MEDICINA

žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XVII met. | 1936 m. rugsėjo mėn. | Nr. 9

Doc. Anton Pytel,
(Moskva).

Jeknų-inkstų syndromo kliniškosios charakteristikos klausymu.

(Iš 2-ojo Moskvos Medicinos Instituto chirurginės klinikos (dir. prof. Rufanov) ir Moksliškų tyrimų darbingumo ekspertyzei nustatyti Instituto (dir. prof. Gladštein).

„Jekninis inkstas" ir „inkstinės jeknos" — tat ne kazujistika, bet dažna stebimas reiškinys". *Rufanov.*

I.

Paskutiniais metais daugelio klinicistų ir patologų (Henschen, Helwig, Fitz-Hugh, Žagarese, Boyce, Vague, Stewart, Pletnev, Rufanov, Faltitschek bei Hess ir kt.) buvo susidomėta ligūstomis būklėmis, kuriose būta antrinio inkstų susirgimo dėl jeknų (kepenų) pirminio susirgimo ar trauminio sužalojimo, ir, atvirkščiai, pirminiai inkstų susirgimai dažnai privesdavo prie jeknų sunkių pakitimų. Jeknų ir inkstų parenchymos į patogeninius agentus reakcijos tuo pat laiku pasireiškimas duoda pagrindo spėti jų funkcišką pareinamumą, trunkantį ir susirgimo metu. Šita aplinkybė įgalino išskirti vadinamąjį jeknų-inkstų resp. inkstų-jeknų syndromą.

Be galo įdomūs jeknų bei inkstų filogenetiški sąsyjai pakankamai įtikinamai buvo paaiškinti C. Henschen'o, Rosenbaum'o, Spanner'o ir kitų. Paskutiniausiu laiku, Henschen'o bei jo mokinių (Rosenbaum'o, Becker'o), Helwig'o bei Schutz'o, Boyce's, Stewart'o, Tziguerosʼo, Vague's ir kt. eksperimentiškų bei kliniškų tyrimų dėka, kalbamojo syndromo atsiradimo mechanizmas gavo kaikurį nušvietimą. Kalbamojo syndromo ligūstų būklių etio-patogenezė daug buvo studijuojama eksperimentiškai 1935 ir 1936 metais. Sutrikdžius jeknų kraujo apytaką ir jas traumiškai sužalojus, man pavyko gauti symptomų kompleksas, daug kuo analogiškas su žmogaus jeknų-inkstų syndromo klinišku vaizdu. Mano tyrimai ir literatūros duomenys įgalino nustatyti, kad jeknų funkcijos sutrikimas šitais

atvejais yra susijęs su kamuolėlių ir kanalėlių aparato sužalojimu toksinėmis substancijomis, cirkuliuojančiomis kraujuje, jeknų parenchymai sergant arba esant sužalotai. Pažymėtosios toksinės substancijos atsiranda, matyti, iš jeknų nekrozuotų sričių arba jos atnešamos į jeknas iš žarnų ir patenka į didįjį kraujo apytakos ratą, nepraradusios savo žalingumo dėl jeknų dezintoksikacinės funkcijos (jekninio užtvaro) sutrikimo joms susirgus. Man teippat pavyko nustatyti, kad nurodytosios toksinės substancijos veikimas paliečia apskritai visų indų sieneles ir ypatingai ryškiai inkstų Malpigio kamuolėlius ir įvijų kanalėlių epitelį; dėl to aš rasdavau ūminio intra- ir ekstraglomerulinio glomerulito reiškinių ir ryškių inkstų įvijų kanalėlių degeneracinių pakitimų ligi pat nekrozės *).

II.

Prie jeknų-inkstų syndromo grupės gali būti priskirta daug ligūstų būklių, tarp kurių pažymėtinos šios:

1. Inkstų pakitimai jeknų cirrozės atveju.
2. Inkstų būklė vad. ūminių hepatitų ir apsinuodijimų atvejais (ūminė geltonoji jeknų atrofija, apsinuodijimas chloroformu, grybų nuodais, alkoholiu, apioliu ir kt.).
3. Inkstų pakitimai ūminių ir chroniškų jeknų bei tulžies takų susirgimų, lydimų ir nelydimų geltos, atvejais (cholecystitai, angiocholitai, tulžies takų užsikimšimas akmenimis, augliais ir t.t.).
4. Jeknų ir inkstų pakitimai dėl infekcijos — „hepato-nefritai“ (ikterohemorraginė spirochetozė, Weil'io-Botkin'o liga, kitos ūminės infekcijos).
5. Jeknų-inkstų syndromas: a) po uždarų ūminių jeknų traumų ir šaunamųjų sužalojimų; b) po jeknų ir tulžies takų operacijų (cholecystektomija, choledochotomija ir kt.); c) po kitų pilvo tuštymo (retkarčiais ir kitų tuštymų) organų įvairiausių operacijų.
6. Jeknų-inkstų syndromas kepenyse auglių metastazių atvejais.
7. Jeknų-kepenų pakitimai nėščiųjų eklampsijos atveju.
8. Jeknų ir inkstų būklė hypertyreozių atveju.
9. Santykiavimas tarp jeknų ir inkstų podagroje.
10. Jeknų-inkstų syndromas hypertonijoje; ir kiti.

Jeknų ir inkstų ligūstas būkles kalbamajame syndrome gali sukelti šie faktoriai: 1) medžiagų apykaitos sutrikimas; 2) toksiniai; 3) bakteriniai; 4) bakteriniai-toksiniai, ir 5) medikamentiniai, kartu su tuo tiek hematogeniniu, tiek lymfogeniniu keliu.

Šitame pranešime aš tepaliesiu tik dvi šito syndromo grupes, pasitaikančias ypatingai chirurginėje klinikoje, būtent: A) jeknų-inkstų syndromą, stebimą po tulžies takų operacijų ir po jeknų traumų (sutriuškinimas, trūkimas, šaunamieji sužeidimai),

*) Mano eksperimentinių tyrimų rezultatai smulkiau aprašyti „Klin. Med.“ (Moskva) 1936 m. 6 nr.

ir B) jeknų-inkstų syndromą tulžies takų bei jeknų chroniškų susirgimų atvejais (cholecystitai, cholangitai, cholecystopatijos, hepatitai ir kt.*)

A. **Jeknų-inkstų syndromas po tulžies takų bei jeknų operatiškų įsikišimų**, o teippat kaikuriais atvejais po jeknų trauminio trūkimo, pasak Helwig'o ir Schutz'o, pasireiškiąs tarp 5 ir 8-os pooperacinio perijodo dienos ir išsirūtuliuojąs ypatingai asmenims, sergantiems per daugelį metų akmeniniu ar beakmeniu cholecystitu. Kalbamasis syndromas čia pasižymi šiais kliniškais reiškiniais:

Temperatūra paprastai greitai pakyla ir pasiekia 40° C; tvinksnis (pulsas) padažnėja; atsiranda meteorizmas. Gana greitai pasirodo progresuojanti oligurija su cylinderurija ir hematurija. Azotemija pakyla, tuo metu, kai su šlapimais išskiriamų šlapalų kiekis sumažėja. Atsiranda pykulys, gausus vėmulys ir dauguma atvejų pasitaiko kraujavimas iš gleivinių, teip, jog kartais stebimas kruvinas vėmulys ir kruvinos išmatos. Nuėmus siūles po laparotomijos, neretai stebimas žaizdos gijimo sulėtėjimas (žaizdos išsiskyrimas) arba visiškas jos gijimo nebuvimas. Paskiau — išplitusios ėdemos, oligurija vis progresuoja, ateina anurija, po to komos būklė ir mirtis.

Heyd visus vad. „jeknų mirties" resp. pooperacinio jeknų-inkstų syndromo atsitikimus pasiūlė suskirstyti pagal jų kliniškąeigą į šias 3 grupes:

1) Prie pirmosios grupės priskirtieji ligoniai paprastai ilgą laiką sergą tulžies takų susirgimu. Jokių kontraindikacijų jiems operuoti paprastai nėsą. Operacija (cholecystektomija arba cholecystotomija) atliekama techniškai gana lengvai; netrukus po operacijos atsirandanti puskomio būklė, paskui koma ir mirtis po 24—48 val. Reikšmingas šitos grupės symptomas esąs be galo augšta temperatūra (40,7—41,7° C).

2) Antrosios grupės ligoniams pasireiškianti gelta ir kaikuriems jų jau anksčiau buvo darytos tulžies takų operacijos. Padarytoji cholecystotomija ar choledochostomija paprastai techniškai nėkiek nesusikomplikuojančios. Per pirmąsias 36—48 val. pooperacinis perijodas einąs visiškai patenkinamai, o paskui ligoniai pasidarą irzūs, staiga atsirandąs ryškus vazomotorinis kolapsas ir per kitas 24—48 val. — mirtis. Čia, teippat kaip kad ir pirmosios grupės atsitikimais, pasireiškiąs perdidelis temperatūros pakilimas.

3) Prie trečiosios grupės priskirti ligoniai, sergą cholangitu, pankreatitu, retai — pankreas'o galvutės blogybiniais augliais. Rūpestingai pasiruošus operuoti, esant palyginti patenkinamai bendrinei būklei, ligoniams daroma cholecystostomija ar choledo-

---

*) Klausymui apie ūminius hepato-nefritus yra skirtos neseniai išėjusios J. Vague's (Paryžius) ir G. Frigueros'o (República Costa-Rica) monografijos.

chostomija, cholecystoenterostomija ar cholecystektomija. Per pirmąsias 5—6 dienas pooperacinis perijodas einąs normalai, gelta mažėjanti ir ligoniai pradedą tarsi taisytis. Tačiau, operuotieji ligoniai staiga pasidarą miegūsti, paskui atsirandanti komos būklė, anurija ir mirtis. Šitos grupės ligoniams aiškiai pasireiškią inkstų symptomai, atsirandantieji, tačiau, ne pirmosiomis dienomis po operacijos; oligurija paprastai progresuojanti ligi visiškos anurijos, atvirkščiai negu pirmųjų dviejų grupių ligoniams, kur ryškiai krinta į akis staiga atsirandanti ir progresiškai didėjanti hyperpyreksija.

Boyce ir Mc. Fetridge, stebėję 23 kalbamojo syndromo atsitikimus (tat sudaro 25% mirtingumo apskritai tarp visų mirusiųjų po padarytųjų tulžies takų operacijų), visiškai patvirtina augščiau pažymėtuosius visų trijų grupių kliniškus ypatingumus, aprašytus Heyd'o, ir atskirai išskiria dar ketvirtąją grupę, kur po operacijos per 5—10 d. stebimas normalus pooperacinis perijodas, paskui atsirandanti oligurija, progresuojanti ligi visiškos anurijos, kartais lydima uremijos symptomų, bet neturinti hyperpyreksijos, pažymėtos Heyd'o trijose grupėse.

Clairmont ir Haberer, Stäheli, Kehr ir kt., o paskutiniu laiku ir Hofmann, yra aprašę nemaža anurijos atsitikimų po cholecystektomijos ir anuriją obturacinėje geltligėje; šitais atvejais anurija, pasak jų, įvykusi dėl indų refleksinio spazmo, išeinančio iš pakenktų kepenų.

Mūsų chirurginės klinikos medžiagoje jeknų-inkstų syndromas buvo stebėtas 9 atsitikimais po tulžies takų operacijų (cholecystektomija — 5-iais atvejais ir cholecystostomija — 4 atv.) ir 1 atsitikimu po jeknų trauminio trūkimo (po operacijos — pagijimas). Vienu atsitikimu (27 metų moteris), praėjus 23 val. po cholecystektomijos (beakmenis cholecystitas, anamnezėje vidurių šiltinė), ištiko mirtis esant anurijai ir kitiems reiškiniams, būdingiems Heyd'o antrosios grupės ligoniams. 3-mi atsitikimais, prieš operuojant rūpestingai ištyrus jeknų ir inkstų funkciją, galima buvo nustatyti reliatyvus jų nepakankamumas, kuris po operatiško įsikišimo pasireiškė gana ryškiai. Šitais, teippat ir likusiais atsitikimais, 3—5-tą dieną po operacijos daugumai ligonių buvo stebėtas t°-ros pakilimas (dviem ligoniams ligi 39° C), padažnėjęs kvėpavimas, temperatūrą atitinkąs tvinksnis, meteorizmas, pykulys, retas vėmulys; šlapimuose, buvusiuose dauguma atvejų žemo lyginamojo svorio, — nežymi albuminurija. Nepaisant, kad ligoniai gaudavo pakankamai vandens nuo pirmųjų pooperacinio perijodo dienų, visuomet buvo stebima aligurija; beveik visais atsitikimais buvo mikroskopiškai nustatyta hematurija. Kraujo liktinis azotas buvo pakilęs ir siekė 96 mgr. % pagal Assel'į. Pažymėtieji reiškiniai tvėrė vidutiniškai nuo 4 iki 9 d. ir palaipsniui išnykdavo, pritaikius atitinkamą gydymą (gliukozė, insulinas, didelių fyzijologinio skiedinio kiekių įvedimas, cardiaca ir t. t.). Visi ligoniai, be augščiau pažymėtosios vienos ligonės, pagijo.

B. **Jeknų-inkstų syndromas tulžies takų bei jeknų chroniškųjų susirgimų atsitikimais.**

Chroniškieji hepato-nefritai dar nepakankamai išstudijuoti; nežinoma, ar abudu organu užgaunami kartu, ar užgaunamos jeknos chroniškojo nefrito eigoje ar užgaunami inkstai chroniškojo hepatito ir cirrozės eigoje. Rufanov, studijuodamas įvairias geltligių rūšis jeknų-inkstų syndromo atsitikimais, galėjo nustatyti, kad — 1) daugumą įvairiausios kilmės geltligių lydį inkstų pakitimai, pradedant nuo lengvo sujaudinimo iki sunkaus glomerulonefrito; 2) kartais inkstų susirgimas sąsyiyje su geltlige būnąs teip ryškiai pasireiškęs, jog užtamsina jeknų sužalojimo pirmykštumą; 3) matomų jeknų susirgimo reiškinių išnykimas labai dažnai nesutampąs su tikru ligonio pagijimu: nepaisant į gerą bendrinę būklę, normalią t⁰-rą, betkurių nusiskundimų nebuvimą, lieką kaikurie šlapimų defektai.

Nonnenbruch neseniai pasirodžiusiame be galo įdomiame darbe „Neue Untersuchungen zur Leberpathologie" nurodo, kad būną jeknomis sergančių ligonių (chroniškosios stazinės jeknos, jeknų syfilis, katarinė geltligė), kurie išskirią palyginti nedaug žemo lyginamojo svorio šlapimų; šitie ligoniai paprastai nerodą jokių jeknų susirgimo ar inkstų nepakankamumo reiškinių. Nonnenbruch šitą būklę vadina „jeknų-inkstų hyposthenuria". Šitais atvejais būnąs normalus azoto išsiskyrimas su šlapimais ir normalus kraujo liktinio azoto kiekis. Minėtina, kad kalbamoji hyposthenuria, pagerėjus jeknų funkcijai, galinti išnykti.

Visiškai teisus Nonnenbruch, nurodąs, kad į tokios rūšies hypostenuriją reikią žiūrėti ne kaip į inkstų susirgimą, bet kaip į pasireiškusį jeknų susirgimo ar bent „priešinksčio" sutrikimą. Adler, Brulé ir kt. manė, kad jeknomis sergančių ligonių su gelta ar be jos, žemas lygin. svoris, lygiai kaip ir oligurija, atsirandą dėl jeknų funkcijos hormoninio sutrikimo.

Greta su šitais „grynos" jeknų-inkstų hypostenurijos atsitikimais, pasitaiko tarsi pereinamųjų hypostenurijos atsitikimų su vienlaikine oligurija ir kraujo liktinio azoto kiekio padidėjimu esant jeknų susirgimui. Pagaliau, nurodytieji reiškiniai (opsiurija, azotemija, anurija) be galo retai pasireiškia vadinamuosiuose ūminiuose hepato-nefrituose, kaip kad infekciškai toksinių produktų veikimo jeknoms padarinys.

Faltitschek ir Hess yra konstatavę šį faktą, turintį didelės reikšmės hepato-renalinio syndromo klinikai, būtent: kalbamosiose ligūstose būklėse, lydimose geltos, tiesioginio bilirubino jeknos neišskiriančios, nepaisant, kad jo kiekis kraujuje galįs žymiai viršyti fyzijologinę normą; vadinasi, šitais atvejais esama geltos, acholurijos ir ryškiai pasireiškusios bilirubinemijos (tiesioginės). Bilirubinemijos nebuvimas šitame syndrome e ąs susijęs su inkstų funkcijos sutrikimu; pagerėjus ir, ypatingai, atsitaisius inkstų funkcijai, išnykstanti ir hyperbilirubinemija, nes biliru-

binas dabar pašalinamas pro inkstus. Analogiškai jų kliniškiems stebėjimams (3 atsitikimai) esama eksperimentinių tyrimų, parodančių bilirubinurijos nebuvimą, perrišus tulžies lataką gyvuliams, kurių inkstai pirm to buvo smarkiai užgauti (apnuodyti) uranu.

Mūsų buvo stebėtas jeknų-inkstų syndromas, priklausąs kalbamajai serijai, 46-iems, sirgusiems įvairiais jeknų ir tulžies takų susirgimais, ligoniams, kurie nebuvo operatiškai gydyti. Šitoji medžiaga pagal ligos klinišką pasireiškimą ir eigą gali būti suskirstyta (tiesa, lygtinai) į šias 3 grupes:

I-oji grupė. Syndromas, įvykstąs, kaip sutrikusios organizmo medžiagų apykaitos išdava, ir pagrinde pasireiškiąs cholelithiasis'u ir kartu nephrolithiasis'u (oksalurija, uraturija, cystinurija ir t. t. artritinės dijatezės asmenims). Mūsų medžiagoje tokių atsitikimų buvo 4. Čia teippat priskaitomas vienas recidyvuojančios cystiurijos atsitikimas 26 metų ligonei su bendralaikiu jeknų užgavimu (prieš metus šitai ligonei buvo daryta pyelolitotomija dėl cystininio akmens).

II-oji grupė. **Vadinamoji infekciškai toksinė forma (jekninė nephropathia, „nephritis hepatica").**

Pogrupė a). Šitas syndromas pasirodo pradinėse susirgimo stadijose, pasireikšdamas inkstų symptomais ir daugiausia mikro- ir rečiau makroskopine hematurija. Kaikuriais atsitikimais ligoniai daug metų laikomi sergančiais vad. esencine hematurija, ir tiktai vėliau pasirodo symptomai, nurodantieji jeknų ir tulžies takų susirgimą (cholelithiasis, cholecystitis). Visais šitais atsitikimais negalima išskirti pirminio inkstų pakenkimo su antriniais jeknų pakitimais (inkstų-jeknų syndromas), nors mūsų patyrimas rodo, kad žymioje daugumoje atsitikimų vis dėlto užgaunamos jeknos. Į šitą pogrupę galima priskirti 3 ligoniai iš mūsų medžiagos.

Pogrupė b). Daugelį chroniškųjų cholecystitų, cholangitų, hepatitų, cholecystopatijų ir t. t. atsitikimų gali lydėti didesnio ar mažesnio laipsnio inkstų funkcijos nepakankamumas, pasireiškiąs hypostenurija („hepato-renalinė hypostenurija"), izostenurija, nykturija, nedidele albuminurija, dažnai ortostatine, rečiau labai nežymia mikroskopiška hematurija, o teippat nežymia cylinderurija (hyalininiai cylinderiai). Neretai šitais atvejais mes galėjome pažymėti ir oliguriją. Šitos rūšies ligonių kraujospūdis (kraujoslėgis) yra normalus; kraujo liktinis azotas retai yra pakilęs. Jeknų kliniški tyrimai ir funkciniai mėginiai dauguma panašių atsitikimų rodo jų funkcijos nepakankamumą (patologiška cukraus kreivė, cholesterino padaugėjimas ir t. t.). Prie šitos pogrupės mūsų priskiriami 17 ligonių.

Pogrupė c). Šitos pogrupės ligoniai pasižymi maždaug tais pačiais symptomais, ką ir ankstybesnės pogrupės ligoniai, tiktai jie dar turi geltą (išpradžių pakitusi bendrinė dijurezė, naktinė polyurija, vėliau oligurija); neretai inkstų symptomai būna

tiek ryškiai pasireiškę, jog užtamsina jeknų susirgimo pirmykštumą. Mūsų 3 ligoniai gali būti priskirti prie šitos pogrupės.

III-oji grupė. **Vadinamoji bakteriškai infekcinė forma.** Chroniškųjų cholecystitų, cholangitų ir kitų tulžies takų bei jeknų infekcinių susirgimų atsitikimais pirmon galvon pasireiškia pyurija su žemu šlapimų lyginamuoju svoriu ir dažnai subfebrile temperatūra — Martinez-Galvan'o „jeknų-inkstų subfebrilitetas". Tulžies takuose galima konstatuoti neabejojamų įdegiminio proceso požymių (nustatomų duodeniniu zondavimu ir kitomis tyrimo metodėmis). Šitais atsitikimais pyelitas galima susieti su tulžies takų įdegiminio proceso buvimu; kitokių jo priežasčių, net rūpestingai tiriant, paprastai nerandama. Prie šitos grupės galima priskirti 19 ligonių iš mūsų medžiagos.

Mano patiektoji klasifikacija tėra grynas mėginimas suscheminti ir išskirti keletą, dažniausiai pasitaikančių, jeknų-inkstų syndromo kliniškų rūšių; ji, aišku, negali pretenduoti į išsemiamą pilnumą ir tikslumą.

Henschen jeknų nepakankamumo atvejais stebėjęs ligi tam tikro laipsnio beveik analogiškus pakitimus savo atsitikimais. Be to, jam pavykę pažymėti šlapalų kiekio sumažėjimas, nenormalus įvairių azotinių junginių santykiavimas, šlapiminės rūgšties kiekio pakitimas, peptonurija, albumozurija, urobilin- ir urobiligenurija. Kaip kad ir mūsų atsitikimais, jisai gana dažnai stebėjęs oliguriją ir hypostenuriją.

Mūsų pažymėtieji jeknų tarpusaviai sąsyjai ir jų sąveikos ligūstų būklių atvejais sukuria tam tikrus kliniškus vaizdus, kurių žinojimas duoda pagrindo teisingiau išspręsti ekspertyzes.

Tolimesnieji kliniškiejis tebėjimai ir eksperimentiniai tyrimai, studijuojant šitą problema, įgalins mus detaliau išdėstyti, ne teip jau retai pasitaikančio, jeknų-inkstų syndromo įvairių formų kliniškąją symptomatologiją.

Literatūra.

1. Becker: „Zbl. Chir." 1936 m. 12 nr.
2. Boyce ir Mc. Fetridge: „Arch. of Surg." 1935 m. 31 t.
3. Faltitschek ir Hess: „Wien. klin. Woch." 1936 m. 11 nr.
4. Govaerts: Le Fonctionnement du Rein malade. Masson Cie, 1936, Paris.
5. Heyd: „Ann. of Surg.", 1924 m. 79 t.
6. Helwig ir Schutz.: „Surg. Gyn. Obst." 1932 m. 55 t.
7. Henschen: „Arch. klin. Chir." 1932 m. 173 t.
8. Hofmann: „Wien. klin. Woch." 1934 m. 47 nr.
9. Martinez, G. V. y Galván, I. M. G.: „Medicina Ibera" 1934 m. 879 nr.
10. Nonnenbruch: „Münch. med. Woch." 1936 m. 16 nr.
11. Pletnev: „Z. klin. Med." 1935 m. 128 t.
12. Pytel: „Klin. Med." 1936 m. 6 nr.
13. Rosenbaum: „Dtsch. Z. Chir." 1934 m. 243 t.

14. Rufanov: „Sov. Chir“ 1933 m. 5 t.
15. Stäheli: „Brun's Beitr.“ 1921 m. 123 t.
16. Trigueros, G.: Hepatonefritis Infecciosas. República Costa-Riva. 1935.
17. Vague, I.: Les hépatonéphrités aiguës. Paris, Masson Cie, 1935.

Dr. H. Nossen.

Apie nepaprastuosius pilvo navikus.

(Iš Panevėžio žydų ligoninės chirurginio-gynekologinio skyriaus. Vedėjas — dr. H. Nossen).

Navikus (tumor'us) turėtume pažymėti kaip „nepaprastuosius“ arba „retai“ pasitaikančiuosius, jeigu jie dėl savo dydžio, užimamos vietos organizme arba ir remiantis moksline statistika tikrai yra retenybė. Į šitokių navikų grupę, ikišiol dar skiriame mesenterium'o, o teippat ir retroperitoninio tuštymo navikus. Atsitikimams kartojantis, aš neseniai turėjau progos du tokius navikus gydyti ir tatai paskatino mane parašyti šitą pranešimą.

Mesenterium'o navikai turi kompaktišką ar kystišką pobūdį, ir pastarųjų — kystiškųjų — stebima daugiau. Iki pat šių laikų mesenterium'o kystos skirstomos į proliferacines kystas, svetimkūnių kystas ir kystojidinius auglius, tuo tarpu kiekvienas kystinis auglys tarp mesenterium'o lapelių vadinti „mezenterine kysta“ (Péan) būtų netikslu. Hahn skirsto mesenterines kystas į serozines, chylus'o kystas, išeinančias iš lymfos aparato arba chylus'o indų, kraujo kystas, atsiradusias iš hematomos arba kurio-nors kraujavimo į suminkštėjusį mesenterium'o naviką. Apskritai, tikromis mezenterinėmis kystomis galime vadinti tiktai tokias, kurios yra tarp mesenterium'o lapelių, ir tokias, kurios iš čia yra pradėjusios augti. Šitą mezenterinių kystų definiciją esu jau kartą patiekęs ir aptaręs savo 1924 m. išėjusiame darbe „Tumoren des Mesenterium“, kartu pastebėdamas, kad tokie navikai dažniausiai chirurgiškam gydymui patenka teip vėlai, jog jau sunku atskirti, ar toks navikas yra iš mesenterium'o ar iš retroperitoneum'o. Šita prasme tikras yra ir Witzel'io nurodymas, kad retroperitoninio audinio navikai gali turėti kojytę ir tuo būdu simuliuoti mezenterinį naviką. Chirurgams betgi šie, kaip kad ir dar diskutuojami, navikai yra svarbus faktorius, nes operacijos metu jų chirurgiškas veiksmas daugiausia nuo to ir pareina. Tai tinka lygiai tiek gėrybiniams, tiek blogybiniams navikams, ir anksčiau aš esu stebėjęs gėrybinį retroperitoninį naviką, kurį operuojant pirmą kartą gauta kogeriausių rezultatų, tačiau vėliau, po dvejų metų, dėl naujų recidyvų ir dėl to pareikalautos operacijos pacijentas mirė.

Iš kompaktiškų mesenterium'o navikų pasitaiko lipomų, fibromų, sarkomų ir karcinomų, iš kurių, palyginti, rečiausiai stebimos sarkomos. Augagneur pirmasis surinko 14 mesenterium'o auglių, iš kurių 2 buvo sarkomos. Iki 1913 m. Kempner rado tik 6 sarkomas, Szenes 1918 m. statistikoje nurodė iš 43 navikų tik 11 sarkomų. Nuo to laiko literatūroje paskelbtų sarkomų atsitikmų skaičius pakilo, bet jų demonstracija paskutiniame tarptautiniame kongrese įrodo šitokių navikų atsitikimų retumą. Dėl pagerėjusios dijagnostikos negalima daugiau ko laukti, nes iš patyrimo žinome, kad tokie pacijentai kreipiasi į chirurgus tada, kai navikas pasiekia jau tokį dydį, kada operacijai indikacijų jau nebėra.

Kompaktiškiems mesenterium'o navikams analogiški yra ir navikai, išeiną iš retroperitoninio audinio. Čia randama lipomų, fibromų, myksomų ir mišrių navikų. Teippat prie retroperitoneum'o navikų skiriami ir navikai, išeiną iš inkstų, resp., iš jų kapsulės, kurie tačiau daugiausia yra blogybiniai.

Mano neseniai stebėti šie atsitikimai:

I-masis atsitikimas. Š. G., 731/1545 nr. Priimtas 1935. VIII. 6 d.; 55 m. amžiaus.

Anamnezė: Jau apie 6 mėn. kaip pacijentas pastebėjęs žymiai didėjant pilvą. Jo pilvo apimtis teip greitai didėjanti, jog uždusimo pavojus, spaudimas į širdies duobutę, apetito stoka ir nemigas nuolat didėją. Anksčiau jokiomis ligomis nesirgęs.

Rasta: Širdis pridengta plaučių; tonai rytmiški, silpni ir duslūs, Abejuose plaučiuose yra gausiai sausų skambių karkalų; expirium pailgėjęs. Apatinės plaučių ribos mažai judrios. Pilvas labai smarkiai išsipūtęs. Apimtis 105 cm. Kairėje pusėje stebimi žarnų ūžesiai (Darmgeräuche), dešinėje plaštakos dydžio pribukimas, einąs iki pat šonkaulių lankų. Šitoje srityje stebimas kampuotas išsilenkimas. Gilumoje apčiuopiamas elastingas kūnas, kuris, gal būt, yra susijungęs su kepenimis. Skaudamų punktų niekur nėra.

Urogenitalinė systema patologiškai nepakitusi.

Kraujuje norm., ypačiai nėra požymių, būdingų leukemiškam navikui. Nusėdimo reakc. 6/20.

Ekskrementai šviesiai geltonos spalvos; juose yra daug askaridų, trichocephalus dispar kiaušinėlių. Benzidino r. — neigiama.

Echinokokkus - Antigen r. neigiama.

Komplemento r. dėl echinokokkus neigama.

Dienos dijurezė, davus gyvsidabrio preparatų — 3.400 kb. cm. Pilvo apimtis po to 5 cm. sumažėjo.

Tyr. rentgenu: Peršviečiant su kontrast. mase, košė praeina kiek proksimališkai nuo flex. col. sin. be aiškių ribų, tačiau didesnė košės dalis lieka in sigmoidea. Col. desc. suspaustas, bet išpildymo defekto nematyti.

Dijagnozė: Kepenų navikas? Mezenterinis — retroperitoninis navikas?

Operacija evipan'o-eterio narkozėje (dr. Nossen). Pjūvis vidurinėje linijoje, žemiau proc. xyphoideus iki bambos. Atidarant perito-

neum'ą, išsilenkia didelis navikas, per kurio priekinį paviršių eina col. asc. ir col. transversum. Pagal atitinkamas kitas situs aplinkybes, navikas priklausė retroperitoniniam tuštymui, minkštos konsistencijos, jaučiamas skiltėtumas, teip, kad neabejojant buvo galima dijagnozuoti retroperitoninė lipoma.

Colon ascendens ir transversum atpalaiduojami nuo jų raiščių ir perdedami į kairę pusę, bet stropiai saugoma nesulenkti ir nepakenkti kraujagyslių. Tada greitai pasiseka didelis navikas, susidėjęs iš dviejų milžiniškų skiltėtų lipomų, enukleuoti. Enukleavus abu navikai svėrė beveik 13 svarų. Tuojau pat sustabdomas kraujavimas retroperitoninėje žaizdoje ir ji užsiuvama. Tiksliai apžiūrimas mesenterium'as ir randama jo užpakaliniame lapelyje maža skylutė. Fiksuojama colon ascendens ir transversum anatominėje vietoje, palaipsniui uždaromas pilvas. Toliau ligos eiga džiuginanti, antrą dieną po operacijos prasideda žarnų funkcija. Pereinant iš 2 į 3 dieną žymi plaučių oedema su širdies silpnumu. 4-tą dieną exitus let.

2-ras atsitikimas. Darbininkas R. R., protokolo 34/1936 nr. Priimtas 1936. I. 15 d., 43 m. amžiaus.

Anamnezė: Pacijentas jau 15 metų kai pastebėjęs didėjant pilvą, bet skausmų niekada neturėjęs. Per paskutinius du mėnesius pilvo apimtis labai išaugusi, o dabar jau prasidėję skausmai. Nuo to laiko atsiradę ir sunkumai defekuojantis.

Rasta: Širdis ir plaučiai matomai patologiškai nepakitę. Pilvas lygus, bet kartu labai išsipūtęs. Apimtis 106 cm. Navikas niekur negalima išskirti nuo pilvo organų. Jis eina nuo pat abiejų šonkaulių lankų sričių apačios iki pat mažojo dubens. Naviko paviršius atrodo lygus, standžios konsistencijos, nejudrus.

Kraujo vaizdas: erytr. 4,8, leuk. 8,6, Hb 93%. Index. 0,9. Nusėdimo r. 20/35. Kraujoslėgis 110/76 RR.

Rentgen. tyrimas: Col. asc. ir desc. šalyse, col. transv. pakilęs į viršų. Išpildymo defekto nėra; nematomos stenozės. Colon iki coecum pripildytas, appendix'o nematyti. Spaudimo punktų (Druckpunkte) nėra. Todėl galvojama apie už colon'o esantį naviką.

Pagal šituos duomenis, ypač atsimindamas neseniai operuotą 1-mą atsitikimą, nustačiau dijagnozę, kad yra retroperitoninis navikas, kas operacijos metu ir pasitvirtino.

Operacija iš pradžių vietinėje anestezijoje, vėliau evipan'o-natrio narkozėje su mažu eterio priedu (dr. Nossen).

Pirmiausia bandomasis pjūvis apie 2 cm. viršum bambos ir žemyn apie 5 cm. viršum symphysis. Atidarant peritoneum'ą, navikas pasirodė toks didelis, jog iš akies jo dydžio nustatyti nebuvo galima. Įvedus ranką į abdomen'o tuštymą, nustatyta, kad navikas viršuje siekia iki dijafragmos ir ją žymiai nustumia kardijaliai. Į šalis jis siekia šonines pilvo sritis, žemyn — iki kaulinių mažojo dubens dalių.

Dabar pilvo pjūvis aukštyn ir žemyn žymiai padidinamas ir matoma, kad pilvo organai nustumti į jų mažiausias nukrypimo vietas. Mesenterium'as stipriai ištemptas ir nutysęs beveik lygus kaip veidrodis per milžinišką retroperitoneum'ui priklausantį naviką. Jis pasiseka padėti ant pilvo sienelės. Ir atitinkamai pagal jo didelį išsiplėtimą augštį ir skersinį dijametrą, kuris dvigubai didesnis kaip I-muoju atsitikimu. Šitas navikas gali sverti apie 78—28 svarus.

Iš pradžių aš dar maniau, kad navikas bus galima pašalinti radikališkai. Bet greitai nustačiau, kad jis plačiai infiltravęsis, kartu infiltravęs radix mesenterii ir dešiniojo inksto riebalinę kapsulę. Dešiniojo inksto ekstirpacija nedaug tereikštų, juo labiau, kad tai darant grestų žarnų gangrena, ir, pagaliau, naviko infiltraciškas augimas, jo standi konsistencija ir

spejimas, kad jis blogybinis — leido manyti, kad tai yra casus inoperabilis. Per laisvą nuo indų mesenterium'ą iš naviko paimtas gabaliukas mikroskopiškai tirti. Skylutė užsiūta. Navikas su dideliu sunkumu vėl įdėtas į pilvo tuštymą. Pilvas palaipsniui uždaromas.

Histologiškoji dijagnozė: sarcoma (prof. Vinteleris).

8 d. po operacijos mirtis dėl embolijos, kai pacijentas sukosi ant šono.

Šitų dviejų atsitikimų stebėjimas rodo, kad mesenterium'o, o teippat ir retroperitoneum'o navikų dijagnozė dažnai sudaro žymių sunkumų, o tai dėl to, kad šitų navikų symptomatologija dažnai sunkiai atskiriama nuo pačių pilvo organų susirgimų symptomatologijos. Čia žemiau patiekiu savo paties stebėtų 5-kių atsitikimų ligos istorijas, tatai darau dėl to, kad jie yra geras indėlis šitokių navikų dijagnostikos ir symptomatologijos klausymu.

1 ats. F. W., 41 metų amžiaus. Priimta 1924. IV. 12 d. Nuo praėjusių metų balandžio m. skausmai pilve, neaiškūs skrandžio-žarnų nusisundimai; atsitiktinai randama mėšle riebalų. Karštis (?). Didelis navikas mesogastrium'o srityje, kietas, difuziškas, eina pagal užpakalinę pilvo sieną; mažai paslankus, labai nelygus. Atsižvelgiant į ypatingą jo užimamą vietą ir judrumą, o teippat į atsitiktinį mėšle riebalu pasirodymą — teko pamanyti apie pancreas'o naviką

IV. 14 d. Operacija vietinėje anestezijoje. Palpuojant randamas didelis, tariamai retroperitoniškai esąs navikas. Tačiau greitai pasirodo, kad jis yra mesenterium'e ir užima visą jo plotį. Pats naviko centras užpildo mesenterium'o vidurį, tuo tarpu kai plati, buka, kiek smailyn einanti jo atauga nusitiesia iki colon vidurio ir kitoje pusėje pavieni gumbai (Knollen) siekia laibąsias žarnas. Įdomus žarnų santykis su naviku. Laibosios žarnos susirangiusios ir vainiko formos guli paliai laisvą naviko kraštą; colon prie jo pasikabinęs priejuostės pavidalu. Colon nustūmus, jaučiama paliai indus einanti jau minėta ant stuburo atauga (naviko kojytės) ir galima nustatyti ją esant mesaraica sup. ir aortos kampe. Navikas labai nelygus (stambiai gumburiuotas), prasišviečia pro serozę ir makroskopiškai atrodo kaip sarcoma. Laibųjų žarnų paviršiuje įvairiose vietose įvairiai ryškiai matomi lymfiniai indai; atrodo, greičiausiai jie pasireiškę maždaug naviko viduriniame paviršiuje ir sudaro lengvai pakilusių baltų mazgelių grandinę (lymphadenitis sarcomatosa?). Navikas pasirodė inoperabilis ir todėl paimta medžiaga tik histologiškai tirti.

Histologiškas tyrimas. Audinyje yra nelygiai sudėtų mažų apskritų, tartum lymfoidinių, celių krūvelių, kurios pirmiausia nurodytų uždegiminį procesą. Tikresnės naviko arba kurio kito susirgiminio proceso žymės nebuvo nustatytos.

Turima reikalo su mesenterium'o polycystine lymphangioma.

2 ats. P-nia U. v. L., 38 m. amžiaus. Priimta 1922. I. 29 d. Anksčiau buvusi visada sveika. 1919 m. rugpj. mėn. sectio caesarea, ekstraperitoniškai, prie kurios dėl pilvo žaizdos prisidėjusi sunki infekcija. Nuo to laiko nebėsanti visai sveika. Menses nepakitusios. Nuo 1921 m. pradžios jaučiantisi nesveika, pasidariusi netvirta ir išblyškusi. Nuo rugsėjo mėn. gydžiusis pas internistus nuo anemijos, stebėtas kraujas mėšle ir spėjamas navikas pilve. Nors ir gydomas, navikas nemažėjęs ir pacijentei buvę patarta operuotis, ko ji tačiau nesiryžusi. Vis tik nuo sausio mėn. vidurio pac. pastebėjusi pati, kad operacija jai būtinai reikalinga. Tuo laikotarpiu ji labai sublogėjusi.

Navikas rastas maždaug toje pačioje vietoje kaip kad ir anksčiau. Karščio nebuvo. Didelė, labai išblyškusi moteris, Hb 37%.

Kraujo vaizdas: erytr. — 3.900.000, leukoc. — 5.600. Erytrocytų forma mažai tepakitusi ir, būtent, yra silpna poikylocytozė, pavieni „Stechapfelform" erytrocytai. Daug trombocytų.

Krūtinės organai nepakitę. Įstrižas randas per lig. Pouparti nuo sectio cesarea. Didelės pilvo odos varices, keliolika nėštumo randų. Iš išorės asymetrija nežymi. Palpuojant, pilvo viduryje randamas maždaug vaiko galvos didumo navikas, kuris tačiau savo padėtį keičia ir kartais jaučiamas nuo bambos daugiau į kairę, kartais gi į dešinę pusę.

Rentgenas nurodė, kad žarnos praeinamos, gi apie naviką nedavė jokio atsakymo. Palpuojant buvo jaučiama, kad navikas išeina iš omentum'o arba yra su juo plačiai suaugęs. Manyta, kad uždegimiškai sustorėjęs omentum sudaro šitam navikui pagrindą. Išmatose kraujas +. Pac. paskutiniu laiku skundėsi atsiradusiais stenozės reiškiniais iš žarnų pusės. Kepenys ir blužnis neapčiuopiamos; šlapimai nepakitę. Genitalijos netirtos. Navikas viršum dubens organų buvo teip augštai, kad negalima nė galvoti apie kurį-nors sąsyjį tarp jo ir genitalijų. Inkstai nepakitę.

Dijagnozė: uždegiminis omentum'o navikas (?), neoplasma (?).

I. 31 d. Operacija bendroje narkozėje. Laparotomia vidurinėje linijoje; umbilicus yra maždaug viduriniame pjūvio punkte. Priešais — omentum su pritvinkusiomis venomis; jis plačiu pagrindu suaugęs su naviku. Navikas nelygus, šviesiai raudonas, pasirodė, išeinąs iš laibųjų žarnų mesenterium'o; atskirtas nuo omentum'o galima buvo jis liuksuoti iš pilvo gilumos. Navikas ištrauktas. Jo skersinis dijametras apie 25 cm., išilginis — 15 cm. ir maždaug tiek pat storio. Per naviko vidurį išilgine kryptimi nusitęsusi laibųjų žarnų kilpa, ryškiai išsipūtusi; jos nuo naviko atskirti nebuvo galima. Genitalijos neapžiūrėtos, nes skubėta dėl blogos pacijentės būklės. Apie 75 cm. ilgio laibųjų žarnų kilpos rezekcija su mesenterium'e išsirūtuliavusiu naviku pasisekė lengvai ir greitai. Bet čia atsirado nenumatytas sunkumas, nes centrinis žarnos galas pasirodė pertrumpas, ir žarnos sujungti pasisekė tik su dideliu vargu (augšč. žarnos galas atitiko tuojau lig. Freitzii). Susiūta. Bijantis, kad gal nepakankamai bus vietos, padaryta priekinė G. E. A. + E. A.

II. 4 d. Exitus let. Peritonitis (?).

Miproskopiškas tyrimas. Navikas sudėtas iš lygių šeivos pavidalo narvelių, vietomis daug kraujo išsiliejimų ir audinių griuvimo procesų iki visiškos nekrozės — sarcoma fusocelullare.

3 ats. Ponas H. H., 58 m. amžiaus. Priimtas 1924 m. III. 11 d. 1922 m. keliaudamas susirgęs paratyphus'u. 1923 m. balandžio mėn. stiprūs žarnų skausmai kairėje pusėje — išsigydyta per 6 dienas badaujant. 1923 m. lapkričio mėn. nusišaldymas, gruodžio mėn. pradžioje silpni skausmai pilve, vėl kairėje pusėje; žymus jiegų nusilpimas.

Palpuojant kairėje apatinėje pilvo dalyje randamas didelis navikas; kvėpuojant ir rankomis tiriant navikas nejuda, nors pats pacijentas ir sakosi, kad, atsigulęs ant dešiniojo šono, jaučiąs naviką judant į dešinę pusę. Navikas apskritas ir eina gilumon iki stuburo, jo ribų negalima apčiuopti. Viršuje ir užpakalyje naviko ribos ryškesnės ir jau vien dėl palpacijos galima pasakyti, kad su inkstais ir blužnimi čia neturima reikalo. Ir iš užpakalio priekin inkstų sritis visai laisva, todėl dijagnozė, kad navikas išeinąs iš inkstų, būtų visai netikra. Navikas labai nelygus (gumburiuotas), beveik standrus, tačiau turi vidinį kraštą, kas kiek primena blužnį. Jei tai būtų blužnies navikas, tai ir blužnis turėtų būti žymiai pakitusi. Prileistas ir tas galimumas, kad gali būti navikas cauda pancreatis arba mesenterium'o navikas. Įdomu, kad internistas randa, jog bukumas, resp. navikas, siekia iki šonkaulių lanko apačios ir kad naviko sąsyjis su blužnimi negalimas. Rodos, mano paskutinysis — blužnis yra minkštas guzas po šonkaulių lanku ir ji nuo naviko galima atskirti. Chi-

rurgiškai vertinant to viso nebuvo galima patvirtinti. Kraujo vaizdas rodė sekundarinę anemiją.

Rentgenologiškas tyrimas: Oru pripildžius žarnas, matomas vaiko galvos dydžio šešėlis, einąs nuo IV liumb. stuburk. žemyn iki os sacrum; iš išorinės pusės jis kiek nelygiai aprėžtas. Naviko šešėlis pereina stuburą kiek į dešinę, kairėje pusėje jis užima visą apatinę pilvo sritį. Navikas nustumia colon descendens į šalį. Reikia manyti, kad turima reikalo su mesenteriniu naviku, bet kartu dėl gilumo negalima išskirti ir tumor cauda pancreatis.

Inkstų funkcijos tyrimas nedavė jokio pagrindo įtarti, kad jie pakenkti.

III. 17 d. operacija. Paskutinėmis dienomis, toliau stebint ligonį, vis daugiau pasitvirtino dijagnozė, kad tai mesenterium'o navikas. Manyta apie iš storųjų žarnų mesenterium'o išeinantį naviką. Bendrinė narkozė. Randamas beveik toks pats navikas, kaip kad ir anksčiau operuotam pacijentui. Tik jis ne teip turtingas krauju ir nesiekia teip augštai; centrinis susiuvimui reikiamas žarnų galas nors trumpas ir yra augštai, bet siūti tinka. Taigi, operacija susidėjo iš laibųjų žarnų ir mesenterium'o dalies rezekcijos. Ji teko atlikti su ypatingu sunkumu, nes tumor'as buvo perauges į visas puses. 2-jose vietose, nepastebint, buvo sužeistos žarnos, pirmą sykį pradžioje, kai žarnų kilpos nebuvo galima atpalaiduoti nuo naviko, ir vėliau — in colone descendente. Sužeistoji vieta vėliau pasirodė esanti teip arti prie rezekcijos vietos, kad žarnos rezekuota už jos. Susiuvant storąją žarną irgi buvo kaikurių sunkumų ir pasirodė reikalinga kilpa ekstraperitonizuoti. Šiaip operacija nesudarė kurių-nors ypatingumų ir ėjo pagal norą.

Histologiškas tyrimas: Sarcoma fusocelullare labai žymus atskirų narvelių formų nelygumas, labai daug didelių įvairios formos daugbranduolių narvelių. Maža jungiamojo audinio skaidulių ir indų. Navikas įsiterpia į žarnų muskulatūrą, nepaliesdamas gleivinės. Taigi, turima reikalo su polimorfiška sarcoma fusocelullare.

Tolimesnėje ligos eigoje dėl embolijos atsirado dešinės pėdos ir apatinės dešinės blauzdos trečdalio gangrena, ir blauzdą teko tarp vidurinio ir viršutinio trečdalio amputuoti. Toliau ligos eiga buvo geresnė, ir pasveikęs pacijentas 1924. IV. 28 d. buvo galima išrašyti.

4 ats. W. M., 62 mt. amžiaus. 1889 m. sirgęs ikterus, 1895 ir 1903 m. — typhus'u; nuo to laiko reguliariai gydęsis Karlsbade dėl kepenų ligos. Nuo 1913 m. diabetes. Vidurių užkietėjimai labai dažni. Dabartinių nusiskundimų pirmosios žymės pasirodžiusios 1923 m. gruodžio mėn., ėmęs nemaloniai jaustis, dažnai nebuvę apetito, kartais išpūtimas, o jam praėjus — sunkumo, spaudimo jausmas. Nevėmęs. Šlapimų organai nepakitę. Paskutiniu laiku pacijentas suliesėjęs. Dėl diabeto pac. kreipęsis į prof. Ercklentz'ą, kuris radęs pilve naviką, kurį pacijentas pastebėjęs jau 1923 m. gruodžio mėn. Tada navikas buvęs slyvos dydžio. Ercklentz dijagnozuoja — omentum'o naviką ir, gal būt, pancreas'o naviką.

Pacijentas vidutinio dydžio, suliesėjęs, kiek išblyškęs, žymi arterijosklerozė. Pulsas truputį minkštas, apie 80 per minutę, t° normali. Akys giliai įdubusios, plaukai pražilę, liežuvis labai nešvarus. Foetor ex ore. Šiaip daugiau n. y. Kaklas nepakitęs, nėra strumos, liaukos nepadidėjusios. Platus, nelankstus, statinės formos thorax. Širdis ir plaučiai nepakitę. Sudribusi, plona pilvo danga. Gulint, maždaug pilvo viduryje matomas kamuolio formos navikas, kuris, atrodo, savo vietą keičia, kartais yra daugiau kairėje pusėje. Navikas galima plačiai paimti ir pastumti į kairę bei į dešinę. Jis kietos konsistencijos ir nelygiu paviršiumi. Teippat nelygus (gumburiuotas) ir naviko kraštas. Kairiajame viršutiniame poliuje yra

vištos kiaušinio dydžio apskritas lygus priedas, panašus į fibrosarkomą. Palpacija ir t. t. negalima nustatyti, kuriam organui navikas priklauso. Kurį laiką net teko abejoti, ar navikas nepriklauso tik pilvo sienelei, bet, žarnoms išsituštinus, buvo galima navikas atskirti nuo pilvo sienelės. Tęippat gulinčiam pacijentui keliantis buvo galima stebėti įsitempę viršum naviko pilvo raumenys. Per rectum n. y. nejaučiama, teippat n. y. nedavė ir tyrimas rentgenu. Pirminis navikas, iš kurio galėtų būti šitoji metastazė, nerastas. Palpuojant kepenis, blužnį, inkstus n. y. negalima nustatyti. Skrandžio sunka — norm. Šlapimai: 5,6% cukraus, acetono pėdsakai. Gydoma insulinu. Prieš operaciją vakare šlapimuose 0,8% cukraus. Dijagnozė — navikas mesenterii (laibųjų žarnų mesenterium'e). Už šitą dijagnozę kalba naviko padėtis, labai didelis judrumas ir girdimi jo apačioje ir viršuje laibųjų žarnų ūžesiai (Dündarmgeräusche), lyg žarna būtų prispausta. Naviko judrumas leistų manyti apie omentum'o naviką, bet mums nežinomi pirminiai omentum'o navikai, o stinga kurio-nors kito pirminio židinio, kad galėtume manyti, jog jis sekundarinis.

Operacija. Bendroji narkozė. Pjūvis vidurinėje linijoje. Gilioje narkozėje navikas buvo galima visai gerai stebėti. Epigastrium įtrauktas, mesogastrium'e išsigaubia didelis apskritas navikas. Atidarius pilvo sienelę, dijagnozė — tumor mesenterii — pasitvirtino. Navikas buvo toks didelis, jog ir dviem atvejais p. v. L., H. mes nebuvome tokio stebėję. Atsitikimu W., navikas buvo didesnis ir, aišku, inoperabilis. Navikas atrodė kaip ir iki šiol operuotieji: apskritas, didelis, per kurį išsitempusi beveik visa vidurinioji laibųjų žarnų dalis. Navikas giliai įsiterpęs į mesenterium'ą. Laibųjų žarnų dalies rezekcija buvo būtina ir, tat padarius, teko likusieji žarnų galai dar sutrumpinti, nes juose buvo ryškių maitinimo sutrikimų. Iš viršutinės žarnų dalies liko dar ilgas galas, apie $^3/_4$ m., tuo tarpu apatinėje dalyje prie coecum tik visai trumpas galiukas. Todėl centrinis žarnos galas teko implantuoti in colon transversum. Operacija, resp. žarnų rezekcija, nepatiekė nieko ypatingo, tačiau, verta aprašyti mesenterium'o reakcija. Pirmiausia, abiejose naviko pusėse perskirtos laibosios žarnos, po ko žinomu būdu padaryta skylė mesenterium'e. Iš čia, mesenterium'ą atskiriant, eita prie radix mesenterii. Viršun ir apačion, t. y. truputį toliau nuo paties naviko, mesenterum'as buvo toks plonas, jog įvedant Kocher'io instr. be jokių sunkumų buvo galima perduoti visas mesenterium'o lapelis iš vienos peritoneum'o pusės į antrą. To padaryti nebuvo galima tik su radix mesenterii. Audinys čia buvo toks storas ir riebalų teip gausu, jog teko panaudoti masinės ligatūros. Abiejose naviko pusėse buvo padaryti įpjovimai peritoneum'e ir tarp abiejų lapelių esąs audinys dalimis perrišant teip susiaurintas, kad kojytė darėsi vis plonesnė ir ligatūroms vis betekdavo paimti mažesnio audinio dalis. Pagaliau pasisekė pasiekti tat, kad tarp peritoneum'o lapelių esąs riebalinis jungiamasis audinys buvo suraišiota į du peritoneum'o lapeliams lygiagrečius sluogsnius. Pagal stuburą navikas apatiniame jo krašte nuo kaimynystės buvo galima išskirti buku būdu. Ypatingo atidumo reikėjo atpalaiduojant naviką nuo duodenum'o, kuris savo priekine puse didele dalimi buvo prie naviko prisišliejęs.

Naviką pašalinus, mesenterium'o skylė ant stuburo pasisekė gerai pridengti. Pilvo sienelė užsiuvama. Apčiuopiant pancreas, pakitimų nebuvo stebėta. Pats navikas maždaug vaiko galvos dydžio, nelygus; vietomis labai kietos, standžios konsistencijos, o tarp šių — dalys daugiau minkštos. Sąsyjo su žarnomis niekur nėra; navikas maždaug visur nuo žarnų nutolęs per 2—3 pirštus. Mesenterinės liaukos neapčiuopiamos.

Histologiškas tyrimas. Navikas susidaręs iš jung. audinio skaidulių, kurių dalis eina lygiagretiškai, dalis gi įvairiai raizgosi; gausu pailgų branduolių. Pavieni kraujo indai. Kaikuriose vietose branduolių mažiau; jie šviesesni; yra regeneracinių pakitimų, perėjimų į nekrozę. Kitose preparato vietose narveliai nelygūs, daugiausia šeivos formos, branduoliai

daugiau išsipūtę, perėjimas į sarcoma fusocellulare. Šiaip navikas yra fibrosarcoma.

5 *ats. W. G.*, 23 m. amžiaus. Priimta 1922. X. 31 d. Pacijentas sakosi buvęs visada sveikas. 1922 m. vasario mėn. ant pilvo kritusi sunki dėžė ir nuo to laiko esą pilve skausmai nepareinamai nuo valgio; vemiąs kraujais, atsirūgstąs. Rugsėjo mėn. būklė pablogėjusi, skausmai užeiną ir naktimis, nuo spalių mėn. gydąsis. Spaudžiant — skrandžio duobutė skaudama. Boas +. Apskritas navikas yra umbilicus srityje, teippat jaučiamas ir ileocekalinėje srityje datulės dydžio mazgas. Kraujo vaizdas ir skrandžio sunka nepakitusi. Tyrimas rentgenu nedavęs duomenų dėl skrandžio ar žarnų naviko. Gydytas vidaus skyriuje pacijentas X. 31 d. perkeliamas į chirurginį skyrių ir tą pačią dieną operuojamas, nes staiga pakilo t° ir ėmė vemti.

Operacija bendroje narkozėje. Pilvo tuštyme daug serozinio eksudato. Naviką reprezentuoja laibųjų žarnų mesenterium'o duplikatūros viduje esąs dviejų kumščių dydžio sustorėjimas. Jis tęsiasi nuo pat radix mesenterii paliai aortą iki pat mezenterium'o prisijungimo prie žarnos. Į šalis jis eina plačiai ir vargiai su žarnomis išverčiamas. Punkcija buka kaniule neigiama. Padarius vienoje vietoje bandomąją ekscizią ir, radus tik riebalinį audinį, kitoje vietoje išpjaunamas kylio pavidalo gabaliukas, kuris skersiniame pjūvyje yra panašus į augli.

Radikališkai operuoti naviką, dėl reikalo rezekuoti didesnę laibųjų žarnų dalį, atsisakyta. Toliau apžiūrint pilvo tuštymą be pirminio naviko randamas labai sustorėjęs, paraudęs ir lengvai fibrinu apsidėjęs appendix'as, kuris įprastu būdu pašalinamas. Pilvo tuštymas uždaromas.

Histologiškas tyrimas: Navikas susidaręs iš lygaus dydžio, vienodos formos mažų apskritų narvelių, kurie visai nereguliariškai aprėžtų krūvelių pavidalu įsiterpia į pirminį audinį ir jį ardo. Daugiur matyti didesnių kraujavimų; ir į greta esantį riebalinį audinį įsiterpia naviko narveliai tarp riebalų lapelių. Turima reikalo su sarcoma globocellulare. Appendix: Appendicitis ulcerosa phlegmonosa.

Gydantis ligoninėje pradėta švitinti, dėl to navikas, matyti, sumažėjo. Pacijentas jautėsi gerai ir 1923. II. 12 d. išsirašė pagerėjęs. Mano žiniomis, pacijentas dabar jaučiasi neblogiau, kaip kad prieš išeidamas iš ligoninės, tik gaila, toliau systemiškai švitintis jis nebeatėjo.

Šitų 5-kių atsitikimų ligos istorijų pakartojimas (kiekvieną kartą operavo mano mokytojas Tietze), duoda tikrų nurodymų mesenterium'o ir retroperitoninio tuštymo navikų symptomatologijos ir dijagnostikos klausymu. Tačiau, aišku, šitokie atsitikimai tiksliai dijagnozuoti yra nemaža sunkumų, net ir atsižvelgiant į pamažu viešųjų pranešimų dėka susidarančias pagrindines dijagnostikos taisykles.

Skirstant pasitaikančių navikų dažnumą lyties atžvilgiu, pagal Vöckler'į, jie sutinkami dažniau moterims; jis iš 81 atsit. rado 20 navikų vyrams ir 61 moterims. Atsižvelgiant į mano operuotuosius atsitikimus (įskaitant ir atsitikimus, operuotus kitur, iš viso 4 ats.), čia patiektas ligos istorijas ir atsitikimus, aprašytus literatūroje, šitų navikų dijagnostikai turėtume įvertinti tai, kad:

1) Lipomos organų neperauga, jos tik spaudžia organus ir tuo būdu pakeičia gretimų organų formą.

2) Fibromos išsirūtuliuoja iš mesenterium'o prie žarnų prisijungimo vietos.

3) Sarkomos lokalizuojasi beveik be išimties in radice mesenterii.

4) Krintančios į akis pilvo sienelės kraujagyslių žymės, ascites dideliu tikrumu rodo naviko piktybinį pobūdį.

5) Diferencinei dijagnozei:

a) reikalinga tikslus inkstų funkcijos tyrimas;

b) tiek ir anie navikai, tiek ir hypernefromos duoda t° pakilimą;

c) kreipti dėmesis į pirminį naviką ar metastazes kitose kūno vietose;

d) omentum'o navikai savo symptomatologija panašūs į mesenterium'o ar retroperitoninio tuštymo navikus; pagalvoti apie ganglioneuromą;

e) padaryti enchinokokkus'ui nustatyti reakciją;

f) pagalvoti apie leukeminio naviko galimumą;

g) tiksliai ištirti kepenų funkcija;

h) mesenterium'o navikai apskritai daugiau paslankūs į šalį ir į priekį, kaip kad retroperitoninio tuštymo navikai.

6) Mano anksčiau rekomenduota metodė tirti gilioje narkozėje, „in Beckenhochlagerung", vėl naujai prisimenama.

Retroperitoninio tuštymo ir mesenterium'o navikų operacinės technikos klausymu čia netenka rašyti, tat yra padaryta atitinkamuose vadovėliuose. Žinoma, šitokius navikus operuojant, daug reiškia mažesnis ar didesnis šitoje srityje patyrimas. Daugiausia einama transperitoniškai; tat daroma jau ir dėl to, kad daugeliu atveju nevisai tiksliai dijagnozuojama. Daugiau laterališkai išsirūtuliavusiems navikams esant, daromas liumbalinis pjūvis ir teippat patariama eiti ekstraperitoniškai. Storųjų žarnų atpalaidavimo nuo mesocolon'o ir jųjų perkėlimo į kitą kūno pusę būdą, stropiausiai saugant indų aparatą (plg. 1-mą mano stebėtą atsitikimą), — kiek man tat buvo prieinama literatūroje, neteko rasti. Šituo būdu parinktas priėjimas į retroperitoninį tuštymą buvo labai lengvas ir, atidarius pilvo tuštymą, milžiniško naviko pašalinimas buvo baigtas per 15—20 minučių. Aš šitą būdą, jei kitaip operuoti nereikėtų, rekomenduočiau išbandyti.

Navikų prognozė, deja, dar visada bloga ir chirurgijoje šitas skyrius vis dar reikia pažymėti kaip crux artis chirurgicae. Mirtingumas jau gėrybiniams navikams svyruoja tarp 30—40%. Be to, mes neturime pamiršti, kad nevisi atsitikimai, baigęsi mirtimi, skelbiami. Mano čia Panevėžyje operuotas 1 ats. baigėsi ūmine plaučių oedema 4 d. po operacijos. Tai yra įvykis, prieš kurį mes beveik visada esame bejiegiai.

Dėl bendros ligonio būklės reikėjo ir pradžioje su šituo galimumu skaitytis ir aš ėmiausi šitos operacijos labai skeptiškai nusiteikęs. Beveik 14-likos dienų tikslus priešoperacinis interniškas ligonio paruošimas mano pirmajai baimei negalėjo sukliudyti. Epikriziškai aš sunkiai tegaliu vaizduotis, kad tik iš dalies retroperitoninį tuštymą išvalyti pirmu atveju būtų buvę geriau. Didelių navikų pašalinimas susijęs su dideliais pavojais net jau operacijos metu, tarp kurių — momentiškas intraperitoninio spaudimo ir kraujo apytakos pakitimas. Operuoti — tat ir temperamento dalykas, ir dviejų milžiniškų navikų pašalinimas per keletą minučių, kaip tat buvo 1-mu atveju, — aš manau šituo atveju yra vienintelė operacija, padaryta visai tiksliai. Man iki šiol iš literatūros nežinoma, ar kaikurie operatoriai mėgina operuoti dviem keliais.

Apie 2-trą atsitikimą nieko ypatingo negalima pasakyti; jo pabaiga nieko nestebina, ir šito pacijento operacija nebebuvo galima išgelbėti. Šitas atsitikimas man ryškiai parodė, kaip svarbūs yra abdominalinio spaudimo ir kraujo apytakos santykiai. Vien tik milžiniško naviko išvertimas į viršų ir, dar daugiau, jo repozicija veikia tuo būdu, kad kartais gresia exitus in tabula. Visai neseniai pietų-rytų vokiečių chirurgų kongrese Simon demonstravo panašius atsitikimus, kaip kad ir aš čia skelbiu. Simon, kurį aš asmeniškai daug metų gerai pažįstu, turįs didelį patyrimą dėl gausios medžiagos ir savų tyrinėjimų, irgi priskiria šitą chirurgijos skyrių ne prie chirurgiją džiuginančių dalykų.

Zusammenfassung.

An Hand zweier kürzlich operierter Tumoren geht Verfasser kurz auf die Pathogenese und Klinik der Tumoren des Mesenteriums und retroperitonealen Raumes ein. Unter Berücksichtigung früher von ihm operierter und mitbeobachteter Fälle sowie der einschlägigen Literatur werden einige Hinweise zur Diagnose bezw. Differentialdiagnose gegeben. Trotz fortschreitender Diagnostik und chirurgischer Erfahrung bleibt dieses Kapitel der Chirurgie immer noch wenig erfreulich, weil sich die postoperative Mortalität immer noch in recht beträchtlicher Höhe bewegt.

Gyd. A. Starkus.

Askaridos ir jų žalingumas žmogaus organizmui.

(Iš V. D. Un-to Patologijos Instituto. Vedėjas — prof. E. Vinteleris).

Dėl askaridų žalingumo ir dabar dar yra įvairių nuomonių: vieni autoriai tvirtina, kad organizmui jos yra labai žalingos, kiti gi šitą nuomonę paneigia, nors pripažįsta, kad kartais jos gali sukelti rimtų ir net mirštamų komplikacijų. Mus labiausiai domina askaris lumbricoides ir jų žalingumas žmo-

gaus organizmui; tačiau nereikia užmiršti, kad žmogus gali apsikrėsti ir kitomis askaridų rūšimis, parazituojančiomis naminiuose gyvuliuose, su kuriais žmogui tenka susidurti, pav., šunų, kačių askaridomis.

Askaris lumbricoides priklauso nematodų kirmėlių klasei. Jos yra skirtingų lyčių: patinėliai ir patelės. Patinėlių ilgis siekia iki 25 cm., o patelių — iki 40 cm. Parazituodami žmogaus organizme jie randami laibosiose žarnose, ypač apatinėse jų dalyse. Minta, matyti, žmogaus krauju (Askanazy). Vienos patelės gimtuvėje randama apie 64 milijonus kiaušinių (Hertwig). Escherich sako, kad viena patelė produkuojanti per metus apie 60 milijonų kiaušinių. Kiaušinių didumas 50—75 μ × 40—60 μ. Paviršius pasidengęs kevalu iš penkių sluogsnių. Kevalą dengia banguojąs baltyminis apvalkalėlis, kurį virškinamajame latake tulžies pigmentai nudažo ruda spalva. Apvaisintuose kiaušinėliuose tarp gemalo ir kevalo matomas tuščias tuštymėlis šviesios juostelės pavidalo. Neapvaisinti kiaušinėliai didesni (apie 80 ir daugiau μ ilgio), kiaušinėliai grūduoti ir visai pripildo kevalą, tuščios juostelės visai nematyti (Miura ir Nischiuchi 1902, cit. iš Krancfeld'o). Neapvaisintas kiaušinėlis galima rasti ekskrementuose, jei viršk. trakte nėra patinėlių. Pasidengę baltyminiu sluogsniu, apvaisinti kiaušiniai labai atsparūs fyziniams ir cheminiams veiksniams. Jie gali ilgai išbūti gyvi sausoje aplinkoje ir savaites nežūsta užšaldyti. Gemalo rūtuliavimosi nesustabdąs net 3% formalino skiedinys, o kevalas iš visų dezinfekuojamųjų medžiagų geriausiai praleidžiąs fenolį ir beveik tik jį vieną (Krancfeld). Smirnov'o tyrinėjimai rodo, kad askaridų kiaušinėlius lengvai užmuša saulė ir radium'o spinduliai, bet jie labai atsparūs amoniakui, rūgštims, 0.5% formalino skiediniui, 0,3% karbolio rūgšties skiediniui.

Apsikrėtimo būdas.

Mūsų sąlygose, ypač kaime, apsikrėsti askaridų kiaušinėliais labai lengva. Ypač lengvai apsikrečia vaikai, žaisdami ir nešvariomis rankomis valgydami. Apsikrečiama ir vandenį geriant, ypač ten, kur išeinamos vietos nesutvarkytos ir askaridų kiaušinėliai patenka net į geriamąjį vandenį. Miestuose apsikrečiama valgant daržoves iš daržų, treštų žmonių (o gal ir kiaulių?) ekskrementais. Tiesioginai apsikrėsti nuo žmogaus, turinčio askaridų, negalima; žmogus negali teippat apsikrėsti ir jo virškinamajame latake esančių askaridų kiaušinėliais, nes tik pasišalinę iš organizmo kiaušinėliai esti dar nepakankamai subrendę: jie turi patekti su ekskrementais ar be jų į dirvožemį ir čia subręsti. Ir tokiais subrendusiais kiaušinėliais

nėliais galima apsikrėsti tik tam tikrą laiką. Kuriam laikui praėjus, jų gemalas, patekęs į žmogaus organizmą, jau nebegali išaugti į kirmėlę (Fülleborn). Šitas brendimo laikotarpis pareina nuo klimatinių sąlygų. Kiaušinėliai, patekę į drėgną ir šiltą aplinką (optim. t°—30°C) greičiau subręsta, pav., tropikuose — per 10—14 d. (Wharton), o mūsų klimate brendimas trunka ilgiau — 3—4 savaites (Fülleborn). Sausoje aplinkoje brendimas sustoja, bet vėl vyksta, kiaušinėliams patekus į palankesnes sąlygas. Žmogaus organizme kiaušinėliai subręsti negali, nes čia nėra deguonio (Zawadowsky, Orloff), bet audiniuose bręsta gerai; palankiausios sąlygos plaučiuose, blogesnės—raumenyse ir blogiausios—paodžio narvelienoje, todėl askaridų kiaušinėlių brendimo greitis gali būti deguonio buvimo audiniuose ir net jo kiekio rodiklis. 37°C t° sustabdo askaris suilla kiaušinėlių rūtuliavimąsi net ir deguoniui esant (Zawadowsky, Orloff). 70°C t° sustabdo kiaušinėlių brendimą per 5 sekundes, o jau išsirūtuliavusius embrijonus per tą patį laiką užmuša. Šitai svarbu vaisių ir daržovių sterilizavimui, kuriems tokia t° nepakenkia (Wharton). Kaip parodo Astorloa stebėjimai, askaridų kiaušinėliai gali būti su gyvais gemalais, bet be baltyminės membranos. Palaikius tokius kiaušinėlius ekskrementuose 14 d., šita membrana pasireiškia nedidelių iškyšulių pavidalu, o dar 14 d. praėjus, apvalkalėlis įgaunąs normalią išvaizdą. Jis daro išvadą, kad baltyminę askaridų kiaušinėlių membraną gamina hyalininė membrana, kad šitas procesas eina ir ne kirmėlės gimtuvėje, kad šita membrana nėra būtina kiaušinėlio turiniui apsaugoti ir be jos kiaušinėliai negali būti traktuojami kaip nesubrendę.

Askaridų rūtuliavimosi ciklas.

Jei žmogus apsikrečia jau subrendusiais askaridų kiaušinėliais ir jie patenka į virškinamąjį lataką, tai parazito gemalai, lervės, žemutinėse laibosiose žarnų dalyse ir storosios žarnos pradžioje (Fülleborn, Nettesheim, Smirnow, Höppli) išsirita iš kevalo ir įsiskverbia į žarnų gleivinę (Stewart, Ransom, Yochida, Fülleborn). Iš pradžių žarnos sienelė nepakinta. Po 24 val. lervės randamos jau submukozėje (Smirnow). Čia jos patenka į kraujo indus (Fülleborn, Höppli, Smirnow)*) ir pro v. portae, jeknas ir širdį patenka į plaučius. Jos ne visos susilaiko plaučiuose: dalis dar ilgesnį laiką ckirkuliuoja kraujo apytakoje ir patenka į įvairius organus — smegenis, inkstus ir kt., bet galų gale vėl grįžta į plaučius. Kaufmann teigia, kad dalis lervių gali

*) Freund tvirtina, kad nematodų lervės dėl to skverbiasi pro žarnų sienelę į kraujo indus, nes joms maitintis reikalingas kraujo baltymas.

užsilikti įvairiuose organuose, čia žūsta ir randamos vadinamųjų svetimkūnių granuliomose. Yochida mano, kad lervės, pragręžusios žarnų sienelę, patenkančios į peritoneum, o iš čia pro dijafragmą skverbiančiosi į plaučius. Bet šitą tvirtinimą griežtai atremia Höppli, kuris, eksperimentuodamas su gyvuliais, įrodė, kad daugumas lervių plinta kraujo keliais, kaip tat tvirtina ir Fülleborn, kuris rado askaridų lervių dešinosios širdies kraujuje ir kituose organuose, pav., smegenyse ir kt. Höppli visai nepaneigia galimumo lervėms plisti ir lymfos takais, ką patvirtina lervės, surastos regioninėse lymfinėse liaukose. Vis dėlto dauguma autorių yra tos nuomonės, kad svarbiausias kelias lervėms plisti po organizmą, yra kraujo apytakos systema.

Kaip jau esu minėjęs, lervės patenka į plaučius. Čia jos prasigręžia pro kapiliarų sienelę į plaučių audinį (alveoles) ir iš jų patenka į bronchus, kur jos randamos 7—8 dieną, kartais ir anksčiau; iš bronchų — į trachėją, ir jau dabar nurytos, virškinamąjame latake išauga į subrendusias kirmėles. Virškinamąjame latake lervės randamos 11—12 d. Askaridų rūtuliavimosi ir augimo laikas trunka apie 80 d. Tat įrodė Yochida, eksperimentuodamas su savimi. Jis suvalgė askaridų kiaušinėliais apkrėstos jūrų kiaulytės plaučius (vadinasi, su lervėmis) ir, 75 dienoms praėjus, rado savo ekskrementuose askaridų kiaušinėlių. Tat patvirtina ir Epstein, kuris tvirtina, kad šitas laikotarpis trunka 10—12 savaičių. Peiper'o duomenimis, nuo apsikrėtimo, per 12 sav. patelė išauga iki 20—23 cm. ilgio, o patinėlis iki 13—15 cm.

Apsikrėsti galima ne tik askaridų kiaušinėliais, bet ir jų lervėmis. Tat įrodė Asada; jis tvirtina, kad esant augštesnei aplinkos temperatūrai, lervės galinčios išsikalti iš kiaušinių ir ne žmogaus organizme, ir tik vėliau patekti į jį prasigręždamos pro odą. Bet šitas apsikrėtimo būdas neturis epidemiologinės reikšmės (cit. iš Krancfeld'o).

Tik ką iš kiaušinių išsikalusių lervių didumas yra 260 μ × 12—13 μ. Joms dėl to ne visi kapiliarai lengvai praeinami; tokiais atsitikimais jos prasigręžia į venas (Fülleborn stebėjo inkstų glomerulėse hemoragijas) arba į pleuros bei peritoneum'o tuštymus.

Kaip matome, ir lervės nėra tokios nekaltos. Teoriškai galvojant, jos žmogaus organizme turėtų sukelti įvairių ligūstų reiškinių, bet praktikoje tat retai atsitinka, nes žmogus retai apsikrečia dideliu askaridų kiaušinėlių kiekiu. Senesnėje literatūroje yra stebėjimų, kurie parodo, kad tokie susirgimai yra galimi. 1867 m. Mosler, apkrėtęs vaikus askaridų kiaušinėliais, stebėjo jiems bronchitą, o 1888 m. Lutz, apkrėtęs askaridų kiaušinėliais 32 metų vyrą, teippat konstatavęs jam bronchitą.

Ir naujesni japonų gyd. Koino eksperimentai su žmonėmis parodė, kad lervės gali labai žalingai paveikti organizmą. Jis davė savo broliui 500 kiaušinėlių askaris suilla, kuriuos dauguma autorių identifikuoja su askaris lumbricoides (Fülleborn, Fibiger). 9-tą dieną pradėjo krėsti šaltis, t° pakilo iki 39°C; tokia aukšta t° išsilaikė visą savaitę. Ligonis kosėjo, gausiai skrepliavo, kvėpavimas buvo negilus. Auskultuojant plaučiuose konstatuota karkalų, bet skrepliuose lervių ir vėliau ekskrementuose kiaušinėlių surasti nepavyko. Vėliau Koino pats suvalgė 2.000 askaris suilla kiaušinėlių. Jau trečią dieną t° pakilo iki 40°C, o 4-tą dieną galima buvo konstatuoti jeknų pabrinkimas. Kruvinuose skrepliuose 3—10 dieną rasta lervių, 5-tą dieną net — 178! 50 dienų praslinkus, pradėtas antiparazitinis gydymas ir išėjo 667 askaridos. Teippat ir eksperimentuojant su gyvuliais, kada operuojama dideliais askaridų kiaušinėlių kiekiais, gaunama labai stipri reakcija, pav., paršiukai dažnai žūsta nuo plaučių hemoragijų ir edemos (Stewart, Ransom). Net ir natūraliu būdu apsikrėtę paršiukai dažnai žūsta dėl plaučių uždegimo.

Höppli tyrinėjimai parodė, kad silpniausią audinių reakciją sukelia askaris lubricoides lervės; šunų askaridų lervės sukelia daug sunkesnių pakitimų. Vis dėlto, eksperimentuodadamas su ask. lumbricoides, stebėjo pakitimų jeknose, plaučiuose ir inkstuose; jeknose buvo net mažų nekrozių*).

Čia esu suminėjęs ir kitų askaridų lerves dėl to, kad žmogus gali apsikrėsti ir kitų rūšių askaridų kiaušinėliais, pav., šunų, kačių. Iš šitų kiaušinėlių išsiritusios lervės cirkuliuoja kraujo apytakoje, gali duoti lervių symptomus, bet jau žmogaus organizme iš jų neišauga lytiškai subrendusios parazitų formos. Vadinasi, žmogaus organizme gali išaugti tik askaris lumbricoides (tur būt, ir askaris suilla. *Aut.)*; žmogus šitam parazitui, kaip sako Fülleborn, yra tarpinis ir nuolatinis šeimininkas.

Askaridų žalingumas organizmui. Toksiškas veikimas.

1834 m. Miriam pirmasis pastebėjo, kad askaridose yra kaž-kurių toksinių medžiagų, kurios žmogui sukelia konjunktivitą, stiprią slogą ir bronchitą. Linstow sako, kad askaridose esama stipraus nuodo, turinčio pipirų kvapą ir verčiančio akis ašaroti. Peiper, tyrinėdamas askaridas, patrynė

*) Šitokie, palyginti, nedideli pakitimai organuose, matyti, galima aiškinti tuo, kad lervės labai greit praeina įvairių organų kapiliarų systemas, pav., jeknų kapiliarams pereiti joms reikia vos keliolikos-kelių dešimčių sekundų, nors jų dijametras 2—3 kartus didesnis negu erytrocyto (Fülleborn).

akį ir nuo askaridų nuodų labai greit pasireiškė stiprus konjunktivitas su chemoze; visi reiškiniai pranyko tik gerokam laikui praėjus, nežiūrint greit pavartotų terapinių priemonių. Arthur ir Chancon tvirtina, kad askaridų nuodai, suleisti triušiams po oda, sukelia sunkaus susirgimo symptomus. Flury, tyrinėjęs askaridų nuodus, suskirsto juos į kelias grupes. Riebalinių rūgščių lakūs aldehidai ir lakios riebalinės rūgštys, alkoholiai ir esteriai nuo etilio iki amylio grupės sukelia hyperemiją ir uždegimą, pridegina ir sužaloja šeimininko žarnos gleivinę. Amylio grupė sukelia virškinimo sutrikimus, net žarnos sienelės nekrozę (Plew) ir žalingai paveikia C. N. S. (askaridomis susirgimo meningitinė forma, koordinacijos sutrikimai). Iš azoto turinčių junginių, be amoniako, gaminami į sepsiną panašus kapiliarinis nuodas, nuodingosios bazės ir purino bazės; jie gali sukelti žarnų kraujavimą ir sujaudinti C. N. S. Hemolyziškai veikiančios substancijos esti anemijos priežastimi. Redukuojančios ir krešėjimą trukdančios medžiagos teippat žalingai veikia kraują. Yamauchi, sutikdamas su Flury, sako, kad, jei askaridų produkuojamos nuodingosios medžiagos rezorbuojasi, tai pasireiškią skausmai pilve, diegliai, ledakumas ir noras vemti, vėmulys, riaugulys, apetito stoka arba nepaprastas noras valgyti. Vėliau gali sutrikti virškinimo funkcija ir ekskrementuose pasirodyti kraujo.

Girbal teip aprašo askaridų sukeltą nuodingų symptomų kompleksą, kuris ypač pasireiškia vaikų amžiuje: skauda galvą, vėmimas, žarnų funkcijos sutrikimas, sprando pastyrimas, mėšlungiai, regėjimo sutrikimai ir t. t., tam tikri sterilio cerebrospinalinio skystimo pakitimai (pseudomeningite vermineuse). Askaridas pašalinus, visi symptomai greit išnyksta.

Griff sumini šitokius reiškinius vienam jo gydytam 11 metų berniukui: staigus galvos svaigimas, netikra eisena, svirduliavimas, nuolatiniai emocijų kitimai, bet be t° ir vėmimo. Pavartojus santoniną, visi symptomai išnykę. Tuscan stebėjo vieną atsitikimą, kai askaridiasis imitavo baziliarinį meningitą, o Swonitzki aprašė askaridinio „encephalito" atsitikimą (meningitiniai reiškiniai, miegūstumas, chorėjai būdingi judesiai ir okulomotorinio nervo sutrikimai). Visa išnyko pavartojus specifišką (santonino) terapiją. Scheerer cituoja Akatzuk'ą ir Erb'ą, kurie aprašė dėl askaridiasis'o išsirūtuliavusį optinių nervų uždegimą.

Išbėrimus odoje stebėjo Pentagua — urticaria, o Petroseki — 3 m. mergaitei dermatitą su stipriu niežėjimu, kuris po gydymo išnyko. Cederberg aprašo į prurigo Hebrae panašų odos išbėrimą 8 metų berniukui, kuris greit pagijo nuo antiparazitinio gydymo, išėjus 57 askaridoms. „Medicinos" 1936 m. 6 numeryje d-ras G. Joffė yra aprašęs du

purpura fulminans atsitikimus, kuriuos jisai sieja su askaridomis.

Sergant askaridomis, išsirūtuliuoja anemija (Cederberg, Leichtenstern), kartais ir labai sunki anemijos forma su dideliais, mirštamais kraujavimais (Bardenwerper). Oestreich sumini 2 perniciozinės anemijos atsitikimu, kurių priežastimi buvusios askaridos; askaridas išvarius, ligoniai pasveikę.

Kaufmann tvirtina, kad askaridų toksinai gali duoti enteritis verminosa: jis stebėjęs vienai 20 metų merginai tokį hemoragiškai fibriniška enteritą ir jo padarinį — peritonitą. Askaridų pagamintos nuodingosios medžiagos esą veikiančios organizmą panašiai kaip kad alergenai sukelią astmos priepuolius, išbėrimus odoje (Kaufmann); o Cederberg sako, kad šitais nuodais apsinuodijimas primenąs anafylaktinius reiškinius.

Takeuchi pabrėžia, kad askaridų toksinai gali būti žmogaus, ypač vaiko, mirties priežastimi, tik nereikia esą užmiršti, kad ir organizmo jautrumas įvairioms nuodingoms medžiagoms čia turįs lemiamos reikšmės.

Höppli nuomone, askaridų toksinės medžiagos galinčios sukelti žarnos sienelės nekrozę ir tuo būdu padėti parazitams patekti į kitą vietą arba organą.

Mechaniški pakenkimai.

Daug ginčų sukėlė literatūroje klausymas, ar gali askaridos perforuoti sveiką žarnos sienelę. Vieni autoriai tvirtina, kad askaridos gali pragręžti sveiką žarnos sienelę; kiti, priešingai, sako, kad jos iš virškinamojo latako patenka į peritoneum tik tada, kai žarnos sienelė jau prieš tai buvo pakitusi, pav., tbc., vidurių šiltinės opos ir pan.

Sehrt rado 11 metų mergaitės žarnos sienelėje askaridą, kurios galvinis galas buvo giliai įsirausęs į žarnos gleivinę. Gruber, ištyręs 3 metų vaiko, mirusio dėl peritonito, visą virškinamąjį lataką (tarp žarnų kilpų buvo askaridų ir labai daug askaridų žarnose) rado netoli coecum, ileum'o submukozėje, askaridos storumo taką, kuris baigėsi netoli esančiame žarnos defekte. Zitmann, stebėjęs 12 metų negrui pūlingą peritonitą, rado peritoneum'e 2 askaridas ir ileum'o sienelėje dvi apskritas skyles, kurios atrodė, lyg būtų buvusios iškaltos tuščiaviduriu kaltu, o žarnose — nepaprastai daug askaridų; autorius spėja, kad šitas skyles išgręžusios askaridos. Melikljanz aprašo vieną atsitikimą, kai askarida pateko į peritoneum'o tuštymą pro nesužalotą žarnos sienelę. Leuckart, Klebs, Hofstötter, Rokitansky teippat palaiko šitą nuomonę. Gruber sako, kad nėsą pagrindo abejoti, kad as-

karidos gali pragręžti nepakitusią, t. y. nesuopėjusią žarnos sienelę. Ir Adelheim neabejoja, kad askaridos galinčios prakiurdinti sveiką žarnos sienelę.

Priešingai, Gerhard šitą nuomonę paneigia ir mano, kad askaridos negalinčios prasigręžti pro sveiką žarnos sienelę; ir Piper laiko šitą faktą dar neįrodytu. Panašiai pasisako ir daugiau autorių. Labai originali Freudenthal'io nuomonė. Jis aprašo šitokį atsitikimą: 19 metų vyras pusę metų skundęsis skausmų priepuoliais deš. apatinėje pilvo dalyje ir vėmimu. Įtartas apendicitas ir operacijos metu rasta appendix'o srityje omentum'o auglys, kuriame buvo 25 cm. ilgio askarida. Niekur neradęs perforacijos ir pasirėmęs kliniško stebėjimo duomenimis, mano, kad askarida išaugusi pilvo tuštyme iš lervės.

Vietiniai žarnų sienelės pakitimai

labai įvairūs. Jie pareina iš dalies nuo mechaniškos įtakos, iš dalies nuo chemiško veikimo. Leuchart'o (cit. iš Yamauchi) nuomone, labai svarbūs esą mažučiai žarnos gleivinės defektai, kuriuos padaro askaridos savo dantuotomis lūpomis. Iš tokių mažų defektų galinčios išsirūtuliuoti ir didelės opos. Kiti vėl mano, kad dažniau tokie vietiniai žarnos sienelės sužalojimai susidaro dėl mechaniško ir toksiško veikimo, ypač kada daug askaridų susimeta į kamuolį ir ilgesnį laiką išsilaiko vienoje vietoje. Tokias žarnos sienelės nekrozes ir kitokius mechaniškus sužalojimus aprašo Takeuchi, Gruber, Girgensohn, Höppli ir kt. Janusz aprašo žarnų pneumatozės atsitikimą ir įrodinėja, kad jo priežastimi buvusios askaridos: parazitai sužaloję gleivinę, o pro defektus patekusios į žarnos sienelę dujas gaminančios bakterijos, kurios ir davusios pneumatozės vaizdą.

Askaridos gali būti peritonito priežastimi, net kai žarnos sienelė ir neperforuota (Schlosmann, Kaufmann). Dažnai jos esti apendicito priežastimi (Schlossmann, Stasiūnas) ir pro perforuotą vietą patenka į pilvo tuštymą. Neretai didelis askaridų skaičius (jų gali būti iki kelių tūkstančių*) sudaro kamuolius ir sukelia žarnų nepraeinamumą (Goldberger, Schlossmann — iš 2 atsitikimų vieną kartą rastos 489 askaridos). Bet žarnų nepraeinamumą gali sukelti kelios ir net viena (!) askarida. Beck skiria dvi askaridų ileus'o rūšis: obstrukcinį, sukeltą didelės parazitų masės, ir spazmišką, kurį galinti sukelti ir viena askarida, jaudindama

*) Fauconneau-Dufresne (cit. Seifert) aprašo tokį atsitikimą: vaikui per vieną dieną išėję 600 askaridų ir vėliau per 3 metus 5.126 askaridos. Yra ir daugiau panašių stebėjimų.

žarnos sienelę, greičiausia, toksinės kilmės produktais ir tuo būdu sukeldama žarnų spazmą. Ir Kaufmann mano, kad tokius spazmus askaridos galinčios sukelti ir kad tie spazmai galį apimti visas (!) laibąsias žarnas. Priešingai Beck'o nuomonei, Troickij tvirtina, kad tik didelis parazitų kiekis galįs sukelti skausmus (reikia manyti, ir spazmus *Aut.)*, bet ne atskiri parazitai. Askaridų sukeltas žarnų spazmas gali būti invaginacijos priežastimi (Askanazy).

Askaridos dažnai įšliaužia į jeknų ir kasos išvedamuosius takus, sukeldamos jų nepraeinamumą, uždegimą ir akmenis, o kartais nepaprastai juos išplėsdamos (Hinterstoiser, Rosenthal, Gruber, Hartolomei, Yamauchi, Engel). Kanert aprašo labai įdomų atsitikimą: 9 metų berniukas buvo operuotas dėl ductus choledochus užsikimšimo ir operacijos metu rasta jame viena askarida. Po metų recidyvas ir vėl operuotas: operacijos metu in ducto choledocho ir ducto hepatico rasta net 18 askaridų. Jeknose askaridos sukelia abscesus (Motta, Saltykov, v. Saar, Erb, Yamauchi, Makai, Werewkin, Nowicki, Leick ir kt.), o kasoje — pankreatitą ir nekrozę (Subrazès, Parcelier et Bonnin, Altmann, Engel, Muroya).

Askaridos kituose organuose.

Askaridas omentum'e aprašo Adelheim, Freudenthal ir kt. Askaridų granuliomas omentum'e aprašo Adelheim, Sehrt, Gruber. Erb rado panašią granuliomą ant flexura colica dextra.

Visiems gerai žinomas faktas, kad vemiant, ypač jei sergama įvairiomis infekcinėmis ligomis, askaridos dažnai išvemiamos, o kartais net ir pačios išeina pro stemplę ir burną arba nosį; tačiau jos gali patekti į gerklę, ypač vaikams, ir būti staigios mirties priežastimi (Léon, Schneller, Wagner). Seifert surinko iš literatūros net 32 atsitikimus, kur buvo rasta askaridų viršutiniuose kvėpuojamuose takuose, daugiausia vaikams: iš jų tik 4 pavykę išgelbėti, visi kiti mirę. Ir sveikam žmogui esant, askaridos kartais patenka į tokias organizmo vietas, kur sunku tikėtis jas galint patekti. Middleton rado askaridą 8 metų mergaitės tonsilėje, Okujima — pleuros tuštyme (operuodamas empyemą). Askaridas pleuros tuštyme mini Luschka, Müller, Yamano.

Ery rado askaridą ovarium'o abscese, o Hendriock — po gimtuvės seroze; abudu autoriai mano, kad askaridos patekusius iš anus pro vaginą, uterus ir tubą, tik Ery atsitikimu askarida esą patekusi į ovarium'ą pro trūkusį Graaf'o folikulį. Hofstötter, radęs Fallopi'o tuboje 15 cm. ilgio askaridą,

mano, kad ji pro žarnos sienelę prasigraužusi tiesiog į tubą, o perforacijos vieta sugijusi. Blanchard stebėjo 20 metų negrui askaridas, išeinančias iš uretros, o Schlüter kateterizavo pūslę ir viena askarida išėjusi pro kateterį. Okada rado askaridą vid. ausyje, kuri esą patekusi pro Eustachi'o vamzdį. Mosler ir Peiper matę askaridas nosyje ir paranazaliniuose tuštymuose. Troja radęs sekcijos metu askaridą kaktos dauboje.

Po operacijos pilvo srityje askaridos išeina kartais iš operacinės žaizdos (Makai, Girgensohn, Melikljanz, — 2 k.). Girgensohn radęs askaridą scrotum'e. Motta — hernijos maiše. Tobczyk — in v. portae ir v. lienali, o Boettinger ir Werne 65 m. moters širdies dešiniajame skilvelyje radęs 2 askaridas.

Statistika.

Nepaisant tokio didelio askaridų paplitimo, kitų kraštų statistika tuo klausymu labai negausi. Nedaug randame žinių apie askaridų paplitimą ir mūsų medicininėje literatūroje. Jurgeliūnas ir Ravensbergas, ištyrę 300 Kauno pradžios mokyklų mokinių, 297-iems rado parazitą, t. y., 99%. Berniukų buvo ištirta 156 ir mergaičių — 144.

Berniukams rasta:

Askaris lumbricoides — 2 k. Trichocephalus dispar — 63 k. Askaris lumbr. + trichocephalus dispr. — 89 k. Askaris lumb. + trichoc. dispar + oxyuris vermicularis — 1 k.

Mergaitėms rasta:

Askaris lumbricoides — 2 k. Trichocephalus dispar — 47 k. Askaris lumbric. + trichocephalus dispar — 83 k. Askaris lumbr.+trichoceph. dispar+taenia — 1 k. Trichoceph. dispar+oxyuris verm.+bothrioceph. latus — 1 kt.

Stasiūnas, ištyręs 50 ligonių, kurie skundėsi bet-kuriais vidurių susirgimais, daugiausia apendicito reiškiniais, rado: Trichocephalus dispar — 13 k. Askaris lumbricoides — 17 k. Askaris lumbricoides + trichocephalus dispar — 19 k. Oxyuris vermic. + trichoceph. dispar — 1 k.

Jurgeliūnas ir Ravensbergas pabrėžia, kad į parazitus negalima žiūrėti, kaip į organizmui nežalingus, nes vaikai dažnai nusiskųsdavę galvos, pilvo skausmais ir dėl to praleisdavę nemaža pamokų. O Stasiūnas pastebi, kad, pradėjus daugiau kreipti dėmesio į kirmėles ir pavartojus antiparazitinį gydymą, „ligoniai pasitaisydavo ir vadinamo apendicito symptomai išnykdavo".

Zschuke, Szidat ir Wigand, ištyrę 523 Kuršių Nėrijos (Rasytės, Pilkopių ir Inzės) gyventojus, rado:

Askaris lumbricoides 24%
Trichocephalus dispar 53%
Dibothriocephalus latus 34%, o
Inzės srityje opisthorchis felineus 6%

Askaridos ir trichocephalus dažniausiai pavyko rasti vaikams iki 15 m. amž., o bothriocephalus latus ir opisthorchis felineus — suaugusiems žmonėms. Įdomu, kad žmonėms, vyresniems kaip 15 m., nematodos daug rečiau beužtinkamos. Reikia manyti, kad jie įgyja imunitetą. Tat patvirtina Wagner'o eksperimentų su pelėmis išdavos: pelėms, bent 2 k. infekuotoms lerves turinčiais askaridų kiaušinėliais, sekanti infekcija pasireikšdavusi silpniau, ir jų jeknose bei plaučiuose būdavę randama žymiai mažiau lervių. Tokį patį imunitetą įgaudavusios pelės, jei jas imunizuodavę išdžiovinta ir sutrinta askaridų medžiaga.

Mikelson (cit. iš Adelheim'o) patiekia statistikos žinių apie helminthiasis'ą Rygos mieste. Iš šimto žmonių, turinčių parazitus, rasta:

Askaris lumbricoides — 77%
Trichocephalus dispar — 16%
Bothriocephalus latus — 5%
Taenia solium — 3%
Taenia saginata — 2%
Oxyuris vermicularis — 1%

Tas pats autorius, paprastu būdu ištyręs ligoninėje 175 ligonius, pas 53 (=32%) rado parazitų, o Telemann'o būdu — 38%, arba 67 ligoniams; jų tarpe askaris lumbricoides rasta 40 kartų.

Langes mano, kad 50% visų vaikų turį žarnose parazitų, o jų tarpe vyraujančios nematodos.

1919 m. v. Gottberg, ištyręs Bonos pradžios mokyklos 200 mokinių, rado 62,5% parazitų.

1922 m. Hage, ištyręs 300 pradžios mokyklos mokinių Tiuringijoje, parazitų rado 156 atsitikimais. Kirmėlių turėję 58,3% berniukų ir 46% mergaičių.

Berniukams rado:

Askaris lumbricoides — 46%
Trichocephalus dispar — 4,9%
Oxyuris vermicularis — 7,5%, o

mergaitėms:

Askaris lumbricoides — 40%
trichocephalus dispar — 2,6%
Oxyuris vermicularis — 2,4%
Taenia — 0,7%

Tais pačiais 1922 m. Harlę, Sutterlin ir Zeiss ištyrė 878 vaikus Maskvos prieglaudose, daugiausia nuo 5 iki

15 m. amž.; berniukų — 391 ir mergaičių — 487. Kirminų turėjo 54,5% berniukų ir 45,5% mergaičių. Parazitų tarpe pirmoje vietoje buvo askaris lumbricoides.

Šita, nors ir negausi, statistika verčia mus susirūpinti. Jurgeliūno, Ravensberg'o ir Stasiūno tyrinėjimai rodo, kad pas mus parazitais apsikrėtęs didesnis gyventojų, ypač vaikų, procentas, negu aukščiau minėtuose kraštuose.

Baigdamas turiu pažymėti, kad askaris lumbricoides žmogaus organizmui yra žalingas, o kartais esti net mirties priežastimi. Be vietinio virškinamojo latako pakenkimo, kartais labai didelio kaikurių organų sužalojimo, savo toksinais nuodija organizmą. Kadangi askaridomis dažniausiai serga vaikai, kurių organizmas visokiems nuodams ypatingai jautrus, reikėtų pirmiausia susirūpinti, kaip apsaugoti vaikai nuo, jų normalų augimą trukdančių, parazitų. Atrodo, kad kaimietės moterys, matydamos pas vaiką konvulsijas, visai pamatuotai jį įtaria „listininkus" turint.

LITERATŪRA.

1. Adelheim, R.: „Jahrbuch f. Kinderheilkr." 1928 m., 69 t., 70 pusl.
2. Altmann, F.: „Wien M. W." 1929 m., 428 psl. Ref. „Cbl. Path." 1931 m., 50 t., 16 psl.
3. Askanazy, M.: L. Aschoff-Patholog. Anat. 1921 m.
4. y Astorloa, E.: „Rev. méd. lat.-amer." 1927 m., 13 t., 73 psl. Ref. „Cbl. Path" 1928 m., 43 t., 368 psl.
5. Bardenwerper, H. E.: „J. Amer. Med. Ass." 1928, 91 t., 1037 psl.
6. Boettinger, C. and Werne, J.: „J. Am. M. Ass." 1929 m., 93 t., 32 psl.
7. Brüning, H.: „Monatschr. f. Kinderheilk." 1924 m., 28 t., 113 psl.
8. Cederberg, A.: „Arch. f. Derm. u. Syphilis" 1926 m., 150 t., 393 psl.
9. Engel, R.: „Münch. M. W." 1931 m., 13 nr., 403 psl.
10. Erb, K. H.: „D. Z. f. Chir." 1925 m., 190 t., 316 psl.
11. Fiebiger, J.: Tierische Parasiten des Haus-und Nutztiere, sowie des Menschen, II, Aufl. 1923 m.
12. Flury, F.: „Arch. f. exp. Path. etc." 1911 m., 67 t., 275 psl. Ref. „Cbl. Path." 1912 m., 23 t., 69 psl.
13. Freudenthal, F.: „Med. Klin." 1923 m., 15 nr.
14. Freund, L.: „Z. d. Parasitenkunde" 1933 m., 6 t., 243 psl. Ref. „Cbl. Path." 1935 m., 62 t., 295 psl.
15. Fülleborn, F.: „Klin. Woch." 1922 m., I, 270 psl.
16. Fülleborn, F.: „Klin. Woch." 1922 m., I, 984 psl.
17. Fülleborn, F. „Klin. Woch. 1927 m., II, 1307 psl.
18. Goldberger, A.: „Med. Klin." 1926 m., 36 nr.
19. Gruber, G. B.: „Münch. M. W." 1931 m., 27 nr., 1129 psl.
20. Hartolomei: „Lyon Chirurg." 1923 m., 20 t., 681 psl. Ref. „Zentralorg. f. ges. Chir. u. Grenzgeb." 1924 m., 26 t., 167 psl.

21. Hendriock: „Cbl. f. Gynekol." 1926 m., 50 t., H. 51 Ref. „Cbl. Path." 1927 m., 40 nr. 330 psl.
22. Hertwig, O.: Lehrbuch der Zoologie. 1922 m.,
23. Herzenberg, H.: „Ergebnisse d. Path. u. path. Anat." 1925 m., 21 t., 417 psl.
24. Hinterstoiser, H.: „Wien. Kl. Woch." 1913 m., 12 nr. Ref. „Cbl. Path." 1913 m., 24 t., 877 psl.
25. Hofstötter, H., „Wien. Kl. W." 1927 m., 27 nr. Ref. „Cbl. Path." 1928 m., 41 t., 313 psl.
26. Höppli, R.: „Virch. Arch." 1923 m., 244 t., 159 p.
27. Höppli, R.: „Beih. z. Arch. f. Sch. u. Tropenhyg. etc." 1929 m., Ref. „Cbl. Path." 1928 m., 44 t., 369 psl.
28. Yamauchi, M.: „Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Mediz. u. Chirurgie" 1924 m., 37 t., 469 psl.
29. Janusz, W.: „Frankf. Z. f. Path." 1926 m., 34 t., 446 psl.
30. Jurgeliūnas, A. ir Ravensbergas, C.: III Lietuvos Gydytojų Suvažiavimas 1924 m. Kaunas, 1926 m.
31. Kaufmann, E.: Lehrbuch d. spez. path. Anat., I t., 1931 m.
32. Krancfeld, A. M.: „Parazitičeskie červi čeloveka, 1931 m.
33. Léon, N.: „Cbl. Bakt." 1913 m., 72 t., H. 4-5. Ref. „Cbl. Path." 1914 m., 25 t., 256 psl.
34. Lübinski, G.: „Wirch. Arch." 1923 m., 285 t., Ref. „Cbl. Path." 1932 m., 56 t., 271 psl.
35. Motta, C. L.: „J. Am. Med. Ass." 1924 m., 82 t., 85 psl.
36. Nettesheim, W.: „Münch. Med. W." 1922 m., 36 nr., 1304 psl.
37. Nowicki: „Cbl. Pathol." 1913 m., 24 t., 295 psl.
38. Oestreich, C.: „Z. f. Krankheitsforsch." 1926 m., 2 t., 389 psl.
39. Peiper, E.: H. Brüning u. Schwalbe. Handb. d. allg. Path. ü. pathol. Anat. des Kinderalters, 1912 m., 1 t.
40. Rozenthal, R.: „D. Z. f. Chir." 1913 m., 21 t., 544 psl. Ref. „Cbl. Path." 1914 m., 25 t., 256 psl.
41. Saar, von: „Cbl. Path." 1904 m., 15 t., 549 psl.
42. Sabrazès, Parcelier et Bonnin: „Ann. d'anat. path. méd.-chirurg." 1935 m., 2 t. Ref. „Cbl. Path." 1924 m., 38 t., 293 psl.
43. Saltykow: „Z. f. Heilk." 21 t., H. 10. Ref. „Cbl. Path." 1901 m., 12 t., 655 psl.
44. Scheerer, R.: Ergebnisse d. Path. u. Pathol. Anat., Ergänzungsband, 1928 m., 542 psl.
45. Schlosmann: „Brun's Beitr." 1914 m., 90 t., 531 psl. Ref. „Cbl, Path." 1914 m., 25 t., 543 psl.
46. Seifert, O.: Die tierische Parasiten des Menschen. II d. knygos Braun-Seifert. 1920 m.
47. Smirnow, G.: „Cbl. f. Bakter." 1927 m., 0,105 t., 426 psl.
48. Smirnow: „Cbl. Path." 1928 m., 42 t., 550 psl.
49. Stasiūnas, J.: „Medicina" 1926 m., 7 t, 10 psl.
50. Sternberg, C.: Handb. d. allg. Path. u. d. path. Anat. des Kindesalters, herausgeg. v. H. Brüning u. E. Schwalbe, 1912 m., II t., I dal.
51. Takeuchi, K.: „Virch. Arch." 1925 m., 258 t., 502 psl.
52. Tercijonas, V.: „Medicina" 1932 m., 13 t., 798 psl.
53. Thorel, Ch.: Ergebn. d. path. Anat. etc. 1898 m., 5 t., 220 psl.
54. Tobczyk, W.: „Cbl. Pathol." 1925 m., 36 t., 6 psl.
55. Troickij, A.: Pediatrija. 1930 m. Ref. „Medicina" 1930 m. 576 psl.
56. Wagner, O.: „Z. f. Immunitätsforsch." 1933 m., 72 t., 372 psl.
57. Wharton, L. D.: „The Philipp. J. of Science". 1915 m., 10 t. Ref. „Cbl. Path." 1916 m., 27 t., 34 psl.
58. Zawadowsky, M. M. u. Orloff, A. P.: „Arch. f. Entwic-

klungsmech. d. Organismen", 1927 m., 109 t. Ref. „Cbl. Path." 1928 m., 42 t., 510 psl.

59. Zschuke, Szidat und Wigand: „Cbl. Bakteriolog." 1932 m., I t., orig. 124, 1 psl.

Autoreferat.

Es wird die Morphologie der Entwicklungscyklus, die Art der Invasion von Ascaris lumbricoides und der chemische und mechanische Schaden, der durch diese Parasiten dem Organismus des Menschen entsteht, im Lichte der neusten Beobachtungen und Experimente beschrieben.

Der Autor hebt hervor, dass die Statistik über Ascaris lumbricoides in allen Ländern sehr spärlich ist. In Litauen bieten auch keinen grossen Stoff in dieser Frage Untersuchungen 1923 von Jurgeliūnas und Ravensberg wurden 299 Kinder untersucht. Man fand, dass 99% der Untersuchten verschiedene Arten von Würmern hatten, Askariden besonders 60,2%. Zschunka, Szidat und Wigand fanden bei 523 Bewohnern der Kuirschen Hehrung Ascariden in 24%. Letztes % ist darum bedeuten genüger als das von Jurgeliūnas und Ravensberg weil im letztem Falle auch Erwachsene untersucht wurden; an Askariden krankt man aber meistens im Kindesalter bis 15 Jahren.

Der Autor meint dass man Sorge tragen muss, wie man die Kinder von den ihr Wachstum hemmenden Parasiten bewahre.

Gyd. J. Marcinkus.

Ryškiosios trachomos dažnumas naujokų tarpe ir geografiškasis jos išsiplėtimas.

(Pagal pranešimą, skaitytą 3-me Lietuvos akių gydytojų d-jos suvažiavime 1935. XII. 8 d. ir Kariuomenės gydytojų d-jos posėdyje 1936. I. 22 d.).

Krašte trachomos dažnumui nustatyti naudojamos įvairios, lengviau ir sunkiau prieinamos, metodės. Tikriausias būdas būtų patikrinti visų gyventojų akis, kas kitur ir daroma. Pav., Japonijoje trachomai susekti kasmet patikrinamos akys kolosaliam skaičiui — net dešimčiai milijonų žmonių. Pas mus, — trachomos klausymui vis dar neįgaunant to aktualumo, kuris iš dalykų būklės jam priderėtų, — tenka naudotis visais kitais, lengviau prieinamais būdais.

I. Ryškiosios trachomos dažnumas naujokų tarpe.

Patiekiami čia duomenys apie trachomą yra gauti iš naujos, iki šiol beveik nepaliestos, srities — apie mūsų naujokų trachomą. Mano objektu tačiau buvo naujokų trachoma ne visų jos stadijų, bet tik pasiekusi tam tikrą išsirūtuliavimo laipsnį, būtent, toji trachoma, dėl kurios naujokai karinei prievolei laikomi netinkamais.

Mažiau pasireiškusi trachoma tarnybai kariuomenėje didesnių kliūčių nesudaro; ja sergantieji į kariuomenę priimami. Todėl aš apie ją čia ir nekalbėsiu.

Visi Lietuvos vyrai, susilaukę 21 metų amžiaus, stoja į apskričių naujokų ėmimo komisijas asmens karinės prievolės reikalo išaiškinti. Čia tikrinama jų sveikata ir tikrinimo išdavos surašomos tam tikruose aktuose.

Tais visų apskričių aktais aš ir nutariau pasinaudoti. Tačiau juos panaudoti galėjau tik už nedidelį metų skaičių.

Naujokų sveikatos tikrinimo darbas reikalauja tam tikro plano, systemos ir darbo organizacijos. Pirmaisiais mūsų nepriklausomo gyvenimo metais kaip tik to viso stigo. Nebuvo nei patyrusių organizatorių nei pakankamai gydytojų. Kiekvienas apskritis tvarkėsi savaip. Dėl to mes šiandien neturime patikimų žinių apie apskričių naujokų ėmimo komisijų veikimą per pirmuosius nepriklausomo gyvenimo metus. Tik nuo 1926 m. naujokų sveikatos tikrinimo darbas, o ypač jo duomenų registracija, yra įgavęs visiems apskritims suvienodintas ir pastovias formas.

Apskričių naujokų ėmimo komisijose naujokų tinkamumas sveikatos atžvilgiu nustatomas pagal aiškiai formuluotus reikalavimus, kurie smulkiai išdėstyti vadinamuose „Ligų ir kūno trūkumų sąrašuose A ir B.“.

Trachomos atveju komisijos vadovaujasi tų sąrašų 31 ir 32 straipsniais. Pirmuoju 31 str. kariuomenei netinkamais laikomi vyrai, kurie turi konjunktivos randus su blakstienų įlinkimu į vidų, palaikančius chronišką ragenos arba konjunktivos uždegimą.

Turiu pažymėti, jog per pastaruosius metus šitas straipsnis praktikoje plačiai buvo taikomas ir tiems, kurie neturėjo nei kalbamų įlinkusių blakstienų nei didelio raginės plėkšnelės uždegimo. Pakakdavo naujokui turėti randuota trachoma su ragenos viršutinio krašto prasidedančia vaskuliarizacija, kartais tik su binokuline lupa teižiūrima, ir jis būdavo laikomas netinkamu pagal 31 straipsnį.

Į kariuomenę ryškesne trachoma sergančių įsileisti vengiant, dažnai ir 32 straipsnis būdavo pritaikomas lengvesniems ligoniams.

Turėdamas tat galvoje, aš trachomą, dėl kurios naujokai karinei prievolei laikomi netinkamais, pavadinau ne sunkiąja, bet ryškiąja.

Trachomos diferencinė dijagnozė dar ir šiandien sudaro sunkumų ir prityrusiam gydytojui, ypač trachomai prasidedant. Laboratorija su savo tyrimo priemonėmis čia vis dar padėti negali. Dijagnozė tenka statyti vien iš kliniško vaizdo.

Naujokų ryškiosios trachomos atveju dijagnozės klaidos gal ir buvo daromos, bet daromos, mano manymu, žymiai rečiau, negu kad turint reikalą su mokinių, karių ar šiaip jau gyventojų trachoma, kai ieškoma trachoma, nepaisant jos rū-

tuliavimosi stadijos, kai reikia skirti prasidedanti trachoma nuo folikulinio ar chroniško katarinio konjunktivito.

Gydytojų klaidos, padarytos naujokų komisijose, dažniausiai koreguojamos dalių gydytojų, atvykus naujokui į dalį, arba Karo ligoninės akių skyriuje.

Savo uždaviniui, kaip esu minėjęs, aš tegalėjau pasinaudoti 1926—32 m. naujokų ėmimo duomenimis, t. y. už septynerius metus.

I-ji lentelė.

Apskričių naujokų ėmimo komisijose dėl ryškiosios trachomos į kariuomenę nepriimta.

Kurių ėmimo metų?	Kiek nepriimta iš 1.000 apžiūrėtų naujokų?
1926	3,02
1927	0,91
1928	1,7
1929	2,17
1930	2,43
1931	2,09
1932	2,01

Iš stojusių į apskričių komisijas viso naujokų skaičiaus koeficijento išvesti buvo negalima, nes ne visų stojančiųjų sveikata buvo gydytojų žiūrima. Komisijų aktuose nėra grafos, kurioje būtų nurodoma, kuriam gi naujokų skaičiui sveikata buvo tikrinta. Tai yra didelis komisijų apyskaitos trūkumas, kuris turėtų būti pašalintas.

Norėdamas surasti apytikriai komisijos gydytojų apžiūrėtų naujokų skaičių, aš paėmiau iš apyskaitų šiuos duomenis:

1) kiek vyrų pripažinta dėl įvairių ligų karo tarnybai visai netinkamų ir paleistų į naujokų rezervą;

2) kiek rasta kariuomenei tinkamų, ir

3) kiek pripažinta tinkamų nerikiuotei, bet, vyriausybės atskirais įsakymais, buvo paleista į naujokų rezervą.

Mano įsitikinimu, jų visų sveikata iš tikrųjų buvo gydytojų žiūrėta apskričių naujokų ėmimo komisijose.

Tų 3-jų kategorijų apžiūrėtuosius suvedę, gauname metinį visose apskričių naujokų ėmimo komisijose gydytojų apžiūrėtų naujokų skaičių.

Išvedę koeficijentą iš 1926—32 m. apžiūrėtų naujokų skaičiaus, gauname: 1926 — 1932 m. ėmimo naujokų tarpe, iš kiekvieno apžiūrėto 1000 vyrų, rasta ryškioji trachoma 2,1, t. y. iš 1.000 naujokų dėl trachomos kariuomenei buvo netinkami 2 vyrai.

Atskirais metais (žiūr. 1-ja lentelę) šitas koeficijentas svyravo tarp 3,02 promille (1926 m.) ir 0,91 (1927 m.).

Tų skaičių ir koeficijentų laikyti ryškiosios trachomos naujokų tarpe išsiplatinimo tikraisiais rodikliais aš negalėjau.

Tiek kitų ligų, tiek ir trachomos atveju, apskričių naujokų ėmimo komisijos nelaikomos pakankamu filtru visiems karo tarnybai netinkamiems atsijoti. Patekus naujokams į kariuomenę, žymi jų dalis „nubyra", kai jų sveikatą ima tikrinti dalių gydytojai. Paleidžiama iš kariuomenės nemaža jų ir dėl trachomos.

Tad, be atleistų per apskričių naujokų ėmimo komisijas, aš sužinojau, kiek dėl trachomos atleista dar iš kariuomenės per kariuomenės sveikatos tikrinimo komisiją.

II-oji lentelė.

Dėl trachomos atleista iš kariuomenės per kariuomenės sveikatos tikrinimo komisiją:

Kurių ėmimo metų?	Kiek atleista iš kariuomenės iš 1.000 apžiūrėtų naujokų apskričių naujokų ėmimo komisijoje?
1926	0,6
1927	1,7
1928	2,7
1929	2,9
1930	1,1
1931	3,1
1932	2,2

Dėl ryškiosios trachomos iš kariuomenės atleista vidutiniškai 1,9 iš 1.000.

Taigi, pasirodo, kad iš kariuomenės atleistųjų skaičius nedaug skiriasi nuo pripažintų netinkamais apskričių naujokų ėmimo komisijose.

Sudėję iš kariuomenės dėl trachomos atleistuosius su apskričių naujokų ėmimo komisijose dėl trachomos į kariuomenę nepriimtaisiais, gauname, kiek kuriais metais iš viso Lietuvoje buvo dėl trachomos karo tarnybai netinkamų (žiūr. III-ją lentelę).

III-ji lentelė.

Dėl ryškiosios trachomos pripažinta karo tarnybai iš viso netinkamų vyrų:

Kurių ėmimo metų?	Kiek iš 1.000 naujokų dėl trachomos netinkamų?
1926	3,7
1927	2,6
1928	4,4
1929	5,1

1930 3,5
1931 5,2
1932 4,2

Vadinasi, iš 1926—1932 m. naujokų ėmimų, dėl ryškiosios trachomos karo tarnybai netinkamų pripažinta vidutiniškai 3,98 iš kiekvieno apžiūrėto 1.000 naujokų. Beveik visi keturi vyrai iš 1.000 dėl trachomos kariuomenei netinkami.

Mes čia nebematome to metinio svyravimo nei absoliutinių skaičių nei koeficijento, kuris krinta į akis apskričių komisijų duomenų lentelėje.

Prieinamojoje man literatūroje aš neradau analoginių žinių apie trachomos plitimą mūsų kaimynų naujokų tarpe. Todėl iškeltuoju klausymu pateikti palyginamųjų duomenų aš negaliu.

Vieno buvusio Estijoje kolegos dėka man pavyko gauti iš Tartu universiteto beveik ta pačia tema išleista disertacija, kurios antraštė šitokia: „K geografičeskomu rasprostraneniju rezko vyražennych form trachomi v Eur. Rossii (po dannym osmotrov novobrancev 1906, 07, 08, 09 g.)". Autorius Kriona-Papa-Nikola.

Jis surinko žinias apie kariuomenei netinkamus dėl trachomos prieškarinės Rusijos naujokus. Tos žinios apima Europos Rusijos visas gubernijas ir liečia 1906, 1907, 1908 ir 1909 metų naujokus, t. y. maždaug 20 metų ankstybesnės žinios negu mano.

Rusijos naujokų tarpe dėl trachomos karo tarnybai netinkamų augščiau pasakytais metais buvę iš 1.000 naujokų 7,5 netinkami.

Palyginę tą koeficijentą su mano išvestuoju, matome, kad vidutinis kariuomenei netinkamų Lietuvos naujokų koeficijentas trimis su viršum punktais yra mažesnis negu Rusijos: lietuvių 1926 — 1932 m. iš 1.000 dėl trachomos netinkamų — 3,98, rusų 1906—1909 m. iš 1.000 — 7,5.

Tačiau kitokių rezultatų gauname, jei palyginimą darome anų 1906—1909 ėmimo metų buvusių Kauno, Suvalkų ar Vilniaus gubernijų naujokų ryškiosios trachomos koeficijentus su mano 1926—1932 m. rastaisiais, t. y. mūsų krašto ano meto naujokus ir dabartinius. Buv. Kauno gub. naujokai 1906 — 1909 m. iš 1.000 davė 5,05; buv. Suvalkų gub. — 5,6 ir Vilniaus net — 9,5 dėl trachomos netinkamų.

Sulyginę buv. Suvalkijos ir Kauno gubernijų 1906—1909 m. duomenis su mūsų 20 metų vėliau gautaisiais, tai matome, kad dėl trachomos kariuomenei netinkamų naujokų 20 metų laikotarpyje yra sumažėję: kauniečių tarpe nuo 5,05 nukrito iki 4 pro

mille, suvalkiečių — nuo 5,6 — iki 3,87 pro mille.

Tat verčia daryti mus nedžiuginančių išvadų. Jei naujokų tarpe ryškioji trachoma, dėl kurios vyrai lieka karo tarnybai netinkamais, per dvidešimt metų tesumažėjo vos dvidešimtimi procentų (nuo 5 iš 1.000 nukrito iki 4 iš 1.000), tai iki jos likvidavimo praeis dar daug dešimtmečių. Dar ilgus metus mūsų šalies gynimo jiegos turės nuostolių dėl netekimo kasmet kelių dešimčių vyrų (vidutiniškai per metus 72) dėl teip, rodos, lengvai pašalinamos ligos.

Kas pasakyta apie naujokus, tat reikia taikyti ir visiems krašto gyventojams. Jų tarpe trachomos mažėjimo tempas nė kiek nebus greitesnis. Matyti, kad dar kelios tautos generacijos vargs kankinamos aklumo ir kitas negeroves nešančias tos mūsų socijalinės nelaimės, nes iki šiol nieko rimtesnio kovai su ja nedaroma.

II. Ryškiosios naujokų trachomos geografiškas išsiplėtimas.

Turėdamas skaičius, kiek kuriame apskrityje naujokų buvo gydytojų apžiūrėta apskričių komisijose, kiek iš jų tarpo dėl ryškiosios trachomos pripažinta kariuomenei netinkamų, aš galėjau kiekvienam apskričiui išvesti dėl trachomos kariuomenei netinkamų koeficijentą.

Žiūrėdami IV-ją lentelę, kur ties kiekvienu apskričiu yra augščiau pasakyti koeficijentai, mes matome, kad ryškioji trachoma naujokų tarpe paplitusi gana nevienodai.

IV-ji lentelė.

Kuriame apskrityje ir kiek dėl ryškiosios trachomos karo tarnybai netinkamų vyrų.

Eil. nr.	Kurio apskrities?	Kiek iš 1.000 vyrų dėl trachomos karo tarnybai netinkamų?
1	Utenos	10,8
2	Zarasų	7,8
3	Seinų	7,5
4	Kėdainių	5,0
5	Raseinių	4,9
6	Telšių	4,7
7	Trakų	4,3
8	Vilkaviškio	4,1
9	Kretingos	3,9
10	Rokiškio	3,8
11	Panevėžio	3,5
12	Tauragės	3,5
13	Marijampolės	3,5

14	Šiaulių	3,4
15	Šakių	3,1
16	Alytaus	3,1
17	Biržų	2,9
18	Mažeikių	2,8
19	Ukmergės	2,8
20	Kauno	2,1
21	Klaipėdos kr.	1,3

Pirmoji vieta tenka Utenos apskričiui — iš kiekvieno 1.000 apžiūrėtų naujokų dėl trachomos netinkamų rasta daugiau kaip 10 — 10,75. Antroje vietoje yra Zarasų apskr. — 7,75 netinkamų iš 1.000. Toliau Seinų — 7,45; Kėdainiai užima ketvirtą vietą iš eilės — 4,95 pro mille; Raseiniai — penktą: 4,81 pro mille, Telšiai, Trakai ir Vilkaviškis vis dar duoda daugiau kaip 4 iš 1.000. Mažiau 4 pro mille tenka šiems apskritims: Kretingos, Rokiškio, Panevėžio, Tauragės, Marijampolės, Šiaulių, Šakių ir Alytaus.

Mažiau 3 iš 1.000 davė: Biržų, Mažeikių, Ukmergės ir Kauno.

Visų mažiausia dėl trachomos netinkamų davė Kauno apskritis — 2,16 pro mille, neskaitant Klaipėdos kr., kurio naujokai figūruoja čia tik už dvejus metus ir dėl to palyginimui nevisai tinka.

Kauno apskričiui patekti į paskutinę vietą ar tik nebus nusvėrusi ši aplinkybė: Kauno miesto naujokų duomenys įeiną į apskrities ir tuo būdu atskiedė kaimo trachomos tirštumą. Turint tat galvoje, trachomos atveju mažiausiai paliestu reikėtų laikyti Ukmergės apskritis.

Apie Šiaulių apskritį yra susidariusi nuomonė, kaip apie vieną iš daugiausia trachoma apkrėstųjų. Tam padėjo gal ir dr. P. Avižonio disertacija, kur kalbama, kad Šiaulių apskrities Gruzdžių ir Lygumų valsčių gyventojų tarpe trachomotų 1912 m. rasta daugiau kaip 30%.

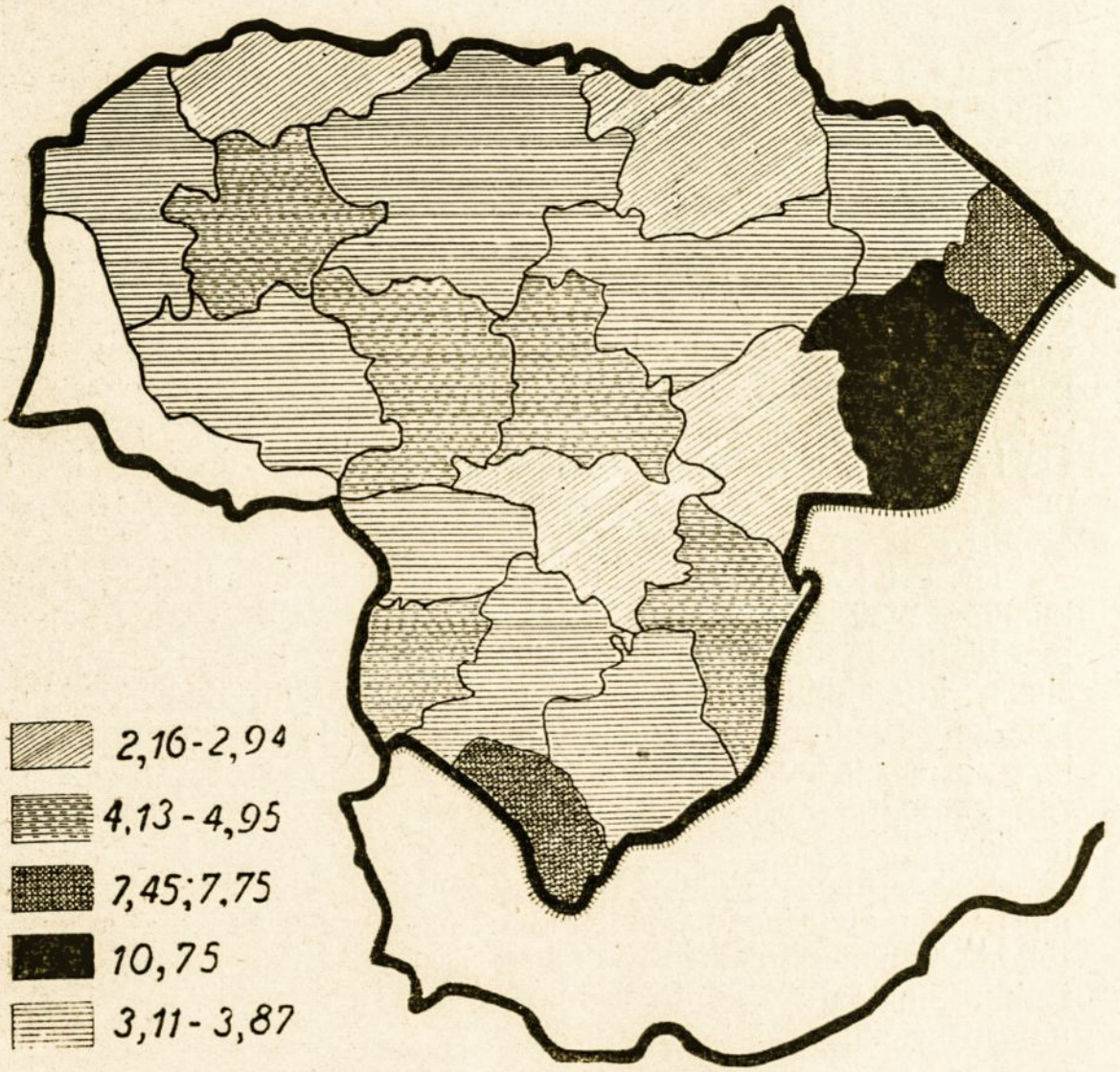
Ryškiosios naujokų trachomos atveju, Šiaulių apskritis, kaip matome, užima tik keturioliktąją vietą; jame beveik 3 sykius mažiau ryškiosios trachomos negu Utenos ir 2 kartus mažiau negu Zarasų ir Seinų apskrities.

Radęs Šiaulių apskričiui palyginti nedidelį procentą, aš surinkau žinias, kiek dėl trachomos netinkamų davė tų dviejų valsčių — Gruzdžių ir Lygumų — naujokai. 1912 m. vaikų tarpe trachomos rasta maždaug 25%. Iš stojusių per septyneris metus į komisiją, kariuomenei dėl trachomos netinkamų buvo 5. Išvesti procentas tenka ne iš visų stojančių skaičiaus, bet iš gydytojų apžiūrėtų, o jų būtų apie 70% stojusių.

Tų dviejų valsčių naujokai netinkami tarnybai yra buvę 8,8 iš 1.000 apžiūrėtųjų.

Tat lyg atrodytų, jog minėtų valsčių ir gyventojai žymiai dažniau trachoma apkrėsti, negu to paties apskrities kitur — jų koeficijentas du kartus su viršum didesnis negu Šiaulių apskričiui vidutinis — 3,40 iš 1.000. Reikia manyti, kad tie du

NAUJOKŲ TARPE RYŠKIOS TRACHOMOS GEOGRAF. IŠSIPLATINIMAS /1926-32m./



valsčiai trachomos dažnumo atžvilgiu ir 1912 m. nėra buvę typingi nei Šiaulių apskričiui nei Kaunijai apskritai. Greičiausiai jie bus sudarę išimtį kitų tarpe.

Žiūrėdami pagal mano žinias sudarytąjį trachomos išsiplėtimo žemėlapį, mes matome, kad valstybės periferijos apskrityse, rytų ir pietų — Utenos, Zarasų ir

Seinų apskr. trachoma yra smarkiau įsivyravusi už kitus.

Tat iš dalies ir suprantama. Trachomos išsiplėtimo koeficijentas yra priimta laikyti kultūrinio ir ekonominio išsirūtuliavimo rodikliu. Minėtieji apskričiai, kaip žinome, tais atžvilgiais bene žemiausiai ir stovi.

Sekantį, trachomos daugiausia paliestą, rajoną sudaro šie apskričiai: Telšių, Raseinių, Kėdainių ir Trakų, be to, atskirai nuo jų Vilkaviškio apskritis.

Apskričiai, kuriuose trachoma siekia ne daugiau kaip 4 iš 1.000, yra išmėtyti.

Trachomos atžvilgiu geriausioje padėtyje — žemiau 3-jų iš 1.000, apskričiai yra Lietuvos Šiaurėje — Biržų, Mažeikių. Toliau eina, kaip jau esu minėjęs, Ukmergės, Kauno.

Žemaitijos apskričiai, kaip matome, trachomos ypatingu išsiplėtimu, palyginti, nepasižymi — užima vidurines vietas.

Mes esame pratę suvalkiečius kultūriniu ir visais kitais atvejais laikyti augščiau už kauniečius. Rastas pas juos trachomos koeficijentas tiek prieš 20 metų, tiek ir šiandien tos išvados daryti lyg neleidžia, nes Suvalkijos apskričiams vidutinis kalbamos trachomos koeficijentas — 3,87 pro mille — nedaug kuo mažesnis už Kaunijos vidutinį koeficijentą — 4,1.

Dr. Buivydaitė-Kutorgienė, pasinaudodama akių klinikos 1920—1925 m. duomenimis, daro išvadą, kad trachoma Lietuvoje daugiausia paplitusi Tauragės ir Šakių apskričiuose, kur akimis sergančiųjų tarpe trachomotų buvę didžiausieji koeficijentai — daugiau kaip 40%. Mano duomenimis užimą pirmąsias vietas Utenos ir Zarasų apskričiai, autorės priskirti prie tų, kuriuose klinikos duomenimis trachomos rasta mažiausia.

Reikia manyti, kad Utenos, Zarasų, Seinų apskr. trachomotieji daugiausia yra mažai pasiturintieji ir negali nugalėti tolimos kelionės į centro gydomąją įstaigą, i akių kliniką. Tad į akių klinikos apyskaitą jų mažiau ir pateko negu iš artimesnių apskričių.

Išvados.

1. 1926—32 metų ėmimų karo tarnybai netinkamų dėl ryškiosios trachomos naujokų pripažinta 3,98 pro mille (į tą skaičių įeina ir iš kariuomenės dėl trachomos atleistieji).

2. Per dvidešimt metų dėl trachomos kariuomenei netinkamų naujokų koeficijentas yra sumažėjęs vos 20%: 1906—09

m. (rusų duomenimis) kauniečių tarpe dėl trachomos netinkamų buvo 5,05‰, mūsų — 4‰ (3,98‰).

3. Ryškioji trachoma (dėl kurios karo tarnybai laikomi netinkamais) naujokų tarpe paplitusi nevienodai — daugiausia netinkamų dėl trachomos duoda rytų ir pietų apskričiai — Utenos (10,75‰), Zarasų (7,8‰), Seinų (7,5‰); mažiausia — Biržų, Mažeikių, Ukmergės, Kauno apskr. (mažiau kaip 3‰).

Gyd. L. Peisachavičius,
(Šiauliai).

Pneumatosis cystoides intestini et mesenterii atsitikimas.

(Iš Šiaulių miesto saviv. ligoninės. Vedėjas — dr. B. Janušauskas).

Ligonis V. J., 29 metų amžiaus (lig. ist. 449 nr.), 1936.II.25 d. atvyko į ligoninę nusiskųsdamas, kad vemiąs, einąs liesyn ir silpnyn.

Anamnesis. Iki 1924 m. viduriai buvę visai sveiki. 1925 m. pradėję skaudėti duobutėje po valgio, nevemdavęs. Nuo vaistų po ½ m. skausmai nutilę, bet pradėjęs ėsti riemuo — teip trukę iki 1928 m. Nuo to laiko, saugodamasis maisto atžvilgiu, jautęsis gerai iki šių metų, tik atsiriaugėdavęs. Nuo 1935 m. rudens dažnai užeidavęs ledakumas ir tekėdavusios seilės, bet nevemdavęs ir jausdavęsis gerai. Nuo 1935 m. Kalėdų pradėjęs tuštintis 1 kartą savaitėje mažais kietais gabalėliais. 1935 m. pabaigoje pradėjęs jausti silpnumą, svaigulį ir rankų tirpimą, apetitas ėjęs mažyn, atsiradęs deginimas po krūtine, ligonis pradėjęs kaišiotis pirštus į burną, kad galėtų išsivemti: išsivemdavęs paskutinių 3 – 4 dienų suvalgytą maistą. Išsivėmęs vėl norėdavęs valgyti. Teip ligonis ėjęs vis silpnyn, užeidavę skausmai pavalgius duonos ar mėsos. Rudenį svėręs 76 kg.

Būdamas 10 metų amžiaus 3 dienas sirgęs palaidais kaip vanduo viduriais, ir tuomet išėjęs 3 mtr. ilgumo, 1 cm. platumo plokščias kirminas. Karo metu sirgęs gripu, 1919 m. — raupais, 1924 m. — gripu, 1933 m. — pneumonia.

Status praesens. Ligonis augšto ūgio, taisyklingo kūno sudėjimo, liesas. Galvos ir krūtinės organuose — n. y. Laikas nuo laiko matoma išsiplėtusio skrandžio peristaltika. Skauda paspaudus dešinėje pilvo pusėje ir augščiau bambos, spontaniškai jaučia mažą skausmą kair. hypochondrium'e. Sveria 61,7 kg. Rentgenoskopija: Skrandis siekia iki symphysis, po 4 val. daugiau pusės kontrastinės masės dar skrandyje, matoma skrandžio gyva peristaltika.

Operacija dėl ligonio slogų atidėta iki III.6 d.; tada po kasrytinių skrandžio perplovimų svėrė 57,2 kg.

III.6 d. operacija (dr. Rudaitis): Vietinė novocain'o anestezija. Laparotomija pagal lin. alba, augščiau bambos. Atidarius pilvo tuštymą, matomas didelis skrandis su hypertrofavusiomis sienomis. Pylorus'o srityje rastas kietas surandėjimas. Dešiniajame hypochondrium'e, po kepenimis matomas balzganas padaras — ištraukus pasirodo, kad tat kystiškai degeneravusi žarnos kilpa (maždaug iš vidurinės dalies laibosios žarnos). Tos kystos pilnos dujų, jų sienelės plonutės, permatomos, blizgančios, be uždegimo reakcijos žymių aplinkui jas ar jų peritoneum'e (makroskopiškai). Kystų didumas nuo žirnio iki riešuto; apima laibosios žarnos kilpą 15 cm. ilgumo, ir sektorium apima ir tai kilpai priklausančią mesenterium'o dalį. Kystos glaudžiai guli viena greta kitos, nepalikdamos tame plote

tarp savęs normalios struktūros žarnos sienos laukų. Yra kelios dujų kystos, kurios kabo ant plonutės 1 cm. ilgumo kojytės. Padaryta gastroenteroanastomosis retrocolica posterior. Kelios kystos, kurios kabojo ant kojyčių — nupjautos. Pooperacinis perijodas praslinko be komplikacijų.

III.19 d. savijauta gera, apetitas pasitaisė, defekacija beveik kasdien, sveria 66,8 kg. Išrašytas.

Čia aprašytasis pneumatosis cystoides intestini et mesenterii (pn. cyst. int. et mes.) yra atsitiktinis laparotomijos metu dėl stenosis pylori nuo surandėjusios opos radinys, kuris priklauso prie labai retai pas žmogų sutinkamų susirgimų. Iki šiol aprašyta ne daugiau kaip 80 atsitikimų (Abrikosov). Daug dažniau pn. cyst. int. et mes. pasitaiko kiaulėms. Tą ligą pirmasis ir aprašė veterinorius Mayer 1825 m. Žmogui ją pirmasis užtiko Bang 1876 m., o aprašė ir suteikė vardą Hahn 1899 m.

Ligos esmė yra ta, kad žarnos sienoje atsiranda pūslių, prisipildžiusių dujų. Tos pūslės būna nuo aguonos grūdo iki didelio riešuto didumo, guli susiglaudusios ar išsimėčiusios normalios struktūros žarnos sienoje, daugiausia subserozėje, iškeldamos tos vietos serozę, bet būna jų ir žarnos sienos raumenų sluogsnyje ir submukozėje. Daugiausia procesas paliečia laibųjų žarnų dalį apie 10 cm.; rečiau, kaip kad ir mūsų atsitikimu, paliečia ir tos žarnos mesenterium'ą; kartais lokalizuojasi juostomis išilgai mesenterium'o indus. Subserozinės kystos kartais įgauna kojytes.

Dauguma atsitikimų pn. cyst. paliečia laibųjų žarnų kilpą, rečiau visas laibąsias žarnas, dar rečiau storąsias žarnas ar skrandį. Buvo rasta dujų pūslyčių ir kitose kūno vietose, k. a.: peritoneum'e, diafragmoje, šlapimpūslyje, vaginoje (colpitis emphysematosa).

Dujų kystos išklotos endoteliu. Tų kystų sienoms būdingi gigantiški narveliai, gausūs branduoline medžiaga (Aschoff). Tie tuštymai laikomi žarnų sienos išsiplėtusiais lymfiniais plyšiais su išbujojusiu endoteliu.

Duval ir Guttellier skiria 3 kystų formas:

1. Kystos, susidedančios iš plono jungiamojo audinio sluogsnio, išklotos endoteliu, vietomis gigantiški narveliai.
2. Kystos be nuosavos sienelės.
3. Kystos, apsirėžusios storu lukštu, susidedančiu iš infiltravusių lygiųjų raumenų skaidulių, apdengtų iš vidaus švelniu endoteliu ir dideliais narveliais su vienu ar keliais branduoliais.

Jungiamajame audinyje tarp kystų dažnai randama uždegiminė infiltracija. Dažnai pn. cyst. int. atveju randama ir žarnų sienos lymfinių indų endotelio proliferacija (endolymphangitis proliferans Demmer). Retais atsitikimais pn. cyst. int. lydintis jungiamojo audinio išbujojimas sukelia vietinį fibroplastišką peritonitą, kurio padarinys — synechijos (Abrikosov).

Analyzavę kystų dujų sąstatą, dauguma autorių gavo artimą atmosferos oro sąstatui rezultatą, kas yra netikėtina, bet supran-

tama, turint galvoje greit einantį difuzijos procesą pro plonutes (permatomas) kystų sieneles. Kiti autoriai kystų dujose radę CO_2 ir H.

Pn. cyst. int. aiškinti konkuruoja 2 teorijos: 1) mechaninė ir 2) infekcinė.

1. Esant dideliam dujų spaudimui žarnose (kaip antai: esant obstipacijai, meteorizmui, vemiant, čiaudint, kosint), dujos išspaudžiamos į audinius pro smulkesnius gleivinės plyšius arba pro esamų žarnose opų pakraščius. Tos teorijos pasekėjai remiasi, be kitko, ir tuo, kad 70% tos ligos atsitikimų randama sergantiems chroniškomis gastrointestininio latako ligomis, kaip antai: ulcus pepticum, stenosis pylori (žiūr. augščiau paduotą mūsų ligonio ligos istoriją), tbc. intestini, žarnų kataras su staze ir kt., duodančiomis obstipaciją ir meteorizmą (v. Hacker, Miyake, Verebelay, Ciecanovsky, Urban).

2. Pagal antrąją teoriją, žarnų siena ir mesenterium infekuojasi nepatogeniniais dujas gaminančiais coli grupės bacilais (Fränkel, Gröndahl, Sohn, Steindl ir kt.). Už šitą teoriją kalba ir kystų sienelėse atrasti gram - teigiamieji bacilai ar coli grupės bakterijos, o ypač iš dujų kystos grynos kultūros dujas gaminančių bakterijų išauginimas (Abrikosov). Šita teorija geriausiai išaiškina, kodėl kystose dujos išsilaiko ir nesirezorbuoja per mėnesius ir metus laiko; išaiškina ir dujinių kystų kitose kūno vietose atsiradimą (žiūr. augščiau).

Infekcinė teorija turi daugiau pasekėjų.

Kaikurie (Depraz, Jäger ir kt.) mano, kad esamo žarnų kataro ir stazės atveju turi dar prisidėti infekcija.

Yra stebėti pn. cyst. int. atsitikimai, kur kystos sumažėjo ir net visai išnyko.

Dijagnozė nustatyti beveik neįmanoma, kaip kad ir mūsų atsitikimu, ji randama kaip atsitiktinis radinys laparotomijos metu dėl kitų gastrointestininio latako susirgimų.

Galima kartais palpuojant apčiuopti rezistentiškos tympaniškos masės ir rentgenologiškai matyti ypatingas šviesumas pilvo tuštyme, tada įtartinas pn. cyst. int. (Barjois ir Cade).

Gydymas. Paprastai pn. cyst. int. jokių symptomu neduoda, ir visi symptomai yra sukelti tos ligos, kuri jį lydi (kaip kad mūsų atsitikimu stenosis pylori). Todėl operacijos metu pn. cyst. int. yra atsitiktinis radinys — siurprizas, ir kas jos esmės nežino, užtikęs ją operacijos metu, gali ją lengvai priimti už žarnų sienos piktybinę degeneraciją ir griebtis nereikalingų, operaciją pailginančių veiksmų (rezekcija). Kaip priežastinė terapija galėtų būti žarnų kataro ir stazės pašalinimas.

Išimtiniais atsitikimais kystos, ypač daug jų atsiradus submukozėje, gali susiaurinti žarnų spindį iki žarnų nepraeinamumo reiškinių. Tokiuo atveju reikalinga intervencija (enteroanastomosis).

Literatūra.

1. Aschof: Pathologische Anatomie. VII Aufl. Jena 1928.
2. Большая Медицинская Енциклопедия. 25 t. — Ten ir daugiau literatūros apie rūsų autorius.
3. P. Duval et J. Gattellier knygoje „Prècis de Pathologie chirurgical". 1928, IV t.
4. R. Edelmann: Lehrbuch der Fleischhygiene. V Aufl. Jena 1923.
5. Kirschner-Nordmann: Die Chirurgie. Band V. 1927 (O. Kleinschmidt u. J. Hohlbaum).
6. I. Schwalbe: Diagnostische u. therapeutische Irrtümmer u. deren Verhütung. „Abt. Chirurgie". Heft 9 (E. Heller). G. Thieme. Leipzig 1928.

Autoreferat.

Es wird ein Fall von Pneumatosis cystoides intestini et mesenterii bei einem 29 Jahre alten Manne beschrieben — ein Nebenbefund beim laparotomieren wegen ulcus stenosans pylori. Es wird die Struktur, Lokalisation (in diesem Falle — eine 15 cm. lange Dünndarmschlinge samt Mesenterium) und Aethiologie dieser seltener Erkrankung besprochen.

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

28. Manche u. Katenkamp (Leipcigas): **Die Millon'sche Reaktion im Harn bei Leberkrankheiten.**

Buvęs nustatytas oxyphenyl'io derivatų buvimas šlapimuose kepenų ligų (k. a.: icterus catarrhalis levis, gravis, komos apyūmios jeknų atrofijos bei cirozės ir cholageninių susirgimų) atvejais. Sveikos medžiagų apykaitos atvejais oxyphenyl'io derivatai būną šlapimuose 30—50 mg % koncentracijoje, o icterus catarrhalis gravis atveju — 30—70 mg %. Augščiausia koncentracija coma hepaticum, apyūmios jeknų atrofijos atvejais buvusi rasta 243 mg %. Didėjant parenchymos sužalojimui, kyląs teippat išskiriamų oxyphenyl'io derivatų kiekis šlapimuose; kepenų cirozės atveju svyruojąs tarp 8—120 mg %. Koma kepenų cirozės atveju galinti būti aptarta daugiau kaip retencijos, apyūmios kepenų atropijos atveju — intoksikacijos atsitikimas. Šitie kvantatyviniai tyrinėjimai parodę, kad kvalitatyvinis Millon'o šlapimų pastovus mėginys rodąs kepenų parenchymos sužalojimą.

T. Šiurkus.

29. Prof. J. G. Ėtinger ir V. E. Nezlin (Moskva): **Reumatinio kardito klausymu.** („Klin. Med." 1936 m. 2 nr.).

Tat — neteisinga, kai kalbama, kad širdies susirgimas esąs reumato komplikacija. Priešingai, sąnarių susirgimas esąs reumato komplikacija, o širdies susirgimas — taisyklė. Jei nevisuomet girdimi ūžesiai, tai tatai dėl to, kad kartais paliečiami ne vožtuvai, o kitos širdies dalys, k. a.: myokardas, speciliškieji kuokšteliai ir t. t.

Myokardo reumatinius susirgimus, be abejo, įrodąs elektro-kardijografas, nekalbant jau apie kliniško tyrimo duomenis, kaip, pav., minkštas systolinis ūžesys, tonų duslumas, ypačiai širdies viršūnėje; dažnai stebima ryškiai pasireiškianti synusinė arytmija su palinkimu prie bradykardijos, kartais — pastovi tachykardija. Visi šitie pakitimai, net tie, kurie vėliau praeina, esą susiję su specifišku reumatiniu įdegiminiu procesu. Apskritai, myokardas paliečiamas dažniau negu kad endokardas. Jeigu ūžesys ne vožtuvinės kilmės, o tatai dažnai būną, tai jisai po 6—8 mėnesių išnykstąs. Endokardo susirgimas pavykstąs pažinti tiktai retrospektiško stebėjimo būdu, t. y., kai ilgainui atsirandą širdies ydos symptomai. Endokardo susirgimas nustatyti ūminiame ligos perijode esą galima, tiktai anksti atsiradus dijas-

toliniam ūžesiui aortos auskultavimo vietoje. Kai dėl systolinio ūžesio, tai jisai susieti su mitralinio vožtuvo susirgimu galima tiktai tuomet, kai yra išsirūtuliavę ir kiti šito vožtuvo nepakankamumo symptomai. Tačiau mitralinių (bikuspidalinių) vožtuvų reumatinio susirgimo dijagnozė visišką patikimumą įsigyjanti tiktai tuomet, kai pavykstą nustatyti kad ir pradiniai mitralinių vožtuvų nepakankamumo symptomai, k. a.: protodijastolinis ūžesys širdies viršūnėje, kas nebūną anksčiau, kaip kad praėjus 8—10 mėnesių nuo reumatinio susirgimo pradžios.

Kadangi reumatinių antpuolių metu myokardo ir endokardo įdegiminiai procesai einą lygia greta, tai esą tikslinga tokiais atvejais kalbėti apie reumatinį karditą. Tokis karditas dažnai pagyjąs, išnykdamas praėjus kuriam laikui po sąnarių įdegiminio proceso likvidavimo.

Reumatinį karditą, ant iki tol nepaliesto vožtuvinio aparato fono, kaip taisyklė, einantį be širdies nepakankamumo reiškinių, dažnai lydįs rytmo ryškus sutrikimas. Tiktai labai retai šitos grupės kardito eiga esanti sunki, privedanti atskirais atvejais net prie mirties. Jeigu gi reumatinis karditas paūmėjąs ant kompensavusiosi ar subkompensavusiosi ydos fono, tai jisai dažnai sukeliąs širdies nepakankamumo atsiradimą, resp. sustiprėjimą, nepaisant į tai, ar jį lydi polyartritinis syndromas ar ne. Šitie pastarieji „nesąnariniai" karditai, išsirūtuliavę ant reumatinio pagrindo asmenims, turintiems kompensavusiąsi ar subkompensavusiąsi ydą, dažnai einą su ryškiai pasireiškusiu širdies nepakankamumu; jie neteisingai traktuojami, kaip banalinė dekompensacija.

Antroji straipsnio dalis skirta nesąnarinio reumato antpuoliams ant iki tol nepaliestos širdies fono aprašyti. Šitie antpuoliai dažnai teip užmaskuoti, jog jie esą sunku pažinti. Elektrokardijograma čia teikianti esminę naudą. Kardito paūmėjimai pasitaiką per visą reumatinio proceso evoliuciją, ligi pačios mirties dėl širdies nepakankamumo. Reumatinių ydų kompensacijos perijode proceso paūmėjimas dažnai einąs su typišku polyartritiniu syndromu. Juo ilgiau rūtuliuojąsis procesas per sub- ir dekompensaciją prie exitus letalis, juo vis rečiau kardito paūmėjimai einą su sąnariniais reiškiniais.

Iliustracijai patiekta daug ligos istorijų. *I. Skliutauskas.*

30. M. D. Kuzniecov (Leningradas): **Susergamumas ūminiu reumatu.** („Klin. Med." 1936 m. 2 nr.).

Autorius turėjo tikslą išstudijuoti susergamumą ūminiu reumatu sąsyjyje su metų laiko, lyties, amžiaus, paveldimumo, socijalinės būties bei profesinio žalingumo ir anksčiau persirgtų susirgimų įtaka. Šitam tikslui jisai panaudojo Leningrado 2-osios terapinės klinikos 1925—1932 metų medžiagą, iš viso 359 ligonius, sirgusius ūminiu reumatu.

Jo išvados šios:

1. Ūminis reumatas sudaraąs 3,2% visų vidaus ligų.

2. Ūminis reumatas turįs sezoninius svyravimus: susirgimų maksimumas tenkąs žiemos ir pavasario mėnesiams (lapkričio, gruodžio, sausio, vasario, kovo mėn.), minimumas — vasaros ir rudens mėnesiams.

3. Suaugusieji susergą ūminiu reumatu daugiausia amžiuje nuo 16 iki 40 metų.

4. Ūminių reumatikų 69,2% atvejų anamnezėje randama anksčiau persirgtųjų susirgimų (skarlatina, pneumonija), sudarančių palankias sąlygas organizmo sensibilizacijai. Iš betarpiškai pirmiau buvusių susirgimų didžiausias procentas tenkąs anginai.

5. Reumatinio polyartrito atvejais kliniškai pasireiškęs širdies susirgimas stebimas 43,2% atvejų; dažniausia reumato lokalizacija širdyje — tat mitraliniai vožtuvai.

6. Esą galima išskirti dvi ūminio reumato formos: a) grynai polyartritinė forma, neturinti aiškių širdies susirgimo reiškinių, b) polyartritinė forma su širdies susirgimu.

7. Ūminio reumato recidyvai pasitaiką maždaug pusei ligonių (54,3% atvejų), be to, ligoniams, turintiems aiškiai pasireiškusį reumatinį širdies susirgimą. *I. Skliutauskas.*

31. A. C. De Graef ir C. Lingg (Niu-Jorkas): **The course of rheumatic heart disease in adults.** (Reumatinių širdies susirgimų eiga suaugusiems) („Amer. heart. J." 1935 m. 10 nr., 459—478 p.).

Autoriai, pasirėmę 644 autopsijomis, rado štai ką:

Tiktai 5,5% rasta reumatinio susirgimo kombinacija su kitais etijologiniais veiksniais. Šitas susirgimas pasirodąs vidutiniškai 17 metų amžiuje; pirmieji širdies nepakankamumo (insuficijencijos) reiškiniai pasireiškia 28 metų amžiuje, širdies dekompensacija — 30 metų amž. ir mirtis — 33 metų amž. Širdies reumatas todėl laikytinas jaunatvės liga.

Žmogus, turįs reumatinį širdies susirgimą, galįs būti socijaliai naudingas vidutiniškai 11 metų, bet dažniausiai mažiau negu 9 metus. Tokių ligonių pusė mirštanti tarp 20 ir 40 metų amž. Mirtis dažniausiai įvykstanti dėl širdies dekompensacijos, bet neretai ūminis endokarditas, pneumonija ir t. t. būną mirties priežastimi.

Ligos paliestų vožtuvų rūšis neturinti reikšmės amžiaus ilgumui. Tiktai pulmonalinių ir trikuspidalinių vožtuvų susirgimas rodąs mažą ankstybesnį mirtingumą. Dažniausiai ir anksčiausiai įvykstanti mirtis kombinuotų susirgimų atvejais. (Ref. „Ztschr. f. Kreislauff". 1936 m.).

L. Goldšteinas.

32. D. Z. Lakosin (Moskva); **Retikulio-endotelinės systemos blokada kongoroth'o dažais reumate.** („Klin. Med." 1936 m. 2 nr.).

Reumatinis virus, cirkuliuodamas kraujuje, užgaunąs daugiausia retikulio-endotelinės systemos endotelinius narvelius, kurie, teip tariant, sučiumpą šitą virus'ą iš kraujo, apsikraudami juo. Įvestieji į kraujo takus vitaliniai dažai, kolojidiniai metalai, serumai, lecitinas, įsiurbiami retikulio-endotelio, nusilpniną kraujuje jau cirkuliuojančių nuodingų produktų įsiurbimą ir apsaugoją tiek pačius retikulio-endotelinės systemos narvelius, tiek ir parenchyminius organus nuo žalingo jų veikimo. Į kongoroth'o dažų (1% skiedinio 12 kb. cm.) įvedimą į veną reumato atvejais autorius žiūri kaip į papildomą kraujo indų endotelio apkrovimą, apsaugojantį jį nuo kraujuje cirkuliuojančio reumatinio virus'o žalingo veikimo. Tokis endotelio apkrovimas vaistų substancija, norint sukliudyti narvelių apkrovimą kraujo virus'u, vadinamas blokada. Dažais užblokuotasis kapiliarų endotelis apsaugojąs organizmą nuo reumatinio virus'o; kliniškai tat pasireiškią skausmingumo sumažėjimu, bendros ligonio būklės pagerėjimu, jo pasveikimu.

Autorius patiekia ligos istorijų. Vienais atvejais įvykęs pastovus pagerėjimas po vienkartinio kongoroth'o įpylimo; kitais atvejais, geresniam terapiniam efektui gauti, buvusi taikoma kartotinė blokada, ir tik vienu atveju autorius pavartojęs blokadą 4 kartus, nes gaudavęs trumpalaikį pagerėjimą, trukdavusį 2—3 savaites.

Iš viso tuo būdu jisai gydęs 17 reumatikų. *I. Skliutauskas.*

33. R. I. Rozenberg (Charkov): **Apie skrandžio sunkos rūgštingumo pakitimą cholecystito atveju.** („Klin. Med." 1936 m. 5 nr.).

Autorius, pasirėmęs 37 ištirtais atsitikimais, prieina išvadą, kad rūgštingumo pakitimui cholecystopatijos dijagnostikoje neteiktina sprendžiamos reikšmės. Tokie susirgimai galį būti lydimi normalaus rūgštingumo ir pakitimais abipusiai normos. *I. Skliutauskas.*

VAIKŲ LIGOS.

22. A. J. Balander, M. W. Triousse et A. A. Klébanova: **De la contagiosité des formes dites „fermées" de tuberculose chez les en-**

fants du premier âge. (Apie jaunesniųjų vaikų vadinamosios „uždaros“ tuberkuliozės formos apkrečiamumą) („Pr. Méd.“ 1936 m. 64 nr.).

Esą manoma, kad tik tie vaikai pavojingi apkrėtimo atžvilgiu, kurie kosti, turėdami teigiamą tuberkulino reakciją ir teigiamus plaučių tuberkuliozės rentgenologinius duomenis. Tačiau esanti apkrečiama ir tariamoji „uždara“ tbc. forma. Autoriai (eksperimentus darė M. W. Triousse ir A. A. Klébanova (iš Maskvos)) tat įrodo eksperimentais su jūros kiaulytėmis, kurios apkrečiamos (nors ir ne visos) tbc., kai joms įšvirkščiamas tbc. antkrytis, gaunamas iš žaislų, patalinės indų ir t. t. vaikų, kurie serga uždara tbc. forma. Tokiais pačiais eksperimentais įrodoma, kad šitokių vaikų (daugiau kaip 50%) skrandžio sunkoje randama Koch'o bacilų.

Straipsnyje aprašyta eksperimentų eiga, kitų autorių pažiūros ir nurodyta 14 literatūros šaltinių. *N. Indrašius.*

23. Štern ir Gok-Smrček: **Apie ultravijoletinių švitinimų įtaką motinų krūčių laktacijai pirmą savaitę po gimdymo.** („Sov. Ped.“ 1936 m. 5 nr.).

Normali laktacija esanti 63%, o pirmą gyvenimo savaitę apie 50% naujagimių ištraukią pieno mažiau negu normaliai. Motinų švitinimas ultravijoletiniais spinduliais, atliekamas ištuštinus krūtis, dauguma atsitikimų pieną pagausinąs. Švitinamų motinų kūdikiai nuo 1—2 dienos mažiau nustoją svorio ir svorio kritimas išsilyginąs greičiau. Ypatingai gerų rezultatų gauta švitinant motinas, kurios yra pagimdžiusios prieš laiką: jų vaikų svorio kritimas buvęs mažesnis ir jie geriau imdavę krūtį. Švitinimas buvęs daromas kasdien ištuštintų krūčių, nepateptų vazelinu, nes tat apsunkiną ultravijoletinių spindulių praėjimą. Krūčių pabrinkimas laktacijos pradžioje nuo švitinimo buvęs mažesnis. Švitinant nuo pirmųjų dienų krūčių įplyšimai esą pastebimi retai; nuo ultravijoletinių švitinimų jie pagyją per 2—4 dienas. Atsiradus hypogalaktijai ir pradėjus kristi kūdikio svoriui, kvarco lempos paskyrimas greitai viską išlyginąs. Švitinimas esą labai svarbu pritaikyti hypogalaktijos profylaktikai. Motinų krūčių švitinimas reikią pradėti nuo 1—2 dienos po gimdymo. Švitinimas reikią pradėti nuo 1½—3 ultravijoletinių vienetų (U. V. V.); labai gerų rezultatų pasiekiama, pritaikius bendrą dozę 31½—42 U. V. V. (6—7 seansai); gerų rezultatų gaunama. pritaikius 22½ U. V. V. (5 švitinimai), ir silpnai efektingų rezultatų gaunama, pavartojus mažesnes dozes. Pageidaujami profylaktiški nėščiųjų moterų švitinimai paskutinėmis savaitėmis speneliu rezistentiškumui padidinti ir būsimai laktacijai pagerinti. *V. Tercijonas.*

24. L. Chambon et N. Sollier: **Septicémie médicale à streptocoque hémolytiques guérie par l'ingestion de rubiazol.** (Išgydytas rubiazol'iu hemolitinių streptokokų septicemijos atsitikimas) („Bull. de la soc. de péd. de Paris“. 1936 m. 4 nr.).

Autoriai aprašo šitokį atsitikimą:

Pusvienuoliktų metų berniukas susirgęs 1936 m. I m. 18 d. šalčio krėtimu. Rytojaus dieną temperatūra pakilusi ligi 39,3°C, skaudėjusi galva, tekėjęs kraujas iš nosies. Objektingai nieko patologiška jisai neturėjęs. Sausio 22 d. bendra ligonio būklė dar pablogėjusi; temperatūra — 40,0°C, pulsas 120, greitas alsavimas, prostracija. Iš tą dieną paimto kraujo išaugęs streptokokkus haemolyticus. Sausio 23 d. 12 val. temperatūra 41,0°C, pulsas 140 per minutę. Paskirta rubiazol'io (sulfamidochrysoidinum hydrochloricum) po 1 tabletę kas 2 val. Teip ligi vakaro 20 val. vaikas gavęs 5 tabletes ir nakties metu — dar 3. Pirmosios gydymo dienos (I. 23) vakare 20 val. ligonio temperatūra jau 39,5°C. Toliau temperatūra palaipsniui kritusi ir I. 24 d. 8 val. ryto jau buvę 37,3°C (pulsas 90 per min.), vidudienį — 37,°C (pulsas 84) ir vaikas tiek

pasitaisęs, kad net pradėjęs žaisti, juokauti. Po 24 valandų gydymo buvusi padaryta vėl hemokultūra, kuri buvusi neigiama — nieko neišaugę. Paskiau vieną parą vaikui buvusios duotos 6 tabletės, vėliau 4, 3 ir pagaliau 2 per dieną.

Ligonis visai pasveikęs, norėjęs grįžti net klasėn, kai, praėjus 8 dienoms paliovus gydymą, (sausio 31 d.) vėl jį pradėjęs krėsti šaltis, pakilusi temperatūra ligi 40,4°C ir visi augščiau buvę subjektingi ir objektingi reiškiniai grįžę. Pasėjus kraujo, vėl išaugę hemolitinių streptokokų. Gydymas buvęs pavartotas tas pats ir teippat kaip ir pirmą kartą. Po 24 gydymo valandų kraujo pasėlyje nieko neišaugę ir vaikas buvęs vėl kaip sveikas. Bijant recidivų gydymas buvęs vartojamas toliau ir vaikas visiškai pasveikęs. (Rubiazol'io tabletės á 0,25).

Tai esąs pirmas pasaulyje aprašytas hemolitinių streptokokų septicemijos atsitikimas, be galo sėkmingai išgydytas chemikalu.

J. Mockevičius.

25. F. Sandor: **Akute Ätzvergiftungen im Kindesalter.** (Ūminiai apsinuodijimai deginamaisiais chemikalais vaikų amžiuje) („Münch. med. Woch." 1936. I. — Ref. iš „Zntbl. f. g. K." 1936 m. 32 t., 1 sąs.).

Autorius aprašo šarmais apsinuodijusių patologiškai anatomiškus pakitimus ir kliniką. Jo nuomone, apsinuodijimas šarmais vaikams praeinąs apskritai lengviau negu suaugusiems, nes vaikai paimtą į burną šarmų skiedinio gurkšnį dažniau išspjaują. Autorius reikalauja, kad laisva muilakmenio prekyba būtų uždrausta. Šarmais apsinuodijusiems vaikams gydyti siūlo Salzer'io metodę: *anksti ir systemingai pradėti bužuoti — 2—6 dieną po apsinuodijimo.* Teip esą galima 70—90% atsitikimų išvengti stemplės susiaurėjimų. Jei ankstybas zondavimas pražiopsotas, tai galima esą jis pradėti tiktai po 6 savaičių, nes, anksčiau bužuojant, galima padaryti perforacija.

Trumpai paminėti ir apsinuodijimai rūgštimis ir jų letalinės dozės.

J. Mockevičius.

CHIRURGIJA.

5. G. V. Alipov (Penza): **Ūminis apendicitas ir jo chirurgiškas gydymas.** („Klin. Med." 1936 m. 5 nr.).

Nors didesnioji dalis to, apie ką autorius rašo, turi būti žinoma kiekvienam gydytojui, vis dėlto apendicitas,—šita klastinga liga, nuvaranti į kapus apytikriu apskaitymu visame pasaulyje kasmet po 300.000 gyvybių ir nepasireiškianti jokiais aiškiais symptomais,—vertas nuolatinio mūsų dėmesio, ir viskas, kas apie jį rašoma, yra skaitytina. Ypačiai pamokomi atsitikimai, pasibaigę mirtimi. Autorius pasisako už kiek galima ankstybesnį operavimą. Jisai prašo gydytojus praktikus siųsti į chirurginę kliniką visus įtartinus atsitikimus ir nenusiminti, jei dijagnozė nepasitvirtintų. Kraujo vaizdui ir erytrocytų nusėdimo reakcijai jisai teikia didelės reikšmės; teippat jisai daug laukia iš antigangreninio serumo. Autorius pasisako prieš bendrinę narkozę operuojant apendicitą; jisai operuoja išimtinai vietinėje anestezijoje. „Ypačiai vertinga ir išganoma vietinė anestezija sunkiais sepsiniais atvejais, perforacijų ir peritonitų atvejais: ligoniai žymiai geriau pakelia patį įsikišimą ir pooperacinį perijodą, nėsama bendros sunkios būklės, vėmimų, mažiau plaučių komplikacijų". Įdomu, kad autorius skaičiais įrodo apendicito epidemiškumą „...reikia prileisti infekcinį ligos pobūdį, kas patvirtinama ligonių vieno paskui kitą įstojimu iš bendrabučių, mokyklų, kareivinių". Į tai žurnalo redakcija atsako, kad tokia pažiūra apie apendicito epidemiškumą esanti ginčijama.

I. Skliutauskas.

6. H. Pohl (Paryžius): **Apsisaugojimas nuo plaučių komplikacijų skrandžio chirurgijoje. Skiepijimas prieš operaciją** („Bruxelles méd." 15).

Plaučių komplikacijų skrandžio chirurgijoje priežastis esanti infekcija, kuri einanti iš nosies, burnos ir nosiaryklės, todėl gydant minėtus tuštymus

i galima išvengti. Ascendentinė infekcija einanti iš pačios skrandžio žaizdos. Jos staigus išsirūtuliavimas einąs staiga pasireiškiant kliniškiems žaizdos reiškiniams ir karščiui. Infekcija iš žaizdos patenkanti į viršutinę pilvo tuštymo dalį, toliau į dijafragmos lymfinę systemą ir per ją nukeliaujanti į plaučius. Šitas ėjimas esąs eksperimentiškai patikrintas.

Plaučių židiniuose skrandžio žaizdos atveju randama daug enterokokų. Bijologiškai įrodomas greitas infekcijos plėtimasis, padaugėjant baltųjų kraujo kūnelių kraujuje. Kaikuriais atvejais sumažėja balt. kraujo kūnelių, bet tik padaugėjant polynuklearams. Plaučių susirgimai pasitaiką beveik 40% skrandžio operacijų. Norint šitai išvengti, ligonis reikiąs prieš operaciją aktyviai imunizuoti. Imunizuojama į odą su peptono emulsija, laisva nuo pyocyaneus'o, strepto-stafilo-pneumokokų ir Pfeiffer'io lazdelių. Esant pozityviai skiepijimo reakcijai, imunizuojamasis skiepijimas esąs su „Lysatimpfstoff" (per pyocyaneus ištirpytas plaučių komplikacijų sužadintojas) pervestas ir tik su $^1/_4$, $^1/_2$, paskui su 1 kb. cm. 8 dienas. Skiepijimo reakcija po 8 d. daugiausia neigiama. Jei jos nėsą, tai einanti nauja skiepijimo eilė. Tarp 3—6 d. skiepijimo atsirandanti hyperleukocytozė, kuri nuo 8—10 dienos didėjanti, drauge pasidarant neigiamam bandomajam skiepijimui, kas rodą imunizaciją

Ligonis, mažėjant baltiesiems kraujo kūneliams, neturįs apsaugojamųjų medžiagų, todėl esąs sužalotas. Su skiepijamuoju gydymu buvusios plaučių komplikacijos skrandžio operacijų atveju numuštos nuo 39,4% iki 22,6%. Mirtingumas dėl plaučių komplikacijų nukritęs nuo 9,6% iki 0%.

T. Šiurkus.

7. P. Niehaus (Montreux): **Naujos pažiūros apie prostatos hypertrofiją.** („Lancet." 1936 m. 230, 307).

Jau 1928 mt. Verf uždėjęs lygatūrą tarp epididymis ir testiculus, kaip kad savo laiku Steinach'o buvę daryta lytinių liaukų endokrininei funkcijai pakelti, ir tuo būdu ne mažiau kaip 400 ligonių, turinčių prostatos hypertrofiją, pagiję.

Šita operacija buvusi padaryta vietinėje anestezijoje be skausmo, ir po jos ligoniai jokių nemalonumų nejautę. Visais atvejais, kai nebuvę infekcijos, gydymas trukęs apie 10—12 dienų su 0% mirtingumo. Kadangi minėtoji operacija nepavojinga, todėl patartina pradžioje sutrikimų, gautų dėl prostatos, kol dar prostatektomija nedarytina. Ji galima daryti profylaktiškai prieš endokrininius senatvės pakitimus ir tuo būdu prasidėjusi prostatos hypertrofija pranykstanti. Todėl Steinach'o lygatūra II galinti atpalaiduoti didelį skaičių prostatikų kviekvienu senyvo amžiaus laikotarpiu nuo kentėjimų be šoko, skausmų, kraujo netekimo arba gyvybei pavojaus. Uždarius išvedamuosius takus, sėklinio epitelio ir intersticinių Leydig'o narvelių hormonai pro tunica albuginea porus esą nuvedami į testiculus apsupančias venas ir toliau į visą kraujo apytaką. Labai svarbu esą kiek galint arčiau prie caput epididymis uždėti lygatūra ir nesunaikinti albuginea ir testiculus nereikalingai tempiant, kad nebūtų sutrukdytas hormono nutekėjimas su kraujo srove.

T. Šiurkus.

UROLOGIJA.

8. A. Fischer (Berlynas): **Zur Behandlung d. Cavernitis chronica urethrae.** (Apie cavernitis chron. urethrae gydymą) („Z. Ur. Chir." XL. H. 1).

Šita reta liga susirgęs 27 metų amž. vyriškis. Prieš 1½ metų post coitum pastebėjęs kraują ištekant iš uretros. Prieš dvejus metus vedęs. Žmonos makštyse buvęs antikoncepcinis pessarium'as, kuris retai buvęs mainomas. Toliau po kiekvieno coitus'o pasirodydavę iš uretros kraujo ir truputis gleiviškos sekrecijos. Po 3 mėnesių in glande penis iš dešinės nuo orif. ext. pasidaręs žirnio didumo sukietėjimas, visiškai neskaudamas. Gydytojas paskyręs tepti. Infiltratas in glande penis iš oro susiopavęs ir paskui užgijęs. WaR. — neig.; gonorėjos nėsą.

Praėjus pusei metų, šlapimų srovė pakitusi ir suskilusi. Kartais būdavęs juntamas deginimas besišlapinant ir pasirodydavusi gelsva, valkšni sekrecija. Praplovimai pagal Jannet'ą. Nusiskundimų pranykimas. Praėjus ¾ metų, atsiradęs sukietėjimas iš apačios in radice penis, išsiplečiąs į viršų ir į apačią. Skausmai coitus'o metu. Gydymas diatermija ir bužavimu. Elastingus bužus pakeitus metaliniais, vėl atsiranda kraujas ir skausmai. Tenezmai ir pollakiuria. Srovė blogėjusi. Penis sutinęs. Praeputium'o nebuvę galima užsmaukti. Kompresai negelbėję. Universiteto odos klinikoje rentgenoterapija ir remunėlių bei NaCl kompresai. Kartotinė WaR.-neigiama; venerinės infekcijos nėsą. Priimtas į prof. Lichtenberg'o urologinį skyrių.

St. praes. Oedema penis et glandis. Paraphimosis. Corpus cavernosum urethrae per visą ilgį sustorėjęs ir sukietėjęs; vietomis neskaudami standūs infiltratai. Šlapimai išeiną tiktai labai įsitempus. Visas penis sulinkęs į viršų. Iš orif. urethrae ext. — gelsvai gleiviška sekrecija. Corpus cavernosum penis — minkštas ir nieko ypatinga neatvaizduojąs. Visi kiti tyrimo duomenys — normalūs. Tiktai urografuojant konstatuojama nedidelė stazė kairiajame ureteryje.

Operacija: kystostomia vietinėje anestezijoje. Penis'o sutinimas atslūgęs, sekrecija sumažėjusi. Kompresai. Tepalas. Iontophoresis (= vaistų įdavimas pro odą galvaninės srovės pagelba. Ref.) su kal. jodatum. Šlapinimasis visą laiką per fistulam suprapubicam. Atsargus uretros ir pūslės praplovimas. Diathermia intrarectalis. Po 4 mėn. išsirašė. Penis normalus. Glans kietesnis negu normaliai. Orif. externum urethrae kraštai induravęsi. Corpus cavern. penis — normalus. Praeputium laisvai judamas. Nélatonas 14 nr. lengvai praeinąs; stiktūros nėsą.

Čia būta uretros gleivinės traumiškų pakitimų, kurie coitus'o metu kiekvieną kartą atsinaujindavę ir infekuodavęsi, pereidami į corpus cav. urethrae. Šlapinimasis ir coitus sukėlę oedema penis, kuris milžiniškai padidėjęs. Šitas susirgimas nesumaišytinas su induratio penis plastica, kurios etijologija dar nežinoma; pastaroji liga nereta, ji lokalizuojantisi jungiamajame audinyje corporis carvernosi ir septum'e.

Toliau 2 kartu per savaitę iontothermia (iontophoresis + diathermia). Ligonis pasitaisęs, šlapinąsis be skausmų, penis normalaus didumo, sukietėjimas nežymus. Gavus tokių padarinių, fistula suprapubica buvusi likviduota. Josios padarymas esąs pagrindinis dalykas šitam susirgimui likviduoti.

Nustatant cavernitis chron. urethrae dijagnozę, reikią diferencijuoti nuo induratio penis plastica, tumor ir lues.

T. Goldbergas.

AKUŠERIJA IR GYNEKOLOGIJA.

8. G. Frommolt (Hallė): **Ketzerisches zur Frage der Bluttransfusion bei der Behandlung der Extraueterin gravidität.** (Herezija klausyme apie kraujo transfuziją graviditas extrauterina atveju) („Zbl. G." 1936 m. 24 nr.).

Iš darbo sąlygų didelėje gydymo įstaigoje su jos greito operacinės pagelbos suteikimo galimumais ir patogumais persikėlus į mažą ligoninėlę, pirmu pamatymu atrodą, kad pastarojoje kartais nėsą galima suteikti viso to, kas reikalinga ligoniui skubiai pagelbėti ir paskutinis dėl to turįs žūti. Autorius, kankinamas šitų minčių, joms patikrinti ryžęsis ištirti suteikiamos graviditas extrauterina atveju pagelbos statistiką. Jo įstaigos (mažos ligoninės) 8-erių metų medžiaga apimanti 126 graviditas extrauterina atsitikimus, kuri davusi 3,97% mirtingumo. Pusėje atsitikimų operacijos metu buvę vartojami tiktai excitantia; 15 atsitikimų operacijos metu buvę suleista po oda fyzijologiško druskos skiedinio; 9-iems šitų ligonių, be to, ištekėjusis kraujas atgal buvęs suleistas su

klyzma; likusieji 55 ligoniai atgal gavę savo kraują per rectum ir excitantia. Palyginimui paimtoji didelės klinikos statistika (4.354 atsitikimai) rodanti 5,05% mirtingumo. Visais šitais atsitikimais buvusi pavartota kraujo transfūzija, tačiau neaišku, ar tiktai ypatingai sunkiais atsitikimais. 21 autoriaus, pritaikusio kraujo reinfusio in venam (3.650 atsit.), buvęs gautas mirtingumas = 3,7%. 12-os autorių (1.194 ats.), netaikusių svetimo kraujo transfuzijos, mirtingumas buvęs lygus 2,85%, ir 11-os autorių, taikusių kraujo transfuziją tiktai ypatingai sunkiais atvejais (1.731 ats.), mirtingumas buvęs = 4,8%. Autorius daro išvadą, kad tiek pagal statistiką, tiek jo paties patyrimu kraujo transfuzija, kuri būdavusi daroma nuo operacinio stalo nuėmimo metu esant silpnai ligonei, kad būtų padaryta viskas, kas galima, ne tiktai ne pagerindavusi, bet dar pablogindavusi jos būklę, neapsaugodama nuo mirties. Tokių pačių padarinių gaunama ir kitų kraujo netekimų atvejais, k. a.: placenta praevia, atonia uteri atveju. Autorius kalba išimtinai apie betarpišką blogą transfuzijos efektą, paaiškinamą ne blogu donnor'o parinkimu, bet pačiu kraujo veikimu, dar mums visiškai nesuprantamu. Savaime suprantama, kad juo organizmas labiau nusilpnėjęs, tuo blogiau jis pakeliąs šituos nesuprantamus poveikius. Autorius nekovojąs prieš transfuziją, kuri puikiai gelbsti, pav., nukraujavusius vyriškius ir kitų ligų atvejais. Bet pataria saugotis jos kaip priemonės „ultimum refugium". Jeigu kraujo transfuzija iš tikrųjų būtų gera, „paskutiniausia priemonė", tai taikusieji ją autoriai esą turėtų patiekti statistiką, žymiai viršijančią gerais padariniais, kitų autorių statistikas. Laiku padarytoji, t. y. operuotajai dar tebesant geroje būklėje, šitokia transfuzija, pripildydama kraujo systemą, esą turėtų duoti geresnių padarinių negu paprastas fyzijolog. druskos skiedinys. Tačiau šitame ligos perijode ji retai vartojama, nes tuomet pakanką paprastų gydymo metodžių, o donnor'as nevisuomet greitai galima surasti. Antra vertus, 300 kb. cm. kraujo transfuzija padengianti tiktai $^1/_5$—$^1/_{10}$ dalį erytrocytų nuostolio tubos trūkimo atveju. Geresnė ligonės išvaizda po transfuzijos teippat nereikią priskirti jai, bet eterio in narcosi veikimui. Mirtingumo skaičiai graviditas extrauterina atveju pagerėsią tiktai tuomet, kai būsianti nustatyta tiksli ir skubi dijagnozė. Geriausias tam įrodymas esąs paskutinis N o g a r a (iš Milano chirurginės poliklinikos) darbas, kur esą nurodyti faktai ilgo tokių ligonių klaidžiojimo nuo naminio gydytojo apžiūrėjimo iki tikros dijagnozės nustatymo. Šitas sugaištas laikas ir nulemiąs prognozę, nes su šituo susijusį kraujo netekimą jokia transfuzija neatpildysianti ir greičiau dar pabloginsianti padėtį. Neaiškios dijagnozės atveju nereikalingoji laparotomija nepakenksianti, net jei ji yra bandomoji. *T. Goldbergas.*

ODOS IR VENER. LIGOS.

6. S e l l e i: **Fermenttherapie zur Behandlung der Dysfermentosen mit besonderer Berücksichtigung der Sklerodermie.** (Fermentinė terapija dysfermentozei gydyti, atsižvelgiant ypatingai į sklerodermiją) („Derm. Woch". 1936 m. 17 nr.).

A. F e r m e n t a i.

1. a) Nevirintas p a n k r e a s (kasdien po 100—150 gr.); b) p a n k r e o n'o tabletės (8—10 tabl. 1 valandą prieš valgį) kartu su c) d u o d e n u m'o tabl. (duothelin Richter) (3 kartus per dieną po 1 tabl.); d) d r u s k o s r ū g š t i s + p e p s i n a s

Pankreas turi būti smulkiai sumalta ir paruošta su žaliomis daržovėmis, prieskoniais, kaip kad cibuliais, pipirais ir t. t.

Be to, kartu dar skirtina pankreas'o preparatų injekcijomis (3 kartus per savaitę, iš viso 20—30 injekcijų). Po 6—8 savaičių pereinama nuo pankreas'o į kepenų dijetą.

2. Nevirintos k e p e n y s (po 100—160 gr. pro die). Parengti kaip priešpiečiai; kaip pankreas 1 val. prieš valgį paskirti 4—5 tabl. kepenų

preparatų. Pirmą savaitę kasdien, paskiau 3 kartus per savaitę campolon'o injekcijos.

Kartu skiriami:

B. Katalizatoriai.

Ferrum reductum po 0,5×3 kartus per dieną arba acrodermatitis atroficans atvejais Hg piliulės per 2 savaites, paskiau vėl geležis. Toliau čia įeina aurum (kaip antai, aurojacol 10 injekcijų arba solgonal aliejaus suspensijoje intramuskuliariai pagal paskyrimą).

C. Vitaminai.

C-vitaminai esti su žaliomis pankreas'o arba ir su metaliniais katalizatoriais kartu skiriama citrinų sulčių forma (3—4 citrinos per dieną), apelsinų, žalių daržovių, šviežių vaisių. Šalia to ir kiti vitaminai.

Preparatai esti skiriami tuo pačiu laiku: žalios pankreas, pankreas'o tabletės, duodenum'o tabletės, druskos rūgštis su pepsinu, pankreas'o injekcijos, metaliniai katalizatoriai + C-vitaminai. Paskiau po minėto laiko vietoje pankreas'o skiriamos kepenys su C-vitaminais etc. Toliau vėl iš naujo.

Sklerodermijoje nors pankreas'o liauka kaip pagrindinis vaistas traktuojama, tačiau esą negalima užmiršti ir kitų fermentų. Jie privaloma visuomet skirti šviežiai (nevirinti) ir pakankamu kiekiu, per daugelį mėnesių.

Kitose dysfermentozėse privaloma fermentinėje terapijoje tų pačių taisyklių laikytis. Sklerodermijos gydymas rentgenu, chloretyliu, jodo garais ir t.t. kartu su fermentine terapija netaikomas. *Gulbinas.*

7. E. I. Gourvitsch: **Sur la clinique, la pathogénie et le traitement du pityriasis rosé de Gibert.** (Gibert'o pityriasis rosea klinika, patogenezė ir gydymas) („Ann. Derm. Syph." 1936 m. 5 nr.).

Autorius, surinkęs 85 pityriasis rosea atsitikimus, pastebėjęs, kad 41,1% susirgę tuojau išsimaudę pirtyje ar vonioje. 42,3% turėję labai ryškius prodromus, k. a.: bendrą suglebimą, galvos skaudėjimą, šalčio krėtimą, t°-ros pakilimą ir t. t. Vienas ligonis apsirgęs apsivilkęs šviežiai išplautus baltinius. 4 atsitikimais ligoniai apsirgę piršto panaritium'o metu. Recidivas stebėtas tik vienam ligoniui. Grybelių nerasta nei pas vieną iš 85 ligonių. Autorius 55 ligoniams padaręs strepto- ir stafylokokinių vakcinų intradermines reakcijas ir gavęs šiuos padarinius: streptokokinė vakcina davusi 51 teigiamą ir 4 neigiamas reakcijas; stafylokokinė vakcina davusi 5 teigiamas ir 50 neigiamų reakcijų. Teigiamos streptokokinės vakcinos reakcijos galima buvę gauti praėjus 2—12 mėn. po pagijimo, o vienu atsitikimu — net praėjus 5 metams. Autorius, pasirėmęs šitais duomenimis, teigia, kad pityriasis rosea esanti streptokokinės infekcijos, išėjusios gal būt iš tonsilių, padarinys.

Šitai ligai gydyti netinką stiprūs tepalai su ichtyoliu, salicyliu, alkoholiu; o reikią vartoti indiferentiški tepalai, milteliai, į vidų duoti natrii salicylici po 0,5 3 kartus per dieną. Autorius šitą ligą gydąs sterptokokine vakcina po 0,5 — 1,0 po oda kas 3—4 dienos; paprastai ligoniai pagyją po 3—4 injekcijų. *Br. Sidaravičius.*

AKIŲ LIGOS.

8. J. Sobański (Varšuva): **Die Entlastungstherapie des tabischen Sehnervenschwundes.** (Lengvinamoji tabinės optinio nervo atrofijos terapija) („Klin. Monatsbl. f. Augenheilk". 1936, Bd. 97, Juli, p. 1).

Tabinės optinio nervo atrofijos patogenezę autorius sieja su disharmonija, kuri tabese itin dažnai atsitinkanti tarp akispūdžio ir dijastolinio kraujospūdžio centrinėje tinklainės arterijoje. Kai dijastolinis kraujospūdis pasidaro relatyviai peržemas, tuokart pasunkėjanti kraujo apytaka tinklainėje, pablogėjančios nervinių tinklainės elementų mitimo sąlygos ir imąs vysti optinis nervas.

Normalus dijastolinis centrinės arterijos kraujospūdis, autoriaus tyrimais, yra 48 mm. Hg. Tabese jis dažnai krinta iki 28—30 mm. Hg (ran-

kos arterijos iki 55—65 mm. Hg). Jam tenką nugalėti akispūdis, kuris normalus esti vidutiniškai 18—24 mm. Hg, bet ir 28—30 mm. Hg dar nėsąs būtinai patologiškas. Kadangi šito aukščio dijastolinis kraujospūdis ir akispūdis, be to, dar per dieną gerokai svyruoja, tai galį atsitikti, kad ilgesnį ar trumpesnį laiką kraujas dijastolės metu vos bepajiegia arba ir visai nebepajiegia prasiveržti į tinklainę, ir jos mitimas genda. Todėl tabinei optinio nervo atrofijai gydyti visų pirma reikią, pasak autoriaus, palengvinti kraujo apytaka tinklainėje; tatai galima pasiekti dvejaip: arba numušus akispūdį, arba pakėlus kraujospūdį. Akispūdis numušti lengviau, tad nuo jo ir reikią pradėti, o palengvinus kraujo apytaką tinklainėje, galima imtis ir antisyfilinio gydymo. Remdamasis savais prityrimais, autorius pataria šitokį prasidėjusios ir progresuojančios optinio nervo atrofijos gydymo planą: Iš pradžių autorius duoda pilokarpino ($^1/_2$—2%) vakare, prieš einant gulti, lašintis kas valanda 1—3 kartus. Po kelių dienų, akispūdžiui kritus kokiais 6—8 mm., autorius, nenustodamas vartojęs pilokarpino, kraujospūdžiui pakelti pradeda tonizuojamąjį gydymą strychnino injekcijomis, kasdien po 0,001 (12 injekcijų), paskui po 0,002 (12 inj.). Po to, jei akispūdis žemesnis kaip 14 mm. Hg, aut. pradeda specifišką kombinuotinį gydymą: per I savaitę 2 injekcijas bismuthi chinin. jodati po 3,0 cm³. i. m. ir kasdien po 1 inj. hormotonin'o (Klawe); po to kas savaitė viena inj. neosalvarsano, būtent 4—6 inj. po 0,15 gr., paskui po 0,3 gr., iki iš viso bus suleista 3—3,5 gr. Tuo pačiu laiku nenutraukiama tonizuojamoji terapija: po 8 injekcijų hormotonino eina 2 dienų pertrauka, paskui 6—12 inj. (kasdien) strychnino po 0,002 gr., paskui vėl 8 inj. hormotonino, po 2 dienų pertraukos vėl strychninas po 0,003 gr. ir trečia hormotonino injekcijų serija, paskui iki 13-tosios savaitės galo kas antra diena strychnino inj. po 000,2 gr. Visą laiką akispūdis turįs būti mažesnis kaip 14 mm. Hg. Jei akispūdis iš pačių pradžių nesidavė numušamas arba jei jis, kad ir pakankamai nukritęs, kartkartėmis kilsteli iki 16—20 mm., tai aut. pataria ilgai nelaukiant daryti operaciją. Varšuvos klinikoje tuo reikalu daroma ciklodializė, kuri, prireikus, ir atkartojama. Autoriui tekę kartoti iš 37 šiteip gydytų ligonių tik dviem. Pabaigus specifiško gydymo kursą, daroma 3—4 mėnesių pertrauka, kurios metu vis dar tęsiama tonizuojamoji terapija, būtent su 1—2 savaičių pertraukomis duodamas strychninas (apie 12 injekcijų per 2 savaites), neurotoninas, hormotoninas arba triplex quadroton ir kt. Ir vis žiūrima, kad akispūdis laikytųsi ne aukščiau kaip tarp 10—16 mm. Hg. Ir bendrinis režimas turi prisidėti kraujospūdžiui pakelti; todėl patariama: pasivaikščiojimai, gimnastika, masažas, elektroterapija, nedraudžiant stiprios kavos, arbatos ir, kas papratęs, stiklelio alkoholio po pietų, tačiau draustinas betkuris ekscesas. Šitokios terapijos vaisius galįs būti kartais didelis pagerėjimas, bet ne restitutio ad integrum, nes nervinės skaidulos tikta apvytusios tegalima atgauti, o visiškai nuvytusių nebeatgaivinsi.

Kadangi energingas specifiškas syfilio gydymas alina ligonį, numuša jo bendrinį ir lokalinį kraujospūdį ir kelia pavojų optinio nervo atrofijai užsikurti arba jau pirmiau prasidėjusiai ūmai progresuoti, tai autorius pataria prieš pradedant kiekvieno syfilitiko gydymą ištirti dijastolinį rankos arterijos ir centrinės tinklainės arterijos kraujospūdį. Jei pirmasis bus žemesnis kaip 75 mm. Hg ir antrasis žemesnis kaip 42 mm. Hg, o akispūdis bus 20—24, tai reikalinga profylaktinė lengvinamoji terapija: iš pradžių pilokarpinas ($^1/_2$—1% 1—2 kartus prieš gulant), po 2—3 dienų, nemetant pilokarpino, pradėti strychnino injekcijos (12 po 0,001 ir 12 po 0,002), vėliau 14 injekcijų hormotonino kas antra diena. Po šitos serijos galima vėl grįžti prie strychnino. Specifiškas gydymas galima pradėti ne anksčiau kaip po 5 dienų profylaktinės terapijos. Pabaigus antisyfilinio gydymo kursą, kuris turi susidėti iš 20 bismuto injekcijų ir iki 4 gr. neosalvarsano, jei kraujospūdis neperžemas, strychninas galima paliauti vartojus. O pilokarpinas galima mesti tik įsitikinus, jog akispūdis nepakyla aukščiau kaip 20 mm. Hg. Prieš ir per kiekvieną paskesnį specifiško gydymo kursą reikia vėl atkartoti tokia pat profylaktinė lengvinamoji terapija.

Prof. P. Avižonis.

NERVŲ IR PSYCHINĖS LIGOS.

2. Prof. V. A. Giliarovskii (Moskva): **Pagrindiniai principai šizofrenijos gydymo problemoje.** („Klin. Med." 1936 m. 2 nr.).

Šizofrenija esanti susijusi su giliais ir visai nepašalinamais nervų systemos ir viso organizmo pakitimais. Kaip nėsama vienodumo šitos ligos klinikoje, teip negalį būti ir vienodos jos gydymo metodės. Vartojamos erzinamoji terapija (proteinoterapija, maliarinė terapija ir jos pavaduotojai — sodoku, pyrifer'is, sulfosin'as), sympathicus'o hypotonijos atveju — calcium intra venam, ir ypačiai metodės, turinčios tikslą pakelti oksidacinius procesus — poodiniai O_2 įpūtimai, karštos vonios su sekamais įvyniojimais, insulinas po oda, nes seniai pastebėtas šizofrenijoje oksidacinių procesų sumažėjimas. Tačiau, nežinant šizofrenijos esmės, sunku veikti ji; ypačiai sunku paveikti tai, kas laikoma pagrindiniu šitoje ligoje — įgimtas tam tikrų smegenų systemų silpnumas.

Ant šito „pagrindinio" fono atsirandą vaizdai, jau labiau prieinami mūsų įsikišimui. Smegenų pakitimai, iš vienos pusės, somatiniai — iš antros, teip tariant: centras ir periferija — esą kartu vienas kompleksas. Ne tiktai centras turįs įtakos periferijai, bet ir atvirkščiai: veikiant somą, galima paveikti smegenų pakitimai. Jacob ir Donssinet savo monografijoje Laignel-Lavastine „Pathologie du sympatique" priėję įsitikinimą, kad visceraliniai pakitimai vaidiną didelį vaidmenį nervų-psychikos sutrikimų genezėje. Jie rekomenduoja pilokarpiną su adrenalinu katatoniškais šizofrenijos stvejais ir ezeriną didelės depresijos būklėse. Čia kalbama ne apie šizofrenijos gydymą apskritai, bet apie tam tikras atvejų grupes, pasižyminčias tam tikrais ypatumais. Pav., šizofrenija esant pikniškam sudėjimui, kitais žodžiais — esant cyklojidiškai konstitucijai, turinti palankesnę eigą, nes pagrindinis procesas čia einąs gerai jį veikiančių chemiškai bijologiškų procesų sąlygose. Jei statomas klausymas apie šizofreniko chemiškai bijologiškų procesų nukrypimą į cyklojidiškumo pusę, tai reikią iškelti esmingiausi jo požymiai. Tokiu požymiu pav., esąs geras širdies bei kraujo indų išsirūtuliavimas su geru kraujo tiekimu smegenims. Dar Meinert ir jo pasekėjai atkreipę dėmesį į šitą kraujo indų momentą ir mėginę išaiškinti manijakalinę būtį smegenų hyperemija, o melancholiją — smegenų anemija. Šitame esanti ta tiesos dalelė, kad tam tikras kraujo indų išsiplėtimo ar susiaurėjimo laipsnis esąs apskritai vegetacinių pakitimų rodikliu, su bendru organizmo chemizmo susijusių sympatinės ir parasympatinės nervų systemų padariniu. Šizofrenijoje jau seniai esąs pastebėtas širdies-kraujo indų systemos nepakankamumas, k. a.: siauri smegenų kraujo indai, anemiška smegenų daiktybė. Jeigu gi dirbtinai būtų sukelta smegenų hyperemija, tai būtų galima tikėtis pasiekti ir didesnis bijologiškų procesų aktyvumas. Autorius pirmesniuose savo darbuose jau nurodęs, kad infekcijoms (dėmėtajai šiltinei, maliarijai) būdinga sukelti cirkuliarinio typo manijakaliniai priepuoliai ir sukelti atitinkamai šitam typui medžiagos apykaitos nukrypimai. Gal būt šituo būdu ir aiškinama kartais gera dėmėtosios šiltinės maliarijos įtaka šizofrenijos eigai. Kitais gi atvejais infekcija aktyvuojanti tą toksišką procesą, kuris esąs siejamas su šizofrenijos esme. Teoriškai indikuotina paveikti viršutiniai kaklo sympatiniai mazgai smegenų hyperemijai sukelti.

Žinoma, dalykas ne vienoje tiktai hyperemijoje; šizofreniko oksidaciniai procesai teippat esą sumažėję. Palyginti gerą eigą turinčios teippat ir šizofrenijos katatoniškos formos. Žinoma, kad tormozuoto šizofreniko sveikata kartais pagerėjanti po psychinės traumos. Negalima neigti, kad mėginimas šizofrenikus gydyti išgąsčiu tam tikra prasme esąs pagrįstas. Baimės būklę lydį tam tikri chemizmo pakitimai, kurie ir galį nukreipti ligą gerojon kryptin. Iš esmės tatai būsianti šoko terapija. Čia priklausąs ir gydymas insulinu etc. Gal būt čia priklausąs ir gydymas spazmogeniniais vaistais (daugiausia kamforos injekcijomis), pasiremiant stebėjimais, kad šizofrenija, pasireiškianti mėšlunginiais priepuoliais, turinti geresnę eigą.

Mūsų jau sakyta, kad „normalios“ smegenys kitaip reaguojančios į šizofreniją negu „šizofrenikų“ smegenys. Normalios smegenys duodančios dažniau delirijas, „šizofrenikų“ gi smegenys duodančios delirijas tuo rečiau, juo procesas senesnis. Jeigu gi šviežias šizofrenikas reaguojąs delirijomis į egzogeninę infekciją, tai dėl to pati šizofrenija pagerėjanti. Šituo pagrįsti mėginimai gydyti šitą ligą haliucinogeniniais preparatais (belladona, atropin, cannabis indica, mescalin). Gydymas haliucinogeniniais vaistais parodytas tiek pat, kaip ir preparatais, sukeliančiais katatoninio stupor'o būklę. Visų šitų mėginimų pagrinde esanti ta pažiūra, kad šizofrenikų kraujuje cirkuliuoją nuodai, kuriems reikią duoti išsikrauti, panašiai, kaip kad tat įvykstą su epileptikais, kurie po priepuolio jaučiąsi esą sveikesni ir kurių šlapimų toksiškumas po priepuolio esąs sumažėjęs. Šita organizmo dezintoksikacija esanti visos systemos poveikių dalis, kurie sudaro organizme su šizofrenija mažai koreliuojančius vegetacinius syndromus. Čia priklausą ir dirbtinė smegenų hyperemija (dijatermija, ultravijoletinės bangos), kraujo perpylimas ir t. t. Esama pagrindo manyti, kad pageidaujamas šizofreninio proceso perstatymas atitinkamais atvejais esą galima pasiekti ilgai trunkančiu miegu. *I. Skliutauskas.*

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Maliarijos gydymas atebrinu.**

Blėz ir Saimions 21 ligoniams, sergantiems maliarija, pavartoję gydymą preparato „atebrin musonate“ intramuskulinėmis injekcijomis. Vienoje ampulėje esą 0,125 atebrino. Davinys: 1—3 ampulės — intramuskulinėms injekcijoms ir 1 ampulė — intraveninėms injekcijoms. Atebrino terapinės dozės, įvestos intramuskuliškai, nedavusios nei toksinių nei kitokių pašalinių reiškinių. Vienkartinė 0,375 atebrino injekcija kartais duodavusi nuostabų efektą, bet paprastai po keleto dienų įvykdavęs recidivas. Dvi injekcijos po 0,375 su 24 val. protarpiu karštį numušdavusios per 48 val., o belytės parazito formos išnykdavusios iš periferinio kraujo per 4 d. Recidivų negauta. Tačiau gametų atebrinas nesunaikindavęs. Autorių nuomone, atebrinas esąs vertinga priemonė kovai su maliarija, tačiau dar esą reikalingi tolimesni stebėjimai. („Ind. Med. Gaz.“ 1935. IV).

J. St.

×**Podagros priepuolio išprovokavimas.**

Lokki ir Gubbart, pastebėję, kad, paskyrus riebalinę dijetą, žmogaus kraujuje susitelkią žymiai daugiau šlapimrūgštės negu normaliai ir kad podagrikams, liovusiems vartojus riebalinę dijetą, šlapimrūgštės kiekis kraujuje mažėjąs žymiai lėčiau, negu kad normaliems subjektams arba sergantiems kitais sąnarių susirgimais asmenims, siūlo podagros priepuoliui išprovokuoti šį būdą: įtariamiems podagros atžvilgiu ligoniams skiriama dijeta, turinti 250—350 gr. riebalų, 50 gr. proteinų ir 30 — 50 gr. angliavandžių; jeigu, per 5—7 d. vartojus šitą dijetą, išsirūtuliuosią sąnarių skausmai arba paaštrėsią jau esami skausmai, tai būsią pagrindo įtarti podagrą esant. („J. Am. m. Ass.“ 1935 m. 104 t.).

J. St.

× **Podagra — alerginė liga.**

Gudzent, specijaliai studijavęs sąnarių skausmus, pastebėjo, kad vienam podagrikui, kuris gerai pakeldavęs mėsišką dijetą, skausmai paaštrėdavę, kiekvieną kartą pieno išgėrus. Daugelio ligonių ligos istorijose autorius rasdavęs, kad podagros priepuolis dažnai buvęs susijęs ne su šlapimrūgštės kraujuje susitelkimu, bet su organizmo reakcija į kažkurį specifišką toksiną. Daugelis šitų ligonių teigiamai reaguodavę į odos mėginius su žuvim, pienu, kiaušiniu ir kt. test'us (jiems iškildavusios pūkslės). Metabolitų, dijetos ir alergijos įtakos studijavimas ilgainiui turėsiąs nušviesti podagros etijologiją. („D. med. Woch.“ 1935 m. 34 nr.).

J. St.

× **Apie podagros patogenezę.**

Talbot, Jakobson ir Oberg tyrė elektrolytų svyravimus įvairiose podagros stadijose. Vienas ligonis per 22 mėn. turėjęs 50 ūminės podagros priepuolių, iš kurių 22 priepuoliai išsirūtuliavę tuo metu, kai jis laikęsis atitinkamos dijetos. Autoriai, dar nėsant jokių objektingų ar subjektingų podagros reiškinių, jau stebėdavę pakilusią dijurezę, lydimą natrio ir chloro neigiamo balanso. Padidėjus dijurezei, sustiprėdavęs kalio, kalcio, ammonio, titruojamos rūgšties, fosfatų ir uratų išskyrimas. Gal būt, padidėjusią dijurezę sukeliąs laikinis purininės apykaitos sutrikimas. Žinoma, kad kaikurios purininės substancijos pasižyminčios savumu parodyti dijurezišką veikimą; gal būt jos ir susitelkiančios organizme prieš podagros priepuolį. („J. Clin. Javest." 1935 m. 14 t.). *J. St.*

× **Poliomyelitis ir encephalitis gydymas ephedrin'u.**

Toksinai, atsirandą sergant ūminiu poliomyelitu, kaip kad ir kiekvienu ūminiu įdegiminiu procesu, sukelią arterijolių ir venulių susitraukimą, dėl ko įvykstąs kapiliarų išsiplėtimas su sekamu jų spazmu ir oedema. Šita oedema sutrikdanti stuburo smegenų funkciją ir paralyžiuojanti ar nualinanti denervuojamus raumenis. Tuo būdu gydytojo uždavinys esąs perspėti muskulatūros ėdemą ir išsekimą. Roil'io stebėjimais tam reikalui labai tinką maži ephedrin'o daviniai, kurie, sukeldami kapiliarų susitraukimą ir tuo būdu išplėsdami arterijoles ir venules, tuo būdu perspėją denervuojamų raumenų išsekimą. Ephedrin'as Roil'io pavartotas gydyti 4-iems vaikams, sergantiems ūm. poliomyelitu, davęs puikių vaisių. („Med. J. Australia". 1935 m. 16 nr.). *J. St.*

× **Migrenės gydymas gynergen'u.**

Paskutiniais metais patirtas puikus gynergen'o (ergotaminum tartaricum) veikimas migrenei. Šitas preparatas gana gerai pakeliamas, nors po jo įvedimo neretai pasireiškiąs vėmimas. Migreniniai galvos skausmai paliaudavę, praėjus 15—20 min. po intraveninės injekcijos 0,5—1,0 gr. gynergen'o.

Pul, van Starch ir Lennox, ištyrę gynergen'o fyzijologišką veikimą ligoniams ir sveikiems, įsitikino, kad jisai sulėtinąs pulsą, pakeliąs kraujospūdį ir stuburo smegenų skysčio spaudimą. Iš jų gydytų 15 ligonių, sirgusių migrene, pagiję 12. Migrenės jiems pranykimas negalima išaiškinti vien tik stuburo smegenų skysčio spaudimo pakitimais ar kraujo apytakos sutrikimais. Autorių stebėjimai nepatvirtinę esamos pažiūros, kad migreniniai galvos skausmai esą susiję su smegenų indų spazmu ar intrakaukolinio spaudimo pakitimais. („Arch. Inter. Med." 1936 m. 1 nr.). *J. St.*

× **Parkinsonizmo gydymas.**

Vuit aprašo šį, taikomą Girsau sanatorijoje (Olandijoje), parkinsonizmo gydymo būdą:

Iš ryto ligonis sodinamas į apyšilčią vonią, kurioje atlieka įvairiausius savo kūno narių pasyvius judesius; po vonios jam daromas bendrinis masažius. Po to ligonis ilsisi. Vakare jam duodama sol. atropini sulphur. 0,5% 0,25. Kitą dieną šitas atropino davinys padvigubinamas, o trečią dieną — patrigubinamas. Praėjus 3 dienoms, šitas davinys duodamas 3 kartus per dieną (6 val., 14 val. ir 22 val.). Sausumas gerklėje nėsąs kontraindikacija daviniui padidinti. Pasireiškus galvos svaigimui, karščio jutimui, širdies plakimui ir gastritiniams reiškiniams, atropino davinys ne didinamas, bet duodamas paskutinis davinys iki visiems šitiems reiškiniams išnykstant. Maksimalinis atropino davinys galįs būti įvairus įvairiems individams. Kartu taikomos ir fyzinės gydymo metodės, k. a.: vonios, masažas, aktyvi ir pasyvi gimnastika ir fyzinis darbas. Šiteip gy-

dant parkinsonikus, pirmiausia jiems pranykstą vegetacinės nervų systemos reiškiniai (k. a., seilėtakis ir ašaravimas, gausus odos riebalų išsiskyrimas), o teippat raumeninio tonus'o sutrikimai (raumenų rigidiškumas, sulėtėjusi eisena ir kalbos netaisyklingumas). Visų vėliausiai išnykstą nesavaimingi judesiai (tic ir tremor) ir psychikos sutrikimai (gaištamumas, apatija, galvojimo užtrukimas, depresinės psychozės). Pasak autoriaus, optimalinis atropino davinys esąs tas, nuo kurio išnyksta judinamosios sferos sutrikimai, o ypačiai raumenų tonus'o pakitimai.

Šitas gydymas atliktinas specijalioje gydymo įstaigoje. („Nederland. Tijdschr. Geneesk." 1935 m. 30 nr. 79 t.). *J. St.*

× **Naujas būdas vaisiaus lyčiai nustatyti.**

Šitam tikslui Davis švirkščia nėščiai moteriai 0,1—0,2 kb. cm. testikulinio ekstrakto. Teigiamoji reakcija (t. y. injekcijos vietoje erytemiško paraudonavimo 12—20 cm. dijametro pasirodymas) nurodanti vaisiaus vyriškąją lytį. Teigiamoji reakcija pagal savo intensivumą galinti būti 3 rūšių: +1 (kai paraudonavusi sritis turi dijametrą 12 cm.), +2 (dijametras nuo 12 iki 20 cm.) ir +3 (dijametras didesnis kaip 20 cm.). Pirmojo typo reakcija, pasak autoriaus, nėsanti visiškai tikra.

Autorius, ištyręs 554 atsitikimus, gavo šiuos rezultatus: iš 174 moteriškos lyties vaisių tikslių reakcijų gauta 156 atvejais (80,6%) ir iš 294 vyriškosios lyties vaisių tikslių reakcijų gauta 242 ats. (82,3%).

Į šitą reakciją reikią žiūrėti kaip į alergijos padarinį. („Rev. Fr. Endocrinol." 1935 m. 4 nr.). *J. St.*

× **Arthritis deformans gydymas rentgeno spinduliais.**

Rannewitz, gydęs per 9 metus rentgeno švitinimais 2.000 arthritis deformans atsitikimų, priėjo šias išvadas:

Nepaisant, kad anatominiai ir rentgenologiniai duomenys lieką nepakitę, vis dėlto dideliame atsitikimų kiekyje sąnarių paslankumas padidėjąs ir skausmai sumažėją, jei tiktai gydymas buvo pradėtas tučtuojau skausmams pasireiškus. Stuburo artrito pagerėjimas atvirkščiai proporcingas radijologinių symptomų intensyvumui; tačiau galūnių sąnarių artrituose rezultatai vienodai geri tiek ankstybais, tiek ir labiau įsisenėjusiais atsitikimais. Radijacijų seansų kiekis: stuburui — 5, šlaunkauliui — 6, kelio sąnariui ir žastui — 8. Tarpai tarp seansų = apie 1 sav. Esant reikalui gydymo kursas kartojamas po 6—8 sav.

Iš tuo būdu gydytų 2.000 ligonių 30% atsipalaidavę nuo skausmų, 50% pagerėję ir 15% likę nepakitę. („Med. Welt." 1935 m. 1 nr.).

J. St.

× **Psoriasis'o gydymas.**

Iš daugelio, psoriasis'o etijologiją aiškinančių, teorijų viena priežastį mato toksinų iš sepsinių židinių įtakoje, antra psoriasis'ą sieja su vietine bakterine ar grybeline — infekcija. Pandža ir Maplston daugelyje psoriasis'o atsitikimų rasdavę intestininį sepsį; tačiau, pavartoję vakcinoterapiją, įsitikinę, kad šitas sepsis nebuvęs psoriasis'o priežastim. Psoriasis'o žvynelių alkoholinių emulsijų injekcija sukeldavusi smarkų skausmą, o formalininių emulsijų injekcija — vietinę nekrozę. Spėdami, kad psoriasis'ą sukeliąs virus esąs corium'e ir epidermis'e, autoriai pavartoję filtruotą visų odos sluogsnių gabalėlių emulsiją fyzijologiškame skiedinyje, pridėdami dar phenol'io. Šitas filtratas kaip vakcina po 3—4 d. buvęs švirkščiamas iš pradžių į odą, o vėliau, padidinus davinį, — į poodį. Daugelis ligonių (12 iš 28), gydytų šituo filtratu, pasveikę ir recidivų per 10—16 mėn. nebuvę. Autoriai pripažįsta, kad filtruojamojo virus'o teorija psoriasis'o ligoje turinti tam tikrą pagrindą. („Ind. Med. Gaz." 1935. V.).

J. St.

× **Ekzemos gydymas vitaminais.**

Comel, gydydamas D-vitamino ar A ir D-vitaminų mišinio dideliais daviniais 52 ligonius, sergančius endogenine, egzogenine ir profesine ekzema, dauguma atsitikimų gavęs gerų padarinių, nes ekzema (tiek endogeninė, tiek egzogeninė) išnykdavusi. Gerų vaisių dažniau buvę gaunama gydant jaunus pacijentus, neturinčius endokrininių sutrikimų. Vitamininio gydymo metu calciaemia padidėjanti. Atvirkščiai, pieninės rūgšties kiekis, paprastai padidėjęs pradiniame ekzemos perijode, įvedus vitaminų greitai sumažėdavęs. („Giorn. italiano dermat. Sifilid." 1935 m. 2 nr. 76 t.).

J. St.

× **Karpų gydymas limpamuoju pliosteriu.**

Makausland aprašo paprastą karpų gydymą limpamuoju pliosteriu. Dviem aprašytais atsitikimais, kur karpos ilgą laiką buvusios ant rankų pirštų, limpamojo pliosterio ruoželis buvęs standžiai apvyniojamas du kartu aplink pirštą, kad karpos juo būtų visiškai padengtos; limpam. pliosteris buvęs keičiamas kas savaitė, o suminkštėjęs raginis sluogsnis buvęs nuskutamas buku skalpeliu. Šiteip gydomos atkaklios karpos po $2^1/_2$ mėn. išnykdavusios. Autorius laukia, kad dermatologai išaiškintų šitokio paprasto gydymo efektingumo priežastį. Gal čia turįs reikšmės sumažėjęs kraujo tiekimas ir oro neprileidimas. Pavartotas varikozinėms opoms gydyti elastoplast'as sužadinąs opos gijimą, padedąs normaliam epiteliui augti. Tuo tarpu pavartotas karpoms gydyti elastoplast'as sugriaunąs nenormalų epitelį, kuris pasikeičia normalia oda. Gal būt ir daug kitų odos susirgimų (chron. įdegimų ar paprastų auglių) tuo būdu pavyktų išgydyti. („Brit. med. J." 1935 m. 3882 nr.). *J. St.*

× **Akne vulgaris gydymas hypophysis'o pryšakinės skilties hormonu.**

Akne vulgaris sąsyjis su hormoninės pusiausvyros sutrikimu lytinio brendimo metu esąs tiek aiškus, jog šituo klausymu maža domimasi. Laurens, atmetęs gland. thyreoidea, gland. parathyreoidea, gland. suprarenales ir pankreas'o įtaką šitam susirgimui, sustojo ties klausymu apie gonadotropinio hormono vaidmenį ir akne vulgaris gydymui pritaikė nėščiųjų šlapimų ekstraktą, kuriame šito hormono esama gana daug. Buvę gauta labai gerų padarinių. Nors ne visiems ligoniams konstatuojami genitalinės hypoplazijos fyziški ar kliniški symptomai, tačiau autorius mano, kad pastaroji funkciškai esanti, pasirėmęs Rosenthal'io ir Kurzrock'o darbu, kurie, ištyrę 34 jaunas moteris, sirgusias akne vulgaris, Zondeck'o metode negalėję pas jas konstatuoti gonadotropinės substancijos, o estrageninės substancijos normalų kiekį radę tiktai 6 atsitikimais, pėdsakus —1 ats. ir visišką jos nebuvimą — likusiais 27 atsitikimais. („J. Am. m. Ass." 1936 m. 12 nr., 106 t.). *J. St.*

× **Piktybinės difterijos gydymas intensyvia strychnino terapija.**

Nors difterijai gydyti esą gerų priemonių, bet vis tiek nuo piktybinės difterijos mirštą 30—80%.

G. Paisseau, J. Braillon, C. Vaille ir F. Jannette-Walen piktybinę difteriją sėkmingai gydą intensyvia strychnino terapija, duodami nuo pusės iki vieno, kartais ir daugiau, miligramų vienam kūno svorio kilogramui per parą injekcijomis po oda 1—2—3—5, kartais ir daugiau, miligramų (1 miligr. iki 1½ metų amžiaus, 2 miligr. iki 3 metų, 3—5 miligr. vėlesnio amžiaus ir sunkesniais atsitikimais), kas trys valandos.

Autoriai teip gydę 44 vaikus ir 87,3% gavę gerų rezultatų. („Pr. Méd." 1936 m. 62 nr.). *N. Indrašius.*

× **Postdifterinių alsavimo raumenų parezių gydymas tetrophan'u.**

Postdifterinių paralyžių, liečiančių alsavimui reikalingus raumenis, gydymas sudaręs sunkų ir nedėkingą uždavinį. Kaip naudinga metodė,

sunkiais atsitikimais vartojamas kasdien dirbtinis alsavimas, lobelino, strychnino injekcijos ir t. t. Tetrophan'as šitais atsitikimais duodąs gerų rezultatų. Jeigu per os duodant negaunama pasisekimo, tai reikalingas intraliumbalinis įvedimas, kurs, atsargiai ir pamažu injekuojamas, nesudaro jokio pavojaus. Prieš injekciją reikią nuleisti lygus liquor'o kiekis. Darant injekciją, vaistai reikią sumaišyti švirkšte su liquor'u, norint išvengti augštos koncentracijos lumbaliniame kanale ir nepakelti spaudimo. Kaip dozė patartina imti 1—2 ccm. iš esamų pardavime ampulių.

Pagerėjimas įvykstąs greitai, jeigu tik gydymas pradėtas greitai parezei įvykus. Geriausiai pritaikomas gydymas pakaušio raumenų atveju, nes dėl n. phrenici artumo, tenką bijoti proceso perėjimo į dijafragmą. Kitų lokalizacijų atveju pakanką vaistai įduoti per os, atsižvelgiant į gerą šitų paralyžių prognozę; intraliumbalinio įvedimo geriau esą vengti. (Bartelheimer: „Kinderärztl. Praxis", 1935. 537).

V. Tercijonas.

Prof. K. Buinevičius.

Medicinos studijų klausymu.

Dabartiniu metu, kada vis daugiau diskutuojama apie medicinos studijų pagerinimą, ir net Tautų Sąjunga pradėjo tuo reikalu rūpintis, gal būt bus leista ir man pareikšti savo mintys šituo klausymu.

Bet pirmiausia dar noriu keletą žodžių tarti apie įsitikinimą, kurį aš esu įgavęs iš kliniško prityrimo. Būtent, būdamas tiktai internistu, bet glaudžiai bendradarbiaudamas visuomet su chirurgais, aš prieinu išvadą, kad kiekvienas gydytojas turėtų būti chirurgu.

Jau nekalbant apie seniai atsiskyrusias specijalybes, — kaip kad, pav.: gynekologija, otiatrija, oftalmologija ir kt., — vidaus patologijos sritis kas kartas vis daugiau pereina chirurgams. Jeigu beveik jau mano atminimu vidaus organų — krūtinės ląstos ir pilvo—sritys buvo chirurgams beveik „noli me tangere", tai dabar nėra žmogaus organizmo kampelio, kur neprasiskverbtų chirurgo ranka. Urologijoje, kepenų, skrandžio, žarnų patologijoje chirurgai dabar yra didesni šeimininkai negu internistai. Skrandžio opa, appendicitis, cholelithiasis, nephrolithiasis, peritonitis ir t. t. ir t. t. — beveik visiškai atkrito nuo internistų ir visa tatai tvarko jau chirurgai. Kas kartą vis daugiau chirurgai operuoja plaučius, širdį, užsiuva myokardo žaizdas, perpjauna susiaurėjusius mitralinius voštuvus, drąsiai operuoja galvos ir nugaros smegenis ir t. t. Visa tatai daroma, žinoma, pagal dėsnį: „scio, ergo facio", ir dabartiniu laiku kiekvienas geras chirurgas turi būti ir geru internistu ir žinoti visas net smulkiausias tyrimo ir gydymo metodes kaip kad ir terapeutas. Ir skirtumas tarp jų dabar beveik tiktai tas, kad pirmasis moka chirurginę techniką, o antrasis ne. Be to, cysto-, uretero-, oesophago-, gastro-, bronchosko-

pija, cholecystografija, pyelografija įvestos daugiausia chirurgų; įvairūs inkstų, kepenų ir kitų vidaus organų funkciško tyrimo būdai, rentgenoskopija ir kt. ne mažiau, netgi daugiau artimi chirurgams negu internistams, lygiai kaip vidaus sekrecijos, konstitucijos sritys ir t. t. Be to, jeigu turėsime galvoje, kad chirurgų veikimo sritis yra, tarytum, atdara knyga, kad beveik visi atsitikimai jiems praeina ad oculos, patikrindami operacijų metu dijagnostikos sumanymus, tai bus suprantama, kad jų kliniškas prityrimas, jų duomenys ir išvados yra tikresnės.

Kai dėl mokslišku klausymų apdirbimo, tai ir čia pirmenybė tenka chirurgijai su jos tikslesniais stebėjimais ir išvadomis iš kasdieninių eksperimentų su žmonėmis. L e r i c h e tvirtina: „Ce furent des experimentateurs nés, tous les chirurgiens qui creèrent des methodes: experimentateur celui qui sut voir que la cystostomie influençait la fonction rènale, celui qui prouva que le périoste était apte à l'ossification, celui qui le premier, fit une anastomose gastro-jejunale, celui qui a montré que l'ablation de l'hypophyse, faisait rétrocéder l'acromegalie celui qui a donné le moyen de guérir l'ostéo-fibrose en enlevant un adénome thyroidien"*).

Kas gi lieka internistui, ko negalėtų padaryti be jo pagelbos chirurgas? Beveik nieko. Palaikyti širdies veikimą, paskirti digitalį, opium'ą, pritaikyti klyzmą, kompresą, šilumą ar ledą chirurgas sugebės ir pats; o ten, kur internistui tenka būti tiktai pasingu proceso liudytoju, ten chirurgiškas įsikišimas sprendžia ligonio likimą, tuo tarpu kai internistas lieka vištos, išperėjusios ančiukus, padėtyje: jie nuo jos nuplaukia, o ji tiktai neramiai bėgioja krantu ir nesugeba prie jų prisiartinti, negalėdama plaukti. Vienintėlė internistui iš tokios padėties išeitis yra išmokti plaukioti, t. y. išmokti chirurgiškos technikos, kitaip tariant, tapti chirurgu.

Šitą reikalingumą seniai jaučia internistai, ir dabar yra jau nemaža terapeutų, kurie, jau, — nekalbant apie tokias chirurgiškas intervencijas, kaip kad cysto-, uretero-, oesophago-, gastro-, bronchoskopijas, pneumotorakso padarymą ir t. t., — galės prireikus padaryti teippat tracheotomiją, šonkaulių rezekciją, appendektomia ir kt.; yra tokių neurologų, kurie patys atlieka smegenų operacijas ir panašiai. Todėl būtų svarbu,

---

*) „Tai buvo gryni eksperimentatoriai visi chirurgai, kurie sukūrė metodes: eksperimentatorium buvo tas, kuris pastebėjo, kad cystostomija veikia inkstų funkciją; tas, kuris parodė, kad perijostas turi osifikacijos savybes; tas, kuris pirmasis padarė skrandžio - žarnų anastomozę; tas, kuris parodė, kad hypophysis'o ekstirpacija pašalina akromegalijos symptomas; tas, kuris rado būdą osteofibrosis'ui gydyti pašalinant parathyreoidinių liaukų adenomą". (L e r i c h e).

kad gydytojai iš pat pradžios savo medicinos studijas kaip galint geriau išmoktų ir tobulintųsi chirurgiškoje technikoje.

***

Grįždamas prie pirmojo klausymo, dėl medicinos mokslo dėstymo, aš teippat, kaip tai buvo kažin kieno pareikšta Tautų Sąjungoje, esu tos pačios nuomonės, kad studentai perdaug mokosi, kad būtų gydytojais, o tapę gydytojais labai mažai turi reikalingų žinių; ir aš manau, kad visas medicinos mokslo dėstymas reikalinga radikališkai pakeisti. Pasiekti geresnių rezultatų, man atrodo, nebūtų teip sunku, jei tik nebūtų bijoma pasikėsinti prieš pasenusias tradicijas ir apologiją vadinamo moksliškumo, glūdinčio dabar svarbiausia tame, kad jauną žmogų, įstojantį į universitetą su geriausiais norais ir viltimi, priverčia praleisti beveik be naudos 2—3 nuobodžius metus, studijuojant tokius teorinius mokslus, kaip kad botanika, zoologija, fyzika, chemija ir kt., be kurių studentai neva negalėsią suprasti kliniško dėstymo.

Su tokia pažiūra aš negaliu sutikti. Jau nekalbant apie tai, kad šitų mokslų dėstymas daugiausia atliekamas medicinos fakultetuose tuo būdu, kad lieka beveik be pritaikymo būsimam kliniškam darbui; esu įsitikinęs, kad, apskritai, be šitų dalykų galima apsieiti, ir gyvenimo praktika rodo, kad studentai paprastai į šituos mokslus žiūri, kaip kad į neišvengiamus stovinčius skersai kelią kliniškam darbui, nemąlonumus, nuo kurių reikia tik kaip nors atsipalaiduoti ekzaminų metu. Galiu suprasti šitą studentų nuotaiką ir pasipriešinimą prieš tokį bereikalingą scholastišką darbą, ir manau, kad asmenys, išėję augštesniąją mokyklą, kurioje jie minėtus mokslus jau kartą buvo studijavę*), gali iš karto jau pirmame semestre suprasti klinišką dėstymą.

Nurodysiu šį bei tą iš savo prityrimo. Paskutiniam karui prasidėjus, Maskvoje buvo surengti šešių savaičių gailestingųjų seserų ir brolių kursai, kuriuose ir aš dėsčiau. Kaip mokslo priemonė buvo pakabinamas tas ar kitas anatomiškas ar patologiškas paveikslas ir 400—500 žmonių auditorija, susidedanti svarbiausia iš studentų juristų, filologų ir be visokio mokslo cenzo asmenų, gerai suprasdavo visą dėstymą, pav., apie pneumonijas, peritonitus, širdies ydas ir kitas vidaus medicinos gudrybes. Kas gi nežino, kad dabar kiekvienas, net pirmųjų mokyklos klasių, berniukas laisvai orijentuojasi radio aparatuose, įvairiose orlaivių konstrukcijose ir panašiai. Kodėl gi suaugęs žmogus, išėjęs augštesniąją mokyklą, susipažinęs ir

*) Jeigu tat, gal būt, pasirodytų nepakankama, tai galima būtų šitos studijos augštesnėse mokyklose dar sustiprinti.

su fyzika, zoologija etc., negalėtų suprasti medicinos klausymų, jeigu jam jie aiškiai išdėstomi. Manau, kad ir auditorija, susidedanti iš asmenų, turinčių brandos atestatus, visiškai gali suprasti tokius klausymus bei klinišką dėstymą, ir teisingiau būtų rūpintis ne tiek didinant auditorijos supratimo gabumą, kiek pagerinant dėstymo techniką.

Prof. Morawitz savo straipsnyje „Gedanken über den klinischen Unterricht in Deutschland" („Deutsch. med. Woch." 1934 m. 1 nr.) rašo: „Der klinische Lehrer redet eine Sprache, die dieser Teil seiner Zuhörer unmöglich begreifen kann"; bet tat nereiškia, kad teip ir turi būti. Klinikos dalykų dėstytojas gali ir turi, prisitaikydamas prie savo auditorijos, vartoti tokią kalbą, kurią ji galėtų suprasti. Nes, kaip sako Schopenhauer: „Kas aiškiai galvoja, tas aiškiai ir dėsto". Pav., Paryžiuje mano laikais į kliniškas prof. Dieulafoy paskaitas dažnai ateidavo ir ne mediciniška publika, kuri suprasdavo tokias paskaitas.

Tokiomis pastangomis betobulinant auditoriją, būdavo prieinama net prie to, kad, pav., Maskvoje moterų medicinos institute kuriam laikui buvo įvestas net matematikos dėstymas, ir teorinių mokslų dėstymas buvo pratęstas vietoje dvejų iki trejų metų. Ir dabar yra nemaža tokio ilgesnio teorinio auklėjimo šalininkų. Bet tuomet, nesigailint laiko studijoms, gal būtų geriau pridėti dar vieneri metai ir tada medikai, prieš įstodami į medicinos fakultetą, galėtų baigti gamtos fakultetą ir po to įstoti į medicinos fakulteto III-tįjį kursą ir tuo būdu galėtų užbaigti mokslus per 7 metus. Teip kartais ir būdavo daroma Maskvos universitete. Bet prityrimas rodo, kad tokie asmenys, išėję du fakultetus, dažnai pasirodė toli gražu ne geriausiais gydytojais. Dažnai jų gamtos fakultete įsigytos žinios pasilikdavo lyg atskiros, o mediciniškos žinios ir gabumai — atskirai, ir jų pirmiau įsigytų žinių pritaikymas medicinai ne dažnai būdavo sėkmingas.

Klinicistas pirmiausia turi turėti ir tobulinti savyje gabumą stebėti bei matyti ir matyti savo prityrusia akim ne tiktai medžius, bet ir mišką. Tokį prityrimą ir stebėjimo gabumą paprastai įsigyja didesnio ar mažesnio laipsnio ir visas padedamasis klinikos personalas—gailestingosios seserys, felčeriai, kurie yra praleidę visą laiką prie ligonių ir neretai teisingai supranta susirgimo pobūdį ir teisingai įvertina ligonio būklę ir, žinoma, geriau, negu jauni diplomuoti medicinos arba, tikriau, anatomijos ir kitų teorinių mokslų, adeptai, kurie galėtų daug pasimokyti (ir pasimoko) ir iš šito pritvrusio medicinos personalo.

Prancūzijoje tokiam praktiškam auklėjimui kreipiama ne maža dėmesio ir pirmą vietą tenai užima ne anatomijos studi-

javimas, bet visų pirma išugdomas kliniškas pastabumas, protavimas ir prityrimas. Studentai nuo pirmojo semestro turi rytais kasdien lankyti klinikas, dalyvauti vizitacijose, dirbti laboratorijose ir t. t.; o vakarais jiems skaitomos teorinės paskaitos. Morawitz ten pat apie Prancūzijos medicinos dėstymą sako: „Dort geht der Student schon von Beginn seines Studiums an am Vormittage in die Krankenhäuser. Nachmittags finden dann Vorlesungen in der Mediz. Fakultät statt; diese hat aber mit dem praktisch-klinischen Unterrichte, der in den Hospitälern erteilt wird, nichts zu tun. Die Lehrer dort sind z. T. praktische Ärzte, die keine Beziehungen zur Universität haben, während manchen Universitätsprofessoren wiederum keine Krankenhausabteilung untersteht". Pastarasis, žinoma, yra minusas, bet ne toks minusas, kuris negalėtų būti paverstas pliusu.

Be abejo, kaip sako toliau Morawitz: „Die deutsche klinische Vorlesung steht auf einem hohen geistigen Niveau, sie ist oft ideenreich, es weht durch sie der Geist der Wissenschaft und der Forschung". Ir toliau: „Die englische Methode hat für unser Empfinden wenigstens—eine zu nüchterne, zu wenig wissenschaftliche und etwas handwerksmässige Seite, so gut die rein praktische Ausbildung sein mag."

Nežinau, ar šita antitezė teisinga dėl anglų medicinos mokyklų, bet argi iš esmės praktiškam kliniškam apmokymui neišvengiama šita „handwerksmässige wenig wissenschaftliche Seite?" Aš manau, kad mokslo dvasia („der Geist der Wissenschaft") gali lydėti ir praktišką medicinos studijavimą. Kaip visur, čia turi reikšmės dėstytojo individualumas, jo prityrimas, pažiūros, kurių jis prisilaiko, ir išeita arba jo sukurta mokykla. Nurodysiu, pav., kad vienas iš tokių kliniškų mokytojų, ne profesorius, o Laennec ligoninės Paryžiuje gydytojas (médecine de l'hôpital Laennec) vidaus medicinos dėstytojas, „Presse médical" laikraštyje jau apie 10 metų laiko skelbia savo kliniškas paskaitas studentams—„petites cliniques", kuriose praktiško dėstymo metodės puikiai sujungtos su moksliškų klausymų pastatymu. „Der Geist der Wissenchaft" gali turėti bei turi vietą ir praktiškos medicinos studijavimui, ir galima tvirtinti, kad, ypač paskutiniu laiku, klinika, kur galų gale susieina visi keliai, ne mažesniu, o net didesniu laipsniu stato klausymus ir sprendžia moksliškas problemas negu fyzijologija ir eksperimentas ar kiti teoriški mokslai.

Svarbiausiu dabartinio medicinos studijavimo minusu aš laikyčiau ne pavojų mažo moksliškumo praktiškai studijuojant mediciną, o mokslo plano ir dėstymo technikos trūkumus, svarbiausia ilgalaikinį scholastišką be naudos vad. teoriškų mokslų studijavimą, ir manau, kad labiausiai dėmesys reikia

kreipti kliniškiems mokslams, sutrumpinant ad minimum teoriškų mokslų dėstymą.

Visų pirmiausia tat liečia anatomiją. Anatomijos studijavimas tokiu būdu, kaip kad jis dabar visur atliekamas, turi būti panaikintas, jis turi likti kliniškai chirurgišku. Jeigu senaisiais laikais gydytojai, studijuodami organizmo struktūrą, turėjo pjaustyti lavonus, su pavojumi būti sudegintais ant laužo, tai dabartiniu metu, kada anatomija yra jau baigtas mokslas ir visur yra puikūs muziejai, preparatai, muliažai etc., reikalauti nuo pirmųjų kursų studento, kad jis teippat pjaustytų lavonus ir savo pastangomis patikrintų, kaip eina vienas ar kitas nervas, tas ar kitas raumuo, visai neturi reikšmės. Jeigu gi klausymas eina apie tai, kad studentas priprastų laikyti peilį, tai šitai jis daug geriau ir su didesniu supratimu išmoks operacinės chirurgijos katedroje, kur, svarbiausia, ir turi būti perkeltas anatomijos studijavimas.

Be to, reikia turėti galvoje, kad vėliau klinikose kiekvienas profesorius dėsto studentams savo srities ir anatomiją, kuri tuomet sąsyjyje su kliniškų atsitikimų studijavimu lengviau ir aiškiau išmokstama. Pav., nervų systemos anatomiją neuropatologas dėsto su tokiomis smulkmenomis, ko nedaro anatomas. Išmokti ausies arba akies anatomiją yra didelis darbas 1—2 kurso studentui; klinikoje gi, sąsyjyje su šitų organų patologijos studijavimu, atitinkamų atsitikimų stebėjimu ir t. t., išmokstama daug lengviau ir geriau. Organų topografija, studijuojama anatomikume, lengvai pamirštama; o išperkutavus nors vieną kartą auditorijai atitinkamą ligonį ir nupiešus plaučių, širdies, kepenų ir t. t. ribas, šitoji mūsų kliniška topografija iš karto ir visam laikui liks atmintyje.

Nereikia pamiršti, kad anatomija yra tik abėcėlė, kurią protingi tėvai stengiasi, kad jų vaikai išmoktų nepastebimai, ir nedaro iš to kulto, kaip kad dabar tat yra daroma su anatomija, ir nematyti tendencijos palengvinti studentams šitos abėcėlės studijavimą, o atvirkščiai, anatomijos studijavimas darosi vis sunkesnis ir ilgesnis dėl griežtų reikalavimų visai nereikalingų smulkmenų, kurios galima atminti tiktai trumpam laikui ir greit po to pamiršti. Studijavimas pratęsiamas kartais iki 7-to, 9-to semestro teip, kad studentai neturi laiko kaip reikiant dirbti klinikose. Bet toks begalinis darbas visai nepasiekia tikslo. Galima, pav., tvirtinti, kad ne vienas kiekvieno medicinos fakulteto profesorius, be tiktai pačių anatomų, neišlaikys egzamino iš anatomijos su tokiomis smulkmenomis, kurios reikalaujamos iš kiekvieno studento, ir tai visai netrukdo profesoriams būti gerais mokslininkais, klinicistais ir panašiai. Tuo būdu manyčiau, kad anatomijos studijavi-

mas turėtų būti pritaikomas kliniškam darbui ir didžiausia dalimi atliekamas operacinės chirurgijos katedroje.

Toliau, ir klinikos skyriuje reikalinga dėstymo programoje ekonominti laikas, kad nebūtų, pav., teip, kaip kad buvo mano laikais Maskvos universitete, kada mes, 5-to semestro studentai, peržengę per anatomijos ir t. t. rubikoną ir patekę į žadėtąją žemę, t. y. į kliniką, turėjome bendrinės patologijos, patologinės anatomijos ir bendrinės chirurgijos paskaitose klausyti apie pusę metų laiko visur tą patį: apie išemiją, hyperemiją ir įdegimą. Nors ir labai talentingi buvo tos garsiosios gadynės Maskvos medicinos fakulteto profesoriai, bet dėl tokio neekonomiško dėstymo plano ir iki šiol pasilieka nereikalingumo ir nuobodumo įspūdis. (Ar ne geriau būtų jeigu bendrų medicinos mokslo klausymų dėstymas būtų suglaustas vienoje bijologijos katedroje, kuri apimtų normalinę ir patologinę fyzijologiją, bendrinę patologiją ir eksperimentinę mediciną, medicinos istoriją ir filosofiją?). Be to, dėl studentų gausumo mes negalėjome arčiau būti prie ligonių ir kliniško darbo: mes žinojome daug gražių anekdotų apie mūsų profesorius, mūsų galvas supo mokslo dvasia, bet mokslas lyg pasiliko prie profesorių, o mes gavome visai maža realinių žinių (iš amfiteatro augštumos mes matydavome, pav., apačioje tiktai profesorių chirurgą bei asistentus chalatuose ir kartais operuojamo ligonio kraują), ir studijuoti praktišką mediciną mes turėjome tik vėliau, užbaigę medicinos fakultetą, dirbdami kur-nors pas praktikus gydytojus, provincijos ligoninėse, klinikose ir t. t.

Tuo tarpu, aš manau, kad studentai ir savo kurso metu galėtų praktiškai išmokti mediciną ir baigti su realiomis žiniomis, reikalingomis praktikui gydytojui. Tam reikalinga štai kas:

1. Medicinos studijavimas turi būti atliekamas klinikose, profesoriais turi būti tiktai gydytojai.

2. Studentų skaičius turi būti nedidelis, ne daugiau kaip 100-tas kurse (pas mus Lietuvoje šitai yra tvarkoje).

3. Tokios augštosios medicinos mokyklos galima būtų įrengti visur didelėse įvairių miestų ligoninėse, su, palyginti, nedidelėmis išlaidomis mokslo priemonėms ir dviem trims nedidelėms auditorijoms bei talpesnėms laboratorijoms įrengti. Esant dideliam skaičiui tokių augštųjų medicinos įstaigų provincijos miestuose, sumažėtų studentų skaičius sostinės klinikose; be to, dabartinės didelės klinikos galėtų būti padalytos į 2—3 lygiaretiškas klinikas (šitas punktas mūsų neliečia).

4. Medicinos mokslo kursas galima baigti per dvejus trejus metus, be to, dar metai praktikai (stažavimui).

5. Produktingiau būtų ir mažiau vargintų tiek dėstytoją, tiek klausytojus, jeigu paskaitos būtų ne po 2 valandi, o po 1 val. Atsirandant įstaigoms vienoje teritorijoje arba net vienuose rūmuose, laiko pereiti iš vienos įstaigos arba auditorijos į kitą reikalinga nedaug ir 10—15 min. pertraukos pakanka.

6. Studentams paskaitų lankymas turi būti privalomas kaip kad augštesnėse mokyklose.

7. Paskaitos turi būti su ligonių, preparatų ir t. t. demonstracijomis. Pagal dėstytojo norą paskaita pakeičiama ambulatoriniais pratimais, operavimu, laboratoriniais darbais, patologiškai anatomišku skrodimu, kolokvijumu ir kt.

8. Klinikos asistentai aktingai padeda profesoriui, retkarčiais jį pakeičia, ir, jam pavedus, skaito kaikurias paskaitas.

9. Savaime suprantama, kad visos paskaitos turi turėti kaip kad ir dabar savo mokslinį pobūdį.

10. Be to, bendrųjų medicinos mokslo klausymų traktavimas ir nagrinėjimas suglaudžiamas bendrinės patologijos su eksperimentine medicina, normaline ir patologine fyzijologija, medicinos istorija ir filosofija katedroje.

11. Pagrindinių klinikų — vidaus ligų ir chirurgijos — paskaitos skaitomos kasdien, kitų — kas antra diena.

12. Svarbiu dalyku laikau paskirti mokslo plane vieną valandą kasdien praktiškiems darbams, pav., nuo 11 iki 12 val., tuomet kursas suskirstomas į 8—9 grupes po 10—12 studentų, ir tą valandą viena grupė praktiškai dirba chirurginėje klinikoje, antra — vidaus ligų klinikoje, trečia — nervų ligų, ketvirta — vaikų ligų, 5-ta odos, 6-ta akių, 7-ta ausų ligų, 8-ta — moterų ligų klinikose. Arba pirmame kurse: 1) vidaus ligų klinikoje, 2) operacinės chirurgijos klinikoje, 3) patologinės anatomijos institute, 4) eksperimentinės medicinos institute, 5) atlieka laboratorines analyzes ir pratimus iš medicinos technikos, 6) dirba vaistinėje, 7) atlieka pratimus iš bakterijologijos ir sanitarijos, 8) dalyvauja teismo medicinos institute skrodžiant. Tuo būdu mokslo personalas, be valandinės paskaitos, turi atlikti su studentais dar kasdieninį praktišką užsiėmimą per visus ištisus metus.

13. Esant nedideliam studentų skaičiui ir glaudžiam kasdieninio mokslo personalo kontaktui su studentais, ekzaminai neturi ypatingos reikšmės ir bereikalingi. Mokslo metų pabaigoje profesorius drauge su asistentais sprendžia klausymą apie studentų žinias ir prireikus skiria kaikuriems žinioms papildyti vasaros atostogų metu darbą, kolokvijumą ir kt.

14. Paskaitų dėstymas galėtų būti sutvarkytas pagal šią schemą:

Pirmaisiais metais skaitomi šie dalykai:

1) vidaus ligų klinika;

2) bendrinė chirurgija su klinika ir operacinė chirurgija;

3) patologinė anatomija su normaline ir patologine histologija;

4) bendrinė patologija etc.;

5) kliniškieji tyrimo būdai, laboratorinės analyzės, perkusija ir auskultacija, mediciniškoji technika, rentgenas, endoskopijos, ir kt. (šitų svarbiausiai praktiškų darbų vedimas geriausia pavesti vidaus ligų klinikos asistentui ar docentui, kurio rankose būtų didelė kliniška medžiaga, reikalinga šitam praktiškam kursui; gal būt būtų teippat geriau, kad vieną šito kurso dalį, pav., perkusiją, auskultaciją, laboratorinę analyzę, rentgeną, gydymo techniką ir kt. dėstytu vidaus ligu klinikos asistentas, o antrą dalį, daugiau sudėtingus, chirurgiškus tyrimo ir gydymo būdus, pav., cysto- ir ureteroskopiją, oesophago-, gastro-, bronchoskopijas — dėstytų chirurgijos klinikos asistentas);

6) bakterijologija su infekcinių ligų klinika, ir sanitarija;

7) teismo medicina;

8) farmacija, svarbiausiai susipažinimas su praktišku vaistinės darbu, dėstoma tiktai pirmame semestre; (farmakologija, bendrinė terapija, receptūra, kaip atskiri dalykai nereikalingi, o dėstomi kliniškose paskaitose, svarbiausia vidaus ligų klinikoje, teippat vaikų, nervų, odos, akių, ausų, moterų ligų ir t. t.); toksikologija, be to, dėstoma teismo medicinos ir eksperimentinės medicinos katedrose;

9) karo lauko medicina, tiktai II-ame semestre;

10) praktiškiems darbams kasdien po 1 val.

Antraisiais metais:

1) vidaus ligų klinika;

2) chirurginė klinika;

3) nervų ir psychinių ligų klinika;

4) vaikų ligų klinika;

5) odos ligų klinika;

6) akių ligų klinika;

7) ausų, nosies ir gerklės ligų klinika;

8) moterų ligų klinika su akušerija;

9) praktiškiems darbams kasdien po 1 val.

Tretieji metai stažui: vidaus klinikoje—2 mėn., chirurginėje klinikoje — 3 mėn., kitose klinikose ir karo ligoninėje — po 1 mėn.

Stažas gali būti atliekamas ne tiktai klinikose, bet ir kitose didesnėse ligoninėse.

15. Jei pasirodytų, kad šitų trejų metų medicinos mokslo kursui išeiti permaža, tai galima būtų paskirti dar ketvirtieji

metai kliniškų paskaitų, kaip kad antraisiais studijų metais, ir gal būt geriau po stažo atlikimo. Be to, antraisiais metais prireikus galima būtų paskirti dar papildomos paskaitos vakarais.

16. Esant tokiam dėstymo planui nereikia bijoti, kad klausytojai pradžioje nesupras dėstytojo dėl to, kad prieš tai neklausė nei anatomijos nei fyzijologijos kurso. Pakabins, pav., profesorius internistas anatomišką krūtinės organų paveikslą ir kraujo apytakos schemą, per 10—15 min. suteiks reikalingas iš anatomijos ir fyzijologijos žinias ir po to laisvai gali dėstyti apie endokarditus, širdies ydas ir t. t. Ir teip tenka daryti ir tuomet, jeigu klausytojai prieš tai net porą metų yra mokęsi anatomijos. Žinoma, kad kartais, kaip kad visuomet naujam darbe, pirmą antrą savaitę dėl žinių gausumo kaikuriems gal būt apsisuks galva, bet greit, esant kasdieninėms paskaitoms, demonstracijoms, tyrimams, pakartojimams, klausytojai pripras ir juo toliau, juo geriau supras dėstytoją ir išmoks dalyką.

Nereikia bijotis, kad studentai, nestudijavę chemijos, negalės suprasti laboratorinių analyzių. Prityrimas rodo, kad esti kaip tik atvirkščiai — laboratorinė analyzė gerai išmokstama tiktai klinikoje, ir beveik visai be pritaikymo lieka dvejų metų chemijos studijavimas. Be to, šito dalyko dėstytojas turės kasdieniniuose pratimuose pakankamai laiko reikalingiems paaiškinimams iš chemijos, fyzikos, fyzijologijos ir t. t.

Teippat chirurgiškoji technika išmokstama ne tokiu būdu, kad po dvejų metų užsiėmimo anatomikume, šitos žinios pritaikomos ligoniui operuojant (bloga būtų ligoniams nuo tokio pritaikymo), bet išmokstama tokiu būdu, kai studentas ar jaunas gydytojas, stebi operaciją, padeda operatoriui, o po to namie ramiai peržiūri atitinkamus puslapius iš topografinės anatomijos ir operacinės chirurgijos ir tuomet galvoje susidaro tam tikras anatomiškas ir kliniškas vaizdas. — Be to, tam padeda ne ilgalaikis systeminės anatomijos studijavimas, o operacinės chirurgijos pratimai per visus metus ir ypač prieš operaciją atlikta tokia pati operacija lavonui.

17. Neliesdamas valstybinių ekzaminu klausymo, ar jie reikalingi ar ne, manau, kad tarpkursiniai ekzaminai bereikalingi, ir prireikus pakanka kolokvijumų. Aš paprastai paskutinių mokslo metų 1—1,5 mėn. paskiriu pusę kiekvienos paskaitos kolokvijumams auditorijoje. Prieš tai pareiškiu klausytojams, kad nė vienas nebus praverstas, koks bebūtų jo atsakymas. Tuomet ramiai eina įvairių kliniškų klausymų svarstymas ir praeito kurso pakartojimas, naudingai tą laiką sunaudojant. Esu tos nuomonės, kad gązdinimas ir prievarta yra blogi padėjėjai, o repetitio est mater studiorum, ir blogų studentų neturėtų būti.

18. Teippat be prievartos turi būti atliekamas ir tolimesnis jaunųjų gydytojų tobulinimasis. Gydytojai, išėję pagal šitą planą medicinos mokslo kursą ir gavę ne vien tik diplomo popieriuką (kaip kad dabar dažnai būna), o ir realias mokslo ir praktiškas žinias, susipažinę praktiškai su visais tyrimo ir gydymo būdais, turį tam tikrą klinišką prityrimą, su tam tikra orijentacija medicinoje ir žiną, kas jiem reikalinga (be to, su nepervargusia nervų systema), pasirenka sau arba medicinišką praktiką arba moksliską darbą klinikose ar kitose mokslo—anatomijos, fyzijologijos, chemijos ir t. t.—įstaigose. Juk pagal šitą projektą šitos įstaigos nepanaikinamos, bet atlieka teippat savo moksliską darbą — kaip atskiri institutai arba gamtos fakulteto įstaigos, tiktai nereikia visų jų mokslo darbų studijavimas laikyti conditio sine qua non medikams, ir turėti galvoje, kad mokslo dvasia ne mažesniu laipsniu priklauso ir kliniškoms įstaigoms, kurios pačios be tarpininkų gali atlikti gydytojų paruošimą, kurio mokymo kelias turi būti visai kitas — moksliškai kliniškas. Šituo, žinoma, dalykas nebaigiamas, gydytojas turi mokytis visą gyvenimą: studijuoti literatūrą, susipažinti su įvairiomis pažiūromis ir teorijomis, dalyvauti ir lankyti mokslinius kursus ir suvažiavimus, kaip kad tat turi daryti kiekvienas nenoris atsilikti gydytojas.

Galima tvirtinti, kad pagal šitą systemą paruošti per 3—4 metus gydytojai bus daugiau tinkami praktiškam ir moksliškam darbui negu dabartiniai, kuriems, gavus diplomą, tenka iš naujo pradėti praktiškas medicinos studijavimas.

19. Todėl aš esu šitokios nuomonės:

a) kad svarbiausias vaidmuo gydytojus paruošiant turi priklausyti klinicistams ir visas dėstymas turi būti sukoncentruotas klinikose;

b) kad apsunkinimas ir nuobodžiavimas nebūtinai turi būti dėstymo ir mokslo palydovai;

c) tokių pačių arba net geresnių rezultatų galima pasiekti trumpesniu ir mažiau varginančiu būdu;

d) kad kiekvienas laisvai pasirinktas darbas turi būti ne slėgiančiu prievartos darbu, vedančiu prie pervargimo, neurastenijos ir pesimizmo, bet duodančiu pasitenkinimo, linksmu, gyvu ir produktingu;

e) kad „ars longa, vita brevis est", ir gal būtų geriau kuo greičiau baigti medicinos mokslų studijavimą ir jau esant gydytoju visą gyvenimą mokytis ir moksliškai dirbti — kad galų gale būtų prieita gal būt Fausto išvada:

Da steh' ich nun, ich armer Tor!
Und bin so klug, als wie zuvor.

* * *

Šitas straipsnis parašytas bendru mastu. Pas mus Lietuvoje daugelis išdėstytų pageidavimų jau savaime yra vykdoma. Su dideliu pasitenkinimu, baigdamas savo uždavinį, galiu konstatuoti, kad pas mus, nepaisant dar moderniškų klinikų stokos ir dabartinių išorinių trūkumų kliniškam darbui, vis dėlto, viena, dėl palyginti nedidelio studentų skaičiaus, antra, dėl visuomet didelio skaičiaus ligonių klinikose, trečia, dėl mokslo personalo didelio atsidėjimo, studentai, dirbdami visą laiką prie ligonių lovų (o netik iš tolo žiūrėdami pro žiūronus) ir laboratorijose, įgauna studijų metu pakankamai ir mokslišku ir praktiškų žinių, ir jauni gydytojai, baigę studijas, išeina į gyvenimą, galima pasakyti, daugiau pasiruošę, prityrę ir tinkamesni praktiškam gydytojo darbui, negu kad jie būtų išėję mokslus kur-nors užsieniuose. Dėl to esu tos nuomonės, kad mums nėra nei reikalo siųsti jaunus gydytojus studijuoti mediciną į užsienius, nes jie labai gerai gali artimiausiu laiku tobulintis mūsų klinikose. Kai dėl tolimesnio pasitobulinimo užsieniuose, tai jis, mano nuomone, labai naudingas tik senesniems, daugiau prityrusiems, gydytojams ar profesoriams, kurie, orijentuodamiesi savo specijalybėse, galėtų užsieniuose daugiau pasisavinti rimtesnių žinių, naujų metodžių, technikos pagerinimo ir t. t.

Šia proga, dėl mūsų provincijos gydytojų pasitobulinimo, manyčiau, kad būtų labai naudinga, jeigu Sveikatos departamentas, geležinkelių ar kitos žinybos turėtų savo etatuose nors, pav., du atsarginius gydytojus — pavaduotojus, kurie per ištisus metus, paeiliui pervažiuodami kas 1 ar 2 mėn. iš vieno miesto į kitą, pavaduotų tarnaujančius gydytojus, o šie per tą 1—2 mėnesių laiką galėtų tobulintis klinikose.

* * *

Dėl teorinio gamtos mokslų medikų lavinimo žinau, kad bus daug skirtingų nuomonių. Šito lavinimo reikalingumas savaime suprantamas ir mano neneigiamas, bet esu tos nuomonės, kad geriau būtų, kaip kad sako prancūzai, „renverser les rôles“, t. y.: anksčiau medicina ir klinika, vėliau gamtos mokslų ir kiti papildymai. Gautų augštesniosiose mokyklose gamtos mokslų žinių pakanka medicinos studijoms pradėti. Toliau kliniškų studijų metu bijologijos katedra, talentingo ir prityrusio dėstytojo rankose, esant kasdieninėms paskaitoms, labai gerai galėtų gamtos žinias praplėsti ir pagilinti. Medicinos studijas pabaigęs gydytojas dar galėtų toliau jau sąmoningai jieškoti iš gamtos ir kitų sričių atsakymų į įvairius medicinos mokslo klausymus. Teip man atrodytų geriau, negu dar nesusipažinusieji su medicina apsunkinti daugybe, daugiausia ne visai reikalingų gamtos mokslo žinių, pav., smulkių ir varginančių systematikų ir t. t.

Kiekviena mokslo idėja neilgai lieka įdomi ir gyva, ir bendros gamtos mokslo idėjos, kurios 50—60-siais metais praeito šimtmečio buvo naujos ir įdomios, dabar yra banališkos, visiems žinomos ir nebeįdomios; ir tiktai dėl pasenėjusių tradicijų dėstomos medikams kaip koks atradimas, ištikrųjų gi sužadindamos tik nuoboduli. Būtų geriau, kad vietoje šitų apsunkinimų ir nuobodumo jaunų medikų šviežios, žinių jieškančios galvos iš karto gautų tikrų, jiems įdomių mediciniškų žinių. O po to gydytojui bus dar daug laiko tobulintis ir jieškoti mediciniškųjų problemų išsprendimų, ir ne tiktai botanikos, zoologijos ir kt. šablonuose, o gal būt daugiau, pav., metereologijos arba, kas žino, astronomijos ar kitų mokslų srityse; gal būt gero mediko lavinimui jo filosofiškas, psychologiškas ar pedagogiškas auklėjimas turėtų ne mažesnės reikšmės, bet viso to apimti medicinos studijų metu universitete negalima; tat yra jau viso gyvenimo darbas, kaip kad ir apskritai „alles worein der Mensch sich ernstlich einlässt, ist ein Unendliches" (Goethe, Wilhelm Meister).

Gyd. G. Joffė (Tauragė).

Ar naujasis 1935 m. ligonių kasų medikamentų sąrašas yra tobulesnis?

Yra loginga manyti, kad naujasis 1935 m. ligonių kasų medikamentų sąrašas turėtų būti tobulesnis už buvusį. Iš tikrųjų vis dėlto galima tuo paabejoti, perskaičius naująjį medikamentų sąrašą.

Visų pirma daug medikamentų nurodyta ne pačiame sąraše, bet pridėtame medikamentų kainų rodiklyje. Gydytojas nežino dėl to, ar tie vaistai leidžiami ar ne, su kasos leidimu ar be leidimo (pav., theopavinal, ergotin Bonjeani ir kt.).

Yra labai daug patentikų beveik vienodos sudėties, bet ne visai tikslios vertės. Pav., geležies preparatuose (kaina 2 lt. 90 c., tik 5-oms dienoms) yra labai mažas Fe kiekis. Tuo tarpu pagal autoritetingą Morawitz'o ir kitų nuomonę Fe turi būti teikiamas anemiškiems ligoniams žymiai didesne doze, norint pasiekti gerų rezultatų (pav., Fe hydrog. red. 1,0×3 per dieną, vietoje įprastos 0,1—02×3 dozės).

Vietoje visokių panašių patentikų, kurie tam tikru atžvilgiu net demoralizuoja ligonius savo reklamomis, pavadinimu ir gražiu įpokavimu (sic!), yra naudingiau rašyti, pav., Fe hydrog. red. 15,0—20,0—30,0 pil. pavidalu c. gelatin. et glycerin. q. s. (kad pil. nebūtų perkietos!) ut f. pil. Nr. 90. S. 3×3 žirn. per dieną. Ligoniui užteks vaistų 10-čiai dienų, o kasai kaštuos palyginti pigiau: ligonis rečiau kreipsis į gydytoją ir apsieis be 2 patentuotų butelių.

Teippat su pectolin'u, sirolin'u, guajacolin'u, itussolin'u ir kt. Reikia žinoti, kad veiklusis jų elementas yra thiocol'is (resp. guajacol'is), ir tik jie reikia skirti miltelių pavidalu.

Bus daugiau naudos ligoniui, pigiau atsieis kasai, o gydytojas išsivaduos nuo „patentikų diktatūros"!

Antra vertus, medikamentų sąraše stinga daug būtinų medikamentų. Pav., asthmolysin'as astmos atsitikimais veikia stebuklingai ir

yra nepavaduojamas vien morfiu, kuris yra kiek galima vengtinas; teippat cardiazol'is skubiais atvejais daug geičiau veikia, negu ol. camphoratum; teippat strophanthin'as yra būtinas moderniškoje terapijoje.

Nėra visame sąraše n ė v i e n o opoterapijos (organoterapijos) medikamento. Nekalbėsiu apie brangų prolaną; nėra paprasčiausių ovarium'o ar testis preparatų; nėra gland. thyreoidea preparatų (be abejotino klimakterin'o). Sename sąraše jų buvo; buvo net brangus, bet geras progynon'as.

Figūruoja brangūs redonal'io, yatren'o preparatai, kurie yra nepatikimos vertės, bet nėra sąraše trypaflavin'o (šlapimtakių įdegimus gerai veikiančio) ar rivanol'io, labai vertinamo chirurgijoje.

Taigi, daugiau tikslumo, daugiau kritiškumo sudarant naują medikamentų sąrašą, ir mažiau bereikalingų patentikų.

Naujas sąrašas turėtų savo „raison d'être", jei jis būtų tobulesnis už buvusį; 1935 m. gi sąrašas yra, mano ir kitų gydytojų manymu, daug blogesnis.

Biblijografija

„Medicinos" žurnalo Redakcija yra gavusi šiuos mediciniškus žurnalus, leidinius ir kitus spaudinius:

1. **„Eesti Arst."** Tartu. 1936 m. 8 ir 9 nr.
2. **„Latvijas Arstū žurnals".** Ryga. 1936 m. 5—6 ir 7—8 nr.
3. **„Veterinarija ir Zootechnika".** Kaunas. 1936 m. 4—5 ir 6 nr.
4. **„Farmacijos Žinios".** Kaunas. 1936 m. 5 nr.
5. **„Sveikata ir Darbas".** Kaunas. 1936 m. 7 ir 8 nr.
6. **„Gesundheit u. Wohlfart."** Revue d'hygiène. Zürich. 1936 m. 7 ir 8 nr.
7. „Врачебное Дело". Харьков. 1936 m. 5 ir 6 nr.
8. „Клиническая Медицина". Москва. 1936 m 6 ir 7 nr.
9. „Архив биологических наук". Москва. 1935 m. XI t. I sąs.
10. **„Therapeutische Berichte".** 1936 m. 6 ir 7—8 nr.
11. **„Das Hormon".** 1936 m. 5 ir 6 nr.
12. **„Motina ir vaikas".** 1936 m. 7 ir 8 nr.
13. **„The Tohoku Journal of Experimental Medicine".** 1936 m. 29 t. 1—2 nr.
14. **„Bulletin de l'Academie Royale de Médecine de Belgique".** Bruxelles. 1936 m. 5 nr.
15. **„Revista de Gastro-enterologia de Mexico".** Mexico. 1936 m. 5 nr.
16. S o c i é t é d e s N a t i o n s: **Bulletin trimestriel de l'organisation d'hygiène.** Genève. 1936 m. v. V, 2 nr.
17. S o c i é t é d e s N a t i o n s (S e r v i c e d e p r e s s e): **Le problème de l'alimentation.** V. I. Rapport préliminaire du comité mixte pour le problème de l'alimentation. — V. II. Rapport sur les bases physiologiques de l'alimentation. — V. III. L'alimentation dans divers pays. Genève. 1936.
18. S o c i é t é d e s N a t i o n s (Commission consultative du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles): **Résumé des transactions illicites et des saisies,** communiquées au secrétariat de la Société des Nations du 1-er avril au 30 juin 1936.
19. S o c i é t é d e s N a t i o n s (Commission consultative du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles): **Résumé des rapports annuels des gouvernements sur la trafic de l'opium et autres drogues nuisibles pour l'année 1934.** Genève. 1936.

20. Société des Nations (Commission consultative du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles): **Annexe aux documents O. C. 294 (w), O. C. 294 (x), O. C. 294 (y) et O. C. 294 (z), 1935. Index alphabétique.**

21. Société des Nations (Convention pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants, du 13 juillet 1931): **Évalutions des besoins du monde en drogues nuisibles en 1936.** II-ème et III-ème supplement à l'état établi par l'Organe de contrôle conformément à l'article 5. Genève. 1936.

22. **„Bulletin de l'Association pour le developpement des relations médicales entre la France et les pays etrangers".** Paris. 1936 m. 30 nr.

23. **Festchrift Herrn Emil Christoph Barell.** Basel. 1936. 575 p. in 8⁰.

24. **„Bulletin of the Hendry-Connell research foundation". Cancer research.** Kingston. 1936 m. 1 nr.

25. **Constitution and By-Laws of the American Medical Association.** Chicago. 1926. 55 p. in 32⁰.

26. **Spezial Praeparate „Roche".**

Kronika.

NEKROLOGAI.

× **Mirė:** 1) Leningrade — prof. M. M. Bok, ftizijatras. — 2) Anglijoje — prof. Holdein, fyzijologas. — 3) Charkove — akad. A. I. Jučenko, psychijatras — 4) Maskvoje — prof. L. N. Natanson, laryngologas. — 5) Bolonoje — prof. Patrici, fyzijologas, dukart gavęs Nobelio premiją. — 6) prof. G. Waquez, žymus kraujo tyrinėtojas.

MEDICINOS AUGŠTASIS MOKSLAS.

× **Medicinos gydytojo diplomą** yra gavę šie medicinos kandidatai: Vytautas Damijonaitis, Abromas Kauferas, Jakovas Kazlauskas, Hinda Segalauskaitė ir Antanas Valiukevičius.

× **Dantų gydytojo diplomą** yra gavusi odontologijos kandidatė Geni Jakobsonaitė.

× **Odontologijos kandidate** pripažinta Rochel Zaksaitė.

× **Medicinos fak-to asistentų reikalais:**

1. Gyd. O. Purtokaitė atleista iš ausų, nosies ir gerklės ligų klinikos vyr. asistento vietos.

2. Gyd. Pakanavičius išrinktas ausų, nosies ir gerklės klinikos jaun. asistentu.

3. Gyd. J. Mackevičaitei-Lašienei, patologijos katedros vyr. asistentei, asistentavimo laikas prailgintas dar 3 metams.

4. Gyd. Jonas Jankus išrinktas ausų, nosies ir gerklės klinikos preparatorium.

× **Doktorando egzaminai** leista laikyti gyd. J. Kupčinskui.

× **Komandiruotės:**

1. Prof. E. Vinteleris ir doc. V. Kuzma komandiruojami į tarptautinį kovai su vėžiu kongresą Briuselyje š. m. IX. 19—26 d.

2. Prof. P. Avižonis ir vyr. asist. Vyt. Avižonis — į tarptautinį oftalmologų kongresą Kaire 1937. XII. 8—14 d.

× **Į Veterinarijos akademijos tarybą** atstovu nuo Medicinos fak-to išrinktas prof. V. Lašas.

× **Paskelbtas V. D. Un-to klinikų projektui paruošti konkursas.** Vytauto D. universiteto klinikų statybos komisija jau paruošė naująsias klinikų projektui paruošti konkurso sąlygas.

Klinikoms reikia suprojektuoti apie penkiolika patalpų.

Pagal naująsias klinikų projektui paruošti konkurso sąlygas, pastatai turi būti teip suprojektuoti, kad jie atitiktų statomus naujoms klinikoms - ligoninėms reikalavimus mokslo, apšvietimo, patogaus susisiekimo, hygijenos, izoliavimo, priešlėktuvinės ir priešcheminės apsaugos atžvilgiais.

Klinikų — ligoninių rūmai bus statomi iš plytų, stogai dengiami čerpėmis, sienos ir iš lauko pusės tinkuojamos, su centriniu vandens šildymu ir ištraukiamąja ventiliacija.

Į atskirus rūmus galima jungti ir kelios klinikos, bet su sąlyga, kad būtų visiškai išlaikyta reikalinga izoliacija ir kiti statomi ligoninėms ir klinikoms reikalavimai. Susisiekimas tarp atskirų pastatų pageidaujama numatyti dengtais koridoriais.

Sujungus atitinkamas klinikas į vieną korpusą, auditorijos turi būti bendros, pav., chirurginei ir akušerijos - gynekologijos klinikoms — viena auditorija, vidaus ligų, vaikų ir nervų ligų klinikoms — antra ir trečia auditorija — veneros ir apkrečiamųjų ligų klinikoms.

Terminas projektams pristatyti — 1936 m. lapkričio 20 d. 12 val.

Už geriausius projektus skiriamos trys premijos: I — 10.000 lt., II — 8.000 lt. ir III — 5.000 lt. Iš šių sumų bus išskaitoma 10% konkurso išlaidoms padengti. Jury komisija pasilieka sau teisę, be premijuotų projektų, pasiūlyti pirkti dar vieną kitą projektą, mokant už juos po 2.000 lt.

Jury komisiją sudaro pirmininkas, Vytauto D. Universiteto prorektorius prof. inž. Pr. Jodelė ir nariai: prof. architektas M. Songaila, medicinos fakulteto dekanas prof. dr. Vl. Lašas, prof. dr. J. Žilinskas, vid. reik. m-jos statybos ir sauskelių inspekcijos atstovas ir inžinierių draugijos atstovas. Be to, gali būti kviečiami ekspertai.

DRAUGIJOS, KONGRESAI, ĮVAIRENYBĖS.

× **Draugijos kovai su vėžio liga visuotinis susirinkimas** š. m. birželio 3 d. (žiūr. „Medicina" 1936. VI.) nutarė **leisti savąjį leidinį,** kuriame, be įvairių bendrų bei informacinių žinių apie vėžio ligą, norima duoti ir originalinių straipsnių, daugiausia susijusių su vėžio ligos tyrimais mūsų krašte.

Pirmuose kalbamojo leidinio numeriuose norima patiekti originaliniai straipsniai, duodą:

1. **Statistikos žinių apie vėžio ligos dažnumą Lietuvoje,** jei ne nuo pat Lietuvos Nepriklausomybės atgavimo, tai bent paskutiniųjų 15—10 metų, sulyginant tuos statistikos duomenis su kitų kraštų atitinkamo laiko tarpo duomenimis. Tie statistikos duomenys turėtų būti ne vien tik mirtingumą dėl vėžio ligos rodančios skaitlinės, remiantis čia mirties liudijimais, čia ypač skrodimų duomenimis, bet ir duodančios santykį to mirtingumo su bendru mirtingumu Lietuvoje, teippat ir su atskirais kitais dažniau pasitaikančiais mirtingumais, k. a.: su džiova, syfiliu ir kit. chron. infekciniais bei neinfekciniais susirgimais etc.

Teikiant statistikos žinias, pageidaujama kreipti dėmesys į vėžio liga susirgimų dažnumą bei mirtingumą mūsų miestuose ir kaimuose atskirai; į profesinio darbo įtaką vėžio ligai; pageidaujama išaiškinti, kiek vėžio ligos susirgimų nustatyta klinikose, ligoninėse, ambulatorijose ir privačiai praktikuojančių gydytojų; kiek buvo sergančių vėžio liga vyrų ir moterų 0—19 mt., 20—29 mt., 30—39 mt., 40—49 mt., 50—59 mt., 60—69 mt. ir virš 70 mt. Vėžio ligos bei jo mirtingumo statistika turėtų apimti ir taikytą tai ligai gydymą bei to gydymo rezultatus, nurodant recidivų greitumą, išgijimą — sirgusiųjų lūpos, liežuvio, stemplės, gerklės, plaučių, gūžio liaukos, skilvio, žarnų, inkstų ir kitų šlapimo organų, krūties ir kitų organų bei kūno dalių vėžiu.

Svarbu turėti duomenų, kada sergąs vėžio liga pacijentas kreipėsi į gydytoją pirmą kartą: ar esant jau regijonarinių liaukų metastazėms ar joms dar nėsant ir t. t.

2. Dažniausiai Lietuvoje pasitaikančios **patologoanatominės vėžio struktūros,** k. a.: Ca fungosum, Ca gelatinosum, Ca myxomatodes, Pedget'o typas, Schmincke's typas, profesinis vėžys, skiepytos vėžio formos; vėžio santykis su sarcoma etc.

3. Mūsų krašte nustatoma Ca histogenezė, galimas paveldėjimas, apkrečiamumas etc.

4. **Vėžio ligos dijagnostikos** tobulinimas.

5. Pas mus dažniausiai pasitaikančios **Ca kliniškos formos:** ulcus rodens, Ca labii sup. et infer., Ca maxillae, Ca laryngis, Ca gl. thyreoideae, Ca oesophagi, Ca ventriculi, Ca hepatis, Ca pulmonum, Ca uteri, Ca renis, Ca vesicae urinariae ir kitų organų, jų metastazės, gydymo būdai etc.

6. Bendros **vėžio profylaktikos,** dijetetikos ir profesinės profylaktikos priemonės Lietuvoje.

7. **Vėžio ligonių globos klausymas, vėžio ligos tyrimo bei kovai su ta liga instituto** steigimo klausymas etc.

Šitie, čia pažymėtieji, ir kiti vėžio ligos klausymai spręsti teks daugeliui medicinos sričių specijalistų.

Todėl kreipiamės į visų specijalybių kolegas, prašydami kiekvieno savo specijalybėje jau turimus spaudai paruoštus vėžio ligos klausymu straipsnius patiekti „Kovai su vėžio liga" redakcijai artimiausiu laiku ir neatsisakyti toliau bendradarbiauti Kovai su vėžio liga Draugijos leidinyje.

Redakcija.

× **Medicinos laisvei ginti draugija.** Paryžiuje įsikūrė gydytojų draugija (Groupe de défense de la Médecine libre), kuri kovos prieš steigimą valstybinių ir jos priežiūroje esamų medicinos centrų („Centres de Santé" et „Cités sanitaires") ir gins nepriklausomos medicinos teises. Šitos draugijos sekretariato adresas šis: 74, rue Didot, Paris (14e). („La Presse Méd." 1936 m. 64 nr.).

× **Iš reumato kongreso.** Š. m. rugsėjo mėn. 3—8 d. d. Lunde — Stokholme, įvyko penktasis tarptautinis reumato kongresas, kurį organizavo tarptautinė lyga kovai su reumatu. Garbės komitete dalyvavo užsienių kultūros ir socijalinių reikalų ministeriai, Lundo, Malmö ir Stokholmo burmistrai ir visi žymesnieji Švedijos profesoriai internistai. Kongresą organizavo įžymus švedų profesorius S. Ingvar, kuris skaito Lundo universitete.

Kongrese, kaipo Kauno medicinos draugijos delegatai, dalyvavo dr. A. Garmus ir dr. S. Laurinavičius.

Kongreso metu visų pirma buvo nagrinėjami alergijos apsireiškimai sergant reumatu. Toliau buvo svarstomas rentgeno nuotraukų aiškinimo klausymas, sergant įvairiomis reumato formomis. Toliau dar buvo svarstomas ortopedinis reumato gydymas ir butų įtaka reumatu sergantiems ligoniams.

Kongreso metu dalyviams buvo duota progos apžiūrėti įvairias gydymo įstaigas ir klinikas. Teippat buvo suruošta keletas priėmimų ir bankietų. Viso kongreso metu ypatingai buvo jaučiamas nuoširdus švedų svetingumas.

× **Urologijos kongresas.** Š. m. rugsėjo m. 9 d. Austrijos prezidentas atidarė tarptautinį urologijos kongresą, į kurį atvažiavo atstovų iš viso pasaulio.

× **Tarptautinės klinikos mediciniškoji sąjunga (l'association médicale de clinique internationale)** įkurta 1934 ir yra Tautų Sąjungos žinioje. Šitos sąjungos tikslai yra šie (paskelbta „The Medical Press" 1935 m. gruodžio mėn.):

1. Įgalinti šitos sąjungos narius, esančius įvairiose šalyse, susitikti konferencijose ir praktiškuose užsiėmimuose.

2. Įkurti centrą mokslo klinikos darbams ir tyrimams, ne tiktai ligoms gydyti, bet ir taisyklingam gyvenimo būdui (art de vivre—gyvenimo menas) moksliškai nustatyti.

3. Padėti svetimšaliams paskelbti jų darbus anglų žurnaluose.

4. Įkurti mėnesinį medicinos biuletenį šitos Sąjungos nariams spausdinti darbus.

5. Organizuoti šitai tarptautinei klinikai tarpininkaujant įvairių šalių gydytojų bei studentų apsimainymą.

6. Kreipti kiekvienos šalies praktikos gydytojų dėmesį į tas mokslo problemas, kurios apdirbamos užsieniuose.

7. Jungti įvairių šalių gydytojus ant klinikos pagrindo bei akademijos dvasioje ir padėti kultivuoti tarptautinę medicinišką pasaulėžiūrą (asprit médical international).

8. Kasmet ruošti paskaitas įvairiose šalyse.

9. Šitos Sąjungos centras – La clinique Internationale de Tunbridge Wells, 50 kilometrų nuo Londono, vaizdingoje Kento grafystėje, vadinamoje Anglijos sodu.

Šita klinika puikiai organizuota visais atžvilgiais ir atitinka naujausius mokslo ir komforto reikalavimus. Teip, pav., kardijologijos skyrius ne tiktai turi naujausią elektrokardijografo modelį, bet ir anglirūgštės vonias, puikų rentgeno institutą, masažo sales ir dozuotų fyzinių pratimų sales nuolatos prižiūrint gydytojui fyzijologui. Toliau, turi atskirus skyrius astmai, tropikinėms ligoms tyrinėti ir gydyti, skyrių endokrinininiams susirgimams, šių dienų atjauninimo metodėms ir t. t. studijuoti. Kiekvieną skyrių veda gydytojas specijalistas, kuris turi dažnai atlikinėti stažą didelėse Europos ir Amerikos klinikose. Puikiai įrengtos laboratorijos, ultra-moderniškos operacinės salės, kurios turi būti pavyzdžiu, modeliu, visoms operacinėms. Perijodiškai šaukiami posėdžiai svarbiems medicinos ir chirurgijos klausymams aptarti; šitų posėdžių apyskaitos spausdinamos „The Medical Press and Circular". Šių metų birželio mėn. 3—6 d. buvo konferencijos, kurias organizavo šita „The Medical Association of the International Clinic" Tunbrigde Wells'e pirmininkaujant p. Jaliot-Curie, kuri skaitė pranešimą „apie naujų radijoaktingų elementų syntezę". *I. Skliutauskas.*

× **Paryžiaus medicinos diena.** Trečioji „Paryžiaus medicinos diena" organizuojama Paryžiuje 1937 m. birželio mėn. 26—30 d. Iki pietų bus moksliškos paskaitos su demonstravimais, o po pietų — įvairių sveikatos ir medicinos įstaigų apžiūrėjimas. Paryžiaus medicinos dienos reikalais reikia kreiptis: Service de la journée médicale: Revue médicale française, 18, rue de Verneuil, Paris, 7 e. Mokesčiai — 50 pr. frankų.

× **II tarptautinis sporto gydytojų kongresas Berlyne.** Š. m. liepos mėn. 27—31 dienomis, XI olimpijados proga Berlyne įvyko II tarptautinis sporto gydytojų kongresas. Kongrese dalyvavo iš 35-kių valstybių apie 400 atstovų; neoficijaliai dar dalyvavo Vokietijos sporto gydytojų sąjunga (apie 300 žmonių).

Kongreso programoje buvo sporto medicinos, psychologijos ir pedagogikos klausymai.

Lietuvai kongrese atstovavo dr. A. Jurgelionis, kuris įeina į tarptautinį sporto gydytojų komitetą.

× **II-sis tarptautinis vėžio kongresas** bus 1936 m. IX. 20—26 d. Briuselyje. Pagrindinės temos: vėžio bijologija; laimėjimai vėžiui pažinti; naujos priemonės vėžiui gydyti; būdai, kryptys į prisiartinimą priešvėžinei pagelbai žmonėms; neišgydomų vėžininkų dispanserizacija; vėžys ir demografija. Reikalais kreiptis į suvažiavimo generalinį sekretorių Briuselyje: Rue de la Presse, 13.

× **Veterinarijos akademija — nuo rugsėjo 1 d.** „Vyr. Žin." V. Prezidentas paskelbė veterinarijos akademijai įsteigti ir laikyti įstatymą. Pa-

gal jį veterinarijos akademiją įsteigti pavedama žemės ūkio ministeriui. Kol bus išleistas akademijos statutas, jos programa nustatoma, klausytojai priimami ir kiti akademijos reikalai tvarkomi žemės ūkio ministerio nustatyta tvarka. Akademijos klausytojai bendruosius mokslo dalykus: botaniką, zoologiją su lyginamąja anatomija, neorganinę chemiją, organinę chemiją, analyzinę chemiją, histologiją, embrijologiją, fyzijologiją, fyzijologinę chemiją su kolojidų chemiją, bendrąją patologiją, farmakologiją ir naująsias kalbas eina V. D. Un-to programa. Akademijos klausytojai, eidami bendruosius mokslo dalykus V. D. Univ-te, pasiduoda jo disciplinai.

Veterinarijos akademijos klausytojai moka imatrikuliacijos ir semestrinį mokestį. Jį bei atleidžiamųjų nuo jo klausytojų procentą nustato ministerių kabinetas. Akademijos klausytojai už einamus V. D. Univ-te bendruosius mokslos dalykus atskiro mokesčio nemoka.

Akademijoje mokslas einamas 5 metus. Rudens semestras prasideda rugsėjo m. 15 d. ir baigiasi gruodžio m. 15 d., pavasario semestras prasideda sausio m. 15 d. ir baigiasi birželio m. 15 d. Akademijos klausytojus priima akademijos taryba V. D. Univ-to priėmimo sąlygomis. Akademijos klausytojų sąrašas su reikalingomis žiniomis siunčiamas V. D. Univ-to Medicinos fakultetui.

Kol bus nustatyti akademijos etatai, gyvulių anatomiją akademijos klausytojai išeina veterinarijos bakterijologijos institute. Akademijos klausytojai keliami į III semestrą V. D. Univ-to Medicinos fakulteto nustatyta tvarka, tik vietoje žmogaus anatomijos reikia turėti akademijos tarybos nustatytas užskaitas iš gyvulių anatomijos. Akademijos klausytojai keliami į V semestrą, kai jie turi užskaitas ir yra išlaikę egzaminus iš botanikos, zoologijos su lyginamąja anatomija, fyzikos, organinės, neorganinės ir analyzinės chemijų, fyzijologijos, fyzijologinės chemijos su kalojidų chemija, histologijos, embrijologijos ir naujųjų kalbų medicinos fakulteto programa ir iš gyvulių anatomijos.

Žemės ūkio ministeris St. Putvinskis paskyrė **veterinarijos akademijos tarybą.** Tarybos pirmininku paskirtas veterinarijos departamento direktorius St. Jankauskas, sekretorium — veterinarijos inspektorius V. Katelė, nariais — žemės ūkio akademijos profesorius K. Aleksa, valstybinio veterinarijos bakterijologijos instituto direktorius dr. K. Kanauka, Gruzdžių augštesniosios gyvulininkystės mokyklos direktorius dr. Žemaitis ir dr. V. Miknevičius. Be to, į tarybą savo atstovus dar paskirs krašto apsaugos ministerija ir Vytauto Didžiojo universitetas. Akademijoje mokslas prasidės rugsėjo mėn. 15 d. Prašymus reikia paduoti veterinarijos akademijos tarybai per veterinarijos departamento kanceliariją.

Rugsėjo m. 19 d. valstybinio veterinarijos bakterijologijos instituto rūmuose bus imatrikuliacija ir iškilmingas veterinarijos akademijos atidarymas.

MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Reikalingas gydytojas Giedraičiuose,** Ukmergės ap. Subsidija 250 litų, be to, valsčiaus sav-bė duoda butą ir kurą. Artimiausias gydytojas už 20 klm.

× **Reikalingas gydytojas** Vilkaviškio apskr. valdybai. Gydytojas turės apsigyventi Vištyčio miestelyje. Kreiptis į apskr. valdybą.

× **Atleistos iš Kauno miesto savivaldybės gydytojos Sleževičienė ir Vienožinskienė,** kadangi jų vyrai uždirba daugiau kaip 600 litų per mėnesį. Jų vieton paskirti gyd. J. Kvedaras ir gyd. Br. Simonanienė.

× **Gyd. Antanas Petraitis,** Kauno apskrities gydytojas, yra paskirtas I Kauno šaulių rinktinės rėmėjų būrio vadu, kurį šaulių sąjungos vadas šiomis dienomis patvirtino pareigose.

× **D-ras B. Matulionis,** Birštono kurorto direktorius, apie kurio ligą buvo rašyta „Medicinos“ š. m. 7—8 nr., rugsėjo mėn. pradžioje grįžo iš užsienių ir pradėjo eiti savo pareigas.

× **Med. gydytojo praktikos teises** yra gavę šie med. gydytojai: Henrikas Bušackis, Edmundas Butrimavičius, Boruchas Chveidanas, Jonas Jankus-Jankevičius, Vilius Konas, Rachmielis Krumbergas, Leja Leveraitė, Mauša Levitas, Mejeris Lichtenšteinas, Dovydas-Manuelis Linskis, Ilija Lopertas, Izidorius Matusevičius, Dovydas Nakanas, Juozas Petrikas, Šoleimas Rivkovičius, Steponas Senkevičius, Maksas Solcas, Jonas Velbergas, Lazaris Volpė, Abromas-Icikas Zilbergas ir Jonas Žemaitis.

× **200 prancūzų gydytojų į pagelbą negrams.** Lilio, Prancūzijoje, universiteto studentų inicijatyva įsikūrė didelė organizacija, kuri pasiryžusi padėti Kamerūno negrams ir išvaduoti juos iš baisiųjų toje šalyje siaučiančių ligų ir epidemijų. Prancūzų vyriausybė nusprendė tai organizacijai suteikti 30 mil. frankų. Dar 200 mil. frankų numatoma surinkti aukomis.

Į Kamerūną jau išvažiavo du būriai jaunų gydytojų, po 100 žmonių būryje. Netrukus ten bus įkurtos ligoninės.

× **Anglijos gydytojai prieš dujų karą.** Oksfordo medicinos asocijacija priėmė rezoliuciją, dalyvaujant daugiau kaip 300 gydytojų, prieš dujų karą.

× **„GerMaPo“ laboratorijos vedėjas p. Matulevičius** rugpjūčio mėn. 18 d. išvažiavo į Paryžių specijalizuotis organoterapijos preparatų gamyboje. Prekybos ir pramonės reikalais į Vokietiją ir Prancūziją išvažiavo kartu ir Akc. b-vės „GerMaPo“ direktorius p. A. Gerdvilis. Abu gavo pakvietimus pakeliui Vokietijoje apžiūrėti žinomus Knol'io, Riedel-de Haen'o ir Farbenindustrie fabrikus.

DANTŲ GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Dantų gydytojo praktikos teises** yra gavę šie jauni dantų gydytojai: Margarita Andriukaitienė-Marčiulionytė, Jachna Baraitė, Chaja-Feiga Gurevičaitė, Antanina Motiejaitienė-Olšauskaitė ir Michlė Tubiasaitė.

SVEIKATOS REIKALAIS.

× **Sveikatos departamento žinios apie limpamąsias ligas Lietuvoje 1936 m. birželio mėn.:** typhus abdom. 88 (5), paratyphus 18, typhus exanth. 18 (2), morbilli 293, scarlatina 35, pertussis 34, diphtheria 100 (4), influenza 400, dysenteria 1, erysipelas 24, poliomyelitis et polioencephalitis ac. 6, enceph. leth. epid. 3, meningitis cerebr. spin. epid. 7, anthrax 1, lyssa 1, tetanus 1, tuberculosis 205 (13), venerinėmis ligomis 517 (lues 174, gonorrhoea 341, ulcus molle 2), varicella 16, trachoma 275, parotitis epid. 47, febris puerperalis 8 (1), septicopyaemia 7 (3), scabies 8. (Skliausteliuose pažymėti mirimai).

× **Sveikatos departamento žinios apie limpamąsias ligas Lietuvoje 1936 m. liepos mėn.:** typhus abdom. 153 (3), paratyphus 51, typhus exanth. 9, typhus reccur. 1, morbilli 42, scarlatina 34, pertussis 49, diphtheria 87 (3), influenza 401, dysenteria 81 (1), erysipelas 29 (1), poliomyelitis et polioencephalitis ac. 2, enceph. leth. epid. 1, meningitis cerebr. spin. epid. 15 (4), anthrax 1, tetanus 1 (1), tuberculosis 196 (6), venerinėmis ligomis 421 (lues 140, gonorrhoea 281), varicella 14, trachoma 175, parotitis epid. 80, febris puerperalis 7 (1), septicopyaemia 7 (1), scabies 4. (Skliausteliuose pažymėti mirimai).

× **Įsteigtas sveikatos centras** nuo š. m. liepos mėn. 1 d. pradėjo veikti **Šimonyse,** Panevėžio aps.

× **Seborėjos, inkštirų ir daugelio nuplikimų priežastis** esanti, pasak Nobelio premijos laureato vengro Scent-Georgi, tam tikro vitamino (jo pavadinto H vitamino) stoka. Šitas vitaminas esąs kepenyse. Suaugusiems seborėjai išgydyti pakanką 2 savaites kasdien suvalgyti po 350 gr. žalių kepenų. („Klin. Med." 1936 m. 5 nr.).

× **Mokytojų ir mokyklų tarnautojų sveikatos tikrinimas,** ar neserga atdarąja, arba aktyviąją tbc. įvedamas Olandijos mokyklose nuo 1934 m., sąsyjyje su gausiais tbc. susirgimais mokinių tarpe. Sergantiems atdarąja, arba aktyviąja tbc., nebuus suteikiama tarnyba mokyklose. („Am. med. Assoc." 1935, 105 t., 10 nr.).

× **Vakcinacija prieš geltonąjį drugį.** Prof. Nicolle, geltonojo drugio tyrinėtojas, Paryžiaus medicinos akademijoje pranešė apie vakcinacijos rezultatus Vakarų Afrikos kolonijose, kur buvę vakcinuota 3.000 vietinių gyventojų ir dar daugiau europiečių. Vietiniams gyventojams buvo padaryta po 3 vakcinos inokuliacijas, t. y. pilna dozė; europiečiams po 1—2 inokuliacijas. Šitoji vakcinacija esanti visiškai nežalinga ir labiau efektinga prieš geltonąjį drugį, kaip seroterapija. („Am. med. Assoc." 1935, 104 t., 22 nr.).

× **Vaikų mirtingumas** New-Yorke XIX šimtmečio pradžioje buvęs ne didesnis kaip XX šimtmečio pradžioje. („Am. med. Assoc." 1935, 105 t., 13 nr.).

× **Morfinizmo įtaka ainiams.** 395 morfinistų ainių tyrimai parodę, kad psychikos atžvilgiu normalūs buvę 69%, psychopatiški — 29% ir epileptiški — 1%. Morfinizmą paveldėję tik 1%, kas esą priešinga alkoholizmui, kurs esąs lengvai paveldimas. („Br. med. J." 1935 m. 3897 nr.).

× **Rentgenologijos archyvai.** Berlyno gyvybės draudimo draugijos kartu su kitomis mediciniškomis organizacijomis įvedė rentgenologijos archyvų systemą. Draudimo draugijos gydytojai, peržiūrėję rentgenogramas, siunčia jas vėl atgal dariusiems gydytojams, kurie kas 3 mėnesius nusiunčia pas juos esamas nuotraukas, pridėdami savo pastabas, rentgenologijos archyvo direktoriui, kur nuotraukos klasifikuojamos ir saugomos. („Am. med. Assoc." 1935, 104 t., 22 nr.).

× **Nėštumo ilgumas.** Japonijos akušeris Obata tvirtina, kad apskaičiuojamas 280 dienų nėštumo ilgumas esąs netikras. Pagal jo 10.000 moterų statistiką šitas laikas trunkąs nuo 263 iki 297 dienų. Visi naujagimiai apskritai svėrę 2.475—3.344 gr. 30-čiai moterų, kurios žinojusios apsivaisinimo dieną, nėštumas trukęs nuo 233 iki 288 dienų. Pasak Obata, nėštumo laikas nėsąs vienodas, o individualiai svyruojąs. („Am. med. Assoc." 1935, 104 t., 26 nr.).

× **Žmogui perpilamas jaučio kraujas.** Rostoko medicinos instituto chirurginėje klinikoje, vadovaujant prof. N. A. Bogoraz'ai, daromi bandymai žmogui perpilti jaučio kraujo. („Med. Klin." 1936 m. 7 nr.).

MEDICINIŠKASIS SĄMOJUS.

× **Gydytojas, vaistininkas ir receptas.**

Vienas pilietis sumanė pasikviesti pas save pietų garsų gydytoją X. Į savo pakvietimą gavo tiek neaiškiai surašytą atsakymą, jogiai negalėjo išskaityti nei vieno žodžio. Norėdamas tikrai sužinoti, ar gali tikėtis gydytoją atvykstant pietų, pilietis su gautuoju laišku kreipėsi į artimiausią vaistinę, manydamas, kad vaistininkai yra pripratę skaityti neaiškiausiai parašytus gydytojų receptus, tai ir šį kartą vaistininkas sugebėsiąs išskaityti gydytojo X. atsakymą.

Vaistininkas, užsidėjęs akinius, dirstelėjo į laišką ir tarė:

— Ateikite po valandos.

Kai skirtu laiku atėjo pilietis, vaistininkas ramių ramiausiu veidu

padavė jam butelį kažkokio skystimo (matyti, vaistų) ir, grąžindamas augščiau minėtąjį laišką, pridūrė:

— Gerkite kas 2 val. po valgomąjį šaukštą.

× **Gydytojų pasikalbėjimas.**

1-as gyd.: — Negaliu įsivaizduoti, dėl ko aš tučtuojau nepadariau pacijentui operacijos.

2-as gyd.: — Nesijaudink, kolega. Gal būt tamstos operacija nebūtų išgelbėjusi pacijento ir jis vis tiek būtų miręs.

× **Išsisuko.**

Viršininkas: — Vakar tamsta esi atsiuntęs raštelį, kad negali ateiti į tarnybą, nes sunkiai esi susirgęs, o vėliau aš tamstą esu sutikęs gatvėje.

Tarnautojas: — Aš tuomet kaip tik ėjau pas gydytoją.

Klaidų atitaisymas.

1. Šiame **„Medicinos“ 1936 m. 9 num.** (642 psl., 9 eil. iš viršaus) praleista įdėti šis atvaizdas, vaizduojąs 2 dideles lipomas.

2 skiltėtos lipomos, sveriančios arti 13 svarų, pašalintos iš pilvo tuštymo 1935 m. VIII mėn.

2. „Medicinoje“ 1936 m. 7—8 nr. 589 p. viršuje 15-tos eilutės iš apačios reikia pridėti:

Todėl ligonių kasų įstatymas turėtų įkurti derinamąjį organą — valstybinę gydytojų ir ligonių kasų bendradarbiavimo tarybą. Jos svarbiausias uždavinys būtų normoti lig. kasų ir gydytojų bendradarbiavimą. Ji galėtų būti sudaryta iš 5 gydytojų draugijų, 5 ligonių kasų atstovų ir 3 Vidaus reikalų min-jos paskirtų iš augščiau minėtų organizacijų rekomenduotų kandidatų. Pirmininkas būtų renkamas iš Vidaus reik. m-jos paskirtų asmenų.

Tasai bendradarbiavimo komitetas nustatytų:

1. Susitarimo tarp lig. kasų ir gydytojų draugijų formą;
2. už gydytojų atliktus darbus atlyginimą;
3. priemones, kurios apsaugotų lig. kasos reikalus ir neleistų jai daryti nereikalingų ir netikslių išlaidų;
4. priemones, kurios apsaugotų gydytojus nuo išnaudojimo;
5. tvarką, pagal kurią gydytojai įrašomi į lig. kasos gydytojų skaičių.