės laikosi, turi pagrindą; tačiau negalima sutikti su jų nuomone, kad dumblo vonios sukeltieji odos stipri hyperėmija, prakaitavimas ir ryški vazomotorinės systemos parezė teip ir turi pasilikti, kol savaime grįš normalią būtį; negalima sutikti, kad su drėgnu nuo prakaito kūnu ir drabužiais, su parezine periferinių vazomotorų systema pacijentas išeitų į šaltą vėją. Dumblo vonios procedūra negali užsibaigti apiplaunamąja šilta vonia. Išėjus iš dumblo vonios ir apsiplovus, reikalingas po 1—2 val. prakaitavimo ir poilsio užgrūdinimas. Reikalinga vėl šilta vonia su greitai krintančia temperatūra. Per 2—3—4 minutes mineralinės vonios temperatūros lygus kritimas nuo 37° iki 34—33° C., kartu daromi judesiai vonioje apsaugo pacijento išvargintą nervų systemą nuo ūmaus suerzinimo, kaip tai padaro šalti apipylimai ar dušai, pašalina odos vazomotorų parezę, grąžina jiems tonus'ą ir normalią reakciją. Po šitos procedūros pacijentui nebėra tokio pavojaus išeiti į šaltesnį orą ar grįžti į šaltesnį butą.

Kiekvienoje dumblo vonių įstaigoje turėtų būti poilsio kambariai teip įrengti, kad pacijentai neapsirengę galėtų po vonios 1—2 val. prakaituoti ir ilsėtis; prie šito poilsio kambario turėtų būti įrengtos vandens vonios ar bent dušai, kur pacijentas prieš išeidamas galėtų gauti užgrūdinamąją vandens procedūrą su lygiai krintančia temperatūra. Kol kurortai neturi tokių įrengimų, kol jų poilsio kambariai tėra skirti tik apsirengusiems pacijentams pasilsėti, tol negalima kalbėti apie mediciniškai racijonalų įrengimą, nors techniškas įrengimas būtų moderniškiausias.

Reakcija.

Dumblo terapijos metu chroniško uždegimo židiniuose dažnai esti pastebimas skausmų padidėjimas, patinimas, temperatūros pakilimas ir t.t. Šitas reiškinys vadinamas vietine arba fokaline balneoterapine reakciją. Šitos reakcijos pasirodymas iki šiol buvo laikomas teigiamu prognoziniu symptomu. Kai gydymas nesukeldavo vietinės reakcijos, buvo stengiamasi paaštrėjimas gauti parenteraline jaudinamąja terapija. Paskutiniai rusų balneologų stebėjimai ir surinkti statistikos duomenys (prof. Nalbandov) nepatvirtino balneoterapinės vietinės reakcijos teigiamos reikšmės. Susirgimai, nepareiškę vietinės gydymo reakcijos, teip pat gerai gyja, kaip kad ir pareiškę reakciją.

Be šitos vietinės reakcijos, gydymo metu gali pasireikšti dar bendroji reakcija, kuriai charakteringas širdies plakimas, silpnumas, greitas pailsimas. Bendrosios reakcijos pasirodymas yra kardiovaskuliarinės systemos insuficijencijos požymis. Jos vengtina, nes tolimesnis vonių ėmimas gali pasidaryti nebegalimas.

Klausymui, kaip veikia dumblo vonios širdį, nėra vienodo atsakymo: skelbiami stebėjimų duomenys vieni kitiems prieštarauja.

Vieni (prof. Nalbandov, Aschenbach) nors pripažįsta, kad dumblo procedūros reikalingos didesnio širdies darbo, bet neranda, kad jos ypatingai sužalotų kardio-vaskuliarinę systemą. Tik didelio laipsnio širdies yda, lydima dekompensacijos symptomu, aiškiai pasireiškusios hypertrofijos ir myodegeneracijos, arba toli nuėjusi arterijosklerozė – sudarančios karštų dumblo ir kitokių vonių terapijai kontraindikaciją. Tokiems ligoniams tinką vietinės dumblo aplikacijos ir dijatermija (Aschenbach). Kiti gi (prof. Rosenier) su didele baime žiūri į dumblo vonių veikimą; jie randa, kad daugelis pacijentų, pavartoję lengvas vietines aplikacijas, gauna širdies išsiplėtimą, dūslius tonus, ūžesius, funkcišką širdies insuficijenciją ir t.t. Paskutinioji balneoterapeutų nuomonė neturi įtikinamų įrodymų.

Daryti išvadų apie širdies ribų padidėjimą po dumblo vonių, pasirėmus tik perkusijos duomenimis, kaip kad daro prof. Rosenier, negalima, nes tyrimo metodė permažai tiksli ir net subjektyvi. Čia tiktų tik ortodijagrafiškas širdies patikrinimas. Dumblo vonios iš širdies reikalauja intensyvesnio darbo, bet tasai širdies darbo padidėjimas nėra ypatingai didelis. Dumblo vonioje cirkuliuojančio kraujo masė pagausėja, nes kraujas išeina iš savo depo; pagausėjusi kraujo masė sunkina širdies darbą; periferinis pasipriešinimas širdžiai sumažėja, nes kapiliarai ir arterijolės išsiplečia. Hydrostatiškas slėgimas iš karto stipriai veikia periferinę venų systemą. Spaudžiamos krūtinės ląstos ekskursijos darosi mažesnės ir trumpesnės; tai irgi veikia venų systemos cirkuliaciją, tik priešinga kryptimi hydrostatiškam veikimui; tuo būdu šitie momentai vienas antrą iš dalies kompensuoja. Kylant kūno temperatūrai, keičiasi Keith-Flack'o rytmas; atsiranda sinus-tachykardija, dijastolė darosi trumpesnė, širdies pripildymas darosi blogesnis; galimas dalykas, kad koronarinė cirkuliacija kiek susilpnėja. Skiriant dumblo vonias, visi šitie momentai reikia turėti galvoje; todėl, dar kartą tenka pabrėžti, gydymas turi prasidėti rimtu ištyrimu; abejotinais atsitikimais turi būti pavartotos visos tyrimo priemonės; šabloniškai, paskubomis atliktomis perkusija ir auskultacija pasitikėti negalima. Dvejų metų prityrimas Birštono kurorte rodo, kad individualizuojant paskyrimus, kontroliuojant jų veikimą, dumblo vonių terapija galima pavartoti be baimės sužaloti kardijovaskuliarinę systemą, nors šita systema nebūtų intaktiška.

Bijoma, kad dumblo vonių terapija traumatizuoja nervų systemą, pablogina neurotišką būklę. Eilė stebėjimų rodo, kad šita prasme dumblo vonių veikimas nesiskiria nuo kitų vartojamų terapijos metodžių.

Simultaninė terapija.

Į kurortą gydytis susivažiuoja chroniški ligoniai. Daugelio jų ligos įsisenėjusios, su antriniais įvairiais pakitėjimais. Kiekvienas toks pacijentas trumpiausiu laiku, per 2 — 3 sav., norėtų pasigydyti ir sveikas grįžti. Kurorto terapiškame gyvenime polypragmazija pasidaro neišvengiama. Bet ir mediciniškai būtų nelogiška kurorte pasitenkinti vien balneoterapija, pamirštant kitas belneoterapijos metodes. Ko vertas būtų, pavyzdžiui, podagrikų terapiškas gydymas, jei nebūtų panaudota dijetoterapija? Ar būtų racijonalu, gydant mineraliniais vandenimis virškinamojo aparato sutrikimus, nepasinaudoti dijetoterapijos veikimu? Ar tikslu būtų neturtingo pacijento ar valdininko, kurie trumpą laiką gali pasilikti kurorte, gydymo nepagreitinti kitomis terapinėmis priemonėmis? Pagaliau, nemaža esti chroniškų procesų, kurie labai refraktiškai laikosi prieš vartojamą terapiją. Tokiais atsitikimais gaišti laikas, nevartojant kombinuotos terapijos, būtų didelė pacijentui materialė skriauda. Gydant gilius chroniškus infiltratus, didžiųjų ar giliai gulinčių sąnarių susirgimus, trumpųjų bangų terapija gali sutrumpinti balneoterapiško gydymo laiką ir patys gydymo rezultatai gali būti geresni ir pastovesni. Trumpam laikui atsiųstas į kurortą pacijentas su refraktišku procesu, jeigu jam nebus pavartota simultaninė terapijos metodė, gali grįžti be jokio pagerėjimo. Didelę praktišką simultaninės terapijos reikšmę turėtų turėti galvoje ypač įstaigos ir jų gydytojai, kurie savo tarnautojus ar klijentus (ligonių kasos narius) siunčia kurortiškam gydymui. Kaikurių gydytojų puritaniškas nusistatymas — tik balneoterapija ir daugiau nieko — yra nepraktiškas ir mediciniškai nelogiškas. Imkime masažių; kaikuriais atsitikimais šitos terapijos kombinavimas su balneoterapija ne tik pageidaujamas, bet tiesiog yra būtinas, nes masažius gali sutrumpinti gydymo laiką ir patys gydymo rezultatai gali pasidaryti žymiai geresni.

Kad kurortinis gydymas duotų trumpiausiu laiku maximum pagerėjimo, neužtenka racijonaliai sutvarkyti balneoterapiškų įstaigų įrengimas ir veikimas. Dar reikalingi dijagnostikos ir fyzikinės terapijos tinkami įrengimai. Didžiausios reikšmės chroniškiems infiltratams gydyti turi trumpųjų bangų terapija. Kurortas, kuris negali šita terapija pasinaudoti, turi savo darbe didelę spragą. Absoliučiai reikalinga dijetetinė terapija, resp. dijetetinės valgyklos. Dažnai kurortuose pastebimas balneoterapiškai gydomųjų ligonių gausus maitinimas (beveik tikras penėjimas, Mastkur) didžiojoje atsitikimų daugumoje yra labai neracijonalus, mediciniškai ne tik nepamatuotas, bet terapijos dėsniams dažnai prieštaraująs reiškinys. Pati vartojamo maisto sudėtis dažnai esti netiksli. Daug, pav., į Birštoną suvažiuoja pacijentų pasigydyti su podagros reiškiniais. Beveik visi jie iš mėsiškų valgių vartoja tik paukštieną ir bijo gerti arbatos ir kavos; tuo tarpu

yra žinoma, kad jaunų gyvulių mėsa, teippat paukštiena ir žuviena, purinų turi daugiau kaip kad sena virta jautiena. Podagrikams patariamoji paukštiena jokių pirmenybių neturi prieš raudonąją mėsą. Thein'as ir coffein'as organizme nepereina į šlapimrūgštę ir todėl šitie purinai podagrikams nepavojingi (prof. Sternberg). Dažnai žalingų dijetetinių netikslumų galima būtų išvengti tik turint dijetetines valgyklas ir sanatorijas. Eilės susirgimų gydymas kurorte be sanatorinio režimo negalimas, ypač tais atsitikimais, kur indikuota simultaninė terapija (prof. Strasser).

Poilsis po gydymo.

Pasibaigus dumblo vonių ar kitokiai balneologiškai terapijai, dar nėra pasibaigęs šitų procedūrų organizme sukeltas procesas. Tik maža dalis pacijentų gydymo pradžioje pajaučia pagerėjimą; daugumai pagerėjimas prasideda gydymą baigiant ar užbaigus. Svarbu, kad tuo metu, kai organizme tebevyksta gydomųjų procedūrų sukeltoji reakcija, pašaliniai momentai, kaip kad nuovargis, nušalimas ir t. t., nenuslopintų šitos reakcijos. Statistikos stebėjimai rodo, kad tie reumatikai, kurie po gydymo dumblo procedūromis gauna 10 — 14 d. poilsio, po gydymo susilaukia geresnio ir patvaresnio pagijimo. Yra dar visa eilė kitų svarbių argumentų, kurie rodo, kad po balneoterapiško gydymo kad ir neilgas poilsis labai pageidaujamas. Tučtuojau po dumblo vonių pacijento stojimas į darbą sumažina terapijos efektą. Todėl po gydymo nors trumpas, 10 — 14 d., poilsis nėra luxus, bet tik gydymo logiškas užbaigimas.

Dumblo terapijai indikacijos ir kontraindikacijos.

Dumblo terapija **indikuotina** šiais atvejais:

1. Svarbiausia dumblo vonių ir aplikacijų vartojimo sritis yra chroniškas reumatas ir kitokios etijologijos chroniški artritai ir įvairūs infiltratai. Geresnį pagijimo efektą duoda ne senesni kaip kad 3 metų susirgimai ir dar negydyti kurorte. Labiau įsisenėję arba jau gydyti kurorte artritai silpniau reaguoja į dumblo procedūrų terapiją ir reikalingi gydymo ne trumpesnio kaip kad 5 sav. Apskritai, reumatikų gydymas neturi būti trumpesnis kaip 1 mėn. Didelės reikšmės turi gydymo metu masažius, dijatermija, ypač trumpųjų bangų terapija. Dumblo terapija galima symptomiškai vartoti ir degeneracinėms artrozėms, nes esti gaunamas skausmų sumažėjimas.

2. Chroniškos moterų ligos — chroniški adneksitai ir hyposeksualinė būklė; jaunų moterų infantilizmas, oligo - ir amenorrhoea, pirminis ir antrinis steriliškumas, climacterium'as.

3. Kepenų tulžies pūslės chroniški susirgimai. Nuo dumblo aplikacijų padidėja tulžies sekrecija, tulžis darosi skystesnė. Ilgos dumblo aplikacijos duoda geresnį terapinį efektą kaip kad trumpos. Vartojama augšta temperatūra.

4. Ischias.

5. Įvairios myalgijos ir neuralgijos. Neuralgijų terapijai tinka vidutinės temperatūros.

6. Chroniški periduodenitai, perigastritai ir kiti chroniški suaugimai pilve ir krūtinėje. Augštesnės temperatūros atsargiai vartojamos.

7. Medžiagų apykaitos sutrikimai: podagra su sąnarių ir raumenų systemos pakitėjimais.

Dumblo vonių ir aplikacijų terapijai **kontraindikaciją** sudaro kachektiška būklė, širdies dekompensacija, sunki arterijosklerozė, plaučių tuberkuliozė, sunkios neurozės.

Laikinę kontraindikaciją sudaro gydomojo proceso ūmi stadija; todėl visi indikacijų skyriuje paminėtieji patologiški atsitikimai pačioje pradžioje, kol esti pakilusi temperatūra, ūmūs skausmai, patinimai, — negali būti siunčiami balneologiškam gydymui.

Birštono kurorto tvarkymas.

1. Turime Lietuvoje daug chroniškų ligonių, reikalingų kurortinio gydymo. Daugeliui reumatikų ir kitų analogiškų ligonių balneoterapija duoda pasveikimą ar ilgesnį pagerėjimą ir grąžina jiems darbingumą. Svarbiausias šitų ligonių gydomasis veiksnys yra dumblo vonios, dumblo aplikacijos ir mineralinės vonios. Lietuvoje šiuo metu turime tik vieną balneoterapinį kurortą Birštoną, kuriam tenka aptarnauti mūsų krašto ligoniai.

2. Kad Birštono kurortas galėtų atlikti savo uždavini, kad nereikėtų mūsų ligoniams jieškotis svetimų analogiškų kurortų, reikalinga neatidėliojant Birštono kurortas patobulinti mediciniškai ir suteikti vasarotojams kultūriškos gyvenimo sąlygos.

3. Birštonui patobulinti yra būtini šie įrengimai:

a. Poliklinika su dijagnostikos įrengimais — laboratorija (jau pusiau įrengta), rentgenu ir elektrokardijografu.

b. Fyzikinės terapijos skyrius su trumpųjų bangų terapija, dijatermija ir kitais elektros ir hydroterapijos įrengimais (elektromasažius ir elektros vonios jau yra).

c. Tinkamai įrengtos dumblo ir mineralinės vonios *).

P a s t a b a: Dabartinės dumblo ir II kl. mineralinės vonios turi būti nedelsiant nugriautos.

d. Dijetetinė valgykla.

e. Bent viena didesnė sanatorija, prie kurios turėtų būti įrengtas ištisus metus veikiąs skyrius.

f. Reikalingos pigios, hygijeniškai įrengtos sanatorijos, kad ūkininkams ir darbininkams pasidarytų galimas balneoterapiškas gydymas prieinamomis sąlygomis.

---

*) Turėtų būti terapiškiems tikslams prieinami Šiaurės Lietuvos sieros šaltiniai. Jau seniai laikas būtų tuos šaltinius sutvarkyti, užuot leidus mūsų valiutą vežti į svetimus kurortus su tokiais pačiais sieros šaltiniais.

4. Lietuvos medikai turi būti savo krašto patrijotai, turi pažinti savo krašto kurortus ir savo pacijentus turi įtikinti, kad kurortų lemiantis gydomasai veiksnys nėra jų išorinis blizgėjimas, kurio važiuojama jieškoti užsieniuose.

5. Vadovaujanti Lietuvos visuomenė turi suprasti, kad jos pareiga ne keptų karvelių laukti, bet savo darbu, savo pavyzdžiu padėti kelti Lietuvos kultūrą. Važinėti į svetimus kurortus, savus peikti ir svetimus girti — tai labai pigus ir abejotinos vertės patrijotizmas.

Zusammenfassung.

1. Die Moorbäder und Moorapplicationen sind eine der wichtigsten Heilmassnahmen bei chronisch-entzündlichen Processen und bei sexueller Hypofunktion der Frauen; diese Therapie ist kein gleichgültiger Eingriff, sie setzt eine bestimmte Belastungsfähigkeit des Kardio-vaskulären Systems voraus.

2. Einer der wichtigsten Faktoren der Moortherapie ist die dabei angewendete Temperatur, die stets individuell reguliert worden soll.

3. Der Wärmewirkungsfaktor beider Behandlung kann weder nach dem Thermometer dosiert noch charakterisiert werden, weil er von 2 Momenten bestimmt wird: von der Moortemperatur und von der Wärmekonvektion, die von der Moorkonsistenz abhängig ist.

4. Das in den Moortherapie-Anstalten verwendete Moor muss in Bezug auf die Konsistenz und andere Eigenschaften standerisiert und genau kontroliert werden ebenso wie die Temperatur des Moorbades bzw. der Application.

5. Bei der ambulatorischen Behandlung kann die sofortige Entlassung des Pat nach dem Reinigungsbad, besonders bei ungünstigen Wetterverhältnissen, schädlich wirken. An die Moorbehandlung soll eine 1—2 St. Ruhepause bzw. eine Schwitzprozedur angegliedert werden mit vorsichtiger Wasserabhärtung durch gleichmässig abnehmende Temperatur um paretischen Vasomotoren die normale Reaktion und Tonus wiederzugeben.

6. Zur Unterstützung und Beschleunigung der Kur, bes. in refraktären Fällen, ist das Prinzip der Simultantherapie anzuwenden.

Dr. A. Pikas,
Šiaulių m. ligoninės ordinatorius.

Širdies raumens infarktas.

(Infarctus myocardii)

Su stebėtinu pastabumu, kuris yra būdingas seniems medicinos mokslo korifėjams, H e b e r d e n 1768 metais nupiešė angina pectoris symptomatologijos vaizdą, likusį tikru ligi šių laikų. Tačiau pirmą kartą jo aprašytosios ligos patogenezė jam buvo visiškai nežinoma. Maža dar to, nesusiedamas šitos ligos su betkuriais patologiškais pakitimais širdyje arba jos induose, H e b e r d e n, darydamas nuo angina pectoris mirusio ligonio, palikusio testamentu jam savo lavoną, skrodimą, nerado net reikalo, kaip kad teigia J e n n e r, ištirti vėlionio širdies vainikines arterijas.

Kaip paprastai esti, kai buvo išskirtas naujas kliniškas vienetas, ir šį kartą, Heberden'ui paskelbus apie angina pectoris pranešimą, paremtą 20-čia stebėtų atsitikimų, pradėjo rastis vis daugiau ir daugiau naujų šitos ligos atsitikimų, o paskui pasipylė dešimtimis įvairios teorijos, mėginančios išaiškinti šitos ligos syndromo etijologiją ir patogeniją. Iš daugelio teorijų mes čia trumpai suminėsime tiktai tas kelias, kurios išsilaikė mūsų laikų mokslininkų darbuose ir iki šiol kreipia į save jų dėmesį.

Pirmoji pagal pagrįstamumą ir pagal savo šalininkų kiekį yra vainikinė arba koronarinė teorija, nustatanti nenutraukiamą sąsyjį tarp angininio skausmo priepuolio ir sklerozuotųjų širdies vainikinių arterijų (art. coronariae cordis) sukietėjimo. Pirmuoju šitos teorijos pagrindėju buvo Parry (1799 m.), mėginęs jos tikrumą įrodyti mirusio nuo angina pectoris (1793 m.) garsaus chirurgo Hunter'o, kurio vainikinėse arterijose buvo rasta žymių patologiškų skleroziško pobūdžio pakitimų, skrodimo rezultatais. Šita teorija ilgainiui įsigijo tokį „išimtinumą" ir tokią vyraujančią reikšmę, kas neatitiko klinikos ir anatomijos duomenų. Iš tikrųjų, buvo rasta (kas šiuo metu visiems žinoma), kad pas daugelį mirusiųjų nuo angina pectoris nebūta jokių sklerozišku art. coronoriarum pakitimų, ir, priešingai, esant žymiai vainikinių arterijų sklerozei, jų turėtojai, būdami gyvi, nerodė jokių angina pectoris požymių.

Atsižvelgdami į tai kaikurie mokslininkai koronalgijai atsverti pradėjo stumti į priekį „aortalgijos" teoriją, pagal kurią angininiai skausmai prasidedą dėl aortos (ypačiai aterominės ar sklerozinės) pradinės dalies ištysimo, veikiant padidėjusiam kraujoslėgiui. Šita teorija, nepripažįstanti angininių priepuolių be kraujoslėgio padidėjimo arba spazmiško pobūdžio, dar mažiau gali pretenduoti būti išimtine.

Kiti autoriai į angininį skausmą pradėjo žiūrėti, kaip į pačios širdies raumens reakciją. Pastarasis, būdamas normalus, esąs nejautrus. Nėsant gi pusiausvyros tarp širdies raumens atliekamo darbo ir nepakankamo prie jo kraujo priplūdimo širdies raumens maitimaisiais indais, susiaurėjusiais dėl sklerozės ar spazmų, atsirandanti savo rūšies raumens claudicatio intermittens arba ilgesnė ar trumpesnė jo ischaemia. Į tai atliepiąs širdies raumuo ligūstais mėšlungiais, galinčiais kartais prieiti ligi fibriliacijos ir mirties.

Pagaliau, daugelis autorių angininių skausmų priepuoliams atsirasti didžiausios reikšmės teikia neuralgijai širdies rezginio (plexus cardialis), įdegusio per continuitatem nuo degeneravusių aterominių ar sklerozinių indų, arba sužaloto dėl intoksikacijos (tabakas, alkoholis), arba suerzinto dijafragmai spaudžiant (esant dilatatio ventriculi) ir t. t.

Visos suminėtosios teorijos, k. a.: coronalgia, aortalgia, cardialgia ir neuralgia, — randa patvirtinimą, kiekviena skyrium, klinikos ir eksperimentinės medicinos duomenyse.

Tai aiškinama šitos ligos syndromo atsitikimų polymorfizmu ir margumu ir atitinkamų jų priežasčių daugiariopumu. Todėl daugelis mūsų laikų autorių (Laubry, Donzelot, Pletnev, Buinevičius), reikalo spiriami, yra eklektikais ir angina pectoris pagrindan deda čia vieną, čia kitą teoriją, o kartais ir keletą kartų, atitinkamai tam ar kitam ligos įvairialytiškumui.

Paskutiniame dvidešimtmetyje angina pectoris vainikinė teorija vėl tapo išstumta į priekį, ir širdies vainikinių arterijų systemą pradėjo tyrinėti dauguma mūsų laikų kardijologų ir fyzijologų, kartu su tuo atsiskleidė naujas skyrius širdies patologijoje. Iš tikrųjų, patobulintų eksperimentinės medicinos metodžių dėka, iš vienos pusės, ir didelio kliniškos dijagnostikos išsirūtuliavimo dėka, iš antros pusės, per paskutinius dvidešimt metų buvo surastas naujas syndromas, kuris glaudžiausiai yra susijęs su arteriae coronariae. Čia turima galvoje myokardo infarktas, t. y. širdies raumens nekrozė, kurio dijagnostika yra viena iš svarbiausiųjų naujausių laikų laimėjimų kardijologijos srityje. Tiesa, mūsų pirmtakūnai (Cruveilhier, René Marie ir kt.) buvo puikiai susipažinę su širdies raumens infarktu, bet jie su pastaruoju buvo susipažinę išimtinai kaip su radiniu skrodžiant, o šitos ligos dijagnostiką ligoniui gyvam tebėsant laikė negalima.

Kad parankiau būtų išdėstyti šito syndromo esmė, manau, bus tikslinga patiekti keletas ligų istorijų, kurių vienos mano paties buvo stebėtos, o kitos dėl jų būdingų ypatingumų paimtos iš svetimų veikalų.

1. **V. R.**, 46 m. amžiaus, vertęsis nesunkia inteligentiška profesija; anamnezėje nėsą nei syfilio, nei alkoholizmo, nei kurios kitos rimtos ligos. Rūkęs vidutiniškai. Tėvas miręs staiga dėl angina pectoris priepuolio; motina sirgusi lengvu dijabetu ir arterijoskleroze. Vieną rudens rytą, 9 val., ligonis, lengvai papusryčiavęs, savo įpratimu išėjęs į gatvę. Nesuspėjęs jisai praeiti ir 100 žingsnių, kai staiga pajutęs nepakenčiamą skausmą širdies srityje ir smarkų negalavimą. Vargais negalais jisai parsirioglinęs namon ir atgulęs.

Stat. praes. Ligonis taisyklingo kūno sudėjimo, išblyškęs, su atsimušusiu jo veide dideliu vidaus nerimu, skundžiasi smarkiu skausmu širdies srityje, pridėdamas ranką prie širdies ir keisdamas laikas nuo laiko padėtį lėtais, atsargiais judesiais, tartum tuo būdu ieškodamas sopulių palengvėjimo. T^0 ir pulsas normalūs; širdis, plaučiai, refleksai, šlapimai nerodo jokių nukrypimų nuo normos; kraujoslėgis mx. — 145, mn. — 80.

Kartotiniai morfio, nitroglycerino, euphylin'o su gliukoze daviniai suteikė labai nežymų palengvėjimą. Ligonį visą naktį kankino nemigas. Ryte t^0 pakilo iki $38^0,6$; pulsas 108—112; retrosterninis skausmas tebetveria ir smarkiai atliepia į kairiąją mentę ir į epigastrium; atsirado smarkus šleikštulys, o po to ir vėmulys.

3-čią ligos dieną žymus pablogėjimas, širdis truputį išsiplėtusi į kai-

rę, garsai duslūs, pulsas 140—160, siūliškas, kraujoslėgis 100—60, t° 38°,0, žemutinėse plaučių skiltyse iš užpakalio drėgni karkalai. Skausmai skrandyje, šleikštulys ir vėmulys tebetveria. Leukocytozė — 15.000, daugbranduoliniams vyraujant. Adrenalinas, myoston'as ir t. t. nesuteikė jokios naudos, ir nakti ligonis pasimirė.

2. **P-ia H.**, 56 m. amžiaus. Motina ir brolis mirę nuo angina pectoris. Pati ligonė daugeli metų sirgusi angininio pobūdžio priepuoliais; kraujoslėgis paprastai būdavęs 180—190: 2-sis širdies aortinis tonas buvo akcentuotas „su muzikišku atspalviu". Jos asmens anamnezėje — nieko ypatinga.

1932 m. lapkričio mėn. 12 d. ligonė be jokios matomos priežasties pajutusi smarkų retrosternini skausmą, kuris, jos žodžiais, žymiai pranešes anksčiau buvusius skausmus: skausmu spinduliavimas šį karta buvęs teipnat daug žymesnis; skausmas buves jaučiamas kairiojoje rankoje, kair. žaste ir žemutiniame žande. Praėjus dviem dienom, skausmai, priešingai negu paprastai, tebetvėrę, kad ir kiek silpnesni, nežiūrint į pavartotas paprastas priemones: garsvyčiu trauklopiai širdies srityje, morfis, lacarnol'is. 3-čią dieną t° pasiekė 38°,3.

5-ta diena ligonė, jausdamasi truputi geriau, po klyzmos, aplinkiniu padedama, nuėjo į išeinamąja vieta. Po to ligonei pasidarė kollapsas, kraujoslėgis nusmuko iki 100, pulsas pasidarė labai minkštas ir pagreitėjes, skausmas krūtinėje ir rankoje vėl sustiprėjo, ir ligonė tą pačią dieną pasimirė.

3. **Kl.**, fabriko darbininkas, 36 mt. amžiaus; turis du sveiku vaiku: būdamas 11 metu amžiaus, sirges raupais. Be to, asmens ir veldinybės anamnezėje nieko ypatinga. 1934 metais jisai vieną kartą kreipėsi į mane, nusiskusdamas skausmu širdies srityje.

Stat. praes. Ligonis sunykęs, neaugšto ūgio, rauplėtu veidu: t°, širdis, plaučiai, refleksai, šlapimai — nerodo nukrypimu nuo normos: pleuros trynimosi nėra. Ligonis tartum bijosi kvėpuoti visa krūtine ir kalba atsargiai. Skausmas turi tarpšonkaulinės neuralgijos pobūdi su savo pastoviais sopamais punktais: prie stuburo, pagal'linea axillaris ir prie krūtinkaulio, tačiau jis plyti daugiau kaip per 1—2 tarpšonkaulinius tarpus, kaip kad būna esant paprastai tarpšonkaulinei neuralgijai. Ligoniui buvo prirašyta codeini phosphorici, amidopyrini ir natrii bromati ir, be to, įtrynimas, nuo ko skausmas nurimo.

Praėjus maždaug savaitei, ligonis buvo atgabentas į miesto ligoninę; apsiašarojes ir garsiai raudodamas jisai skundėsi nepakenčiamu skausmu širdies srityje, kairiojoje rankoje ir skrandyje. Kruopščiai ligoni apžiūrėjus, be aukščiau minėtųjų ligūstų reiškinių, nieko objektyvaus nebuvo rasta.

Nuo didelių morfio davinių ligoniui truputi palengvėjo. Kitą diena t° pakilo iki 38°,4; pulsas — 96, kraujoslėgis — 110—70: leukocytu 15.000; skausmai tebetveria; šleikštulys ir vėmulys. Šita būklė tetruko iš viso 5 dienas, po to, skausmai praėjo, bet pasiliko bendras silpnumas. Praėjus dar dešimčiai dienu, ligonis savo noru išsirašė iš ligoninės. Tačiau, vos tik pradėjus darbą dirbti, vėl ligoni ištikes priepuolis. Nuo pirmojo priepuolio buvo praėję jau arti metu. Per tą laiką buvo keletas priepuoliu, kurie paprastai tverdavo po keletą dienu, visuomet su sekama pakilusia temperatūra, su pagreitėjusia kraujo raudonuju rutulėliu nusėdimo reakcija ir su smarkiais skausmais širdies srityje, kair. rankoje ir nugaroje. Ligonis dabar mano nesekamas, bet man žinoma, kad, jis yra invalidas ir visiškai nedarbingas. Reikia pažymėti, kad jo WaR. yra neigiama.

4. Ligos istorija paimta iš prof. Buinevičiaus veikalo ir sutrumpinta.

Ligonis A., 46 metu amžiaus, kalvis, spalių mėn. 22 d. ryte bedirbdamas staiga pajutes smarkų skausmą ir spaudimą krūtinėje ir nustojęs samonę. Po pirmosios mediciniškos pagelbos ligonis atitokęs, bet nepaken-

čiamas skausmas krūtinėje vis tebetvėręs, atsiliepdamas į abidvi rankas iki alkūnių, teippat į pakauši, už ausų; be to, buvęs mirties baimės jausmas ir šaltas prakaitas. Ligonio anamnezėje nieko ypatinga, be nemalonių pojūčių kartais širdies srityje, gulint.

Apžiūrimas ligonis, su baimės ir skausmo išraiška veide, bijosi nors truputį pajudėti, kad skausmas nepadidėtų. P. — 100, silpnas, arytmiškas; širdies tonai duslūs, ūžesių nėra. Kraujoslėgis — 200 mm.; t^0—36^0,8.

Buvo paskirtas nitroglycerinas, morfis — skausmai nurimo, bet visai nepraėjo, sustiprėjo naktį ir truko visą kitą dieną.

Kitą dieną t^0 pakilo iki 38^0,5; kraujoslėgis nuslūgo iki 150; pulsas silpnas. Širdies ribos išsiplėtė į dešinę ir į kairę už linea mammillaris. Žemutinėse plaučių skiltyse atsirado drėgnų karkalų. Leukocytų 16.200. Praėjus 5 dienoms, atsirado perikardo trynimosi ūžesys arti krūtinkaulio kairiojo krašto. Kraujoslėgis — 110. Perikardo trynimosi ūžesys buvo girdimas apie savaitę laiko. Po dviejų savaičių prasidėjo smarkiausia tachycardia, iki 200 trinksnių per minutę, kuri truko 4 dienas, ir lapkričio mėn. 10 d. staiga pasiliovė ir pasikeitė bradycardia su 45 trinksniais per min.

Lapkričio mėn. 8 d. embolija dešin. kojoje. Kraujoslėgis visą laiką buvo žemas, 110, skausmų krūtinėje nebebuvo, t^0 nepadidėjo, plaučiuose karkalai kaip kad ir anksčiau; savijauta nebloga.

Lapkričio mėn. 12 d. staiga exitus letalis. Skrodimo nebuvo galima padaryti.

5. Ligos istorija paimta iš prof. Coelho veikalo.

Moteris, 45 metų amžiaus, įstojo į ligoninę 1932 m. birželio mėn. 17 d. Per 4-rius metus ligonė vis jaučiusis labai pavargusi ir mažai nusiteikusi dirbti. Dusulys, ypačiai naktimis, su sunkumo krūtinėje pojučiu. Paskutinius 3 mėnesius sveikata vis blogėjusi, ir žemutinėse galūnėse atsiradęs pabrinkimas (anasarca).

Ligonė, turėdama 21 metus amžiaus, sirgusi raupais, turėdama 32 metus — vidurių šiltine; syfilio neturėjusi.

Stat. praes. Veido cyanozė, žemutinių galūnių pabrinkimas; širdis žymiai padidėjusi; 2-sis aortinis tonas akcentuotas; „zovados" rytmas girdimas visuose židiniuose, bet ypačiai mitraliniame. Pulsas pilnas, taisyklingas, 80 per minutę. Kraujoslėgis 140—110. Kepenys padidėjusios; WaR. neigiama.

Radiographia — cor bovinum. Elektrokardijograma — Hiss'o kuokštelio kairiosios kojytės „blokada".

Ligonė pasimirė tų pačių metų liepos mėn. 27 d.

Skrodžiant, be kitko, rasta štai kas:

Syfilinis mezaortitas, aortos aneuryzma, abiejų širdies skilvelių dilatatio ir hypertrophia; kairiojo skilvelio aneuryzma, didelė kairiosios vainikinės arterijos žemynlankos šakos trombozė; senas ir šviežias septum'e ventriculorum infarktas.

Prieš pradedant interpretuoti patiektąsias ligos istorijas, bus ne pro šalį trumpai sustoti ties kaikuriais anatomijos ir patologinės anatomijos duomenimis, turinčiais sąsyjį su širdies raumens infarktu.

Grakštesnė naujesnių laikų technika, Spalteholz'o, Gross'o, Geraudel'io ir kitų pritaikyta širdies vainikinėms arterijoms tyrinėti, privedė prie kur kas svarbesnių rezultatų, negu kad paprasta anatominė dissekcija. Šitų patobulintų metodžių dėka, be kita ko, buvo nustatyta, kad yra specijalios vainikinių arterijų šakos Keith'o ir Flack'o, Tawara mazgams, Hiss'o kuokšteliui ir jo kojytėms maitinti. Šitie tyrinėjimai įro-

dė, kad dešinioji vainikinė arterija iriguoja beveik visą dešiniąją širdį, užpakalinę skilvelių pertvaros dalį, vieną kairiosios širdies užpakalinės sienelės dalį ir kairįjį musc. papillaris posterior. Kairioji gi vainikinė arterija maitina beveik visą kairiąją širdį, pryšakinę septum ventriculorum dalį, pryšakinę dešiniojo skilvelio dalį ir dešinįjį musc. papillaris anterior. Hiss'o kuokštelį iriguoja dešiniosios vainikinės arterijos šakute; kuokštelio dešiniąją kojytę — kair. vainikinės arterijos šakutė, o kuokštelio kair. kojytę — abiejų vainikinių arterijų šakutės. Be to, buvo rasta, kad nežiūrint į tai, kad vainikinės arterijos funkciškai yra tikrosios „terminalinės" arterijos, tačiau tarp jų yra susisiekimas padedant anastomozių systemai, kuri ypačiai gausi apie septum'ą ir Hiss'o kuokštelio kairiąją kojytę. Šitos anastomozės, nevienodos visiems individams ir didėjančios su amžium, paprastai turi nesvarbią fyzijologišką reikšmę. Užtatai jos vaidina labai svarbų vaidmenį, užsikimšus ar spazmiškai užsidarius kuriai-nors vainikinės systemos daliai. Jei procesas eina iš lėto, anastomozės suspėja išrūtulioti naują papildomąją kraujo cirkuliaciją ir tuo būdu jos įgauna milžinišką reikšmę, išvaduodamos širdies raumenį nuo padarinių, kartais pražūtingų. Jeigu užsikimšimas arba spazmiškas spaudimas pasidaro staiga ir anastomozės nesuspėja sudaryti koliateralinės kraujo apytakos, tuomet įvyksta štai kas: Jeigu yra užsidaręs didelis kamienas arba svarbi vienos vainikinės arterijos šaka, tai momentaliai arba bent greitai įvyksta mirtis. Užsidarius gi antraeilei šakutei ir nėsant koleteralinės kraujo apytakos, širdies dalis, nustojusi maitinimo, nekrozuoja, išpurėja — pasidaro infarktas. Šitas infarktas, atvaizduojąs, kaip sakyta, suminkštėjimą, myomaliaciją, ir esąs dažniausiai kairiojo skilvelio pryšakinėje sienelėje, kartais pasiduoda vidiniam spaudimui, atsikiša išorėn ir sudaro širdies aneuryzmą, kuri, laimei labai retai, gali būti širdies mirštamo plyšimo vieta. Tačiau labai dažnai išpurėjusį infarkto audinį pamažėle pakeičia fibrininis audinys, ir infarktas surumbėja. Kaikada randas įsigyja antrinę vaskuliarizaciją ir širdis gali atsistatyti ad integrum. Dauguma gi atsitikimų širdis, kartą ištikta infarkto ir išlikusi, antrakarčiai paliečiama naujų infarktų ir pagaliau ligonis pirm laiko žūva (maximum po 3—4 metų, pasak kaikurių autorių).

Mirtis dėl infarkto paprastai yra ir susirgusiųjų antrakarčiais grynos angina pectoris priepuoliais dalia, kas įrodyta gausiais skrodimais. Iš tikrųjų, betarpiška vieno ir antro priežastis esmėje yra ta pati širdies ischaemia dėl visiško ar dalinio kurios-nors vainikinės systemos dalies užsidarymo. Šitas kraujo indo užsidarymas arba dalinis jo susiaurėjimas paprastai pasidaro dėl arterijosklerozišku pakitimų ir jų padarinių — ateromos ir trombozės. Žymiai retesnė priežastis yra syfilinės kilmės koronaritis, ypačiai jauniems, arba indų su-

siaurinamieji nuodai — nikotinas ir švinas. Reikia pažymėti, kad tuo laiku, kai periferinių ir visceralinių indų embolija yra palyginti dažnas reiškinys, vainikinių arterijų embolija yra labai retas reiškinys (esant ulceroziniams endokarditams), dėl šitų indų pradinės krypties stačiu kampu ir žymiai mažesnio jų kalibro palyginti su aorta. Kai dėl visiško indo uždarymo, nebūtina, kad jo visą spindį būtų užpildęs trombas.

Visokius patologiškus kraujo indų pakitimus paprastai lydi spazmai, galį ilgesnį ar trumpesnį laiką visiškai uždaryti indą. Tatai yra įrodę F o i x ir jo bendradarbiai esant smegenų suminkštėjimui, kur nervų parenchymos nekrozė gali pasidaryti esant smegenų indų arterijitui ir nėsant visiškos jų obliteracijos. Pastarąjį procesą jau atlieka pridėtiniai spazmai. Svarbu pažymėti, kad vainikinių arterijų spazmai, galį sukelti infarktą arba bent laikinį angina pectoris priepuolį, gali pasidaryti ir be jokių arterijų patologiškų pakitimų, o tiktai dėl įvairių vegetacinės systemos erzinimų. Šituo atžvilgiu labai pamokomi L e r i c h e'o, P l e t n e v'o ir C h e s i n'o bandymai su kaklo ir krūtinės srities sympatiniais mazgais, kurių erzinimas sukeldavo anginiškus priepuolius. Šitos ekstrakardijinės vainikinių arterijų spazmų priežastys dar nepakankamai išaiškintos, kaip kad ir dar negalutinai nustatyta vazomotorinės vainikinės systemos pradžia. Tiesa, dauguma fyzijologų vainikinės systemos vazodiliataciją priskiria sympathicus'ui, o vazokonstrikciją — pneumogastricus'ui (ir dėl to, kaip kad pamatysime žemiau, angininiai priepuoliai patariama gydyti adrenalinu ir atropinu). Daugelis autorių tačiau neigia šitą išimtį arter. coronariae vazomotorų atžvilgiu ir jiems taiko bendrą taisyklę, kad vazodiliataciją atlieka n. vagus, o vazokonstrikciją — n. sympathicus.

Po šitų paaiškinimų grįšime prie augščiau patiektų ligų atsitikimų ir, jais pasirėmę, nustatysime myokardo infarkto *dijagnozę ir diferencinę dijagnozę.*

1. S k a u s m a s. Pasidarius infarktui, skausmas paprastai atsiranda staiga, be preliminaraus jiegų įtempimo; jis žymiai smarkesnis negu kad paprastas angininis skausmas ir žymiai labiau iradijuoja. Todėl yra buvę atsitikimų, kai infarktas buvo palaikytas cholelithiasis'u ar skrandžio perforacija, ir ligonis buvo operuotas. Skiriamasis skausmo dėl infarkto bruožas yra jo jiega ir ilgumas, trunkąs valandas ir dienas, ir tai, kad jo neveikia nitritai ir paprastos morfio dozės.

2. K r a u j o s l ė g i o s m u k i m a s. Tuo metu, kai esant paprastai angina pectoris kraujoslėgis pakyla ar lieka normalus, esant infarktui kraujoslėgis, ypačiai „mx" (systolinis), žymiai smunka. Tatai eina kartu su bendru cirkuliaciniu šoku: šaltu prakaitu, išblyškimu, sumišusiu su cyanoze, ir smulkiu padažnėjusiu pulsu.

3. Temperatūros pakilimas. Temperatūros pakilimas būna vidutiniškas, svyruojąs tarp 38° ir 38°,5, retai siekiąs 39°. Jo atsiradimas aiškinamas susidariusių dėl nekrozės protejinų įsisiurbimu. Šitas temperatūros pakilimas paprastai laikosi 2—3 dienas. Angina pectoris ligoje t° normali.

4. Leukocytozė. Tiriant kraują, ypačiai temperatūros kilimo metu, paprastai randama 12—15 tūkstančių leukocytų, kurių tarpe vyrauja daugbranduoliniai (80—90%).

5. Raudonųjų kraujo rutulėlių nusėdimo reakcija yra žymiai pagreitėjusi esant trombozei ir infarktui.

6. Perikardo trynimasis. Jeigu infarktas pasidaro paviršiuje, arčiau perikardo, tai šitas pastarasis suerzinamas; gaunamas perikarditas su būdingu trynimosi ūžesiu. Paskutinis paprastai atsiranda 3-čią ar 4-tą ligos dieną ir jisai yra labai trumpalaikis, trunkąs kartais tiktai keletą valandų. Dėl to, šito svarbaus symptomo reikia kruopščiai jieškoti. Beje, užpakalinis perikarditas, pasitaikąs vis dėlto labai retai, paprastai lieka latentiškas.

7. Širdies sutrikimai. Pulsas paprastai esti pagreitėjęs, dažnai girdimas zovados rytmas, duslūs tonai, ekstrasystolės; kartais bradykardija dėl aurikulio - ventrikuliarinės disocijacijos, užsikimšus Hiss'o kuokštelio indams. Labai dažnai išsirūtuliuoja širdies, ypačiai kairiojo skilvelio, diliatacija ir jo nepakankamumas, nes dažniausiai užsikemša kairioji vainikinė arterija, maitinanti kairįjį skilvelį.

8. Plaučių komplikacijos. Labai dažnai būna plaučių stazės reiškiniai, ypačiai esant kairiojo skilvelio nepakankamumui. Kaikada esti oedema pulmonum. Esant giliems vainikinių arterijų ir pačios širdies pakitimams, kaip kad prof. Coelho atsitikimu, esti infarctus sine dolore ir tuomet dyspnoe užima skausmo vietą.

9. Skrandžio - žarnų reiškiniai. Šleikštulys ir vėmulys, kuriuos dažnai lydi meteorizmas ir dažni išsituštinimai. Svarbiausiu infarkto požymiu šituo atveju yra ilgalaikis skausmas krūtinėje ir epigastrium'e, susiderinęs su kaikuriais augščiau pažymėtais symptomais.

10. Retos komplikacijos. Apie širdies aneuryzmą ir plyšimą jau buvo paminėta. Reikia dar pridėti visceralinės ir periferinės embolijos, pasidarančios antrakarčiai dėl intrakardijinių parijetalinių trombozių, kurios susidaro, kai infarktas yra gilus ir paliečia endokardą. Krešuliai gali susidaryti kiekviename iš abiejų skilvelių, o esant skilvelių septum'o infarktams — abiejuose kartu, ir tuomet didžioji kraujo apytaka gali duoti embolijų smegenyse, inkstuose, periferijoje ir t. t., o mažoji kraujo apytaka — plaučių embolijas.

Pastaba. Gerb. prof. Buinevičiaus atsitikimas, aprašytas antrašte: „Embolia art. coronariae cordis" („Klinič. lekciji" 108 p.) greičiau gali būti išaiškintas kaip kairiosios vainikinės arterijos tromboze, nes ulcero - vegetacinio endokardito ar aortito požymių ligoniui gyvam esant nebūta, ir vainikinių arterijų užsikimšimas embolu, kaip kad augščiau buvo pasakyta, yra labai retas reiškinys. Gi subtibialinės arterijos užsikimšimas pasidarė dėl antrinės embolijos iš kairiojo skilvelio. Bradykardija iki 45 trinksnių per minutę pasidarė, greičiausia, dėl Hiss'o kuokštelio sužalojimo infarktu.

11. Elektrokardijografija šiuo metu yra galingiausia priemonė širdies raumens infarktui pažinti ir lokalizuoti. Elektrokardijografo pagelba nustatoma Hiss'o kuokštelio ir jo kojyčių maitinamųjų šakelių trombozė, ir tuo būdu morbus Stocks-Adams'o (širdies blokada) gavo visai naują etijologiją. Deja, daugumai Lietuvos gydytojų smulkus šito klausymo nagrinėjimas neturi praktiškos reikšmės; todėl mes apsirėšime tiktai paminėję apie šitą svarbų punktą.

Kai dėl myorkardo infarkto *prognozės,* tai šiuo laiku ji jau nebelaikoma absoliučiai bloga, kaip kad iki paskutinių laikų. Kaip augščiau pasakyta, surumbėjimo atsitikimai nesudaro išimties. Tačiau mirtingumas yra didelis ir kaikuriose statistikose siekia 78% bendro gerai patikrintų atsitikimų skaičiaus (Donzelot). Pasak šito autoriaus, mirtis dažniausiai ištinka pirmomis 3 savaitėmis dėl syncope arba dėl širdies nepakankamumo. Po 3 savaičių prasideda rumbėjimas, kuris pasibaigia 5-tą savaitę. Praėjus 2—3 mėnesiams, jei nepasidaro naujų komplikacijų, ligonis gali pradėti darbą dirbti ir laikomas kliniškai pasveikęs. Deja, dauguma atsitikimų priepuoliai kartojasi, išsirūtuliuoja širdies nepakankamumas ir ligonis žūva. Autoriai tačiau skelbia atsitikimus, kai po infarkto gyventa per 5—6 metus.

Gydymas. Tenka, deja, konstatuoti, kad myokardo infarkto dijagnostikos pasisekimas toli pralenkė šitos ligos terapiją, kuri iki šiol yra daugiausia symptominė, pasinaudodama dažniausiai grynos angina pectoris terapijos būdais, tiktai ne teip sėkmingai.

Myorkardo infarktą gydant, stengiamasi sumažinti skausmai, sustiprinti širdies veiklumas ir perspėti syncope. Visų pirma duodama morfio, kartotinai ir dideliais daviniais. Pradžioje galima pasinaudoti pantoponu ir ypačiai dilaudid'u, kurį labai giria; jie mažiau nuodingi ir labiau patogūs, bet jiems neveikiant, nedelsiant reikia kreiptis prie morfio. Prie šitų preparatų galima pridėti atropino decimiligramais. Kartais, ypačiai pasikartojus priepuoliams, sėkmingai taikomi preparatai malonylurea (Donzelot), atophan'o kelis kartus per dieną po 1-ą gramą (Pletnev), dionini 0,02+amidopyrini 0,3+ coff. natr. salicylici 0,2 + natrii bromati 0,75 (autorius). Širdžiai sustiprinti geriausiai tinka strophantin'as intra venam.

Paprastai suleidžiama 0,003 k-strophantini (Böhringer) kasdien, su vienos dienos pertrauka po 3 įpylimus arba pradieniui ilgą laiką. Labai sunkiais vainikinių arterijų trombozės atvejais šitam vaistui priskiriami stebėtini rezultatai. („Münch. med. Woch." 1935 m. 8 nr.). Naudinga duoti ir coffeinum, camphora, cardiazol ir kt. Širdžiai nusilpnėjus, labai naudinga suleisti intra venam, ouabaine. Digitalis trombozėje blogai pakeliamas, nes jisai veikia vazokonstriktoriškai vainikines arterijas (Coelho). Adrenaliną vieni labai giria, o antri peikia (Neisser). Nitritai paprastai pasirodo neveiklūs. Lacarnol, myoston ir kt. dar nepakankamai išmėginti.

Kadangi syncope šituo atveju yra širdies fibriliacijos padarinys, kas buvo įrodyta gausiais bandymais su gyvuliais, tai kaikurie terapeutai jam perspėti mėgino vartoti chinidiną. Donzelot persergsti nevartoti šito vaisto, nes jisai veikiąs slopindamas širdies raumenį. Amerikos gydytojai pataria deguonio inhaliaciją per valandas ir dienas, sudarydami aplink ligonį deguonio atmosferą su 45% koncentracija. Chirurgiški įsikišimai (sympatektomia ir kt.) esant širdies myokardo infarktui kontraindikuotini.

Résumé.

L'auteur cite diverses théories sur l'origine de la douleur angineuse. Il insiste ensuite particulierement, sur le diagnostic et le diagnostic differentiel de l'infarctus du myocarde. L'article se termine par le traitement de ce syndrome.

Literatūra.

1. Boucomont: L'infarctus du myocarde. Thèse. Paris. 1929.
2. Buinevičius, K.: Klinikos lekcijos. 1933.
3. Clerc, A.: Problèmes actuels de Pathologie médicale. 1933. Les articles de Clerc et Donzelot.
4. Coelho, Eduardo: L'infarctus du myocarde. 1934.
5. Neisser, E.: Angina pectoris. „Neue deutsche Klinik".
6. Pletnev ir kt.: Grudnaja žaba. „Bolšaja Medic. Enciklopedija". VIII.
7. Straipsniai „Presse médicale" ir „Aerztliche Praxis" etc.

Dr. T. Goldbergas.
(Kaunas)

Apie šlapimtakių akmenligę (urolithiasis).

(Pabaiga) *).

IV. Kova su šlapimtakių akmenimis.

Kartu su pastangomis „išskalauti" iš organizmo akmenį arba neleisti jam didėti, pritaikant dijurezę ir atitinkamus vaistus, parinktus pasiremiant chemiško pobūdžio išvadomis, jau seniai

*) Žiūr. „Medicinos" 1935 m. 5 nr.

rūpėjo klausymas, gal galima būtų akmuo sumažinti ištirpinant jį. Tokis procesas kartais savaime vyksta organizme, veikiant esančioms jame bakterijoms, pav., bact. coli commune. Jų dėka gali būti panaikinti akmens susiklijavimai ir, tuo būdu, sumažėjęs savo tūryje, jisai gali išeiti išorėn.

Palankus veiksnys akmeniui ištirpinti kartais yra dirbtinis šlapimų reakcijos pakeitimas. Nieko tikra šituo atžvilgiu nežinoma. Kaikurie šitą galimumą mato rūgščiojoje aplinkoje (Scheele, Hellström), kiti — šarminėje šlapimų reakcijoje (Fritsch).

Akmens suižimo (suskeldėjimo) įvykius yra aprašę Adrian, Berg, Fritsch, Kienbeeck. Pirmą kartą tokie atsitikimai Scheele's patikrinti rentgenu ir operatišku būdu. Teip jisai yra aprašęs 4 antrinius akmenis (iš kalkių fosforo), susidariusius rėčkelėje esant pyelitis gravidarum. Šitie akmenys, veikiami šarminio vandens (Wildungen), pradėję mažėti. Pranykus uždegiminiam procesui ir pakeitus šlapimų reakciją į rūgščią, šitie akmenys ištirpę. Analogišką reiškinį įrodė ir Tardo bandydamas su šunimis (bet tiktai fosfatinių akmenų atžvilgiu). Tačiau reikia pažymėti, kad šitame procese nedalyvauja kolojidinės dalys ir organiniai akmens griaučiai. Pasinaudoję šita idėja, praktikai gydytojai mėgino ištirpdinti akmenis, žymiai parūgštindami šlapimus.

Buvo patariama šitam tikslui panaudoti augalą raudę (rubia tinctorum). In vitro tat pavykdavę. Raudės veikiamasis pradas — ruberythrin'inė rūgštis (Bauer). Raude ištirpdinimas, — kaip liečiąs tiktai tam tikros chemiškos sudėties akmenis, o teippat faktiškai tiktai klostymus, bet ne akmens griaučius, — gali turėti tiktai reliatyvios praktiškos reikšmės. Jisai duoda efektą tiktai tuomet, kai griaučiai, kiek leidžia jų didumas, gali išeiti savarankiškai. Deja, ne vienas tiktai didumas yra reikšmingas akmeniui išeiti. Reikalinga palankių veiksnių visuma, k. a.: dinamika, mechaniškų kliūčių nebuvimas ir kt.

Kaip tarpinę stadiją, Stutzin mini akmens suižimą. Dieglių atžvilgiu šitokis akmens suižimas vaidina anaiptol ne palengvinantį vaidmenį, o greičiau paskubina operatiško įsikišimo reikalingumą dėl akmenų dalių paaštrėjimo.

Kaip esame matę, visi mums žinomi kovos su urolithiasis'o kliniškais reiškiniais būdai toli gražu nėra patenkinami, nes, neveikdami priežasties, jie yra tiktai symptominėmis priemonėmis.

Tačiau, ir būdami symptominio pobūdžio ginklu, jeigu ir apsidoroja su ligonio kančiomis priepuolio metu, nevisada pagelbsti išvengti dieglių pasikartojimo ir dažnai negali sukliudyti pamažėle iškylančio pavojaus netekti šlapimų gaminamojo organo ir susijusių su tuo bendrų, organizmui pavojumi gresiančių, reiškinių. Antra vertus, ligonis ieško būdo atsipalaiduoti nuo nepageidaujamų svetimkūnių akmenų pavidalo jame buvimo.

Visa tat vertė jieškoti išsigelbėjimo operatiškais gydymo būdais, kad galutinai galima būtų atsikratyti nuo šitos ligos.

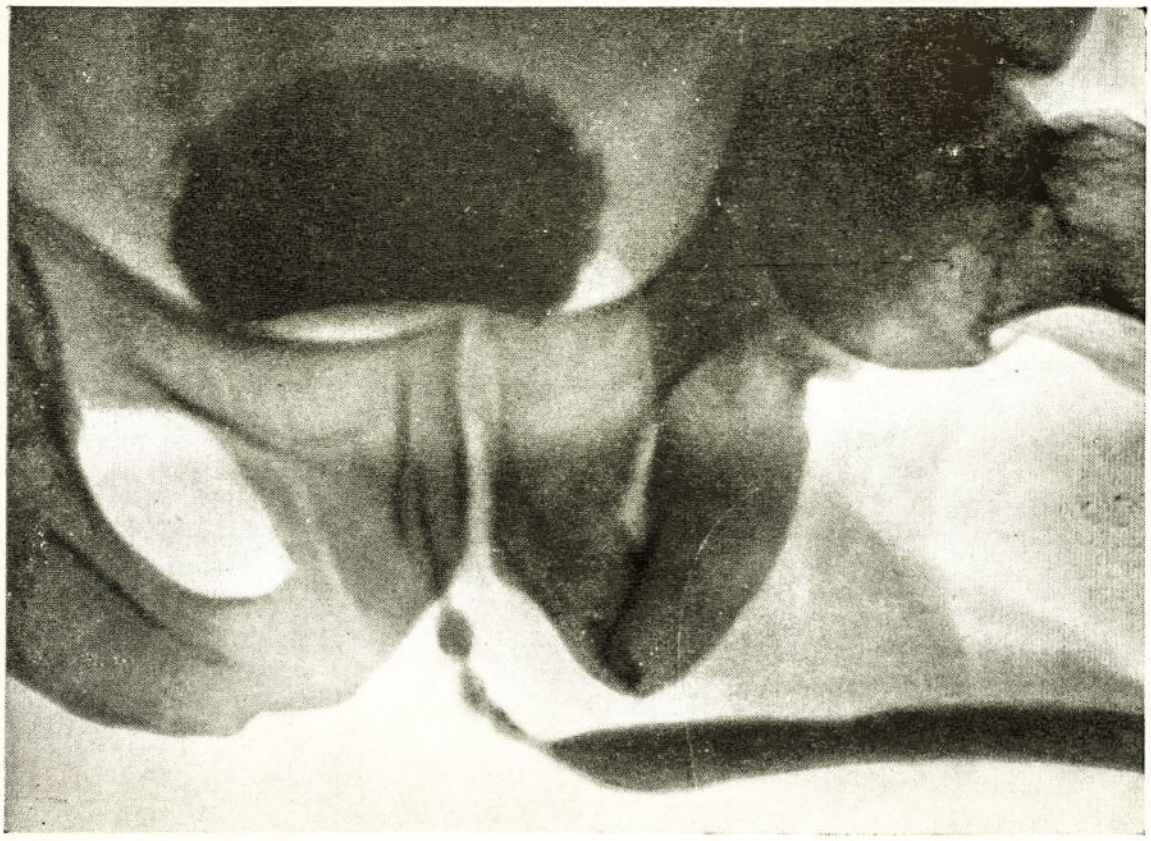
Praėjus neilgam radikališkų priemonių įkarščio perijodui, tiktai neseniai, išsirūtuliuojant urologijos disciplinai, veiksmai šituo klausymu pradėjo išsilieti į tam tikras systemiškas formas. Pradėta įsitikinti, kad ir operatiškas gydymo būdas yra tiktai symptomiškas būdas Dėl to kiekvienu atskiru atveju reikalinga griežtai individualizuoti. Įsitikinta, kad viena iš svarbiausių sąlygų teisingiems veiksmams pavartoti, tat yra tiksli topinė dijagnostika ir visų susirgimą lydinčių aplinkybių apsvarstymas.

Visam tam yra reikalingas urologiškas patikrinimas, geriau, jau nebėsant priepuoliui. Tokis ligonis laiku turi patekti pas tyrinėtoją.

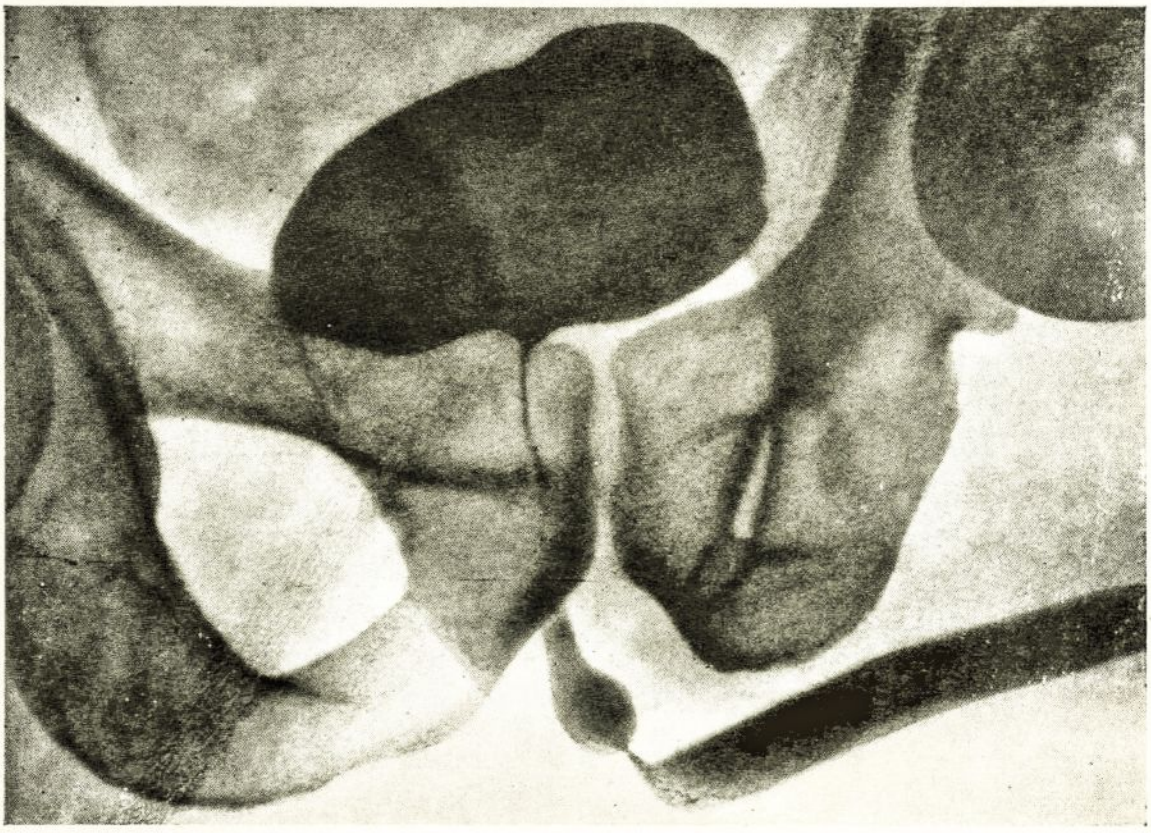
Gyvenime gi dažnai atsitinka teip, kad gydytojo pasiūlymu daroma paprasta rentgeno nuotrauka ir dažniausiai ne to gydytojo, kuris ligonį gydo Jeigu joje matomas įtartinas šešėlis spėjamoje inkstų susirgimo vietoje, tai daroma ši išvada: tatai esąs akmuo. Duodama glycerino ar patariama pildyti kuri-nors dijeta ir t. t. Nematoma šešėlio — vadinasi, akmens nėsą Kaikurie gydytojai tuo atveju pareiškia ligoniui: „Tamstos šlapimtakiuose yra smėlio". Kiek daug tokio smėlio vietoje vėliau pasirodo ren mobilis, stenosis ureteris, hydronephrosis, monstrum,—apie tai gerai žino urologai. Jeigu, kaikuriam laikui praėjus po gydytojo stebėtų inkstinio pobūdžio dieglių, akmuo vis dėlto išeina, tai čia jau yra visiškas tokio gydytojo dijagnostinių gabumų trijumfas. Dabar jau viskas sutvarkyta, ir ligonis nusiramina, kad jam jau nebereikėsią jokių „inkvizicinių" manipuliacijų, apie kurias jam tekę girdėti visokių nesąmonių pareinamai nuo pasakotojų fantazijos turtingumo. Tiesa, kaip bebūtų liūdna, reikia pripažinti, kad šitų pasakojimų dalis turi būti sudėta sąskaiton kaikurių kystoskopuoti mėginančių gydytojų, neturinčių jokio kito urologiško pasiruošimo, be netinkamos endoskopinės technikos, ir matančių kystoskopo įkišime visą urologinio mokslo esmę.

Nevisuomet, akmeniui išėjus, tiriami ligonio šlapimai. O juose neretai galima būtų rasti duomenų slepiančių savyje būsimų komplikacijų šaltinį. Visi šitie momentai visai be reikalo išveda gydytoją iš teisingo kelio dijagnostikoje. Tokis ligonis arba išnyksta iš kontrolės arba kaikuriam laikui praėjus paaiškėja, kad dieglių priežastim nėra buvęs akmuo arba kad ligonio būtis tiek pasikeitusi, jog jau nebeišvengiamas operatiškas ir radikalaus pobūdžio įsikišimas, privedąs prie atitinkamo inksto netekimo.

Absoliučios indikacijos inkstų akmenligės operacijai daryti yra šios: anuria, negalinti būti tuojau pašalinta konservatišku būdu, smarkus kraujavimas, ūminė pyelonephrit'inė infekcija, obturatio, turinti padarinį—retentio. Gottstein dar prijungia prie to ureterinius ir inkstų akmenis esant vienam inkstui.

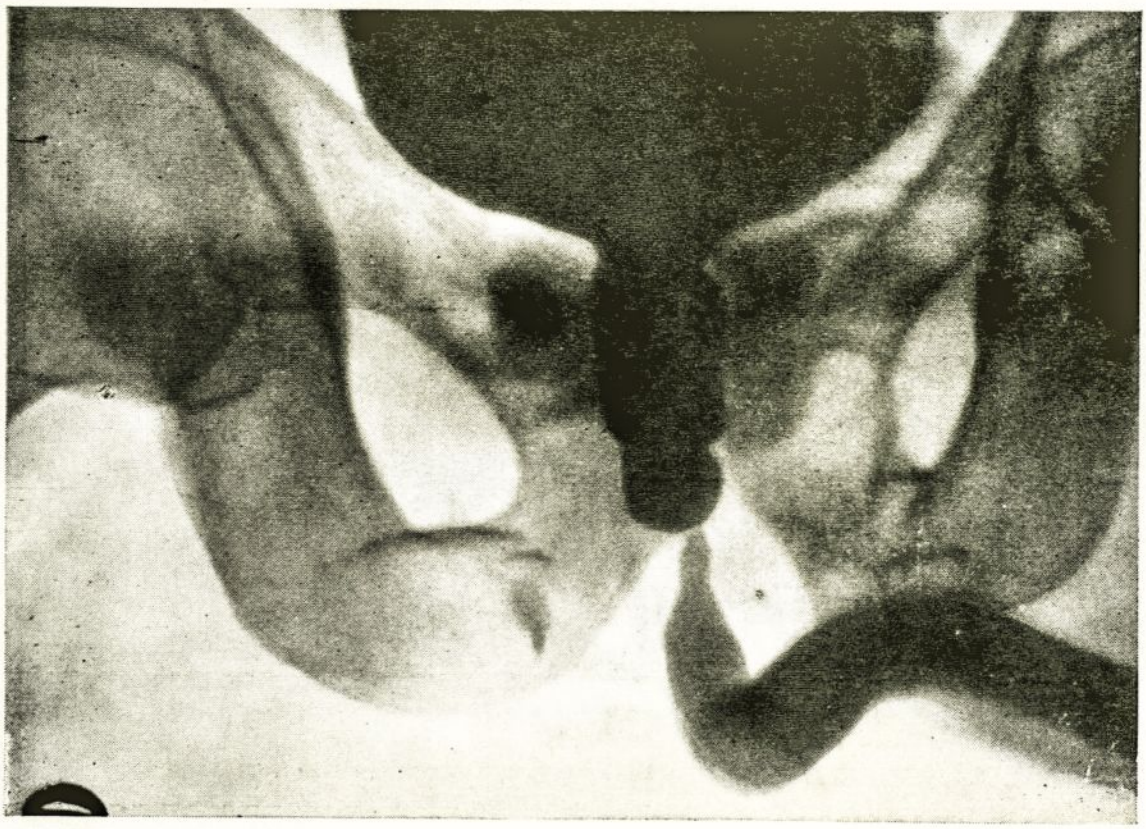


2-as atvaizdas.
(žiūr. I-ą ligos istoriją).



3-ias atvaizdas.
(žiūr. II-ą ligos istoriją).

4-as atvaizdas.
(žiūr. III-ią ligos istoriją).



5-as atvaizdas.
(žiūr. III-ią ligos istoriją).

Reliatyvios indikacijos operacijai daryti yra šios: labai didelis akmuo, stiprūs diegliai arba nepaliaujami smarkūs skausmai, dideli perijodiški kraujavimai, smarki infekcija (Gottstein). Anurija gali būti vienašalė arba abišalė. Pirmutinė atsitinka atitinkamam praėjimui užsikimšus, po ko gali prisidėti infekcija arba ateityje organo netekimas, ir todėl ji yra šalintina.

Abišalė anurija atsitinka gana retai ir ją gali sužadinti teippat ir vienašalis užsikimšimas. Jos atsiradimas antroje pusėje šituo atveju aiškinamas renorenaliniu refleksu, kuris turi anatominį pagrindą susisiekime tarp vienos ir antros pusės nervų per ganglion mesentericum inferius. Refleksinės anurijos galimumo yra ir priešininkų (Pflaumer, Gottstein), kurie tokią antrosios pusės anuriją aiškiną ir antrojo inksto slaptu susirgimu.

Šeip ar teip, bet, visiškai abišaliai anurijai esant, galima laukti ne ilgiau kaip 2 paras (Casper, Zondek), taikant jai likviduoti visas konservatiško pobūdžio priemones, jeigu infekcijos jiega neprivers veikti skubiau arba jeigu anksčiau nepasireikš urėmijos požymiai.

Abišalė anurija, abišalės akmenligės sukelta, yra reta, bet reikalinga skubios operatiškos intervencijos.

Kai dėl apskritai ankstybesnio vienos ar antros pusės operavimo esant abišalei akmenligei, tai nuomonės skiriasi. Kaikurie operuoja anksčiau sveikesniąją pusę (Voelcker, Casper, Albarran, Lovy, Légueu, Cholcov, Cifuentes), kad prireikus galima būtų radikališkai operuoti blogesniąją pusę. Kiti priešingai, anksčiau operuoja labiau susirgusį inkstą (Rafin, Fedorov, Israel, Marion), kad greičiau atpalaiduotų ligonį nuo subjektyvių reiškinių ir kiek galint skubiau pašalintų labiau sergančio inksto žalingą įtaką sveikesniajam inkstui (Ležnev).

Kontraindikacijos operuoti yra šios: didelio audinių griuvimo buvimas tais atvejais, kai negalima visiškai pašalinti akmens arba kai tokis pašalinimas yra susijęs su dideliu audinių sunaikinimu (Israel); maži akmenys (Fedorov); daugybės koralo pavidalo akmenų buvimas (Israel, Fedorov, Braash, Gilbert); šlapimų infekcija griaunamomis bakterijomis (Rovsing).

Teippat ginčijamas klausymas apie vienalaikę abišalę operaciją. Marion operuoja tuo pačiu laiku abiejose pusėse, esant abišaliams inkstų rėčkelių akmenims. Ležnev tuo pačiu laiku operuoja abiejuose inkstuose tik jaunatvės amžiuje ir esant aseptiškiems inkstų rėčkelių akmenims. Šituo atveju operacijos priešininkais yra Fedorov, Israel, Cholcov, Kuznetzky. Tačiau ir šitie autoriai, operuoja esant anurijai dėl obturacijos.

Kaikurie šitais abišalės akmenligės atsitikimais laikosi labai konservatiškai (Gottstein). Mat, tokiais atvejais yra didžiausias recidyvo pavojus; be to, operacija blogai pakeliama, net vienoje

pusėje daroma. Mirtingumas tokiais atvejais siekia 30% (Fedorov). Pakenčiama būsena gaunama net esant abišalei infekcijai, perijodiškai praplaunant rėčkeles.

Inkstų operacijos skirstomos į radikalias ir konservatiško pobūdžio.

Radikali operacija yra, kaip kad žinoma, nephrektomia, t. y. inksto pašalinimas. Ji taikoma tuomet, kai akmens pašalinti kitokiu būdu negalima arba kai pats organas jau nebėra niekam tinkamas. Jos taikymo dažnumas svyruoja nuo 33,7% (Mayo) ir iki 50% visų atsitikimų (Papin). Mirtingumas nuo jos pagal Fedorov'ą = 11%, o pagal tarptautinę Castaño (Argentina) statistiką (1.807 atsitikimų) = 8,8%. Deja, paskutiniu laiku radikalios operacijos pritaikymas auga konservatiškos operacijos nenaudai (Gottstein). Šitas faktas pats pakankamai rodo, kiek mes esame nutolę nuo inkstų akmenligės gydymo idealo.

Prie konservatiškų operacijų priklauso nephrotomia. Ji buvo daroma ten, kur akmenys buvo parenchymoje. Jos atlikimo technika nepatenkina operatorių ir lig šios dienos, nežiūrint, kad pradžioje darytas sekcijinis pjūvis, Zondek'o modifikuotas, perkeliant jį anatomiškais sumetimais į užpakalį nuo vidurinės linijos.

Mirtingumas, šitą operaciją taikant, svyruoja nuo 8 iki 14% (Gottstein) ir iki 22% (Fedorov, Israel). Pagal tarptautinę Castaño statistiką vidutiniškas mirtingumas svyruoja nuo 10,1 iki 25% (2.022 atsitikimai). Tokios liūdnos šitos operacijos statistikos kaltininkė yra pooperacinio kraujavimo komplikacija, kuri 40% atsitikimų priverčia artimu laiku antrą kartą operuoti taikant nephrektomia, kuri tuomet duoda jau 11% mirtingumo, o ne 8,8%. Mėginimai išvengti šitos komplikacijos, pritaikant gilias siūles (Kümel) ar perrišant visus kraujuojamus indus (Rosenstein), tačiau neapsaugoja nuo organo atrofijos pavojaus. Tokiam kraujavimui išvengti bando tamponuoti riebalais (iš capsula adiposa) Fedorov'o pasiūlymu arba raumenimis (Horsley, Cushing, E. Joseph). Be to, yra dar antras pavojus, būtent, pooperacinė infekcija. Kovai su šita komplikacija yra ta pati priemonė, būtent, antrinė ektomija. Tačiau šitai operacijai sąlygos tuomet mažiau palankios. Ir trečias nemalonumas, gresiąs taikant nephrotomia, — embolija.

Tuo būdu, nephrotom'iją dabar tedaro tiktai išimtinais atvejais, stengdamiesi ją pakeisti nephrektomia arba žemiau minimąja pyelolithotomia.

Pyelolithotomia—techniškai nesunki ir labiausiai išplitusi šiuo metu kovai su inkstų akmenlige operacija, kam padeda ta aplinkybė, kad dauguma inkstų akmenų guli inkstų rėčkelėse. Dar neseniai šitos operacijos vengė, bijojo. Dabar jos šalininkų

skaičius auga diena iš dienos, nes ji nepavojinga ir maksimaliai konservatiška. Mirtingumas po jos minimalus: pagal Fedotov'ą — 0%, pagal Casper'ą — 0,5%, pagal Castaño tarptautinę statistiką — 2,1%.

Yra išdirbtos techniškos jos darymo smulkmenos: pyelolithotomia posterior — Fedorov'o, Gottstein'o; pyelolithotomia anterior — Jllyeš'o, P. Rosenstein'o; pyelolithotomia inferior — M. Zondeck'o, Zuckerkandl'io, Fedorov'o (in situ).

Šitos operacijos kontraindikacijos yra šios: karščiuojamas pyelitis, pyelonephritis su abscesų pasidarymu ir intrarenalinės rėčkelės.

Parodymu pyelolitotomijai daryti, pasak Israel'io, yra akmenų apčiuopimas inksto rėčkelėje. Jeigu, pritaikius atitinkamus tyrimo būdus, akmenų nerandama, nuo pyelolitotomijos tenka atsisakyti nephrolitothomi'jos naudai.

Yra pasiūlyti atitinkami pridėtiniai pjūviai, akmenų dalims taurelėje būnant ir negalint šitos dalies padaryti paslankia (cave art. renalis užpakalinės šakos!). Zondeck, susidūrimui su art. renalis užpakaline šaka išvengti, yra pasiūlęs savo pjūvio techniką. Sekcijinį pjūvį jisai pakeitė mažomis atskiromis parenchymos incizijomis, jeigu yra reikalingi papildymai prie pirmykštės pyelotomijos. Visi tokie techniški sunkumai suprastėtų, jeigu parenchymoje gulinčių akmenų topinė dijagnostika būtų tiksli. Šitam tikslui daromos išnirusio inksto rentgeno nuotraukos (Resçhke, Quinby, Heytz-Boyer). Pastarasis sukonstruavo specijalų rentgeno stalą, ant kurio tuo pačiu metu ir operuojama. Marion pasitenkina operacijos metu tiktai peršvietimu ir, tuo būdu kontroliuojamas, daro inksto audinio pjūvį. Tačiau nematomieji akmenys, ir tuo būdu jieškomi, vis dėlto nevisuomet būna surandami.

Rėčkelė po pyelolitotomijos gyja tiek gerai, jog apie plastiką iš capsula fibrosa, kurią savo laiku yra pasiūlęs Payr, jau pamiršta ir kaikurie (E. Joseph) visiškai pasiliovė pjūvį užsiuvę.

Gijimo sėkmingumui yra būtinas laisvas praėjimas į šlapimpūslę. Šita aplinkybė reikia patikrinti operacijos metu, zonduojant ureterį iš rėčkelės žemyn bužu.

Esant laikiniam nepraeinamumui (uždegimas, stenozė), darytina laikina pyelo-ar nephrostomia, kuri likviduojama po atitinkamo gydymo, atstačius praeinamumą iš rėčkelės į pūslę.

Jei, bedarant šitą operaciją, randama ren mobilis, tai kartu padaroma ir nephropexia.

Sunkumų dažniausiai sutinkama darant pyelotomia infekcijos atvejais, nes gausūs bakterijomis šlapimai, patekę į žaizdą, infekuoja ją ir sukelia abejojimų, bene būtų geriau iš karto padaryti nephrektomia. Ir šituo atžvilgiu urologijoje yra padarytas žingsnis pirmyn tam, kad mes verčiau taikytume konservatiškesnes operacijas. Jeanbreau šitokius ligonius paruošia, švirkšdamas jiems prieš operuojant autovakcinos, pagamintos iš šlapi-

mų bakterijų kultūrų. Teip elgdamasis, jisai gauna tokių pyelotomijų sugijimą per primam, nežiūrint, kad yra infekuoti šlapimai. Dėka tam dar labiau susiaurėjo parodymai nephrektomia'i.

Vienas techniškas pyelotomijos negalimumas nereikia užmiršti: tat atsitikimai, kai prie rėčkelės negalima prieiti, nepraskrodžius inkstų audinio. Teip būna 2 atvejais: 1) pelvis intrarenalis, 2) absentia pelvis (rėčkelės nebuvimas). Tuomet tenka taikyti nephrotomia partialis.

V. Ureteriniai akmenys.

Kai dėl ureterių akmenų, tai pirminiai akmenys pasitaiko be galo retai. Literatūroje yra aprašyta iš viso du pirminių akmenų atsitikimai, būtent: pirmas Jakobs'o atsitikimas sąsyjyje su ovarium'o abscesu ir antras Rovsing'o atsitikimas sąsyjyje su ureterio sienelės sugnybimu pessarium'u.

Nors tuo būdu ureterio akmenys, būdami paprastai antrinės kilmės, kurios šaltiniu yra inkstai (Fedorov), kliniškai duoda tą patį susirgimo vaizdą, tačiau ir jiems reikia pašvęsti truputis laiko. Kaikuriuo atžvilgiu jų dijagnostika ir ypačiai terapija vertos dėmesio, turėdamos savo ypatumų.

Šitie akmenys pasitaiko iš viso 10,4% bendro šlapimų takų akmenų atsitikimų kiekio (Fedorov). Abišaliai ureterių akmenys reti — 0,8% atsitikimų (Mayo-Judd); paprastai jie vienašaliai ir dažniausiai paskiri—90% pagal Jeanbreau. Maksimalus jų ilgumas — 19 cm. yra aprašytas Fedorov'o*).

Ureteriniai akmenys, nusileisdami iš inkstų, įstringa fyzijologiškose siaurumose.

Priešingai Robinson'o teigimui, kad ankščiausia ureterio dalis yra pars iuxtarenalis, paskutiniai Ševkunenko's tyrimai parodo, kad tokia vieta yra pars iuxtavesicalis ureteris. Šitą aplinkybę patvirtina ir kliniškos žinios apie dažniausią akmenų įstrigimą žemutinėje ureterio dalyje (Fedorov).

Ureterio akmenys įstringa:

	in parte pelvina	in. p. iuxtavesicali	in p. intramurali
pagal Jeanbreau	86%, iš jų	51%	35%
„ J. Israel'į	67%, „ „	64%	3,7%

Kontrastinė rentgeno nuotrauka šitam atsitikimui pažinti tetinka, deja, tik transvesical'iniu būdu gauta. Intraveninė rentgeno nuotrauka beveik negelbsti šitai dijagnostikai, nes žemutinėje ureterio dalyje kontrastinis preparatas beveik nesusilaiko, greitai nutekėdamas į pūslę. Nieko nepadeda ir kompresoriaus panaudojimas. Intraveninės rentgenogramos duomenys šituo atveju tinka, tiktai esant stipriai įstrigusiam akmeniui, kai aukščiau jo yra susidariusi stazė.

Klaidų, dijagnozę nustatant šitoje ureterio dalyje, ypačiai iš dešinės, pasitaiko nemaža, nes ureteriai gana dažnai (67% pagal

*) Paskutiniais metais yra paskelbtas dar ilgesnio akmens buvimo atsitikimas.

Fedorov'ą) būna susikryžiavę su appendix'u arba guli greta jo. Savo paskutiniame pranešime Boeminghaus (Marburgo chirurginė klinika) nurodo į tai, kad nuo 80 iki 90% tokių atsitikimų atgabenama į chirurginę kliniką su apendicito dijagnoze. Šitai juo labiau įsidėmėtina, nes praktikoje tokie ligoniai patenka pirmiau ne pas urologą, bet pas bendrą chirurgą.

Tatai yra tie atsitikimai, kurie operuojami kaip appendicitis ir kuriuose po to jieškoma nors mikroskopiškų pakitimų „po buvusio uždegiminio proceso" pašalintame appendix'e. Šitokių klaidų lengva išvengti, jeigu nebus užmiršta apie akmens buvimo ureteryje galimumą ir jeigu prieš operuojant bus urologiškai ištirta, kam yra reikalinga iš viso pusvalandė laiko.

Nusileidžiant ureterio akmeniui iki pars iuxtavesicalis, 39% atsitikimų (Israel) jis pavyksta apčiuopti vyrams per rectum; moterims tatai prieinama per vaginam.

Zonduodami mes tiksliai galime nustatyti kliūties augštumą, atskaitę ant zondo pažymėtais santimetrais. Nustatant šitą augštumą nereikia pamiršti, kad ureterio spazmo, jo vingių, gleivinės raukšlių ir kt. ignoravimas gali iškreipti tyrinėtoją iš teisingo kelio, nes tokios rūšies kliūtys gali būti palaikytos akmeniu.

Kliniškieji reiškiniai, verčią pagalvoti apie ureterinio akmens buvimo galimumą, pagal Boeminghaus'ą, yra šie:

1. Nusiskundimai atsiranda staiga.
2. Dieglių pavidalo skausmai, persiduodą genitaliniams organams.
3. Šlapimuose erytrocytų buvimas.
4. Nežiūrint į smarkius kliniškus reiškinius ir nusiskundimus, karščio nebuvimas.
5. Jei yra skausmai ir inksto srityje, tai jie būna tokie patys arba stipresni negu iš pryšakio appendix'o srityje.

Jeigu nėra verčiančių skubėti aplinkybių ureterio ir inksto anatomiško arba fyzijologiško pobūdžio pakitimų pavidalo, tai galima ramiai palikti akmeniui sua sponte išeiti. Tat ir įvyksta de facto dauguma atsitikimų (50% — pagal Fedorov'ą, 69%—(iš 176 atsitikimų)— pagal Lichtenberg'ą, 87%—pagal Watson'ą ir iki 95% — pagal Boeminghaus'ą).

Akmens išėjimas pareina ne tiktai nuo jo didumo, bet ir nuo raumenų jiegos, nuo ureterio sienelių tamprumo. Prisijungianti infekcija gali pakeisti ureterio sienelių kokybę (Perelmann). Jeigu gi būtų įtarta prasidedanti žala dėl akmens sustojimo kelyje, kas patikrinama protarpiais daromais tyrinėjimais, tai nurodoma akmens išėjimo aktas paskubinti. Paprastai tai pasiekiama paveikus ureterio dinamiką.

Pas mus priimta tokie ligoniai laikyti lovoje. Tatai neracijonalu, nes ureterio akmuo tokiu atveju žymiai sunkiau išeina. Priešingai, patartina kiek galint daugiau judesių (jodinėjimas, šokiai ir kt.).

Kairis'o (Joseph'o klinikoje) eksperimentai parodė, kad įstrigusio akmens blokuojamas inkstas dar gali atsitaisyti, jeigu blokada netruko ilgiau kaip 2, maximum 3 savaites. Priešingu atveju pasidaro neatitaisomi atitinkamo inksto sužalojimai.

Ureterio dinamikos sutrikimas stengiamasi paveikti systemiškai švirkščiant hypophysin'o ir taikant dijurezę (Wasserstoss).

Tam yra Volhard'o išdirbta atitinkama veiksmų schema.

Kiti (Payr) tam tikslui vartoja vad. Sudabad'ą klyzmos pavidalo vonioje (iki 30 literių vandens su t-ra belladonae). Tos subakvalinės klyzmos veikia sustiprindamos žarnų peristaltiką.

Kaikurie pataria tiesiog gerti daug vandens. Visus šituos būdus pritaikius, efekto gavimo momentas visiškai nežinomas.

Kai yra reikalinga kiek galint greičiau pašalinti konkrementas, tai, prieš pavartojant kruviną chirurgišką būdą (tačiau esant ureterio divertikuliui arba akmens įstrigimui, verčiau daroma ureterotomia), reikia pamėginti šitas uždavinys išspręsti endoskopiškai-operatiškai.

Perier net laiko klaida pritaikyti ureterotomia, anksčiau neišmėginus vieną ar kelis kartus endoskopiško paveikimo.

Tat pavyksta dauguma atsitikimų (62% pagal Baltin'ą).

Konservatiškas ureterio akmenų gydymas turi atitikti du momentu: 1) vis a tergo sustiprinimas, ir 2) akmens išlaisvinimas.

Pirmasis momentas pasiekiamas ne tiktai padidinant šlapimų kiekį; jis dar turi ureterinio kateterio pagelba pašalinti jų stazę aukščiau akmens, nes šlapimų stazė sumažina ureterio peristaltikos jiegą.

Antrasis—įveikiamas ureterinio kateterio ir atitinkamų vaistų pagelba.

1. Mes stengiamės aukščiau akmens prakišti ureterinį kateterį, pro kurį instiliuojame atitinkamų vaistų. Jų anėstezuojamojo veikimo ir anėmizacijos dėka gleivinės pabrinkimas sumažėja, ir akmuo pradeda slinkti. Pagal literatūrą akmuo išeina paprastai 8-tą dieną po šitos manipuliacijos (Carlos); mūsų duomenimis — vidutiniškai 6-tą dieną.

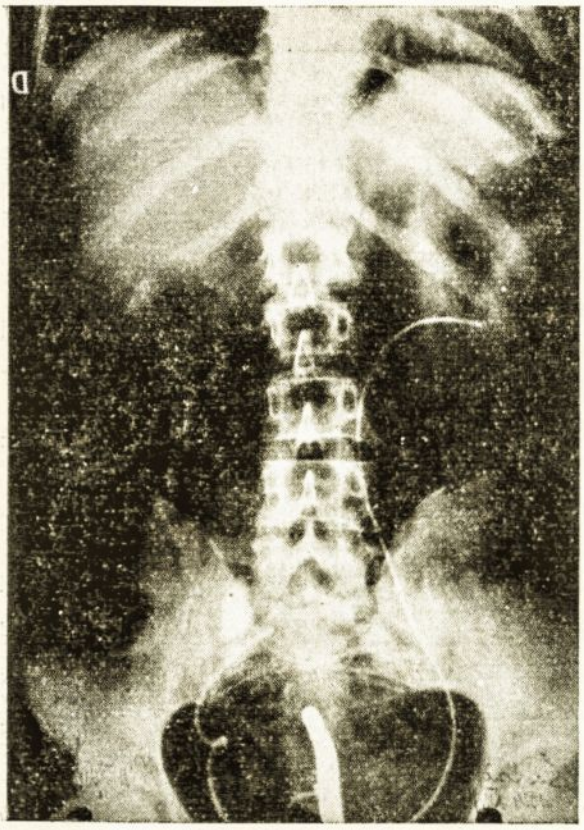
2. Nepavykus aukščiau minėtajam mėginimui, galima įvesti pro kystoskopą keletas plonų ureterinių kateterių kartu ir palikti jie in uretere à demeure. Dėka tam spastiškai susitraukęs ureteris pasiduoda; praėjimas pasidaro platesnis, ir akmuo išeina, jau praėjus keletai valandų po ureterinių kateterių pašalinimo (sėkmė 60% — Beer).

3. Dourmashkin (U. S. A.) pataria išpūsti ureterį žemiau akmens balonu, įvestu ant ureterinio kateterio galo pro kystoskopą.

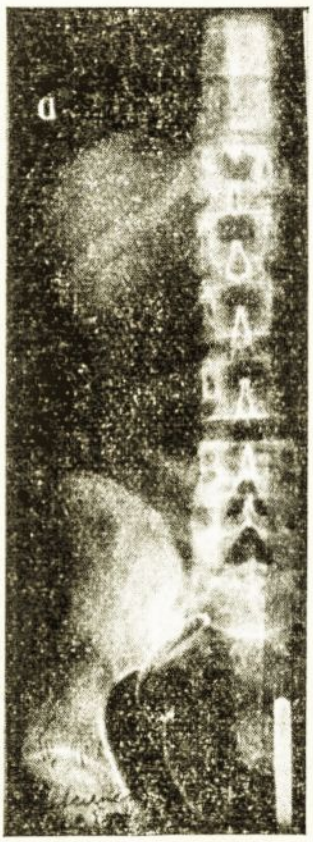
E. Joseph ir Lichtenberg praplėtimui panaudoja Buerger'o olyvas.

Pavyzdžiui patiekiu 2 įdomias rentgeno nuotraukas, kuriose matoma, kaip ureterinis akmuo ureterinio kateterio įtakoje nuslinko žemyn. (Žiūr. 7 ir 8 atv.).

Visi šitie būdai tinkami, kai akmuo yra in parte pelvina ureteris ir ypačiai in parte iuxtavesicali, nes kruvinas operacijos būdas, akmeniui esant ureterio vad. visceral'inėje dalyje, techniškai sunkus ir yra gyvai nagrinėjamas urologinėje chirurginėje spaudoje. Geriausiai tatai iliustruoja vieno iš prityrusių inkstų chirurgijoje operatorių Račič'o vartojamas triukas. Norėdamas išvengti tokios operacijos, jisai stato tokius ligonius aukštyn kojomis ir sukrečia juos, stengdamasis tuo būdu pasiekti akmens retrogradišką judėjimą. Kai tokis akmuo vėl yra rėčkelėje arba in parte lumbali ureteris, operacija techniškai jau yra lengva.



7 atv. Ureterinis kateteris deš. įkištas 18 cm. aukštyn; toliau jisai nepraeina ir todėl sudaro kilpą; kliūtį sudaro šešėlis, kurio viršutinis polius siekia crista ossis ilei (calculus).



8 atv. Tas pats atsitikimas. Deš. ureteris pripildytas medikamentais akmeniui pajudinti, kas ir pavyko. Šešėlis dabar jau žemiau V. L. V; deš. uret. kateteris sudaro 2 kilpas pripildomojo skystimo įtakoje.

(Lig. Š; ligos istorija Nr. 2427, 1929 m.)
Diagnosis: Calculus ureteris dextri in parte pelvina.

Kai ureterinis akmuo kyšo in parte intramurali ureteris, reikia tiktai praplėsti meatus ureteris ir ištraukti akmuo Tatai daroma endoskopišku būdu, praskrodžiant ureterio „stogelį" (viršutinę jo sienelę) peiliu ar elektrokoaguliacijos būdu pro kystoskopą. Praėjus kaikuriam laikui po to patikrinamas šlapinimosi traktas, norint neišleisti iš akių betkurių buvusio užsikimšimo padarinių.

Sutraukę visa tat, kas augščiau yra pasakyta, mes matome, kad dijagnostikos ir terapijos metodikos atžvilgiu urologija yra pasiekusi milžiniškų sėkmių. Endoskopiškai chirurgiškos kovos su akmenimis žemutinėje ureterio dalyje (portio visceralis partis pelvinae ureteris) technika, prancūzų mokyklos ir Š. Am. Jungtinėse Valstybėse išdirbta, yra vienas iš įžymių puslapių, jau pats savaime nusipelnęs urologijos, kaip atskiros disciplinos, pripažinimo.

VI. Recidyvai.

Kartu tenka konstatuoti, kad per prievartą akmenų pašalinimas, išvaduodamas ligonį nuo kančių, deja, nevisuomet likviduoja patį susirgimą.

Atsiranda recidyvų. Stutzin juos nustatydavo net betarpiškai po padarytosios pyelotomijos ir infekuotojo akmens pašalinimo.

Kurios gi aplinkybės padeda recidyvams atsirasti po akmenų operacijos?

Neliesdamas tų atsitikimų, kur nedideli akmenys lieka nepastebėti operacijos metu ir vėliau palaikomi recidyvu, tiksliai yra nustatytas tikrų recidyvų faktas, kreipiančių į save dėmesį dėl ūmaus augimo greitumo. Juo mažesnis buvo akmuo, juo reališkesnis yra šitas galimumas. Sunkus rėčkelės ištuštinimas, pašalinus didelius, jos tuštymą pripildančius, akmenis, pooperacinė išlanka ar inksto nusileidimas — štai visa tatai yra momentai, padedą recidyvuoti (Cifuentes). Prie to prisidėjusi infekcija ar uždegiminės reakcijos palengvina šitą galimumą.

Pas Rovsing'ą 80% recidyvų post nephrotomiam ir 70% recidyvų apskritai po visų inkstų operacijų lydėjo staphylokokk'inė infekcija; 37% — bact. coli commune ir tiktai 26% buvo sterilūs. Ypatingą staphylokokk'ų įtaką patvirtina ir prof. E. Joseph'o urologinio skyriaus stebėjimai.

Recidyvų statistika duoda šiuos skaitmenis:

	Post pyelotomiam.	Post nephrotomiam.	Post ureterotomiam.
Raffo (Genua)	3,44%	11,11%	Račič 18,48%
Cifuentes (Ispanija)	1,7 „ (asept.)	7,2 „ (asept.)	
	7,6 „ (sept.)	15,0 „ (sept.)	
Gottstein	**4,5 „ (asept.)**	**10,0 „ (asept.)**	
(bendra stat.)	**10,2 „ (sept.)**	**21,3 „ (sept.)**	
E. Joseph	25 „	— „	
Gottlieb	40 „	50 „	
Cabot-Crabtree	51 „	56 „	

Paskutinė Chwala's (Viena), ištyrusio 70% operuotosios medžiagos, statistika nustato bendrą recidyvų skaičių 31,8%

inkstų ir 25,5% ureterių akmenims nepareinamai nuo operacijos rūšies.

Reikia pakeliui pažymėti, kad recidyvai po ureterolithotomi'jos lokalizuojasi paprastai ne ureteriuose, o inkstuose (Nicolich).

Nagrinėjamieji recidyvai pasižymi dar viena būdinga ypatybe, būtent, jie atsiranda ne tiktai operuotoje, bet, svarbiausia, priešingoje neliestoje pusėje Tokių recidyvų procentas pas įvairius autorius teippat skirtingas. Teip, pas Račič'ą (Dalmacija) siekia skaitlinę 18%, pas Chwala (Viena) = 16,2%, o pas Joseph'ą jisai = tiktai 3,5%. Tokis duomenų skirtumas gali būti paaiškintas tiktai nevienoda akmenų pasidarymo priežastim šitose įvairiose pagal geografinę vietos padėtį šalyse.

Šitie du momentai: augštas recidyvų procentas pas Rovsing'ą (Danija) dėl staphylokokk'ų infekcijos ir abišalių akmenų sudarytojų buvimo faktas, pareinąs nuo bendrų endogeninio ir ekzogeninio pobūdžio priežasčių kaikuriose vietose, ir turi ypačiai persergėti, kad nesusiviliotume urolithiasis'o gydymo operacinėmis metodėmis.

Reikia individualiai ištirti padedančios akmenims pasidaryti priežastys kiekvienu atskiru atsitikimu, kad su tam tikru apytikrumu iš anksto numatytume recidyvų galimumą. Kad tokios taktikos jau laikosi kaikurios gydymo įstaigos, įrodo skirtumo buvimo faktas operuojamų atsitikimų kiekio ir bendro ureterinių akmenų skaičiaus atžvilgiu. Teip, pav., tokių operuotųjų procentas svyruoja nuo 50% (Hunner, Bumpus) ir iki 10% (Boeminghaus); paskutiniu laiku jisai nukrito ligi 5,6% (Unger).

Išspręsti klausymui apie tikslingiausią terapiją kiekvienam atsitikimui ir apie recidyvo atsiradimo toje ar priešingoje pusėje šansus, jeigu ryžtamasi operuoti, prof. E. Joseph'o, nelaiku atsiskyrusio su šiuo pasauliu, urologinis skyrius paskutiniame darbe systemina visas akmens atsiradimą lydinčias aplinkybes, sugrupuodamas akmenis į atitinkamas priežastines grupes. Tokis sugrupavimas iš tikrųjų žymiai padeda susigaudyti šitame klausyme. Šitos grupės yra šios:

1. Chroniškųjų akmenų sudarytojų typas. Tatai — uratai, išskiriami dažnai, kaip smėlis ir druskos. Jie kartotinai pasidaro perijodiškai ir jų atsiradimas aiškinamas maisto vienodumu ir endogeninės bei hormoninės medžiagų apykaitos sutrikimu (Blum). Šito typo reikšmė pooperaciniams recidyvams susidaryti nustatyta Braash'o ir Foulds'o. Šito akmenų typo pažinimas prieš operuojant yra būtinai reikalingas.

2. Vaikų akmenys. Jų pasidarymo priežastys yra šios: rasė, klimatas ir mitybos sutrikimas. Jie pasitaiko endemiškai. Pasak Račič'o, jų recidyvų procentas

po nefrektomijos būna labai augštas. Tokių akmenų pasidarymo perijodas baigiasi su subrendusio amžiaus metais.

3. Vienašalio oksalatinio akmens atsiradimas trečiame dešimtmetyje. Po jo išėjimo ar pašalinimo ecidyvų nebūna, todėl profylaktinė dijeta nereikalinga rGrossmann). Pasak Perelmann'o, prognozė gera, net (r apleistais atsitikimais.

i 4. Aseptiniai akmenys, pasidarę vietinių priežasčių įtakoje. Jie būna, esant vienašaliams viršutinių šlapimtakių pakitimams, lydimiems šlapimų susilaikymo, pav., esant ureterio susiaurėjimams arba monstra. Recidyvai čia pasitaiko tiktai tuomet, kai nėra pašalintos šitos vietinės priežastys arba kai prisideda šlapiminė infekcija. Šitiems akmenims turi įtakos ir adnex'ų susirgimai.

5. Prostatiniai akmenų sudarytojai. Šita grupė nereta. Dažnai dėl gland. prostata hypertrofijos pasireiškia I-osios grupės slaptoji — chroniškųjų akmenų sudarytojų forma. Tokios prostatos pašalinimas apsaugoja nuo recidyvo, nors kaikada jie vis dėlto atsiranda ir po gl. prostataektomijos.

6. Vietiniai ir židininiai infekuotųjų akmenų padarai. Jie atsiranda dėl uždegiminių procesų šlapimtakiuose, kaikada tonsilose, dantyse. Gaunama inkstų papilinių viršūnių nekrozė, ureterio stenozės ir pasidaro akmenys. Daugiausia čia kalti yra staphylokokk'ai ir streptokokk'ai. Esant pyodermia'i palinkimas recidyvuoti be galo didelis. Todėl labai svarbu laiku pažinti uždegiminis procesas ir židinys, padedą akmenims pasidaryti.

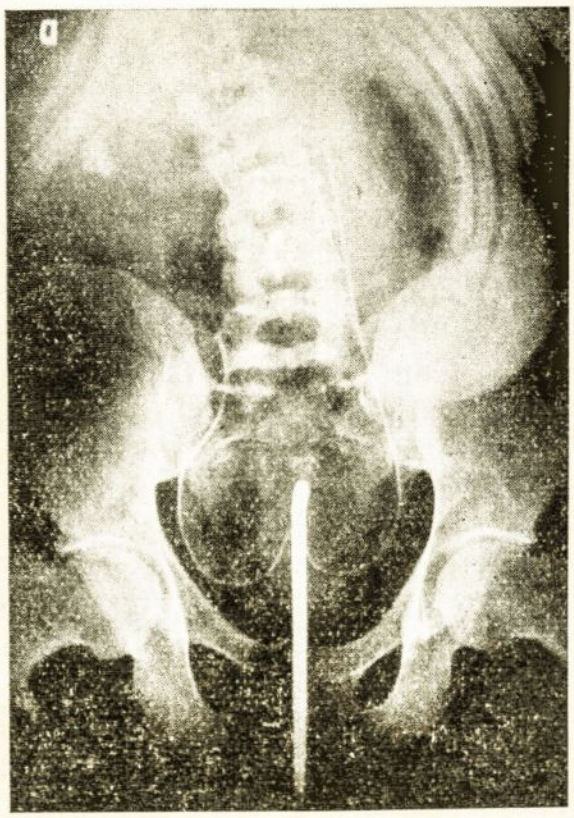
7. Osteogeninis akmenų pasidarymas. Čia priklauso visi kaulų procesai, padedą kalciui nusėsti arba būti perdirbtam, pav.: osteomalacia, rachitis, morbus Bechterevii, osteomyelitis, fractura femoris, žemutinių galūnių artritiniai susirgimai—„infektarthritis" Payr., amputatio. Kaikuriuos iš jų gali lydėti infekcija. Teippat trauminiai susiaurėjimai po dubens lūžimų gali būti akmenų pasidarymo kaltininkais. Be kalcio nusėdimo, akmenų pasidarymui gali turėti įtakos infekcija ir retencija. Recidyvas galimas, kol dar tebėra kaulų procesas, vis vien, ar akmuo pats yra išėjęs ar jis buvo pašalintas operacijos pagelba.

Amputacija, kaulų deformacija (kyphoskoliosis) ir kaulų systeminis susirgimas dėl pagrindinio susirgimo nepataisomumo betkada sužadina akmenų atsiradimą ir augimą abiejose pusėse. (Žiūr. 9 ir 10 atv.)

8. Neurogeninio akmenų pasidarymo typas: Tabes, syringomyelitis, encephalomyelitis, spina bifida, stuburo smegenų sužalojimas padeda akmenims pasidaryti dėl viršutinių

šlapimtakių muskulatūros paralyžiaus. Kaikuriuose iš šitų susirgimų be abejo vaidina tam tikrą vaidmenį osteodystrofiški procesai ir šlapimtakių infekcija. Ir šitos rūšies susirgimuose teippat reikia laukti labai greito recidyvo, kol nėra praėjęs nervų systemos funkcijos sutrikimas, turįs nepalankios įtakos. Čia priskaitoma ir refleksinė phosphaturia po nefrektomijos.

9 atv. Deš. ureterinis kateteris pasiekęs tik 15 cm. augštumo; klaidingai (dėl griaučių ypatybių) buvo manoma, kad jau buvo pasiekta pelvis renalis d. Šešėlis žemiau costae XII d. Kair. ureterinis kateteris įkištas taisyklingai iki regio renalis.



10 atv. Tas pats atsitikimas, ką ir 9 atv. Uropoetinė systema abiejose pusėse pripildyta kontrastu.
Iš dešinės: Šešėlis (akmuo) padengtas kontrastu ir yra in pelvi ren. d.; dėl kontrasto pertekliaus išsipūtusi pars iuxtarenalis ureteris dex. (įleista tik 5 kb. cm); kontrastas nuteka žemyn.
Iš kairės: Pelvis ren. sin. gerai prisipildžiusi kontrasto.

Diagnosis: Kyphoskoliosis. Calculus in pelv. ren. dextr.

Paskutinių 3 typų tarpe yra ypačiai piktybiškų formų, labai linkusių recidyvuotis. Jose paprastai reiškiasi įvairių etijologinių faktorių kombinacija, nuo vieno typo į kitą perėjimas.

Yra pažymėtas akmenų atsiradimas, davus per keletą savaičių $CaCO_3$ ar calcii lactici (Fedorov). Teippat Eisler'o yra aprašytas intensyvus akmenų pasidarymas ir griaunamasis griaučių pakitimas apsinuodijus vigantoliu. Vienos kalcio mobilizacijos osteogeninio pobūdžio akmenims

pasidaryti nepakanka. Reikalingi dar infekcijos buvimas, ilgas gulėjimas, imobilizacija.

Tuo būdu, norint išvengti recidyvo, reikia sužinoti ir pašalinti padedančios akmenims pasidaryti sąlygos. Urolithiasis nėra liga sui generis, bet — daugelio atskirų patologiško pobūdžio sutrikimų šlapimų systemoje ir jos išorėje padarinys.

Kiekviena operacija vengtina chroniškiems akmenų sudarytojams ir vaikų amžiaus atvejais, ligi pasibaigiant akmens pasidarymo perijodui.

Būdingas yra šis atsitikimas. 16 mėnesių vaikas turi pyuriją, karščiuoja. Rentgeno nuotrauka rodo įtartinus akmens atžvilgiu šešėlius abiejuose inkstuose.

Operacija iš kairės: pašalinta 14 akmenų. Praėjus 2 mėnesiams operacija iš dešinės: pašalinti 6 akmenys. Po to vėl pašalinti atsiradę iš naujo, kairioje pusėje 3 akmenys. Praėjus 10 mėnesių, vėl konstatuoti akmenys abiejuose inkstuose ir pyuria (Thomas).

Dažni šiuo metu vienašaliai oksalatiniai akmenys galima be baimės konservatiškai operuoti arba pašalinti instrumentais.

Esant vietinei susirgimo priežasčiai, recidyvo pavojaus po konservatiškos operacijos nėra, jei pašalinti visi akmenys ir jei nutekėjimo sąlygos yra geros. Rehn siūlo tokiais atvejais visuomet dar daryti nephropexi'ją.

Ilgas gulėjimas, netinkama mityba ir aprėžtas gėrimas padeda recidyvams pasidaryti.

Paskutiniai 3 typai (E. Joseph'o lentelė) nepatartina gydyti šarminiais mineraliniais vandenimis, norint išvengti staphylokokk'inės infekcijos su recidyvo galimumu.

Vienašalius didelius užpildančius rėčkeles akmenis paprastai lydi staphylokokk'inė infekcija, kuri gali sugriauti inksto audinį. Konservatiško gydymo padariniai tokiais atvejais labai blogi, nes inkstai paprastai nepasitaiso. Čia parodytina tiktai nephrektomia.

Senyvo amžiaus ligoniai visai neoperuotini, kaip tat jau seniai siūlo Fedorov. Jie paprastai ilgai gyvena nesiskųsdami tokiais akmenimis.

Praktiškai labai svarbų klausymą, kada gi galima spėti recidyvą atsirandant antrojoje pusėje, prof. E. Joseph'o uroliginis skyrius šiteip išsprendžia:

1. Kai chroniško akmenų pasidarymo priežastis negali būti pašalinta.

2. Esant antroje pusėje staphylokokk'inei infekcijai.

3. Nėsant normalaus anatomiško arba funkciško nutekėkėjimo iš antrojo inksto

4. Esant neurogeniniam ar osteogeniniam akmeniui, jei dar nėra praėjusi jo pasidarymą sužadinusi priežastis.

Neoperuotojo urolithiasis'u sergančio ligonio gerovė pareina nuo to, kiek tokio akmens buvimas netrikdo atitinkamo organo funkcijavimą ir jei vietinė infekcija nevirs bendra.

Radikali operacija, laiku padaryta, t. y. esant indicatio vitalis, išgelbsti ligonį nuo bendro sepsio.

Tokie neoperuotieji ligoniai nuolatos turi būti prižiūrimi gydytojo specijalisto, kad nebūtų praleistas momentas operacijai. Statistika gi parodo, kad 33% (Mayo) ir 50% (Papin) operuojamų inkstų akmenų atsitikimų taikoma nephrektomia, t. y. inkstas jau nebėra tinkamas. Ir Gottstein'o duomenimis paskutiniu laiku pastebimas šitos rūšies operacijos reikalingumo padidėjimas.

Ar neliūdnina tatai?

Ligonis dažniausiai jieško gydytojo dėl sopulių, dieglių. Jisai patenka visų pirma pas praktiką gydytoją gana anksti. Vadinasi, šitokios jau nebetinkamų inkstų gausybės beoperuojant radimas pareina dėl to, kad tokie ligoniai pavėluotai nukreipiami į specijalistą susirgimo vaizdui tinkamai išaiškinti.

Blogas patarėjas yra tas, kuris visą susirgimo sunkumą mato akmens buvime, o ne to akmens sukeltuose padariniuose. Tokio ligonio likimas yra liūdnas. Tokis manymas, paremtas neteisingu dalykų esmės įvertinimu, kartais veda prie nepataisomo galo.

Šis pavyzdys visų geriausiai paaiškins tai, kas čia buvo pasakyta. Neseniai Berlyne (1932 m.) buvo šitokis atsitikimas:

Provincijos gydytojo duktė, skaisti mergelė, 21 metų amžiaus, trejus metus paeiliui lankėsi pas gydytojus dėl pyurijos ir nepažinto ureterinio akmens. Niekam nerūpėjo pasiūlyti ištirti viršutinius šlapimtakius. Pagaliau ji pateko pas Berlyno urologą, kuris konstatavo sunkų, jau septišką, pyelonephritis. Buvo iškviestas ligonės tėvas, kuris nepatikėjo nei momento rimtumu, nei ūminės operacijos reikalingumu. Po 2 dienų, kad ir buvo padaryta operacija, šita mergelė žuvo dėl bendro sepsio. Inkstas buvo nubertas abscesais.

Kai dėl bendro klausymo apie akmenų šlapinimosi organuose atsiradimo, tai reikia pasakyti, kad, kiek šiuo metu lengva nustatyti akmenų buvimas, tiek, deja, vis dar tebėra sunku nustatyti jų atsiradimo priežastis.

Išvados.

1. Kiekvieno inkstų dieglio priežastys tučtuojau išsamia ištirtinos, kuriam reikalui panaudojama visa dabartinės urologinės technikos galia.

2. Tokis ištyrimas, po kurio eina ta ar kita intervencija, atliktinas specijalisto urologo, o ne diletanto. Šitų dviejų veiksmų perdavimas į įvairias rankas, nuima atsakingumą nuo tyrinėtojo, ir tuo būdu yra žalingas reikalui.

3. 1-ojo punkto nepildymas veda prie pavėluoto išaiškinimo aplinkybių, lydinčių diegl , taigi ir tikslios priežasties, sukėlusios priepuolį. Tatai gresia organo arba gyvybės praradimu ir pasižymi tokiu augštu ir vis didėjančiu nephrektomi'jos pritaikymo procentu.

4. Recidyvų po operacijos sumažėjimas yra pasiekiamas, jei kiekvienu atskiru atveju bus nustatyta priežastis, kuriam rei-

kalui siūloma pasinaudoti E. Joseph'o, privedusio recidyvus antrojoje pusėje ligi 3,5%, lentele.

5. Ligonio likimas yra praktiko gydytojo rankose, nuo kurio dauguma atsitikimų ir pareina visas tolimesnis, lemiąs ligonio likimą, reikalo nukreipimas.

Literatūra.

1. Baetzner: Diagn. d. Chir. Nierenkrankheiten.
2. Bauer: „Z. Urol." XIX, 222 p., ref
3. E. Beer et Hahn: „Z. Urol." XIX 790 p.
4. Bitschai: „Z. Urol." 1923, XVII, 463 p.
5. Borodulin: „Z. Urol. XXI, 117 p., ref.
6. Carlos: „Z. Urol." XIX, 878 p., ref.
7. Casper: „Med. Kl." 1927 m. 28 nr.
8. Casper L.: Nierensteinerkrankungen. Leipzig. 1928.
9. Castaño et Matta: „Z. Urol." XX, 158 p., ref.
10. Cosens: „Z. Urol." XVII, 670 p., ref.
11. Creyssel: „J. d' Urol." XVII, 6 nr.
12. Crowell: „Z. Urol." 1923 m. XVII, 582 p., ref.
13. Dourmashkin: „J. d' Urol." 1925 m. 1 nr.
14. Feodorov S.: Chirurgija poček i močetočnikov. Leningrad. 1924.
15. Fryszman A.: „Z. Urol." XXI, 482 p.
16 Fuss E: „Z. Urol." 1932 m. 3 nr.
17. Goldberg V.: „Z. Urol. Chir." XXXV. 5—6. 1932.
18. Gottlieb: „Z. Urol." 1930, 478 p., ref.
19. Gottstein: „Brun's Beitr". 1932, 156.
20. Grauhan: „Med. Kl." 1926 m. 41—42 nr.
21. Grossmann W.: „Z. Urol." 1929, XXIII, 11 H.
22. Grossmann W.: „Z. Urol. Chir." 1930, XXIX, 5 H.
23. Haslinger: „Z. Urol" XIX, 422 p.
24. Haslinger: „Z. Urol. Chir." 1929 XXVIII, 1 H.
25. Hellström: „Z. Urol. Chir." 1925, XVIII, 5—6 nr.
26. Helström: „Z. Urol. Chir." XVIII, 5/6 H.
27. Hoffman: „Z. Urol" XIX, 882 p., ref.
28. Hohlweg: „Z Urol." XVII, 553 p.
29. Cholcov B.: Urologija. Leningradas 1923.
30. Janke: (Berl. Urol. Ges.) 1927 m. III.22 d.
31. Joseph E.: „Z. Urol." XIX, 827 p.
32. Young: „J. of. Urol." 1922 m. II.7 d.
33 Kairis: „Z. Urol. Chir." 1926 m. 20, 1—2 H.
34. Kairis: Z. Urol" XXIV. 1930 m., 121 p.
35. Kalenscher: „Z. Urol." 1930, XXIV, 442 p.
36. Kalk et Schoendube: „D. med. Woch." 1926 m. 2 nr.
37. Kott: „Z. Urol." XIX, 687 p.
38. Kreutzmann: „Z. Urol." XXIV, 471 p., ref.
39. Kuznetzky: „Z. Urol." XXI, 117 p., ref.
40. Lanzillotta: „J. d' Urol." 16. 3.
41. Lanzillotta: „J. d' Urol." 17. 6.
42 Le Fur: „Z. Urol" XVIII, 590 p., ref.
43. Ležnev: „Z. Urol." XXIV, 20 p.
44 Livingston (U. S. A.): „Z. Urol." XIX, 308 p., ref.
45. Marion: J. d' Urologie" XIII, 1 nr.
46. Maric: „Z. Urol." XIX, 317 p, ref.
47. Martin et Ciffor: „Gaz. des hôpitaux", 1926 m. 31 nr.
48. Melikov et Gile: „Z Urol." XXI, 798 p., ref.
49. Nichols: „Z. Urol. XX, 480 p.
50. Nicolas: „Z. Urol." XX, 421 ir 424 p., ref.
51. Paškis: „Med. Kl." 1926 m. 40 nr.

52. Peacock: „Z. Urol" XX, ref.
53. Perelmann: „Z. Urol." XXII, 1930, 304 p.
54. Perrièr: „Z. Urol" XIX, 632 p., ref.
55. Petit R.: „Z Urol." XIX, 632 p., ref.
56. Picker: (Ung. Sitz. d. Urol.) „Z. Urol." XXI, 302 p., ref.
57. Quinby: „J. of Urol." 1925.
58. Račič: „J. d' Urol." 18, 4 nr.
59. Račič: „Z. Urol." 1931 m. 4 H.
60. Raffo: (IX Congr. di Soc Urol. Ital.) „Z. Urol. Chir." XXXVI.
61. Ratner S.: „Z. Urol." 1930, 6 H.
62. Rejsek: „Z. Urol." XIX, 879 p., ref.
63. Reschke: „D. Z. Chir." 185, 3—4 H.
64. Rihmer: (Ung. G. f. Urol.) „Z. Urol." XXI, 303 ir 317 p., ref.
65. Rinalldi: „Z. Urol. XVII, 561 p.
66. Rosenow: „Z. Urol." XX, 880 p.
67. Rosenstein: „Z. Ur. Chir." 1927, XXI, 5—6 H.
68. Sanchez Covisa: „Z. Urol." XVIII, 1924, ref.
69. Scheele: „Z. Urol." XVIII, 528 p.
70. Szenkier: „Z. Urol." XXV, 4 H.
71. Schottmüller: „Z. Urol." XVIII, 425 p.
72. Schwarz: „Z. Urol." 1932 m 3 nr.
73. Siedner: „Z. Urol." XXI, 596 p.
74. Simon E.: „Z. Urol." XXI, 458 p.
75. Staehler W.: „Z. Urol." 1933 m. 9 nr.
76. Stutzin: „Z. Urol." XXIV, 1930, 287 p.
77. Tennani: „Z. Urol." XIX, 315 p., ref.
78. Thomas: „J. of Urol." 1925.
79. Troisier: „Gaz. des hôpitaux", 1927 m. 24 nr.
80. Waldsmit: 53 Chir. kongr. 1929, Berlynas.
81. Vallino: „Z. Urol". XXI, 797 p., ref.
82. Zaky A.: „Z. Urol." XVII, 541 p.
83. Ziegler: „Z. Urol." XXI 282 p.
84. Zislin: „Z. Urol." XVII, 378 p., ref.
85. Zondeck M.: „Z. Urol." XVII, 467 p.
86. Zondeck M.: „Z. Urol." XX, 377 p., ref.

Autoreferat.

Ueber Urolithiasis.

Nach der gruendlichen Besprechung des Vorkommens, der Roentgendiagnostik, Aetiologie sowie der Kampfmittel mit der Steinkrankheit des uropoetischen Systems kommt der Autor zum folgenden Schluss.

1. Jeder Nierenkolikfall muss womoeglichst bald ganz genau urologisch untersucht werden.

2. Diese urologische Untersuchung soll vom Urologe, nicht vom Dilletant ausgefuert werden, denn die Vollendung dieses Teiles sowie der nachfolgenden Behandlung von 2 verschiedenen Personen ausgeführt, befreit den Untersucher von der Verantwortung fuer die Handlung, was fuer den Patienten nicht gleichgueltig ist.

3. Das Nichterforschen der Ursache der Nierenkolik fuehrt zur verspaeteten Diagnosestellung. Deswegen droht dem Organismus die Organs — oder Lebensverlust u. anderseits giebt Anstoss zu der immer mehr u. mehr wachsender Zahl der Nephrektomien.

4. Um die Zahl der postoperativen Recidive zuvermindern, muss die Art der Steinentstehung in jedem einzelnen Falle in Betracht gezogen werden. Zu diesem Zwecke empfahl E. Joseph seine Tabelle, mit Hilfe der es ihm gelungen ist die Zahl der Recidive auf der nichtoperierter Seite bis zur 3,5% herunterzudruecken.

5. Das Schicksall des Kranken liegt in den Haenden des praktischen Arztes, der in Mehrzahl der Faelle allein im Stande ist im Weiteren dem Kranken die Moeglichkeit zugeben den richtigen Weg zur Behandlung zufinden.

Dr. B. Matulionis.

Rentgeno=peršvietimas ar nuotrauka?

Praėjusių metų „Medicinos“ paskutiniame numeryje dr. Kalvaitytė savo straipsnyje „Apie plaučių tuberkuliozės R.-dijagnostikos reikšmę“ paskelbė savo įdomius praktiškus patyrimus.

Be abejo, plaučių tuberkuliozės (tbc.) ankstyba dijagnostika turi didžiausios profylaktiškos, terapiškos ir ekonomiškos reikšmės. Nepastebėtas džiovininkas kariuomenėje, sporto organizacijose, civ. tarnyboje ar šeimoje gali apkrėsti kitus; pavėluota dijagnozė pasunkina ir labai pailgina gydymą, kuris šeimai ir Valstybei gula sunkia našta. Todėl suprantami tikslios ir ankstybos plaučių tbc. dijagnostikos jieškojimai. Šiuo metu rentgenas yra viena iš patikimiausių plaučių tyrimo priemonių.

Teoriškai rentgenologiškas plaučių tyrimo klausymas visai aiškus: peršviesti ir padaryti nuotrauką. Neteip lengva šitas klausymas spręsti praktikoje. Čia ir norėčiau kaikurias gerb. dr. Kalvaitytės išvadas papildyti. Nors nesu rentgenologas, bet eilę metų dirbęs Karo ligoninės plaučių tbc. skyriuje, plaučių tbc. ir jo rentgenodijagnostiką studijavęs Vokietijoje, Čekoslovakijoje ir Austrijoje, turiu šitoje srityje šiokio tokio patyrimo ir prie gerb. dr. Kalvaitytės išvadų noriu keletą pastabų pridėti.

Ideališkas plaučių sveikatos patikrinimas reikalingas kliniško tyrimo, peršvietimo ir nuotraukos ant filmos. Atliekant masinius sveikatos patikrinimus kariuomenėje, sporto organizacijose, mokyklose, įstaigose, šita metodė neįmanoma dėl brangumo; brangiausią tokio tyrimo dalį sudaro nuotrauka; nuotraukos išlaidos galima sumažinti vartojant vietoje filmos popierių, bet vis dėlto ir tokios nuotraukos sudarytų nepakeliamą masiniams tyrimams išlaidų poziciją. Turtingi kraštai, turį savo foto-pramonę, ir tai dar negali tokiu mastu rentgeno nuotraukų darytis; juo sunkiau mums; be to, mes turime visą foto-medžiagą importuoti. Todėl tenka pasirinkti ne tyrimo idealas, bet praktiškai prieinamas vidurinis kelias. Tokis nusistatymas galima pagrįsti ne vien praktiškai medžiaginiais sumetimais.

Aš negaliu visai sutikti su gerb. dr. Kalvaitytės nuomone ir negaliu teip žemai degraduoti plaučių peršvietimo reikšmę. Foto-plokštelė, be abejo, daug jautresnė, kaip

kad žmogaus akis, bet ir peršvietimas turi tokių pirmenybių, kurių stinga nuotraukai. Tiesa, gana dažnai pasitaiko plaučiuose tbc. pneumoninio pobūdžio naujų infiltratų ar naujų kavernų, kurios esti nelengva peršvietimo metu įžiūrėti, o kartais ir visai negalima esti pamatyti; bet nevisada ir nuotrauka parodo esančias nedideles naujas, be storos kapsulės kavernas; esti atsitikimų, kur nuotraukoje kavernų dėl jų nepatogios projekcijos nesimato; tik su kitokia projekcija nuotraukoje tokios kavernos iškyla aikštėn. Vadinasi, gali būti nuotraukų su neigiamais duomenimis, kur yra atvira kaverninė plaučių tbc. Nuotraukos didelė vertė esti tik tada, kai iš anksto padarytu peršvietimu nuotraukai parenkama tinkama projekcija. Nepadarius peršvietimo, neparinkus projekcijos, mechaniškai daromų nuotraukų vertė kartais gali būti abejotina. Vadinasi, nuotrauka negali pretenduoti atstoti peršvietimo.

Kai dėl kavernų dijagnostikos, tai reikia pasakyti, kad peršvietimas ir nuotrauka tiek turi skirtingų ypatybių, kad vienas antrą pakeisti negali, bet tenka vienas antru papildyti. Pavyzdžiui, nevisada galima tvirtai, be jokių abejojimų pasakyti, ar nuotraukoje matomas apvalus šešėlis yra kaverna ar artefaktas, atsiradęs dėl tam tikros šešėlių projekcijos; čia tik peršvietimas gali abejojimus išsklaidyti. Gana dažnai kavernos pažinti esti lengviau peršviečiant kaip kad nuotraukoje; tai yra todėl, kad peršvietimo metu galima visaip keisti projekcija ir galima pagauti tokia pozicija, kada kaverna ant ekrano duoda stipriausią ir būdingiausią šešėlį.

Vadinasi, darydami plaučių nuotrauką, dar nėsame visai apsisaugoję nuo rentgeno klaidų; nuotrauka negali apsieiti be peršvietimo ir todėl darydami nuotrauką negalime padaryti sutaupymo peršvietimų sąskaiton.

Pagaliau, dar viena aplinkybė reikia turėti galvoje. Plaučių nuotraukos, atliekant masinius tyrimus, reikalaudamos didelių išlaidų, neduoda garantijos ateičiai; jos tik pasako, kas yra tyrimo metu; neigiama nuotrauka dar nereiškia, kad artimiausioje ateityje susirgimas plaučių tbc. yra negalimas. Užtenka 6 savaičių laiko, kad plaučiuose, kurie iki tol atrodė visai sveiki, atsirastų ankstybinis infiltratas ir net virstų kaverna.

Kai dėl gerb. d-ro Kalvaitytės išvados, kad šalia kliniško plaučių tyrimo reikalingas ir rentgenologiškas tyrimas, ne tik turiu šitą teigimą patvirtinti, bet turiu šitą išvadą ypatingai pabrėžti. Neigiami plaučių perkusijos ir auskultacijos duomenys nieko prieš plaučių tbc. nepasako, ypač prieš tbc. haematogeniškas formas. Tik tuoju plaučių tyrimu galima daugiau pasitikėti, kur greta kliniško buvo ir rentgenologiškas tyrimas pavartotas.

Jieškant priimtino ir praktiškai įvykdomo plaučių tbc. tyrimo būdo reikėtų apsistoti prie šių išvadų:

1. Kliniškas plaučių tyrimas turi būti papildytas peršvietimu; tyrimas be peršvietimo negali būti laikomas patikimu.

Plaučių peršvietimo sąlygos:

a) gera R.-lempa;

b) geras, jautrus ekranas, su greitai gęstančia fluorescencija;

c) jautrios, gerai adoptavusios ir nepavargusios akys;

d) peršvietimo metu projekcijos keitimas;

e) pakankamas praktiškas prityrimas.

2. Tais atsitikimais, kur peršvietimas nieko neduoda, bet yra pasunkėjusi anamnezė arba yra kurių - nors duomenų iš subjektyvaus ar objektyvaus status praesens, kas keltų abejojimą dėl plaučių tbc., reikia tyrimas papildyti plaučių nuotrauka.

Padarius nuotrauką prasideda antras tyrimo etapas — nuotraukos įvertinimas; jis reikalingas nemažo praktiško patyrimo. Tai platus klausymas ir apie tai galima tik atskirai kalbėti.

Reikia pabrėžti dažnai perdedamas plaučių viršūnių duomenų įvertinimas. Pleuros randai, sudarantieji šešėlių arkadas po II šonkaulio apatiniu užpakaliniu kraštu, ir viršutinėje plaučių viršūnių pusėje smulkūs ryškūs apvalūs atskiri šešėliai negali būti laikomi aliarmuojančiu symptomu; iš jų paprastai neįvyksta tbc. proceso generalizacija; todėl turinčių tokius viršūnių duomenis (jie labai dažni) tiriamųjų negalima traktuoti, kaip turinčius prasidedančią plaučių tbc.

Baigdamas turiu keletą žodžių pasakyti dėl R.-nuotraukų formato. Nors visa foto-medžiaga yra importuojama ir nemaža kaštuoja valstybei ar pacijentui, deja, tenka konstatuoti, kad dažnai Gerb. Kolegos šituo klausymu nepakankamai domisi. Neretai tenka matyti, kad plaučių sveikatos patikrinimo reikalu daromos 30×40 cm. nuotraukos. Toks Valstybės ar sunkiai sutaupytų pacijento lėšų švaistymas yra nepateisinamas. Kiekvienas plaučių rentgenologiškas tyrimas turi prasidėti nuo peršvietimo. Jei peršviečiant nieko nepastebima, o iš kliniškojo tyrimo yra šioks toks įtarimas, tai užtenka plaučių viršutinių dalių nuotraukos 18×24 cm., maximum 24×30 cm. Juk hematogeniška plaučių tbc. visada prasideda nuo viršutinių dalių; ankstybinis infiltratas esti teippat viršutinėse plaučių dalyse; bronchogeninės aspiracinės tbc. plaučių formos nors gali būti apačioje, bet turi diseminaciją darantį židinį augštesnėse plaučių dalyse; todėl nėra jokio reikalo teip daryti plaučių nuotrauka, kad net sinusai išeitų; dijafragmai patikrinti visai užtenka peršvietimo. Neat-

menu nei vieno atsitikimo, kad būtų rastas pačiose apatinėse plaučių dalyse aktingas tbc. židinys ir būtų visai sveikos plaučių viršutinės dalys. Peržiūrėjęs pavyzdingos ir didelės (300 lovų) čechų sanatorijos „Sanatorium na Pleši" ketverių metų nuotraukų archivą, nei vieno plaučių tbc. atsitikimo neradau, kur būtų tokia proceso lokalizacija, kad ant 24×30 cm. nuotraukose plaučiai atrodytų sveiki ir tbc. židinys būtų už nuotraukos ribų, pav., lokalizuotas tik pačiame sinuse. Beveik visai tikrai galima pasakyti, kad ten, kur peršvietimas nieko neranda ir 18×24 cm. (event. 24×30 cm.) nuotraukos duomenys neigiami, nėra tuberkuliozinės plaučių infiltracijos. Žinoma, gali būti visokių kazuistinių atsitikimų, bet prie rečiausios kazuistikos atsitikimų negali būti derinamos ordinarinės taisyklės, taikomos masiniams tyrimams. Retos įvairios išimtys visoje patologijoje galimos, ir klaidos dėl jų neišvengiamos.

Kas dėl plaučių nuotraukų formato pasakyta, tas pats reikia pasakyti ir dėl kitų vidaus organų, ypač dėl skrandžio ir žarnų, nuotraukų. Čia tik toji nuotrauka dijagnostiškai vertinga, kuriai parinkta tinkama projekcija ir kitos tinkamos sąlygos. Be paruošimo, be švietimo, be pripildymo kontrolės, mechaniškai atliktų nuotraukų vertė menka, kartais lygi nuliui. Šitoje srityje priimtinos tik nutaikytos nuotraukos. Dėl skrandžio ir dvylikapirštės žarnos tokių nuotraukų visai pakankamas formatas 9×12 cm., o dėl kitų žarnų — 13×18, event. 18×24 cm. Formatai 30×40 cm. gali būti reikalingi tik demonstracijos reikalams.

Apskritai, nuotraukos racijonalus formatas galima nustatyti tik peršvietimo metu, vis tiek, ar būtų fotografuojami plaučiai, ar virškinamieji organai. Dijagnostikos tikslu reikia ne viskas nufotografuoti, o tik tos vietos, kur matomi neaiškūs pakitėjimai ar bent gali jie slėptis.

Autoreferat.

1. Die Durchleuchtung der Lunge mit Rö.-Strahlen und die Rö-Photographie können sich ergänzen, dagegen nie eine das andere ersetzen.

2. Der diagnostische Wert der Rö-Photographie ist bedeutend grösser, wenn die Aufnahmestellung durch vorhergehende Durchleuchtung bestimmt worden ist.

3. Die Rö.-Photographie, besonders Durchleuchtung kann bei einer Massenlungenuntersuchung nie ihren hohen Entstehungswert rechtfertigen und soll nur bei zweifelhaften Ergebnissen der klinischen Untersuchung oder der Rö.-Durchleuchtung angewandt werden.

Gyd. P. Kalvaitytė.

Keletas pastabų prie d=ro B. Matulionio straipsnio „Rentgeno peršvietimas ar nuotrauka".

Aš esu dariusi išvadas apie Rentgeno peršvietimo ir nuotraukos reikšmę plaučių ligų dijagnostikoje, pasirėmusi tų tyrimų duomenų sugretinimu. Ir 36 pavyzdys, cituotas mano straipsnyje „Apie plaučių tuberkuliozės R-dijagnostikos reikšmę", aiškiai parodo mano išvadų tikrumą. Tokių pavyzdžių mano straipsnyje buvo ir daugiau (pav., 2, 8, 21 ir 22). Turiu pabrėžti, kad, pav., 36 atsitikimu buvo ne tiktai gerai pripratusios ir nepavargusios akys, bet ir Rentgeno nuotraukos duomenų įspūdis.

Panašias išvadas apie Rentgeno peršvietimo ir nuotraukos reikšmę esu priėjusi ne tiktai aš, jų yra paskelbta ir literatūroje. Teip, gyd. J. Veličkaitė yra referavusi „Medicinoje" (1932 m. 1 num.) M. Aksjanzew'o ir Krewer'o straipsnį „Die Klinik der hämatogenen-dissiminierten Formen der Lungentuberkulose der Erwachsenen und ihre Rolle in der Phthisiogenese" („Zeitschrift für Tuberkulose". Bd. 62, H. I.), kuriame teippat yra pareikšta panaši išvada.

Toliau, pasirėmusi savo 14 metų rentgenologijos darbo patyrimu, iš kurių apie 12 metų esu dirbusi ligoninėse, manau, kad ir kavernų dijagnostika nuotraukoje yra daug geriau išaiškinama negu kad peršviečiant. O nuo Rentgeno klaidų geriausiai gali apsaugoti patyrimas, nes čia tinka ta pati taisyklė, kaip kad ir visose kitose gyvenimo bei mokslo srityse, būtent: prityręs rentgenologas be didelių sunkumų atskirs, kuris „apvalus šešėlis yra kaverna, kuris artefaktas".

Su gerb. dr. Matulionio „Plaučių peršvietimo sąlygomis" visiškai sutinku. Tačiau masinių peršvietimų atsitikimais, mūsų sąlygomis, kai peršvietėjų yra nedaug, abejoju, ar galės jos būti išpildytos. Turiu galvoje „nepavargusias akis". Masinių peršvietimų atsitikimais šitoji sąlyga yra neįvykdoma.

Ekonominiais sumetimais, aišku, negera yra, kad Rentgeno foto-medžiaga yra importuojama, bet šitie sumetimai liečia tiktai bendrą šalies prekybinį balansą. Tačiau įstaigoms, kurioms reikia pirktis šitą medžiagą, atrodo, tatai nėra žalinga, nes importuojamoji medžiaga yra pigesnė, negu kad ji būtų vietoje pagaminta. Teip manau todėl, kad, nors muitai ir transporto mokesčiai yra dideli, Lietuvoje Rentgeno foto-medžiaga vis dėlto yra pigesnė, negu kad tose šalyse, kur ji yra gaminama.

Dėl nuotraukų formato dalykas gali būti diskutuojamas. Gera būtų, kad šituo dalyku pasisakytų ir kiti plaučių ligų specijalistai.

Dėl vidaus organų Rentgeno nuotraukų reikia pasakyti, kad duodenum'o nuotraukos ir dabar Lietuvoje yra daromos ne ant didesnių formatų, kaip kad siūlo ir gerb. dr. Matulionis. O turint dijafragmą, pasak dr. Baensch'o, pakanka dar ma-

žesnių formatų, nes čia galima padaryti 18 × 24 cm. didumo formate 4 Rentgeno nuotraukos. Tokios Rentgeno nuotraukos yra daromos ir Lietuvoje.

Pagaliau, baigdama noriu priminti, kad, norint peršviesti prieš darant kiekvieną Rentgeno nuotrauką įstaigose, kur yra daromi masiniai Rentgeno tyrimai, kaip kad, pavyzdžiui, Karo Ligoninėje, reikėtų padidinti specijalistų skaičius, t. y. gydytojų personalas ir aparatūra, nes reikėtų turėti atskiras aparatas Rentgeno peršvietimams ir atskiras Rentgeno nuotraukoms, o tatai teippat sudarytų nemažą išlaidų poziciją.

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

26. Prof. J. Rother: **Balneologiškos judinamajam aparatui gydyti indikacijos.** („Med. Kl." 1935 m. 13 nr.).

Svarbiausi judinamojo aparato susirgimai — reumatas ir osteoarthrosis deformans. Ypačiai didelės reikšmės turįs reumatas dėl jo didelio išsiplėtimo. Svarbesnieji šitos ligos etijologiniai momentai esą šie: konstitucija, židininė infekcija, odos cirkuliacijos sutrikimai ir klimato veikimas (butas, profesinio darbo sąlygos). Terapija turinti atsižvelgti į visus etijologinius veiksnius. Reumatinis procesas nesąs griežtai lokalizuotas. Dabar žinoma, kad reumatą apibūdinąs granuliomos audinys paplitęs visoje mezenchymoje. Chron. reumatui gydyti geriausiai tinkanti balneologija, ypačiai dumblo vonios (Moor- u. Schlambäder). Šitai terapijai netinką ūmus procesas ir reumatiniai susirgimai su endokarditu, kol vožtuvų procesas nėsąs visai nurimęs ir stabilizavęsis; šitais atsitikimais balneoterapija galėtų daug žalos padaryti. Erytrocytų sedimentacija esanti gera priemonė proceso būklei patikrinti. Balneoterapija neduosianti pagerėjimo ir dar ligą paūminsianti, jei reumatas pareinąs nuo veikiančios židininės infekcijos. Čia turinti būti pavartota židinio terapija; kartais gerai sekąsi kurorte, kur visokie faryngitai, tonsilitai nuo inhaliacijos, skalavimo gerai gyją. Balneoterapija nedaug padėsianti, jei reumatinis procesas esąs anergijos būklėje. Geriausiai esą galima patikrinti parenteraline jaudinamąja terapija, pav., apie 6 kartus švirkščiant yatren-casein'o kas antra diena po 0,2. Židininė reakcija parodysianti, ar dar galima reakcija sukelti voniomis. Anerginio reumato atsitikimais parenteralinė jaudinamoji terapija galinti daug padėti; ji galima vėliau kombinuoti su balneoterapija. Dumblo vonios gerai veikiančios ir tuos artritus, kurių pagrinde esą hormoniniai sutrikimai. Reikią prisiminti dumblo substancijoje rasti seksualiniai hormonai.

Osteoartrozės dijagnostikai esąs labai svarbus rentgenas. Šitos ligos genezėje sąnarių pervargimas daug sveriąs. Todėl balneoterapija reikią kombinuoti su ortopedija, greta vonių tinkamai pavartotas masažius teippat daug padedąs; tačiau visos priemonės, taikomos osteoartrozei gydyti, nepašalinančios audinių degeneracinių pakitimų.

Dr. B. Matulionis.

27. E. Lost: **Sanarių susirgimų gydymas trumpomis bangomis.** („Med. Klin." 1935 m. 11 nr.).

Trumpųjų bangų terapija (t. b. t.), priešingai dijatermijai, tinkanti ūmiems ir chroniškiems audinių įdegimo procesams gydyti. Kylanti audi-

niuose šiluma sustiprinanti cirkuliaciją, padidinanti leukocytozę ir fagocytozę — teip šiuo metu trumpųjų bangų (t. b.) bakterijocidiškas veikimas aiškinamas. Kelerių metų patyrimas parodęs, kad t. b. t. didelės reikšmės turinti judinamojo aparato chron. ir ūmiems susirgimams; sąnarių, raumenų, kaulų, sausgyslių skausmingus susirgimus t. b. t. gerai symptomiškai veikianti net ūminėje stadijoje. Pagrindinė t. b. ypatybė esanti ta, kad jos nesilaikančios Om'o dėsnių ir sudarančios homogenišką šildomą elektros lauką, vistiek, ar audinys būsiąs laidininkas (raumuo) ar nelaidininkas (kaulas); jos lygiai gerai veikiančios tiek paviršutinius, tiek giliuosius audinius. Tai svarbu ypač didžiųjų sąnarių terapijai, nes homogeniškos šilumos penetracijos paprastoji dijatermija neduodanti. Užtai t. b. t. rezultatai dažnai esą pozityvūs net tokiais atsitikimais, kur paprastos dijatermijos vartojimas jokio pagerėjimo neduodavęs.

Dr. B. Matulionis.

28. Dr. E. Raab: **Trumpųjų bangų terapijos** (t. b. t.) **kritika.** („Deut. Med. Woch." 1935 m. 10 nr.).

T. b. t. sritis — įvairūs uždegiminiai procesai, jos pirmenybė — teigiamas veikimas ne tik chroniškiems, bet ypač ūmiems ir febriliniams procesams. T. b. t. esanti sui generis gydymo metodė ir negalinti būti lyginama su paprasta dijatermija; ji esanti maloni pacijentui ir kaikuriais atsitikimais atstojanti chirurginę intervenciją su jos skausmais ir pavojais; teip antai, t. b. t. dažnai labai gerai veikianti veido furunkuliozę, karbunkulus, plaučių abscesus ir empyemas, flegmonas ir t. t.

Dar neseniai svarbus klausymas, koks t. b. t. tinkąs aparatas: su lempiniu generatorium ar su kibirkštininku, dabar jau esąs nebeaktualus; ir vienos ir antros konstrukcijos aparatas, jei tik gerai padarytas, duodąs tą patį terapinį efektą; esą svarbu tik, kad aparato veikimo stiprumas būtų pakankamas. Trumpųjų bangų (t. b.) veikimas vien homogeniška termopenetracija paaiškinti negalima, nes tada būtų nesuprantamas teigiamas ūmių febrilinių uždegimų veikimas; čia kontaktinė šiluma tokio teigiamo veikimo neturinti, o dijatermija net esanti kontraindikuota, todėl spėjama, kad čia yra t. b. kaip spinduliuojančios energijos veikimas. Terapiškam pasisekimui reikalinga, kad panaudotos energijos kiekis nebūtų silpnas. Stiprus, bet dar malonus šilumos jautimas esąs nors netikras, bet praktikoje vartotinas dozavimo mastu. *Dr. B. Matulionis.*

29. Straus: **Apie kraujo apytakos aparato prasidedančio nepakankamumo dijagnoze.** („D. m. W." 1932 m. 24 nr. — Ref. „Klin. Med." 1934 m. 4 nr.).

Dar Schotmüller 1931 m. pažymėjo sunkumus nustatant kraujo apytakos aparato nusilpimo pradžią pacijentams, turintiems tik subjektyvius symptomus, k. a.: dusulį, spaudimą krūtinėje įsitempus, spaudimą po krūtinę arba kosulį, nėsant objektyvių duomenų. Tokiais atvejais norint nustatyti tikrą dijagnozę ir pritaikinti atitinkamą gydymą, didelės reikšmės turįs tikslus įvedamų ir išskiriamų skysčių balanso tyrimas gulint ligoniui lovoje ir kasdien jį sveriant. Jau seniai autorius teikia didelės dijagnostikinės reikšmės vadinamajai nykturijai, prasidedančiai myokardo nepakankamumą nustatant. Šitas symptomas galima konstatuoti ir dieną, palaikius ligonį keletą valandų lovoje; tuo būdu terminas „nykturija" teisingiau būtų pakeisti terminu „klinurija". Esant prasidedančiam myokardo nepakankamumui, trumpiau ar ilgiau lovoje laikomo ligonio organizmas reaguojąs kartais į įvedamų į organizmą skysčių masę kitaip, negu kad esant visiškam myokardo darbingumui, į ką autorius jau prieš keletą metų atkreipęs dėmesį. Širdies nepakankamumui pažinti, pakanką vieną parą stebėti, kaip šlapimai išskiriami iš organizmo, įvedus ant tuščios 1 literį silpnos arbatos ir tiktai su ta sąlyga, jei konstatuojamas atskiedimo jiegos sumažėjimas, esant gerai išlikusiam koncentracijos sugebėjimui ir esant beveik normaliam liktinio azoto kiekiui kraujo serume. *J. St.*

30. Mindru: **Apie naują inkstų sekrecijos teoriją. Antinksčių fyzijologija (ypačiai suprareninė azotėmija).** („Rev. stint. med." 1932 m. 21 t. — „Klinič. Med." 1934 m 4 t).

Autorius teigia, kad inkstui veikiant kamuolėliai ne secernuoją, o tiktai sustipriną kraujo apytaką. Įrodymai šie: 1) inkstas, nepraeinamas šlapalams (urea'i), praleidžiąs baltymus; 2) chloro turis kamuolėlių kraujuje esąs didesnis negu cirkuliuojamame kraujuje (esama nuomonės, kad chloro didesnė koncentracija kamuolėliuose pasidaranti dėl atgalio tekėjimo iš įvijų kanalėlių); 3) varlei perrišus inkstų maitinamas venas, inkstų sekrecija sumažėjanti. Toliau, pagrindus ir rūgštis išskiriančios įvairios įvijų kanalėlių dalys, o amonis betarpiškai susidaręs katijonams skirtoje kanalėlių dalyje. Pirmoji įvijų kanalėlių atkarpa tarnaujanti chemiškai kraujo reguliacijai, o antroji — fyziškajai (osmoziškas spaudimas ir pH dydis).

Toliau autorius nagrinėja antinksčių fyzijologiją. Adrenalinas, palaikydamas reikiamą kraujoslėgį, reguliuojąs azoto turinčių medžiagų išskyrimą. Be to, adrenalinas reguliuojąs dijurezę suerzindamas kepenis ir mobilizuodamas gliukozę. Autorius nurodo į žalingą chloropenijos įtaką antinksčių neuroglanduliarinei systemai ir aiškina pastarosios symptomatologiją (albuminurija, azotemija, virškinamieji sutrikimai) antinksčių narveliuose toksinų fiksavimu. *J. St.*

VAIKŲ LIGOS.

15. Arvid Wallgren (Gothenburg): **Pažiūros apie tuberkuliozinio meningito atsiradimo sąlygas ir profylaktiką.** (Einige Gesichtspunkte über die Entstehungbedingungen und die Prophylaxe der tuberkulösen Meningitis) („Acta Pediatrica". V. XVII, Supplementum I, 1935).

Esąs žinomas faktas, kad suaugusieji individai, turį chronišką plaučių tbc., nesergą tuberkuliozinių meningitu arba labai retai susergą juo. Meningitas esąs reta antrinės arba tretinės organų tuberkuliozės komplikacija. Iš 166 skrodimų tik dviem atsitikimais rastas meningitas, esant nepirminei organų tuberkuliozei; tat nurodo, kad meningitas įvykstąs anksčiau, negu prasideda antrinė arba tretinė ligos stadija. Iš 166 skrodimų tik 9 atsitikimais buvęs rastas senas sukalkėjęs pirminis kompleksas, o pas 137 (82,6%) anatomiški pakitimai buvę švieži. Iš 39 vaikų, kuriems nebuvo daryta skrodimo, jiems gyviems esant darytoji rentgeno nuotrauka tik pas 3 parodžiusi sukalkėjimus, o pas 34 buvę matomi švieži patamsėjimai. Vadinas, tuberkuliozinis meningitas su reliatyviai mažomis išimtimis įvykstąs kaip šviežios pirminės tuberkuliozės komplikacija. Kaip tik pirminė tuberkuliozė pradedanti kapsuliuotis ir sukalkėti, tai meningito pavojus vaikams žymiai sumažėjąs.

Mums yra žinoma, kada prasideda pirminė tuberkuliozė: 3—6 savaitę po apsikrėtimo. Kaip ilgai ji reikią laikyti šviežia, sunku tiksliai nustatyti: anatominiu atžvilgiu šviežia tuberkuliozė galinti būti laikoma iki ½—1 metų, bet šito paties amžiaus tuberkuliozė galinti atrodyti kaip sena. Įdomu žinoti, ar meningitas prasidedąs su pirmaisiais tuberkuliozės reiškiniais ar vėliau. Autorius surinkęs apie 60 atsitikimų, iš kurių matoma, kad meningito didžiausias pavojus gresiąs vaikui antrą mėnesį, pasirodžius pirminės tuberkuliozės reiškiniams. Praėjus 3 mėnesiams po apsikrėtimo, pavojus žymiai mažėjąs.

Apibendrinant šituos stebėjimus, reikią daryti išvada, kad profylaktikinės priemonės esančios svarbios pirmaisiais trimi mėnesiais. Kad tuberkuliozinis procesas nesiaktyvuotų, svarbu, kad vaikai turėtų hygieniškai dijetiškas sąlygas. Kad jie atliktų nors neilgą gydymą sanatorijoje, pakol pagreitėjusi kraujo nusėdimo reakcija ir temperatūra daro bendrą įtaką organizmui.

Iš meningitiko vaiko anamnezės retai kada sužinome, kaip seniai jisai turįs pirminę tuberkuliozę; šitoje stadijoje dažnai esąs erythema no-

dosum, kurs reikią laikyti tuberkuliozinių fenomenu, įvykus alergijai po apsikrėtimo tbc. Jeigu vaikas, turįs tuberkuliozinį meningitą, turėjo erythema nodosum, tai jis tuo pačiu sergąs pirmine tuberkulioze ir esą galima patirti, kaip tuo laiku ji buvusi gydyta. Gotenburgo vaikų ligoninėje iš 23 vaikų, sirgusių tuberkuliozinių meningitu, tik 3 vaikai, turį aktyvios stadijos pirminę tuberkuliozę, buvę recijonaliai gydyti. Kitais 4 atsitikimais meningito symptomai teip greitai pasireiškę po susirgimo, kad nebuvę spėta gydyti. Iš 428 vaikų, kurie buvę gydyti nuo pirminės tuberkuliozės ir erythema nodosum, tik 3 susirgę meningitu. Tik pirmųjų 3 metų amžiaus vaikai dažnai susergą tbc. meningitu; šitame amžiuje infekuotiems vaikams pirmaisiais mėnesiais esąs didžiausias meningito pavojus. Tikriausia profylaktikos priemonė apsaugoti vaikus esanti apsikrėtimo išvengimas šitame amžiuje. Racijonalus sanatoriškas gydymas kritiškoje pirminės tuberkuliozės stadijoje turįs sulaikyti tuberkuliozinio proceso aktyvavimą ir padėti išvengti meningito pavojaus. *Dr. V. Tercijonas.*

CHIRURGIJA.

9. Hempel: **Kliniški ir eksperimentiški duomenys nušalimus gydant.** („D. Z. Chir.“ 1933 m. 12 H., 238 Bd. — Ref. „Klinič. Med.“ 1934 m. 11—12 nr.).

Neske gangreną nušalus aiškinąs venine staze su sekamu arterijų indų suspaudimu; todėl jisai siūlo nušalusią galūnę šiaip gydyti: daromi odos pjūviai pėdos nugaroje ir pirštuose šitam suspaudimui sumažinti. Klapp pataria pasitenkinti tik pėdos nugaros pjūviais, nes pirštų odos pjūviai labai prasiskečią ir vėliau labai iš lėto gyją. Iš tokio pjūvio riebalinė narveliena, gausiai permirkusi serozinio skysčio, pradedanti išsikišti iš žaizdos ir iš pradžių nekraujuojanti, kas rodą į padidėjusį audiniuose spaudimą; po keletos minučių, sumažėjus spaudimui ir atsitaisius kraujo apytakai, žaizda pradedanti kraujuoti ir galūnė atgaunanti savo normalią spalvą. Daugybiniai pjūviai gerai veikią ne tiktai sumažindami audinių įtempimą, nušalus visų pirma sutrinkanti audinių kolojidiškai chemiškoji pusiausvyra, osmoziškas spaudimas, audinių izoinotonija, ir viso to padarinys — pabrinkimas (oedema), antrinis kraujo indų suspaudimas ir normalios audinių apytakos sutrikimas. Autoriaus bandymais nustatyta, kad nušalimo sužalotuose audiniuose randamas cukraus ir valgomosios druskos padaugėjimas palyginti su šitų substancijų tūriu kraujuje ir plazmoje. Daugybiniai pjūviai, pašalindami kraujo indų suspaudimą, pakeičią ir audinių osmozę ir tuo būdu padedą audinių normaliems fyziškai chemiškiems santykiams atsistatyti. *J. St.*

10. Peters: **Apie hėmorojaus gydymą** („Arch. klin. Chir.“ 1933 m. 4 H. 178 Bd. — Ref. „Klinič. Med.“ 1935 m. 1 nr.).

Neliesdamas hėmorojaus ėtijologijos ir patogenezės, o teippat indikacijų operaciniam įsikišimui, autorius sustoja svarbiausiai ties chirurgiškomis hėmorojaus gydymo metodėmis. Šiuo metu tarp savęs konkuruojančios 4 pagrindinės hėmorojaus gydymo metodės: 1) išdeginimas (kauterizacija pagal Lengenbeck'ą arba hėmorojinių mazgų elektrokoaguliacija); 2) paprastas perrišimas hėmorojinių mazgų, kurie po to nekrozuoja ir nukrinta; 3) atskirų mazgų arba viso aplink anus'ą išsiplėtusių venų tinklo išpiovimas pagal Uaitched'ą; 4) pagaliau paskutiniu laiku labai pasidaręs populiariu į išsiplėtusias venas sklerozuojamųjų skiedinių injekavimas. Kiekvienas būdas turįs savo pranašumų ir savo trūkumų. Palyginamąjį jų įvertinimą pasunkinąs medžiagos įvairumas. Teip, sklerozuojamųjų skiedinių injekavimas daromas lengviausiais atvejais, daugiausia esant išoriniams mazgams, linkusiems susiraukšlėti ir be operacinio įsikišimo; nestebėtina, kad šito gydymo rezultatai gaunami geri, recidyvų procentas nepranešąs 2—6%. Kiti plačiai vartojamieji operaciniai būdai duodą tam tikrą procentą recidyvų ir komplikacijų. Ypačiai tatai liečią Uaitched'o metodę,

paliekančią kartais po savęs sunkias striktūras ir išmatų nesilaikymą. Paprastesnieji atskirų mazgų perrišimo ir išpjovimo būdai kartais komplikuojąsi vietine infekcija (paraproctitis) arba bendra pyaemia.

Autorius pats esąs seniausios metodės — hėmorojinių mazgų kauterizacijos šalininkas, nes šita metodė laiduojanti operacijos nekraujingumą, gerą pooperacinę eigą ir gerus tolimus rezultatus: iš 649 Langenbeck'o būdu operuotų ligonių recidyvų buvę 0/0. Šiuo metu išsirūtuliavus elektrochirurgijai, Langenbeck'o būdas pasidaręs techniškai tobulesnis ir racijonalesnis. *J. St.*

UROLOGIJA.

12. K. Middeldorf (Berlynas): **Einwanderung einer Nadel in die rechte Niere vom Darm aus.** (Adatos iš žarnos į deš. inkstą keliavimas) („Z. Urol." 1935 m. 5 nr.).

(Retas adatos į inkstą keliavimo atsitikimas ir keletas būklinių ypatybių gali būti įdomios skaitytojams. Ref.).

Moteris, 39 mt. amžiaus. 1914 m. appendektomia su drenažium; kaip padarinys — deš. pyelitis. 1927 m. augšta t° ir dažni skausmai deš. inksto srityje. Ligos ilgumas — 9 savaitės. Dijagnozė: inksto supūliavimas.

1929 m. ligonė prarijusi adatą. Po 3—4 d. iš dešinės nuo bambos skausmai, kurie greitai praėję. 1929, 1931 ir 1932 m. buvo gydoma ligoninėje, įtarus spondylitis tbc. 1932 m. deš. pilvo pusėje pasidaręs „abscesas" palaikytas adneksų tbc. To paties laiko dijagnozė: „išskiriamasis (toksiškas. Ref.) nefritas". Nei šlapimai nei bijologiškoji reakcija neparodę tbc. bacilų. Lėtas ligos nykimas konservatiškai gydant šitą „abscesą". Nustojusi 20 sv. svorio. 1932 m., dėl ilgą laiką trukusių gręžiamų skausmų deš. pilvo srityje ir nugaroje, apetito nustojimo ir nusiskundimų virškinimu, įstojo į kliniką.

St. praes.: Skausmingumas 3—6 krūtinės slankstelių srityje. Skausmas apčiuopiant deš. pilvo dalį. Auglio neapčiuopiama. Šlapimai drumsti. Deš. pusės pyuria, funkcijų atsilikimas deš. pusėje. Kairysis inkstas tvarkus.

Rentgenas: deš. inksto viršutiniame poliuse — adata. Dijagnozė: Židininis pūlingas nefritas, inksto supūliavimas, svetimkūnis.

VII. 26 d. staiga pakilusi t° iki 39°.

Apčiuopiamas auglys deš. pilvo pusėje. Šlapimų ir leukocytų kiekis sumažėjęs. Ureter. kateteriu iš dešinės — švarūs šlapimai. Operacija. Deš. inkstas pašalintas; jisai padidėjęs; uždegiminiai židiniai ir abscesai jame; adata.

Ligonė iškėlusi bylą gydytojui, kuris ją gydęs dėl tbc. vertebrae etc., manydama, kad adata buvusi ilgamečio susirgimo priežastim ir gydytojo laiku nebuvusi pažinta. Ekspertyzė atmetusi šitą įtarimą, nes — 1) 1914 ir 1927 metais daug pirmiau prieš adatą jau buvęs pas ją deš. inksto pūlingas procesas, ir 2) adata buvo įsikapsuliavusi viršutiniame inksto poliuse ir vargu ji būtų galėjusi taip smarkiai sugriauti visą inkstą! Visi šitie skausmingi reiškiniai buvę ne kas kita, kaip kad adatos keliavimo pro žarnas pasireiškimas. Iš colon transversum ji patekusi į deš. inkstą, kas būną labai retai; paprastai ji patenkanti in cavum peritonei.

Dr. T. Goldbergas.

13. A. Probstner (Budapestas): **Eine Krebsgeschwulst nachahmende Blasengumma.** (Šlapimpūslės guma — panaši į vėžį) („Z. Urol." 1935 m. 4 H.).

1934 m. į autoriaus gynekologinį skyrių perkelta iš ligoninės vidaus ligų skyriaus ligonė, 70 m. amž., įtarta vėžio atžvilgiu. Climax 28 metus. Pusantrų metų tenezmai, tarpais šlapimai kraujingi. Gynekologiškas tyrimas, kaip kad ir visi kiti, neparodę nieko patologiška. Šlapimuose esą

pūlių, kraujo. Pūslės talpumas 30 ccm. Kystoskopiškai ištyrus, rasti katariški pūslės gleivinės pakitimai, fundus'e židininio pobūdžio fibrininės inkrustacijos, panašios į augli, neaiškios urologo išvadoms dėl gleivinės išplitusio pakitimo. Praėjus 2—3 savaitėms po medikamentiškai mechaniško gydymo, ligonė patikrinta. Vėl kystoskopija: trigonum'ą užimąs auglys, pasidengęs nekrobijoziškais kuokštais, pereinančiais dešinėn į sienelę. Ureterinės angos nematomos. Diagnosis: Ca vesicae inoperabile. Skausmai, nežiūrint į symptomišką gydymą, nesiliaują. Po keleto dienų skausmai nugaroje. Čia randami uždegiminio pobūdžio pakitimai su opomis ir fistulinėmis perėjomis, kuriuos konsultavęs dermatologas pripažinęs lues'u III, t. y. gumomis. WaR. ++++. Tatai privertę pagalvoti apie tokio paties pobūdžio ir pūslės susirgimą. Pritaikius gydymą Bi, acetylarsen'u ir jodkaliu, skausmai pranykę, viso opos sugijusios ir pūslė, kystoskopuojama, rasta jau normalios išvaizdos.

Šlapimpūslės syfilis — retas susirgimas ir kliniškai težinomas vos 30 metų. Daugiausia medžiagos duodančios Amerikos lotyniškosios šalys. Šito susirgimo specijalūs symptomai nėsą žinomi, nes jo kliniškos formos esančios labai įvairios. Kartais esanti svarbi anamnezė. Čia ir ji šituo atžvilgiu buvusi nereikšminga. Nevisada WaR. čia esanti teigiama. Kystoskopiškas vaizdas dažnai klaidinąs, būdamas panašus į tbc. ar ca. Kaikuriais atsitikimais aprėžti tumor'ai primeną pūslės tumor'us (papilloma). Todėl daugeliu atsitikimų visai neteisingai būdavęs taikomas operatiškas gydymas. *Dr. T. Goldbergas.*

AKUŠERIJA IR GYNEKOLOGIJA.

12. Seguy ir Vimeux: **Moterų steriliškumo priežastys.** („Gyn. Obst." 1933 m. 4 nr. — Ref. „Klinič. Med." 1934 m. 11—12 nr.).

Moterų steriliškume labai svarbų vaidmenį vaidinančios fyziškai chemiškos sąlygos. Tyrimai parodę, kad šviežiai išskirtoji sperma turinti aiškiai šarmišką reakciją. Rūgšti makščių (vaginos) reakcija (pH = 4,5) iš pradžių pagyvinanti spermatozojidų judrumą, o vėliau nužudanti visus tuos, kurie nesuspėję makštis apleisti Spermos su makščių sekreto mišinio pH = 6,1—6,2. Juo makščių rūgštingumas buvęs didesnis, juo greičiau paliaudavę judėję spermatozojidai. Kaklelio kanalo gleivinė, atvirkščiai, buvusi šarmiška ir tuo būdu veikusi pritraukdama spermatozojidus, kurie čia randą gerą prieglobstį. Tačiau spermatozojidai negalėtų patekti į kaklelio kanalą, jeigu jame nebūtų gausaus skaidraus gleiviško sekreto. Šito gleiviško sekreto atsiradimas, dėl ko kaklelio kanalas darąsis praeinamas, esąs laikinis fyzijologiškas reiškinys. Spėjama, kad šito gleiviško skysčio produkcija įeinanti į ovuliacijos ciklo sudėtį. Šitas sekretas, palankus spermatozojidams, laikąsis tam tikrą laiką ir galįs būti produkuojamas įvairiuose menstruacijos ciklo momentuose. Dažniausiai jisai atsirandąs 10-tą dieną nuo paskutinės menstruacijos pradžios ir laikąsis 4—5 dienas. Kaikurių moterų kaklelis niekada nebūnąs fyzijologiškai praeinamas spermatozojidams, nes vietoje gleiviško pas jas esanti pūlinga sekrecija. Šita aplinkybe ir esą galima paaiškinti kaikurie nevaisingumo atsitikimai.

J. St.

13. Macia de Torres: **Moters fyzijologiško steriliškumo perijodas.** („Gyn. Obst." 1933 m. 6 nr. — Ref. „Klinič. Med." 6 nr.).

Menstruacijos procesas, buvęs paslaptingas dar prieš 30 metų dabar jau esąs beveik visiškai išstudijuotas. Dabar jau esą visiškai tiksliai nustatyta, kad be ovuliacijos negalį būti menstruacijos. Ovuliacija, esant normaliam 28 dienų menstruaciniam cyklui, įvykstanti tarp 14 ir 15 dienų nuo paskutinės menstruacijos pradžios, t. y. maždaug tarpmenstruacinio perijodo viduryje. Esant 24 dienų menstruaciniam cyklui, ovuliacija įvykstanti prieš 15 dienų, o esant 30 dienų cyklui — po 18 dienų, bet visuomet už 14 dienų prieš menstruaciją, nepaisant, koks bebūtų menstruacinio cyklo typas. Knaus įrodė, kad gimtys (uterus),

savaimingai susitraukiančios ir reaguojančios į pituitrin'o injekcijas folikulio brendimo perijode, staiga nustojančios šito ypatingumo įvykus ovuliacijai — reiškinys laikomas paruošiamuoju momentu kiaušinėliui įsiveržti. Moteriai, turinčiai 28 dienų menstruacinį cyklą, tonus'o ir gimčių susitraukiamumo nusilpimas įvystąs apie 15 dieną prieš prasidedant paskutinei menstruacijai. Menstruacinis cyklas turįs du vienodo ilgumo perijodu: 1 perijodas — folikulio brendimas, 2 perijodas — geltonkūnio pasidarymas. Jeigu iki geltonkūnio pasidarymui pasibaigiant apsivaisinimas neįvykstąs, tai prasidedanti menstruacija.

Moters pastojimas pareinąs nuo šių 3 veiksnių: 1) ovuliacijos momento; 2) laiko, per kurį spermatozojidai, patekę į moters lytinius organus, išlaiką savo sugebėjimą apvaisinti, ir 3) laiko (vidutiniškai 3—4 dienų), per kurį kiaušinėlis, išėjęs iš folikulio, išlaikąs savo gyvybingumą. Maksimalaus moters gebėjimo apsivaisinti perijodas apsirežiąs 4—6 dienomis, artimiausiomis ovuliacijai. Po menstruacijos prasidedąs moters fyzijologiško steriliškumo perijodas.

Autoriaus stebėjimai, kad ir negausūs, bet kruopščiai buvę patikrinti per 2—4—10 metų. Dienoms nurodyti, kada galima turėti santykių nesibijant apsivaisinti, autorius pagamino tam tikrą lentelę, prisitaikydamas prie moters menstruacinio cyklo, ovuliacijos laiko ir menstruacijos pradžios.

J. St.

14. Laineux ir Lignossieux-Arduin: **Nėščiųjų priešsyfilinis gydymas.** („Paris Méd." 1933 m. 2 nr., XI. — Ref. „Klinič. Med." 1934 m. 11—12 nr.).

Autoriai apskaičiavo, kad nėščioms moterims, kurios buvo gydomos priešsyfiliškai nėštumo metu, gimdavę 81% sveikų vaikų. Tais atvejais, kai tėvas turėjo syfilį, o motina nerodė jokių šitos ligos symptomų ir todėl nesigydė, gimę 42% sveikų vaikų. Moterims syfilikėms, tesigydžiusioms tik prieš nėštumą, tegimę tiktai 28% sveikų vaikų.

Iš to autoriai daro išvadą, kad geriausia profylaktika prieš syfilis congenita esąs systemingas gydymas, atliekamas nėštumo metu, įtarus pas tėvus betkurio senumo syfilio buvimą. Reikią turėti galvoje, kad moterų syfilis dažnai einąs latentiškai, nepastebimai ir linkęs paūmėti nėštumo metu. Geriausias gydymo būdas esąs intraveninis arsphenamine'o įvedimas. Gydymas atliktinas intensyviai su neilgesniais kaip 3 savaičių protarpiais. Tokį gydymą atlikus, gimęs kūdikis nėra reikalo specifiškai gydyti, jeigu jo kraujo WaR. yra neigiama. WaR. reikią pakartoti kas 6 mėnesiai per 4 metus ir, tiktai radus ją teigiamą, taikyti priešsyfilinis gydymas.

J. St.

15. F. Hilgenberg (Essenas): **Die sinngemaesse Sterilisationsmethode zur Unfruchtbarmachung erkranker Frauen.** (Paveldimai sergančių moterų sterilizacijos tikslinga metodė) („Zbl. G." 1935 m. 25 nr.).

Sąsyjyje su išėjusiu Vokietijoje įstatymu apie privalomą augščiau minėtųjų moterų, paprastai laikomų sveikomis, sterilizaciją, autorius šitokiai operacijai stato 2 reikalavimus: 1) 100% įsitikinimo, kad operuotoji moteris liksianti gyva, 2) absoliutus tokios moters apsaugojimas nuo tolimesnio pastojimo galimumo.

Šitokia operacija autorius laiko kylišką visos tubos iš uterus'o išpjovimą ir laiko netinkamomis visas metodes, kurias vartojant pasitenkinama dalinėmis manipuliacijomis su tubomis, įvairiai panardinant jas po peritoneum'u ir t. t.

Autoriaus technika ši. Evipan'o + ėterio narkozė. Laparotomija — mažas išilginis pjūvis pagal vidurinę liniją. Buku gnybtuku vieno ligamentum rotundum sučiupimas ir tuo būdu uterus'o ištraukimas. Tubos fimbrijos sučiumpamos gnybtuku. Ištempiamas mesosalpinx ir suspaudžiamas betarpiškai žemiau tubos ilgu gnybtuku ligi pat uterinio galo. Perpjaunamas mesosalpinx ir apsiuvamas. Kyliškas tubos iš uretrus'o išpjovimas. Uterinė žaizda užsiuvama keliomis mazguotomis siūlėmis. Siū-

lės pagelba mesosalpinx'o kultė . priartinama prie uterus'o siūlės ir visa tatai padengiama ligamento rotundo ar pūslės peritoneum'u, kuris fiksuojamas prie fundus uteri.

Šita operacija reikalinga maža laiko ir esanti nekraujinga. Autorius tuo būdu jau operavęs 25 atsitikimus. Pooperacinis perijodas be komplikacijų. Šitą būdą rekomenduoją teippat Ottow ir Jaschke.

Dr. T. Goldbergas.

16. Voron I. et Pigeaud H. (Lyonas): **L'accouchement dirigé.** (Gydytojo vedamas gimdymas) („Gyn. et obstetr." 1934 m. 2 nr., XXX).

Esant sunkiam gimdymui, autorių nuomone, neišvengiama pagelbinių priemonių, prie kurių priskiriama: dirbtinis vaisiaus pūslės praplėšimas, spasmalgin'o Roche ir užpakalinės hypophysis'o dalies preparatų pavartojimas. Tuo būdu vedant gimdymą, pavykstą sutrumpinti jo ilgumas ir sumažinti skausmai. Autoriai nurodo į pranašumus, gaunamus dirbtinai praplėšiant vaisiaus pūslę, ir nagrinėja jo pritaikymo momentą. Spasmalgin'ą autoriai taiką ne systemiškai visais atvejais, bet tiktai esant spazmiškiems pastangoms. Šito preparato dėka padidėją protarpiai tarp pastangų ir, svarbiausia, sumažėją teip nemalonūs skausmai liumbalinėje srityje. Spazmo atveju be baimės galima įšvirkšti keletas ampulių su $^1/_4$ val protarpiais. Jokių pašalinių reiškinių priešingai morfiui nei motinai nei kūdikiui nepastebėta. *Dr. T. Goldbergas.*

NERVŲ IR PSYCHINĖS LIGOS.

10. Gross M. und E. Glauzmann: **Zur Frühdiagnose, Klinik und Serumtherapie der epidemischen Kinderlähmung.** (Epideminio vaikų paralyžiaus ankstyvoji dijagnozė, klinika ir seruminė terapija). (Univ. Kinderklinik. Bern. „Schweiz. Med. Wschr." 1933. II. 961—970).

Pasak šitų autorių, epid. vaikų paralyžiaus inkubacijinis laikotarpis = 7. 11 ir 13×2 dienoms. Pradžia, kaip kad ir betkurios kitos bendros infekcijos, esanti nebūdinga, po jos, — trumpas latentinis perijodas, ir pagaliau bacilų invazija į centrinę nervų systemą. Tik dabar liga jau galinti ir turinti būti pažinta.

Štai kurie ankstyvieji symptomai: kryžiaus, strėnų ir nugaros sustingimas (pacijentas negalįs savo kelio pabučiuoti), pacijentas negalįs sėdėdamas alkūnėmis atsiremti, sprando sustingimas, vėmimas. Autoriai aprašo kelis atypiškus, tik dviejų fazių, encefališko - chorejiško pobūdžio su cerebeliniais - ataktiškais sutrikimais atsitikimus.

Vėl būną ir labai staigių bei smarkių atsitikimų, kurie greit ligonius nuvarą į kapus. Autoriai aprašo kaip tik 2 tokius atsitikimus. Vienas iš jų buvo pasirodęs kaip progresuojąs bulbarinis paralyžius, antras gi, kaip bendra septiška infekcija su vazomotorų paralyžiumi. Juk esąs svarbus ne tiek intoksikacijos laipsnis, kiek ir patologiško proceso lokalizacija. Šitų dviejų atsitikimų autopsija kaip tik esanti konstatavusi, kad medullae oblongatae srityje patologiškas procesas buvo ypatingai išsirūtuliavęs.

Liumbalinė punkcija turi būti padaryta tik meningitiniams reiškiniams jau esant, o ne bendrosios infekcijos metu.

Kai dėl terapijos, tai ir šitie autoriai esą gavę gerų rezultatų, bevartodami intraliumbaliai rekonvalescentų serumą ir Petit'o (arklių) serumą (kas šiek tiek prieštarauja Amerikos gydytojų su Petit'o serumu pasiektiems rezultatams. Ref.). Paralyžiaus padariniams gydyti autoriai teippat giria masažą ir aktyvius judesius. *Gyd. A. Zarcinas.*

11. Konstansov, S.: **Pasiutimo (lyssa) inkubacijos perijodo ilgumas, įkandimo žaizdai lyg jau ir pagijus.** („Vračebnoje dielo". 1933 m. 16, 239—244).

Svarbus kazujistinis pranešimas:

Autorius praneša apie vieną 7 metų mergaitę, kuri 1930 m. lapkričio m. buvusi pasiutusio šuns įkąsta. Žaizda lyg ir pagijusi, palikdama ant dešinės šlaunies randą. Po kelių pasveikimo mėnesių mergaitė 1931 m. balandžio m. vis dėlto pasiutimu apsirgusi. Sena „pagijusi" žaizda pradėjusi smarkiai sopėti ir tuojau po to išsirūtuliavęs pasiutimo pilnas vaizdas. Mergaitė, žinoma, greit ir mirusi. Histologiškasis seno odos rando tyrimas aiškiai konstatavęs pasiutimo virus'ą amėbojidinių gemalų pavidalo (glugea lyssae). Centrinėje nervų systemoje buvę atrasti typiški Negri kūneliai. Subduralinė emulguotų rando audinių injekcija triušiams davusi, 11-ai dienų praslinkus, typingą lysos ligą. Tolesni bandymai su triušiais, lygiai kaip ir histologiškieji jų centr. nervų systemos tyrimai, visai patvirtinę gautus teigiamus rezultatus. O gi su normalios lavono ir apsirgusių triušių odos šmotefiais kontroliniai bandymai davę neigiamus rezultatus. Autorius priėjo štai kurias visai logiškas išvadas: Pasiutimo virusas galįs „ramiai" pasilikti įkandimo senose, lyg ir pagijusiose žaizdose labai ilgą laiką (6 mėnesius) ir po tokio ilgo laikotarpio vistiek gali padaryti bendrą organizmo invaziją. Žaizdos „atgijimas", paraudonavimas, skausmai etc. rodyte rodą mirtingą virus'o aktingumą.

Gyd. A. Zarcinas.

FYZIJOLOGIJA.

8. A. Böger ir V. Martin (Miunchenas): **Vitamin C und Blut.** (Kraujas ir C vitaminas) („M. m. W" 1935 m. 23 nr.).

Autoriai stebėjo patiekiamo parenteraliai C vitamino (Cebion „Merck") veikimą hėmoraginių dijatezių, trombopenijos, hėmofilijos ir kitų su kraujavimais susijusių susirgimų atvejais.

Pirmiausia gvdant vitaminu C stebimas trombocytų kiekio padidėjimas (kasdien autoriai leidžia intra venam 200 mg. Cebion „Merck"). Ir atvejais, kai trombocytų skaičius ligonio kraujuje buvęs normalus, patiekiant parenteraliai C-vitamino, jų kiekis nedidėjęs tokiu santykiu kaip kad tais atvejais, kai būta hypotrombocytozės ir trombopenijos. (Šitais paskutiniais atvejais trombocytų skaičius kūbiniame milimetre pakildavęs nuo 50 iki 100.000. Pav., ligonis E. L., 60 mt. sergąs esencijaline trombopenija. Pradedant gydyti 1934.VI.28 d. trombocytų kl. mm = 0. Kasdien duodama intra venan 200 mg. Cebion iki 1934.IX.14 d. ir tromb. kb. mm. 327.000. Nuo šitos dienos iki 1934.XI.17 d. pertraukiamas Cebion'o davimas ir trombocytų — 66.800.

Tada vėl pradedama duoti kasdien 200 mg. Cebion intra venam ir 1934.XII.12 d. trombocytų kb. mm. vėl — 325.000.

Morfologiškai gana būdinga tat, kad trombopeniškų susirgimų Jürgens'o atvejais pasirodančios jaunos žvaigždiško pavidalo kraujo plokštelių formos dėl įvedimo C vitamino, kaskart vis daugiau ir daugiau nykstančios, kol pagaliau užleidžiančios vietą normaliems trombocytams.

Seyderhelm ir Grebe, gydydami vitaminu C, analogiškai stebėję žymų retikulinių narvelių kraujuje padaugėjimą. Taigi, autoriai prieina išvadą, kad jų stebėtas trombocytų skaičiaus padidėjimas ir morfologiškas kraujo plokštelių pakitimas reikia aiškinti tuo, kad C vitaminas teigiamai veikiąs kaulų smegenis, sukeldamas padidėjusią trombocytopoezę.

Tačiau kiek C vitaminu gydymas liečias raudonųjų kraujo kūnelių gamybą, galima tik spėlioti, nes gydant C vitaminu nestebėta Hb. ar erytrocytų skaičiaus padidėjimo. Tiktai kombinuojant kartu campolon'u ir cebion'u gydymą, pav., pernicijozinės anėmijos atveju, stebėta greitesnė ir aiškesnė retikulocytų krizė, anksčiau prasidedanti remisija, Hb ir erytrocytų didesnis padaugėjimas, kaip kad gydant vien tik campolon'u. Teippat autoriai gavę įspūdžio, kad sekundarinių anėmijų atvejais kraujo regeneracija būnanti intensyvesnė gydant kombinuotai — geležim ir C-vitaminu.

Autoriai leukopenijos dėl gydymo C-vitaminų nestebėję o jau Bö-

ger'o ir Schröder'o pastebėtas krešėjimo pagreitėjimas buvęs stebėtas reguliariai.

Iš viso C-vitaminas veikiąs gydomai 4-iopu būdu: sutraukdamas indus, veikdamas kaulų smegenis, sukeldamas trombocytopoezę, įtakodamas plazmos baltyminius kūnus ir padaugindamas serumalbuminus bei skatindamas kraujo krešėjimą. Stud med. *J. Gudauskas.*

KARO IR SPORTO MEDICINA.

1. L. Hantschmann: **Masinių peršvietimų reikšmė kovai su tuberkulioze.** („Münch. med. Woch." 1935 m. 11 nr.).

Patekusieji su atviru tbc. į kariuomenę ar sporto organizacijas apkrečią daug sveikųjų; šitas apsikrėtimas ypač pavojingas iš kaimo atėjusiai jaunuomenei. Arborelius systemiškai patikrino Stokholme naujokus; po 4—6 tarnybos mėnesių iš tuberkulinui neigiamų naujokų 14 procentų pasidarę tuberkulinui teigiami; dauguma jų buvo kilę iš kaimo. Naujokų ir sportininkų kūrimas turįs išskirti pavojingus infekcijos šaltinius; patsai tyrimas sunkus. Neretai atviru tbc. sergą asmenys esą labai geros išvaizdos ir su normalia savijauta; kiti sąmoningai savo ligą slepią. Auskultacija ir perkusija nedaug duodą, ypač kai daromas masinis apžiūrėjimas: tada tyrimas esąs netiek pagrindinis, pats gydytojas greitai pavargstąs ir neviską pastebįs. Pati plaučių tbc. dažnai esanti nelengvai pastebima; kartais net didelės kavernos neduodančios jokių akustinių symptomų. Vienintelis daugiau patikimas tyrimo būdas — peršvietimas rentgeno spinduliais. Kattentidt 1927 — 1929 m., be rentgeno ištyręs 10.000 studentų, suradęs 2 atviros tbc. atsitikimas ir, antrą 10.000 studentų ištyręs su rentgenu, suradęs 35 atviros tbc. atsitikimus. Wiewiorowski (Bremer), ištyręs rentgenu 1.400 policininkų, kurie buvo nuolatinėje gydytojo priežiūroje, radęs 7 atviros tbc. atsitikimus. Šveicarų kariuomenėje Walther, peršvietęs 8.000 naujokų, kurie anksčiau buvo pripažinti tinkamais, radęs 4—5 procentus įvairaus aktingumo plaučių tbc. Tas pats autorius, ištyręs 22 naujokų mokomąsias formacijas, kurios buvo tikrintos rentgenu, radęs tik 1 tbc. atsitikimą; kituose 32 rentgeno netirtuose — radęs 15 atsitikimų.

Rentgeno tyrimai naudingi tik tada, kai juos darąs prityręs tbc. dijagnostikoje gydytojas. Rentgeno klaidos, tyrimų netikslumas galį apytikriai sudaryti 20%. Masiniams rentgeno tyrimams tegalįs būti naudojamas tik peršvietimas; nuotraukos būtų perbrangios; jos galinčios būti panaudotos tik įtariamais ir neaiškiais atsitikimais. Masinių peršvietimų atskiro tyrimo materiališka savikaina pagal įvairių autorių apskaičiavimą galinti būti tarp 1 lt. 25 c. ir 25 centų. (srovės ir rentgeno lempos amortizacija). Tyrimas rentgeno peršvietimu turįs būti kasmet kartojamas; įtartini asmens turį būti kontroliuojami dažniau, nes kartais kaverninė plaučių tuberkuliozė galinti išsiplėsti 6—8 savaičių laikotarpyje.

Dr. B. Matulionis.

2. F. Moritz: **Širdies diliatacija.** („M. m. W." 1935 m. 12 nr.).

Širdies didumas tegalįs būti vertinamas tik atsižvelgiant į viso organizmo didumą. Tinkamesnis skaičius, kuris galėtų vaizduoti organizmo didumą, esąs ūgis. Širdies dydžiui nustatyti galįs būti pavartotas kvotijentas iš ūgio ir širdies ilgio, pločio ar jos paviršiaus (širdies keturkampis). Nuo sporto pradžioje atsirandanti tik tonogeninė širdies diliatacija; jei sportavimas trunkąs ilgą laiką ir nuolatos iš širdies reikalaujama intensyvaus darbo, tai tonogeninė širdies diliatacija pereinanti į pastovią myogeninę diliataciją su sekundarine hypertrofija. Šitame procese širdies konstitucijinės ypatybės turinčios didelės reikšmės. Sportinės širdies padidėjimas nevisados išeinąs iš normalios širdies ribų. Galima laikyti, kad širdys esančios normalaus didumo, jei jos sudaro 98—106% iš vidutinės širdies didumo normos. Todėl, pav., nuo sporto padidėjusi širdis iki 106%

normos dar tebėsanti normalaus didumo širdis. Širdis sudaranti daugiau, kaip 106% normalaus didumo, esanti didelė širdis. Rekordistų tyrimas duodąs tokį širdžių padidėjimą %: plaukikai — 25; 1.500 metrų bėgikai — 40; imtininkai — 60; 5.000 metrų bėgikai — 71; irklautojai — 95. Visi šitie rekordistai su padidėjusiomis širdimis buvę sveiki žmonės. Bet ar šitų su didelėmis širdimis žmonių tolimesnis likimas būsiąs blogesnis, kaip kad tų, kurie turį normalaus didumo širdis, klausymas tebėsąs atviras. Esą ir tokių sportininkų, kurie turi visai normalaus didumo ar net mažas širdis (žemiau 96% normos). Išvada — galimas dalykas, kad tiek fyzijologiškose, tiek patologiškose sąlygose širdies rezistencija diliatacijai labai įvairi, individuali. *Dr. B. Matulionis.*

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Burnos vidaus valymas esant bendram stomatitui.** Tais atvejais (pemphigus'o, purpura haemorrhagica ir angina agrunolocytica ligose), kai burnos vidus esąs smarkiai prisivėlęs, išopėjęs ir dvokiąs ir kai paprastais būdais nepavykstą burnos vidaus išvalyti, Mariot burnai valyti siūlo šį būdą, atliekamą per keletą dienų kas 2 val. dieną ir bent kas 4 val. naktį: 1) visas burnos vidus rūpestingai pulverizuojamas perkain'o glycerinoje skiediniu (1 : 2.000), kurio dėka gaunama pakankama gleivinės anėstezija, leidžianti energingai burnos vidų valyti ir įgalinanti valgį ryti; 2) burnos vidui valyti panaudojama iš pradžių sol. hydrogenii hyperoxydati 50%, o vėliau sol. ac. citrici, stengiantis išvalyti visus burnos vidaus kampelius; pats valymas atliekamas su vata, laikoma pincetu; 3) pagaliau, burnos vidus irriguojamas su sol. eusoli (1 : 3 ar 1 : 4) kateterio ar Higginson'o švirkšto pagelba. („Brit. med. J." 1934 m. 384 nr.) *J. St.*

× **Žinduolių kūdikių profylaktika prieš gripinius susirgimus.** Galimumas perspėti gripinius susirgimus, teippat ir pneumoniją, esąs labai aprėžtas. Mėginimai pavartoti pneumonijos profylaktikai specifišką vakciną ir serumą duodą maža patenkinamų rezultatų. Šiuo metu reikią pasitenkinti bendromis priemonėmis, sustiprinančiomis imunitetą, k. a.: 1) kokybiškai ir kiekybiškai pakankama mityba; naujagimiai maitinami motinos pienu; 2) organizmo užgrūdinimas išnešant kūdikius į orą ir saulę; kur saulės yra labai maža, ypačiai žiemą, taikoma dirbtinė helijoterapija; 3) rachitizmo profylaktika; 4) vaikų ligoninių ir vaikų kitų įstaigų organizacija, atitinkanti naujausius šių laikų reikalavimus: saulėtos palatos su mažu lovų kiekiu, galimumas ligonius ir įtartinus kūdikius kogreičiausiai izoliuoti, verandos gydymui atvirame ore, pakankamas aptarnaujančio personalo kiekis. (Rott, „Pr. méd." 1933 m. 96 nr.). *J. St.*

× **Pooperacinių trombozių ir embolijų profylaktika.** König pooperacinėms trombozei bei embolijai perspėti prieš dvejus metus pasiūlęs šį būdą: kiekvienam operuotajam ligoniui, vyresniam kaip 20 metų, švirkščiama po oda ar įduodama per os sympatol'io; be to, kasdien per 4—6 dienas po operacijos duodama kvėpuoti per keletą minučių koncentruotosios anglirūgštės (CO_2). Pirmiesiems 500 ligoniams, šitą profylaktikos būdą pritaikius, trombozių bei embolijų kiekis nuo 6% nukritęs iki 0,6%. Vėlyvesnėje statistikoje iš 4.500 ligonių, kuriems šitas profylaktikos būdas buvęs pritaikytas, trombozių bei embolijų kiekis nukritęs vidutiniškai iki 1,04%, tuo tarpu kai tiems, kuriems šitas profylaktikos būdas nebuvo taikomas, tasai procentas buvęs lygus 3,8. Sunkiems ligoniams šitas skirtumas buvęs dar didesnis, būtent, 0,95% ir 6,2%. Prasidėjus jau reikštis trombosis incipiens, sympatol'io įdavimas greitai likviduodavęs visus reiškinius. Pooperacinių plaučių komplikacijų skaičius teippat žymiai sumažėdavęs (3,4% vietoje 9,4%).

Geras efektas šitą būdą pavartojus šiaip aiškinamas: kraujo apytaka pagerėjanti, blužnis susitraukianti ir kraujo plokštelių griuvimas pasiliaująs;

CO_2 įkvėpavimas pagerinąs plaučių ventiliaciją ir netiesiogiai pagerinąs širdies veikimą. („D. med. W" 1934. m. 20 nr.). *J. St.*

× **Kombinuotas gydymas jūros dumblu ir elektra (dijatermija).** Šitą kombinuotą gydymo būdą taikant Estijos kurortuose, buvęs gautas susisumavęs terapinis efektas. Dijatermijos srovė esanti puikus energijos šaltinis vietiniams dumblo kompresams sušildyti. Estijos jūros dumblas pasižymi nedideliu šilumos jamumu, geru šilumos ir elektros laidumu, t. y. jisai esąs puikus elektrodas dijatermijai. Šitas gydymo būdas esąs labai vertingas gydymui ligonio gyvenamoje vietoje, kurortams nebeveikiant. Šoffer'o patiektoji lentelė rodo, kad, šitą kombinuotą gydymo būdą taikant, gauta 102 pagijimu ir pagerėjimu ir tiktai 16 atvejų nepagerėję. Pavartojus dumblą keturkamerinėse voniose iš dalies su galvanine srove, iš dalies su dijatermine srove, iš 19 atsitikimų gauta 6 teigiami iš 13 neigiamų rezultatų.

Toliau pažymėtos indikacijos ir kontraindikacijos šitam gydymui. („Eesti Arst". 1933 m. 5 nr.). *J. St.*

× **Nervi trigemini neuralgijos gydymas alkoholio injekcijomis.** Kai neuralgia nervi trigemini konservatiškas gydymas negelbsti, daromos injekcijos arba nervo perpjovimas. Breiker iš pradžių pro foramen ovale švirkščia novocain'o į vidurinę ar išorinę ganglion Gasseri dalį skaudamai vietai nustatyti, o paskui švirkščia alkoholio, kuris pašalinąs neuralgiją 4—13 mėnesių. Neretai pakanka alkoholio įšvirkšti prie foramen ovale angos arba į patį foramen (alkoholis difunduojąs prie ganglion Gasseri). Esant nervus trigeminus 2—3 šakų neuralgijai, autorius paskutiniu laiku daręs tiktai alkoholio subganglion'ines injekcijas pro foramen ovale, ir 53 atsitikimais gavęs gerų padarinių. Neuralgijai recidyvavus, alkoholio injekcijos reikią pakartoti.

Jeigu ir šitos alkoholio injekcijos negelbsti, tai teliekanti tik operacija — n. trigemini kamieno perpjovimas. („Nervenarzt" 1933 m 2 H.). *J. St.*

× **Arthrosis deformans kremzlinės formos gydymas kremzlių ekstraktu.** Eisenklam šitą ligą labai sėkmingai gydęs kremzlių ekstrakto injekcijomis. Šitas ekstraktas gaminamas šiteip: nuo veršių kaulų kremzlės nuskutamos ir sumalamos praleidžiant pro kotletinę mašinėlę; gautoji košelės pavidalo masė užpilama sol. natrii chlorati physiol. ir 12 val. laikoma kambario t^0-roje; paskui filtruojama pro presą ir dijalyzuojama; dijalyzatas žemoje t^0-roje vacuum'e sutirštinamas, filtruojamas, sterilizuojamas augštoje t^0-roje ir supilstomas į ampules. Tuo būdu gautas bebaltyminis tirpinys, turįs visas dijalyzuojamas kremzlių ekstrakto sudėtines dalis. Šituo ekstraktu buvę gydomi 39 ligoniai, daugiausia senyvo amžiaus, sergą senilinės ir presenilinės arthrosis deformans kremzline forma. Šitie ligoniai buvę daugiausia senyvos moterys, kurios ištisus metus buvusios gydomos įvairiais būdais be vaisių. 24 ligoniams po tokio gydymo per 4 savaites — iki 3 mėnesių ligūsti reiškiniai žymiai sumažėję, sąnarių paslankumas padidėjęs, o 11 ligonių pagerėjimas buvęs gautas, kai po 2 mėnesių šito gydymo buvusi dar pridėta rentgenoterapija. („Med. Kl." 1933 m 10 nr.). *J. St.*

× **Trichomonas vaginalis gydymas chinino įpūtimu.** Įvairiausi antiseptiniai vaistai, ac. lacticum, Lassar'o pasta, dažomosios substancijos, vartojami trichomonas vaginalis gydymui, maža naudos teduodą ir dauguma ligonių, kaikuriam laikui po menstruacijos praėjus, vėl grįžta pas gydytoją su reinfekcijos reiškiniais. Kadangi trichomonas vaginalis yra plazmodijų typo parazitas, tai Sure (sk. Šiur) nusistatė išmėginti maliarijos plazmodijoms užmušti sėkmingai vartojamą chininum sulfuricum. Iš pradžių jis paėmė iš ligonės, sergančios trichomonas vaginalis, vaginos sekrecijos ant stiklo ir užlašino chin. sulfuric. tirpinio; žiūrėdamas pro mikroskopą įsitikino, kad chininui veikiant trichomonas vaginalis judesiai ir aktyvumas po keletos minučių sumažėję ir kaikuriam laikui praėjus visiškai pasiliovę. Po to tam tikru pulverizatorium buvę

įpūsta į vaginą maždaug 0,15 chin. sulfurici. Kitą dieną ištyrus po mikroskopu ligonės vaginines sekrecijos tepinėlį, konstatuota, kad trichom. vaginalis parazitai pasidarę visai nejudrūs. Kasdien gydant ligonę chinino įpūtimais į vaginą, pastebėtas sekrecijos kiekio sumažėjimas ir trichomonas vagin. pranykimas 4-tą dieną nuo gydymo pradžios. Ištyrus ligonę praėjus savaitei po menstruacijos, konstatuotas sekrecijos ir trichom. vagin. nebuvimas. Patikrinus ligonę po 4 mėnesių, buvusios ligos teippat nerasta. („Am. J. Obst. Gyn." 1933 m. 1 nr.) *J. St.*

Biblijografija.

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

1. **„Eesti Arst".** Tartu. 1935 m. 5 ir 6 nr.
2. **„Farmacijos Žinios".** Kaunas. 1935 m. 2 ir 3 nr.
3. **„Veterinarija ir Zootechnika".** Kaunas. 1935 m. 3—4 ir 5—6 num.
4. **„Sveikata ir Darbas".** Kaunas. 1935 m. 5 ir 6 num.
5. **„Gesundheit und Wohlfahrt".** Revue Suisse d'hygiène. Zürich. 1935 m. 4, 5 ir 6 num.
6. **Société des Nations. Bulletin trimestriel de l'organisation d'hygiene.** Vol. IV, Nr. 1, Mars 1935. Geneve.
7. **Société des Nations. Trafic de l'opium et autres drogues nuisibles. Projet de convention pour la repression du trafic illicite des drogues nuisibles. Deuxieme consultation.** Réponses des gouvernements à la lettre du Secrétaire Général en date du 16 juillet 1934.
8. **Société des Nations. Commision consultative du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles. Resumé des transaction illicites et des saisies.** Communiquées au secrétariat de la Société des Nations du 1-er jauvier au 31 Mars 1935.
9. **„Münch. med. Wochenschrift".** München. 1935 m. 15 iki 25 num.
10. „Врачебное Дело". Харков 1935 m. 1 iki 5 num.
11. **„Therapeutische Berichte".** 1935 m. 4 ir 5 num.
12. **„Revue „Ose".** Paryžius. 1935 m. 3 ir 4 num.
13. „Клиническая Медицина" 1935 m. 4 i 5 num.
14. „Советская клиника". 1934 m. 7—8 num.
15. **„Motina ir Vaikas".** Kaunas. 1935 m. 4, 5 ir 6 num.
16. **The Tohoku Journal of Experimental Medicine.** Sendai, Japan. 1935 m. kovo ir balandžio mėn. num.
17. **Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgiques.** Bruxelles. 1935 — 3.
18. **Folia Neuropathologica Estoniana.** Tartu. Vol. XIV. 1934.
19. **Jornal dos Clinicos.** Rio de Janeiro. 1935 m. 7 ir 8 num.
20. **V. D. Universiteto Medicinos fakulteto darbai.** Kaunas. 1935 m. T. II, kn. 3.
21. Docentas J. Blažys: **Įvadas į psichiatriją.** V. D. Universiteto Medicinos fakulteto leidinys. Kaunas. 1935 m. 272 p. in 8⁰.
22. Gyd. B. Zacharinas: **Karo lauko chirurgijos įvadas.** Kaunas. 1935 m. 189 p. in 8⁰.
23. **Lietuvos viešosios sveikatos 1932 ir 1933 metų apžvalga.** Sveikatos Departamento leidinys. Kaunas. 1934 m.
24. Mjr. S. Barkauskas: **Reorganizuokime medicinos statistiką.** Kaunas. 1935 m.
25. Dr. Louis Genest: **Kritiškasis moters amžius.** Red. dr. V. Vaičiūnas, vertė S. V. Kaunas. 1935 m.
26. **„Latvijas Arstu žurnāls".** Ryga. 5—6 nr.
27. **L. Raud. Kryž. biuletenis spaudai** Nr. 3, Kaunas, 1935.

A. a. gyd. Mečys Šimkevičius.

Balandžio mėn. 17 d. be laiko dėl širdies ligos ir bendros kūno furunkuliozės komplikacijų, Žemaitijoje, Tauragės apskr., savo tėviškėje, Paežerio dvare, mirė gyd. Mečys Šimkevičius, 42 m. amžiaus; vėlionis nebuvo sukūręs šeimos.

Dr. M. Šimkevičius
Gimė 1893, mirė 1935 m. IV. 17 d.

Vėlionis mokėsi Palangos progimnazijoje, Mintaujos gimnazijoje ir Maskvos universitete. Pasibaigus didžiajam karui, vėlionis grįžo į Lietuvą ir įstojo tarnybon Karo Sanitarijos Valdybos žinioje. Keletą metų jis buvo Karo Ligoninės Odos ir Veneros ligų skyriaus gydytoju.

Jo sveikatai susilpnėjus ir vidinio balso skatinamas dirbti gimtajame krašte tarp savo mylimųjų žemaičių, jis apleido Kauną ir apsigyveno Tauragės apskr. savo gimtajame dvare, Paežeryje. Nors būdamas menkos sveikatos, jisai, apsigyvenęs kaime, su didele energija ėmėsi gydyti vietinius kaimiečius, net nepaisydamas dažnai medžiaginio atlyginimo už medicinos pagelbą. Gyd. Šimkevičius toje apylinkėje buvo pasidaręs labai populiariu mediku. Gyd. Šimkevičius buvo ne tik geras praktikos gydytojas, bet ir apskritai apsišvietęs medicinos darbuotojas. Paliko gana didelę biblijoteką, susidarančią iš medicinos mokslo knygų. Priklausė gydytojų korporacijai „Fraternitas Lithuanica", kurios metinius suvažiavimus uoliai lankydavo, nesigailėdamas savo jiegų ilgai kelionei iš tolimos žemaitijos į Kauną. Būdamas dar Kaune uoliai lankėsi Kauno Medic. D-jos posėdžiuose ir jos nariu liko iki mirties. Apylinkės visuomenė ir Šilalės gyventojai gausiai dalyvavo vėlionės laidotuvėse. Iš Kauno į laidotuves buvo nuvykęs nuo gydytojų korporacijos „Fraternitas Lithuanica" dr. M. Nasvytis.

Sit tibi levis terra Lithuaniae. *Dr. M. Nasvytis.*

Kronika.

NEKROLOGAI.

× **Mirė:** 1) Mailande — prof. Gaetano Fichera; 2) Nizoje — prof. Magnus Hirschfeld 67 metų amžiaus; 3) Berlyne — prof. Albert Plahn; 4) Heidelberge — 1935. VI. 2 d. chir. prof. dr. Benno Schmidt, 75 metų amžiaus; 5) Amsterdame — prof. Hugo de Vries, mutacijos mokslo autorius, 87 metų amžiaus.

Birželio 26 d. mirė dr. J. Čeponis, L. Raud. Kryž. ligoninės Klaipėdoje chirurgijos skyriaus vedėjas, dėl bendro sepsio, kurį gavo įsidūręs pirštą operacijos metu. Plačiau apie vėl. d-rą J. Čeponį bus pranešta kitame „Medicinos" num.

Neseniai mirė med. d-ras Ferdinandas Kaunas - Kaunackis, 78 m. amž., gyv., Kivylių k., Skuodo v., Kretingos apskr.

AUKŠTASIS MEDICINOS MOKSLAS.

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

I. Medicinos gydytojo: Henrikas Bušeckis, Boruchas Chveidanas, Mejeris Lichtenšteinas, Manuelis-Dovydas Linskis, Ilija Lopertas, Salomeja Mikšytė, Abromas Mišelskis, Vincas Raslavičius, Šoleimas Rivkovičius, Antanas Savičiūnas, Steponas Senkevičius, Jurgis Stuogis, Jonas Šegamoga, Boleslovas Šklerius, Petras Tumasonis, Elzbieta Udrenaitė - Jospaitienė, Ksaveras - Česlovas Vencius, Lazaris Volpė, Moze Zaksas, Abromas - Icikas Zilbergas.

II. Dantų gydytojo: Albina Karsokytė, Magdelena Matulionytė, Elena Oertelaitė, Stepanija Paalksnytė, Bronė Pajiedaitė, Elena Poželaitė - Balčiūnienė, Reveika - Cilė Šapiraitė, Reizė Šiferytė, Šeinė - Mindel Veršvovskaitė.

× **Medicinos kandidatais** pripažinti šie asmens: Kazimieras Ambrazaitis, Alfonsas Ažubalis, Petras - Jonas Bajerčius, Jonas Bakšys, Edmundas Butrimavičius, Alfredas - Julius Betcheris, Alfonsas Čeičys, Josifas - Leizeris Dagovičius, Vytautas Damijonaitis, Elena Druskytė, Levas Feldšteinas, Makaras Gildė, Pranas Gudas, Eugenijus Gutmanas, Benediktas Jankovskis, Zigmantas Januškevičius, Leizeris Joffe, Dovydas Kaplanas, Abramas Kauferas, Alfonsas - Robertas Krikščiūnas, Mordchajus Leizerovskis, Peisachas Levi, Giršas Lifšinas, Genrieta Macytė, Algirdas Maciūnas, Nadiežda Maizelytė, Antanas Mackevičius, Izidorius Matusevičius, Jonas - Stasys Naujokaitis, Sofija Nedzvieckaitė, Vitoldas Plieskis, Jonas Poliaukauskas, Stanislovas Puodžiūnas, Mykolas Rafas, Vladimiras Rafas, Jonas Sandargas, Jerekielis Savičius, Chaja-Riva Srebnickaitė, Vytautas Stanionis, Antanas Svetavičius, Edvardas - Gotlibas Šafas, Hinda Šegalauskaitė, Hermanas Šeinbergas, Telesforas Šiurkus, Juda Šmulevičius, Levi Šteinas, Izaokas - Josifas Taršis, Jonas Uldukis, Antanas Valiukevičius, Kazimieras Valteris, Jankelis Volpertas.

× **Odontologijos kandidatais** pripažinti šie asmens: Jachna Baraitė, Vera Bermanaitė, Janina Butkevičiūtė, Liba Chazonovičiūtė, Leja Cindelytė, Julė Černiūtė, Liba Dvoreckaitė, Tatjana Efremovaitė, Rachel Filvinskaitė, Golda Fridlenderaitė, Judif Garbaitė, Rachel - Leja Geraitė, Liba Grinblaitė, Ilza - Elena - Danutė

Yčaitė, Avadijus - Chaimas Jochelsonas, Eta - Leja Joffaitė, Eta Joselzonaitė, Feiga Joselzonaitė, Serafina Kocenaitė, Stanislava Liepavičiūtė, Lucija Liorencaitė, Anelė Miglinaitė, Feiga Mutnikaitė, Aldona Nastopkaitė, Antanina Olšauskaitė, Sorė - Ita Panovkaitė, Šeina Paužiškytė, Vincenta Petrauskaitė, Genovaitė Pilinkaitė, Aleksandra Plūkaitė, Feiga Šapiraitė, Michlia Tubiašaitė, Genovaitė Vanagaitė.

× **Doktorantai.** Medicinos daktaro laipsniui gauti yra išlaikę nustatytus egzaminus gyd. Juozas Meškauskas ir gyd. Mykolas Steiblys.

× **Prof. J. Karužos** profesoriavimo laikui pasibaigus, odos ir veneros katedrai vesti išrinktas priv.-doc. med. d-ras Br. Sidaravičius.

× **Prof. J. Bagdono** profesoriavimo laikui pasibaigus, į laisvą vidaus ligų katedrą buvo numatyti visų pirma dr. K. Parčevskis ir dr. Pr. Gudavičius. D-rui K. Parčevskiui nepanorėjus apleisti dabar užimamą vidaus ligų skyriaus vedėjo vietą L. Raud. Kryžiaus ligoninėje, Klaipėdos mieste, į laisvą katedrą išrinktas dr. Pr. Gudavičius.

Teko girdėti, kad dr. P. Gudavičius atsisakęs užimti prof. J. Bagdono katedrą.

× **Doc. J. Blažys,** nervų ir psych. ligų katedros vedėjas, nutarta pakelti į **ekstraordinarinius profesorius.**

× **Prof. Raudonikiui** profesoriavimo laikas prolonguotas dar vieneriems metams.

× **Asistentų reikalais:**

1) Dr. Ant. Garmus išrinktas laikinai odos ir veneros ligų katedros vyr. asistentu ir priskirtas prie vidaus ligų katedros.

2) Vidaus ligų klin. jaun. asist. J. Žakovičaitei ir jaun. asist. O. Pūdymaičiui asistentavimo laikas pratęstas dar 1 metams.

3) Odontolog. kat. vyr. asist. O. Mikuckaitei ir vyr. technikui El.-M. Pšigodskienei asistentavimo laikas pratęstas dar 1 metams.

4) Fyzijologijos kat. laborantas Gasiūnas išrinktas jaun. asistentu.

× **Komandiruotės:**

1) Prof. E. Vinteleris — į Š. Am. J. V. nuo VII 1 d. iki IX 1 d. susipažinti su vėžio tyrimo institutu.

2) Prof. Raudonikis — į tarpt. farmacijos kongresą Belgijoje ir į Angliją.

3) Prof. Dančakova — į Angliją vasaros atostogų metu mokslo reikalais.

4) Prof. Tumėnienė — į Prancūziją mokslo reikalais.

5) Vyr. asist. gyd. Steiblys — į Prahą ir Vieną nuo VIII. 1 d. iki IX. 1 d. mokslo reikalais.

6) J. asist. Č. Bankauskas — į XII tarpt. farmacijos kongresą Briuselyje VII. 30 d. — VIII. 1 d.

7) J. asist. Gasiūnas — į fyzijologų kongresą SSSR.

× **Chirurgijos klinikos statybai** nutarta į 1936 metų sąmatą įnešti 500.000 litų.

× **Latvijos Univ-to Medicinos fakultetą** š. m. rugsėjo mėn. vizituos su paskaitomis prof. J. Žilinskas, prof. Pr. Mažylis, prof. V. Dančakova ir doc. V. Kuzma.

× **Med. kand. D. Kasperas,** kėsinęsis nudurti prof. J. Žilinską, kaip turįs nesveiką protą, išbrauktas iš medicinos kandidatų sąrašo.

× **Asistentų atlyginimas už paskaitas.** Vyriausybei pripažinus, kad Ž. Ūk. Akademijos asistentams už pavedamas jiems paskaitas gali būti mokamas atlyginimas, nutarta Universiteto Senate iškelti klausymą, kad ir univ-to asistentams būtų pripažinta ta pati teisė.

DRAUGIJOS, KONGRESAI, ĮVAIRENYBĖS.

× **III-sis tarptautinis psychinės hygijenos kongresas** bus Briuselyje 1935 m. liepos mėn. 20—21 d. Reikalais kreiptis į kongreso generalinį sekretorių prof. dr. G. Vermeylen'ą, 28, rue St. Bernard, Brüssel.

× **Tarptautinis gyventojų judėjimo kongresas** bus Berlyne 1935 m. nuo rugpjūčio mėn. 26 d. iki rugsėjo mėn. 1 d.

× **III-sis tarptautinis sulyginamosios patologijos kongresas** bus Atėnuose 1936 m. balandžio mėn. 15—18 d. Bus svarstomi įvairūs žmonių, gyvulių ir augalų patologijos klausymai. Reikalais kreiptis į generalinį sekretorių: Prof. Dr. Ant. Condonnis, 40 Rue Didoton, Athen.

× **V-ieji tarptautiniai gydytojų tobulinamieji kursai Stutgarto homeopatinėje ligoninėje** bus 1935 m. rugsėjo mėn. 11—14 d. Bus įvairių gydytojų skaitomos paskaitios apie įvairių ligų homeopatiškąjį gydymą.

× **Atrastos naujos nuodingosios dujos.** Amerikos cheminės draugijos (American Chemical Society) kongrese, kuris buvo Cleveland'e 1934 m. rugsėjo mėn. 10—14 d., buvo pranešta apie dujas, kurias atrado dr. G. H. Cady iš Clifton'o (New-Jersey) Massachusett'o technologijos instituto laboratorijoje. Šitos dujos veikiančios trejopai: 1) jos sukeliančios mirštamą asfyksiją, baisų kosėjimą, jei yra skleidžiamos bangomis; 2) jei apsinuodijęs šitomis dujomis mėgina pasiekti dar neužnuodytą dujų vietą ir ima kvėpuoti grynu oru, tai tada tų dujų žalingas veikimas dar padidėjąs; 3) šitos dujos, paskleistos pakankama koncentracija, galinčios sprogti.

Dr. G. H. Cady šitas dujas išradęs atsitiktinai, darydamas tyrinėjimus su fluoro junginiais. Betyrinėjant įvykęs sprogimas; tada jis praleidęs gautas dujas per šaltą azoto rūgšties skiedinį ir pagaliau gavęs produktą, kurio sudėtis visiškai skiriantis nuo visų dabar žinomų cheminėje literatūroje junginių. Tat yra bespalvės, pažiūrėti žalingos, kad ir smarkaus kvapo, dujos; cheminiu atžvilgiu jos esančios labai aktingos ir galinčios būti gaminamos palyginti neaukšta kaina. (L. Raud. Kryž. biul. sp. Nr. 2)

× **Vaistai nuo pavyduliavimų.** Paryžiaus gyd. Diumoulin pareiškė medicinos draugijos susirinkime, kad pavyduliavimas esąs liga, nuo kurios esą galima išsigydyti laikantis tam tikros dijetos.

Diumoulin rekomenduoja šitokius vaistus nuo pavyduliavimų: iš ryto reikią išgerti stiklinę šalto vandens, paskui reikią ½ valandos pasivaikščioti, mažiau valgyti mėsos, reikią sportuoti, uzsiimti abstrakčiais mokslais (matematika ir k.); reikią vengti svaiginamųjų gėrimų, rūkymo ir t. t.

× **Pirmoji moteris — magnetas.** Nepaprastas atsitikimas, padėjo išaiškinti magnetiškąją merginą Žaną Rudotą. Žana Rudota yra paryžietė, 18 m. amžiaus, tarnauja pardavėja vienoje didelėje krautuvėje. Gydytojai konstatavę, kad iš Žanos pirštų nuolat lekiančios kibirkštys, kai tik jos rankos artėjančios į kurį-nors metalinį daiktą. Kibirkštys nevisada vienodai galingos. Visų galingiausios jos rytmečiais, o į vakarą jos palengvėle silpnėjančios.

Tolimesni eksperimentai parodę, kad Žanos ranka, artindamosi į magneto kompasą, gali adatėlę nukreipti iš normalios krypties. Ypačiai galingos magnetinės srovės plūsta iš jos dešinės rankos. Fyzikų ir gydytojų komisija, kuri ištyrė Žaną, liudija, kad ištikrųjų ji turinti magnetinių ypatybių. Be to, visas jos kūnas esąs persisunkęs elektra.

× **Seniausias Rusijoje žmogus,** Ivan Mašupin, kuris turėjo

123 metus, jau mirė. Jo regėjimas, girdėjimas ir atmintis iki pat mirties veikė gerai. Jis buvo ūkininkas ir niekad negėrė ir nerūkė.

× **Trijų metų vaikas sveria 70 klg.** Anglijoje vienas vaikas, Lesli Boyelse, užgimęs svėrė 3.500 gr., bet beaugdamas iki 3-jų metų priaugo iki 70 klg. Šeip vaikas normalus.

× **150 metų pirmojo oro balono sukakties minėjimo proga** prancūzų fyzijologas Bera įrodinėjo, kad svarbiausioji kalnų ligos priežastis esanti sumažėjęs deguonies parcijalinis slėgimas arba sumažėjusi koncentracija, o ne atmosferos slėgimo pamažėjimas. Jeigu būtų sulaikytas deguonio slėgimo kritimas pridedant ore gryno deguonio, tai mažas barometrinis slėgimas neturėtų žalingos veiklos. („Am. med. Assoc." 1933 m., 19 nr.).

× **Sintetiškasis vitaminas B** esąs jau pagamintas Roberto Villiams'o, Kolumbijos universiteto chemiko. Vitamino B molekulė susidedanti iš dviejų branduolių: pirimidino ir gvajazolio. Pirmojo žmogaus kūne esą, o antrojo ne.

× **Įstatymas kovai su narkomanija Italijoje.** Slaptas aguonų auginimas, opium'o dirbimas ir prekyba juo, teippat indų kanapėmis ir tt. baudžiama kalėjimu nuo 1 iki 3 metų ir pinigine bauda ne mažiau kaip 1.000 litrų. Opium'o rūkytojų būstinių lankytojai, teippat ir narkomanai, irgi baudžiami pinigais ir kalėjimu. Narkotinės priemonės tegali būti išduodamos tik pagal gydytojų receptą; morfis, dijacetilmorfis, kokajinas ir jų dariniai tegali būti išduodami tik tepalų ir mišinių pavidalo. Gydytojai turi pranešti valdžiai apie visus narkomanus, kreipusius į juos, per dvi dienas; nepaklusnieji bus baudžiami 2.000 lirų (168 dol.). („Am. med. Ass." 1934 m. 9 nr.).

× **Sovietinis chininas.** 1932 metais Batumo botanikos sodo oranžerijose buvo pasėta chinino medžio sėklų, atvežtų iš Javos salos. Tuojau buvo užauginta apie trys tūkstančiai chinino medelių, didumo sulig žmogumi. 1934 metais 80 chinino medžių, paliktų bandymams žiemavoti atvirame dirvožemyje, neblogai peržiemavoję. Paimta iš vieno tūkstanties šitų medelių žievių, lapų ir šaknų, iš kurių bus gaminamas sovietinis chininas.

× **Pasaulinis narkotinių priemonių pareikalavimas.** Nacijų lygos narkotinių priemonių komitetas padarė apyskaitą apie pasaulinį narkotinių priemonių sunaudojimą 1934 metais (pasiremdama 45 valstybių ankietų duomenimis ir apytikriais spėjamaisiais duomenimis likusiųjų 23 valstybių). Sunaudotą: morfio 40 tonų, heroin'o 1½ tonos, codein'o 26 tonos, dionin'o 2½ tonos ir cocain'o 5½ tonos, („The Lancet" 1934 m., I t., 1 nr.).

× **Vaistininkų rūmai** norima steigti ir Lietuvoje. Projektas jau esąs paruoštas ir įteiktas Vyriausybei.

× **Vyras su dviem širdim** gyvenąs šiaurinėje Japonijoje, Hokaido saloje. Šitą vyrą prekybininką jau 3 metus stebįs japonų gyd. Kavakami.

× **Gimstą tik berniukai** Dentono kaime, Esekso grafijoje, Anglijoje. Čia per pusantrų metų gimę 29 berniukai ir tiktai 1 mergaitė. Tatai aiškinama palankia oro sudėtimi (kaimas yra prie jūros).

× **Paryžiaus Pasteur'o institutui** gresiąs pavojus užsidaryti ne tiek dėl finansinės krizės, kiek dėl stokos jaunų tyrinėtojų.

× **Uždarytas Bukaresto medicinos fakultetas** dėl studentų medikų riaušių.

MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Reikalingi gydytojai: 1) Šiaulių apskr. savivaldybės akių ligų ligoninei** reikalingas gydytojas asistentas. Kreiptis Šiaulių apskrities valdybon;

2) **Biržų apskr. savivaldybės Vabalninko ambulatorijai** skubiai reikalingi: vedėjas gydytojas ir felčeris. Prašymus su curricullum vitae siųsti apskr. valdybai.

3) **Aluntos miesteliui,** Utenos apskr. Duodama subsidijos 500 litų metams, be to, butas, kuras ir šviesa. Teirautis vietos valsčiaus savivaldybėje.

4) **Vaškuose,** Biržų apskr. Turtinga ir plati apylinkė. Duodama subsidija. Teirautis Vaškų vaistinėje.

× **Praktikos teises per 1935 m. 2-ą ketvirtį yra gavę šie neseniai baigę med. gydytojai:** Teklė Bružaitė, Dovydas Gerbergas, Leibus Ginzbergas, Cilė - Reveka Kaganienė - Šapiraitė, Česlovas Kocenas, Marijona - Elzbieta Mitkutė, Ksaveras Narkevičius, Zigmas Sabataitis, Jurgis Stuogys, Honorata Urbanavičaitė, Valerija Vagl - Valiulytė, Vytautas Vainaukas, Ona Vilutytė.

× **Gydytojų iškabos.** Kauno m. burmistro privalomu įsakymu 498/858 num., įvairios iškabos kabinti Kauno mieste galima tik burmistrui leidus. Esamoms senoms iškaboms ir užrašams turi būti gautas leidimas per vieneriu metus, t. y. ligi šių 1935 metų pabaigos.

Vytauto pr., Laisvės al., Prezidento, Vilniaus, Lukšio, Kęstučio, Duonelaičio, Ožeškienės, Gedimino, Mickevičiaus, Daukanto, Maironio, Vasario 16 d., Sapiegos, Kanto gatvėse, Ukmergės pl. iki Žemaičių g. ir Vydūno al., Nepriklausomybės ir Vienybės aikštėse leidžiama iškabinti tik misinginės ir emaliuotos iškabos. Kitose miesto dalyse leidžiama kabinti ir skardinės iškabos.

Tam tikruose blankuose, kurių galima gauti Kauno m. magistrate, surašomas Kauno m. burmistrui prašymas, kuriame nurodoma: pavardė ir vardas, kiek iškabų, gatvė, namų numeris, iškabos visas tekstas, iškabos dydis (ilgis ir plotis), medžiagos pavadinimas ir spalva, raidžių spalva, kur ir kaip iškaba bus pritvirtinama. Prašyme turi pasirašyti teippat namų savininkas, kad sutinka leisti kabinti iškabą.

Gaunant leidimą reikia mokėti 4 lit. kanceliar. mokesčio. Leidimus duoda K. m. s-bės statybos skyrius.

Iš kaikurių med. gydytojų, neturinčių medicinos daktaro laipsnio, gauta nusiskundimų, kad iškabose jiems neleidžiama pavardės pradžioje pridėti „Dr".

× **Homeopatinėje ambulatorijoje,** atidarytoje L. Homeopat. Gydymo šalininkų Draugijos nuo šių metų liepos mėn. 2 d. Kaune, Putvinskio g-vė 42 a, ligonius priiminėsiąs gyd. Š. Matusevičius (13—15 val. ir 19—20 val., be šventadienių).

× **Igliaukoj gyvens sav-bės gydytojas.** Marijampolės apskrities valdyba pasirašė sutartį su med. gydytoju J. Aksu, kad jis už 300 lt. mėnesinės subsidijos nuolatos gyventų Igliaukoje ir per metus bent vieną kartą aplinkinėse mokyklose patikrintų mokinių sveikatą. Gyd. Aksui teks aplankyti 29 mokyklos ir apžiūrėti 47 komplektų mokiniai.

× **Zarasų apskr. sav-bės ligoninės direktorius** gyd. Šarkis Vidaus reikalų ministerio įsakymu atleistas. Į jo vietą paskirtas gyd. P. Janulis.

× **Kėsinosi peiliu nudurti anatomijos prof. J. Žilinską** pakvaišęs med. kand. D. Kasperas, įpuolęs į darbo kabinetą su ilgu peiliu. Profesorius jau buvęs parmestas ant grindų, bet išgelbėję atbėgę asistentai ir studentai.

Med. kand. D. Kasperas nugabentas į Valst. psychijatrinę ligoninę Kalvarijoje, Marijampolės apskr.

× **Apsinuodijo 150 gydytojų** bankete Amene suvažiavimo proga (Prancūzijoje), kur dalyvavo iš viso 200 gydytojų. Įtariama kažkieno bloga valia. Nuodai dar nenustatyti. Dr. Ferri manąs, kad maiste galėję būti Gertner'io mikrobų.

DANTŲ GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Praktikos teises per 1935 m. 2-ą ketvirtį yra gavę šie neseniai baigę dantų gydytojai:** Chana Abelsonienė - Meleraitė, Stefa Birutavičienė - Petrylaitė, Vladislovas Bucevičius, Akvilina Guzikauskaitė, Bronislava Guzikauskaitė, Sara Indichšteinaitė, Ona Linskytė.

MED. FELČERIŲ REIKALAIS.

× **Medicinos felčeriai reikalingi:**

1) **Biržų apskr. savivaldybės Vabalninko ambulatorijai.** Prašymai su curriculum vitae siųsti apskrities valdybai.

2) **Žeimių miesteliui,** Kėdainių apskr. Duodama 500 lt, subsidijos metams. Teirautis vietos vaistinėje.

GAILESTINGŲJŲ SESERŲ REIKALAIS.

× **Gailestingųjų seserų kursai prie Raudonojo Kryžiaus ligoninės Klaipėdoje.** Pernai prie Raudonojo Kryžiaus ligoninės Klaipėdoje buvo įsteigti gailestingųjų seserų dvejų metų kursai. Šiais metais vėl bus priimamos mokinės į pirmąjį kursą. Mokslas tęsis, kaip ir anksčiau, dvejus metus. Mokinės gauna iš ligoninės pilną išlaikymą (butą ir valgį). Pirmenybės duodamos klaipėdiškėms. Kandidatės turi būti baigusios ne mažiau kaip 6 gimnazijos klases ir ne jaunesnės kaip 18 metų. Prašymus reikia paduoti iki liepos 1 d.

SVEIKATOS REIKALAIS.

× **Tymų epidemija San Salvadore.** San Salvadoro respublikoje yra kilusi didelė tymų epidemija. 80% visų vaikų sergą tymais. Vyriausybė įsakiusi uždaryti mokyklas trims savaitėms.

× **Ceilone didėja maliarijos epidemija.** Šiuo metu Ceilone vėl pradėjusi siausti maliarijos epidemija. Ceilono vyriausybė pasiryžusi imtis griežtų priemonių kovai su maliarija. Pradėtos statyti naujos ligoninės. Mokyklos ir prieglaudos teippat paverčiamos ligoninėmis. Į tas vietas, kur epidemija jau pradėjo reikštis smarkiau, siunčiamos maisto ir vaistų atsargos.

× **Tikrina savivaldybės tarnautojų sveikatą.** Kauno m. savivaldybė visų savo tarnautojų tikrina sveikatą. Sveikatą tikrina savivaldybės daktarai: K. Grinius, Velbutas, Milvidas, Vienožinskienė ir Sleževičienė.

× **Skystimas, kuris sukeliąs vėžį.** Vienoje Londono ligoninėje buvę įrodyta, kad kaikurios medžiagos, kurios savo sudėtyje turinčios tulžies rūgšties, galinčios sukelti vėžį.

Remiantis tuo išradimu, Harvardo universitetas išradęs naują medžiagą, kuri nepaprastai greitai sukelianti vėžį. Šita nauja medžiaga esanti angliavandenių rūšies ir esanti pagaminama tulžyje, paimtoje iš žmogaus ar gyvulio. Įtrėkšta pelei, šita medžiaga per 53 dienas sukelianti vėžį.

× **A vitaminas aklumui gydyti** mėginamas Vienos universiteto vaikų klinikoje. Lašinant į akis šito vitamino keli vaikai praregėję, kurie nuo pat mažens buvę akli.

× **Pradedama statyti moderniška ligoninė.** Š. m. birželio 1 d. Kėdainių apskrities tarybos suvažiavimas po trumpų diskusijų nutarė statyti apskrities ligoninei Kėdainiuose naujus rūmus, kurie pagal sąmatą atsieisią iki 230.000 lt.

Kai bus baigta nauja ligoninė, dabartinėje ligoninėje bus įrengtas apkrečiamųjų ligų skyrius.

× **Sterilizacijos įstatymas Suomijoje** prezidento jau pasirašytas.

× **Sėkminga kova su maliarija Palestinoje.** Tam reikalui šiais metais valdžia paskyrė 18.000 svarų sterlingų. Jeruzalėje 1934 metais nuo maliarijos nemiręs nei vienas, kai 1918 m. mirę 113.

× **Sovietai pradeda kovoti su abortais.** Sovietuose abortai pripažinti. Tačiau paskutiniuoju laiku Sovietų spauda pradeda reikalauti baigti liberalų nusistatymą dėl socijalinės blogybės, kokia yra abortai. „Pravda" tarp kita ko pastebi, kad pribrendęs rimtos kovos reikalas. Neatsakingumo psychologija, kuri jau pasidarė labai stipri daugelyje vyrų ir moterų, griežčiausiu būdu turinti būti pašalinta.

× **Mirtingumas Europoje** 1934 m. pirmame pusmetyje palyginus su 1933 m. nukrito 0,4—1,5 vienam tūkstančiui gyventojų. Mažiausias mirtingumas Olandijoje, kur kasmet kiekvienam tūkstančiui gyventojų esti 9,2 mirimų. (Čia didelis skaičius ir gimimų — vienam tūkstančiui gyventojų 12.1 gimimų daugiau kaip mirimų). Vokietijos mirtingumas — 11,4 (pereitais metais 10,8), 6,2 gimimų daugiau kaip mirimų. Anglijoje mirimų — 13,1, gimimai viršija mirimus — 2,4. Irlandijoje mirimų — 14,4, gimimų daugiau kaip mirimų — 5,2. Prancūzijoje mirimų — 16,5 (palyginus su 1933 m. pagerėjo — 0,6), gimimų daugiau kaip mirimų — 0,1. Šitie skaitmens Lenkijoje yra 14,4 ir 12,7, Lietuvoje — 13,9 ir 12,0, Čekoslovakijoje — 14,1 ir 5,9. Vengrijoje 14,6 ir 7,5, Italijoje — 13,7 ir 10,6, Portugalijoje 15,6 ir 13,6.

× **Vidurių šiltinės ir dyzenterijos gydymas bakterijofagais** mėginamas Gruzijos bakterijologijos institute. Įšvirkštus sergančiam vidurių šiltine į veną aktyviųjų bakterijofagų, t° krintanti greitai iki normos ir pranykstą tyfo reiškiniai. Teippat labai gerų rezultatų esą gaunama bakterijofagais gydant bacilinę dyzenteriją — nurijus keletą kubinių cm. bakterijofagų, liga po 48 valandų praeinanti. Šią vasarą Maskvoje esą daromi panašūs bandymai ir su kitomis ligomis. Esą gaunama puikių rezultatų bakterijofagais gydant įvairius pūliavimus.

× **Stabo gydymas kurare** dabar mėginamas kaikurių Anglijos mokslininkų su gyvuliais (varlėmis, žiurkėmis ir t. t.). Tie Anglijos mokslininkai kurare laiką geriausiu vaistu nuo stabo, nes kurare paralyžiuojąs tampymus.

× **Kova prieš vėžį Amerikoje.** J. A. Valstybėse mirčių antrąją vietą užimąs vėžys, ir per metus nuo jo išmirštą daugiau kaip 150 tūkstančių žmonių. Kiekvienas dešimtasis mirties atsitikimas priklausąs vėžiui. 1900 metais kiekvienai 10 tūkstančių gyventojų tekdavę 6,3 mirimai nuo vėžio, o dabar šitas skaičius padvigubėjęs. Todėl dabar Amerika sujudusi kovoti prieš vėžį, kuriam reikalui skiriamos milžiniškos sumos. Vienas plieno liejimo trestas paaukojęs 2 milijonu dolerių moksliškiems vėžio tyrinėjimams. Kuriamos prieš vėžį draugijos, klinikos, institutai, leidžiami įvairiomis kalbomis laikraščiai ir t. t.

× **Nauja „radio liga", sukeliama ultratrumpųjų bangų.** Amerikoje tyrinėjama ultratrumpųjų radio bangų įtaka žmogaus organizmui. Žmonėms, esantiems šitų bangų veikimo sferoje, atsirandą šie symptomai: fyziškas pakrikimas, pasireiškiąs sumažėjusiu kraujoslėgiu, nuolatiniais galvos skausmais, svaiguliu, bendru nuovargiu, kitaip sakant, jiems atsirandą ultratrumposiomis bangomis apsinuodijimo žymės. Antra vertus, šitomis bangomis esą galima gydyti kvėpuojamųjų takų kataras, visokie pūliavimai, kaulų ir sąnarių ligos. Bet teippat šitomis bangomis galima esą užmušti vabzdžiai, pelės ir net kralikai.

× **Tautų Sąjungos apyskaita raupų susirgimų 1933—1934 m.** Egipte 1933 metais buvo 5.697 susirgimai raupais, iš kurių mirė apie 1.000; 1934 m. susirgimų skaičius žymiai sumažėjo ir gegužės - birželio mėne-

siais buvo 5 kartais mažiau kaip tais pačiais mėnesiais 1933 m. Amerikoje susirgimai raupais sumažėjo tiek Kanadoje, tiek ir J. Valstybėse, ypač žiemių rytuose; susirgimų šiek tiek daugiau centrinėse ir pietinėse valstybėse ir užvis daugiausia kalnuotose srityse ir Didžiojo Okeano pakrantėse. Meksikoje, nežiūrint į susirgimų sumažėjimą, mirčių skaičius nuo raupų kasmet skaičiuojamas keliais tūkstančiais. Britanijos Indijoje susirgimų skaičius padidėjo 1933 m. nuo 115.000 iki 250.000. Portugalijoje mirtingumas nuo raupų 1933 m. buvo 29,4%. Anglijoje ir Uelse 1933 m. buvo tik 631 susirgimas, pirmoje 1934 metų pusėje — 174. Šituo laikotarpiu nebuvo nei vieno raupsais susirgimo Australijoje, Naujoje Zelandijoje („Br. Med. J." 1934, 3848 nr.).

× **Maliarija Rumunijoje** kreipia dėmesį tiek atsitikimų skaičiumi, tiek ir susirgimo sunkumu, ypač Dunojaus deltos rajone. Rytinėje deltos srityje maliarijos lyg ir nėsą, vidutinis vaikų susirgimas siekiąs ten ne daugiau kaip 0,4%, o deltos pradžioje susirgimai siekią 14%. („Br. Med. J." 1934, 3849 nr.).

× **Aklųjų skaičius Anglijoje** 1933. III. 31 d. siekė 63.408 (tuo pačiu laiku 1932 m. buvo 62.079), iš jų 244 iki 5 metų amžiaus ir 2.089 — nuo 5 iki 16 metų. Kasmet akliesiems pensijoms išmokama 553.000 svarų sterlingų. („Br. Med. J." 1934, 3848 nr.).

× **Mirtingumas dėl automobilių** 86 didžiuosiuose Amerikos miestuose 1934 metais iki rugpjūčio mėn. siekė 22,3 iš 100.000 gyventojų. Pereitais metais buvo 21,1 iš 100.000. 1934 m. J. A. Valstybėse buvo 900 tūkstančių nelaimingų atsitikimų dėl automobilių, 36 tūkstančiai buvo užmuštų ir apie milijoną sužeistų.

× **Suradusi priemonę prieš vaikų paralyžių** gailestingoji sesuo Elizabeta Kenni Melburne. Jai buvo siūlyta 20.000 sv. sterl. už leidimą naudotis jos išradimu, bet ji nuo to atsisakiusi, norėdama, kad jos išradimas būtų prieinamas ir neturtingiesiems.

× **Naujas prof. Steinach'o atradimas** lytinei bejiegybei ir bevaikystei gydyti. Jam pasisekę surasti vyro lytinio hormono formulė, todėl šitas hormonas galima būsią syntetiškai gaminti.

× **Radio kovai su knarkimu.** Radio priima knarkiančio garsus, kurie taip padidinami, kad knarkiantysis tuojau pabunda.

× **Gero miego sąlygos.** Paryžiaus laikraščiai nurodo šitokias: 1) Neapsunkinti prieš gulant skilvio sunkiai virškinamais valgiais. 2) Negerti vakare kavos. 3) Jei vakare geriama arbata, tai žiūrėti, kad nebūtų stipri. 4) Miegoti visai tamsiame kambaryje. 5) Žiūrėti, kad aplinkui būtų ramu (ir miegant garsas vargina nervų systemą teippat kaip ir šviesa). 6) Miegoti ant plokščios pagalvės. 7) Miegoti ant dešiniojo šono, kad tuo būdu kepenys nespaustų kitų organų ir širdies. 8) Miegoti truputį pasirietus, tuo būdu raumenys geriau pasilsi. 9) Nedėti rankų ant veido, nes rankų prakaitas kenkia veido odai.

Reumatikams kenksminga gulėti prie atdaro lango.

× **Amerikoje gausėja syfilio susirgimai.** Esą įregistruota 6 milijonai sergančiųjų syfiliu. 1934 m. mirimų nuo syfilio buvę 9,5% daugiau kaip 1933 m.

× **Gryną skilvio sunką** gauną du jauni Leningrado gydytojai — chirurgas Slupskij ir fyzijologas Kurcin — su savo prietaisu — gumine žarnele, kurios gale yra minkšta guminė pūslė. Žarnelė įkišama į skilvį. Į pūslę pro žarnelę pučiamas oras, guminė pūslė spaudžia skilvio sienas ir tada išeinanti gryna skilvio sunka.

× **Konservuoto kraujo perliejimas** esąs daromas didesniuose Rusijos centruose — Maskvoje, Leningrade, Charkove, Baku ir kitur. Kraujas konservuojamas tam tikrais stabilizuojamais skysčiais. ir konservuotas kraujas laikomas tam tikroje temperatūroje. Perliejant konservuotą kraują gaunami labai geri rezultatai. Konservuotas kraujas galįs nesugedęs išbūti 20 dienų.

× **Alkoholio vartojimas ir mirtingumas.** Apskritai imant, prancūzas išgeria 167 l. vyno ir 20 l. alkoholinių gėralų per metus, tat sudaro 20,5 l. gryno alkoholio; iš 1.000 miršta 16,5. Italas per metus išgeria 110 l. vyno ir 5,2 l. alkoholinių gėralų, kas sudaro 16 l. gryno alkoholio; iš 1.000 miršta 16. Olandas išgeria 1,6 l. vyno ir 2,3 l. alkoholinių gėralų, t. y. 2,5 gryno alkoholio; iš 1.000 miršta 9,6. Vokietis išgeria 4 l. vyno ir 2 l. alkoholinių gėralų, t. y. 3,6 l. gryno alkoholio; iš 1.000 miršta 12; toks pat mirtingumas ir anglų, nors anglas per metus išgeria 6 l. gryno alkoholio. („Mouvem. Sanitaire" 1934 m. 120 nr.).

× **Azerbaidžane nugalėta maliarija.** Anksčiau čia siausdavusios maliarijos epidemijos, bet kai buvusi įveista tam tikra žuvų rūšis, kuri suėda maliarijos uodų lėlytes, maliarija sumažėjusi beveik iki nulio.

× **Vandens tiekimo tyrinėjimų institutas Rusijoje** daro bandymus geriamąjį vandenį daryti nebeapkrečiamą sidabruotomis smiltimis, kurios užmuša bakterijas, nes virintas vanduo nebeturi tinkamo skonio.

× **Rusijos rentgeno traukinys,** susidedas iš dviejų vagonų, baigė pirmąjį reisą Leningrado apskrityje, aptarnaudamas daugelį tūkstančių gyventojų rentgeno nuotraukomis ir dijagnozėmis.

× **Tuberkuliozė pas juodaodžius** Amerikoje kas kartas vis didėjanti, nes ten juodaodžių nuo tuberkuliozės miršta beveik 4 kartus daugiau kaip baltųjų. Pav., Šiaurinės Karolinos valstybėje, kur juodaodžiai sudarą 1/3 gyventojų, 1920 metais mirė nuo tuberkuliozės 1.318 baltųjų (73,8 iš 100.000) ir 1.342 juodieji (173 iš 100.000). O jau 1930 metais — 1.009 (45,1 iš 100.000) ir 1.176 (127,4 iš 100.000). 1931 metais baltųjų mirtingumas sumažėjo 89, o juodųjų 6 padidėjo, nors ten dauguma juodaodžių yra žemdirbiai. Šitas reiškinys aiškinamas tuo, kad juodaodžių organizmas esąs neatsparus prieš tuberkuliozę, gal ypač ir dėl to, kad juoda oda nepraleidžianti ultravijoletinių spindulių, kurie reikalingi organizmui imunizuoti. („South. Med. a. Surg." 1933 m. 2 nr.).

× **Vaikų tuberkuliozė Rumunijoje.** Vienoje Besarabijos srityje odos reakcija buvusi teigiama 63,65% vaikų nuo 2 iki 17 metų amžiaus; vaikų kiekis su teigiamąja reakcija didėjąs kartu su amžiumi: 30% 3-jų metų amžiaus, 66% 17-kos metų amžiaus. Šeimų, kurios miega viename kambaryje, vaikų teigiamoji reakcija esanti nuo 50% iki 100% (50%, jei viename kambaryje miega 2, ir 100%, jei miega iš viso 10). („Pr. méd." 1933 m. 102 nr.).

× **Prieštuberkuliozinis veikimas Austrijoje** pagal sveikatos apsaugos ministerijos apyskaitą yra šitoks: 1932 m. Austrijoje buvo 94 prieštuberkulioziniai centrai (31 miestuose), kuriuose buvo 155 gydytojai, 99 kvalifikuotos seserys, 74 seserys praktikantės ir 64 asmens be mediciniško apmokymo. Naujų pacijentų 1932 metais buvo 36.332 (44% vyrų ir 56% moterų); iš jų 2.693 (7,5%) labai sunkiai sirgo (57% vyrų ir 43% moterų). 15.080 (41%) buvo apdrausti. Tik 14% visų susirgusiųjų gulėdavo atskirame kambaryje. („Lancet". 1933 m. 5.756 nr.).

× **Raupsus platiną vabzdžiai.** Iš 447 musių, sugautų sunkiai sergančiojo raupsais kambaryje, pas 118, t. y. 26,4% buvo rasti Hansen'o bacilai; iš 1.786 musių, sugautų kambariuose, kur gyveno raupsuotojo šeima, bacilai buvo rasti pas 41, t. y. 2,3%. Kaimynų namuose, kur niekas nesirgo raupsais, buvo 1,32% infektuotų musių. Iš 1.734 blusų (Pulex irritans), sugautų raupsuotojo kambaryje, 20 turėjo bacilus, t. y. 1,12%.

× **Susirgimai Italijoje infekcinėmis ligomis:** baciline dyzenterija — 961, amėbinė dyzenterija — 560; unduliuojančia karštlige — 1.156 su 3 epidemijomis, kurias sukėlė Bang'o bacilai; raupsais — 316, leišmanijoze — 264, iš kurių 195 tenka Cicilijai; ankilostomoze — 1.143, kurių 72% tenka Gendi rajonui, — asmenims, užsiimantiems žemės darbu. Susirgimai (ir mirtingumas) maliarija mažėja.

× **Katės ir difterija.** Iki šiol buvo manoma, kad katės difterija

nesuserga, bet Bruks, daręs tyrimus su 70 kačių, priėjo išvadą, kad, nors katės ir nesuserga difterija, bet apsikrėtusios difterijos bacilais, juos išnešiojančios 1—4 dienas ir galinčios apkrėsti kitus. („The Lancet." 1934 m., I t., 2 nr.).

× **20 metų gyvenąs su kulka širdyje** vienas didžiojo karo dalyvis, kuris dabar neseniai buvęs demonstruotas Miuncheno gydytojų draugijos susirinkime. Jisai buvęs sužeistas 1915 metais.

× **Keista procesija** buvusi Liuksenburgijos mieste Esternache šv. Vito šokiui išvaryti. Pirmoji tokia procesija buvusi XIII-me šimtmetyje ir vėliau pamiršta, bet dabar vėl atgaivinta. Šitos procesijos pažiūrėti buvę atvykę kelios dešimtys tūkstančių žmonių iš Prancūzijos, Belgijos ir Vokietijos. Procesijoje dalyvavę keli tūkstančiai žmonių, kurie prisirišę medinę koją ir keistai šokinėdami, ėję pusantro kilometro, grojant orkestrui polką. Šitam šokinėjimui pradėti signalas buvęs duotas varpu, kurį 1512 metais miestui dovanojęs imperatorius Maksimilijonas. Šitoji procesija trukusi 5 val. Vakare dalyviai su medinėmis kojomis poromis šokę įvairius šokius.

× **„Boksinė liga".** Vienas Anglijos gydytojas neurologas paskelbė, kad boksininkai susergą specijalia liga, gaunama nuo nuokautų, kurie žalingai veikią smegenis ir nervus. Po nuokautų boksininkas neretai gaunąs sąmonės aptemimą, akies nervų paralyžių, didelius galvos skausmus, kalbos pakrikimą, ilgainiui susilpnėjąs protas, pakrinkanti eisena, pasidarą nevykę judesiai ir t. t. Boksininkus dažnai ištinką paralyžiai.

MEDICINIŠKASIS SĄMOJUS.

× **Kas ilgiausiai laukia?**

Gydytojas, įkišęs galvą į laukiamąjį kambarį, klausia:

— Kas čia ilgiausiai laukia?

— Aš jau ištisus metus laukiu!

— Kaip tai?

— Ogi jau yra suėję ištisi metai, kaip Tamstai esu pasiuvęs drabužių eilutę, ir jau ištisus metus laukiu užmokant už jų pasiuvimą...

× **Pas gydytoją.**

— O ašaros ar teka iš akių? — klausia gydytojas.

— Teip, teka, ponas gydytojau, kai verkiu!

× **Palangos vasarotoja.**

— Na ką, Palanga gerai veikia?

— O, labai gerai! Praėjusį sezoną aš palaidojau savo seną vyrą, o šį sezoną — jau ištekėjau už jauno...

× **Geriau stovėt, negu važiuot.**

— Na, o kaip tau patiko praeitą naktį su tuo jaunu gydytoju važiuoti?

— Važiuot kaip važiuot, bet man labai patiko su juo šalia kelio sustoti.

× **Kodėl neišgydot?**

Gydytojas: Hm! Apžiūrėjęs tamstą, randu tamstą sergant simuliacija.

Ligonis: Rasti tai jau trečias gydytojas randa šitą ligą, o išgydyti tai nei vienas nemokate! Kokie jūs gydytojai!

× **Šiaip visi sveiki!**

Grįžo Mikas iš tėviškės. Kiti jį klausinėja:

— Kas girdėti tėviškėje?

— Ačiu Dievui, visi sveiki! Dėdė Ksaveras pasimirė. Aldutė persiskyrė su vyru, o Antanas nukrito nuo šalinės ir nusilaužė koją. Šiaip visi siunčia labų dienų.

Surankiojo *Arėjas Vitkauskas.*