MEDICINA

žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XIX met. | 1938 m. vasario mėn. | Nr. 2

Med. d-ras J. Kupčinskas.

Myokardo infarkto diagnozė*).

Seniau širdies infarktas buvo laikomas retu susirgimu, apie kurį nedaug randama medžiagos net kai kuriuose plačiuose vadovėliuose. Pav., Romberg nutyli apie myokardo infarkto gydymą, nes jis dažniausiai liekąs nepažintas. Paskutiniu metu, patobulėjus tyrimų priemonėms, dažniau pavyksta nustatyti širdies infarktas. Hochrein'o duomenimis, jis dažniau pasitaikąs, kaip kad anaemia perniciosa arba morbus Basedowii. Rintelen iš 5.200 autopsijų 51 atsitikimu radęs šviežią širdies myokardo infarktą, Barnes iš 1.000 autopsijų — 49.

Myokardo infarktas yra širdies raumens nekrozuojančių audinių židinys, didele atsitikimų dauguma susidaręs del vainikinių (koronarinių) arterijų trombozės, sužadinusios išemiją. Vainikinių arterijų embolija yra labai retas dalykas. 85% visų atsitikimų, pasak E. Frank'o, trombas atsirandąs kairiojoje vainikinėje arterijoje, in ramo descendente, kuri aprūpina maistu kairiojo skilvelio priekinę dalį. Dešiniosios vainikinės arterijos užsikimšimas gali sužadinti kairiojo skilvelio užpakalinės sienelės ir širdies skilvelių pertvaros infarktą.

Paprastai infarktas būna vienas. Retais atsitikimais pasitaiko daugybinių infarktų. Jų didumas labai įvairus: kartais jie būna mikroskopiško didumo, kartais užima žymią myokardo dalį. Bouchut, Ravault ir Pétouraud yra aprašę vieną atsitikimą, kur infarktas buvo užėmęs ⅔ širdies skilvelio; tačiau tokie milžiniški infarktai yra reti, nes širdies didesnės masės išemija sukelia staigią mirtį ir nepakanka laiko raumens nekrozei išplytėti.

Myokardo infarktas ištinka arteriosklerozikus, hipertonikus ir senyvo amžiaus žmones. Šitie asmenys, kaip kad nurodo G. Giraud, dažniausiai turi 50—65 m. amžiaus. Tik labai retais atsitikimais vainikinių arterijų trombozė susidaro jaunesniems, kaip kad 40 m. amžiaus asmenims.

Myokardo infarktas atsiranda staiga, dažniausiai poilsio

*) Mėginamoji paskaita priv.-doc. titului gauti, skaityta V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto taryboje 1938 m. sausio mėn. 19 d.

ar miego metu. Netikėtai atsiranda sunkus kankinąs priepuolis, lydimas bendrinio jėgų nusilpimo, skausmų, baimės jausmo, širdies plakimo, šleikštulio ir kai kurių kitų virškinamojo trakto negalavimų.

Iš subjektingų simptomų ryškiausiai pasireiškia skausmai, kurie nustelbia daugelį kitų simptomų. Jie būna anginiško pobūdžio, labai dideli, lydimi baimės jausmo, užtrunka keletą valandų, neretai keletą parų, beveik nesikeičia nuo nitratų ir apskritai būna atsparūs bet kuriam gydymui. Skausmai lokalizuojasi prie sternum'o, širdies plote, iš kur radijuoja į kairiąją mentę, aukštyn į kaklą ir į rankas, dažniau į kairiąją ranką arba žemyn į epigastrium'ą ir net į visą pilvo plotą.

Skausmai yra dažnas, bet ne būtinas širdies infarkto simptomas. Kaip kad visais kitais organinių susirgimų atsitikimais, taip pat ir vainikinių arterijų trombozės atvejais nėra proporcingumo tarp skausmų stiprumo ir širdies patologiškų pakitimų laipsnio. Būna mirštamų širdies infarktų, nelydimų anginiškų skausmų. E. Doumer, Donzelot, Papp ir daugelis kitų autorių yra stebėję myokardo infarkto atsitikimų, kur ligoniai nesiskundę žymesniais skausmais. N. S. Davis nurodo, kad iš 76 sekcijos metu patikrintų atsitikimų tik 47% būta aiškių nusiskundimų skausmais.

Išviršinis ligonio vaizdas yra būdingas sunkiam priepuoliui: neramumas, veidas išbalęs, cyanoziškomis dėmėmis, šaltas prakaitas, įdubusios akys, atšalusios galūnės, didelis organizmo nusilpimas, bendrinis kolapsas, galįs baigtis koma.

Priepuolio metu gana žymiai krinta kraujospūdis, prieš tai dažnai buvęs žymiai padidėjęs. Sistolinis kraujospūdis nuo 230 mm gali kristi iki 120, nuo 150 iki 85, ir taip nukritęs lieka ilgesnį laiką. M. Hochrein nurodo, kad priepuolio pradžioje randamas padidėjęs kraujospūdis. Prof. K. Buinevičiaus aprašytu atsitikimu priepuolio pradžioje sistolinis kraujospūdis buvęs 200, kuris vėliau nukritęs iki 110. Tvinksnis būna padažnėjęs, silpnai prisipildęs. Pradžioje būna sinusinis ritmiškas tvinksnis (pulsas), vėliau, kiek pareina nuo infarkto vietos, gali išsirūtuliuoti skilvelinės ekstrasistolės ir atrioventrikuliarinis blokas. Tvinksnio sutrikimas gali baigtis mirštama skilvelių fibriliacija. Apskritai mirtingumas siekia 50—60% visų atsitikimų (Levine, Strong, Hochrein).

Širdies tonai būna duslūs, neretai girdimas zovadiškas ritmas. Širdies veikla susilpnėja ir išplinta periferinės kraujo apytakos stazė, cyanozė, dažnai plaučių oedema. Svarbios diagnostinės reikšmės turi perikardo trintis, kuri tačiau, kaip kad nurodo Pezzi, Wearn, Levine ir kai kurie kiti autoriai, palyginti nedažnai randama. Parkinson ir Bedford perikardo trintį radę tik 7% jų stebėtų atsitikimų. Šitas simptomas kartais laikosi keletą dienų, kartais tik kelias

valandas. Širdies tuštyme gali atsirasti trombai ir pasidaryti plaučių, smegenų ar kitų organų embolija. Hammann embolijas dažniau stebėdavęs negu kad pericarditis epistenocardica.

Beveik visuomet 1-ą—3-čią ligos parą pakyla temperatūra. Karščiavimas gali trukti tik keletą dienų, bet neretai, kaip kad tvirtina J. E. Holst, pakilusi temperatūra užtrunka 2—4 savaites. Karštis kartais būna nedidelis, bet dažnai siekia 39°.

Kraujuje, kaip kad yra nurodęs Libman, atsirandanti leukocitozė, kuri pasireiškianti po keleto valandų priepuoliui prasidėjus ir užtrunkanti tik keletą dienų. Leukocitų skaičius gali pasiekti iki 25.000. Leukocitozė padidėja daugiausia neutrofilų sąskaiton. Libman nurodo, kad neutrofiliniai leukocitai sudarą 78—91%. Libman, Wearn, Hammann ir kt. mano, kad leukocitozę ir temperatūrą sukeliąs nekrozinių infarkto masių įsisiurbimas. Bet nėsą lygiagretiškumo tarp leukocitozės ir temperatūros pasireiškimo laipsnio. Fraenckel ir Hochstetter yra aprašę „dyspnoe-leukocitozę" ir Hochrein prileidžia, kad myokardo infarkto atsitikimais dyspnoe sužadinanti leukocitų padaugėjimą.

Eritrocitų nusėdimas visuomet būna pagreitėjęs, tik kartais nežymiai ir trunka neilgai, bet neretai, kiek pareina nuo infarkto didumo, pasiekia daugiau kaip 100 mm per valandą. Nusėdimo pagreitėjimas randamas, praėjus 2—4 dienoms nuo priepuolio pradžios.

Paskutiniais metais širdies infarkto atveju kraujuje neretai konstatuota hiperglikemija. Levine iš 145 atsitikimų 8 atsitikimais radęs padidėjusį kraujo cukraus procentą. Scherf'o medžiagoje iš 8 ligonių 4 turėję hiperglikemiją. Hochrein kraujuje radęs 160—250 mg % cukraus ir šitas cukraus procento pakilimas užtrukdavęs keletą dienų, jei ligonis nebuvo diabetikas. Manoma, kad hiperglikemija atsirandanti del pankreas'o funkcijos nepakankamumo.

Kartais kraujuje randama padidėjęs liktinio azoto procentas. Hochrein sako, kad neretai pasitaiko 80—100 mg %. Steinberg iš 16 ligonių, 9-iems radęs pakilusį liktinį azotą ir jų dauguma mirę, todėl liktinio azoto tyrimas turįs prognostinės reikšmės. Liktinio azoto pakilimas aiškinamas inkstų nepakankamumu.

Vainikinių arterijų trombozės priepuolio metu dažnai pasireiškia, o kartais net vyrauja gastrointestininiai simptomai. Iš jų paminėtini skausmai epigastrium'o plote, šleikštulys, vėmulys, viduriavimas, meteorizmas ir pilvo raumenų refleksiškas įtempimas, dažnai savaimingas išsituštinimas. Kartais būna padidėjusios ir spaudžiant skaudamos kepenys.

Šlapimuose kartais galima rasti nežymus cukraus kiekis ir

baltymo pėdsakai. Priepuolio aukštumoje dažnai ištinka savaimingas šlapinimasis.

Elektrokardiografija turi svarbios reikšmės širdies pakitimų diagnostikai. Kaip kad yra žinoma, skilvelių funkciją atvaizduoja Q, R ir S danteliai, kurie sudaro pirminį kompleksą, atitinkantį skilvelių sistolės pradžią, tarpinė dalis ir T dantelis, atitinkąs sistolės pabaigą. Tarpinė dalis yra linija, jungianti S ir T dantelius, normaliai einanti maždaug izoelektrinės linijos aukštumoje. Esant vainikinės arterijos trombozei, R dantelis, nenusileidęs iki O linijos, pereina į aukštai einančią tarpinę dalį, kuri į viršų išlenktu lanku leidžiasi žemyn, pereidama į T dantelį. Šitas paskutinysis, kaip kad nurodo Pardee, kartais būna neigiamas. Atskirose derivacijose šitie pakitimai būna nevienodai pasireiškę. Jei jie gerai pasireiškia I-oje derivacijoje, tai III-ioje derivacijoje galima rasti atvirkšti pakitimai orientuojantis pagal izoelektrinę liniją.

Iš elektrokardiogramos mėginama nustatyti trombozės vieta. Jei minėtieji elektrokardiogramos pakitimai geriausiai pasireiškia I-oje derivacijoje, tai, pasak Barnes'o ir Whitten'o tyrimų, trombas esąs in ramo descendente kairiosios vainikinės arterijos, jei III-ioje derivacijoje, tai trombozė esanti in ramo descendente dešiniosios vainikinės arterijos. Wilson apie infarkto lokalizaciją siūlo spręsti iš Q dantelio ir viso QRS komplekso.

Galima būtų nurodyti ir daugiau kartais pasireiškiančių elektrokardiogramos pakitimų, bet jų reikšmė nėra galutinai nustatyta. Aukščiau minėtieji pakitimai, kaip kad nurodo Scherf, randami tik 30—40% visų vainikinės trombozės atsitikimų. Jei elektrokardiograma nieko aiškaus nenurodo, tai negalima teigti, kad ligonis neturi myokardo infarkto. Kartais tipiški pakitimai, pasak Scherf'o, pasireiškią tik keletą minučių ir vėliau, darant elektrokardiogramą, jokių būdingų pakitimų nerandama. Dažnai per keletą valandų galima rasti kai kurių elektrokardiogramos pakitimų, rečiau gi šitie pakitimai laikosi keletą ar keliolika dienų.

Vien elektrokardiogramos duomenimis, nėsant kitų myokardo infarkto simptomų, negalima pagrįsti širdies infarkto diagnozės, nes ir kai kurie kiti susirgimai kartais gali duoti minėtus Q R S komplekso ir tarpinės dalies pakitimus.

Elektrokardiografijoje galima panaudoti dar IV-oji arba torakalinė derivacija, kur vienas iš elektrodų dedamas prie krūtinės, absoliutaus širdies perkusinio duslumo plote, o antras prie kairiosios kojos. Kirchner priekinės širdies sienelės infarktų atsitikimais visuomet gaudavęs tipiškų IV-osios derivacijos pakitimų, pasireiškiančių Q dantelio nebuvimu ir teigiamu T danteliu, o užpakalinės sienelės infarktų atvejais 45%

nepasižymėję jokiais būdingais torakalinės derivacijos pakitimais. Tačiau šiuo metu, turint nepakankamai tiksliai ištirtų ir elektrokardiografiškai visose IV-ose derivacijose patikrintų atsitikimų, nieko tikro apie IV-osios derivacijos reikšmę myokardo infarktų diagnozėje negalima pasakyti. „Man atrodo, — sako Scherf, — yra neleistina vien iš IV-osios derivacijos nustatyti taip daug reiškiančią vainikinių arterijų trombozės diagnozę“.

VYTAUTO DIDŽ. UNIV. BIBLIOTEKA

Dažnai panaudojamoji rentgenografija, kaip pagalbinė priemonė širdies pakitimams nustatyti, myokardo infarkto atveju rečiau gali būti pritaikyta. Ūminio priepuolio metu neatsargu būtų varginti ligonis rentgenologiškais tyrimais. Tačiau vėlybesnėje ligos fazėje, praėjus vienai antrai savaitei, tiriant ligonį galima pasinaudoti ir rentgenu. Zadek iš 31 atsitikimo 15 kartų yra radęs širdies viršūnės išsiplėtimą, kaip kad sienelės aneurizmos padarinį. Hochrein neretai savo medžiagoje, kur rentgenograma duodavo aortos vožtuvų pakitimams būdingą vaizdą, autopsijos metu rasdavęs širdies viršūnės aneurizmą, susidariusią del vainikinės arterijos trombozės. P. Stumpff širdies kimografijos pagalba radęs susilpnėjusią infarkto paliestos dalies pulsaciją. Kartais aneurizminėje širdies dalyje konstatuojama paradoksinė pulsacija: sistolės metu šita dalis išsiplečia. Vėliau širdies rentgenogramoje kartais matomi obliteravusių kraujagyslių sukalkėjimai.

Tipiškais atsitikimais myokardo infarkto diagnozė nėra sunki: ilgai trunkąs anginiškas priepuolis, širdies funkcijos sutrikimas, kraujospūdžio kritimas, temperatūra, leukocitozė, pagreitėjęs eritrocitų nusėdimas, perikardo trintis ir būdingi elektrokardiogramos pakitimai kalba už vainikinių arterijų trombozę. Tačiau praktiškai kartais susidaro diagnostinių keblumų, nes iš daugelio minėtų ligos pažymių nėra nė vieno, kuris visuomet pasireikštų ir, kaip kad sako Laubry, kuris turėtų neabejotinai specifiškos diagnostinės reikšmės. Hochrein nurodo, kad 40% visų myokardo infarktų atsitikimų nepasižymįs klasišku simptomų kompleksu.

Donzelot, G. Delarue ir A. Meyer stebėję atsitikimą, kur autopsijos metu rastas didelis dešiniojo skilvelio infarktas, kai kliniški tyrimai nedavę pagrindo klabamai diagnozei. H. Lotze mini du atsitikimus, kur priepuolio metu buvusi įtarta vienam appendix'o, o antram ulcus ventriculi perforacija, del ko buvusi padaryta atitinkama operacija; tačiau tikroji priepuolių priežastis — myokardo infarktas — paaiškėjusi tik autopsijos metu.

Apskritai simptomų atžvilgiu pasitaiko įvairių myokardo infarktų formų. Pvz., Giraud myokardo infarktus suskirsto į 5 grupes ir kiekvieną grupę į keletą pogrupių, kur anksčiau suminėtieji simptomai būna nevienodai pasireiškę.

Diferencinėje diagnozėje pirmiausia susiduriama su angina pectoris. Šiuodu susirgimu atskiriami pagal šiuos simptomus:

Angina pectoris atveju:	Myokardo infarkto atveju:
1. Skausmai dažnai lokalizuojasi ties vidurine sternum'o dalimi, trunka neilgai, praeina nuo nitritų.	1. Skausmai dažnai būna ties žemutiniu sternum'o trečdaliu ar epigastrium'o srityje, trunka ilgesnį laiką, nepraeina nuo nitritų.
2. Tvinksnis ir širdies tonai dažniausiai nepakitę, kraujospūdis neretai pakilęs.	2. Pulsas pagreitėjęs, silpnas, kartais aritmiškas, kritęs kraujospūdis, širdies tonai duslūs, kartais zovadiškas ritmas, perikardo trintis, kolapsas.
3. Kraujas ypatingai nepakitęs.	3. Kraujuje randama leukocitozė, pagreitėjęs eritrocitų nusėdimas, kartais hiperglikemija ir padidėjęs liktinio azoto procentas.
4. Elektrokardiograma paprastai nerodo specifiškų pakitimų.	4. Elektrokardiogramoje neretai randama būdingų pakitimų.
5. Temperatūra normali.	5. Temperatūra pakilusi.
6. Nėra nusiskundimų iš kvėpuojamųjų organų pusės.	6. Dusulys (dyspnoe), dažnai plaučių oedema.
7. Dažniausiai nėra virškinamojo trakto negalavimų.	7. Neretai būna vėmulys, viduriavimas, pilvo skausmai, meteorizmas ir savaimingas išsituštinimas.

Ūminis širdies funkcijos sutrikimas, lydimas kraujospūdžio kritimo, pulso pagreitėjimo, dusulio, bendrinio nusilpimo ir kartais mirties baimės ir spaudimo arba skausmo jausmo širdies srityje, gali būti panašus į myokardo infarktą. Taip, pav., paroksizminės tachikardijos priepuolis galima supainioti su nelabai skausminga vainikinių arterijų tromboze; tačiau kalbama tachikardija dažnai trunka neilgai, o širdies funkcijos sutrikimui ilgiau užtrukus, nebūna pakilusios temperatūros, leukocitozės, kraujo nusėdimo pagreitėjimo, perikardo trinties, o elektrokardiograma gali duoti svarbių duomenų apie tachikardijos kilmę ir myokardo būklę.

Ūminiam sausam perikarditui yra būdingi skausmai širdies plote, leukocitozė, temperatūra, perikardo

trintis ir kai kurie kiti simptomai, pasitaiką taip pat ir myokardo infarkto atveju; tačiau ūminis perikarditas dažniau pasitaiko jauniems asmenims, prasideda ne taip staiga, neretai būna reumatinės kilmės ir tiriant ligonį konstatuojama visa eilė atitinkamų reumatinių pakitimų. Jei perikarditas yra tuberkuliozinis, skarlatininis, septinis etc., tai bendrinis ligonio ištyrimas išaiškins infekcijos rūšį.

Nelengva atskirti didelis kairiųjų plaučių infarktas nuo myokardo infarkto, nes abiem atsitikimais staiga ištinka sunkus priepuolis, lydimas skausmų, dusulio, cyanozės, leukocitozės, karščiavimo ir kitų bendrinių simptomų. Rentgenologiškai būtų lengva diferencijuoti, bet sunkaus priepuolio metu šitas tyrimas yra neįmanomas. Elektrokardiograma galima padaryti net mirštančiam ligoniui, bet ji ne visuomet duoda teigiamų duomenų; be to, yra aprašyta atskirų, autopsijos metu patikrintų, plaučių embolijos atsitikimų, kur elektrokardiogramoje rasta myokardo infarktui būdingų pakitimų. Kalbamų susirgimų kai kurių simptomų panašumas greičiausiai pareina nuo pulmokoronalinio reflekso, kur, kaip kad Scherf'o ir Schönbrunner'o ir kitų autorių eksperimentais yra patikrinta, plaučių infarkto atveju vagus'o šakelių dirginimas sužadinąs refleksišką vainikinių arterijų spazmą ir apsunkinąs širdies mitybą.

Plaučių embolija duoda ne tokius stiprius skausmus ir jie būna labiau lokalizuoti. Drėgni karkalai ir perkusinio garso duslumas randamas vienoje plaučių dalyje. Kosulys kraujuotais skrepliais ir pleuros trintis neabejotinai kalba už plaučių infarktą, o perikardo trintis už vainikinių arterijų trombozę. Anamnezė gali padėti išaiškinti diagnozę, nes, konstatavus tromboflebitą ar šiaip kurį pilvo organų ar žemutinių galūnių atitinkamą susirgimą, pirmiausia tenka galvoti apie plaučių infarktą.

Daugelis virškinamojo trakto susirgimų gali pasireikšti panašiai kaip kad netipiškas myokardo infarktas. Iš pradžių paminėtina platesniuose vadovėliuose minima angina abdominalis, atsirandanti esant abdominalinių kraujagyslių sklerozei. Tačiau čia, kaip kad ir angina pectoris atveju, temperatūra, kraujospūdis, leukocitozė, eritrocitų nusėdimas ir daugelis kitų tyrimų duos svarbių diferencinei diagnozei duomenų. Kiek panašų į širdies infarktą klinišką vaizdą gali duoti mezenterinių arterijų tromboze arba embolija. Bet šitais atsitikimais čia vėmaluose, čia išmatose galima rasti kraujo, temperatūra neretai būna žema, daugiau vyrauja abdominaliniai simptomai, o bendrinis ligonio ištyrimas gali atidengti embolų šaltinį.

Vyraujant gastroenteriniams simptomams širdies infarktas tenka diferencijuoti nuo perforavusios skrandžio

opos (ulcus ventriculi). Kolapsas skrandžio perforacijos atveju pirmomis valandomis, pasak Kohn'o, tik labai retai pasireiškiąs tokiu sunkiu alsavimo sutrikimu ar net plaučių edema, kaip kad vainikinių arterijų trombozės atsitikimais. Teigiami elektrokardiogramos duomenys padeda nustatyti tikrą diagnozę. Išplytėjus peritonitui neišeina nei dujų nei išmatų, o širdies infarkto atveju neretai būna viduriavimas. Perigastritas su didesne ar mažesne audinių infiltracija bus ulcus ventriculi atsitikimais.

Širdies infarktas ne visuomet būna lengva atskirti nuo tulžies pūslės priepuolio. H. Kohn siūlo kreipti dėmesį į kraujospūdį: cholelithiasis'o atveju kraujospūdis būnąs pakilęs, o vainikinių arterijų trombozės atveju kritęs. Skausmai cholelithiasis'o atsitikimais daugiau radijuoja į dešiniąją mentę, žastą ir apskritai į dešiniąją pusę, o myokardo infarkto atveju į kair. kūno pusę. Tulžies pūslės akmenimis, pasirėmęs doc. Vl. Kuzmos duomenimis, daugiausia sergą jaunesni kaip 40 m. amžiaus asmenys ir, be to, dažniausiai moterys (7:1), o širdies infarktas pasitaiko dažniausiai daugiau kaip 50 metų amžiaus turintiems asmenims ir dažniau vyrams kaip kad moterims.

Įtariant pankreatitą, be kitų simptomų, Veilchenblau'o matavimas ir diastazės kiekio nustatymas šlapimuose duos diferencinei diagnozei svarbių duomenų.

Apskritai, daugelis virškinamojo trakto susirgimų, k. a., gastroenterocolitis acuta, ileus, appendicitis acuta ir kt., gali turėti kai kurį panašumą į širdies infarktą, ir tokiais atsitikimais pirmiausia reikia išsiaiškinti, ar priepuolio simptomatologijoje vyrauja kraujo apytakos organų sutrikimas ar abdominaliniai simptomai.

Pasinaudojus anksčiau pažymėtomis kliniškomis tyrimo metodėmis, didele dauguma atsitikimų galima išsiaiškinti, ar turimas priepuolis yra myokardo infarkto ar kurio nors kito, panašiais simptomais pasireiškiančio, susirgimo sužadintas, jei tirdami ligonį turėsime galvoje visus tuos susirgimus, kurie gali panašiai pasireikšti.

LITERATŪRA:

1. Ambraziejūtė-Steponaitienė, A.: „Medicina" 1930, 838 p.
2. Banke, E.: „D. med. Wschr." 1936, 383 p.
3. Baumann: „Med. klin." 1931, 46 ir 47 nr.
4. Buinevičius, K.: Klininiai stebėjimai. „Med. Fakulteto Darbai". 1936, III t., 3 kn.
5. Clerc, A.: „Pr. méd." 1927, 499 p.
6. Doumer, Ed.: „Bull. Soc. méd. Hôp. Paris". 1935, 854 p.
7. Edelmann, A.: „Wien. Klin. Wschr." 1934, 165 p.
8. Frank, E.: „Med. Klin." 1930, 301 p.
9. Gallavardin, L.: „Ann. Méd." 1926, 161 p.

10. Giraud, G.: „Nouveau traité de Médicine", X, 2 t.
11. Gudavičius, Pr. ir Kuzma, Vl.: Pankreatitis acuta klausimu: „Medicina". 1935, 643 p.
12. Hochrein, M.: „M. med. Wschr." 1930, 1789 p.
13. Hochrein, M.: Der Myokardinfarkt. 1937.
14. Holst, G. E.: „Z. klin. Med." 1935, 130 p.
15. Kirchner, E.: „Med. Welt." 1937, 1742 p.
16. Kohn, H.: Der Koronarverschluss. 1931.
17. Kuzma, Vl.: Zur Gallensteinkrankheit und deren chirurgischen Behandlung auf Grund der im Zeitraum 10 Jahren gemachten Erfahrungen der chirurgischen Klinik der Universität Vytautas des Grossen in Kaunas. „Med. Fakulteto Darbai", 1937. IV t., 1—3 knyga.
18. Lotze, H.: „M. med. Wschr." 1933, 1211 p.
19. Marie, R.: L'infarctus du myocarde et ses conséquences. Thèse de Paris, 1897.
20. Régnier ir Locluyse: „Pr. méd." 1936, 440 p.
21. Rintelen, Fr.: „Z. Kreislaufforsch." 1932, 12, 375 p.
22. Scherf, D.: „Wien. klin. Wschr.", 1933, 69 p.
23. Scherf, D.: Lehrbuch der Elektrokardiographie, 1937.
24. Scherf, D. ir Schönbrunner, E.: „Klin. Wschr.", 1937, 340 p.
25. Weber, A.: „D. m. W." 1936, 1385 p.
26. Zadek, E.: „Klin. Wschr.", 1932, 1255 p.

RÉSUMÉ.

L'auteur fait une revue des symptômes et du diagnostic différentiel de l'infarctus du myocarde.

Med. dr. J. Šopauskas.

Higienos uždaviniai šių dienų gyvenime.

Šiandien gyvenimas eina ta linkme, kad didžioji kultūros laimėjimų dalis darosi prieinama vis platesniems ir platesniems gyventojų sluoksniams. Kitas būdingas mūsų amžiui bruožas yra tas, kad visuose kultūringuose kraštuose vis labiau ir labiau pradedama branginti tiek atskirų individų, tiek ir visuomenės sveikata. Mūsų laikais gyventojų sveikata beveik visuose kraštuose yra labai pakilusi. Ir iš tikrųjų, jei krašto sveikatingumą vertinsime iš mirtingumo skaičių, žmogaus vidutiniško amžiaus ir apkrečiamų ligų išplytėjimo, tai pamatysime, kad daugumoje kultūringų kraštų mirtingumas, palyginti su praeito šimtmečio mirtingumu, yra smarkiai sumažėjęs, o vidutiniškas amžius pailgėjęs, kai kurios apkrečiamos ligos yra visai išnykusios, o kitos rečiau pasitaiko. Jei iki XIX amž. žmogaus sveikata būdavo privatus atskiro individo reikalas, tai dabar visose kultūringose valstybėse daugiau arba mažiau yra išplytėjusi viešosios sveikatos globa. Vis labiau įsitikinama, kad gera piliečių sveikata yra niekuo nepakeičiamas valstybės tur-

tas. Todėl valstybė skiria lėšų ne tik krašto apsaugai nuo išorinių priešų, kurie gali kėsintis ant piliečių laisvės, turto ir gyvybės, bet taip pat ir sveikatos globai, ypač kovai su apkrečiamosiomis ligomis. Tat visai suprantama, nes apkrečiamosios ligos kartais kraštui gali būti pavojingesnės kaip kad priešo kariuomenė. Žinome daugybę pavyzdžių iš praeitų amžių, kada kariuomenės labiau nukentėdavo nuo kilusių epidemijų negu kad nuo priešų kulkų. Tik didysis karas, be Rusijos pilietinio karo, nesukėlė kiek platesnio masto epidemijų. Kaip taikos metu atsidėjus ruošiamasi galimam karui, taip sanitarijos organai visada yra pasiruošę nuslopinti kiekvieną kylančią epidemiją. Išsiplėtusi epidemija pareikalauja didelių aukų žmonėmis ir turtu. Todėl svarbiausias uždavinys, globojant viešąją sveikatą, yra apsaugoti gyventojus nuo epidemijų. Patyrimas parodė, kad vienintelis tikslingas būdas kovai su epidemijomis yra profilaktinės - apsaugojamosios priemonės, o ne tik jau sergančiųjų gydymas. Bent iš dalies tas pat galima pasakyti ir apskritai apie visas apkrečiamąsias ligas ir daugumą socialinių ligų. Vadinasi, greta gydomosios medicinos, turime ir apsaugojamąją mediciną. Ilgainiui apsaugojamoji medicina vis plačiau pritaikoma gyvenime, t. y. terapija vis dažniau užleidžia vietą profilaktikai. XIX amžiaus žinomas rusų chirurgas Pirogov tiesiog pranašingai yra išsireiškęs, kad ateitis priklauso apsaugojamajai medicinai. Vokiečių higienos prof. Prausnitz 1930 m. teisingai primena, kad šių dienų medicina plėtojasi ypač socialinių ir profilaktinių aspektų prasme ir todėl ateitis priklauso viešajai higienai ir profilaktinei medicinai.

Žmogaus sveikata, kaip žinome, yra veikiama vidinių ir išorinių sąlygų. Vidinėmis sąlygomis čia laikau organizmo anatominių ir fiziologinių ypatumų sumą, kuri paprastai apibūdinama konstitucijos, dispozicijos, atsparumo ir panašiomis sąvokomis. Organizmo ypatumai dažniausiai būna paveldėti, bet gali būti ir įgyti begyvenant. Išorinėmis sąlygomis reikia laikyti ta sudėtinė civilizuoto žmogaus gyvenimo aplinka, kuri vienu ar kitu būdu veikia jo sveikatą. Žmogaus sveikatą veikiančių sąlygų tyrimas ir kiek galima sveikesnės gyvenimo aplinkumos sudarymas ir yra higienos mokslo uždavinys. Vadinasi, higienos uždavinys yra dvejopas: iš vienos pusės, higiena tiria ir aprašinėja įvairias gyvenimo sąlygas ir jų veikimą žmogaus organizmui, tat moksliškoji arba eksperimentinė higiena; iš kitos pusės, higiena nurodo būdus ir normas, kaip turi būti tvarkomas asmeninis ir socialinis gyvenimas, kad žmogaus sveikata ir darbingumas pasiektų natūralų optimumą, tat praktiškoji higiena.

Reikia priminti, kad praktiškoji higiena susiformavo kur kas

anksčiau negu moksliškoji. Jau senų senovėje žmogus iš praktikos aptiko, kas yra patogiau, geriau ir sveikiau. Ir senųjų amžių kultūringose valstybėse randama daugybė asmens ir viešosios higienos parėdymų ir stebėtinų tiems laikams sanitarinių įrengimų. Naujaisiais amžiais Anglija buvo pirmasis kraštas, kuriame pradėta gerinti miestų sanitarinės sąlygos, įvedant kanalizaciją ir vandentiekį, prižiūrint butus ir kontroliuojant maisto produktus. Nuo XIX amžiaus pusės Anglijoje dedama pastangų įvesti tiksli statistika, kad būtų galima kontroliuoti mirimų priežastys ir palyginti įvairių gyventojų grupių mirtingumas, kaip kad, pav., kaimo ir miesto arba atskirų profesijų.

Moksliškosios higienos pradžia siekia tik XIX amžiaus pirmąją pusę. Nuo tada tik pradedamas sistemingas žmogaus gyvenimo aplinkumos tyrimas ir gautų rezultatų įvertinimas higieniškų atžvilgiu.

Gyvenimo aplinkos įtaka žmogui yra tiriama naudojant dažniausiai fizikos, chemijos, fiziologijos ir bakteriologijos mokslų metodes. Kaip matome, higiena remiasi visa eile gamtos mokslų, todėl pirmu požiūriu atrodo, kad higienos mokslas yra sulipdytas iš atskirų mokslų, o sąsyjo tarp jų kaip ir nėra. Vis delto nėra taip. Higiena, kad ir naudoja kitų mokslų tyrimo metodes, bet tų atskirų mokslų skyrius jungia vienas bendras tikslas, būtent: apsaugoti žmogaus sveikatą. Šitam tikslui ir yra tiriama žmogaus gyvenimo sąlygos ir ieškoma būdų toms sąlygoms pagerinti. Savaime suprantama, kad higienos užbrėžtas tikslas, t. y. žmogaus sveikatos apsaugojimas, galima atsiekti tik kultūringoje gyvenimo aplinkumoje. Iš tikro, miško gyvuliams ir laukiniams žmonėms higiena yra nepritaikoma, nes jie gyvena natūraliose sąlygose ir tų sąlygų savo valia visai arba beveik negali keisti. Kas kita kultūringos visuomenės žmogus; jo gyvenimo sąlygos yra dirbtinės ir pagal norą jos gali būti keičiamos. Kitaip pasakius, kultūringas žmogus pats kuria savo gyvenimo aplinką, kuri vienu atveju gali kenkti jo sveikatai, kitu — ne. Daugelio kraštų pavyzdys rodo, kad juo kultūringesnė ir geriau organizuota visuomenė, tuo ji sukuria sveikesnę gyvenimo aplinką. Čia aukščiau stovi tiek asmens, tiek ir viešoji sveikata. Neklysiu pasakęs, kad praktiškoji higiena yra labiausiai būdingas kultūros pažymys, arba kaip kad Kollath (1937) sako, „higiena yra kultūros būtinybė“. Iš ką tik pasakyto išeina, kad higiena nėra vien tik gamtos mokslas, nes ji naudoja ir kaikuriuos iš abstraktinių mokslų. Kaip žinome higienoje yra plačiau naudojama statistika, kai kurios žinios iš politinės ekonomijos, o taip pat ir iš istorijos.

Praktikas gydytojas, gydomosios medicinos atstovas, daž-

niausiai gydo ligonius, t. y. rūpinasi atskirų individų sveikata. Tuo tarpu higienistas daugiau domisi ištisų gyventojų grupių arba net viso krašto žmonių sveikata. Tat suprantama: juk atskiro žmogaus liga arba kita bet kuri nelaimė viso krašto atžvilgiu nedaug tereiškia, o didelio skaičiaus žmonių nesveikata skaudžiai paliečia viso krašto gerovę. Todėl atskiro individo sveikatos saugojimas higienisto požiūriu yra tik antraeilis uždavinys. Pirmiausia reikia saugoti viešoji sveikata. Viešąja sveikata pradėjo rūpintis valstybės palyginti neseniai, maždaug nuo XIX amžiaus pradžios. Bene pirmasis iškėlė tą mintį, kad rūpinimasis viešąja sveikata yra valstybės pareiga, Prancūzijos didžiosios revoliucijos laikų valstybės vyras Mirabeau. „Mediciniškos policijos sistemos“ autorius Petras Franck (1745—1821), plėtodamas tą mintį toliau, sako, kad valstybė turi ne tik griebtis priemonių viešajai sveikatai apsaugoti, kada jai gresia didelis pavojus, pav., epidemijoms siaučiant, bet valstybė atitinkamais įstatymais ir policijos įsakymais visą laiką turi prižiūrėti ir saugoti viešąją sveikatą. Šituo šešių tomų veikalu Franck padėjo pagrindą viešajai higienai. Vis dėlto reikia pastebėti, kad viešoji higiena visų pirma buvo pritaikyta Anglijoje, o ne kur kitur. 1853 m., kada Max Pettenkofer, moksliškosios higienos tėvas, pradėjo dėstyti higienos kursą Miunchene, jis kartu dėstė šiuos dalykus: teismo mediciną, viešąją sanitariją ir higieną tų laikų žodžio prasme, t. y. gyvenimo aplinkumos įtaką žmogaus sveikatai. Per sekančias kelias dešimtis metų medicinos mokslai ir visuomeninis gyvenimas smarkiai pažengė pirmyn. Iš vienos pusės, susikūrė bakteriologija ir parazitologija, geriau paaiškėjo ligų etiologija, išmokta vartoti profilaktinės priemonės, didelę pažangą padarė fiziologija ir kiti biologiniai mokslai. Visa tai padėjo tvirtus pamatus apsaugojamajai medicinai. Iš kitos pusės, socialinis gyvenimas įgavo tokias formas (išaugo miestai, ištobulėjo susisiekimo priemonės), kad vienoje vietoje kilusi apkrečiama liga galėjo greit išsiplėsti visur. Todėl nuo bendrinio pavojaus reikėjo saugoti ne atskiri individai arba kuri nors visuomenės dalis, bet visi gyventojai. Be to, vis labiau įsigalinčios demokratinės pažiūros vertė gerinti mažiau pasiturinčių luomų, pav., darbininkų ekonominę būklę ir plėsti jų sveikatos globą. Šitos dvi aplinkybės, t. y. medicinos mokslų ir socialinio gyvenimo pažanga, leido vis plačiau ir plačiau taikyti mediciną visuomeniniame gyvenime. Todėl vėlesniais laikais viešoji higiena įsigyja vis daugiau ir daugiau reikšmės. Rusijoje dirbęs higienistas F. Erisman dar 1882 m., kalbėdamas apie higienos uždavinius, pabrėžia viešosios higienos reikšmę šiais žodžiais: „Atimkite higienai jos viešąjį pobūdį ir jūs jai suduosite mirštamą smūgį, paversite ją lavonu,

kurio atgaivinti jokiu būdu nepasiseks. Tvirtinkite, kad higiena nėra mokslas apie viešąją sveikatą, bet kad ji turi užsiimti atskirų klausimų tyrinėjimu laboratorijos sienose, ir prieš jus beliks tik mokslo šešėlis, del kurio ir dirbti neverta". Šiandien tuo nieks neabejoja, ir viešoji higiena tiek tyrimo, tiek ir praktiško pritaikymo požiūriu yra dėmesio centre.

Senesniais laikais tiek viešosios sanitarijos srityje, tiek siaučiant epidemijoms valstybė buvo kurkas pasyvesnė kaip kad dabar. Dar XIX amž. pirmoje pusėje viešosios sveikatos priežiūra buvo vykdoma vartojant beveik išimtinai mediciniškos policijos priemones, t. y. buvo skelbiamos reikalui pritaikytos instrukcijos ir prižiūrimas jų vykdymas. Mūsų laikais vien tik mediciniškos policijos priemonių viešajai sveikatai apsaugoti nebepakanka, bet reikalinga aktinga sveikatos globa gerinant sanitarinę būklę ir taikant profilaktines priemones. Iš tiesų, šių dienų valstybė, panaudodama savo administracinį aparatą, nuolat vartoja apsaugojamosios medicinos metodes ir tuo būdu praktiškai vykdo viešosios sveikatos globą.

Gerai organizuota viešosios sveikatos globa apima bent šias svarbesnes sritis: 1) Kova su apkrečiamomis ligomis, 2) sveikos gyvenimo aplinkos sudarymas, 3) motinos ir kūdikio globa, 4) kova su socialinėmis ligomis, 5) mokyklinio amžiaus vaikų sveikatos globa ir 6) sanitarinis švietimas. Sėkminga kova su apkrečiamosiomis ligomis yra galima, tik suorganizavus skubų iš visų krašto vietų susirgimų pranešinėjimą, be to, yra būtinas greitas ligų diagnozavimas ir greitas apsaugojamųjų ir gydomųjų priemonių pritaikymas.

Gyvenimo aplinka yra glaudžiai susijusi su gyventojų ekonominė būklė. Kiekvienas gyventojas turėtų turėti bent tokį pragyvenimo minimumą, kuris leistų susidaryti sveiką gyvenimo aplinką. Gyvenimo aplinkai susidaryti, be turto, daug reiškia bendrinis gyventojų kultūrinis lygis, konservatizmas ir įpročiai. Viešosios sveikatos globa nepasieks savo tikslo, jei gyventojai iš savo pusės tai globai nepritars. Administracinės priemonės, taikomos iš viršaus, turi būti suprastos ir palankiai įvertintos. Tam reikalui, be abejo, patarnauja sanitariškas gyventojų auklėjimas. Gyventojai turi mokėti, kaip saugoti savo sveikata ir kaip išvengti ligų. Auklėjimu reikia sudaryti higieniški įpročiai ir įsąmoninti visuomenės sveikatos branginimas.

Mūsų laikais vis labiau pradedama globoti viešoji sveikata ir vis plačiau pradedama taikyti apsaugojamosios medicinos priemonės, vis daugiau dedama pastangų išvengti ligų ir sustiprinti žmogaus sveikata. Todėl šių dienų higienos uždavi-

niai jau nebetelpa Pettenkofer'io laikų higienos rėmuose; už tat dažnai Anglijos ir Amerikos kraštų higienistai pakeičia higienos sąvoką viešosios sveikatos ir apsaugojamosios medicinos sąvokomis. Tuo tarpu Europos kontinente dar dažnai tebevartojamas higienos pavadinimas, žinoma, duodant jam platesnę mūsų laikams atitinkamą prasmę.

Norint praktiškai įgyvendinti aukščiau minėtą viešosios sveikatos globą, kaip žinome, be administracinio aparato, yra reikalingas kvalifikuotas personalas ir nemaža higieniškai - - mediciniškų įstaigų. Iš kvalifikuoto personalo suminėtini yra gydytojai - higienistai, sanitariniai inspektoriai, sanitariniai inžinieriai, seserys - lankytojos, akušerės ir dezinfektoriai. Apskričių administraciniai gydytojai daugumoje Europos valstybių yra geri higienos specialistai. Net ir mažesni administraciniai vienetai kaikuriose valstybėse dažnai turi savo higienistus. Sanitarinių inžinierių ir sanitarinių inspektorių profesijos yra ne visose valstybėse, bet ten, kur yra, jie išeina specialų higienos kursą. Seserys lankytojos ir akušerės praktiškai išmokomos globoti sveikatą. Iš higieniškai mediciniškų įstaigų, kurios gyvenime vykdo sveikatos globą, be abejo, yra sveikatos centras. Sveikatos centro pavadinimas, kaip žinome, yra kilęs iš J. A. V. Iš pradžios sveikatos centro uždavinys buvo motinų ir kūdikių sveikatos globa daugiau patariamojo ir auklėjamojo pobūdžio. Dabartiniu metu sveikatos centro uždavinys, ypač kaimo sąlygose, yra kur kas platesnis. Kaimo higienai tirti konferencijoje, suruoštoje Tautų Sąjungos iniciatyva 1931 metais, prieita išvados, kad kaimų rajonų sveikatos centrai turėtų būti polivalentinio pobūdžio, t. y. jų veikla turėtų apimti, be motinos ir kūdikio globos, visas kaimo higienos ir sanitarijos sritis. Prireikus, tokie centrai turėtų teikti ir medicinos pagelbą. Sakytoje konferencijoje buvo skiriami 2 sveikatos centrų tipai: pirminiai arba valsčių ir antriniai arba apskričių sveikatos centrai.

Sveikatos centrą aptarnauja bent šis personalas: centro vedėjas, kuris būna gydytojas higienistas arba praktikas gydytojas, gerai nusimanąs viešosios sveikatos ir profilaktinės medicinos srityse, sesuo-lankytoja ir akušerė. Sesers-lankytojos reikšmė sveikatos centro veiklai yra be galo didelė. Ji, lankydama kiemus, kur yra mažų vaikų arba sergančių apkrečiamomis ligomis, vietoje susipažįsta su gyvenimo aplinka ir duoda labai naudingų patarimų, kurių negalėtų atstoti jokios higienos paskaitos. Šių dienų viešoji sveikatos globa be sesers-lankytojos vargiai yra imanoma. Akušerės darbas aprėžiamas motinų ir kūdikių globa, prie apkrečiamosiomis ligomis sergančių ligonių ji neleidžiama. Valsčiaus sveikatos centro uždavinys yra lyg stambaus filtro, kuris skirsto savo rajono gyventojus į tuos, kuriems reikalinga nesudėtinga higieniška

arba mediciniška pagelba, ir ją čia pat suteikia, o tuos, kuriems yra būtina rimtesnė pagelba, siunčia į apskrities centrus arba ligonines.

Apskrities sveikatos centras būna geriau įrengtas, turi didesnį personalo skaičių ir išvysto platesnę veiklą. Apskrities centras koordinuoja valsčiaus centrų veiklą ir palaiko sąsyjį su visomis įstaigomis ir draugijomis, kurių tikslas yra globoti ir gerinti viešąją sveikatą. Pagal minėtos konferencijos higienistų patarimus, apskrities sveikatos centras turėtų apimti šias sveikatos globos sritis: 1) Kovą su tuberkulioze, 2) kovą su venerinėmis ligomis, 3) motinų globa, 4) kūdikių, priešmokyklinio ir mokyklinio amžiaus vaikų globą, 5) sanitarišką gyventojų auklėjimą, 6) sanitariją, 7) paprastesnes laboratorines analizes. Be to, apskrities sveikatos centre atlieka stažą gydytojai, seserys, akušerės ir sanitariniai inspektoriai. Iš sakytos konferencijos pasiūlymų taip pat matyti, kad apskrities sveikatos centrui galėtų būti pavesta suorganizuoti šie higieniški ir mediciniški patarnavimai: pagelba nelaimingų atsitikimų atvejais, ligonių ir sužeistųjų transportas, pastovus ir kilnojamas higienos muziejus ir higienos turinio kino filmų demonstravimas. Apskrities sveikatos centro vedėjas turėtų būti gydytojas viešosios higienos specialistas, kuris visą darbo laiką pašvestų centrui. Geriausia, kad tos pareigos būtų pavestos tos apskrities administracijos higienistui, t. y. apskrities gydytojui. Pagelbinio mediciniško personalo seserų-lankytojų ir akušerių skaičius pareina nuo centro didumo. Be čia suminėtojo personalo, apskrities centre kartais dirba dar sanitarinis inžinierius ir sanitariniai inspektoriai, kurių skaičius pareina nuo vietos sąlygų. Valsčiaus ir apskrities sveikatos centrai, būdami susiję su kitomis įstaigomis, kaip kad, pav., higienos institutais, specialiais dispanseriais, sudaro krašto higienos organizacijos sudėtinę dalį. Sveikatos centrai palaiko taip pat nuolatinį sąsyjį su gydymo ir sveikatos apsaugos įstaigomis, kaip kad, pav., ligoninėmis, sanatorijomis, ligonių kasomis ir panašiomis privatinėmis įstaigomis.

Viešosios sveikatos globa negali būti įgyvendinta, nežinant krašto sanitarinės būklės, neturint planingos viešosios sveikatos organizacijos ir kvalifikuoto personalo. Vadinasi, keliant sanitarinę krašto kultūrą, reikalingą lygiagrečiai tirti sanitarinės gyvenimo sąlygos, plėsti viešosios sveikatos globa, rengti specialistų kadras, gydytojai-higienistai ir pagelbinis technikos personalas. Šituos uždavinius geriausia įvykdo higienos institutas arba higienos mokykla. Paskutiniu laiku higienos institutų arba hgienos mokyklų Rockfeler'io fondacijai padedant, buvo įsteigta daugybėje Europos valstybių sostinių,

kaip antai: Varšuvoje, Budapešte, Zagrebe, Londone, Prahoje, Atėnuose ir Madride. Čia suminėtieji institutai ir mokyklos atlieka tyrimo, praktiško higienos pritaikymo gyvenime ir mokymo darbą. Pav., steigiant higienos institutą Budapešte įstatymu buvo numatyti to instituto šie uždaviniai: „Jis turės plėsti praktišką higienos pritaikymą specialiai, kiek tai liečia priemones kovojant su apkrečiamosiomis ligomis; jis turės padėti sanitariniams organams jų darbe; jis turės atitinkamai parengti sanitarinį personalą, iš dalies apskričių gydytojus - higienistus". Tų institutų originalūs tyrimo darbai dažniau liečia ne tiek teorinio, kiek praktinio pobūdžio problemas, kurios, vis delto, krašto sveikatingumui turi didelės reikšmės. Praktiškoji instituto darbo dalis paaiškės, suminėjus bent vieną iš jų skyrių. Pav., Prahos higienos institutas 1930 m. turėjo šiuos skyrius: 1) mokymo ir propogandos, 2) socialinės higienos, 3) bakteriologijos, 4) medikamentų kontrolės, 5) maisto prekių kontrolės, 6) biologinių produktų gamybos, 7) biologinių produktų kontrolės ir 8) prieš lyssa ir variola vakcinų kontrolės.

Dauguma higienos institutų yra autonominės valstybinės įstaigos, bet jos vienu ar kitu būdu bendradarbiauja su universitetais. Dažnai medicinos fakulteto profesoriai būna skyrių vedėjais institute, arba, priešingai, tie vedėjai būna lektoriais universitete. Londono higienos mokykla yra medicinos fakulteto žinioje. Kai del mokymo darbo, tai visuose institutuose (arba mokyklose) pirmiausia rengiami gydytojai-higienistai. Higienoje paprastai gali specializuotis baigusieji bendrinį medicinos kursą. Higienos kursas trunka įvairiai, nuo 4 iki 12 mėnesių. Be gydytojų-higienistų, kai kurie šitų institutų taip pat rengia pagelbinį sanitarinį personalą ir veda sanitarinę propagandą gyventojų tarpe. Kur nėra šitos rūšies valstybinių institutų, gydytojai - higienistai išeina reikalingą higienos kursą panašiuose universitetų higienos institutuose. Taip yra Š. Amerikos Jungtinėse Valstybėse, Anglijoje ir Prancūzijoje; tuo metu, kai Vokietijoje gydytojo-higienisto vardą įsigyja išėjusieji tam tikrą kursą socialinės higienos akademijose.

Apskritai kalbant, galima pasakyti, kad visuose kraštuose higienos uždaviniai yra vienodi, nes sanitariniai pagerinimai ir viešosios sveikatos globa vykdoma vartojant tas pačias arba panašias metodes. Vis delto reikia pripažinti, kad higiena iš dalies yra ir savo krašto mokslas. Iš tiesų, kiekviename krašte yra skirtingos gyvenimo sąlygos, skirtinga medžiaginė ir dvasinė kultūra, skirtingi žmonės su savo įpročiais ir prietarais. Medžiaginės ir dvasinės gyvenimo aplinkos įtaka žmogaus sveikatai yra neabejotina, todėl higienistas turi tą aplinką kiek galima geriau pažinti ir tik tada siūlyti labiausiai tinkamas priemones krašto sveikatingumui pakelti. Mūsų gyvenimo sąlygomis galima įsivaizduoti

tokis higienistas, kuris teoretiškai gerai žino higieną, ir kuris neblogai žino kitų kraštų sanitarines sąlygas, tuo metu, kai savo kraštą mažai tepažįsta. Tiesa, mūsų krašte tiek apskritai gyvenimo aplinkos, tiek ir sanitarinių sąlygų tyrimas dar tebėra užuomazgoje. Todėl svarbiausias ir neatidėliotinas mūsų higienos uždavinys yra savo krašto pažinimas. Kalbant apie kitus mūsų krašto higienos uždavinius, reikia turėti galvoje šios bendresnės gyvenimo sąlygos:

1. Lietuva yra mažne išimtinai žemės ūkio kraštas. Jei miestais laikysime tas vietas, kurios turi ne mažiau kaip 2.000 gyventojų, tai miestuose gyvena apie 15%, o kaimuose apie 85% visų gyventojų.

2. Lietuvos gyventojų kultūrinis lygis palyginti yra žemas ir gyvenimo standartas neaukštas. Pagal Lietuvos gyventojų surašymą 1923 m. neraštingų žmonių kiekis siekė apie 44 proc. Dabar, be abejo, tas procentas bus žemesnis. Antra vertus, silpnas mokėjimas skaityti ir rašyti, pav., jei paskaito maldaknygę ir pasirašo pavardę, bet nepajėgia suprasti laikraščio arba radio paskaitos ir nemoka skaičiuoti, neleidžia naudotis kultūrinio gyvenimo vertybėmis. Tik išeitas pradžios mokslas gali patenkinti tuos reikalavimus, kurie statomi kultūringos valstybės piliečiui.

3. Krašto sveikatingumas vis dar blogas. Perdidelis kūdikių mirtingumas, dažnos apkrečiamos ligos (pilvo ir dėmėtoji šiltinė, vaikų amžiaus apkrečiamosios ligos, gimdyvių karštligės).

4. Viešosios sveikatos globa vos tik pradedama organizuoti. Esamos sveikatos globos įstaigos yra draugijų arba savivaldybių žinioje, bet koordinacijos tarp atskirų draugijų globos įstaigų nėra. Nėra higienos specialistų, gydytojų-higienistų ir seserų-lankytojų.

5. Stinga higienos ir bakteriologijos laboratorijų, kurios yra būtinai reikalingos sėkmingai kovai su apkrečiamosiomis ligomis.

Turint galvoje aukščiau suminėtąsias gyvenimo sąlygas, higienos uždaviniai mūsų krašte savaime aiškėja. Kadangi žemės ūkis yra svarbiausias mūsų valstybės turtas, todėl į kaimo gyvenimo sąlygas reikia kreipti tinkamas dėmesys. Praktiškoji higiena tiek sanitarijos, tiek sveikatos globos srityje kaime turėtų rasti vis platesnį ir platesnį pritaikymą. Mūsų miestuose privačių draugijų ar savivaldybių sveikatos globos įstaigos vis dažniau yra steigiamos, be to, miestuose medicinos pagelba yra labiau prieinama kaip kad kaimuose. Mieste gyvenimo standartas yra aukštesnis, todėl gyventojai geriau gali naudotis ir privačia gydymo pagelba, neturtėliai ligos atveju gauna pašalpą arba nemokamą gydymą, pramonės darbinin-

kams taikomas draudimas nuo ligos ir nuo nelaimingų atsitikimų. Šiuo metu kaime medicinos pagelba ir juo labiau sveikatos globa dar tebėra primityviame stovyje. Kaimo gyventojų sveikatos globa del žemesnio gyvenimo standarto yra sunkiau įvykdoma kaip kad miesto. Vis dėlto viešosios sveikatos globa visose kultūringose valstybėse vienu ar kitu būdu yra įgyvendinama, todėl ir Lietuvoje sveikatos globos įstaigos (sveikatos centrai, dispanseriai) turi būti sistemingai steigiamos. Praktikoje ne tiek svarbu, ar viešosios sveikatos globos įstaigos yra valstybės ar savivaldybių ar pagaliau privačių draugijų žinioje; svarbu, kad jos atitinkamai savo tikslui gerai aptarnautų gyventojus. Tuo atveju, jei sveikatos globos įstaigos yra ne valstybės žinioje, vis vien valstybė prižiūri ir koordinuoja tų įstaigų veikimą. Išplėtus pakankamą tinklą sveikatos centrų, dispanserių ir higienos laboratorijų, krašto sveikatingumas, be abejo, gerokai pakiltų, sergamumas ir mirštamumas sumažėtų.

Plečiant hgienišką pagelbą ir steigiant sveikatos globos įstaigas, reikia parengti atitinkamas skaičius gydytojų - higienistų ir pagelbinio technikos personalo. Be to, ir kiekvienas praktikas gydytojas turėtų būti sąmoningas apsaugomosios medicinos šalininkas. Įgyvendinant sveikatos globą gyvenimo praktikoje, yra reikalingas ir pačios visuomenės pritarimas. Todėl lygiagrečiai su sveikatos globa vedamas ir sanitariškas gyventojų švietimas. Sanitariškas švietimas reikėtų vesti sistemingai per visų rūšių mokyklas, per visas jaunimo organizacijas ir pagaliau išplečiant plačią propagandą visuomenėje. Sanitarišku švietimu, kaip kad ir bendriniu švietimu arba viešosios sveikatos globa, turi rūpintis pati valstybė, o ne atskiri asmenys arba privačios draugijos. Mūsų gyvenimo sąlygomis sanitariškas švietimas yra ne mažiau reikalingas, kaip kad ir bendrinis švietimas, todėl pirmasis turėtų sudaryti neatskiriamą antrojo dalį. Tam įgyvendinti reikalinga specialūs kursai parengti pradžios mokyklų mokytojus sanitariškam švietimui ir higieniškų įpročių auklėjimui.

Nuo bendrinio ir sanitarinio žmogaus išsilavinimo pareina ir jo gyvenimo aplinka. Kultūringesnis ir turįs higieniškesnių įpročių žmogus, be abejo, susidarys gražesnę ir sveikesnę gyvenimo aplinką. Vis delto, sveika gyvenimo aplinka yra susijusi ir su gyventojų turtu. Turtingesnio krašto gyventojai gali sau leisti higieniškesnes gyvenimo sąlygas ir didesnį komfortą. Todėl, be aukštesnės medžiaginės kultoros yra vargiai įmanoma sukurti ir sveika gyvenamo aplinka. Žemės Ūkio Rūmai, keldami žemės ūkį, tuo būdu kelia ir kaimo higieną. Iš tikro, Žemės Ūkio Rūmų leidiniai ir instruktoriai moko daug ir kaimo higienos dalykų, pav., sodybų tvarkymo, kaimo trobesių statymo, daržovių auginimo, butų priežiūros, valgių gami-

nimo ir t. t. Tat labai svarbios kaimo higienos sritys. Reikėtų tik pageidauti, kad ir sanitariniai organai pasektų Žemės Ūkio Rūmų pavyzdžiu ir daugiau kreiptų dėmesio į kaimo higieną, nes šita higienos sritis mūsų krašte yra labiausiai apleista.

Mūsų Universiteto Higienos katedra yra tik mokslo ir mokymo įstaiga. Praktiškasis higienos taikymas gyvenime yra administracinio aparato kompetencijoje. Higienos katedros tyrimo darbas, kaip kad ir kitų Medicinos fakulteto įstaigų, yra aprėžtas, nes personalo skaičius nedidelis, o mokomojo darbo daug. Del šitos aplinkybės mūsų fakulteto katedros ir institutai yra daugiau mokymo, o ne tyrimo įstaigos. Vis delto jei atliekamas vienas kitas ir tyrimo darbas, tai tat yra galima tik atimant poilsio laiką. Higienos mokslo darbai mūsų laikais, kol dar tebėra žemas sanitarinis krašto stovis ir kol dar itk pradedama organizuoti viešosios sveikatos globa, turėtų būti daugiau praktiško, o ne teorinio pobūdžio. Didesnės reikšmės mūsų kraštui turėtų šių sričių darbai: gyvenimo sąlygų tyrimas, dažniau pasitaikančių epidemijų priežastys, praktiškosios bakteriologijos ir parazitologijos klausimai, socialinių ligų išplytėjimas, kovos būdai su jomis ir t. t. Šitos rūšies darbais būtų pastūmėtas pirmyn mūsų krašto higienos pažinimas.

Higienos katedros mokymo uždavinys šiuo metu yra tik tas, kad čia būsimieji gydytojai išeina higienos kursą, kadangi higiena mūsų laikais randa vis platesnį pritaikymą gyvenime, reikėtų pageidauti, kad ne tik higienos, bet ir kitose katedrose būtų iškeliama apsaugojamosios medicinos reikšmė ir įsąmoninamas atsakingumas, kurio privalo gydytojas, kaip viešosios sveikatos saugotojas. Šitas atsakingumas praktikui gydytojui gali būti uždėtas, kai besimokydamas studentas medikas, pasak anglų viešosios higienos žinovo Sir Georg Newman'o, įsigyja šių ketveriopų žinių: 1) kai turi asmens higienos pagrindus; 2) kai išsamiai yra susipažinęs su ligų etiogija, o taip pat ir vartojamomis priemonėmis jai kontroliuoti; 3) kai yra išmokęs vertinti, kaip veikia vieta ir higieniška aplinka, ir žino, kaip tokia aplinka sudaryti; 4) kai supranta socialinių sąlygų įtaką žmogaus sveikatai ir ligai.

Praktikas gydytojas, be čia išvardytų žinių, turi mokėti ir praktiškai taikyti apsaugojamosios medicinos priemones. Šituo atžvilgiu praktiškoji higiena prilygsta kliniškiems dalykams. Kaip klinikoje studentas ir gydytojas įsigyja žinių ir išmoksta vartoti gydymo metodes, taip ir daugelyje šių dienų higienos institutų praktiškai išmoksta profilaktikos priemonių. Anksčiau išvardytieji higienos institutai ir higienos mokyklos turi savo žinioje ir sveikatos globos įstaigas, kaip kad svei-

katos centrus, dispanserius ir kitas, kuriose studentai arba gydytojai atlieka reikalingą praktiką. Pav., Jugoslavijoje iš baigusio gydytojo, be 6 mėnesių kliniško stažo, reikalaujama taip pat 6 mėnesių stažas higienos institute arba higienos mokykloje ir jų žinioje esančiose sveikatos globos įstaigose. Studentai kai kur atlieka praktiką sveikatos centruose ir dispanseriuose vasaros metu. Mūsų sąlygomis sveikatos globos įstaigų skaičius, kad ir iš lėto, bet vis delto, didės, todėl ateityje vis didesniam gydytojų skaičiui teks jose dirbti. Iš to išeina, kad ir mūsų higienos katedra turės su tomis įstaigomis bendradarbiauti, kad studentai susipažintų su jų darbu.

Baigiant malonu konstatuoti, kad šių dienų organizuotoje visuomenėje, be medicinos pagalbos, vis plačiau teikiama ir viešosios sveikatos globa. Vadinasi, mūsų laikais daugiau dedama pastangų neprileisti prie susirgimų, negu kad susirgusius gydyti. Tikėkime, kad ateityje tiek ištobulės sveikatos globa, kad retai kas besirgs ir visi gydytojai turės virsti higienistais. Jei tuo abejojame, tai negalima abejoti, kad jau šiandien kiekvienas gydytojas turi būti kartu ir higienistas. Jei gera sveikata yra neatskiriama žmogaus laimės sąlyga, tai žmonija, be abejo, eina į laimingesnę ateitį. Norėčiau palinkėti, kad tuo keliu pasektų ir mūsų kraštas!

ZUSAMMENFASSUNG.

Aktuelle Aufgaben der Hygiene im heutigen Lieben.

Der Autor behandelt die Aufgaben und die Ziele der offentlichen Gesundheitspflege. Besonders wird die Notwendigkeit der Organisation der Institutionen für Gesundheitsfürsorge und die Verbereitung des Personals für diese hervorgehoben. Die Kreisärzte und andere Fürsorgeärzte müssten im Gebiet der Gesundheitspflege gut bewandert sein, deshalb müssten im Gebiet der Gesundheitspflege gut bewandert sein, deshalb müssten sie eine spezielle Schulung in den Instituten der Hygiene erhalten. Ausserdem sollte jeder praktische Arzt die Verantwortlichkeit für offentliche Gesundheit tragen.

Dr. H. Nossen'as.

Kas kiekvienam medikui žinotina apie šių dienų diabeto chirurgijos stovį*).

(Panevėžio Žydų Ligoninės chirurginis-ginekologinis skyrius. Skyriaus vedėjas—dr. H. Nossen'as).

Šitam kartui pasirinkau temą, kuri nuo insulino atradimo laikų dar nėra nustojusi savo aktualumo ir vis dar, tyrimams progresuojant, tebepriklauso prie įdomiausių, vidaus medicinos ir chirurgijos ribose esančių, sričių.

---

*) Pranešimas, skaitytas Panevėžio Gydytojų Dr-jos susirinkime 1937 m. lapkričio mėn.

Mano pranešimui skirtu laiku galėsiu Tamstoms referuoti keliamąjį klausimą, žinoma, tik bendrais bruožais, panaudodamas tik ryškių ryškiausius atsitikimus praktiškajai šitos temos pusei iškelti.

Visiems yra žinoma, kad diabeto mokslo kūrėjai yra Mering ir Minkowski.

1889 metai yra medicinos mokslo istorijoje lemiamieji.

1921 metai suteikė žymiesiems kanadiečių Banting'o ir Best'o tyrimams praktišką vertę: pirmą kartą pavyko gauti pancreas'o hormonas — insulinas. Tat, anot C. von Norden'o, buvo V. Mering'o ir Minkowski'o darbų apvainikavimas.

Išdėstysiu trumpai, kiek to reikalauja diabeto ir chirurginių ligų kompleksas, **medžiagos apykaitos sutrikimą cukrinės ligos metu.**

Yra žinoma, kad angliavandeniai sukraunami kepenyse glikogeno pavidalu. Šitoji svarbioji medžiaga, kaip žinome, reikalinga įvairioms organizmo funkcijoms atlikti. Adrenalino mobilizuotas sympathicus veikia medulla oblongata vegetacinį centrą, kuris sužadina pagal reikalą glikogeno išsiskyrimą. Pancreas'o hormono tikslus uždavinys neleisti per dideliam cukraus kiekiui išsiskirti ir, antra vertus, jisai reiškiasi angliahidratų glikogeno perdirbimu. Insulinas ir adrenalinas turi dar ir kitų svarbių uždavinių, bet mes, deja, dar nesame taip toli nužengę, kad galėtume jas galutinai išaiškinti; viena tėra tikra, kad šitie abudu hormonai turi įtakos baltymų ir riebalų apykaitai.

Diabetinio medžiagų apykaitos sutrikimo priežastis esanti didesnio ar mažesnio laipsnio pancreas'o audinių degeneracija. Del pastarosios iškrinta insulino veikimas, o tat pasireiškia cukraus išsiskyrimu.

Umber atkreipė dėmesį į vadinamojo latentinio diabeto atsitikimus. Žmogus, niekada anksčiau nerodęs jokių diabeto simptomų, staiga, sunkiai kurių nors priežasčių paveiktas, duoda visą šitos ligos vaizdą. Tokie reiškiniai kartais pasireiškia po chirurgiškų intervencijų, įvedus per didelį vynuoginio cukraus kiekį. Kadangi diabetiko organizmo narveliai nepakankamai oksiduoja angliahidratus, tai pastarieji sudega netaisyklingai. Organizmas verčiamas griebtis pagelbinių priemonių. Jis mobilizuoja riebalus, kurie, kaip Rozenfeld vaizdžiai sako, „sudega angliahidratų ugnyje". Bet kadangi del per mažos insulino atsargos angliahidratai neskyla, resp. nesudega, tai susidaro nepakankamas riebalų skilimas ir tuo būdu atsiranda nuodingos medžiagos, k. a.: acetonas, acet-acto ir oksi-sviestinės rūgštys. Po paskutinių Schade'o, Neukirch'o ir Halpert'o tyrimų šitas reiškinys jau nebevadinamas acidoze, o ketoze. Pastaroji labai kenkia šir-

džiai bei visai kraujo apytakai ir veda pagaliau prie sunkiausios komos.

Ypatingo mūsų dėmesio reikalingi hypertonikai, ligoniai turį cirrhosis renis, prostatikai. Pastarieji, esant dideliam kraujo cukraus procentui, gali produkuoti šlapimus visiškai be cukraus pėdsakų. Bet, antra vertus, būna atsitikimų, kai kraujo cukraus kiekis esti mažesnis kaip kad 100 mg.%, o šlapimuose vis delto randama cukraus.

Pagaliau paminėsiu dar „hormoninius — thyroxin—priešakinės hypophysis dalies ligos formos" atsitikimus, kurių, pasak U m b e r'o, priežastis esanti ne insulino stoka, bet angliavandenių centro sujaudinimas. U m b e r pavadino tokį stovį d i a b e t e s i n n o c e n s; šitų atsitikimų kažkodėl nei dieta nei insulinas aiškiai neveikia.

Dabar trumpai pakalbėsiu apie **diagnozę,** kuri, be abejo, yra svarbi kiekvienam chirurgišką ligonį gydančiam gydytojui.

Kiekvienas nelaimingas atsitikimas, k. a., kaulo lūžimas, infekcinio pobūdžio susirgimas, — gali staiga pakeisti medžiagų apykaitos procesą. Silpnumas, gausi furunkuliozė, troškulys ir kiti žinomi simptomai turi sukelti diabetes įtarimą, ir gydytojui tenka pirmiausia pasirūpinti, kad šlapimai būtų ištirti. Atrodo tat savaime suprantama, bet, tiesą pasakius, šlapimų analizė ne visuomet atliekama. Jei ligonis yra netekęs sąmonės, tai tada jis reikia kateterizuoti. Be to, nustatytinas kraujo cukraus kiekis.

Coma diabeticum vaizdas yra visiems žinomas, bet aš turiu ypatingai pabrėžti tai, kad atsiradę praecoma's ir coma's simptomai klaidingai rodo tariamojo peritonito vaizdą ir todėl coma diabeticum galima lengvai palaikyti peritonitu. Tokia diagnostinė vienos ar kitos ligos atveju klaida turi pacientui būtinai pakenkti. Iki šiol dar nėra žinoma priežastis, sukelianti šitą ligos vaizdą; galimas dalykas, kad yra pilvo simpatinio plexus'o sutrikimas.

Ligonis, netekęs sąmonės, turįs kliniškus perforacinio peritonito simptomus, k. a., skaudamą įsitempusį pilvą, vėmimą, ileus'o reiškinius, — bet kurio iškvėptasis oras turi acetono kvapą, žinoma, nėra chirurgiško gydymo reikalingas atsitikimas, juo labiau komoje esąs pacientas, rodąs pseudo-peritonito simptomus. Tokį atsitikimą yra paskelbęs A. W. F i s c h e r. Antra vertus, būtų, žinoma, fatali klaida, kiekvienam diabetikui tikra chirurgiška liga susirgus, pirmiausia turėti galvoje internistiškas negalavimas. Iš to, kas aukščiau sakyta, matote chirurginės diagnostikos sunkumus diabeto ligoje.

Tokiais atvejais kiekvienam, tiek mieste, tiek ir provincijoje dirbančiam, gydytojui padeda diagnozę nustatyti neilgai trunkąs l e u k o c i t ų a p s k a i č i a v i m a s. Esant pseudoperitonitui, įšvirkštus insulino, leukocitų skaičius po kelių va-

landų sumažėja ir dažnai pasiekia net normą, tuo metu, kai peritonitui reiškiantis leukocitozė ir po insulino injekcijos didėja. Temperatūra nėra patikima rodyklė, nors pseudoperitonitų atveju karštis retai peržengia 38°.

Savaime aišku, kad leukocitų kreivė nėra 100% tikras diagnozės pažymys, bet vis delto tat yra svarbi kiekvienam gydytojui pagelbinė priemonė sunkiai nustatomos diagnozės atvejais.

Mes žinome, kad diabetikai turi palinkimą į neuralgijas ir todėl šitos rūšies tarpšonkaulinių nervų afekciją mes galime net palaikyti sunkiais abdominalinių susirgimų pobūdžio simptomais.

Taigi, Tamstos matote visus tuos sunkumus, kurie, nustatant diagnozę, del aukščiau minėto chirurgiškų susirgimų ir diabeto santykio, reikia tinkamai įvertinti.

Tuo metu, kai internistai, pritaikydami g y d y m ą, skiria sunkius ir lengvus diabeto atsitikimus, mes, chirurgai, tokio laipsniavimo negalime prisilaikyti. Vadinamasis lengvasis diabetas, chirurgiškoms, ypač infekcinio pobūdžio, komplikacijoms susidarius, gali tučtuojau sukelti sunkiausius diabeto ir net komos simptomus. Tol, kol gydytojas praktikas diabetiko, kad ir su lengva chirurgine komplikacija, nebelaiko reikalingu stacionarinio gydymo, tol jokiu būdu nepakanka tam vienkartinio cukraus šlapimuose nustatymo. Tokie tyrimai nenustato diabeto formos ir neduoda tinkamo, diabeto simptomų komplekso ribose, chirurginio komponento įvertinimo. Šlapimų cukraus procentas turi būti nustatomas išskirtame per 24 val. šlapimų kiekyje. Nedidelį polarizacijos aparatą turėtų įsigyti kiekvienas gydytojas, o pirmiausia, dažnai viešų laboratorijų patarnavimais negalįs pasinaudoti, provincijos gydytojas. Tyrimams tinka ir rūgimo sacharometras. Savaime aišku, greta cukraus, turi būti ieškoma ketonų. Bet mes būtinai turime pridurti, kad kliniški stebėjimai, kad ir neilgai trunkantieji, yra visų geriausioji priemonė teisingam diabetiko stoviui įvertinti, ir tuo būdu geriausias kelrodis atitinkamai diabetiškai medikamentinio gydymo schemai nustatyti. Kai del chirugiškos komplikacijos, tai, jei tik pastaroji nereikalinga skubios operacinės intervencijos, chirurgo ir internisto bendradarbiavimas yra būtinas. Jei diabetikas suserga bet kuria, greitos operacinės intervencijos nereikalinga, liga, tada neatidėliojant gydymo planas turi būti apsvarstytas kartu su internistu.

Atsižvelgdamas į mano pasirinktą temą, trumpo pranešimo ribose norėčiau kaip tik paliesti diabeto atsitikimus, reikalingus **greitos chirurgiškos intervencijos.** Dažniausiai greitosios chirurgiškos intervencijos yra reikalingi šie atsitikimai: ileus, appendicitis, skilvio ir žarnų trakto perforacijos, įvairių kūno sričių ir organų sužalojimai. Kai kurie pacientai net ne-

žino, kad jie serga diabetu. Jei paciento šlapimai lieka neištirti, tad glikozurija nekonstatuojama, ir ligonis del ūminio sunkaus chirurgiško susirgimo gali atsidurti ties pat komos priepuolio slenksčiu. Pacientas gali net mirti del minėtos priežasties, o gydytojas palaiko tą stovį už septinį ar toksinį.

Taigi, pirmiausia, gydytojas turėtų padaryti ko tiksliausią šlapimų analizę. Kiekvienas chirurginio skyriaus vedėjas būtų p. p. kolegoms tik dėkingas, jei gydytojai, siųsdami pacientą į ligoninę, suteiktų žinių ne tik apie ligos pradžią ir eigą, bet pirmiausia šlapimų tyrimo duomenis.

Nuo insulino atradimo laikų mūsų pažiūra į operacinį chirurgiško gydymo pritaikymą diabetikams iš pagrindų yra pasikeitusi. Seniau buvo manoma, kad atsiradęs diabetiko organizme uždegimo procesas kiekvienu atveju esąs beveik gyvybei pavojingas, net gresiąs mirtimi. Bet per paskutinius 16 metų V. Mering'o-Minkovski'o-Bantig'o ir Best'o atradimų, kurie šitoje srityje yra sukūrę naują gadynę, įtakoje šita nuomonė beveik diametraliai pasikeitė. Jei chirurgas bendromis su internistu jėgomis turi pakankamai laiko paruošti ligonį,—apskritai tam pakanka vienos ar dviejų savaičių,—tada chirurgiškos indikacijos gali būti plačiai pritaikomos. Vis delto ir tais atvejais ligonis turi būti visą laiką akylai chirurgo prižiūrimas, kadangi diabetiko žaizda gyja, savaime suprantama, ne taip gerai, kaip kad ne cukrine liga sergančio.

Jei vėdarėlio (appendix'o) topografinė situacija nėra palanki pūlingam apendicitui per kelias sekundes ar minutes pašalinti, nesudarant žalos tolimesnei ligos eigai, tad reikia pasitenkinti vien absceso atidarymu ir Mikulič'o tamponada.

Viename ankstyvesniame mūsų draugijos pranešime buvau jau Tamstoms pranešęs apie mano gautus gerus rezultatus, kurių susilaukiau, pritaikęs cholecystomijos metodę trims senesnio amžiaus pacientėms.

Diabetikams tokių susirgimų atvejais patarčiau pasirinkti tat kaip tinkamiausią metodę. Šitoji dviejų momentų intervencija sunkia liga sergantiems ir, be to, dar diabeto nukamuotiems pacientams atliekama vietinėje anestezijoje, nesukeldama ypatingo šoko, ir toji intervencija reikia pripažinti idealia.

Priminsiu dar, kad nuo insulino atradimo laikų mes atliekame be pavojaus diabetikams hernijos operacija. Tačiau iš kraujotakos pusės, nelyginant Domoklo kardas, visam tam be paliovos gresia pavojus. Reikia apsiprasti su mintimi, jei tik nenorime karčiai nusivilti, kad kiekvieno diabetiko kraujotakos sistema yra latentiškai ar ir net tam tikru momentu sutrikusi. Todel visą mūsų dėmesį turime ties ja sukoncentruoti.

Visai kitokios aplinkybės greitos intervencijos reikalingoje chirurgijoje. Čia chirurgas gali tik tiek skirti savo indikacijas, kiek leidžia paciento namų gydytojo nurodyta iki tam tik-

ro momento ligos eiga. Padėtis darosi rimta, kai chirurgas priverstas taikyti savo indikacijas prekominėje stadijoje, o kartais intervencijos metu net tenka susidurti su komos baisenybėmis.

Šita proga atsimenu vieną 35 metų amžiaus moteriškę, kuri teko man gydyti kartu su žinomu internistu, buvusiu vyresniuoju Minkovski'o gydytoju, syntalin'o išradėju, daug pasidarbavusiu diabeto srityje, dabar Istambulo universiteto prof. Frank'u. Tat buvo sunkaus diabeto atsitikimas, chirurgiškai susikomplikavęs piktybine veido votimi. Vėlai vakare pakviestas pas pacientę, radau ją jau komos stovyje. Per visą naktį buvo tiriamas kraujas ir šlapimai ir pagal gautus duomenis buvo skiriamos atitinkamos insulino dozės. Tuo tarpu savo srities veikloje tegalėjau pasitenkinti, žinoma, tik konservatiškomis chirurgiškomis priemonėmis. Kitą rytą ligonė atsigavo iš komos. Šito vaizdo su jo lydimais psychogeniniais reiškiniais aš niekada neužmiršiu. Po kiek laiko pacientė „subjektyviai" pasveiko, t. y. ligesnį laiką tebesigydė internistiškomis priemonėmis. Daugeliui metų praslinkus turėjau progos pats įsitikinti jos gera savijauta.

Savaime suprantama, mes turime išsiaiškinti, kad ir mums gydytojams, turintiems net ir tokią priemonę, kaip kad insulinas, tebėra vis delto riba, už kurios ir mes esame bejėgiai. Ir chirurgiškų susirgimų tarpe yra septiškai pyeminio pobūdžio atsitikimų, kurių aukos turi labai maža šansų išsigelbėti.

Leiskite dabar trumpai panagrinėti tuos susirgimus, kuriuose diabetas nėra ligą lydįs komponentas, bet kuriuose šitoji pagrindinė liga yra tiesioginė chirurgiškų komplikacijų priežastis. Šitų susirgimų pažinimas ir jų gydymas turi kaip tik didžiausios reikšmės ne tik specialistams, bet ir kiekvienam gydytojui. Čia priklauso pirmiausia diabetiniai infekciniai susirgimai, k. a.: votys (furunkulai), karbunkulai, flegmonos. Pastarieji diabetikams labai dažnai pereina į lokalizuotą gangreną, o paskui net į bendrinę infekciją.

Antroje vietoje yra labai reikšmingas vadinamasis „Zuckerbrand" susirgimas. Palyginti su cukraus liga nesergančiais ligoniais, diabetikų furunkulai ir karbunkulai etc. yra ypatingai piktybinio pobūdžio, ir beveik visada pastebimas per trumpą laiką progresuojąs gangreninis procesas.

Seniau buvo įsigalėjusi nuomonė, kad didelį kiekį cukraus turįs audinys yra ypatingai palanki dirva sepsinei infekcijai veistis ir plisti. Bet naujausieji Handmann'o tyrimai parodė, kad tat pareiną ne nuo infekcijai padidėjusio palankumo, bet nuo sumažėjusių organizmo narvelių gynimosi jėgų. Handmann įrodė tat šiuo būdu. Jis infekavęs diabetą turinčius gyvulius streptokokų kultūromis: gyvulių kūnų apkrėstose srityse pasirodžiusios didelius plotus užimančios opos su au-

dinių griuvimu, tuo metu, kai kontroliniai gyvuliai likę visai sveiki. Wolfsohn ir Horster mano, kad sumažėjusi diabetu sergančio organizmo nuo infekcijos apsigynimo reakcija ir mažas palinkimas karščiuoti pareiną nuo fagocitozės sumažėjimo. Šitie faktai leidžia pripažinti, kad kiekvienas diabetiko organizme infekcinis procesas yra rimtas susirgimas, nes, sumažėjus audinių vitališkumui, infekcija gali greit pereiti į pyemiją. Iš to išvedama, kad kiekvienas infekcijos procesų paliestas diabetikas transportuotinas į ligoninę. Pas kūningą, daugybės furunkulų ir karbunkulų apniktą pacientą pakviestas gydytojas pirmiausia turi pagalvoti apie diabetą ir atlikti šitąja kryptimi visus tyrimus. Bet ir chirurgas turi taip pat kiekvieną diabetiko infekciją tinkamai įvertinti, nes tiems ligoniams dažnai stinga klasiškais kiekviename vadovėlyje „tumor-calor-rubor-dolor" žodžiais pažymėtų simptomų. Po atrodančiais lyg nežalingais šašais randamas dažnai gilesniuosius sluoksnius siekiąs audinių griuvimas ir pūlių susitelkimas. Kliniškai kad ir gerai atrodą diabetiniai sprando karbunkulai beveik visada skverbiasi iki giliųjų kaklo raumenų. Mums yra žinomi net tokie atsitikimai, kur pūlingas „latentinėje būsenoje" procesas siekė net stuburą. Taigi matome, kaip gali mus suklaidinti išorinis diabetiko ligos vaizdas. Tat yra faktas, kurį, skirdami gydymą, privalome visada atminti.

Be to, turime turėti galvoje ir tą eksperimentiniu keliu nustatytą faktą, kad teikiami insulino kiekiai turi būti tol nepaprastai dideli, kol diabetikas tebėra infekcinio židinio nešinas.

Literatūroje yra minimi atsitikimai, kuriuose net daugiau kaip 200 insulino vienetų dozės buvusios per mažos kraujo cukraus kiekiui žemiau kaip 20 mg. % ribai numušti. Tat pasiekti pasisekdavę tik padarius operaciją.

Neseniai turėjome šitoje ligoninėje pacientę su plačia šlaunies phlegmona. Ligonė pati pareiškė, kad turinti sunkios formos diabetą. Aš dar atsimenu kolegos internisto nusistebėjimą kraujo ir šlapimų cukraus kreivės šuoliais, kurie tol pasireikšdavę, kol putridinė infekcija tebebuvusi aukštame išsirūtuliavimo laipsnyje, o pastarajai mažėjant, diabeto vaizdo visišku pasikeitimu. Internisto paskirta šituo atsitikimu insulino terapija, be abejo, savo ruožtu turėjo teigiamos įtakos ligos eigai, bet greitai gautasis geras rezultatas pareina, žinoma, nuo skubaus infekcinio židinio pašalinimo. Tokiais atvejais kiekvienas internistas yra linkęs pradžioje medžiagos apykaitą pagerinti insulino injekcijomis, tuo metu, kai chirurgiškas patyrimas linksta į tą tendenciją, kad ligonis pagerėja juo greičiau, juo anksčiau infekcinis židinys operatiškai pašalinamas.

Cukrine liga nesergančio paciento karbunkulo gydymas yra diametraliai priešingas diabetiko karbunkulo gydymui. Pirmiesiems chirurgiška intervencija absoliučiai nėra skubi. Iš

pradžių čia mėginama konservatiška terapija: pirmiausia trumposios bangos ir intensyvūs šildymai. Tik tinkamai demarkacijai susidarius ir židiniams susiliejus, vartojamas peilis. Tuokart pasitenkinama maža operatiška intervencija.

Visai kitoks diabetikų furunkulų gydymas. Čia turime juo anksčiau ir nekreipdami dėmesio į kosmetiką, kiek tik galima radikaliau ekstirpuoti židinį. Nekrozės turi būti pašalintos peiliu, geriausia, elektriniu, ir turi būti pastebėta kiekviena fistulė. Pasiekę sveikus audinius, operaciją laikome baigta. Tiesa, šita intervencija yra sunkesnė, bet užtat paciento kasdieninis gerėjimas nepaprastai gerai veikia mus. Be to, audinių regeneracija yra tiek puiki, jog likę randai ir patį pacientą patenkina.

Kraujavimui išvengti, kuris šitais atvejais būna gana gausus, uždedu prieš operaciją storus, gilesniuosius sprando raumenis siekiančius, siūlus ir tuo būdu gaunu beveik anemizuotą operacijos lauką. Šitie siūlai pašalinami tik pirmą kartą keičiant tvartį. Diabetikų karbunkulas yra kaip tik klasiškas infekcijos, insulino ir chirurgijos tarpusaviško veikimo pavyzdys. Bet kas veikia diabetiko karbunkulą, tat atitinkamai veikia tam tikrose ribose ir kitus diabetiko infekcinius audinių uždegimus. Mažojoje chirurgijoje tat tinka ypač panaritium'ui. Čia, deja, susilaukiame per daug dažnai audinių nekrozės, kuri veda prie plaštakos ar pėdos piršto gangrenos.

Blogus rezultatus diabetikams duodanti infekcija yra erysipelas, nes chirurgiškoms intervencijoms čia per maža progos pasireikšti.

Antroji didžioji, diabetikams pavojumi gresianti, su paciento ligos priežastimi glaudžiai susijusi, susirgimų grupė yra arterioskleroze. Yra žinoma, kad palinkimas į arterioskleroze diabetikams anksčiau pasireiškia negu kitiems žmonėms. Pasak Borchardt'o, diabetas žymiai padidina kraujo indų medi'os palinkimą sukalkėti, ir trombozė daug anksčiau atsiranda. Kadangi bakterijos sužalotuose narveliuose susiranda sau tinkamos mintamosios medžiagos, tad įvykusi gangrena per trumpą laiką virsta šlapia. Kiekviena gangrena, juo labiau diabetinė, be namų gydytojo, reikalinga dar ir chirurgiško gydymo, o daugeliu atvejų net klinikos priežiūros.

Kas darytina, radus pas pacientą pajuodavusį ir visai sausą pirštą? Pirmutinė taisyklė: noli me tangere! Kiekviena dirbtinė intervencija pagreitina antrinę infekciją, veda prie šlapios gangrenos. Taigi, tepasitenkinama vien tik sausai židinį laikant antiseptiniais žaizdos milteliais: jodoformu, dermatoliu, izoformu. Židiniui visiškai apsirėžus demarkacine linija, gangreninės kūno dalys savaime nukrinta. Tik tada galima pašalinti mažas kaulo kraštelio gabalėlis ar kas kita, ir žaizda

per granulationem puikiai užgyja. Bet kuris šlapias tvartis turi būti pripažintas klaidingas. Šita taisyklė taikytina ir mėgiamam liq. alum. acetici, kuris, susijungęs su baltymais, praranda savo aseptinę galią. Kai pacientas atvyksta pas gydytoją gangrenai jau šlapiai esant, tada konservatiškas gydymas taikomas tik griežtai gydytojui kontroliuojant. Būtini yra imobilizacija, dieta, insulinas ir žaizdos sausinimas. Šitai terapijai pasirodžius bejėgei, taikytinas chirurgiškas gydymas. Kaip tik tokiais atsitikimais chirurgas gali parodyti savo prityrimą ir meną. Amputacija, deja, per dažnai būna paskutinė gyvybei išgelbėti priemonė. Pastarosios smulkiai nenagrinėsiu, nes tat yra grynai chirurginė tema.

Dabar keletas pastabų del **narkozės.** Toli gražu ne vis vien, kuri narkozė taikytina diabetikui. Chloroformas veda prie hyperglikemijos ir ketozės. Geresnė yra bazinė pernoktono narkozė su papildoma eterio narkoze, nors ir eteris hyperglikemijos atžvilgiu nėra visai nepavojingas. Atsiminkime, kad vėmimas ir badas yra palankūs veiksniai ketozei susidaryti. Tinkama yra „linksminamųjų dujų" narkozė. Vietinė anestezija labai retai tevartotina, nes infekcinių procesų atvejais ji savaime kontraindikuotina. Dabar pirmenybė suteikiama evipano narkozei.

Diabetikui **apsaugoti ir perspėti** norėčiau dar priminti tas priemones, kuriomis jisai pats sau gali pakenkti. Gydytojas turi uždrausti kiekvienam diabetikui savivališką savo nuospaudų pjaustymą. Gydytojas turi atkreipti diabetiko dėmesį į siaurų raiščių, spaudžiančių batų bei kasymosi nepataisomą žalą. Diabetikas, be bendrinės kūno higienos, ypatingai rūpestingai turi prižiūrėti savo kojas. Siūlomi profilaktikos tikslams euphylin'as, padutin'as duoda gerų rezultatų tik labai mažam atsitikimų skaičiui. Paskutiniu laiku ilgiau teikiamomis eupaverin'o injekcijomis, šilima ir „Stauungstherapie" esu pasiekęs geresnių rezultatų. Sympathicotomia taip pat nevisada garantuoja pasisekimą. Mėginimai lumbalinius arba parasakralinius ganglijus ekstirpuoti nėra dar tiek patenkinami, kad galėtume juos plačiai vartoti.

Turėdami galvoje mūsų rezultatus, atsižvelgdami į minėtus diabeto susirgimus, turime pasakyti, kad insulinas „per se" šlapios ir sausos gangrenos atvejais nei mūsų, gydytojų, nepatenkino, nei nepateisino pacientų, o taip pat visos žmonijos del šito epochinio atradimo turėtų vilčių. Bet vis delto mes turėtume būti dėkingi insuliną atradusiems mokslininkams, nes tik nuo jo atradimo laikų daugelio žmonių gyvybė tegalėjo būti išgelbėta. Kadangi šiandien kiekvienas gydytojas privalo svarbesniais dietos ir insulino terapijos klausimais orientuotis, vis delto perplačiai būčiau užsimojęs kalbėdamas ir apie tai. Aš tik norėčiau dar pacituoti šiuos mano didžiai gerbiamo moky-

tojo Minkovski'o klasiškus žodžius: „Kiekvieno chirurgiško ligonio, ruošiamo kovai su chirurgiškomis komplikacijomis, dietos ir insulino terapijos pagrindas nėra glikozurijos pašalinimas, bet organizmo cukraus sunaudojimo galios padidinimas. Per griežtas režimas didina ketozės pavojų. Tuokart paprastai organizmo reikalams angliahidratų nebūna ir jųjų „ugnyje" gali sudegti riebalai."

Trumpai paminėsiu eventualiai pasireiškiančius **pašalinius insulino veikimus.** Patiekdami organizmui insuliną, mes tuo būdu didiname organizmo skysčių kiekį. Šitas iš dalies geras reiškinys slepia savyje tuo pačiu metu ir latentiškus pavojus. Del pernelyg padidėjusio skysčių kiekio susidariusi oedema, uždegimo procesams esant, yra kaip tik nepageidaujama. Visiems yra žinoma, kad edeminis audinys yra žymiai geresnė infekcijai mintamoji medžiaga ir tuo būdu antkryčiui plėstis palankesnė dirva. Šitokiais atvejais esame priversti diabetiko organizmo vandens kiekį sumažinti. Esant inkstų sužalojimams, palinkimas į edemą žymiai padidėja. Kaip tik toks ligonis teko man neseniai stebėti.

Atskirais atsitikimais dar ir šiandien tenka užtikti insulino vietiniai pašaliniai veikimai. Priprasti prie insulino, kaip kad seniau buvo manoma, negalima.

Paminėtinas dar, kliniškai ne visuomet vienodą vaizdą teikiąs, **hypoglykeminis šokas.** Jis pasireiškia įvairiausiais simptomais. Vartojamą šitais atvejais terapiją laikau visiems žinoma. Svarbiausia, gydant diabetiką, turėtinas galvoje hypoglikemijos susidarymo galimumas.

Baigdamas noriu dar priminti mėginimus gydyti diabetą operacijos būdu.

Atsižvelgdamas į tą faktą, kad adrenalinas yra insulino antagonistas, ir turėdamas galvoje pastarojo savybę mobilizuoti cukrų, Ciminata 1927 metais pamėgino perpjauti antinksčių nervus. Perpjovus šunims po kasos ekstirpacijos antinksčių nervus, pavyko kraujo cukraus kiekis sumažinti ir tuo būdu padidinti organizmo tolerancija angliahidratų atžvilgiu. Pirmasis šituos nervus žmogui pašalino 1929 metais Donati. Šitas autorius, vietoje lauktos hyperglikemijos, atrado sumažėjusį cukraus kiekį kraujyje. Tasai gerasai operacijos rezultatas laikėsi tik trumpą laiką; vis delto tolimesnėje eigoje Donati konstatavo, kad anksčiau buvęs sunkusis diabetas neteko savo griežtumo. Kiti autoriai mėgino kasos audinių transplantaciją, antinksčių ekstirpaciją, pankreatinių arterijų simpatektomiją. Coller ir Huggins atliko subtotalinę gl. thyroeidea ekstirpaciją.

Diabeto operatiško gydymo rezultatų darbai dar toli gražu nėra baigti ir, kol operacijų duomenys nebus geresni už dietą ir insulinu pasiektuosius, tol dar turėtų būti tęsiami.

Tuo tarpu už dieta ir insulinu pasiektus rezultatus mes turime būti dėkingi jų garbingiems atradėjams.

Genijalus Minkovski išsireiškė: „Insulinas yra priemonė protingiesiems, bet ne kvailiesiems. Šitie žodžiai taikomi tiek gydytojams, tiek ir pacientams".

Dr. T. Goldbergas
Urologas chirurgas.

Naujagimių šlapimų užsitūrėjimas.

Šlapimų užsitūrėjimas (retentio urinae) apskritai yra dažnas reiškinys suaugusiųjų amžiuje. Jis pasitaiko paprastai seniams, neurastenikams po operacijos, moterims pogimdyminiame periode. Reikia manyti, kad šlapimų užsitūrėjimas gali suglumyti ne vieną gydytoją praktiką, ypačiai kaimo darbo sąlygose, kur gydytojas yra likęs vienas sau, jei tokis užsitūrėjimas atsitiks naujagimiui ir ypačiai vyriškosios lyties kūdikiui.

Šitas susirgimas ne visada patenka pas gydytoją, dažnai pasilikdamas priėmėjų, gimdyvių aplinkinių, išimtinais atvejais akušerės veiklos srityje. O jeigu daugiausia pastarosios dėka ir bus pakviestas gydytojas pas tokį ligonį, tai ypačiai jaunesnieji gydytojai gali atsidurti keblioje padėtyje, nesusisgribdami, kas darytina vienu ar kitu atveju. Atitinkamas nutarimas padaryti dar sunkiau del to, kad kūdikio artimieji ne tiktai nenori pritarti bet kurioms mechaniškoms manipuliacijoms su ką tik gimusiu „naujuoju žmogumi", bet, priešingai, jie tvirtai yra įsitikinę, kad, jei naujagimis nesišlapina nuo gimimo dienos, vadinasi, jis gimęs silpnas, vis vien nebeišliksiąs gyvas ir todėl nėsą reikalo „tokis mažutis kankinti". Ligonio giminių skepticizmas dar daugiau padidėja po to, kai kaimo „profesūra" priėmėjų asmenyje nesėkmingai jau buvo išmėginusi visas primityvias joms prieinamas universalaus pobūdžio priemones (pūtimą į butelį ties kūdikio ausimi, naujagimio plekšterėjimą ir net šiltas vonias), o pakviestoji akušerė (jei tai būta dar prieš šaukiant gydytoją) taip pat nieko nauja nesugebėjusi prie to pridėti.

Iškviestasis tokiu atveju gydytojas turi turėti didelį autoritetą šitoje aplinkoje ir pats turi gerai nusimanyti šito susirgimo genezėje, kad paveiktų įvykius, nukreipdamas juos teisinga kryptimi. Nes, kol dar nevėlu, tokis kūdikis galima išgelbėti, tiesa, be retų nepataisomų anomalijų atsitikimų. Gydytojas turi būti įsitikinęs išgelbėjimo galimumu ir šitą įsitikinimą turi sugebėti įdiegti masėms ir viduriniam medicinos personalui. O kad šitas pastarasis (bent jo senoji karta) šituo

atveju yra nusistatęs pesimistiškai, tai man pačiam žinoma iš savo praeitojo darbo provincijoje. Ir kiek tokių atsitikimų žūva del tinkamos medicinos pagelbos nesuteikimo, mums juk nežinoma.

Deja, net ir dideli vaikų ligų, akušerijos ir net urologijos vadovėliai arba visiškai neliečia šito klausimo, arba vos truputį tepaliečia jį, kreipdami daugiau dėmesio į vėlybesnį kūdikio amžiaus periodą, o ne į naujagimių. Tuo būdu praktikos gydytojas neturi galimumo įsigyti reikalingų pritaikomojo pobūdžio nurodymų. Šitas klausimas vaikų vadovėliuose ar del to neminimas, kad per pirmąsias 8—10 dienų gyvenimo naujagimis yra akušerių globojamas, o akušerijos vadovėliuose del to, kad tat priklauso prie vaikų susirgimų, kurie įeina į pediatrų veiklos sritį, nežinau. Faktas tas, kad tokia spraga yra. Urologai gi apskritai retai turi reikalo su tokiu mažu pacientu, del ko, matyti, klinicistai, išleidusieji vadovėlius, ir nebuvo pagalvoję apie šitą susirgimą. Vargu ar baigiantieji mokslus medikai savo kliniškų darbų metu buvo turėję galimumo susidurti su šitokiais atsitikimais. O jeigu kas ir buvo juos matęs, tai tik kaip retenybę ir išimtį. Todėl, rodos, bus pravartu nors trumpai nušviesti šitas klausimas mūsų mediciniškoje spaudoje.

Kurios priežastys sukelia šlapimų užsitūrėjimą vaikų amžiuje?

Šiek tiek šitą klausimą liečia vaikų amžiaus chirurgijos vadovėliai, daugiau kalbėdami apie vėlybesnio amžiaus periodus, o ne apie naujagimius. Jau čia reikia pažymėti, kad bus kalbama ne apie anuriją, o apie retenciją, nors šitos sąvokos ir literatūroje painiojamos.

Pasak D r a c h t e r'o ir G o s s m a n n'o, šlapimų užsitūrėjimas vaikų amžiuje būna: 1) mechaniško pobūdžio, 2) cerebralinės kilmės ir 3) refleksiškos kilmės.

Praktiškai 1 - o s i o s g r u p ė s s u s i r g i m a i skirstomi į įgimtus ir į įgytus susirgimus šlapiminių takų srityje.

Prie p i r m o s i o s g r u p ė s s u s i r g i m ų priklauso uretros įgimti defektai, atresia, striktūros ir uretros vožtuvai, meatus externus urethrae užakimas del epitelinių suaugimų (sulipimų); įgimtas šlapiminės pūslės kaklelio susiaurėjimas, įgimta šlapiminės pūslės ir ureterių atonija, įgimta sėklinio kauburėlio hypertrophia. Į g i m t a u r e t r o s s t e n o z ė p a s i t a i k o ž y m i a i d a ž n i a u n e g u k a d v i s i š k i m e a t u s e x t e r n u s u ž s a k i m a i ir ne taip dažnai a t i m a g y v y b ę k a i p k a d p a s t a r i e j i.

Įgytieji susirgimai šitos grupės naujagimiams yra be galo reti ir del to apie juos visai nekalbėsime.

Prie 2 - o s i o s g r u p ė s priklauso retentio urinae del spondylitinio tumor'o, del myelitis compressiva, spina bifida, stuburinių smegenų sužeidimu ir kt.

Prie 3-iosios grupės, refleksiškų priežasčių, kurios, pasak tų pačių autorių, esančios retos, priklauso: fissura ani, abscessus periprocticus buvimas, status post operationem ani ar genitalijų, esant parazitams žarnose, vietinėms traumoms; mergaitėms — esant haematokolpos, haematometra; taip pat retkarčiais po dyzenterijos, šiltinės ir sepsis'o (Drachter).

Kaip matome, išvardytų priežasčių dauguma ir čia priklauso prie vėlybesnio (žinduolių, vaikų) amžiaus.

Ir niekur dideliuose (vokiečių, prancūzų) vadovėliuose mums nepavyko susipažinti su spazmiško šlapimų užsitūrėjimo galimumu naujagimiams be matomų priežasčių.

Bendix trumpai pastebi, kad šlapiminės pūslės spazmą sukeliąs šlapimrūgštės konkrementas, gretimų organų uždegimas (colitis, syphilis etc.) ir phimosis. Visa tatai taip pat liečia vėlybesnį amžių. Ir greta šito trumpai nurodyta, kad naujagimių šlapiminės pūslės spazmas paprastai praeinąs 10-tą dieną po gimdymo.

Kas iš mūsų rizikuos taip ilgai laukti, kada įsikišimas gali būti pavėluotas. Ir iš kur, neištyrus, iš anksto galima žinoti, kad tam tikras šlapimų užsitūrėjimas pareinąs nuo refleksiško spazmo.

Bendix siūlo šitokį gydymą: gulėjimą lovoje, vonias, švelnią vietą. Šita terapija rodo, kad dalykas eina apie vėlybesnį vaikų amžiaus periodą.

Kai del prognozės, tai visi autoriai sutinka, kad laiku šlapimų užsitūrėjimo pašalinimas sukelia gausingą šlapimų išsiskyrimą ir greitą pagijimą. Priešingu atveju gresia šlapiminės pūslės atonija, šlapimų stazė, pyelitis, uraemia ir exitus.

Anurija, atsiradusi kaip šlapimų užsitūrėjimo padarinys, visada turi sutrikdyti gydytojo ramybę. Jau 4—6 dieną kūdikio stovis paprastai esti beviltiškas, nes inkstų išskiriami šlapimai nei kokybiniu nei kiekybiniu atžvilgiu nėra pakankami, organizmui nuo nuodingų medžiagų apykaitos produktų atpalaiduoti (Belmonte). Amerikiečių literatūroje yra aprašyta ilgalaikio šlapimų užsitūrėjimo (savaitėmis) atsitikimų. Praktikoje šitokie atsitikimai baigiasi mirtimi. Žinios apie panašius atsitikimus vaikų literatūroje negausios (Kehr'o atsitikimas: anurija trukusi 5 dienas; pasveikimas. Heubner'o, Wilson'o, Chur'o atsitikimai: anurija trukusi 9 dienas ir baigusis mirtimi; jų priežastimi buvęs skarlatininis nefritas). Vadinasi, ir čia dalykas eina ne apie naujagimį ir, be to, apie kitos etiologijos susirgimą.

Kad visiška refleksiška kūdikių retentio urinae gali išsirūtuliuoti del phimosis, yra kalbėta anksčiau (Bendix). Šita komplikacija paprastai sutinkama vėliau, dažniausiai 1-ųjų metų pabaigoje arba antraisiais metais. Visiško šlapimų užsitūrėjimo įžanga yra šlapinimosi pasunkėjimas ir skausmai

besišlapinant, kreipią tėvų dėmesį į tai. Vėlybesniame amžiuje šitoji komplikacija tučtuojau likviduojama, kaip kad mums rodo ir mūsų pačių prityrimas, pritaikius circumcisio. Labai ilgo praeputium'o atveju dorsalinė incisio duoda neestetiškus padarinius, ir delto mes jos vengiame.

Casper yra paskelbęs ne tiktai šlapimų užsitūrėjimo, bet ir refleksiškos anurijos atsitikimą del periferinio inkstų dirginimo phimosis'o dėka net 2 dienų kūdikiui, nesišlapinusiam nuo pat gimimo dienos. Casper perskrodęs prieuodę (praeputium), išplėtęs susiaurėjusį meatus externus incizijos būdu. Pūslė buvusi rasta tuščia(!); praėjus kelioms valandoms po operacijos, prasidėjęs šlapimų išsiskyrimas. Casper šitą atsitikimą laiko tipiška anuria reflectorica.

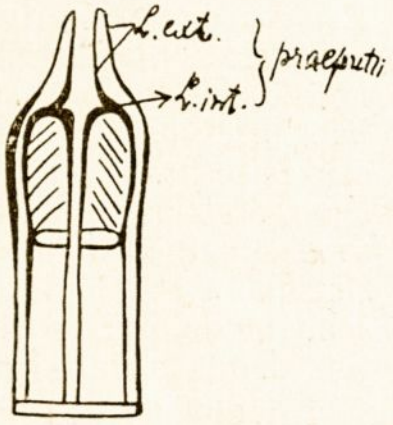
Vaikų amžiaus mediciniškoje literatūroje (kaip kad matoma iš Casper'o atsitikimo) sąvoka phimosis nevienodai apibūdinama, del ko skaitytojas ir painiojamas. Todėl tenka ties tuo truputį sustoti.

Feer, pav., aiškina šiaip: „Ir prieuodė (praeputium), būdama straublio pavidalu susiaurėjusi, gali būti toli atsikišusi nuo galvelės (glans penis). Šitas stovis pasidaro ligūstas tuomet, kai įvyksta funkcijų sutrikimai, pasireiškią tuo, kad klyksmo ir stiprių pastangų lydimi šlapimai išsiskiria stūmiais, išpūsdami laisvą prieuodės maišelio dalį ir tekėdami išilgai varpą. Čia yra prieuodės angos stenozė — phimosis"*).

Tenka skirti 2 stoviai: 1) hypertrophia praeputii ir 2) phimosis — tikslia šito žodžio prasme.

Abu šitie reiškiniai nieko bendra tarp savęs neturi, tačiau gali kombinuotis.

Tiksliai apibrėžia sąvoką phimosis Drachter, k. a.: Phimosis — tat stovis, kai, nepavartojus jėgos ar nesužalojus, prieuodės negalima užsmaugti už galvelės. Nereikia painioti aukščiau minėtų dviejų reiškinių. Nereikia užmiršti, kad anga prieuodės ne tas pat, kas ir prieuodės žiedas, nes išorinis lapelis dar tęsiasi ir vidinėje prieuodės pusėje, būdamas pasidengęs suragėjiusiu plokščiu epiteliu (žiūr. braižinį). Ir tiktai prieuodiniame žiede išorinis lapelis pereina į vidinį. Odos kanalo anga, skečiant pinceto kojytes, gali būti praplėsta per glans penis diametrą.



Schemiškas braižinys, vaizdžiai nurodąs lam. ext. et int. praeputii.

*) Phimosis = φίμοσις — antsnukis (nuo veiksmažodžio φιμόω = suveržti).

Suvis kas kita su vidiniu lapeliu. Jis naujagimiui per visą ilgį sulipęs epitelinių saitų pagelba su varpos galvele, palikdamas orificium urethrae externum atdarą.

Vidinio lapelio nesusmaukiamume glans penis atžvilgiu ir glūdi fiziologiškosios fimozės esmė. Pirmaisiais gyvenimo metais šitie fiziologiški sulipimai ilgainiui, ar beaugant varpos galvelei, ar esant dažnoms erekcijoms, ar susitelkiant tarp galvelės ir vidinio lapelio smegmai, išnyksta. Lygia greta su glans penis augimu eina ir prieuodės žiedo išsiplėtimas.

Patologiškoji fimozė pasireiškia, kai repositio praeputii negalima po to, kai aukščiau minėtieji sulipimai yra išnykę. Tokių įgimto pobūdžio patologiškų fimozių priežastimi yra „nenormaliai perdaug susiaurėjęs prieuodės žiedas" (bet ne prieuodės anga). Patologiškoji fimozė, vadinasi, iš esmės yra fiziologiškoji, kuri lieka tokiame vaikų amžiuje, kai buvusieji sulipimai jau turėjo būti išnykę. Retkarčiais patologiškosios įgimtos fimozės priežastimi yra nenormalūs suaugimai (o ne sulipimai) tarp galvelės ir vidinio lapelio arba prieuodės atrofija.

Dauguma įsigytų fimozių, pasak Drachter'o, tiek įdegiminio, tiek randinio pobūdžio vaikų amžiuje gaunama del noroms atliekamos polipragmazijos, leidžiamos gydytojų, spėjančių, kad turima reikalo su patologiškąja, iš tikrųjų gi — su fiziologiškąja fimoze.

Randams susidarius, atsiranda stenozė ir randinė fimozė. Prie pastarosios priveda taip pat netaisyklingai padaryta circumcisio. Fiziologiškoji fimozė simptomų neduoda. Patologiškosios fimozės simptomai šie: kūdikio neramumas, klyksmas prieš besišlapinant ir šlapinimosi metu, noras šlapintis, srovės pertraukimas, jos siaurumas, nevisiškas šlapiminės pūslės išsituštinimas (paeiliui stūmiais šlapinimasis). Tačiau šituos simptomus gali sužadinti ir kiti šlapiminės sistemos susirgimai. Patologiškajai fimozei yra būdinga prieuodės maišelio prisipildymas šlapimais šlapinimosi metu. O tatai ateityje duoda padarinį uždegimo pavidalu ir pan.

Mėginimai per prievartą pašalinti sulipimus tarp galvelės ir prieuodės fiziologiškosios fimozės ir mėginimai per prievartą užsmaukti prieuodę už sulcus coronarius glandis ne visada ne nepavojingi.

Sivers aprašo atsitikimą, kur tokis mėginimas baigęsis uretros perforacija, šlapimine infiltracija, peritonitu ir exitus'u.

Siūloma tokiais atvejais panaudoti vien tiktai zondas; nesužadinti kraujavimo, sutepti ung. ac. borici ir atitraukti į pryšakį prieuodė; uždegimams esant taikomos vonelės, kompre-

sai; tatai yra visų nepavojingiausias būdas prireikus sulipimams pašalinti.

Jeigu pogimdyminio periodo metu naujagimiui per prievartą užsmaukiama atgal prieuodė norint panaikinti fiziologiškus sulipimus, tai gaunami įplyšimai, kurie vėliau duoda randinę fimozę (nefiziologiško pobūdžio). Vadinasi, šitas sulipimų pašalinimas nedarytinas neturint rimto pagrindo. Patologiškoji (randinė) fimozė, su išeinančiais del to ligūstais reiškiniais, šalintina (Drachter).

Dažnai tenka operuoti hypertrophia praeputii, nors ir nebūtų fimozės, del balanito arba prieuodės kraštų uždegimų recidyvo. Balanitas išsirūtūliuoja del sekrecijos užsitūrėjimo, o prieuodės krašto uždegimų recidyvai išsivysto del chemiško dirginimo pūvančiais šlapimais.

Padarę šitą nedidelę ekskursiją į nagrinėjamojo klausimo patologijos sritį, pereisime prie mūsų 3 atsitikimų.

I. 1935 m. XII. 24 d., t. y., Kūčios dieną, į mano privačią ligoninę T. atgabeno iš provincijos savo sūnų naujagimį, 2 dienų amžiaus, kuris nuo gimimo momento dar nebuvo šlapinęsis.

Prieš valandą provincijos gydytojas R. per telefoną buvo įspėjęs mane apie šito ligonio išvežimą. Dar prieš atgabenant pas gyd. R., akušerė buvo pritaikiusi naujagimiui visą arsenalą jai žinomų priemonių šlapinimuisi sužadinti, bet veltui. Iškviestas collega R., akylai apžiūrėjęs naujagimio lyties organus, nustatęs occlusio orificii externi urethrae. Panašų atsitikimą jau jis buvo turėjęs kadaise Rusijoje.

Kolegos R. diagnozė visiškai pasitvirtino.

Kūdikis buvo geros mitybos, vyriškos lyties, apie 4.000 gr. svorio. Jisai buvo visiškai ramus, nepaisant tokio sunkaus stovio. Occlusio buvo pašalinta. Naujagimio kateterizacija nesudarė sunkumų. Kateteruojant, dar prieš patenkant kateteriui į pūslę, šlapimų srovė prasiveržė šalia kateterio, o pūslėję likę šlapimai ištekėjo pro kateterį. Išleistų šlapimų kiekis = 50 kb. cm. Ligonis buvo atleistas namon.

Kaip kurjozas reikia pažymėti ta aplinkybė, kad ilgai reikėjo prikalbinėti tėvas tučtuojau vežtis naujagimį į provinciją, kad motina pamaitintų. Tėvas gi norėjo kūdikį palikti Kaune ligi rytojaus, kad galėtų linksmai praleisti Kūčią sostinėje, nesuprasdamas, kad taisyklingas kūdikio maitinimas po viso to, kas buvo padaryta, yra vienas svarbiausių veiksnių tokiems kūdikiams pasveikti.

Iš šito matyti, kaip lengvabūdiškai tėvai žiūri į tokius susirgimus, kurie neretai baigiasi liūdnai.

Kito panašaus atsitikimo nereikėjo ilgai laukti ir tuo būdu pasitvirtino esąs medicinoje „lex multiplicitatis casum".

II. 1936 m. I. 15 d. iš to paties miestelio buvo atvežtas kūdikis U., vyriškosios lyties, 3 dienų amžiaus. Kūdikį buvo priėmusi ta pati akušerė. Nuo gimimo valandos kūdikis nesišlapinęs. Šitas naujagimis buvo silpnesnis už pirmtakūną. Prieuodė (praeputium) buvo rasta labai ilga, kanalo anga labai siaura, del ko užsmaukti prieuodė į užpakalį orif. extern. urethrae be instrumentų pagelbos buvo sunku, tačiau pavyko pavartojus klasišką priemonę — angos išplėtimą pinceto pagelba. Kateterizacija. Urethra buvo rasta tvarkinga (be vožtuvų). Pūslėje rasta apie 50 kb. cm. šlapimų, kurie buvo išleisti. Ligonis buvo atleistas namon, įspėjus, kad pasikartojus šlapimų užsitūrėjimui, tučtuojau būtų atgabentas operuoti.

Ligonis daugiau nebebuvo atgabentas.

III. 1936 m. XI. 28 d. buvo atvežtas kūdikis I., vyriškosios lyties, gimęs prieš 3 dienas ir per visą tą laiką nesišlapinęs (to paties gydytojo R. pranešta). Gimdymas buvęs atliktas be pagelbinių manipuliacijų. Pirmiausia pasirodžiusi galvutė. Gimęs kūdikis nekvėpavęs. Pasak kūdikį atnešusios moters, pribuvėja patraukusi naujagimį kvėpavimui sužadinti, del ko trūkusi virkščia arti naujagimio bambos (?!). Po 3 dienų iškviestas gydytojas R. mėginęs sužadinti naujagimio šlapinimąsi spausdamas šlapiminės pūslės sritį, tačiau veltui. Vonios ir kitos priemonės, pavartotos prieš atvykstant gydytojui, buvusios nesėkmingos.

St. praes. Prieuodė normalaus didumo. Orificium externum urethrae gerai matomas. Kūdikis išblyškęs ir pažiūrėti silpnas. Virkščia perrišta nešvariais vilnoniais siūlais, sukėlusiais stiprų paraudonavimą aplink bambą.

Kateterizacija. Nugalėjus nedidelį pasipriešinimą musc. sphincter int. urethrae srityje, pasirodė 1½ valgomojo šaukšto šlapimų. Truputį atitraukus kateterį antrą kartą jis įvedamas į šlapiminę pūslę. Musc. sphinct. int. rajone vėl juntama tartum kliūtis. Kateteriui praeinant pro šitą vietą, kiekvieną kartą iš anus'o išeina dujų ir meconium'o.

Gimdymai pirmaisiais dviem atvejais buvę normalūs. Trečiuoju atsitikimu buvusi aukščiau aprašytoji komplikacija.

Epikrisis. Pasak raštiško gyd. R. pranešimo, visi 3 kūdikiai toliau šlapinęsi normaliai. Jie sveiki.

Pirmuoju atstikimu šlapinimosi užsitūrėjimo priežastį iš karto buvo nustatęs akylai apžiūrėjęs iškviestasis gydytojas. Ramus kūdikio stovis, kaip kad ir kitais dviem atsitikimais, rodo, kad mediciniškoji pagelba buvo suteikta laiku, nelaukiant visų sunkių, o gal ir nepataisomų padarinių, kurie galėjo tiktai diskredituoti gydytojo įsikišimą skeptiškai nusistačiusių aplinkinių akyse del savo pavėluotumo ir tuo būdu tiktai būtų pasunkinę kovą su tokiu susirgimu. Antra vertus, šitas nenormalumas gali būti pastebėtas tučtuojau po gimdymo akušerių, jeigu tiktai šituo atžvilgiu jos bus instruktuotos. Juk kiti įgimtieji defektai paprastai pastebimi tuojau, o apie čia aprašomus mažai galvojama. Tokiais kaip kad 1-sis atsitikimais, iš karto jau teisingai susitvarkius, nereikės laukti ir tų 2—3 dienų, kurioms praėjus kūdikiai paprastai atgabenami pas gydytoją. O vonių ir kt. priemonių pritaikymas, esant anatomiškiems pakitimams, žinoma, terapijai reikšmės neturi.

Žinoma, suaugimų galėjo būti ir gilesnėse uretros dalyse. Laimei visos uretros obliteracijos pasitaiko be galo retai. Žymiai dažnesni būna epiteliniai sulipimai in orificio externo urethrae, kaip kad ir šituo atveju, kurie gali kombinuotis su daline obliteracija orificium internum urethrae ar pars cavernosa srityje. Tokių foetus'ų dalis paprastai žūva jau intra graviditatem. Tokios kombinacijos galimumo buvimas ir čionai, praskrodus orific. ext. urethrae, buvo patikrintas kateteravimu, kuris buvo atliktas be jokių sunkumų, kas ir nulėmė paciento likimą gerąja prasme. Kad ne visada taip paprastai

baigiasi dalykas, liudija Menegaux ir Baidot 1934 m. prancūzų literatūroje aprašytas atsitikimas, kur šlapimų užsitūrėjimas naujagimiui truko nuo pat gimimo 18 valandų del orificium externum urethrae nepraeinamumo. Šitiems autoriams nepavykę patekti į šlapiminę pūslę pro orific. ext. urethrae; o tat pavykę tik retrogradiškai iš šlapiminės pūslės. Tuo metu, kai giliai esančius uretros nepraeinamumus lydi ir kiti urogenitalinės sistemos prigimti luošumai, orif. ext. urethrae (meatus) suaugimas paprastai yra, laimei, izoliuotas del savo embriologinio nepriklausomumo nuo likusios uretros. Kūdikiams moteriškosios lyties šitas luošumas nėra tiek rimtas, nes techniškai lengviau nugalimas, ir, be to, jį dažnai lydi ir urachus'o fistulė. Tenka lygiagrečiai pažymėti, kad kūdikių, turinčių neprisipildžiusią šlapiminę pūslę, atsiradimas rodo, kad foetus šlapimų neišskiriąs. Šlapimų išskyrimas prieš užgemant būna tiktai esant motinos inkstų nepakankamumui. Pasak tų pačių autorių, jeigu foetus gema, turėdamas orif. ext. urethrae suaugimus ir prisipildžiusią pūslę, tai prognozė esti absoliučiai infausta.

Gydymas, nepavykus praeiti iš apačios, nurodytas aukščiau, būtent: kystostomia + katheterisatio retrograda.

2-sis atsitikimas. Be abejo, čia genezė yra refleksiškos kilmės, turinti savo priežastimi hypertrophia praeputii (bet ne phimosis, nes visų naujagimių phimosis esti fiziologiškas). Retentio urinae pašalinta paprasta kateterizacija. Kadangi buvo abejojama, kad gali pasidaryti tolimesnė retencija del likusios hypertrofavusios prieuodės, tai buvo įspėta apie reikalingumą stebėti kūdikis ir prireikus tučtuojau atgabenti jis operuoti. Šituo atveju del labai ankstyvo amžiaus būtų tekę pasitenkinti vien tiktai incisio dorsalis, nepaisant jos pasekmių neestetiškumo, įsikišimo laikui sutrumpinti. Tačiau matyti, jau vieno prieuodės kanalo ištempimo pakako retencijai galutinai pašalinti.

3-iuoju atsitikimu į spazmiškai refleksišką susirgimo pobūdį rodo nenormalus pogimdyminis periodas (asfiksija, virkščios trūkimas, kūdikio išblyškimas del kraujo netekimo). Reikia turėti galvoje ir nedidelis šlapiminėje pūslėje rastų šlapimų kiekis 3-čią dieną post partum. Už spazmiškumą kalba ir du kartu patikrintas musc. sphinct. int. vesicae urinariae nugalėjimas, lydimas dujų ir meconium'o išėjimo. Kad tokia retencija turi būti laiku ne tiktai pašalinta, bet ir pastebėta, pakankamai suprantama. Juk mums gerai žinoma, kad retencija baigiasi hydronephrosis'u, anurija ir exitus letalis.

Tėvai (phimosis, hypertrophia praeputii atveju) paprastai pastebi, kad kaž kas negera darosi su šlapimais, kai kūdikis klykia ir kai del retencijos yra išsirūtuliavę visi aukščiau suminėtieji kliniški reiškiniai, apie kuriuos randama smulkių nurodymų visuose vaikų vadovėliuose.

Nė vienas iš aukščiau aprašytųjų atsitikimų savo išviršiniu elgesiu nesuteikė progos atkreipti į save pašalinio dėmesio. Vienintelis netiesioginis šlapinimosi nebuvimo įrodymas buvo vystyklų sausumas nemaudant kūdikio per tam tikrą ilgą laiko tarpą. Ir keista, kiek žindomų kūdikių lytinė sfera kreipia į save didelį motinos dėmesį (šituo atžvilgiu tėvų pastabume konkuruoja nebent dantų prasikalimo procesas), tiek šitas jos pastabumas esti susilpnėjęs naujagimiui vos atsiradus. Gal tat del to, kad motina pati dar nesveika, o tėvas į šituos reikalus nesikiša.

Ir kiek skeptiškai ir įtartinai reikia žiūrėti į baimingos motinos nusiskundimus įvairiais ligūstais kūdikio prieuodės anomalijos reiškiniais vėlybesniame amžiuje, tiek turi būti pastabus tas personalas, kuris slaugo vos gimusį naujagimį. Deja, dar ir dabar begimdant, ypačiai kaime, apsieinama be kvalifikuoto mediciniško personalo. Šitie pastarieji neturi užmiršti čia nagrinėjamų galimumų, ypač, kad, suteikę atitinkamą pagelbą begimdant, šitie asmens pasišalina, palikdami naujagimį kaimietėms arba bobutėms globoti. Ir kiek tokių naujagimių žūsta del to, kad laiku nesikreipiama į gydytoją. Mes matome, kad galima suteikti pagelba, nėsant anatomiškų anomalijų — įgimto luošumo, paprasta kateterizacija, event. ištempus prieuodės angą. Amžiaus prietaras, o taip pat tiek seniau, tiek ir dabar dar neišnykusi ankstybame kūdikio amžiuje kystoskopijos baimė, kuri Europos šalyse jau eina į padavimų sritį, pradeda išnykti ir pas mus. Su D e c k w i t z'o teigimu, kad kūdikio kateterizacija, del uretros lengvo sužeidžiamumo ir reliatyvaus ilgumo vingiuotumo, net vartojant apykiečius specialius zondus, esanti gana sunki, mes negalime sutikti, nes, mokant anatomiją, turint tam tikrą prityrimą ir lengvą ranką, kateterizacija nesudaro keblumų ir mažiems pacientams.

Įspėjimas neištempti prieuodės (jei tat ir yra reikalinga, pav.), bijantis galimumo slaptos spazmofilijos, galinčios sužadinti m. sphinct. int. urethrae spazmą ligi eklampsinio priepuolio, nurodomas kai kurių autorių (F e e r), aukščiau minėtais atsitikimais mūsų negali sulaikyti nuo šito veiksmo, nes pagelba suteiktina neatidėliojant, ir priežastis, kuri, gal būt, slypi šlapiminio kanalo gilumoje, turi būti surasta, ypač, kad tokie atsitikimai atgabenami geriausiu atveju, tiktai praėjus 2—3 dienoms nuo susirgimo pradžios.

Mums atrodė reikalinga šitam klausimui skirti šitos eilės viliantis, kad nors dalinai galėsime būti naudingi nagrinėjant taip menkai nušviestą literatūroje klausimą, liečiantį naujagimius, ir kartu priminti dar apie vieną priežastį, kuri padidina kūdikių iki 1 metų mirtingumą.

LITERATŪRA.

1. Belmonte, W.: „Kinderärtzl. Praxis", 1933.
2. Bendix, B.: Lehrbuch d. Kinderheilkunde.
3. Deckwitz: Lehrbuch d. Kinderheilkunde.
4. Drachter: „Kinderärtzl. Praxis", 1934.
5. Drachter u. Gossmann: Chirurgie des Kinderalters.
6. Feer: Lehrbuch d. Kinderheilkunde.
7. Gorbandt u. Karger: Chirurgische Krankheiten im Kinderalter.
8. Menegaux u. Baidot: Des oblitérations congénitales du méat et de la portion balanique de l'urètre (hypospadias excepté). „J de Chir." 1934 m. 43 nr.
9. Pfaundler u. Schlossmann: Handbuch d. Kinderheilkunde.

AUTOREFERAT.

Es werden 3 Fölle von retentio urinae beim Neugeborenen beschrieben, in denen die Aetiologie verschieden war. In dem I-en Falle handelte es sich um einen angeborene Occlusion des orif. ext. urethrae; in dem 2-en Falle um Hypertrophie der Praeputiums mit einer Stenose der Praeputialöffnung (nicht des Ringes); im dem 3-en Falle — um eine reflektorisch - spastische Ursache, die ihren Grund in der pathologisch verlauften Geburt hatte (Abriss der Nabelschnur durch Gewalt und grosser Blutverlust des Kindes).

Alle 3 Fälle wurden nach der entsprechenden Beseitigung der Occlusion u. einmaliger Katheterisation dauernd geheilt.

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

2. J. Le Sage (Montrealis): **L'ulcère gastrique et duodénal.** (Skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opa) („Bull. de l'Assoc. des Méd. de Langue franç. de l'Amérique du Nord". 1937. III. 3—4 nr.).

Šitas kritiškas darbas, paskelbtas 1936 m. 14 kongrese Š. Amerikos gydytojų, kalbančių prancūziškai, apima 162 opos atsitikimus per 5 metus.

Autorius savo išvadas remiąs pritaikyta histoidinine terapija 50 opų atsitikimų; jų tarpe 18 atsitikimų buvęs pavartotas preparatas larostidin'as (Roche). Iš šitų 18 atsitikimų buvę 15 ulcus duodeni, 1 ulcus ventriculi ir 2 ulcus pylori. Iš 15 dvylikapirštės žarnos opų buvę 10 chroniškų ir 5 šviežios. Larostidin'as parodęs žymų pagerėjimą: skausmų pranykimą, racidyvų nebuvimą maždaug per ištisus metus. Nebuvę reikalo gydymo metu ir vėliau laikytis specialios dietos, vien tiktai vengiant dirginamųjų daiktybių arba žalių produktų. Ligoniai besigydydami galėję eiti savo tarnybines, kartais sunkias pareigas. Vienas pacientas, praėjus 2 mėnesiams po gydymo pabaigos, gavęs tipišką recidyvą. Po 2-os larostidin'o injekcijų serijos jisai jautęsis visiškai gerai. Dviem atsitikimais larostidininis gydymas tekę papildyti daugeliu atropininių injekcijų. Visiškas nišų pranykimas pavykę nustatyti tiktai 1 atveju. Dar 30 atsitikimų, pritaikius opų larostidininį gydymą kitais metais, gauta tų pačių rezultatų. Gautas aiškus kliniškas pagerėjimas, trukęs ilgiau negu gydant kitais būdais, bet jį nelydėję chroniškų opų surandėjimo anatominiai įrodymai. Tačiau šitie chroniški atsitikimai jau buvę tokie seni, jog gleivinės rekonstrukcija, kuri paprastai autorių aprašoma ūminiais atvejais, čia vargu ar galinti įvykti.

T. Goldbergas.

5. Schiff, Hirschenberger: **Einfluss des D-Vitamins, der Ultraviolettstrahlen und der Wärme auf den T-Faktor.** („Jahrb. f. Kindhlk." 1937 m., 81 p.).

Sezamo aliejuje atrasta medžiaga, sukelianti trombocitų padaugėjimą. Tas vadinamas T-veiksnys nerandamas linų, alyvų, žemės riešutų ir kituose aliejuose.

Glanzmann patyręs, kad vigantolis neveikiąs trombocitų skaičiaus, nors susidedąs iš švitinto ergosterino ir sezamo aliejaus. Įrodyta, kad D-vitaminas inaktyvuojąs T-veiksnį. Autorius 17 žiurkių davęs gryno sezamo aliejaus ir gavęs trombocitozę; pakeitęs jį vigantoliu, ir tuojau gavęs trombocitų sumažėjimą. Vėl davus gryno sezamo aliejaus, ir vėl buvusi gauta trombocitozė. Ultravioletiniais spinduliais švitintas sezamo aliejus taip pat pasirodęs neveiklus ir žiurkėms ir kūdikiams. Paties kūdikio ar žiurkės kūno švitinimas netrukdąs veikti duodamam T-veiksniui.

Trumpas sezamo aliejaus pašildymas iki 80°C suardąs T-veiksnį. Deguoniui T-veiksnys pasirodęs esąs visiškai atsparus.

Visi tyrimai parodę, kad T-veiksnys veikiąs tik trombopoetiškai, visai neliesdamas augimo ir kitų funkcijų.

Tirta sezamo aliejaus ir ypač T-veiksnio chemiška sudėtis. Dar neaiški medžiaga, kuri duodanti sezamo aliejui būdingą furfurolio reakciją, kuri nesanti identiška su T-veiksniu. Tirtas oksihydrochinonas, kurio metyleno esteris įeinąs į sezamo aliejaus sudėtį, ir gauta, kad jo tirpalas vandenyje taip pat sukeliąs vaikams ir žiurkėms trombocitozę. Taigi tolimesniems chemiškiems ieškojimams pravartu eiti oksihydrochinono ir jo junginių grupės kryptimi. *P. Baublys.*

6. Schiff, Hirschenberger: **Ueber den T-Faktor.** („Jahrb. f. Kindhlk." 1937 m., 247 p.).

Trombocitų vitaminas — T-veiksnys tirtas kiekybiškai. 63 žiurkėms duota po 2 lašu sezamo aliejaus per dieną. Po 2 savaičių pusei ir po 4 savaičių 94% žiurkių dvigubai ir daugiau padaugėję trombocitų. 20 vaikų gavę po 10 lašų sezamo aliejaus ir reagavę taip pat. Tat rodą didelį sezamo aliejaus veiklumą.

10 iš minėtų žiurkių gavusios negryną sezamo aliejų, o vogan'o — sez. aliejuje tirpinto A-vitamino. To paties vogan'o gavę 11 minėtų vaikų. Jokio veikimo trombocitų skaičiui vogan'as neparodęs.

Lorenz nustatęs, kad vogan'as padauginąs mažą trombocitų kiekį, ir sumažinąs didelį. Autorius nė karto nepatyręs trombocitų kiekio sumažėjimo, bet nurodo, kad dideli trombocitų kiekiai nuo vogan'o ir sezamo aliejaus mažiau padidėją negu maži.

Priešingai to paties Lorenz'o duomenims, autorius neradęs skirtumo tarp sezamo aliejaus ir vogan'o veikimo trombocitų kiekiui. Taip pat A-vitaminas, ištirpintas in oleo olivarum, šita kryptim neveikiąs. Taigi, trombocitozę sukeliąs ne A-vitaminas, bet tiktai in oleo sesami esanti medžiaga — T-veiksnys.

1937 m. vasario mėn. pradėti nauji tyrimai parodę, kad sezamo aliejuje T-veiksnio nebėsą — jis nebeveikiąs nei vaikų, nei žiurkių trombocitų. Priežastys to dar neaiškios. Gal nauji gamybos būdai (pav., karštas spaudimas) sunaikinąs karščiui jautrų T-veiksnį, gal nevisos sezamo rūšys vienodai jo turį. Autoriai tęsia tyrimus toliau. *P. Baublys.*

7. E. Kovacs: **Erfahrungen mit der Calmetteschen Schutzimpfung.** („Jahrb. f. Kindhlk." 1937 m. 288 p.).

Del BCG skiepų nuomonės nesutampančios. Liubeko tragedija daug pakenkusi jų vardui. Lotynų tautų autoriai gavę geresnių rezultatų, kitų tautų tyrinėtojai dažnai ir visai paneigią jų reikšmę.

Paties Calmette'o statistika, nurodanti, kad įskiepytųjų mirtingumas ir ne nuo tuberkuliozės esąs mažesnis, nepatikima, nes turi daug klaidų.

Park ir Kereszturi tikslesnę statistiką parodą, kad bendrinis skiepytųjų mirtingumas — 7,4%, neskiepytųjų — 15,6, tbc. mirtingumas skiepytųjų — 1,1%, neskiepytųjų — 8,6%, taigi, mirtingumas ne nuo tbc. lieka tas pats.

Wallgren tikrinęs įskiepytųjų alergiją ir, tik gavęs Mantoux reakciją teigiamą, grąžinąs juos šeimai. Taip darant Geteborgo kūdikių tbc. mirtingumas nuo 4,3‰ 1927 m. pavykę numažinti iki 0,4% 1934 metais.

Heimbeck (Oslo), patyręs, kad į tuberkuliną nereaguojančių gail. seserų per 10 metų 35% susergą džiova, įvedęs privalomą joms BCG poodinį skipijimą. Įskiepytųjų ir alergiškųjų susirgę tik 1,8%, nealergiškųjų — net 23,4%.

Tomcsik Vengrijoje įskiepijęs BCG per os 675 naujagimius, 76 iš jų nuolat sekęs ir tyręs. Tik 7 iš šių po kiek laiko gavę alergiją. Taigi, oralinis BCG imunizavimas neturįs prasmės.

Autorius BCG mažomis dozėmis ((0,0001 ir 0,000025) skiepijęs intrakutaniškai 22 kūdikius ir vaikus. Po 40 dienų visi vaikai davę teigiamą Mantoux r., taigi, gavę alergiją.

Autorius nurodo, kad tbc. imunitetas apskritai esąs tik relatyvus, tuo labiau relatyvus ir nepastovus esąs BCG imunitetas. Pav., Park ir Kerezsturi, po metų ištyrę įskiepytus, tik 32% radę alergiškus. Vėlesnė superinfekcija esanti nepavojinga ir dar tik pastiprinanti ir pratęsianti imunitetą, todėl daugelis autorių nurodą, kad skiepytieji kūdikiai, tuojau pasidarę alergiški, turį grįžti į šeimą, nuo kurios iki tol buvę izoliuoti.

P. Baublys.

8. Savoye, Jacques: **Reflexions sur la pneumonie silencieuse de l'enfant.** („Bull. Soc. Pédiatr." Paris 1937 m., 5 nr.).

Pneumonija per visą ligos laiką, ar tik pradžioje kelias dienas, galinti neduoti auskultacijos ir perkusijos žymių. Visiškai nebylios pneumonijos būnančios retai, bet dažnai fiziški reiškiniai būną labai neryškūs — tik mažas paduslėjimas ir pagerėjęs balso pravedimas. Nežymiai pasireiškiančios vienodai ir periferinės ir giliosios pneumonijos — taip rodąs rentgenas. Kliniškai dijagnozė statoma iš didelio karščio, greito alsavimo, paraudimo, skausmingo kosulio, herpes, nusilpimo ir t. t.

Kliniško ir rentgeno tyrimų nesutarimas aiškinamas tuo būdu, kad grynas skilties sukepenėjimas negalįs duoti karkalų ir krepitacijos. Karkią ir krebždančios ne fibrinu užkimštos alveolės sukepenėjusioje skiltyje, o pusiau užkimštos ir dar galinčios oro prisipūsti alveolės aplink sukepenėjusį židinį esančioje reakcinėje juostoje. Jei kepenėjimas vykstąs be tos reakcinės juostos aplinkui, tai ir neduodąs auskultuojamų reiškinių — pneumonija liekanti nebyli.

P. Baublys.

9. J. Kreutzer: **Antitoxinbildung nach aktiver Diphterieschutzimpfung mit Di-Toxoid-„Asid".** („Uschr. Kinderheilk." 1938 m. 45 p.).

Aktyvus nuo difterijos imunizavimas daugelio atmetamas todėl, kad neduodąs 100% pastovios apsaugos, kad reikalaująs ne vieno, o trijų švirkštimų.

Anhalto serumo institutas paruošęs preparatą, kuriame formoltoksoidą sujungęs su sunkiai rezorbuojama medžiaga. Reikalingą to preparato dozę vienu kartu suleidus po oda, toksoidas rezorbuojąsis pamažu per ilgesnį laiką ir neduodąs alergijos. 1 kb. cm. to preparato turįs 95 apsaugos vienetus. Smidt ir Burbach su gyvuliais patyrę, kad jis duodąs 80 kartų didesnę apsaugą negu paprastas formoltoksoidas.

22 įskiepytų vaikų po 1 mėn. rasta pakankamai antitoksino. Kitai grupei antitoksino kiekis patikrintas prieš ir po skiepijimo, ir rastas žymus jo padaugėjimas.

Išvedama, kad Di-Toxoid-„Asid" preparatas, vienu kartu suleistas 82% vaikų, sužadinąs aktyvų imunitetą, todėl tinkąs difterijos profilaktikai.

P. Baublys.

10. J. Wolff: **Zur Diagnose der Perikarditis im Säuglingsalter.** (Pericarditis diagnozė kūdikių amžiuje) („Kinderärztl. Prax." 1938. H. 2. S. 59).

Kūdikių perikarditas neduodąs, be širdies silpnumo reiškinių, jokių specifiškų simptomų, išskiriant pirmąsias susirgimo valandas, kai girdisi perikardo trynimasis. Kol dar nėra nesusidaręs pakankamas eksudato kiekis, perikardo sienelės trinąsi viena į antrą. Peršviečiant rentgenu matyti, tiesa, širdies šešėlio padidėjimas ir širdies pulsacijų stoka, bet toli nevisuomet vaikų gydytojas turįs po ranka rentgeną. Autorius stebėjęs daugelį kūdikių septinių susirgimų, komplikavusių perikarditą, ir pastebėjęs, kad galima visuomet nustatyti perikardito pradžia vien tik kliniškai. Prasidedant perikarditui, iš karto širdies tonai darąsi labai silpni, vos girdimi. Esant kitoms komplikacijoms galįs susilpnėti arba net pranykti I-asis tonas, tonai galį pasidaryti kiek duslesni, bet niekuomet, išskiriant perikardito atsitikimų, negaunamas visų širdies angų smarkus tonų susilpnėjimas. Pasak autoriaus, svarbu konstatuoti, ar liga komplikavusis perikarditu, nes tat turį svarbios prognostinės vertės.

A. Kronzonas.

CHIRURGIJA.

1. H. Killian u. K. Kuhlmann (Freiburg in Br.): **Cyclopropan, ein neues, stark wirkendes Gasnarkotikum.** („Zbl. Chir." 1937 m. 50 nr. 2817 p.).

Autoriai, vartodami šitą narkotiką, pastebėję, kad su juo pasiekiama visiška narkozė per 2—5 minutes; jokių komplikacijų neduodąs, patogus vartoti vaikų amžiaus pacientams, beveik neduodąs kraujospūdžio padidėjimo, neduodąs vidurių išpūtimo, del to patogus vartoti mažų vaikų vidurių trumpesnėms operacijoms; neerzinąs kvėpuojamųjų takų, del to vartotinas krūtinės operacijoms; būdamas sumaišytas su deguoniu, gerai veikiąs kraujo apytaką. Duodamas 15—20% koncentracijoje. Pabundama per 2—5 min. be jokių nusiskundimų ir šiaip nepageidaujamų reiškinių, kaip kad, pav., vėmimo, neramumo; del to šitas narkotikas turįs prieš kitus greit veikiančius narkotikus pirmenybę. Jo neigiama pusė — brangumas.

K. Gudaitis.

2. Dr. Max Saegesser: **Zur Anaesthesiefrage bei der Operation der Basedow'schen Struma.** („Zbl. Chir." 1937 m. 43 nr. 2450 p.).

Autorius nurodo vietinės anestezijos teigiamas ir neigiamas puses. Teigiama pusė esanti ta, kad esą galima išvengti komplikacijų, kaip kad, pav., nervus recurrens sužalojimo, ligonis galįs nuolat gleivių iškosėti, esą galima kapsulės kraujavimas patikrinti, leidžiant ligoniui stenėti. Neigiama pusė ta, kad ligonis dažnai nerimaująs, labai trukdydamas operuojančiajam darbą, ir dažnai pats ligonis labai psichiškai kenčiąs. Bendrinės narkozės neigiamumą autorius matąs tame, kad su ligoniu nebegalima susikalbėti ir del to nebegalima kontroliuoti nervus recurrens. Autorius randa geriausią išeitį kombinuoti vietinę anesteziją su hypnoticum'u rectidon'u, kuris duodamas per rectum. Tada ligonis miegąs lengvai, laikąsis ramiai, tik klausiamas teatsakąs ir netrukdąs operuojančiam, po operacijos miegąs 3—4 valandas; per tą laiką paprastai pirmieji operacijos skausmai atslūgstą, ir ligonis mažai teatsimenąs operaciją, tuo išvengdamas psichiško pergyvenimo.

1 valandą prieš operaciją padaroma ligoniui klizma ir duodama 1 kb. cm. dilaudid'o, tada, 1/2 val. prieš operaciją, įvedus Nelaton'o kate-

terį į išeinamąją žarną, įšvirkščiama rectidon'o atitinkamas kūno svoriui kiekis. Per 30—40 minučių ligonis užmingąs.

Rectidon'as, kaip barbiturinės rūgšties preparatas, veikiąs bazedovikus ypatingai ramindamas. *K. Gudaitis.*

3. Prof. Dr. A. Hagentornas (Kaunas): **Über Schmerzperkusion.** („Zbl. chir." 1937 m. 43 nr., 2453 p.).

Ūminio uždegimo procesui lokalizuoti pilvo tuštyme, pasak autoriaus, esančios dvi priemonės: pilvo raumenų įtempimo ir skaudamumo ribų nustatymas. Pirmuoju atveju švelniai uždedant plokščią ranką lengvai jaučiamas pilvo sienelės raumenų įtempimas. Antruoju atveju paprastai vadovėliuose esanti siūloma palpacija. Autoriaus įsitikinimu skaudamumas pilve galima daug tiksliau ir švelniau nustatyti perkusijos pagelba. Pilvo sienelės perkusija pradedama švelniai iš tolo einant į skaudamą vietą. Pavyzdžiui, esant perforavusiam ulcus ventriculi ar perforavusiam appendix'ui, diferencinė diagnozė tegalima tik tiksliai nustačius skaudamumo ribą. Pirmuoju atveju skaudamumo riba einanti iš kairės aukštai į dešinę žemyn; skaudamiausia vieta tuo atveju esanti dešinėje aukščiau nurodytos linijos, tuo metu, kai kairioji apatinė pilvo sienelė esanti laisva. Antruoju atveju skaudamumo linija einanti iš dešinės aukštai į kairę žemyn, paliekant laisvą kairįjį hypochondrium'ą ir viršutinę kairiąją pilvo sritį; didžiausias skaudamumas tada lokalizuotas dešinėje žemyn nuo tos linijos, jeigu vienuogalė žarna nėra nukrypusi į kepenis.

Šitas būdas taip pat esąs svarbus norint nustatyti, ar uždegimas yra sustojęs ar plečiasi. Perkusijos būdu, be skaudamumo, nustatomas dar ir garso pakitimas pilvo tuštyme. Autorius pabrėžia, kad šitas būdas tepritaikomas, esant ūminiam ir skaudamam pilvo tuštymo uždegimui.

K. Gudaitis.

UROLOGIJA.

3. B. Hermann (N. Jorkas): **Nierenrupturen.** (Inkstų plyšimai) („Z. Ur. Chir." 42 H. ½).

Autorius esąs šito susirgimo konservatiško gydymo šalininkas. Jisai smulkiai nagrinėja simptomatologiją. Plyšimą lydi kraujospūdžio kritimas (del tuo pačiu metu įvykstančio gland. suprarenalis pakenkimo), šokas. Kartais subjektyvūs simptomai klaidiną, neatitikdami pakenkimo sunkumo. Net mažą sužeidimą galį lydėti didelė haematuria ir smarkūs skausmai liumbalinėje srityje su šoku, o visišką plyšimą galį lydėti maži skausmai. Pastovus simptomas esąs atitinkamoje pusėje défense musculaire. Kiti simptomai esą sutinimas ir vėmulys; pastarasis esąs peritoneum'o dirginimo padarinys del kraujo ar šlapimų susitelkimo retroperitonejinėje dalyje. Plyšus peritoneum'ui, kraujas ar šlapimai, infekavęsi ar ne, patenką tiesiog į peritoneum'o tuštymą. Haematuria — pastovus simptomas, be atsitikimų, kur yra visiškas ureterio ir inksto kojytės trūkimas arba visiškas užsikimšimas krešuliais. Haematuria būnanti įvairi: nuo keleto dienų iki savaičių, su arba be lydimos anemijos ir kolapso. Diurezė būnanti įvairi: paprastai oliguria. Anuria esanti galima ren solitarius atveju arba kaip refleksas į n. vagus, inksto splanchnicus dirginimą. Haematuria iš inksto skiriasi nuo hematurijos iš šlapiminės pūslės tuo, kad pastaruoju atveju 2-ji porcija esanti kraujingesnė. Įvedus intraveninę urografiją, diferencinė diagnozė tarp ruptura vesicae urinariae ir renis pasidariusi lengva. Šitos metodės dėka nustatomas ir 2-ojo inksto stovis. Vargu kuriame nors kitame urologiniame susirgime akylas laukimas vaidinąs tokį didelį vaidmenį ir lydimas tokios sėkmės, kaip kad esant ruptura renis. Laukimas ypačiai esąs taikytinas, kai nėsama kitų organų sužalojimo arba kai nėsama didelio kraujavimo. Ramybė, ledas, kraujo krešinamieji vaistai — tat esą įprastoji terapija.

Autoriaus ligoninėje per 10 metų buvę 85 inkstų sužeidimo atsitikimai. Iš jų 74 buvę gydomi konservatiškai; iš jų mirę 9 (12,2%). 11 ligonių buvę operuoti; iš jų mirę 4 (36,3%). Vėliau visais konservatiškai gydytais atsitikimais esąs reikalingas inksto likimo pyelografiškas patikrinimas. Autorius esąs konsultacinės politikos šalininkas sunkių inksto pakenkimų atvejais, kai ligonis yra ištiktas šoko ir kitų organų pakenkimų vaizdas yra neaiškus. Jei esanti reikalinga operacija, tai reikia nusistatyti, kuriuo keliu eitina: transperitonealiai ar liumbaliai?

Autorius pateikia 2 ligos istorijas, turinčias skirtingą susirgimo vaizdą. *T. Goldbergas.*

AKUŠERIJA IR GINEKOLOGIJA.

1. Ley L. (Gessenas): **Behandlung des habituellen Abortus mit Vitamin C.** (Habitualinio aborto gydymas C-vitamino pagelba) („Münch. Med. Woch." 1937 m. 46).

Iš Neuweiler'o ir kitų bandinių žinoma, kad nėštumo metu esąs padidėjęs C-vitamino pareikalavimas; šito pareikalavimo padidėjimą corpus luteum graviditatis atžvilgiu autorius įrodė palygindamas su kitomis kiaušdėčių (ovarium'o) funkcinėmis stadijomis. Šitokis C-vitamino pareikalavimo padidėjimas esąs glaudžiai susijęs su šito organo funkciniu gebėjimu. C-vitaminas juo daugiau esąs reikalingas, juo didesnė esanti ovarium'o veikla. Buvęs įrodytas galimumas padidinti C-vitamino turinį in corpore luteo, duodant nėščiosioms askorbininės rūgšties (redoxon'o „Roche") ir tuo būdu apsaugojant gęstantį corpus luteum graviditatis. Šitas corpus luteum graviditatis funkcinis nepakankamumas kliniškai pasireiškiąs habitualiniu abortu. Corpus luteum hormono pateikimas esąs pavaduojamoji terapija (Substitutionstherapie). Šitas gydymas C-vitaminu esąs žadinamasis (stimuliacinis) gydymas, kurio dėka gęstąs corpus luteum, pateikiant askorbininės rūgšties perteklių, sužadinamas gaminti pakankamą kiekį hormono. 10-ties habitualinio aborto atsitikimais (2—5 kartus kartojęsi abortai) sistemiškai gydant redoxon'u autoriui pavykę nėštumas išsaugoti. Buvę injekuojama į raumenis. Stebėtinai pagerėdavęs bendrinis sveikatos stovis nėštumo metu; vėmulys pirmaisiais mėnesiais taip pat sumažėdavęs, taip pat pagerėdavęs apetitas ir išnykdavę vidurių užkietėjimai. Gydymas buvęs pradedamas kiek galima anksčiau (2—3 savaitę mėnesinėms užsitūrėjus), del ko moterys buvusios guldomos klinikoje. Čia buvę injekuojama į raumenis kas 2—3 dienos 4 kartus po 0,5 redoxon'o, paskui dar 3 kartus per dieną po 1 tabl. Kas 14 dienų buvęs nustatomas šlapimuose askorbininės rūgšties kiekis, nuo ko pareidavęs tolimesnis vaisto dozavimas. Gydymas trunkąs ligi 6—7 mėn. nėštumo. *T. Goldbergas.*

ODOS IR VENER. LIGOS.

2. Dr. L. Mertin: **Panaritium subcutaneum gonorrhoicum** („Derm. Zeitschr." 1937 m., 4 nr.).

Autorius aprašo 26 metų moterį, kuri buvusi gydyta ligoninėje nuo gonorėjos.

Anamnezė: Niežtėjusi vulva ir ji kasiusis pirštais, iš kurių didžiojo piršto galutinės falangos oda buvusi įdrėksta. Po to piršto galas paraudęs, patinęs ir jautusi pulsuojantį skausmą. Po 8 dienų atsiradę pūlių.

Prieš prapjaunant abscesą paimta pūlių mikroskopiškai ištirti ir juose rasta ekstra - ir intraceliulariškai gonokokų.

Diagnozė: Panaritium subcutaneum gonorrhoicum.

Neaiškiais atsitikimais autorius siūlo pūlius pernešti į gyvulio konjunktyvą ir, atsiradus konjunktivitui, iš ten paimtame sekrete ieškoti gonokokų. Atsiradus panaritium'ui gonorėjos metu, autorius pataria visuomet pūlius ištirti mikroskopiškai. *A. Gulbinas.*

3. Dr. Fr. Demuth: **Ein Fall von Porta der Verschluss in Inkubationstadium des Lues.** (Vena portae uždarymas syfilio inkubacinėje stadijoje) („Derm. Zeitschr." 1937 m. 4 nr.).

Kliniški stebėjimai ir eksperimentiniai patyrimai dauguma atsitikimų rodą, kad, atsiradus šankeriui, infekcija jau esanti išsiskleidžiusi visame organizme. Kolle įskiepijęs triušiui intrakutaniškai spirochaete pallida kultūrą, po 30 min. radęs jas regionarinėse lymfinėse liaukose. Mulzer ir Uhlenhut nurodo, kad 14-tą dieną po triušo apkrėtimo jo kepenyse, blužnyje ir kauluose rasta spirochetų. Todėl syfilio infekcijos greito išsiskleidimo dėka, dar nėsant pirminio efekto, jau esą septicemijos simptomų: karštis, sąnarių pabrinkimai, albuminuria, meningismus ir t. t. Esant minėtiems septicemijos reiškiniams, ir vena portae uždarymas esąs galimas. Autorius aprašo 26 metų ligonį, kuris jausdamasis sveikas pastebėjęs greitai progresuojantį liemens apimties didėjimą ir kojų pabrinkimą; šlapimų kiekis sumažėjęs. Paciento sugyventoja prieš 6 sav. turėjusi ulcus durum. Apžiūrint pacientą rastas didelis ascites, padidėjusios kepenys ir blužnis; širdis normali, kojos gerokai patinusios. T^0 normali. Oda, gleivinės ir lymfinės liaukos n. yp. WR ir SW ngt. Davus salyrgan'o, pakilusi stipriau diurezė ir ascites bei kojų oedema išnykę. Pastebėjus ascitą ir kojų edemą, 20-tą dieną ant praeputium'o atsiradusios dvi ulcera dura, kuriose buvę rasta spirochaete pallida. Ingvinalinės liaukos padidėjusios. WR ir SW ngt. Pradėjus specifiškai gydyti, vena portae užspaudimo reiškiniai — ingvinalinės lymfinės liaukos — pranykę, ulcera dura užgiję.

Ascito priežastis buvusi vena portae užspaudimas lymfinėmis liaukomis. Salyrgan'as kepenis ir inkstus gerai paveikęs, bet ulcera dura išsirūtuliavimo nesustabdęs. *A. Gulbinas.*

AKIŲ LIGOS.

2. Prof. V. V. Čirkovski: **Kovos su trachoma pasisekimai SSSR per 20 metų po socialinės spalio revoliucijos** (Uspechi v borbe s trachomoj v SSSR za dvadcatiletije socialističeskoj oktiabrskoj revoliuciji).

Priešrevoliuciniais laikais Rusija trachomos išsiplėtimo atžvilgiu buvusi viena iš pirmųjų. 1902 met. iš 10.000 gyventojų buvę 36,2 apsikrėtę trachoma. Prieš karą 1913 met. išaugę iki 63,2. Aklumu užimdavusi pirmą kartą. Tais laikais medicinos pagelba buvusi labai silpna, gydytojų okulistų visoje Rusijoje buvę 300—400. Vienam gydytojui tekdavę apie 1/2 milijono gyventojų. Paskutiniame dešimtmetyje įsteigtieji Belliarminov'o skraidomieji akių pagelbos punktai nedavę didelės naudos.

1922 met. atidarytas pirmasis trachomos institutas Kazaniuje. Šito instituto tikslas buvęs moksliškai tirti trachomą ir kartu vesti kovą su ja, ruošti tinkamą personalą. Kiek vėliau tokie institutai buvę įsteigti Ufoje, Ašchabade ir kitose vietose. Įsteigus tokį institutų tinklą kovai su trachoma, buvęs padėtas stiprus pagrindas ir vispusiškam tyrinėjimui. Kovojant yra didelė kliūtis trachomos priežasties nežinojimas, tad daug tyrinėjimų ir eksperimentinių bandymų su gyvuliais buvę daroma etiologijai išaiškinti. Ne mažiau dėmesio buvę kreipiama į patogenezę. Didelės reikšmės turinti konstitucija, amžius, lytis. Lymfatikohypoplastinė konstitucija, manoma, esanti svarbus veiksnys trachomai atsirasti.

Šitie institutai davę progos plačiai pritaikyti ir konservatišką ir chirurgišką gydymą. Gydant pradines stadijas plačiai buvę vartojami konjunktyvos pradūrimai adata pagal Kankrov'ą, kartotiniai trachomos folikulių išspaudimai pagal prof. Filatov'ą. Be vietinio gydymo, išbandę bendrinę proteino- ir autohemoterapiją. Gauta gerų rezultatų, pritaikius proteino - ir autohemoterapiją, esant trachominiams ragenos susirgimams.

Didelę svarbą sėkmingai kovai turėję tat, kad per paskutiniuosius metus okulistų kiekis žymiai padidėjęs. 1936 met. buvę 2.208. Priskaičius dar tuos gydytojus, kurie buvę išėję specialius kursus kovai su trachoma, pasidaręs gana didelis darbininkų kadras. Esant dideliam kiekiui okulistų, stebėtini rezultatai prieš trachominėje kovoje pasirodę tose respublikose, kur įsteigti dispanseriai. Anksčiau buvusi trachomos žydėjimo centru Čuvašija pasidariusi pirminiu punktu kovai su ja. Žemesnis pagrindinis šitos sistemos žiedas buvę trachominiai seserų punktai, kurių priešakyje statoma dispanserinė sesuo. Dispanserinė sesuo, dirbdama gydytojo priežiūroje, dar organizuojanti prie punkto gyventojus. Ilgainiui dispanserių skaičius vis augęs ir dabar jų esą apie 700. Kartu buvęs įvestas ir privalomas trachomikų gydymas. Sveikieji laiks nuo laiko buvo tikrinami. Žydėjimo centre Čuvašijoje buvę visi gyventojai surašyti ir apžiūrėti, kiekvienas trachomikas gaudavęs dispanserinę knygelę, kur buvę nurodoma trachomos stadija ir gydymas. Šitie dispanseriai esą tiksliausias būdas trachomai likviduoti. 1923 met. Čuvašijoje trachoma sirgę 61% visų gyventojų, 1928 met. — 47%. Per 3 metus vadinamos „lizdinės" sistemos veikimo buvę rasta 36,7 ir galų gale 1936 met. procentas nukritęs iki 17.

Buvę daryti specialūs tuo reikalu gydytojų suvažiavimai, buvę rašyta spaudoje ir net buvęs pradėtas leisti žurnalas „Trachomos klausymai". Tačiau kovojant su trachoma pasirodžiusi tikslios profilaktikos ir sumanumo reikšmė surasti metodes medžiaginėms ir sanitarinėms darbininkų gyvenimo sąlygoms pagerinti. Šitai suradus, ilgainiui, trachoma pasiliktų tik istorijoje. *O. Juškevičiūtė.*

AUSŲ, NOSIES IR GERKLĖS LIGOS.

1. Prof. Dr. Karl Hellmann (Istambulas): **Über Blutungen nach Tonsillektomie.** (Apie kraujavimą po tonziloektomijų). („Monschr. f. Ohr.-Lar.Rhin." Viena, 1937 m., 1370 p.).

Autorius skiria tris kraujavimų po tonziloektomijų rūšis:

1. Tipiškas ankstyvusis kraujavimas, kuris pasireiškiąs 1 d. po operacijos ir, kaip manoma, del kraujo indų išsiplėtimo po buvusio susitraukimo nuo adrenalino skiedinio injekcijų.

2. Tipiškas vėlyvusis kraujavimas, kurio pasireiškimo laikas esąs gana įvairus: nuo dviejų d. iki 17 d. ir daugiau. Nepaisant to, visas gijimo procesas einąs normaliai. Kaip vėlyv. kr. priežastį — nurodo mechaniškų ir kitų veiksnių reikšmę. Vėlyvusis kraujavimas lokališkai būnąs difuziškas arba krešantis.

Autorius čia pat aprašo ligonį, atvykusį į kliniką ir turėjusį kraujavimą 9-tą d. po tonziloektomijos. Kairiajame tonzilės guolyje buvęs rastas karvelio kiaušinio didumo kraujo krešulys, kurį pašalinus kraujavimas tuojau sustojęs ir daugiau nebesikartojęs. Iš to autorius daro išvadą, kad vėlyvojo kraujavimo tonzilektomijos atveju susidarius kraujo krešuliui naudingiau esą jis pašalinti, nes pašalinus kraujavimas galįs pats sustoti, tai viena, o antra — pašalinus kraujo krešulį, galima surasti kraujuojamoji vieta ir tuo būdu lengvai sustabdyti kraujavimas.

3. Atipiškas kraujavimas, bet pastarąjį nedaugelis autorių teišskirią, ir autorius plačiau apie jį nepasisako. *J. Jankus.*

2. Dr. M. P. Mezrin (Sverdlovskas): **Apie pneumotamponadą kraujavimų iš nosies atveju.** („Žurnal ušnich, nosovich i gorlovich boleznei". 4 Nr.).

Vienintelė iki šiol tiksli priemonė kraujaplūdžiui iš nosies sustabdyti esanti marlinė tamponada, kuri turinti nemaža ir trūkumų: pats tamponavimas bei išėmimas esąs jautrus, po išėmimo neretai dar kraujuoją,

kas reikalauja kartotinio tamponavimo. Be to, marlinis tamponas, persisunkęs krauju ir gleivinėmis, esamoje t°-roje sudaras palankias salygas mikrobams rūtuliuotis. Šitai išvengti SSSR nuo 1933 m. pradėta vartoti pneumotamponai (guminis pripūstas oro balionas), iš pradžių vartota žaizdoms tamponuoti po radikalinių ausies operacijų, o vėliau nosiai tamponuoti. Principas paprastas: guminė žarnelė, o ant galo plonas guminis balionėlis, kuris įkišamas į nosį, pripučiamas oro ir žarnelė užspaudžiama pincetu. Toks pneumotamp. laikomas nuo 12 iki 24 val., ir to visiškai pakanką net patvariam kraujavimui iš nosies sustabdyti. Tat pat galima pasakyti ir apie užpakal. Beloqu'o tamponadą pneumotamponu. Kad geriau laikytųsi nosyje pneumotamponas, tamponuojant užpakalyje, buvęs sukonstruotas pneumotamponas iš dviejų balionėlių, sujungtų bendru guminiu vamzdeliu. Vienas apvalusis balionėlis uždaras choanas, o antrasis — nosį iš priekio; ir taip vienas antrą prilaiką. Tik čia svarbu, kad atstumas tarp tų balionėlių būtų atitinkamas individui. Ir nustatyta, kad vyrams tas atstumas tarp balionėlių turįs būti tarp $3^1/_2$—4 cm., o moterims 3—$3^1/_2$ cm.

Orui pripūsti, kad nereikėtų pritaikyti monometro spaudimui matuoti, tai kad ir ne estetiška, bet kaip praktiška siūloma burna pūsti įstačius stiklinį vamzdelį, kas nesudarą pavojaus nei gydytojui, nei ligoniui. O, antra vertus — oro įpūtimas burna tuo esąs geras, kad žmogus savo krūtinės jėga kaip tik galįs išvystyti 50—60 mm. Hg stulpo aukščio spaudimą, kurio visiškai pakanką kraujavimui iš nosies sustabdyti.

Pneumotamponados teigiamumai:

1. Mažesnis jautrumas įvedant ir išimant.
2. Po 18U20 val. išėmus nebekraujuoją, o pats išėmimas labai paprastas išleidus orą.
3. Pneumotamponada neduodanti septiškų komplikacijų.
4. Prie užpakalinės tamponados pneumotamponas įkišamas pro nosį, bet ne pro burną, kaip kad Beloqu'o tamponada, kas apsaugo nuo galimos infekcijos pernešimo iš burnos.
5. Pneumotamponada, ypač užpakalinė, atliekama žymiai greičiau ir galinti būti atlikta bet kurio gydytojo, nereikalaujant didesnio prityrimo.
6. Pneumotamponada žymiai tikresnė priemonė kraujavimui sustabdyti, ypač hemofilikams.

Čia pat autorius aprašo, kaip vienai mergaitei, sergančiai haemorr. diateze, nebuvę galima sustabdyti kraujavimo iš nosies marliniais tamponais, todėl kraujavę net $1^1/_2$ paros, kol marlinė tamponada buvusi pakeista pneumotamponu.

Pneumotampono teigiamumai neabejotini ir jie turį išstumti iš praktikos marlinius tamponus. *J. Jankus.*

STOMATOLOGIJA IR DENTIATRIJA.

2. H. Prinz: **Die Praxis der Wurzelbehandlung mittels Elektrosterilisation (Iontophorese).** („Deutsche Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde". 1937. B. 4, H. 12).

Šaknų kanalų gydymą elektrosterilizacijos pagalba autorius aprašo seansais.

I seansas. Ant gydomojo danties ir jo kaimynų uždedamas kofferdam'as. Izoliuotieji dantys ir artimiausios gumos vietos nuvalomos alkoholio ir chloroformo mišiniu (Rp. Chlroformii 25,0; Alcoholis 75,0). Po to pulpės tuštymas švariais borais atidaromas tiek, kad į visus kanalus būtų galima įeiti tiesiomis Miller'o adatomis. Atsargiai pašalinus pulpės tuštymo turinį, imama nervų adata, pamirkoma į gliceriną, po to į natrio dioksydą ir įvedama į pirmąjį kanalo trečdalį. Tada pridedamas lašas vandens ir pirmasis kanalo trečdalis akylai išvalomas; nešvarumai pašalinami su steriliu vandeniu. Tokiuo pat būdu išvalomas ir antrasis kanalo trečdalis. Po to į kanalą įvedamas 30% druskos rūgšties skiedinys, nešvarumai

išplaunami steriliu vandeniu ir kanalas išdžiovinamas. Tada į kanalą įvedamas popierinis štiftas, pamirkytas jod-jodcinko skiedinyje (Rp. Jodi puri 1,0; Zinci jodati 2,0; Aq. destill. 50,0). Į pulpės tuštymą įdedamas vatos rutuliukas ir dantis uždaromas laikine plomba. Pacientui liepiama ta plomba iškrapštyti, jei užeitų stiprūs skausmai.

II seansas atliekamas po 24 arba 48 valandų. Uždedamas kofferdam'as ir dantis nuvalomas kaip ir pirmame seanse. Iš danties viskas, kas buvo įdėta, pašalinama ir įvedamas į paskutinį kanalo trečdalį natrio dioksydas. Pridėjus lašą sterilaus vandens, kanalas išvalomas iki apex'o. Po 5 minučių į kanalą įvedamas 30% druskos rūgšties skiedinys. Praslinkus dar 5 minutėms įvedamas vėl natrio dioksydas ir taip pakartojama keletą kartų. Pagaliau kanalas išvalomas steriliu vandeniu, praplatinamas ir, įvedus iki apex'o adatą su kabliuku, padaroma rentgeno nuotrauka. Po to kanalas išdžiovinamas alkoholio-chloroformo mišiniu ir šiltu oru, į jį įkišamas popierinis štiftas, pamirkytas jod-jodcinko skiedinyje ir uždedama laikinė plomba.

III seanse vėl uždedamas kofferdam'as ir dantis nuvalomas kaip ir anksčiau. Iš kanalo viskas pašalinama ir jis išdžiovinamas steriliais popieriniais štiftais. Tada į kanalą įpilama jod-jodcinko skiedinio, kuris įpompuojamas iki apex'o. Po to parenkamas tinkamas platinos-iridio elektrodas, sujungiamas su teigiamu batarėjos poliumi, įkaitinamas iki raudonumo, atvėsinamas ir įvedamas į kanalą iki apex'o. Neigiamasis elektrodas duodamas pacientui į ranką. Srovė įjungiama ir po truputį vis stiprinama, kol pacientas pajus dantyje kutenimą. Tada srovė truputį susilpninama, kol kutenimas dings; taip gautas miliamperų skaičius įregistruojamas. Padalinus skaičių „30" iš gautojo miliamperų skaičiaus, gaunamas skaičius, kuris nurodąs, kiek minučių reikią srovė leisti per dantį (pav., $\frac{30}{6 \text{ mil amp}}$ = 5 minut.). Einant srovei, laiks nuo laiko papildomas kanale esąs jod-jodcinko skiedinio kiekis. Praėjus apskaičiuotam laikui, srovė išjungiama ir elektrodas iš danties pašalinamas. Sterilus popierio štiftas, pamirkytas jod-jodcinko skiedinyje, įvedamas į kanalą ir dantis laikinai uždaromas. Toks gydymas kartojamas kas 48 valandos. Dažniausiai pakanką 2-jų, rečiau reikią 3-jų seansų. Norint tvirtai įsitikinti, ar gydymas baigtas, galima kanalo turinys ištirti bakteriologiškai. Jei yra daugiašakniai dantys, tai kiekvienas kanalas gydomas atskirai.

Baigus gydymą, kanalai išdžiovinami alkoholio-chloroformo mišiniu ir šiltu oru. Kanalų sienos ištepamos kolofonijaus skiediniu (Rp. Šviesaus kolofonijaus 2,0; Alkoholio-chloroformo mišinio 30,0), kuriame pamirkomi popieriniai štiftai. Po to sterilių pincetu imamas sterilus gutaperchos štiftas, ištepamas gutaperchos-parafino pasta (Rp. Raudonų gutaperchos plokštelių 10,0; Parafino aliejaus 10,0. Šildoma smėlio vonioje, kol gutapercha ištirps ir atvėsinama), pastumdomas kelis kartus po kanalą ir įstumiamas į savo vietą. Pulpės tuštymas užpildomas cementu. Užplombavus daroma rentgeno nuotrauka. *Vyt. Damijonaitis.*

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× Kelio sąnario tuštymo rentgenologiški tyrimai su kontrastpreparatu deguonio dujomis.

Kelio sąnario tuštymas pripildomas deguonio dujų ir daroma rentgenograma. Rentgenogramos išeinančios labai puikios. Dažnai tokiomis rentgenogramomis, pasak H. K. Krömer'io (Vienoje), išaiškinami net tokie patologiški pakitimai, kurie paprastose rentgenogramose būdavę nepastebėti. Suprantama, tokia rentgenograma reikią mokėti išaiškinti. („Münch. med. Woch." 1937 m. 28 nr.). *Pr. Vaičiulis.*

× Patyrimai su 2.000 operacijų, padarytų „pernocton'o" ir eterio narkozėje.

W. Rödel (Berlynas) pernocton'o intraveniškai neduodąs daugiau kaip dvi ampules, t. y. ne daugiau kaip 4,4 kb. cm. „pernocton'o", vis vien, koks ten bebūtų svoris (pernocton'as gaunamas ampulėmis skysto pavidalo). (L. Raud. Kryž. ligoninėje Kaune pernocton'ą leidžia prieš pat operaciją intra venam labai iš lengvo. Maždaug per vieną minutę suleidžiama 1 kb. cm. pernocton'o. Dozuojama pagal moters svorį taip, kad 12,5 kg. svorio atitiktų 1 kb. cm. pernocton'o. Suleidus reikiamą dozę, paprastai moteris jau miega. Toliau operuojama eterio narkozėje. Ref.).

W. Rödel pastebėjęs, kad pernocton'as žalingai neveikiąs širdies, kraujagyslių ir apskritai žmogaus sveikatos. Už tai šita narkozė esą galima taikyti blogai funkcijuojant šitiems organams. Pernocton'o pašalinio veikimo nebūną arba jis būnąs labai nežymus.

Operacija atliekama eterio narkozėje, bet ligoniai to jau visai neatsimeną. Tuo būdu išvengiama nemalonumų, kuriuos ligonis patiria eterio narkozėje be pernocton'o. Be to, žymiai mažiau reikią eterio.

Tuo būdu pernocton'o narkozė ligoniui esanti žymiai malonesnė ir puikiai pakeliama be komplikacijų. („Münch. Med. Woch." 1937 m. 28 nr.).

(Ref. past. Karo ligoninės chirurginiame skyriuje (vedėjas dr. Mickus), darant trumpai trunkančias operacijas, kaip kad abscesų prapjovimas, karbunkulų išpjovimas ir daug kitų panašių operacijų atvejais, vartojama narkozei evipannatrium. Daroma šitaip: Prieš pat operuojant ištirpinama 1,0 evipannatrium'o dešimtyje kb. cm. destiliuoto vandens. Evipannatrium ir destiliuotas sterilus vanduo gaunami specialiomis ampulėmis vaistinėse.

Kai evipannatrium destiliuotame vandenyje ištirpsta, tuojau leidžiama intra venam. Ligonis tuo būdu jau paruoštas operacijai. Įleistina labai iš lengvo, maždaug vienas kb. cm. per minutę, ypač atsargiai įleistini paskutiniai penki kb cm. evipannatrium'o skiedinio. Taip galima daryti geroje narkozėje net ilgiau trunkančios operacijos. Ligonis kitą kartą miega net daugiau kaip pusę valandos (vidutiniškai 15—30 min.). Paprastai suleidus 4 ar 5 kb. cm., ligonis jau užmiega. Dabar įleistina daugiau tik tada, kai jaučiama, kad ligonis nubunda. Esant trumpai operacijai, suprantama, nėra reikalo visi 10 kb. cm. sol. evipannatrii suleisti.

Pasak gyd. chirurgo Rudaičio, greit ir apie pusvalandę miega ligos išvarginti, seniai ir silpni asmenys. Dr. Rudaitis Šiauliuose sol. evipannatrii narkozėje daro net laparotomiją. Jauni ir tvirti individai blogai miega ir greit pabunda. Kontraindikacija — kepenų ligos. Ref.).

Pr. Vaičiulis.

× Hypertrophia prostatae—endokrininių liaukų susirgimo vaisius?

J. Wugmeister (Mailand) daugelį ligonių, sergančių hypertrophia prostatae, gydęs didelėmis dozėmis folikulino (po 250 000 I. E. du kartu per savaitę). Po keleto savaičių buvę aiškūs subjektyvūs ir objektyvūs prostatikų pagerėjimo požymiai.

J. Wugmeister mano, kad folikulinas esąs antagonistas hypophysis'o hormonams, kurie sukelią akcesorinių genitalijų (prostatos) hypertrofiją. Duodant did. kiekiais folikuliną panaikinami hypophysis'o hormonai, o prostata savaime grįžtanti į normą (atrofuojasi). („Münch. Med. Woch." 1937 m. 32 nr.). *Pr. Vaičiulis.*

× Gydymas su vynuoginiu cukrumi (Traubenzuckertherapie).

Kaip vynuoginis cukrus veikia, iki šiol nėsą aišku. Bet kliniškai stebint matyti, kad glukozė, pavartota intraveniškai, pasak Hasenkamp'o (iš Koblenco), labai teigiamai veikianti širdį ir kraujagysles. Eksperimentais esą įrodyta, kad pagerėjanti širdies mityba per art. coronaria ir žymiai padidėjanti diurezė.

Gydymui vynuoginiu cukrumi (intraveninėmis injekcijomis) esančios šios indikacijos: angina pectoris, genuininė hypertonia, myodegeneratio

cordis, širdies susirgimai kartu su diabetes, kai nedaugėja cukrus ir širdies Hys'o pravedamų pluoštelių sutrikimas (čia nereikią duoti digitalio ir strofantino).

Vynuoginis cukrus taip pat duodamas kaip maistas, kai ligonis negali valgyti arba neturi apetito („Münch. Med. Woch." 1937 m. 28 nr.).

Pr. Vaičiulis.

× **Diabetes mellitus gydymas variu per os.**

H. Schnetz (Iš Graco univ-to med. klinikos) įdomiai gydąs diabetes mellitus variu.

Jau seniai esą žinoma iš eksperimentų su gyvuliais, kad metalai numušą adrenalino sukeltą hyperglykemiją. H. Schnetz įsitikinęs gydydamas daugelį diabetikų, kad cuprum sulfuricum, duodamas po 10—20 mg. per parą, labai teigiamai veikiąs, o tokia dozė ligoniams visai nėsanti nuodinga (duodama piliulėmis po 0,01, apie 4—8 pil. per parą). Taip galima duoti savaitėmis, iki 3 mėn. be baimės. Autorius cuprum sulfuricum išmėginęs gydydamas 17 diabetikų ir gavęs labai gerų rezultatų. Sunkiais atsitikimais žymiai mažiau reikėję duoti insulino, o lengvesniais atsitikimais, insulino visai nereikėję. Žymiai daugiau galėję ligoniams duoti angliahydratų ir tuo būdu palengvinę ligonių sunkią būklę. Duodant cuprum sulfuricum per os, insulino nemalonios injekcijos sumažėjančios, o toks gydymas ligoniui esąs pigesnis ir malonesnis.

Cuprum sulfuricum turįs pirmenybę prieš synthalin'ą, nes pastarasis mažinąs kepenyse glykogeno kieki, o cuprum sulfuricum kepenyse glykogeno kiekį padidinąs. („Klin. Woch." 1937 m. 19 nr. — „Ars Med." 1937 m. 7 nr.).

Pr. Vaičiulis.

× **Neurotikų vaikų gydymas mažomis bromo dozėmis.**

I. P. Pavlovas ištyręs, kad bromas tormozuojąs didž. pusrutulių veikimą. Bet farmakologiškas veikimas būnąs tinkamas, kai duodama neperdidelė dozė. N. S. Švarc ilgame savo straipsnyje pateikia žymių mokslininkų tyrimus ir nustatytą bromo veikimą.

Birman, Petrova ir Cygel sėkmingai gydę neurotikus vaikus su mažomis bromo dozėmis. Veinberg ir Birman gydę neurastenikus 0,25—0,1% bromo skiediniais.

Autorius gydęs mokyklinio amžiaus neurotikus vaikus mažomis dozėmis ir taip pat gavęs labai gerų rezultatų. Prieš gydomi vaikai buvę negabūs, neramūs, nesugyvenami ir šlapindavęsi lovoje. Autorius duodavęs 0,5—1% bromo skiedinio po arbat. saukštelį 2 kartus per parą. Visada rezultatai buvę labai geri. Vaikai, buvę labai negabūs, pradėję mokytis gerai; tie, kurie buvę mieguisti, neatydūs ir nejudrūs, pasidarę gyvi, judrūs, žodžiu, visai normalūs vaikai. Tie, kurie šlapinęsi lovoje, pradėti gydyti mažomis bromo dozėmis, daugiau nebesišlapinę. Per parą jie bromo gaudavę ne daugiau kaip 0,05. Pagerėję po mėnesio.

Autorius enuretikus laikąs neurotikais.

Autorius pateikia keletą ligos istorijų, iš kurių matoma, kad sunkūs neurotikai greit, po kokio mėnesio, nuo sol. kalii-, natrii- ar ammonii bromati pusėje atsitikimų pasidarę visiškai normalūs, gabūs ir malonūs vaikai.

Straipsnio gale autorius daro šitokias išvadas:

1. Bromo druskų per parą 0,05 esanti terapinė dozė nuo 9 iki 15 metų amžiaus vaikams.

2. Bromas sustiprinąs neurotikų vaikų tormozuojamus procesus, drauge sumažinąs per didelį jų jautrumą ir išnykstą daug ligūstų simptomų, kaip antai: mieguistumas, per didelis jautrumas, somnobulizmas neramumas, — taip pat nustoją šlapinęsi lovoje ir t. t.

3. Neurotikai vaikai žymiai geriau pradedą mokytis, jei per mokslo metus jiems duodama mažos dozės (per parą apie 0,05) bromo.

4 Mažos bromo dozės esančios gera profilaktika nuo neurotikų vaikų psichiško pervargimo ir tuo būdu galinčios apsaugoti nuo sunkesnių psichiškų susirgimų ateityje. („Sov. vrač. žurn.“ 1937 m. 13 nr.).

Pr. Vaičiulis.

× **Kaip galima atpratinti nuo tabako rūkymo.**

H. Haenel iš Drezdeno daro šitaip: kasdien iš eilės 2—4 dienas rūkoriui į raumenis švirkščiąs po vieną kb. cm. transpulmin'o. Po injekcijos terpenai ir kitos aromatinės medžiagos paprastai išskiriamos pro viršutinius kvėpuojamuosius organus. Jei tada toks žmogus rūko, tai tabako dūmai ir ten esančios įvairios medžiagos susijungančios su transpulmin'o terpenais ir aromatinėmis medžiagomis ir duodančios labai biaurų burnoje skonį. Rūkorius, pasak autoriaus, porą kartų užtraukęs, papirosą metąs. Taip išbūnąs nerūkęs 3—4 dienas. O veliau rūkymo noras jau praeinąs ir lengvai toks rūkorius toliau galįs susilaikyti nerūkęs.

Transpulmin'as, kaip žinome, žmogaus sveikatai esąs visai nažalingas. („Med. Klin.“ 1937 m. 22 nr. — „Ars Med“ 1937 m. 7 nr.).

Pr. Vaičiulis.

× **Žaksėjimo (singultus) gydymas.**

Dažnai ligonis kreipiasi į gydytoją del dažno žaksėjimo. Dr. Egyed Brasov gydo šitaip: Mažame stiklelyje vandens sumaišąs 15 lašų sol. morphii mur. 2%, 4 lašus sol. cocaini 10% ir 10 lašų octinum liquid., ir duodąs ligoniui išgerti. Be to, autorius lengvai ištepąs sol. cocaini 10% nosies gleivinę. Žaksėjimas tuojau pranykstąs.

Į namus galima išrašyti šitokie vaistai:

Rp.	Dionini	0,1
	Eumydrini	0,01
	Papaverini	0,3
	Aq. amygdall. amar.	20,0

MDS. Iki 3 kartų per parą po 15 lašų.

Tačiau dažniausiai, pasak autoriaus, šitie lašai būną nereikalingi, nes žaksėjimas po pirmutinių vaistų pranykstąs ir nesikartojąs.

Profilaktiškai esą labai gera pavalgius, ypač po vyno ar alaus, priimti ant peilio geležtės galo pulv. pepsini. („Ars Med.“ 1937 m. 7 nr.).

P. Vaičiulis.

× **Lymphadenitis tbc. gydymas.**

Pautrier, iš Paryžiaus, yra parašęs šituo klausimu „Nouv. Prat. dermat.“ III sąs. straipsnį. Autorius teigia, kad mažos, aprėžtos ir elastingos padidėjusios lymfinės liaukos, esant gerai ligonio sveikatai, reikią pašalinti kruvinu būdu (operacija).

Jeigu padidėjusioje lymfinėje liaukoje jaučiama ryški fluktuacija, tai geriausia esą padaryti punkcija ir suleisti Calots'o skiedinio. Šito skiedinio sudėtis yra šitokia:

Rp.	Jodoformii	10,0
	Kreosoti	2,0
	Guajacoli	4,0
	Aether. depurati	25,0
	Ol. olivarum steril.	75,0

MDS. Steril!

Be to, autorius rekomenduoja sergančias lymfines liaukas pašvitinti rentgeno spinduliais (5—7 H. vienetų, 2-3 mm. Al.) 3—4 kartus kas 4—6 savaitės.

(Ref. past. Man Karo ligoninėje teko stebėti daug ligonių su padidėjusiomis kaklo srityje lymfinėmis liaukomis. Daugiausia su šita liga atsiunčiama iš dalių karių. Rodos, tokių ligonių daugiausia būna pavasarį. Vasaros metu šitų ligoniu skaičius sumažėja ir žiemą vėl pradeda daugėti. Be abejo, jie visi buvo tbc. kilmės. Karo ligoninėje padidėjusios lymfinės liaukos ekstirpuojamos tik tada, kai yra padidėjęs nedidelis jų kiekis ir kai yra aukščiau suminėtos indikacijos. Jei yra labai daug padidėjusių lymfinių liaukų, tai tuomet taikoma rentgeno terapija. Man rodos, rent-

geno terapija yra tik mados dalykas. Aiškaus teigiamo veikimo ji neturi. Jeigu per ilgą laiką lymfinės liaukos sumažėja, tai negalima tat priskirti teigiamam rentgenoterapijos veikimui. Tiesa, kariai, atsiųsti iš dalių su padidėjusiomis lymfinėmis liaukomis, po keleto švitinimų rentgeno spinduliais ir po to gautų atostogų lyg pagerėja. Bet čia nuopelnas ne tiek rentgeno terapijos, kiek ilgesnio poilsio ir geresnių gyvenimo sąlygų, į kurias kareivis patenka po rentgenoterapijos duodamų atostogų.

Daug teko matyti karių, kurie buvo švitinti 3—4 kartus, o vis tik lymfinės liaukos nemažėjo. Didesnei tokių susirgimų daliai rentgeno terapija yra tik mados dalykas. Už tai kariai, kurie buvo keletą kartų švitinti rentgeno spinduliais, prašyte prašo, kad juos operuotų. Iš švitinimų jie jokio pagerėjimo nejaučia. Ref.).

Toliau autorius sako, kad fistulės, kurios atsiranda po lymfadenitų, pridegintinos 5% ac. lacticum, naphtolcamphora, elektrokoagulacija ir t. t. („Journ. ol. prat." 1937 m. 20 nr. — „Ars Med." 1937 m. 7 nr.).

Pr. Vaičiulis.

× **Duodenitų gydymas žuvų taukais.**

I. A. Smelianskij (Iš Odesos apygardos karo sanatorijos), nustatydamas duodenitų diagnozę, remiasi subjektyviais ir objektyviais duomenimis. Subjektyvūs duomenys: skausmai in regione umbilici ir po krūtine duobutėje, dyspeptiški simptomai, riaugėjimas ir spaudimo jausmas po krūtine. Objektyvūs duomenys: tyrimų duomenys iš duodenum'o turinio būtent, gleivių, leukocitų, cilindriškų ir apvalių epitelio narvelių radimas, turinio konsistencija ir t. t. Spręsdamas apie pagerėjimą ar pablogėjimą, autorius visada turįs galvoje šituos objektyvius ir subjektyvius tyrimų duomenis.

Autorius gydęs žuvų taukais 20 ligonių, sergančių duodenitais, ir stebėjęs štai ką: visiems buvęs gautas ryškus pagerėjimas, tik autorius nežinąs, kaip ilgai šitas pagerėjimas laikysiąsis; ligoniai pasveikę išsirašė.

Autorius kas 2—3 dienas pro duodeninį zondą įvesdavęs į duodenum po 15—30 kb. cm. ol. jecoris.

Autorius pažymi, kad paskutiniais metais chirurgai pradėję gydyti žuvų taukais pūliuojančias žaizdas, o urologai gydą cystitus. Paprasti žuvų taukai turį daug vitaminų ir daug kas esąs įsitikinęs, kad jie veikią bakteriocidiškai.

Kitais būdais gydyti duodenitai esą labai sunku ir labai reikią individualinti. Be to, reikią atsiminti, kad duodenitų atsitikimais dažnai būnančios susirgusios kepenys, cholecystitai, chron. pankreatitai, ulcus duodeni ir chron. gastritai. („Sov. vrač. žurn." 1937 m. 13 nr.).

Pr. Vaičiulis.

× **Kolipyelocystitų gydymas prontosiliu.**

Iki šiol prontosil'is buvęs vartojamas nuo streptokokinių ir stafilokokinių susirgimų. Beveik specifiškai veikiąs streptokokinius susirgimus, kaip, pav., erisypelas, anginą, skarlatiną, artritus post partum et post abortum, sepsis'ą ir infekcinius susirgimus.

Klose („Dtsch. med. Woch." 1936 m. 22 nr.) aprašo gerą veikimą vartojant prontosil'į gydyti cystitams ir pyelitams, kurių sukėlėjai būna streptokokai ir stafilokokai. Dauguma autorių mano, kad prontosil'is veikiąs strepto- ir staphilokokus specifiškai (Domagk: „Klin. Woch." 1936 m. 44 nr.).

Hermann Turk sako, kad nuo 1936 m. pabaigos jis pradėjęs vartoti prontosil'į gydyti ir kitiems pyelitams, pav., sukeliamiems bac. coli, pyelitis gravidarum ir t. t., ir gavęs labai gerų rezultatų.

Coli-pyelitis chron. gydymas esąs labai sunkus. Autorius kaikuriems taikęs įvairias dietas (pav., Schaukeldiät Morawitz, Schwitz-Durstkur Heimberger), toliau taikęs vietinį gydymą, pav., šlapimpūslio perplovimus pagal Schottmüller'į su arg. nitricum, protargol'iu, argolaval'iu, sol. ac. borici ir daugeliu kitų panašių dezinfekuojamųjų skiedinių. Toliau buvo mėginta urotropinas, salolis, pyridium ir t. t., bet vis

tik visai gerų rezultatų autoriui gauti nepavykę. Tiesa, kartais pavykdavę tokie pyelitai pagydyti gana greit, bet jie greit recidyvuodavę.

Nuo 1936 m. rudens H. Türk gydęs 16 ligonių, sirgusių coli-pyelitis, ir 3 ligones, sirgusias pyelitis gravidarum.

Kad būtų aiškiau, H. Türk iliustracijai pateikia tris ligos istorijas. Šlapimai visiems buvo paimti kateterio pagelba.

1. Moteris G B., 33 metų amž., serganti jau 4 paras. Krečiąs šaltis, esąs ledakumas, vemianti ir skundžiantisi dideliais galvos skausmais. Skausmai kairiojo inksto srityje ir strėnose. Ischuria paradoxa, šlapinimasis skausmingas.

Pulpuojant skausminga in regione vesicae urinariae ir in regione renis sin. Kitų patologiškų pakitimų nerasta. T° 37,8°; leukocitų 8.800.

Šlapimuose pėdsakai baltymų, eritrocitų ++++, leukocitų +++, daug epitelio ir be galo daug bac coli. Tbc. negat.

Duota po 1 tabl. prontosil'io 3 k rtus per parą ir daugiau nieko.

Trečią dieną t°-ros nebėsą ir ligonis jaučiąsis žymiai geriau. 4 dieną šlapimai normalūs. 6 dieną ligonė išrašyta sveika.

2. Moteris M. K., 52 metų amž., jau 5 savaitės kaip skundžiantisi skausmais besišlapinant žemai pilvo apačioje. Be to, skaudą po kairiąja mente.

Palpuojant skausmai in regione vesicae urinariae ir in regione renis sin. (sutrenkus). Cystoskopija: pūslės gleivinė ties basis paraudusi ir pasidengusi detrito masėmis. Ureterių angos pasirodančios tik protarpiais.

Šlapimuose epitelio +, leukocitų +++, eritrocitų +, baltymų pėdsakai ir labai daug bac. coli.

Gydymas urotropinu, liepos žiedų arbata ir vesica urinaria perplovimas su sol. argolavali 1%, o vėliau 2%.

Praėjo 15 dienų — jokio pagerėjimo. Šlapimuose: epitelio +, leukocitų ++++, maži pėdsakai baltymų ir be galo daug bac. coli. Toliau gydyta prontosil'io tabl. × 3 kartus per parą. Praėjo apie 6 dienas. Šlapimai, deja, nebuvę tirti. Tačiau ligonei skausmai sumažėję, ji jautusis beveik sveika. Dar išbuvusi ligoninėje 5 paras, ligonė išrašyta visiškai sveika Šlapimuose bac. coli nebebuvę.

3. Moteris M. K., 35 metų amž. Prieš 4 dienas staiga susirgusi aukšta temperatūra (40 C°.), gausus išbėrimas apie lūpas, skausmai kairiajame šone ir žemai pilvo apačioje besišlapinant.

Sunkus bendrinis ligonės stovis. Plačiai apie lūpas išbėręs herpes labialis. Sutrenkus in regione renali utriusque labai skausminga; t°. 40 C°, leukocitozė 18.000. Šlapimuose epitelio ++, leukocitų ++, baltymų r. neigiama; labai daug bac. coli (masėmis).

Per 5 dienas gavusi prontosil'io po 1 tabl. × 3 kartus per parą ir liepos žiedų arbatos. Po 7 dienų ligonė buvusi sveika. Jau po 5 dienų šlapimuose bac. coli nebebuvę, epitelio ir leukocitų +.

Autorius sako, kad gydęs 16 ligonių, sirgusių ūminiais ir chroniškais pyelitais, kuriuos sukėlęs bac. coli. Greitu laiku pasveikę, kai buvę duodama prontosil'io ir liepos žiedų arbatos. Jau po 5–6 dienų ligonis žymiai pagerėjęs, o šlapimuose bac. coli išnykę. Buvę gydyti net trys pyelitis gravidarum. Visos ligonės pagijusios.

Prontosil'is buvęs duodamas tik per os tabletėmis 2–3 kartus per parą. Prontosil'io žalingo veikimo nepastebėta.

Dr. W. Luib (žiūr. „Ars Med." 1937 m. 7 nr.) aprašo, kad prontosil'is panašiai veikiąs moteris, kaip kad chininas, t. y. sužadinąs gimtuvės raumenų susitraukimą. H. Türk sako, jog, gydydamas febrilinius abortus su prontosil'iu, daug kartų pastebėjęs, kad šitas vaistas, nesukeldamas jokių kitų nemalonių simptomų, sužadinąs smarkius gimtuvės susitraukimus ir tuo būdu užbaigiąs abortą arba išstumiąs likusią placentą bei plėves. Skausmai po prontosil'io injekcijos (intra musculos) prasidedą po 4–6 val. Autorius H. Türk aprašo keletą atsitikimų, iš kurių čia vieną pateikiu.

S. B. E, 27 metų amž., gravida III mėn. Jau daug dienų kai ligonė kraujuojanti. Vakar kraujavimas pasmarkėjęs. Skausmai žemai pilvo apačioje; t° 39,2°; šiurpuliai, krečiąs šaltis.

Gimtuvė kumščio didumo. Portio vaginalis minkštas, canalis cervicalis praleidžiąs vieną pirštą; iš gimtuvės tekąs nemalonios spalvos sekretas. Įleista intra musculos 5 kb. cm. prontosil'io. Po 3 val. atsiradę smarkūs gimtuvės skausmai. Dar po 2 val. išėję vaisius ir placenta. Temperatūra kritusi iki 36,4°. Ketvirtą dieną vėl temperatūra pakilusi iki 38,7° ir pradėję lengvai kraujuoti. Vėl įleista 5 kb. cm. prontosil'io intra musculos. Temperatūra kritusi, kraujavimas susilaikęs. Po keleto dienų išrašyta. („Münch. Med. Woch." 1937 m. 32 nr.). *Pr. Vaičiulis.*

× **Parotitis epidemica sunkus atsitikimas, greitai išgydytas omnadin'u.**

Neseniai aš buvau pakviestas pas ligonį, 14 metų amž. berniuką. Jis sirgo parotitis epidemica, kuris prasidėjęs prieš 9 dienas ir rūtuliavosi „normaliai". Bet štai 6 dieną t°, vietoje kristi, pakilusi ir 9 dieną pasiekusi 39°. Bet tėvus labiausiai surūpino šie reiškiniai: labai stiprus galvos skausmas, ypač galvą papurčius (padidėjęs spaudimas smegenyse), vėmimas, obstipatio, svaigulys ir tokis didelis, jog ligonis tiesiog negalėjo pakelti galvos nuo priegalvio.

Objektyvus tyrimas: berniukas gerai išsivystęs, atrodo senesnis už savo amžiaus vaikus, gausingi plaukai ant kūno paviršiaus ir jau ūsų ir barzdos žymės (epifyziški sutrikimai?)

Iš burnos pusės: foetor ex ore, gingivitis, stomatitis, rachitiški dantys; linguula priaugęs prie kairiosios tonsilės. Tonsilė smarkiai paraudonavusi nuo uždegimo, padidėjusi. Liežuvėlis ir tonsilla vietomis padengti nedidelėmis pilkos spalvos apnašomis. Pulsas sulėtėjęs, t° esant 39°, pulsas tik 66—70 per minutę, įtemptas, nelygus, dažnos ekstrasystolės. Ligonis bijo žiūrėti į šviesą—akis skauda; sprando rigidiškumo nėra, silpnas Kernig'as, kojas skauda.

Žodžiu, galima buvo konstatuoti meningizmo reiškiniai, angina lacunaris ir vagus stiprus sudirginimas, jo hypertonija (pulsas, svaigulys, veido išblyškimas).

Tokio pobūdžio reiškiniai aptinkami parotitis epidemica atveju, bet nedažnai. Pastaruoju laiku kai kas siūlo parotitis epidemica gydyti neosalvarsanu, spirocidu ir rekonvalescentų serumu. Aš pavartojau, kaip visada, kada yra reikalas paskatinti organizmą apsiginti, omnadiną. Ir kas gi? Ant rytojaus po omnadino, aš radau savo pacientą lovoje besėdintį, tinkamai nusiteikusį. T° 37°, apetitas puikus. Visi aukščiau aprašytieji gana rimti reiškiniai pranykę, lyg rankos mostelėjimu. Tonsilla ir linguula gerokai nusivalę nuo apnašų. Gingivitis ir stomatitis taip pat pagerėję, tiesa, ligonis dar buvo gavęs panflavino. Tėvai nudžiugę, na, ir gydytojas, lengva suprasti, irgi patenkintas.

Kad ir kažin kaip reikia būti atsargiam su tvirtinimu „post hoc ergo propter hoc", bet vis delto mano įspūdis toks: omnadin'as, kaip kad labai dažnai mano praktikoje, ir šį kartą atliko savo uždavinį, ir aš su dėkingumo ir pagarbos jausmu atsimenu jo kūrėją mokslininką filosofą gydytoją Much'ą. *An. Zarcynas.*

Prof. Dr. P. Avižonis.

Apie Estijos gydytojus ir jų organizacijas*).

Pernykščių metų paskutiniai du „Eesti Arst" žurnalo numeriai, labai gausiai iliustruoti, yra ištisai pašvęsti Estijos gydytojų organizacijų veiklai aprašyti. Visa eilė autorių yra pateikę įdomių straipsnių ir apyskaitų, užėmusių 390 puslapių vietos. Kai kas iš Estijos gydytojų veiklos pravartu ir mums, lietuviams, žinoti. Todėl svarbesniuosius duomenis noriu čia pranešti.

*) Skaityta Kauno Medicinos Draugijos posėdyje 1938. II. 4.

H. Koppel savo straipsnyje apie pirmuosius gydytojus estus rašo, kad švedų įsteigtasis Tartu universitetas kaip ir neturėjęs jokios įtakos Estijoje medicinos reikalams. Patį gydytojo pavadinimą „arst" estai yra pasiskolinę ne iš švedų, o iš vokiečių kalbos („Arzt"). Pirmąjį higienos-medicinos laikraštį estų kalba („Lühhike öppetus") pradėjo leisti 1766 m. atsikėlęs iš Vokietijos gydytojas P. Wilde. Jis savo laikraštyje, duodamas patarimus estų liaudžiai, niekur nemini gydytojo vardo.

1793 m. Hapsalio apskrities gydytojas S. Winkler savo knygoje apie kai kurias estų ūkininkų ligas sako, kad tuomet Estijoje kiekvienoje apskrityje buvę tik po 1 gydytoją teisminės medicinos reikalams. Del blogų kelių ir tolumo net ir dvarininkams buvę sunku gydytis.

Kokių kliūčių dar ir XIX amž. turėjo estų ūkininkai, norėdami tapti gydytojais, galima nusimanyti iš gydytojo Jakob Reitz'o likimo. Lifliandijos gubernatoriui liepus, jis buvo paskirtas 1812 m. į naujai įsteigtą Tartu karo ligoninę subchirurgu. Bet po kurio laiko paaiškėjo, kad Jakob Reitz buvo kamerhero Schilling'o dvaro baudžiauninkas bernas Jaak, pabėgęs iš dvaro. Kad nebūtų negeistino pavyzdžio kitiems baudžiauninkams, dvarininkas pareikalavo sugrąžinti jam pabėgėlį.

Prancūzų revoliucijos iškelto visų žmonių lygybės obalsio įtakoje atskiri Estijos dvarininkai paleido vieną kitą savo baudžiauninką ir padėjo jiems išmokti kurio amato. Iš šitų paleistųjų baudžiauninkų seimų yra kilę pirmieji gydytojai estai, būtent Fr. R. Faehlmann (1798—1850), Fr. R. Kreutzwald (1803—1882) ir Ph. J. Karell (1806—1886).

Faehlmann buvo popularus Tartu gydytojas; jis pustrečių metų dėstė Tartu universitete farmakologiją ir yra parašęs vokiečių kalba didoką veikalą apie kruvinosios epidemiją Tartu 1846 m.

Kreutzwald buvo Voru miesto gydytojas, rašinėjo higienos ir medicinos klausimais straipsnius į estų laikraščius ir kalendorius ir yra parašęs knygą „Kodutohter" („Naminis Gydytojas", 1879).

Karell buvo rusų carų Nikalojaus I ir Aleksandro II leibmedikas, ir jo pramanytasis kai kurių ligų gydymas pienu dar ir šiandien tebevartojamas viso pasaulio gydytojų.

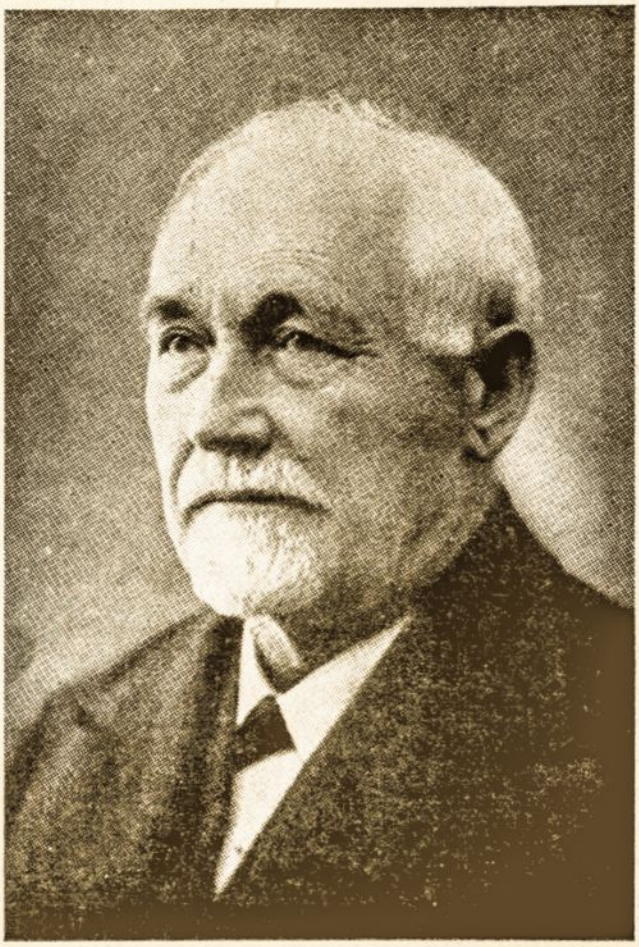
Po dviejų dešimtmečių prisidėjo dar du gydytojai estai: G. Hirsch (1828—1907) ir Fr. Enghoff (1829 — ?). Abu buvo Karell'io seserėnai. Hirsch buvo iškilęs iki carų Aleksandro III ir Nikalojaus II leibmedikų, o Enghoff — iki Petrapilio karo apygardos medicinos inspektoriaus rango ir kartu buvo valstybinės rusų medicinos tarybos narys. Be to, Hirsch buvo estų dienraščio „Postimees" Dorpate bendradarbis medicinos klausimais ir kartu su Enghoff'u gyvai domėjosi savo tautiečių gyvenimu.

1860—1870 m. gydytojų estų skaičius nesikeičia. 1870—1880 m. prisideda H. Rosenthal (jūrų gydytojas Talline) ir G. Köhler (miesto gydytojas Talline). 1880—1890 m. prisideda dar 14 gydytojų estų, bet tėvynėje tepasilieka 6. Visi kiti išsikelia į Rusiją. Tarp 1890 ir 1910 m. smarkiai pakyla gydytojų estų skaičius, bet ir jų daugumas išsikelia į Rusiją, tenai veda ruses ir palengva nutolsta nuo tėvynės. Iš pasilikusių Estijoje gydytojų daugumas apsigyvena Talline. Dorpate šio šimtmečio pradžioje tik 5 gydytojai estai tebuvo įsikūrę.

1907 m. gydytojų estų būrelis įsteigė Talline poliklinika „Eesti Arstide Erakliinik", o po dvejų metų jie taip pat įsteigė 25 lovų ligoninę. Šita gydytojų grupė buvo vėliau įsikūrusios estų gydytojų draugijos pradininkė. Draugijai įsikurti iš karto buvo didelių kliūčių. Krašto administracija tris kartus buvo atsisakiusi tvirtinti pateiktus jai draugijos įstatus. Tiktai 1912 m. iš ketvirto karto, sutiko įregistruoti Šiaurės Baltijos Gydytojų Draugiją (Põhja-Balti Arstideselts). Ji buvo

bendra medicinos ir veterinarijos gydytojams. Draugijos steigimu daugiausia rūpinosi gydytojai H. Koppel (Tartu) ir P. Hellat (Petrapilis). Pirmąją draugijos valdybą sudarė H. Koppel (pirmininkas), F. Akel (pirmininko pavaduotojas), A. Lüüs (pirmasis sekretorius), K. Saral (antrasis sekretorius), K. Konik (iždininkas) ir A. Lossmann (knygininkas).

Steigiamojo draugijos susirinkimo buvo nutarta leisti populiarus medicinos žurnalas „Tervis", kuris ėjo nuo 1913 iki 1916 metų.



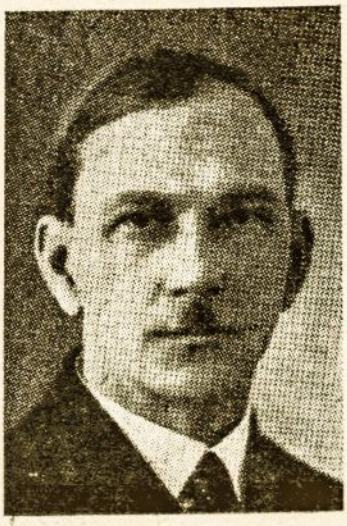
Henrik Koppel,
1-sis Šiaurės Baltijos Gydytojų Draugijos pirmininkas.

Tuoj įsteigus draugiją, narių buvo 44, o po 6 metų jų buvo 106; iki šiol (1937. X. 10) 28 jų jau yra mirę.

Užsikūręs 1914 m. Pasaulinis karas, bolševizmo banga ir Vokiečių okupacija laikinai pakirto draugijos veikimą. 1918 m. būklė vėl ėmė gerėti. Vėl padažnėjo valdybos posėdžiai ir visuotiniai susirinkimai, kuriuose daugiau negu pirma buvo svarstomi profesiniai reikalai ir gvildenami bendrinės socialinės higienos klausimai. Tarp kitų, kartkartėmis buvo keliami profesinės etikos klausimai ir svarstomi iš medicinos atžvilgio įvairūs įstatymų sumanymai, kurie vyriausybės būdavo pateikiami draugijos kritikai bei aprobatai. Kartu pradėtas ruošti medicinos reikalams žodynas ir mokykloms higienos vadovėlis. Be to, buvo nustatyta tarifai ligonių kasoms, kurios buvo priverstos juos priimti. Per visą savo neilgą gyvenimo laiką draugija padarė 10 visuotinių susirinkimų, kuriuose, be tik ką minėtų klausimų svarstymo, bu-

vo padaryta dar 20 mokslinių pranešimų. Paskutinis visuotinis draugijos susirinkimas įvyko 1919. VI. 29; jame nutarta likviduoti Šiaurės Baltijos gydytojų draugiją, o jos vietoje steigti vietines Estijos gydytojų draugijas. Pirmos tokios vietinės draugijos buvo įsteigtos tų pačių 1919 metų vasarą Taline (Tallina Eesti Arstide Selts) ir Tartu (Tartu Eesti Arstide Selts).

Tad Šiaurės Baltijos Gydytojų Draugija gyvavo neramiais laikais, kurie smarkiai trukdė jos veikimą. Vis delto didelis nuopelnas jos yra tas, kad ji buvo pirmoji estų gydytojų organizacija, subūrusi į krūvą beveik be išimties visus gydytojus estus.



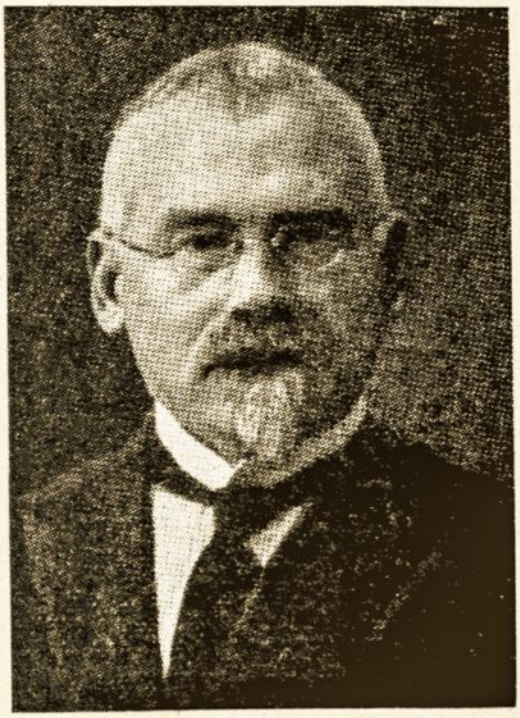
Woldemar Wadi,
dabartinis Tartu Estų Gydytojų Draugijos pirmininkas.

Tartu draugija pirmaisiais metais rūpinosi tik vietos reikalais. Ji daug padėjo atkuriant Tartu universitetą ir parenkant pirmuosius profesorius. Po metų, 1920 m., buvo įsteigta Estijos Gydytojų Draugijų Sąjunga (Eesti Arstideseltside Liit), į kurią buvo inkorporuotos visos estų gydytojų draugijos, kurių tuomet buvo jau 4, būtent, be Tallino ir Tartu draugijų, kurios yra oficialinės sąjungos steigėjos, prisidėjo dar Viljandi ir Pärnu draugijos. Pirmasis Sąjungos suvažiavimas (1920 m. gruodžio mėn.) nutarė leisti periodinį mokslinės-praktinės medicinos žurnalą „Eesti Arst" ir steigti Higienos Muziejų. Sąjungos valdyba rūpinosi suburti į draugijas visus Estijos gydytojus. Tokių vietinių draugijų dabar yra 12; jos visos yra prisidėjusios prie Sąjungos.

Pasunkėjusios del ekonominės krizės (1925—26) ir del gydytojų pertekliaus materialinės gydytojų gyvenimo sąlygos ir padažnėję gydytojų konfliktai su ligonių kasomis, taip pat pradėjusios reikštis profesinės gydytojų elgsenos ir savitarpio santykių iškraipos, privertė Estijos gydytojus rūpintis įsteigimu, be jau esamų laisvų organizacijų (draugijų, Sąjungos), dar analogiškos, bet privalomos organizacijos, kurioje būtų atstovaujami visi gydytojai. Iš pradžių buvo manyta atitinkamai pertvarkyti Sąjungą, bet šitas sumanymas netrukus buvo pamestas, nes Sąjunga buvo skirta gydytojams estams reprezentuoti. Todėl Sąjungos rūpesčiais 1934 m. buvo atskirai įsteigti Gydytojų Rūmai (Arstide Koda) Estijos gydytojų visumai reprezentuoti.

Sąjungos valdyba daug pasidarbavo Gydytojų Rūmų steigime. Kol jie buvo įsteigti, sąjunga dalyvavo ruošiant visus įstatymus ir visas taisykles, liečiančias viešąją higieną ir gyventojų sveikatos reikalus. Kai buvo įsteigti Rūmai, tai pastarasis uždavinys atiteko jiems, nes jie turėjo valstybinės institucijos teises ir prerogatyvas. Sąjungos paskirtis liko visų pirma rūpintis profesiniais gydytojų e s t ų reikalais, remti jų siekimus ir saugoti bei kultivuoti visas gerąsias jų tradicijas.

Vykdant Sąjungos užsibrėžtąjį tikslą buvo sušaukta iki šiol 15 gydytojų suvažiavimų ir 2 kongresai. Jie buvo šaukiami kasmet vis ki-



Aadu Lüüs,
Dabartinis Estų Gydytojų Draugijų
Sąjungos pirmininkas.

tame mieste. Dažnai jiems buvo iš anksto nustatytos pagrindinės pranešimams temos, pvz.: I kongresui Tartu (1921) buvo skirta venerinių ligų tema, II suvažiavimui Pärnu (1923) — kovos su tuberkuloze klausimas, III suvažiavimui Talline (1924) — motinos-vaiko apsauga ir psichinių ligonių globa, IV suvažiavimui Hapsale (1925) — gydomieji Estijos purvai ir eugenikos klausimas, V suvažiavimui Tartu (1926) — piktybinių navikų klausimas, X suvažiavimui Tartu (arba II kongresui, 1932 m.) — lepros klausimas ir Tartu universiteto 300 metų sukaktuvių minėjimas, ir t. t., ir t. t.

Be pagrindinių temų, visuose suvažiavimuose būdavo visa eilė pranešimų apie įvairias medicinos problemas. Iš viso laikyta 395 pranešimai; 312 jų buvo estų kalba, 64 — vokiečių ir 19 — rusų. Svetimomis kalbomis pranešimų vis mažėjo; daugiausia jų buvo I kongrese 1921 m., būtent, iš 84 pranešimų buvo 36 vokiečių ir 10 rusų kalba; II kongrese 1932 m. iš 67 pranešimų tik 10 buvo vokiečių kalba ir nė vieno rusų kalba.

Visų daugiausia dalyvių visiems suvažiavimams ir kongresams duodavo Tartu ir Tallino miestai, o visų daugiausia pranešimų — Tar-

tu. Kai kuriuose suvažiavimuose dalyvaudavo ir svečiai iš Suomijos, Latvijos, Lietuvos, Lenkijos, Vokietijos ir net iš Ispanijos.

Suvažiavimuose ir kongresuose priimta 40 rezoliucijų ir 16 pageidavimų. Dauguma jų jau įgyvendinta. Paminėsime čia keletą tokių įvykdytų nutarimų: Estų Gydytojų Draugijų Sąjungai leista svarstyti vyriausybės ruošiami gyventojų ir socialinės globos reikalais įstatymai ir reikšti savo nuomonė del jų. Buvo rengiami gydytojams tobulinamieji kursai. Del gydytojų pertekliaus, nuo 1935 m. aprėžtas priimamųjų į Tartu universiteto medicinos fakultetą studentų skaičius (ne daugiau kaip 50). Svetimų valstybių piliečiai gali verstis Estijoje medicinos praktika, tiktai gavę Valstybinės Sveikatos Tarybos leidimą. Visiems gydytojams, kurie nori verstis medicinos praktika, būtinai reikia mokėti valstybinė kalba. Profesinių reikalų gynimas ir drausmės bylų svarstymas sutvarkytas Gydytojų Rūmų įstatymu (1934) ir Codex Deontologicus Medicorum (1936). Kovai su tuberkuloze buvo įsteigta visai valstybei Antituberkulozinė Sąjunga (1925); ji susideda iš antituberkulozinių draugijų (iš viso 12), veikiančių kiekvienoje apskrityje, bendradarbiaujant su miestų savivaldybėmis. Išleistas įstatymas kovai su venerinėmis ligomis (1927), kuris numato beturčiams nemokamą gydymą ir Wasserman'o reakciją. Kovai su vėžiu buvo įsteigta (1925) speciali draugija, kuri dalyvauja tarptautinėje tokių draugijų sąjungoje. Patologinės anatomijos tyrimams išplėsti buvo pakviesti į didesniųjų miestų ligonines gydytojai patologai anatomai. Visame krašte specialiais vyriausybės parėdymais (1928 ir 1934) yra sudarytas teismo medicinos gydytojų tinklas. Motinos-vaiko globos reikalu yra išleistas įstatymas (1925); juo apleistus vaikus, ligi jiems užaugant, turi globoti Valstybė ir vietinės savivaldybės. Įsteigta 24 patarimų centrai motinoms ir vaikams, 4 prieglaudos su 360 lovų vaikams, vyresniems kaip 3 metų. Be to, rūpinamasi našlaičiai išskirstyti šeimoms auginti. Gailestingosios seserys, kurios imamos socialinės globos reikalui, išeina mokslą Estijos Gailestingųjų Seserų Asociacijos įsteigtoje gailestingųjų seserų mokykloje, kuri yra glaudžiame kontakte su Tartu universitetu. Pradžios mokyklų mokiniams yra mokyklų gydytojai ir specialios ambulatorijos, kur mokiniai gydomi nemokamai; vidurinių mokyklų mokinius gydytojai žiūri pačiose mokyklose arba pas save namie. Universitete yra įvestas sveikatos tinkamumo mokslams e i t i tikrinimas (1932), Yra išleistas specialus sterilizacijos įstatymas (1936). Pamišėlių ir aklųjų globojimas sutvarkytas socialinės globos įstatymu (1925). Specialiniu įstatymu uždrausta ne gydytojams užsiimti žmonių gydymu (1934), ir t. t.

Tad maždaug šitaip atrodo Estijos Gydytojų Draugijų Sąjungos veiklos vaisiai. Estai gydytojai gali jais didžiuotis. Jie gali džiaugtis, kad jų vyriausybės organai, kuriems pavesti tvarkyti krašto sveikatos reikalai, visą laiką būdavo labai palankiai nusistatę organizuotai reiškiamos gydytojų nuomonės arba jų pageidavimų atžvilgiu. 1937 m. spalių 10 d. estai gydytojai atšventė 25 metų organizuotos savo veiklos sukaktį.

Iš visų Sąjungos narių visų veikliausioji buvo Tartu draugija (Tartu Eesti Arstide Selts). Ji, kaip jau minėta, duodavo visiems estų gydytojų suvažiavimams ir kongresams daugumą dalyvių ir pranešimų. Čia, žinoma, didelę reikšmę turi Tartu Universitetas, subūręs į krūvą daug gydytojų ir mokslininkų. 1936. XI. 25 d. visuotiniame Tartu estų gydytojų draugijos susirinkime, kuriame dalyvavo iš Latvijos profesoriai J. A l k s n i s ir P. S t r a d i n š ir iš Lietuvos docentas Vl. K u z m a, buvo nutarta ruoštis leisti bendras visoms trims Pabaltijo valstybėms (Estijai, Latvijai ir Lietuvai) medicinos mokslo žurnalas A c t a B a l t i c a M e d i c a. Leidimo planui paruošti išrinkta spe-

ciali komisija, po du atstovus iš kiekvieno krašto: iš Estijos prof. W. Wadi ir priv. doc. R. Sinka, iš Latvijos prof. Alksnis ir prof. Stradinš, iš Lietuvos prof. P. Avižonis ir doc. Vl. Kuzma. Projektui paruošti terminas paskirtas iki 1938 m. pavasario semestro.

Kitame visuotiniame Tartu Estų Draugijos susirinkime (1937. I. 27) buvo išrinkti užsieniečiai profesoriai P. Avižonis (iš Lietuvos), J. Alksnis (iš Latvijos) ir Y. Reenpää (iš Suomijos) tos draugijos nariais korespondentais. Tartu draugijos pirmininku nuo 1936 m. yra jaunas energingas profesorius W. Wadi.

Aukščiau buvo minėta, kiek maža dar visai neseniai tebuvo Estijoje gydytojų iš viso ir ypačiai gydytojų estų. Atgavus nepriklausomybę, vaizdas staiga ėmė keistis. 1921 m. Estijoje buvo 370 gydytojų, o 1935 m. jau 936. Vienam gydytojui 1921 m. teko 3030 gyventojų, o 1935 m. jau tik 1205*). Tad ne be reikalo buvo susirūpinta Estijoje gydytojų pertekliumi ir buvo aprėžtas priimamųjų į Tartu universiteto medicinos fakultetą studentų skaičius (1935). 1936 ir 1937 metus gydytojų skaičius sustojo augęs, net keturiais krito.

Tautybėmis Estijos gydytojai susiskirsto šitaip:

1921 m. buvo estų 48,6%, vokiečių 38,4%, rusų 4,6%, žydų 5,7%, kitų 2,7%;

1935 m. buvo estų 61,1%, vokiečių 18,0%, rusų 9,1%, žydų 9,5%, kitų 2,3%.

Palyginę kiekvienos tautybės gyventojų skaičių su tos tautybės gydytojų skaičiumi, matysime, kad

	1929 m.	1936 m.
iš 1.000 gyventojų estų buvo gydytojų estų	0,52	0,58
iš 1.000 gyventojų vokiečių buvo gydytojų vokiečių	10,86	10,28
iš 1.000 gyventojų rusų buvo gydytojų rusų	0,75	0,92
iš 1.000 gyventojų žydų buvo gydytojų žydų	16,86	20,07

Iš šitų skaičių matyti, kiek dar daug estų tauta turi padėti energijos, kad savo sveikatos reikalų aprūpinimo atžvilgiu pasidarytų taip pat nepriklausoma nuo kitataučių, kaip kad pasidarė mažai priklausoma nuo jų savo politinio gyvenimo atžvilgiu.

LITERATŪRA.

1. Koppel, H. R., „Eesti Arst“ 1937. 11 nr., 779 p.
2. Lind, S., „Eesti Arst“ 1937. 12 nr., 1133 p.
3. Lüüs, A., „Eesti Arst“ 1937, 11 nr., 810 p.
4. Normann, H., „Eesti Arst“ 1937. 12 nr., 1065 p.
5. Sarv, N., „Eesti Arst“ 1937. 11 nr., 858 p.
6. Sinka, R., „Eesti Arst“ 1937. 11 nr., 920 p.
7. Soonets, E., „Eesti Arst“ 1937. 11 nr., 841 p.

AUTOREFERAT.

Prof. Dr. P. Avižonis: **Die estnischen Aerzte und ihre Vereine.**

A. referiert die in der estnischen medizinischen Monatschrift Eesti Arst (1937, Bd. 16, H. 11 u. 12) erschienenen Arbeiten von Koppel, Lind, Lüüs, Normann, Sarv, Sinka, Soonets u. a. über die ersten estnischen Aerzte und den ersten Verein der estnischen Aerzte vor der Selbständigkeit Estlands und über die Entwicklung des Aerztestandes nach der Erlangung der Unabhängigkeit Estlands.

---

*) Palyginimui priminsiu, kad Lietuvoje 1938. I. 1 d. gydytojų buvo 870 (Didžiojoje Lietuvoje 807, Klaipėdos krašte 63). 1 gydytojui tenka 2.904 gyventojai.

Gyd. K. Mogenis.

Moderniškoji medicina ir gydytojas kritikos bei etikos šviesoje*).

Motto: „Die ganze Arbeit des Naturforschers ist eine ununterbrochene Kette von Zweifeln".
E. v. Bergmann.

Taip pagalvojęs pavadinau savo pranešimo temą, kurią dabar rengiuosi kad ir trumpai panagrinėti. Gali būti, kad šitas pavadinimas ir nevisai aiškiai ar griežtai apibūdina mano pranešimo turinį, bet, antra vertus, yra sunku vienu sakiniu tiksliai apibrėžti tam tikrų minčių rinkinys, juo labiau kalbant apie tokį didelį dalyką, kaip kad medicina plačia to žodžio prasme.

Prieš pradėdamas patį pranešimą, norėčiau jau dabar pasakyti, kad gerai žinojau galėsiąs susilaukti iš gerbiamųjų kolegų aštrokos kritikos kai kurioms mano nuomonėms ar mintims. Gali būti, kad mano tema man, palyginti ne senam gydytojui, yra ir per drąsi ir per sunki, tačiau, kadangi niekas vyresniųjų kolegų to klausimo viešai nėra nagrinėjęs, o man vis delto atrodė, kad medicinoje ir kasdieniniame gyvenime moderniškojo gydytojo darbe yra dalykų, į kuriuos reikėtų atkreipti kiek didesnis dėmesys, negu kad tai paprastai daroma, tad ir drįstu viešai rodytis ir naudoti gerbiamųjų kolegų brangų laiką.

Mes gyvename vadinamame technikos ir jos stebuklų amžiuje. Čia, kaip kad visiems gerai žinoma, per paskutinius dešimtmečius pasiekta tikrai nuostabių dalykų. Technika, palietusi visas gyvenimo sritis, neaplenkė ir medicinos. Rentgeno spinduliai, radium'as, diatermija, kvarco lempa, cistoskopas, gastroskopas, elektrokardiografas ir visa eilė kitų technikos priemonių pasidarė nebeatskiriama moderniškosios diagnostikos bei terapijos dalis. Visa tai, žinoma, yra gera ir naudinga: be to moderniškoji medicina su gydytoju ir nebegalėtų niekaip apsieiti. Man rodos, kad niekas nemėgins ginčytis, kad tos naujos ar naujausios technikos priemonės medicinai yra nereikalingos ar nenaudingos. Tatai visai aišku. Deja, atsiradus kuriam nors naujam dalykui ar priemonei medicinoje, atsiranda ir visa eilė naujų visokeriopų klaidų. Labai nedidelę tų klaidų dalį ir norėčiau savo pranešime paliesti.

Įsigalėjus medicinoje toms naujoms moderniškosios technikos priemonėms, pradėta per daug jau pasitikėti abejotino įrodomumo dalykais ir reiškiniais. Imta per daug jau del medicinos preciziškai kalbėti, pvzd., apie kanapės grūdo didumo taškelį po tuo ar kitu ryšiakauliu rentgenogramose. Pradėtos rasti „stipriai ir plačiai dėmėtos hilus'o sritys" (deja, vien hilus'ų didesnis ar mažesnis dėmėtumas dar nevisada yra patologiškas, ar bent tas patologiškumas sunkiai įrodomas). Tai dar būtų nieko! Ką gi! Ką matai, tą ir sakai. Tačiau, kad vien iš tokių ultrapreciziškai išnagrinėtų nuotraukų diagnozuojami neįrodomi ir nesami susirgimai, tai jau yra bloga ir medicinai, ir ligoniui, ir, pagaliau, man rodos, pačiam gydytojui. Užmirštamas (ir per dažnai užmirštamas!) klasiškas medicinos dėsnis: nestatyk diagnozės remdamasis vienašališkais simptomais ar diagnostinėmis priemonėmis. Žinomas rentgenologas S c h i n z savo vienoje knygoje tiesiog sako: „Es gibt keine Röntgendiagnose, es ist nur eine klinische Diagnose". Įsidėmėtinas sakinys! Ką gi daro moderniški ir šiaip-

*) Pranešimas, skaitytas 1937. V. 19 d. Klaipėdos Medicinos Draugijoje.

jau visai neblogi gydytojai? Jie dažnai prisispyrę reikalauja iš rentgenologo tikslaus techniškai preciziško atsakymo: turi ar neturi pacientas stenosis mitralis? Siųsti ar nesiųsti pacientas keliems mėnesiams į sanatoriją remiantis tuo, kad r-moje matomas vos pastebimas „sustiprėjęs plaučių piešinys", del kurio gi net tas pats rentgenologas kitu dienos metu ar kitą dieną pažiūrėjęs pasakytų, kad toje r-moje... nieko ypatingo nematyti? Visi žino, kiek daug dabar tokių pacientų, kurie nekosti, neturi karščio, puikiai valgo, tačiau eina nuo gydytojo pas gydytoją su viena ar net keliomis rentgenogramomis po pažastim, kuriose tas ar kitas gydytojas (dažnai rentgenologas) įžiūrėjo kanapės grūdo didumo dėmeles ir „kiek sustiprėjusiai pasireiškusias hilus'ų sritis". Dažnai vien iš tų r-mų, ligonio visapusiškai neištyrus, jam daugiau ar mažiau atvirai pasakoma, kad sergama plaučių tuberkulioze. Būna dar blogesnių dalykų: pvzd., pas ligonį su palyginti nesunkiais dyspeptiškais reiškiniais rentgenologiškai konstatuojama vienoje skrandžio vietoje pastovi peristaltikos banga (vadinamasis klasiškas „pirštas", rodąs į ulcus priešingoje skrandžio sienelėje), ramiai nusprendžiama, kad yra ulcus ventriculi, nors jokių kitų skrandžio opos simptomų nėra, operuojama ir... nieko nerandama. Per daug pasitikėta viena moderniška priemone, ir be reikalo silpnos konstitucijos nervingam pacientui padaryta laparotomija. „Ne viskas šventa, ką rodo ar sako rentgenas", sako prof. Buinevičius, ir tai būna dažniau tiesa, negu kad kai kuriems technikos sužavėtiems entuziastams atrodo. Negilus pleuritas perkutoriškai dažnai galima lengviau ir patikimiau konstatuoti, negu iš rentgenogramos ar peršvietimo. Galima būtų pateikti ne vienas įrodomas pavyzdys.

Rentgeno spinduliai pasidarė moderniškų, bet, deja, kartais nevisada pakankamai etiškų, gydytojų dėka labai populiarūs net tolimiausiuose mūsų kaimo užkampiuose. Kaimiečiai, atėję pas gydytoją, be ilgų kalbų iš karto pareiškia, kad jie nori, kad pažiūrėtumėte „pro stiklus" ir pasakytumėte, kodėl jis naktimis blogai miega ir turi „išgąstį". Tai atrodo gal gera ir naudinga: kaimas civilizuojasi ir stengiasi moderniškiausiomis priemonėmis rūpintis savo sveikata. Tam nieko nebūtų galima prikišti, jei kai kurie gydytojai, įsigiję brangius rentgeno aparatus, nesistengtų jų amortizuoti pasinaudodami žmonių neišmanymu... Ir ko čia nerandama pro tuos mistiškus „stiklus"! Ir padidėję inkstai r-moje, kur del visiškai nepasisekusios technikos, net šonkaulių nematyti (tiek juoda pati nuotrauka), ir 19 žaizdų žarnose (ne daugiau ir ne mažiau!) ir besiraitantieji skrandyje kirminai!.. Tai ne anekdotai! Negalima teisintis, kad gydytojas turi iš ko nors gyventi ir kad tai daroma kartais ligonio psichikai paveikti. Medicina ir gydytojas turėtų būti vis delto rimti. Kaip mes žiūrėsime į inžinierių, žadantį mums visu rimtumu pastatyti tiltą iš... nieko? Mes jį pavadintume mažiausiai nesąžiningu žmogumi, arba tiesiog sukčiumi. O kaip žiūrima į tokį gydytoją? Kuo galima pateisinti jo biznieriški gabumai? — Mokslu? Ligonio nauda? Lakia fantazija? Ar vadinamąja psichoterapija? Dėl pastarosios galima pridurti, kad praktiškai tarp jos ir šarlatanizmo atstumas mažesnis, kaip kad vienas žingsnis. Kuo gi skiriasi gydytojas, drįstąs tvirtinti, kad mato tai, ko nėra ir nematyti, nuo garsiųjų irisdiagnostų, kurie, pažiūrėję į akies rainelę, sako, kad pacientas turi varices haemorrhoidales?

Paliečiau čia rentgeno spindulius, kaip beveik visoms medicinos šakoms artimą dalyką; tačiau yra ir daug kitų moderniškų diagnostikos priemonių, kuriomis naudojamasi be reikiamos kritikos, indikacijų ir rimtumo, kenkiant ligonio kišenei, o labai dažnai ir sveikatai. Kartais tai įvyksta del paprasto nedisciplinuoto galvojimo (Bleuler'io sąvoka), kartais... vienintelis pasiteisinimas — noras uždirbti!

Ginkluoti moderniškomis tyrimo priemonėmis moderniški gydytojai daug ko nebeišmoksta ar užmiršo. Iš tikrųjų, kam ta perkusija ir aus-

kultacija, jeigu elektrokardiografas ir rentgeno aparatas ištirs mums, taip sakant, širdį „objektyviškai ir matomai"! Tokios ar kitokios širdies šešėlio figūros r-moje daugeliui gydytojų visiškai užtenka neginčijamai pasakyti ta ar kita širdies ydos diagnozė. Užmirštama stebėti ligonis v i s a s, težiūrima dalis ir dalis laikoma už visa. Atvirai kalbant, moderniškojo gydytojo galvojimas diagnozuojant ligą dažnai pasidaro gana primityviškas ir nesudėtingas: „pirma padarysiu Westergreen'ą, ištirsiu kraują leukocitozei, padarysiu r-mą, jei kaip, tai ir 2 ar 3 r-mas, o paskui pamatysime, kas iš to i š e i s". Pabrėžiau „išeis", nes dažnai išeina kaip tik ne tai, kas turėtų išeiti: ligonis turi ryškiai septišką šokinėjančią temperatūrą, bet nėra leukocitozės, hilus'ai dėmėti, bet kraujo nusėdimas normalus, arba atvirkščiai. Šių dienų medicina per daug jau yra sulindusi į laboratorijos stiklus ir rentgenogramos vamzdį. Moderniškasis gydytojas kartais nebepasitiki savo akimis ir ausimis (dažnai ir protu), o ieško atsakymo laboratorijoje ir chemiškose formulėse. Žinomas Amerikos prof. C. savo knygoje atvirai prisipažįsta, kad jis nemokąs perkusiškai nustatyti širdies ribų... Žinau ir tokį atsitikimą, kur naujosios kartos chirurgai, dargi turėdami klubo sąnario r-mą, nesurado pas seną moterį fractura colli femoris, o vienas, neužmiršęs atidžiai stebėti, internistas, atsitiktinai iš tolo pamatęs minėtos ligonės galūnę tipiškoje padėtyje (su aiškiais klasiškais fractura colli femoris simptomais), tuojau pasakė, kad čia esama šlaunikaulio kaklelio lūžimo. Tie vienos nemažos apskrities ligoninės chirurgai, deja, nebuvo kokie nors neprityrę stažistai, o keliolika metų dirbę savarankišką darbą. Tiesa, toje nuotraukoje, padarytoje sagitalinėje projekcijoje, tebuvo matomas vos pastebimas šlaunikaulio kaklelio sutrumpėjimas, daugiau nieko. Bet užtat nukentėjusios galūnės padėtis buvo pakankamai tipiška. Įvyko kurioziškas dalykas: internistas, prisiminęs seniai girdėtas seno chirurgijos profesoriaus paskaitas ir dar neužmiršęs senųjų inspectio, palpatio..., nebūdamas chirurgas ir niekada chirurgija ypatingai nesidomėjęs, greičiau pasiekė tikslo, atidžiai palyginęs akimis abiejų galūnių padėtį, negu chirurgai specialistai žiūrėdami į, tiesa, nevisai aiškią rentgenogramą ir teradę... artralgiją, gydytiną aspirinu ir šilima. Žinoma, norint čia viskas galima pateisinti paprasta klaida ar neatidumu, tačiau nemaža kaltės dalis tenka ir moderniškajai gydytojo galvojimo krypčiai: visų pirma nuotrauka, o paskui pamatysime. Niekas nesiginčys, kad rentgeno spinduliai fraktūrų pažinime ir gydyme vaidina labai didelį ir efektingą vaidmenį. Daugelis kaulų lūžimų apskritai tegalima tos priemonės dėka pažinti, bet, antra vertus, liūdna, kad gydytojai del to atpranta akylai ligonį stebėti ir stengtis pirma savo jėgomis ir patyrimu viską išaiškinti, o paskui jau patikrinti nuotraukomis ir kitomis priemonėmis. Į mokėjimą stebėti medicinoje, kurioje, nežiūrint jos senumo ir įdėtų milžiniškų žmonijos pastangų, vis dar tiek daug neaiškumo, tiek daug nežinomų ar mažai žinomų reiškinių ir neištirtų sričių, nereikėtų žiūrėti pro pirštus ir pasitenkinti tos ar kitos technikinės ar cheminės priemonės atsakymais. Dažnai paprastas akylas ligonio kvėpavimo stebėjimas duoda daugiau, negu kad pilnas kraujo ištyrimas su Schilling'o hemograma. Gaila, kad tatai pradedama užmiršti!

Jeigu daug netobulumų yra moderniškoje diagnostikoje, tad moderniškoje terapijoje jų yra dar daugiau.

Ligų daug, teorijų ir neįrodytų teorijų bei gydymo būdų labai daug, vaistų — milžiniškas kiekis! Tik pagalvojus apie tai, jaunam gydytojui pradeda plaukai ant galvos šiauštis. Bene didžiausias blogumas yra tai, kad mes dažnai (per dažnai!) naudojamės nepakankamai patikrintomis priemonėmis, labai miglotomis indikacijomis. Pvzd., dabar labai madiška kvarco lempa, ir daugelis visokių specialybių gydytojų ją turi. Dalis jų labai noromis paskiria tiek ir tiek seansų savo pacientams nuo visokių visokiausių susirgimų. Tos, tiesa, efektingos, lempos šviesa dažnai gydoma kuone viskas, o tuo tarpu ultravioletinių spindulių veikimas žmogaus organiz-

mui vis dar labai mažai teištirtas ir patikrintas, nežiūrint daugybės parašytų knygų. Kiek geriau žinomas veikimas odai, o kas toliau? Kalbama apie odos atsparumo padidėjimą, apie susidariusio pigmento veikimą (kokį?), apie baltymų skilimo procesų pagreitėjimą, pagaliau, žinoma, apie vidinę sekreciją, hormonus ir kt. Nuolatos kartojami tokie žodžiai, kaip kad: „manoma", „spėjama", „matyti", „greičiausia", „tur būt..." Vieni randa ar mato visai tikrai tai ir tai, kiti vėl su nemažesniu mokslišku rimtumu tą patį neigia. Daug skambių mokslišku žodžių ir per daug apibendrinančių posakių (medžiagos apykaita... bendras atsparumas...), daugiau neaiškumo negu aiškumo. Tačiau, nežiūrint to, kasdien švitinama šimtai ligonių, ir giriamasi gautais nuostabiai gerais rezultatais, o paklausus, kokiais gi būtent, pasitenkinama atsakyti minėtais daug ir nieko nereiškiančiais bendrais, pasakyčiau, populiariais posakiais arba griebiamasi autoritetų, kurie vėl gi remiasi savo daug žadančiais „manoma", „spėjama", „tur būt..." Tenedaro kas iš mano pasakytų čia žodžių išvadų, kad apskritai kvarco lempa nereikalinga. Tenorėjau priminti, kad švitinimo indikacijose ir gautuose rezultatuose per daug miglotumo ir per maža visapusiško kritingo stebėjimo. Senesni gydytojai, be abejojimo, gerai atsimena, kokį vaidmenį savo laiku medicinoje buvo vaidinusi galvanizacija su faradizacija, kokių n u o s t a b i a i g e r ų (pabrėžiu) gydymo rezultatų buvo gaunama ir matoma. Visa tai buvo garsenybių patvirtinta, patikrinta, išgarsinta, į vadovėlius įrašyta... Kur gi dabar dingo tie gerieji gydymo rezultatai? Ar elektros srovė pasikeitė ar ligos, ar gydytojai, ar, pagaliau, patys ligoniai? Dar būtų galima daug kas šiaip taip pateisinti, jei tai būtų buvęs lauktų rezultatų neįvykimas, taip sakant, paprastas nusivylimas, bet visa eilė mokytų liudininkų atsidėję tvirtino, kad tas ar kitas susirgimas puikiai išgyja nuo galvanizacijos ar faradizacijos. Vadinasi, jie buvo matę tai, ko nebematome mes ir ko iš tikrųjų nebuvo. Tatai tegalima išaiškinti vienu, būtent: visi tie, kurie matė tokius puikius rezultatus, buvo per daug autistiški, be reikiamos moksliškus stebėjimus darant kuo griežčiausios kritikos ir suklupo ant paprastojo „post hoc, ergo propter hoc". Nežinomos (dažnai) kilmės susirgimas buvo gydomas nežinomo ar nepakankamai žinomo veikimo priemonėmis ir gauti — nežinomi rezultatai.

Senas ir visiems nusibodęs „medicus curat, natura sanat" čia mums įgyja gilesnės prasmės, nes daugelis ligų ir negydomos išgyja. Bet ar dažnai mums, gydytojams, tenka stebėti n e g y d o m o s ligos eiga? Ar mes žinome, pvzd., kas pasidaro su ischias, jeigu mes neduodame salicylo preparatų, neskiriame diatermijos ir nesiunčiame ligonio pas kurį nors kolegą stebukladarį, išradusį abejotino paslaptingumo aparatą ir kiek biznieriškai nusiteikusių davatkėlių bei vienuolių dėka gerokai išgarsėjusį? Niekam nepaslaptis, kad daug žmonių su ischias visai nesikreipia į gydytoją, patys nieko nedaro, ir ji po kelių dienų, savaičių praeina. Kitaip sakant, tie ligoniai išgijo nuo udenoterapijos (B l e u l e r'io sąvoka), t. y. nuo gydymo n i e k u o negydant.

Žinoma, pats gyvenimas verčia gydytoją ką nors daryti; pagaliau, to reikalauja ir ligonis, bet tatai, mano nuomone, dalyko esmės nė kiek nekeičia. Jei iš tokio nepakankamai ar net visai nepatikrinto gydymo daromos bet kurios galutinos išvados, tad jos būna dažnai visai nemokslišku ir iš tokių išvadų medicinai, kaip mokslui, nėra jokios naudos. Grynas mokslas, kaip ir pati tiesa, negali per daug žiūrėti kai kurių gyvenimo sąlygų ir reikalavimų.

Ta proga man prisimena vieno žinomo mūsų gydytojo išsireiškimas, pasakytas oponuojant kito, taip pat žinomo, gydytojo disertaciją. Kada vienas profesorius prikišo doktorandui, kad pastarojo eksperimentai iš tikrųjų nieko neįrodė ir kad iš neigiamų eksperimentų rezultatų tuo atveju negalima daryti jokių pakankamai pagrįstų išvadų, pirmasis oponentas užstojo doktorandą, sakydamas, kad reikia, girdi, atsižvelgti į sąlygas,

kuriose buvo laikomi eksperimentiniai gyvuliai, būtent, tokioje vietoje, kur sunku išlaikyti aseptika ir t. t. Tipiškas nedisciplinuoto ir nekritiško galvojimo pavyzdys! Argi galima daryti kurios nors moksliškos ir rimtos išvados iš eksperimentų, kuriems trukdė aseptikos stoka, kad jie apskritai, bet kuriomis sąlygomis, negalimi: tas ir tas, pvzd., neprigyja ir t. t.? Kas galėtų drįsti tvirtinti, kad tinkamomis sąlygomis tie eksperimentai nebūtų davę kitokių, visai priešingų, rezultatų? Deja, tai nuolatinis reiškinys medicinoje!

Ar pakankamai įrodytas ir rimtai moksliškai pagrįstas, pvzd., kad ir toks dalykas, kaip kad kurortų balneoterapija? Pažiūrėkite į kurio nors artimiausio kurorto gražiai išleistus ir vaizdeliais papuoštus prospektus, kur surašytos ligos, kurias, prospektų leidėjų nuomone, gerai veikią kurorto vandenys. Tenai galima rasti viskas, be gal tik psichinių ligų, nes jos gąsdintų visus kitus kurorto lankytojus. Argi pakankamai ištirtas apskritai vonių su minimališkomis tų ar kitų druskų dozėmis veikimas organizmui? Kur čia prasideda kurorto vandenų veikimas, kur pasibaigia vaistų, dietos, gyvenimo sąlygų ir vietos pakeitimo, poilsio, naujų pažinčių ir, pagaliau, kurorto orkestro veikimas? Ar visa tai rimtai patikrinta? Tiesa, prirašyta daug storų tomų, įdėta nemaža darbo, bet patys esminiai dalykai taip ir lieka neišaiškinti: remiamasi problemiškomis išvadomis, spekuliacijomis, tradicija, susidariusiu geru įspūdžiu arba tiesiog entuziastiška fantazija. Nesiginčiju, kad kurortai apskritai nieko gera neduoda ir nenaudingi; tenorėjau priminti, kad mes nežinome ir nelabai stengėmės sužinoti, nuo kurių, būtent, kurortinio gydymo ir režimo priemonių atsiranda tas ar kitas pastebimas pagerėjimas. Žinomas širdies ligų specialistas Mackenzie savo laiku specialiai nuvyko į Nauheimą patikrinti vietoje, kodėl daugeliui širdies ligonių kurortas vis delto nieko nepadeda, ir rado, kad patys kurorto gydytojai ne taip jau pasitiki vienais kurorto vandenimis: vienas daro viena, kitas kita ir kuone visi skiria digitalio preparatų. Dar geriau apie tą patį Nauheimą. Prieš keliasdešimt metų buvo madoje, kad širdies ligonių kraujo slėgimas būtų didokas, ir vandenys padarydavo pulsą kietesnį. Pasikeitė laikai — pulsas tokiems ligoniams geriau turėti minkštesnis, ir... tie patys Nauheimo vandenys padaro jį minkštesnį.

Grįžkime prie terapijos siaura to žodžio prasme. Kasdien atsiranda naujų vaistų, jie entuziastiškai sutinkami, entuziastiškai jais gydoma, gaunama puikių(!), labai gerų rezultatų ir... viskas jau be entuziazmo užmirštama. Kodėl gi neužmirštamas chininas, digitalis ar ol. ricini? — Del to, kad visiems gerai žinomas, šimtmečiais patikrintas jų veikimas. Kokių stebuklų tikėtasi ir laukta, kad ir iš „Fichera 365" gydant vėžį! Dargi pati juos išleidusi firma nusigando, nes gydytojų tarpe atsirado ir tokių nekritingų entuziastų, kurie tvirtino galį išgydyti ca mammae neoperuojant. Firma, norėdama išlaikyti savo vardo rimtumą, uždraudė tą preparatą plačiai pardavinėti, tepadarydama išimtis universitetų klinikoms ir kitoms žinomesnėms ligoninėms. Tuo preparatu teko nusivilti, man rodos, ir pačiam išradėjui Fichera'i, nes jis mirė... nuo cancer'o.

Moderniškajam gydytojui farmakologijos žinių atneša kasdien laiškanešys. Tatai iš įvairių pasaulio kampų, įvairių firmų, dažnai labai gražiai ir estetiškai išleisti reklaminio pobūdžio lapeliai. Moderniškasis gydytojas bematant prisitaiko moderniškam ligoniui ir vietoje visiems gerai žinomo veikimo aspirino, skiria kitą naują vaistą, kurio vardą ir daug žadantį veikimą vakar tesužinojo iš atsiųsto spalvoto lapelio ar net visos knygutės brangiais odiniais viršeliais. Už daugelį moderniškų gydytojų dabar galvoja visa eilė didelių pasaulinio masto firmų; nuo jų stengiasi neatsilikti ir šiaip sau firmelių ar net 2—3 bizniui susidėję vaistininkai. Vaistų fabrikantai visai susuko gydytojui galvą. Vaistų sudėtis dažnai nežinoma arba žinoma kokiu ilgu metriniu organinės chemijos pavadinimu, jų veikimas ir indikacijos tepatvirtintos firmos ar dar poros fantastų,

kurie išbandė gratis atsiųstus pavyzdžius su 2—3 ligoniais ir paskubėjo padaryti kategoriškas išvadas. Kad nors būtų žinoma, anot B l e u l e r'io, kad tie naujieji vaistai mažiau kenkia, negu senieji!

Dalis moderniškųjų gydytojų, prisitaikę laiko dvasiai, beveik užmiršo simplicia veikimą ir baigia pamiršti parašyti s a v o receptą. Parašomas tos ar kitos firmos fantastiško vardo chemikalas, dažnai ne tik sudėties, bet ir dozių nežinant, pasakoma ligoniui po 1 tabl. 3 kartus per dieną, ir viskas. Paprasta, nesunku, galvoti ar individualizuoti beveik nereikia: užtenka atsiminti, nuo ko tas vaistas, firmos nuomone, duodamas. Dargi ligonių akyse gydytojas, nustojęs rašyti klasiškų formų receptus, neteko tam tikros aureolės: viena tabletė panaši į kitą kaip kad 2 vandens lašai, koks čia menas būti gydytoju, jeigu vaistai vienodi! Moderniškas gyvenimo tempas, tam tikras amerikonizmas su ultraracionalizmu, visokie ekonomiški sumetimai (atsiminkime, horribile dictu, ligonių kasas!) nemaža pakenkė gydytojo autoritetui pacientų akyse. Į jį pradėta žiūrėti ne kaip į mokslininką menininką, galintį tą ar kitą dalyką sukurti, bet kaip į eilinį amatininką ar net tiesiog tarpininką tarp vaistų fabrikanto ir ligonio. Mano nuomone, į tą dalyką irgi reikėtų atkreipti tinkamas dėmesys.

Deja, ir iš etiškosios pusės moderniškam gydymui nemaža kas galima prikišti. Gydytojas, įsigijęs naujutėlę kvarco lempą, diatermijos aparatą ar kitą kurią nors moderniška gydymo priemonę, neiškenčia jų nepavartojęs, ir kur reikia ir kur nereikia. Žinoma, tatai padidina jo pajamas: gyvenimas dabar nelengvas, tačiau, žiūrint į visą reikalą iš esmės, ir čia daug kas nepateisinama. Gydyti skrandžio opą kvarco lempos šviesa ir nemoksliška, ir nerimta, ir, pagaliau, neetiška! Biznis bizniu, uždarbis uždarbiu, gyvenimas gyvenimu, bet turi gi būti koks nors skirtumas tarp gydytojo ir barzdaskučio, kuris, nuskutęs barzdą ir apkirpęs plaukus, be kita ko, mandagiai siūlo jums padaryti ir veido masažą violetiniais spinduliais. Ta pačia proga man prisimena ir vadinamosios anekdotiškos „kasų replės" („Kassenzange"), kada akušerė prie gimdyvės sako gydytojui: „Ponas daktare, skubėk dėti reples, nes pacientė tuojau pati pagimdys!.." Man rodos, kad kiekvienoje medicinos specialybėje bus galima rasti panašių indikacijų.

Baigdamas šitą savo pranešimą, norėčiau paliesti dar vieną labai aktualų moderniškajam gydytojui dalyką, būtent, medicinos literatūrą. Kiekvienas mūsų žino, kad toji literatūra išaugo iki milžiniškų matų. Net vienos kurios siauresnės medicinos šakos periodiškos literatūros beveik neįmanoma sekti ir visa perskaityti. Tas nepaprastas medicinos literatūros augimas galima gerai apibūdinti vienu labai vykusiu vokiečių kalbos žodžiu, būtent: Vielschreiberei. Rašo kuone visi ir kuone apie viską. Rašo beveik visada pradėdami ab ovo arba, kaip kad B l e u l e r sako, nuo Adomo ir Ievos. Būtinai atsimenamas Hipokratas ir Aristotelis, paskui rūpestingai ir smulkiai kartojama visa eilė visiems gerai žinomų iš vadovėlių žinių ir tik kur nors viduryje ar gale, pagaliau, 2 sakiniais pasakoma, kad autoriaus nuomone, tas ar kitas būdas nuo to ir to padeda ar nepadeda. Tai vėl gi buvę išmėginta ambulatoriškai(!) su 3 ar 4 ligoniais, kurių diagnozės buvusios tokios ir tokios. Daromos moksliškos ir drąsios išvados iš nepakankamai ar net visai nepatikrintos medžiagos. Seni dalykai, kitur seniai ir gerai žinomi, paskelbiami kaip visai nauji, autoriaus tepastebėti ir aprašomi pirmą kartą. Išvedamos statistikos iš tokių skaičių, kurie statistikos žinovų nuomone, apskritai tam reikalui netinka, nes statistika nėra paprastas 4 aritmetikos veiksmų praktiškas pritaikymas ir mokėjimas išvesti procentus. Deja, didelė dalis medicinos teorijų ir hipotezių pagrįstos kaip tik tokiomis nestatistiškai sudarytomis statistikomis.

Stengdamasis perskaityti nors savo specialybės periodišką medicinos literatūrą, nusivylęs konstatuoji, kad tūpčioji vietoje: viskas be galo praskiesta, atmiešta, nuolatinis kartojimasis ir labai maža, nuostabiai maža, tikrai vertingų, originalių ir patikrintų dalykų! Tiems mėgėjams rašyti ga-

lima būtų priminti, kad knygos vertę sudaro ne jos storis ir sunaudoto popierio kiekis, bet kas kita. To nemokant ar nežinant, geriau visai nerašyti. Anglų gydytojas ir mokslininkas Harvey daugelį metų tyrė žmogaus kraujo apytakos ratus ir teparašė apie tai 32 puslapius, ir visa tai mums daugiau reiškia, negu apie tą dalyką parašyti stori foliantai nuo Aristotelio ir Galeno laikų. Žinoma, galima sakyti, kad ir atskirų dalykų kartojimas yra naudingas, tačiau, jeigu jau ką nors eilinio kartoti, tad geriau kartoti iš gero sistemiškai parašyto vadovėlio: ir atmintyje geriau liks ir naudos daugiau bus.

Tuo šitą temą norėčiau ir baigti, dar kartą pabrėždamas, kad per tą trumpą laiką negalėjau išsamiai ir nuodugniai viską paminėti ar aptarti. Man buvo svarbu apskritai kai kurie klausimai įjudinti, iškelti aikštėn, o visa kita palieku ir labiau prityrusiems ir mūsų laikų medicinos trūkumus geriau žinantiems.

LITERATŪRA:

1. E. Bleuler: Das autistisch undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung. 1922.
2. K. Buinevičius: Vidaus ligų klinikos vadovėlis.
3. A. Krecke: Vom Arzt und seinen Kranken.
4. H. R. Schinz, W. Baensch, E. Friedl: Lehrbuch der Röntgendiagnostik. 1932.

Mediciniškųjų organizacijų veikla.

I.

D-ras J. Mikelėnas.

TREČIASIS TARPTAUTINIS GYDYTOJŲ TOBULINAMASIS KONGRESAS BERLYNE 1937 M. VIII. 21—25 D.

Pirmasis kongresas buvo 1909 m. Budapešte, antrasis 1913 metais Londone.

Pasaulinis karas ilgam pertraukė gydytojų tobulinamąjį tarptautinį darbą. Trečiajame kongrese man teko dalyvauti, todėl ir noriu nors trumpai supažindinti gerb. kolegas su jo darbų eiga.

Kongresas buvo Langenbek - Virchow'o name, kuris iš oro ir iš vidaus buvo papuoštas dalyvavusiųjų 42 tautų vėliavomis. Ir mūsų trispalvė ten plevėsavo. Didžiulė posėdžių salė perpildyta, nes buvo susirinkę 209 užsieniečiai ir 367 Vokietijos atstovai.

Kongresą atidarydamas Valstybės sekretorius Pfundtner pasakė, kad kiekviena tauta pasaulyje turinti savo problemas, kurias sprendžianti pagal savo išgales. Ir sveikatos reikalų tvarkymas esąs kiekvienos tautos problema. Kiekviena tauta sprendžianti problemą pagal savo sugebėjimus, išgales, todėl kiekviena tauta turinti savo patyrimų ir juos išklausyti, panagrinėti esą naudinga. Gausus kongreso dalyvių skaičius liudijąs, kad gydytojų tobulėjimo įdėja visų esanti branginama. Žinios suteikiančios gydytojui pajėgumo. Gautosios universitete žinios pamažu pamirštamos. Antra vertus, mokslo patyrimai žengią pirmyn. Todėl nepasipildantis žinių nebegali savęs laikyti pilnaverčiu gydytoju. Nacionalsocialistinė vyriausybė įstatymais reikalaujanti, kad kiekvienas gydytojas kas 5 metai bent 3 savaites lankytų gydytojų tobulinamuosius kursus.

Valstybės gydytojų vadas dr. Wagner, sveikindamas kongresą, trumpais bruožais apibūdino nacionalsocialistų pažiūrą apie sveikatintgumo kėlimą krašte. Ne karai ir ne ekonominės katastrofos išnaikinusios

tautas, bet išnykusios jos tada, kai praradusios norą gyventi — sako gydytojas „Fürer'is" Wagner. Vyriausybės ir esą daromi žygiai sužadinti vokiečių tautai norą gyventi, padidinti prieaugli, pakelti visos tautos, ypač jaunimo, sveikatingumą, apsaugoti rasės grynumą. Kraujo sumaišymas silpninąs tautą, todėl nenorima maišyti kraujo su svetimais, ypač su žydais. Užsienių spauda mėgstanti pabrėžti, kad rasizmas esąs kovos visam pasauliui skelbimas. „Užtikrinu, kad, skelbdami rasizmą, mes norime su visais taikiai sugyventi" (Salėje plojimas). 25 tūkstančių Vokietijos gydytojų šeimai uždedama pareiga tirti gyventojų sveikatingumą, rasti svarbiausius trūkumus, šalinti susirgimus pačioje pradžioje. Gydytojas turįs plėsti savo žinias. Jis turįs gerai pažinti natūralias gydymo metodes, homeopatiją, tautos mediciną. Vyriausybei nėsą svarbu, kuriuo iš šitų būdų gydoma: mokslo medicina, homeopatija ar tautos medicina, by tik tasai gydymas pasiektų tikslą — tautos gerovę. Ne ta tauta esanti sveika, kuri turi daug gražių ligoninių, bet ta, kurios nariai mažiau lanką gydymo įstaigas.

Toliau prof. Borst iš Miuncheno savo gražiame referate pabrėžė, kad gydytojas turįs būti tyrinėtojas, susipažinęs su visomis tyrinėjimo išdavomis. Tat galima esą pasiekti per tobulinamuosius kursus.

Kiekvienos tautos atstovui buvo leidžiama 10 minučių daryti pranešimas apie tai, kas daroma gydytojui tobulėti.

Prof. Böler (Austrija), be kitko, pabrėžė, kad pas juos bent 8.000 gydytojų iš viso pasaulio kampų praeiną per metus per klinikas, prisižiūrėdami darbui, tobulindamiesi.

Prof. Sato ir prof. Takebajaši (Japonija) pranešė, kad nuo praėjusio šimtmečio vidurio Japonija sveikatos srityje visas įstaigas sparčiai pertvarkiusi pagal Europos, ypač Vokietijos pavyzdį. Japonijos mokslininkai važinėją po visą pasaulį, lanką mokslo ir gydymo įstaigas, tobulinąsi. Vyriausybė tą tobulinimosi būdą labai remianti.

Prof. Meldolezi (Italija), be kitų darbų, daugiausia iškėlė kovos su tuberkulioze Forlanini instituto veikimą. Iš viso pasaulio kraštų atvykstą čia gydytojai ir tobulėją kovoti su džiova.

Prof. Stradinš (Latvija) išskaičiavo nuveiktus gydytojų tobulinamuosius darbus Latvijoje, k. a.: rengtus kursus rentgenologams ir kitus.

Prof. Lauba (Lenkija) pranešė, kad pas juos buvę daromi 4 savaičių gydytojų tobulinamieji kursai pneumotoraksui daryti, trachomos, veneros ligoms gydyti ir t. t.

Prof. Rooy (Olandija) pranešė, kad pas juos esą privalomi tobulinamieji kursai kas 3 metai po 3 savaites akušerėms, bet gydytojams jokių privalomu kursų nėsą.

Prof. pulk. Proctor, gydytojų tobulėjamosios mokyklos Anglijoje dekanas, praneša apie tos mokyklos veikimą ir nurodo, kad Anglijoje prie daugelio kitų ligoninių yra gyd. tobulėjamieji kursai, bet jie esą neprivalomi.

Toliau eina Šveicarijos, Argentinos, Rumunijos, Čekoslovakijos, Suomijos, Graikijos, Vengrijos atstovų pranešimai, kas daroma gydytojams tobulėtis.

Po pranešimų iš vietų buvo įvairių specialybių referatai, kuriuose buvo nurodomas reikalingumas gydytojams tobulėti atitinkamose specialybėse. Prof. Wagner (Berlynas) nurodė, kad vis dar esą klinikų, kur gimdyvės tiriamos per vaginam net iki 28 kartų. Profesorius aiškiai statė klausimą, kas esą geriau moterims, gimdyti tokioje klinikoje, ar namie, be jokios gydytojo „priežiūros". Išvada, kad, baigdamas universitetą, kiekvienas gydytojas turįs bent 3 mėnesius praktikuotis moterų klinikoje.

Prof. Rooy, Amsterdamo universiteto moterų klinikos direktorius, nurodė, kad esąs iš tokio krašto, kur laikoma didele retenybe, jei vaikui pasiseka gimti be jokios kvalifikuotos pagelbos. Gimdyvių mirtingumas ten 2,8%o. 44% gimdymų vyksta gydytojui padedant, kiti su akušerių pa-

gelba. Profesorius pabrėžia, jog gydytojų tobulėjamieji kursai reikalingi, kad gydytojai išmoktų suteikti gimdyvėms pagelbą paprastai, bet gerai, kad aseptikos ir antiseptikos klausimuose išmoktų laikytis daugiau atsargumo, kad gimdant duotų daugiau laisvės gamtai, kad išmoktų gimdymų metų turėti daugiau kantrybės, kad išmoktų ant pantomų įvairius sukimus ir kad aiškiai pamatytų savo daromas klaidas.

Prof. Sauerbruch (Berlynas) nurodo reikalingumą tobulinti gydytojus chirurgijoje, nes dažnai lengvas chirurgiškas ligonis dėl blogai suteiktos pagalbos pablogėjąs ir miršta. Profesorius matąs ir sunkumu. Vien tik prisižiūrint esą negalima pasidaryti chirurgu. Matant klinikoje ar filmoje, galima gerai susipažinti su operacijos eiga, tačiau, gydytojas nedarydamas operacijos negalįs turėti tų pergyvenimų, kuriuos pergyvenąs chirurgas. Čia esąs reikalingas prisižiūrėjimas, pergyvenimas, gabumas, talentas.

Toliau sekė panašūs chirurgijos nelaimingų atsitikimų iš pramonės medicinos, psichiatrų, rentgenologų, proto ligų ir t. t. pranešimai. (Böler). Bent 16 pranešimų būta apie kovą su vėžiu. Visų viena išvada: pažinti vėžį pačioje pradžioje ir operuoti, nes, prof. Sauerbruch'o žodžiais tariant: „Vėžiui operacija — vienintelis vaistas".

Po referatų vakarais buvo demonstruojamos gydytojams tobulėti taikomos filmos iš chirurgijos, kovos su vėžiu, insulino veikimo ir t. t.

Buvo vienas rautas pas vidaus reikalų ministerį pilyje ir antras gydytojų susiartinimo, be to, ekskursijos į Berlyno apylinkes, į Drezdeną, Miuncheną, į darbo kolonijas, į gydytojų darbo koloniją Alt Rezoje, kur kareivinės gyvenimu gyvena bent 3 savaites apie 120 gydytojų, praeina mankštą, klauso paskaitų iš socialinių mokslų ir vėliau gauna valdišku gydytojų vietas.

Kongresas priėmė rezoliuciją — steigti tarptautinį gydytojų tobulinamąjį organą (institutą, akademiją, ar kitaip vadinamą, kas dar nenustatyta). Pavesta kongreso prezidiumui sušaukti ne vėliau kaip po pusės metų kitas steigiamasis susirinkimas.

Kaip šito kongreso dalyvis — svečias, 1937 mt. gruodžio 31 dieną gavau iš kongreso pirmininko, Valstybės gydytojų vado įgaliotinio p. dr. Blome, pranešimą, kad steigiamas susirinkimas bus š. m. balandžio mėnesį Budapešte.

Ir Lietuvai reikėtų turėti ten savo atstovas.

II.

KLAIPĖDOS MEDICINOS DRAUGIJOS NARIŲ SUSIRINKIMO 1937 L. GRUODŽIO MĖN. 8 D. PROTOKOLAS.

Dalyvavo: dr. dr. — J. Ciplijauskas, V. Didžys, V. Grinkevičius, K. Gudaitis, P. Kazlauskas, J. Kirvickis, M. Lapšienė, J. Matusevičius, K. Mogenis, K. Parčevskis, O. Purtokaitė, A. Smalstys, M. Steiblys, J. Stonkus, S. Tuminas, J. Žemgulys.

Svečiai: dr. dr. — Devenytė, Kučinskas, V. Karoblis, Naujokaitis, J. Mockevičius, Mockevičienė.

I. Ligonių, rentgenogramų ir patologinių preparatų demonstravimai.

1. Dr. J. Ciplijauskas demonstruoja 25 metų amžiaus ligonę, pagijusią po **pyosalpinx dextra rupt.** ir **peritonitis pur. diff.** operacijos.

Ligonė susirgusi 1937. IX. 29 d. staiga. X. 3 d. atvežta į ligoninę, turėdama sunkaus peritonito reiškinių. Ginekologiškai ištyrus rasta: dešiniųjų adneksų auglys, kumščio didumo. Operuojant rasta: peritonitis purul. diff., pyosalpinx dextra kumščio didumo. Pyosalpingis abdomina-

linis galas rastas sprogęs, iš ten varvėjo pūliai. Padaryta tubectomia dextra, peritoneum išvalytas ir išplautas sol. rivanoli, palikti setonai in cavo peritonei.

Ligonės bendrinei būklei palengva gerėjant, X. 16 d. per operacinę žaizdą ėmė veržtis dujos ir išmatos. Fistula stercoralis buvo maža — ligonė nenustojo tuštinusis per apačią. X. 30 d. fistula stercoralis sugijo. Dabar beliko maža granuliuojanti žaizdelė. Ligos kliniškas vaizdas (gerybinė peritonito eiga) verčia manyti, kad čia buvusi gonokokinė infekcija.

Pranešėjo nuomone fistula stercoralis, gal būt, atsiradusi del žarnų sužalojimų traukiant setonus.

Dr. J. Stonkus: Gonokokiniai adneksitai, kaip taisyklė, būna abipusiai. Ar demonstruojamu atsitikimu antros pusės adneksai buvo pakitėję?

Fistula stercoralis gana dažnai komplikuoja chroniškus pūliavimus iš peritoneum'o. Iš tikrųjų, peritonitų atveju gana dažnai pasitaiko žarnų gleivinėje erozijų. Del to netenka fistula stercoralis atsiradimas sieti su pačiu peritonei setonavimu.

Dr. Ciplijauskas: Kairieji adneksai taip pat buvo rasti pakitėję, bet nedaug. Tai galėjo būti iš seniau, o gal buvo tik bendrinio peritonito dalinis reiškinys.

Peritonitų atsitikimais žarnų sienelės pasidaro labai trapios, gali užtekti net „normalios" operacinės traumos, kad pasidarytų fistula.

2. Dr. Lapšienė demonstruoja 16 cm. ilgio (keturių mėnesių nėštumo) **embrioną**, gautą operuojant graviditas tubaria sin. rupt.

Dr. J. Žemgulys demonstruoja R-nuotraukas ligonio su **luxatio vertebrae C5.** Publika dažnai stato diagnozę — „išsinarino sprandą", „nusisuko sprandą". Iš tikrųjų stuburkaulių išnirimai tepasitaiko labai retai; demonstruojamas atsitikimas iš viso antras pranešėjo praktikoje (pirmasis — kareivis, gimnastikos metu išsinarinęs kaklo stuburkaulį; į Karo ligoninę atvežtas jau nebegyvas). Mūsų ligonis buvo iškritęs iš vežimo ant galvos ir tuojau pajuto, kad „štyvas" sprandas, bet dar paėjo 50 žingsnių. Į ligoninę atneštas ant neštuvų, trečią ligos dieną. Stuburkaulis įtaisytas narkozėje ir fiksuotas tempiant su Glisson'o kilpa. Įtaisymas patikrintas R-nuotrauka. Po įtaisymo ligonis jautėsi visai gerai. Deja, šeštą dieną, ligoniui panorėjus išsirašyti namo, Glisson'o kilpa buvo nuimta ir ligonis pradėjo vaikščioti. Išnirimas pasikartojo. Kadangi stuburkaulis taip lengvai išsinarino nuėmus Glisson'o kilpą, buvo manoma, kad, uždėjus kilpą iš naujo, jis lengvai ir atsitaisys, tačiau ligonis išgulėjo kilpoje visa savaitę, o išnirimas neatsitaisė. Tada narkozėje išnirimas buvo vėl atitaisytas (atitaisymas patikrintas rentgenu); šitą sykį ligonis ilgesnį laiką palaikytas ištemptas Glisson'o kilpoje ir paleistas namo su sugipsuotu sprandu, geroje savijautoje, be parestezijų.

Dr. J. Kirvickis: Ne tik publika, bet ir šundaktariai mėgsta „sprando išnirimo" diagnozes.

Papasakojo atsitikimą, kai vienas šundaktaris gydė vaiką, sirgusį Little liga, sprando atitaisymais ir tuo būdu išviliojo iš vaiko tėvų daug pinigų.

II. Pranešimai.

Dr. K. Gudaitis: Skaito pranešimą: **Ar vėžys paveldimas ar apkrečiamas?** Pranešėjas trumpai apžvalgė dabartines vėžio teorijas (pranešimas bus atspaudintas „Medicinoje" atskirai).

Dr. J. Kirvickis: Prieš 1 metus dalyvavęs Berlyno Akademijos suruoštuose tarptautiniuose gydytojų tobulinamuose kursuose vėžio klausimu; be to, susipažinęs su panašios gydytojų konferencijos Briuselyje vėžio klausimu pranešimais. Abiejose konferencijose buvo pareikštos beveik tos pačios teorijos apie vėžį, bet infekcinė vėžio teorija buvusi be-

veik neminima; atrodo, kad jinai baigia nustoti savo šalininkų. Užtat daug pasirodė cheminės vėžio teorijos šalininkų. Jie rėmėsi bandymais su įvairiomis cheminėmis medžiagomis, tarp kurių figūravo ir sintezišką pagamintos sudėtingos medžiagos, pavadintos „karcinogenais", nes jos, esą, specifiškai sukeliančios vėžio augimą. Prie šitokių „karcinogenų" priskirtas ir arsenikas, nes esą stebėjimų, kad arseniko fabriko apylinkėse žymus gyvulių kanopų vėžio susirgimų padažnėjimas.

Apskritai vėžio klausimas aktualėja, nes šita liga rodo aiškią tendenciją dažnėti.

Dr. J. Ciplijauskas: Iš pranešimo matyti, kad dabar yra daug įvairių vėžio teorijų, dažnai spekuliatyvių. Ginekologų tarpe ca uteri klausimu vyrauja nuomonė, kad jis sukeliamas vietinių priežasčių. Tam paremti nurodoma, kad apie 95% moterų, sergančių ca uteri, yra gimdžiusios, t. y. turėjusios gimdos jaudinimus gimdymų pavidalu. Radiologai irgi labai domisi vėžio klausimu, nes vėžio gydymas yra vienas iš svarbiausių jų uždavinių. Prieš keleris metus Paryžiuje buvusiame radiologų kongrese buvo paskaityta daug pranešimų įvairiais vėžio klausimais. Kartu su kitais kongreso dalyviais teko aplankyti speciali karcinomininkų ligoninė ir eksperimentiniam vėžiui tyrinėti institutas, labai prabangiai įrengtas. Paskutiniu laiku vėžio klausimui kreipiama daug dėmesio: steigiami specialūs institutai, skiriamos premijos, daug rašoma ir eksperimentuojama, bet gauti menki rezultatai.

Infekcinė vėžio teorija nėra visai palaidota, tuo labiau, kad ieškant ligos nežinomos priežasties visuomet galvojama ir apie bakterijas. Kai kurie mokslininkai ir dabar mano, kad bakteriniai toksinai gali turėti šiokią ar tokią įtaką vėžio augimui.

Dr. J. Stonkus: Vėžio srityje medicina labai mažai pažengusi. Prieš 40 metų studijuodamas universitete girdėjęs, iš esmės imant, beveik visas dabar vadinamąsias „moderniškomis" teorijas. Daugumas vėžio teorijų jokio pamato neturi, jos remiasi tik subjektyviais autorių įsitikinimais, kurie stengiamasi primesti publikai.

Mano, kad vėžys, greičiausiai, yra apkrečiamas, bet turįs, analogiškai sifilinėms gummoms, labai ilgą inkubacinį periodą. Pirminis vėžio židinys ir metastazės galima traktuoti kaip daugybinė bendrinės infekcinės ligos lokalizacija. Klausia pranešėją, ar dirbtinai sukeltas vėžys skiriasi kuo nors nuo tikrojo?

Pirmininkas: Už vėžio limpamumą kalba tai, kad daug chirurgų sirgo karcinomomis. Neseniai literatūroje skaitęs apie du atsitikimus, kurie irgi kaip ir kalbą už vėžio limpamumą: vienas — gydytojas sarkomos punkcijos metu įsidūręs pirštą, kuriame po dvejų metų irgi išaugusį sarkoma; antras — motina, turėdama ca mammae, maitinusi kūdikį krūtimi. Po vienuolikos mėnesių kūdikis susirgęs ca labii.

Dr. K. Gudaitis: Savo pranešime norėjęs duoti tik trumpą apžvalgą įvairių dabartinių vėžio teorijų, todėl jas kritikuoti ar kurią ginti neapsiimąs.

Del klausimo, ar skiriasi dirbtinis vėžys nuo tikrojo: kai kurie mokslininkai, eksperimentuodami su dirbtinai sukeliamu vėžiu, priėjo išvadą, kad yra tik morfologiškas panašumas, nustojus veikus audinius jaudimaisiais faktoriais, karcinominis (morfologiškai) audinys regresuojąs ir išnykstąs.

Pirmininkas: Vien faktai registruoti yra permaža mokslui; reikalinga jie ir apibendrinti, o tam yra teorijos. Iš pranešimo matyti, kad vėžio teorijų yra daug, kad jos dažnai viena kitai prieštarauja ir dažnai būna mažai pagrįstos. Bet tat yra neišvengiama, jeigu dalykas, apie kurį daug kalbama, mažai dar ištirtas.

Įstatymai ir taisyklės.

KAIMO GYVENTOJŲ SVEIKATOS REIKALAMS RŪPINTI ĮSTATYMAS.

(„Vyr. Žin." 1938. I. 14 d. Nr. 597, eil. 4167).

1. Kaimo gyventojų sveikatos reikalams rūpinti skiriama 6% valstybinio žemės mokesčio.

Be šių lėšų, sveikatos reikalams rūpinti gali būti skiriamos ir kitos sumos.

2. Lėšos sveikatos reikalams rūpinti skiriamos Vidaus Reikalų Ministerijos sąmata.

3. Sveikatos reikalams rūpinti skiriamos lėšos naudojamos:

1) sveikatos punktams steigti ir laikyti,

2) gydytojams, felčeriams, gailestingosioms seserims ir akušerėms šelpti tokiose vietose, kur gyventojams sunkiau prieinama medicinos pagalba,

3) pradžios mokyklų sanitarinės priežiūros ir pradžios mokyklų mokinių sveikatos tikrinimo reikalams,

4) profilaktikos reikalams,

5) beturčiams ligoniams gydyti, kai tokių ligonių negydo vietinės savivaldybės.

4. Sveikatos reikalus rūpina Vidaus Reikalų Ministeris per Vidaus Reikalų Ministerijos atitinkamus organus, arba per vietines savivaldybes, arba per visuomenines organizacijas.

5. Šiam įstatymui vykdyti taisykles leidžia Vidaus Reikalų Ministeris.

6. Šis įstatymas veikia nuo 1938 m. sausio 1 dienos.

A. Smetona — Respublikos Prezidentas

J. Tūbelis — Ministeris Pirmininkas

Kronika.

NEKROLOGAI.

× **Mirė:** 1) Liubeke — prof. dr. Georg Deycke, 73 metų amžiaus. Jis daug dirbo tuberkuliozės srityje. — 2) Miunchene — prof. Wilhelm Heuck, dermatologas. — 3) Braunšveige — prof. dr. Friedrich von Krüger, 76 metų amžiaus, fiziologinės chemijos specialistas. Anksčiau jis yra buvęs Tomsko universitete mediciniškosios chemijos ord. profesorium. — 4) Prancūzijoje — prof. F. Laperson, oftalmologas. 1934 m. jis yra gavęs iš Amerikos oftalmologų sąjungos aukso medalį už darbus oftalmologijoje. — 5) Frankfurte a. Maino — prof. M. Neisser, 69 metų amž., žinomas bakteriologas.

MEDICINOS AUKŠTASIS MOKSLAS.

× **Med. gydytojo diplomą yra gavę šie medicinos kandidatai:** Kazimieras Čeponis, Aizikas Elpernas, Šliomė-Eljašius Icikevičius, Jankelis-Abelis Kiršas (eksternas), Simcha-Leiba Labenskis ir Romualdas Masalskis.

× **Medicinos Fakulteto jaunesniojo personalo reikalais:**

1) Gyd. R. Masalskis išrinktas anatomijos katedros jaun. asistentu.

2) Gyd. Valteris išrinktas patologijos katedros jaun. asistentu.

3) Med. kand. Kaz. Rimkus išrinktas patologijos kat. preparatorium.

× **Komandiruotės:**

1) Doc. Br. Sidaravičius komandiruojamas mokslo reikalais į užsienius 5 mėnesiams (nuo 1937. V. 1 d.).

2) Med. d-ras J. Meškauskas komandiruojamas mokslo reikalais pusei metų į Berlyną ir Vieną.

× **V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas yra gavęs kvietimus į šiuos kongresus:**

1) Į XVII Journées Médicales seriją balandžio mėn. 16—20 d. Briusselyje.

2) Į tarpt. akušerijos-ginekologijos kongresą Amsterdame V. 4—8 d.

× **Medicinos Fakulteto studentų skaičius** nustatytas šis:

1. Medicinos skyriui . . . 60 stud.
2. Odontologijos skyriui . . 30 „
3. Farmacijos skyriui . . 25 „

× **Disertacijos gynimas.** Doktorandas **doc. P. Stančius** š. m. kovo mėn. 19 d. 12 val. V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto didžiojoje auditorijoje (Mickevičiaus g. 7 nr.) gins disertaciją medicinos daktaro laipsniui įgyti: **„Odontologinių cistų klausimu“.** Oficialiais Medicinos fak-to oponentais paskirti prof. E. Vinteleris, prof. Al. Hagentornas ir prof. J. Žilinskas.

KONGRESAI, DRAUGIJOS, ĮVAIRENYBĖS.

× **Tarptautinis ginekologijos kongresas** bus 1938 m. gegužės mėn. 4—8 d. Amsterdame.

× **XVI-sis tarptautinis fiziologų kongresas** bus 1938 m. rugpjūčio mėn. 14—18 d. Ciuriche.

× **VIII-sis tarptautinio militarinės medicinos komiteto posėdis** bus Liuksemburge 1938 m. liepos mėn. 1—4 d.

× **III-ji tarptautinė strumos konferencija** bus 1938 m. rugsėjo mėn. 12—14 d. Vašingtone. Kongrese bus vartojama anglų kalba. Reikalais kreiptis: Allen Graham, 2020 East 93 Street, Cleveland Ohio USA.

× **61-ji tarptautiniai gydytojų tobulinamieji kursai** bus 1938 m. gegužės mėn. 16—28 d. Vienoje. Bus svarstomi šie klausimai: virškinimo ligos, medžiagų apykaitos ligos, liaukų ir vidaus sekrecijos ligos. Kreiptis: Kursbüro der Wiener medizinischen Fakultät, Wien IX, Allgemeines Krankenhaus.

× **Prancūzijos-Jugoslavijos medicinos savaitė** bus 1938 m. spalių mėn. Paryžiuje. 1939 m. tokia savaitė būsianti suruošta Belgrade.

× **Tarptautiniame psichologų kongrese** Paryžiuje 1937 m. rugpjūčio m. mažai bebuvęs kreipiamas dėmesys į idealistinę psichologiją, daugiausia buvę domimasi fiziologiniais smegenų, nervų tyrimo radiniais.

× **Madinės ligos.** Yra ir madinių ligų. Ir tai ne tik dabar, bet iš senų laikų.

Aštuonioliktame amžiuje kiekvienas save gerbiantis aukštosios visuomenės žmogus skųsdavosi podagra, — tada buvo mada ta liga sirgti. Prieš penkiasdešimt - šešiasdešimt metų džiova buvo apsupta poetine aureole ir grakščios moterys, norinčios galutinai pasirinktą žmogų sužavėti, mėgdavo staiga griebtis už krūtinės ir sukosėti. Pasirodo, ligos vis dar puošiančios žmogų. Pavyzdžiui, labai gerą įspūdį visuomenei padaręs apsinuodijimas austrėmis. Gana gerą vardą turi ir gydymasis sanatorijoje nuo persidirbimo ir nervų nuovargio. Bet užsienių dykaduoniai laiko ypač dideliu prašmatnumu grįžti iš žiemos sporto Chamonixe arba Saint Moritze su parišta ranka ar suraišiota galva. Kiekvienam su pasididžiavimu galima papasakoti apie slidinėjimą kalnuose, apie nepaprastą smagumą kristi nuo kalno ir susižeisti.

× **Nepaprasta atmintis nuo galvos smegenų sutrenkimo.** Neseniai Gaillamonte, Pietų Prancūzijoje, atvežti į ligoninę be sąmonės 18 metų amžiaus Paulettę Briveaitę, su baisiai sutrenkta galva per automobilio nelai-

mę. Sąmonės neatgavusi sutrenktoji net kelias savaites. Kai atgavusi gi sąmonę, tai pasirodęs labai nuostabus dalykas: ką kartą paskaičiusi — viską atsimenanti žodis į žodį, nors būtų ir ilgą dalyką paskaičiusi.

× **Senovės Egypte buvusios daromos appendix'o operacijos.** Anglų medicinos žurnale „Brit. med. J." dr. Spencer rašo, kad egyptiečiai darę appendix'o operacijas; tat esą matyti iš mumijų ir iš jų raštų.

× **V. D. Univ-to studentų ligonių kasa** jau pradėjo veikti pagal naująjį statutą.

Ligonių kasos valdybą sudaro: dr. V. Tiškus (pirmininkas), dr. V. Kanauka (vicepirmininkas), prof. J. Vabalas-Gudaitis (iždininkas), dr. J. Kupčinskas (I sekretorius) ir V. Aleksandravičiūs (II sekretorius).

Rimtai susirgusieji studentai galės kviestis į namus šiuos gydytojus: 1) Vidaus ligų srityje:h d-rą J. Kupčinską, d-rą J. Meškauską, d-rą O. Pūdymaitį ir d-rą J. Žakovičaitę; 2) Chirurgijos srityje; d-rą A. Brundzą ir d-rą St. Stonkų.

MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **D-ro Jurgio Aleknos 65 m. amžiaus sukaktis.** Neseniai Lietuvos Skautai Kaune iškilmingai minėjo d-ro J. Aleknos, kaip savo Šefo pavaduotojo, 65 metų amžiaus sukaktį.

Dr. J. Alekna gimė 1873 metų pradžioje Švenčionių apskr., Kuktiškių par.

Baigęs 2-ąją Vilniaus gimnaziją 1893 m., įstojo į Maskvos univ-to medicinos fakultetą, kurį baigė 1898 metais. Apie porą metų, padirbėjęs Smolensko gub., Vilniaus Šv. Jokūbo ir Archangelsko gub. (Onegos apskr.) ligoninėse, 1900 m. išvyko į užsienius tobulintis medicinos srityje. Grįžęs iš užsienių, už lietuvišką veikimą žandarų buvo suimtas, kalintas Archangelsko gub. ir Liepojoje ir iš čia ištremtas 2 metus į Archangelską.

1902 m. vasarą grįžęs į Lietuvą, apsigyveno kaip gydytojas praktikas Ukmergėje. 1904 m. persikėlė į Zarasus miesto gydytojo ir ligoninės vedėjo pareigoms eiti. Praėjus vieneriems metams, vėl grįžo į Ukmergę. 1906 m. už Muravjovo paveikslo nepagerbimą buvo ištremtas į Rozalimą. Iš čia išvyko į Petrapilio gydytojų tobulinimosi kursus. Kiek vėliau išvažiavo į Berlyną ir Vieną specializuotis ausų, nosies ir gerklės ligų srityje. 1910 m. grįžęs iš užsienių, apsigyveno Kaune kaip ausų, nosies ir gerklės ligų gydytojas specialistas. Didž. karo metu buvo mobilizuotas ir ėjo įvairias gydytojo pareigas rusų kariuomenėje.

1917 m. dr. J. Al. dalyvavo lietuvių konferencijoje Stokholme.

1918 m. pavasarį grįžęs į Vilnių, buvo kooptuotas į Lietuvių Valstybės Tarybą. Susikūrus Lietuvos vyriausybei, pirmuose dviejuose kabinetuose buvo paskirtas vidaus reikalų viceministeriu ir jam teko tvarkyti Lietuvos sveikatos reikalai.

Be to, dr. J. Al. dirbo L. Raud. Kryžiaus vyr. valdyboje, Dainos draugijoje, Moterų Globos Komitete ir kitose lietuvių organizacijose.

1919 m. dr. J. Al. įsteigė Skautų Papspirties Draugiją, kurios buvo pirmininku, o vėliau ligi 1925. IV. 23 d. buvo Lietuvos skautų šefu. 1929 m. buvo įkurta Skautams Remti Draugija, kurios pirmininku buvo ligi 1935 metų. 1935 m. išrinktas Skautų Sąjungos Tarybos pirmininku; o 1936 m. paskirtas Skautų Šefo pavaduotoju.

Po didžiojo karo, be visuomeniškų darbų, dr. J. Alekna vertėsi privačia gydytojo praktika, kaip ausų, nosies ir gerklės ligų specialistas. Apie 9 metus, ligi 1937 m. pabaigos ėjo konsultanto pareigas Karo ligoninės ausų, nosies ir gerklės ligų skyriuje.

Už nuopelnus Lietuvai dr. J. Alekna yra apdovanotas įvairiais ordinais ir žymenimis.

× **Dr. A. L. Graičiūnas (iš Amerikos) ir dr. J. Šliūpas** išrinkti studentų medikų „Ąžuolo" korporacijos garbės nariais.

× **Brazilijoje 106 gydytojams atimtos praktikos teisės.** Rio Grande de Sul valdžios organai atėmę 106 gydytojams, kurie vertėsi savo profesija pagal užsieniuose įsigytus diplomus, teisę toliau praktikuoti šitoje valstybėje. Teisės atimtos jaunesniems gydytojams, kurie vertėsi gydytojų profesija toje valstybėje ne ilgiau kaip 10 metų.

× **Sukako 1937 m. rugsėjo mėn. 100 metų nuo gimimo prof. P. F. Lesgaft'o,** garsiojo Rusijos anatomo. Caro valdžia jį pašalino iš universiteto, neleisdama profesoriauti. Jis yra fizinės kultūros pronokėjas Rusijoje. Dabar Leningrade yra jo vardo fizinės kultūros institutas.

× **Rumunijos mokslininkas Fl. Ulmzan** gavo iš Paryžiaus medicinos akademijos Bullar'o vardo premiją už tyrinėjimus valingųjų judesių ir chronaksijos srityse. Jis šituos tyrimus darė Paryžiuje pas prof. Lapicque ir Loze. („J. Am. med. Ass." 109, 4, 291, 1937).

× **Jugoslavijoje trečdalis gydytojų praktikuoja trijuose miestuose** Belgrade, Agrame ir Laibache. Valdžia paruošusi įstatymą, kad jaunieji gydytojai tegalės gyventi tik miestuose, kur yra mažiau kaip 4.000 gyventojų, ir tik po dvejų metų tegalės praktikuoti miestuose. Valdiškas vietas tegalės užimti tik tie gydytojai, kurie jau yra tam tikrą laiką laisvai praktikavę. („M. m. W." 1938 m. 4 nr.).

DANTŲ GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Medicininė dantų pagelba Švedijoje.** Švedijos sveikatos apsaugos ministerija ir Raudonasis Kryžius suorganizavo skrajojančias dantų klinikas mokiniams. Dabar ruošiamos plaukiojančios dantų klinikos saloms. („M. m. W." 1937 m. 26 nr.).

× **Mokinių dantų apsaugai** Čekoslovakijos sveikatos ministerija paskyrė 400.000 kronų. Bus organizuojama sistemiška dantų apsauga. („M. m. W." 1938 m. 7 nr.).

ŠUNDAKTARIAVIMAS.

× **Berne teismas nuteisė šundaktarį Robertą Krespi 3 metus kalėjimo.** Krespi buvo batų magazino tarnautojas Turine. Prieš keletą metų jis atvažiavo į Šveicariją ir pasiskelbė gydytoju. Jisai apsigyveno Belincone ir netrukus įsigijo didelę praktiką. Jis tiek išgarsėjo, jog jį kviesdavo į konsultacijas įvairiose Šveicarijos vietose ir net užsieniuose. Garsūs gydytojai labai vertindavę jo nuomonę. Teisme paaiškėjo įdomus dalykas: prokuroras, kuris reikalavo pritaikyti didžiausią bausmę, buvęs nuolatinis Krespi pacientas.

SVEIKATOS REIKALAIS.

× **Sveikatos patikrinimas prieš vedybas.** Konsultacinis punktas sveikatai patikrinti prieš vedybas veikia pirmadieniais ir penktadieniais nuo 19—20 val. K. m. lig. kasos rūmuose antrame aukšte, medicinos skyriuje, 73 kambaryje. Iš eilės dežuruoja: prof. Blažys — II. 25 d., dr. Juškys — II. 28 d., dr. Ragaišienė — III. 7 d., doc. dr. Sidaravičius — III. 11 d., dr. Gulbinas — III. 14 d., dr. Vaičiūnas — III. 18 d., dr. Velbutas — III. 21 d., dr. Juozapaitienė — III. 25 d., dr. Minginas — III. 28 d., dr. Kaminskas — IV. 1 d., dr. Firantytė — IV. 4 d.

× **Vaikų paralyžius Latvijoje.** Latvijos sveikatos departamento pranešimu, Sakstigalės valsčiuje, Latgalijoje, pastebėta keletas susirgimų vaikų paralyžiumi. Per paskutines dvi savaites nustatyti aštuoni tokie susirgimai, iš kurių keli pasibaigę mirtimi. Del šitos priežasties Latgalijoje

uždarytos kelios mokyklos, jose padaryta dezinfekcija ir imtasi kitų energingų priemonių šios ligos plitimui užkirsti.

× **Latvių inžinieriui chemikui Ošiniui pasisekę išrasti naują priemonė tuberkuliozei gydyti.** Ošinis yra vieno terpentino aliejaus fabriko vedėjas. Rektifikuojant terpentiną, atsirandąs tam tikras sunkusis aliejus, kuris ligšiol buvo naudojamas techniškiems reikalams, bet dabar jau pradedamas naudoti ir medicinoje bei veterinarijoje. Po kelių bandymų su įvairiais mikroorganizmais ir jų grynomis kultūromis, vadovaujant universiteto serumo instituto bakteriologui dr. Darziniui, buvę, be kitko, išbandytas šito aliejaus veikimas ir tuberkuliozės bacilams. Pasirodę, kad sunkusis aliejus jas užmuša. Po bandymų su bandomaisiais gyvuliais dabar padaryti bandymai ir su žmonėmis. Ir čia jau pasiekta gerų rezultatų. Tęsti šiems bandymams dr. Darzinis išvykęs į Paryžiaus Pasteur'o institutą.

× **Gydytojas prikėlęs žmogų iš numirusių.** Romoje prof. Chiaserini padaręs „stebuklą" Litorijos ligoninėje. 70-ties metų seniui profesorius padaręs dvylikpirštės žarnos operaciją skauduliui pašalinti. Gale operacijos, del plaučių sutrikimo, sustojusi plakusi pacijento širdis. Buvo bandyta žmogus atgaivinti adrenalino injekcija. Bet šitai nieko nepadėjusi. Senis miręs.

Po penkiolikos minučių, profesorius padaręs įdomų bandymą: Jis, esą, prasipjovęs ligi širdies, sučiupęs senio širdį ranka ir pradėjęs ją gniaužyti pulso ritmu. Širdis pradėjusi veikti ir žmogus atsikėlęs iš numirusių.

× **Naujas vaistas nuo gripo.** Anglijoje dr. Kolobruk pagaminęs nuo gripo naują vaistą sulfanilamid'ą, kuriame esama sieros. Šitas preparatas dabar esąs labai plačiai vartojamas Anglijos klinikose ir nuo jo mirtingumas gripu sumažėjęs 23—55%.

× **Tifo epidemija Anglijoje** įvairiose vietose. Epidemija persimetusi į Pembrokšeiro grafystę, kur esą jau 30 susirgimų.

× **Nuostabi širdies lokalizacija** esanti vieno kūdikio, gimusio Leningrade. Jo širdis esanti paviršiuje, apdengta tik plona oda, lyg hermia.

× **Vėžio liga kylanti iš nervų sukrėtimo.** Tokia išvada prieita eksperimentuojant su šunimis Leningrade Pavlov'o institute.

× **Varšuvoje įsteigtas antialkoholinis muziejus** socialės apsaugos ministerio rūpesčiu. („M. m. W." 1938 m. 6 nr.).

× **Nereikią kovoti su „ankstyvu kūdikių mirtingumu".** Vokiečių terapeutų sąjungos suvažiavime Visbadene Berlyno universiteto pediatrijos prof. Bossau darė pranešimą apie „naujuosius maitinimo principus". Jisai pareiškė, kad ankstyvas kūdikių mirtingumas esąs nepilnaverčių gamtos atranka, todėl ir neverta esą jie gelbėti. („Münch. med. Wschr." 18, 712, 1937).

× **Pneumonijos tyrimas New-Yorko valstybėje.** New-Yorko valstybėje kasmet įregistruojama 12.000 susirgimų pneumonija, iš kurių 3.000 miršta. 65% pneumonijos atsitikimų buvo rasti I, II, V, VII ir VIII tipo pneumokokai. Gydant serumais mirtingumas sumažėja 2—3 kartus. (Rogers: „Am. J. Pub. H." 27, 2, 133, 1937).

× **Rusijoje mažėją susirgimai.** Ypatingai sumažėję susirgimai tuberkulioze nuo 1926 iki 1936 metų. Gumos - kaučuko fabrikuose tuberkuliozininkų sumažėję 76,5%, batų — 71,6%, mašinų — 59,6%, chemijos — 59,2%, poligrafijos — 57,1%. Rusijoje nuo 1904 iki 1913 metų trachomos atsitikimų padidėję 60%, ypačiai jekutų, kalmikų, totorių tarpe. O po socialistinės revoliucijos trachomos susirgimų totorių, pav., tarpe sumažėję — 89%, čuvašimų — 61%, kalmikų — 75%. Palyginti su 1913 m., syfilio susirgimų sumažėję 85%, raupais — 98%, pilvo šiltine — 71%, difterija —80%. („Klin. Med." 1937 m. 10—11 nr.).

× **Kova su tymais Rusijoje.** 1936 m. Rusijoje serumus prieš tymus

gamino 313 laboratorijų, o 1937 m. — 450. 1937 m. buvo Rusijoje pagaminta 85.000 litrų serumo prieš tymus. („Klin. Med." 1937 m. 10—11 nr.).

× **Rusijoje mažėja susirgimai maliarija.** Vakarų Sibire žymiai mažėją susirgimai maliarija. 1937 m. pirmame pusmetyje susirgimų maliarija sumažėję tris kartus. Aleisko rajone sumažėję maliarijos susirgimų 11 kartų, Kočenevsko — 9 kartus, Iskitimsko — 6 kartus. 1937 m. Rusijoje buvę paruošti nauji 26 gydytojai — maliariologai, 36 žmonės vidurinio medicinos personalo, 59 instruktoriai ir daugiau kaip 2,5 tūkstančių chinizatorių.

Priešmaliariniams hidrotechniškiems reikalams vyriausybė kasmet skiria dešimtimis milijonų rublių. („Klin. Med." 1937 m. 10—11 nr.).

× **Tularemija Prancūzijoje.** Šitokia tema Brum Prancūzijos akademijoje padarė pranešimą. Jis pateikė tularemijos susirgimų skaičius Austrijoje, Rumunijoje ir Čekoslovakijoje. Tularemija gali būti pernešama ir per sausumas ir per jūras. Medicinos akademija sudarė komisiją kovai su tularemija. („Bull. Acad. Med." 117, 24, 691—701, 1937).

× **Trichinozė Amerikoje.** Chell ir Kollins paskelbė tris darbus apie trichinozės tyrinėjimus lavonuose. Pirmame aprašomi tyrimai 300 lavonų, kurių 13,67% rasta trichinozė; paskutiniame aprašomi tyrimai 1.778 lavonų, kurių 12,5% sirgo trichinoze. Kadangi lavonai buvo tirti iš įvairių Amerikos vietų, tai manoma, kad toks procentas susirgimų gyventojų tarpe ir yra. Parazitai randami kraujo, lymfos sistemoje, smegenyse, širdyje, raumenyse ir kituose organuose. („Pub. Health. Report." 52, 468, 512, 539, 1937).

× **Indijos gyventojų sveikatingumas.** Bendrinis amžiaus ilgumas Indijoje yra 23—25 metai. Del šito šalyje labai būdingi mirimai nuo nepakankamos mitybos ir išplitusių epideminių ligų. Indija yra vienintelė šalis, kur dar siaučia choleros epidemijos. Labai daug susirgimų maliarija, tuberkulioze, labai didelis vaikų mirtingumas. Gyventojų medžiaginis stovis vis blogėja. Gyventojų mityba labai prasta: 1935 m. stokojo 50 bilijonų kalorijų, išeina, kad 6,6 milijonai Indijos gyventojų gyveno nesimaitindami. Visos Indijos kongresas todėl nutarė, kad reikia sumažinti gimimų skaičius, masėms propaguojant „susivaldymą ir gimimų kontrolę". („D. m. W." 1937 m. 25 nr.).

Bombejoje 1935—1936 m. statistikos duomenimis mirtingumo procentas padidėjo, iš dalies del raupų epidemijos, iš dalies del pagausėjusių plaučių susirgimų, tuberkuliozės, tymų, cerebrospinalinio meningito. Pagausėjo kūdikių iki 1 metų amžiaus mirtingumas. Labai daug sergančių pirminiu syfiliu ir ūmine gonorėja. („Brit. med. J." 3996, 291, 1937).

× **Japonijos gyventojų sveikatingumas.** Japonijoje krinta gimimų skaičius, ypač didesniuose miestuose. 1934 m. iš 1.000 gyventojų buvo 18,1 mirimų. Iš 10.000 gyventojų buvo 19,3 mirimų tuberkulioze. Ūkininkų tarpe apie 78% turi parazitų. Trachoma serga daugiau kaip 7.000.000 gyventojų. Pagausėjo psichinių ir venerinių ligonių. („J. Am. med. Ass." 109, 4, 289, 1937).

× **Du milijonai lepros susirgimų esą Anglijos kolonijose.** Tik maža dalis šitų susirgimų hospitalizuota. („M. m. W." 1937 m. 48 nr.).

× **Maskvoje uždrausta pardavinėti degtinė** netoli fabrikų, mokyklų ir p. Uždaryti 52 alaus barai. Be to, uždrausta pardavinėti papirosai jaunesniems kaip 18 metų. („M. m. W." 1937 m. 48 nr.).

× **Difterijos epidemija Vokietijoje** 1932 m. Vokietijoje difterija buvę 64.138 susirgimai (t. y. 9,9 atsitikimai 10 tūkstančių gyventojų). 1936 m. jau buvę 149.971 susirgimas (t. y. 22,4 atsitikimai 10 tūkst. gyventojų). 1936 m. nuo difterijos buvę 5.783 mirimai. („Klin. Med." 1937 m. 7 nr.).

× **Gimimų gausėjimas SSSR.** Palyginus su 1936 m. pirmuoju ketvirtadaliu 1937 m. tuo pačiu laiku SSSR gimimų padaugėję 30%. Vaikų prieaugliaus gausumu pirmąją vietą užimanti Ukraina (70%). Maskvoje

1935 m. pirmame ketvirtadalyje gimę 18.246 vaikai, o tuo pačiu laiku 1937 m. — 32.632. Tuo pačiu laiku gimimų Ašchabade padidėję 96,3%, Charkove — 87,4%, Leningrade — 72,1%. („Klin. Med." 1937 m. 7 nr.).

× **Berlyne didėja mirimų skaičius.** 1936 m. gruodžio mėn. Berlyne mirę 7.007 žmonės. Toks ten didelis skaičius nemiręs jau nuo 1929 metų. O tų pačių metų vasaros mėnesiais mirdavę ne daugiau kaip 4 tūkstančiai, o žiemos mėnesiais truputį daugiau kaip 5 tūkstančiai. („Klin. Med." 1937 m. 7 nr.).

× **Didelis mirtingumas Aliaskos eskimų tarpe.** Aliaskoje tarp eskimų ir indėnų mirtingumas 10 kartų didesnis, kaip kad Amerikoje. Daug mirimų del tuberkuliozės. („Klin. Med." 1937 m. 7 nr.).

× **Japonijoje blogėjanti jaunuomenės sveikata,** nes 70—80% kaimo jaunuolių vykstą į miestus uždarbiauti, kur ir suardą savo sveikatą. Del šito nusiskundžianti Japonijos krašto apsaugos ministerija, kad naujokai kaskart vis netikesni. („Klin. Med." 1937 m. 7 nr.).

× **Nauja liga.** Srityse tarp Argentinos ir Brazilijos pradėję vaikai sirgti keista nežinoma liga. Susergą tiktai vaikai iki 2½ metų. Liga pasireiškianti dideliais apatinės pilvo dalies skausmais, veidas pamėlynuojąs ir po 2—3 dienų vaikas mirštąs, nepaisant visokiausio gydymo. Ligos priežastis dar nesurasta. („M. m. W." 1937 m. 12 nr.).

× **Fonostetografas.** Pagamintas aparatas, kurio pagelba širdies ūžesius bei tonus galinti girdėti visa auditorija. Aparatas pritvirtinamas prie krūtinės ir garsiakalbio pagelba garsas labai susttiprinamas. Fonostetografas labai tinkąs studentų medikų mokymo reikalams. (V. Henriques: „Lancet." 1937 m. 232, 1, 12).

× **Kijeve pastatyta pavyzdinga vaikų ligoninė,** vieta jai parinkta geriausioje miesto dalyje, tarp Puškino parko ir zoologijos sodo žaliumynų. Ligoninėje ra 320 lovų. Čia būsią visi skyriai, be infekcinio. Atidaromi 2 skyriai vidaus ligoms (krūties kūdikiams ir vyresnio amžiaus vaikams), chirurginis, nervų, ausų, urologinis, gimdymo skyrius. Kiekviename skyriuje yra laboratorija ir kabinetai. Ligoninė turi taip pat kabinetus gydyti vandeniu, šviesa, 2 rentgeno kabinetus, vaistinę ir mechanišką skalbyklą. Šitoje ligoninėje viskas įtaisyta taip, kad vaikams būtų daugiau patogumų. Koridoriai, kambariai, kabinetai įrengti skoningai, palatose ne daugiau kaip 3—4 lovos. Prie kiekvienos lovos, padengtos šilkine anklode, yra radijaus ausiniai, šviesos signalizacija, telefonas. Daug paveikslų, gėlių, patiesalų. („Pediatrija" 1937 m. 7 nr.).
V. T.

× **Didžiausia pasaulyje ligoninė** yra Los-Andželės e. Jos statyba kaštavusi 13 mil. dol., metinis išlaikymas atsieina 4½ mil. dol. ir vienas ir kitas iš valstybės lėšų. Ligonių gydymas atliekamas nemokamai. Gydytojai negauna atlyginimo už savo darbą ir turi aprūpinti savo uždarbį nuošaliai. Orientuotis skyriuose į grindis įstatyti spalvuoti rodikliai. Svarbiausias chirurginis skyrius yra 20 aukšte ir turi 20 operacinių salių. Fizioterapijos kabinetas turi savo pavyzdingai įtaisytą baseiną plaukioti ir specialų vaikų skyrių. Nuosavas pašto skyrius ligoninėje praleidžia korespondencijos kiekį, atitinkamą miestui su 10.000 gyventojų. Kasdien ligoninėje išduodami 6.000 rankšluosčių, 4.400 paklodžių, 8.000 užvalkalų, skalbykla praleidžia 1.000.000 skalbinių gabalų, o virtuvė paruošia 10.000 porcijų. („Pediatrija" 1937 m. 7 nr.). *V. T.*

× **Anglijos visuomenė nerimaujanti del pastebimo gimimų sumažėjimo ir krašto „pasenėjimo."** Jeigu tokia padėtis tęsis ilgiau, tai per 25 metus vaikų skaičius iki 16 metų sumažėsiąs $^1/_3$, o senių skaičius tarp 65 ir 74 metų padidėsiąs taip pat $^1/_3$. Išaiškinti šito reiškinio priežastis ir sąlygas, kurios tam padeda atsirasti, sudaryta specialinė komisija iš atstovų įvairių mokslo draugijų ir organizacijų. *V. T.*