MEDICINA

žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XIX met. | 1938 m. gegužės mėn. | Nr. 5

Gyd. K. Gudaitis.

Vėžio atsiradimo, paveldėjimo ir užkrėtimo klausimu *).

Kai paskutiniais dešimtmečiais pradėta labiau tirti vėžio susirgimai ir rinkti statistika apie vėžio sirgimo dažnumą įvairiuose pasaulio kraštuose, paaiškėjo, kad vėžio liga yra viena iš didžiausių žmonijos nelaimių. E. Barker, apibūdindamas vėžio sirgimą, sako, kad vėžio klausimas nėsąs paprastas gyvybės ar mirties klausimas, bet tat esąs mėnesius ir metus besitęsiančios nereikalingos kančios klausimas. Del to suprantama, kodėl nepaprastai energingai susirūpinta vispusiškai tirti vėžio liga, norint sėkmingiau su ja kovoti. Pasak Schaer'o, vėžio problema šiandien iš spekuliacinių teorijų miglų esanti perkelta į aiškią eksperimentų šviesą, kur klausimai galį būti gvildenami tiksliai ir išsamiai, ir moksliškas vėžio tyrimas esąs pasiekęs tokią vaisingą eksperimentinio darbo stadiją, kuri dar neseniai buvo laikoma neįmanoma. Nežiūrint gana sudėtingų tyrimų, iki šiol dar neprieita prie vienodo vėžį sukeliančios priežasties aiškinimo. Juk vėžys ir skiriasi nuo kitų susirgimų, pvz., nuo tuberkuliozės, kurie taip pat paima daug žmonių aukų, tuo, kad kažkas pasidaro iki tol sveiko organizmo audiniuose, kurie pradeda, kad ir iš pradžių nepastebimai ir aprėžtoje vietoje, savotiškai augti, tuo savo augimu, labai kenkdami visam organizmui, priveda prie mirties.

Vėžio audinių augimą sukeliančių priežasčių beieškant, dažnai užtinkama literatūroje keliama problema: 1) ar vėžio augimo priežastis glūdi tik pačiuose audiniuose, t. y. jų celėse; 2) ar turi patekti kuris nors išorinis veiksnys (bakterija, virusas, kitos rūšies dirgiklis) į audinius, kad juose, tam išoriniam veiksniui paveikus, pradėtų augti vėžys? Pirmuoju atveju kalbama ir apie paveldimumą vėžiu sirgti; antruoju atveju, kad vėžys yra sukeliamas egzogeninių priežas-

*) Pranešimas, skaitytas Klaipėdos lietuvių gydytojų d-jos susirinkime.

čių. Čia noriu pagvildenti kai kuriuos literatūros duomenis, kurie pavaizduotų minėtų pažiūrų lenktyniavimą. Viename pranešime, suprantama, neįmanoma tuos klausimus liečiančios literatūros išsamiai išnagrinėti. Šitas pranešimas tebus fragmentinė tą klausimą liečiančios literatūros apžvalga.

Pasak L e n z'o, reikią manyti, kad vėžys (ir apskritai piktybinis auglys), kaip taisyklė, prasidedąs iš vienos ligūstai pakitusios celės, taigi, visą vėžio auglį sudarančios celės esančios atsiradusios iš pirmosios vėžio celės dalinimosi - dauginimosi būdu (C o n h e i m'o - R i b b e r t'o teorija, kad carcinoma prasidedanti iš organizme užsilikusios embrioninės celės). Tų celių šitas augimas skiriąsis nuo normalių celių augimo tuo, kad jis neprisilaikąs organizmo bendrinio surėdymo plano (B a u p l a n), ir, neatsižvelgdamos į organizmo išlaikymą, jį naikindamos vėžio celės toliau klestinčios. Taigi, vėžio celės elgiančiosi su normaliu audiniu, iš kurio jos yra kilusios, kaip parazitai (Schmarotzer), kurios normalių celių sąskaiton dauginasi ir plečiasi. Palyginti toks galingas augimas su tokia daugybe besidauginančių celių, kaip kad matome piktybiniuose augliuose, tepastebima organizmo embrioninio vystymosi pradžioje. Regeneracinis audinių augimas pasiliekąs bendriniame organizmo vystymosi plane; taigi normalus ir regeneracinis celių augimas pasiliekąs prisitaikymo ribose (Anpassungsvorgang). Gi vėžio augimas prisitaikymo pobūdžio neturįs — jis augąs organizmą naikindamas, ir tame pasireiškiąs vėžio ligūstumas (L e n z).

S c h a e r'o veikale „Daugiau vėžio išgijimų" („Mehr Krebsheilung") vėžys šitaip apibūdinamas. Vėžys esąs dezorganizacija, kuri galinti pasireikšti kiekviename daugceliniame organizme, kuriame del kurios nors priežasties nebeveikiąs reguliacinis aparatas, kuris reguliuoja atskirų celių tarpusavio kovą del būvio, ir tuo būdu įgalinąs visą celių valstybę — organizmą prisitaikyti apskritai gyvybiniams dėsniams ir pasireikšti tam tikroje gyvybinėje erdvėje (Lebensraum) su optimaliniu veikimu išorei. Vėžio celės esančios koordinacijos nebetekę regeneratai, kurie nuolatiniam savo dauginimuisi panaudoja reikalingą statybinę medžiagą iki organizmui išsenkant. Normaliai organizme kai kurios celės turinčios regeneracijos gabumų tam, kad gyvybinės organizmo medžiagos, kurios nuolat gyvybinių procesų sunaudojamos, būtų atstatomos, ir tuo būdu jų (tų medžiagų) pusiausvyra būtų išlaikoma gyvybiniams uždaviniams atlikti. Normalios celės esančios tam tikro intraceliulinio reguliacijos mechanizmo įtakoje. Piktybinių celių dauginimosi, pasak prof. B l o c h'o, priežastis esanti šito intraceliulinio reguliacijos mechanizmo sutrikimas. Tuo ir

skiriąsis piktybinių celių augimas nuo normalių celių regeneracijos.

Tiubingo garsusis chirurgas Perthes palygina vėžio celių augimą su laikrodžio mechanizmu, kurio veikimas pareina nuo spyruoklės įtempimo. Pagadinus šitą laikrodžio mechanizmo dalį (spyruoklę), rodiklės pagreitėjusiu tempu apskriejančios, iki pasibaigiant spyruoklės veikimo pajėgumui. Panašiai galįs vykti ir celės procesas, kai, pagedus tam tikroms celės dalims, pasireiškiąs ligūstas, pagreitėjęs celės dalinimasis — dauginimasis.

Reikią žiūrėti į karcinomos celes, pasak prof. Wolff'o, kaip į celes, kurios nuolatos dalinasi, t. y. vos nauja celė atsirado, ji tuojau toliau dalinasi, visai neturėdama ramybės stovio, kaip, pvz., kitos organizmo celės, kad spėtų išsivystyti į specifiškas organizmui naudingas celes (liaukas, epitelį). Delto, pasak prof. Bloch'o ir Engel'io, apskritai reikią laikyti, kad vėžio celių augimas pirmiausia pasireiškiąs ten, kur organizmo celės yra predisponuotos dalinimuisi, geriau sakant, turi dalinimosi ypatybę.

F. Lenz ieško vėžio atsiradimo pradų net celės vitaliniame mechanizme, manydamas, kad vėžio esmė pasireiškianti somatinių celių ideokinezėje, vadinasi, somatinės celės savo vidines savybes pakeičiančios. Paveldimumas persiduoda embrioninėmis celėmis. Atrodo, kad, somatinėms celėms palinkimo procese nedalyvaujant, neįmanomas vėžio paveldimumas. Tas pats Lenz sako, kad vėžio problemai svarbu išaiškinti klausimas, kodėl, užsibaigus ontogenezei, celių augimas sustojąs. Toliau samprotauja, kad tatai, matyti, įvykstą ant kurių nors reguliuojančių mechanizmų pagrindo, kurie pradedą veikti sąsyjyje su definityviu išsirūtuliavimo stoviu. Tačiau juk nėra negalima, kad šitie sulaikantieji reguliuojantieji mechanizmai galėtų būti kurių nors veiksnių sunaikinami.

Pagaliau net manoma, kad įvairiose formose pasireiškiančios somatinių celių ideovarijacijos, sudarydamos sąlygas neaprėžtam augimui, kaip tik veda prie piktybinių auglių atsiradimo. Paveldimumas piktybiniais augliais sirgti, galimas daiktas, turi tiesioginį sąsyjį su ideovarijacijomis.

Antra vertus, iš bandymų su pelėmis yra žinoma, kad piktybiniai augliai tos pačios rasės pelėms galima sėkmingai įskiepyti, tačiau kitoms pelėms, kad ir eventualiai artimos rasės, tokie skiepai neprisiimą. Tatai rodą, kad esą įgimtų gabumų piktybinių celių augimui trukdyti ir slopinti (Slye).

Pasirodo, kad sveikas žmogaus organizmas turi priemonių kovoti su vėžiškai augančiomis celėmis. Watermann ir Kromme įrodė, kad normalių žmonių serumas ir odos ekstraktai sunaikiną auglio celes. Net pasisekę toji substancija

izoliuoti. Daugiausia tos substancijos turįs retikulo-endotelinis audinys. Del to esama nuomonių, kad ne vėžys esąs piktybinis, bet vėžys pasidaręs piktybinis, sumažėjus organizmo fiziologiniams atsparumo gabumams. Kol organizmo medžiagos apykaitos pajėgumas yra normalus, tol nereikią laikyti taip tragišku vėžio celių išnešiojimo kraujo ir lymfos takais. Vėžio celė, apskritai, trumpai gyvenanti ir nesanti atspari. Del to susirgimo pradžioje išnešiojamosios vėžio celės normaliųjų organizmo celių sunaikinamos. Bet tuo būdu iš sunaikintų vėžio celių paleidžiamos nuodingos medžiagos, kurios naikina vietinį audinių pasipriešinimo pajėgumą. Tuo būdu sudaroma patogi dirva vėliau atplaukiančioms vėžio celėms nekliudomoms toliau vystytis (prof. W o l f f).

Fiziologinio atsparumo prieš vėžio celes nešėjas laikomas retikulo-endotelinis audinys. Pagal A s c h o f f'ą retikulo-endotelinei sistemai priskiriami raudonųjų ir baltųjų kraujo kūnelių gaminamieji organai, k. a.: blužnis, kaulų smegenys, lymfinės liaukos ir kituose organuose esantieji lymfiniai padarai. Prof. S t r a u s s nurodo, kad dažnai užtinkama atrofavusi blužnis pas vėžiu sergančiuosius. Tat lyg rodą į tai, kad tokiais atvejais retikulo - endotelinė sistema yra susilpnėjusi. Samprotaudamas, kad retikulo - endoteliniai audiniai turį galios naikinti vėžiškai augančias celes, prof. G a l t a n o F i c h e r a (Nacionalinio Vėžio Instituto Vittorio Emanuelio III direktorius Mailande) įvedė vėžiu sergančiam organizmui reticulo - endotelinio organo substancijos, manydamas tuo būdu padėsiąs organizmui nugalėti vėžį. Eksperimentais tariasi įrodęs, kad blužnis, thymus ir kaulo smegenys sulaiką auglio augimą. F i c h e r a mano, kad retikulo - endoteliniai organai turį didelę onkolitinę galią (auglio celes naikinti — tirpinti) ir kad iš šitų organų išeiną hormonų pavidalo celių augimo reguliatoriai, del to jis tuos organus dar vadina antiblastiniais. Nebėsant tam reguliuojančiam hormono inkretui, pasenusios ir išsigimusios celės nevaržomos pradedančios dalintis ir tarpstančios į neleistinus ir netvarkingus celių padarus (S e l d). B o s t r o e m tvirtina, kad susirgimas vėžiu esąs retikulo - endotelinės sistemos susirgimas. S e l d palygina auglį su obuoliu ant medžio, vadinasi, kad augliu susirgimas glūdįs visos sistemos susirgime, o pats auglys tesąs matomas to susirgimo pažymys — vaisius. Iš to ir kyla mintis, kad gal būsią sėkmingiau kovoti su vėžiu tada, kada bus stiprinama atitinkama organizmo sistema, kuri turi galios kliudyti vėžinėms celėms augti. Manoma, kad retikulo - endotelinės sistemos pajėgumą galima pakelti teikiant organizmui lipoidinių vitaminų (S c h a e r).

S e l d, kalbėdamas apie dervą kaip vėžio sukėlėją, mano,

kad derva atimanti audinių sierą, ir kaip tik sieros stoka audiniuose esanti celių išsigimimo ir patologiško augimo priežastis. Esminis pakitimas esąs tas, kad celių protoplazmos paviršiaus įtempimas pasikeičiąs, del ko retikulo - endotelinis jungiamasis audinys susilpnėjąs, už tat galįs epitelinis audinys nevaržomas geriau tarpti. Toks epitelis jau nuo bet kurio dirgiklio galįs pradėti augti ir išsivystyti į vėžį (Braunstein, Knake, Katzenstein). Kad vėžio išsivystymo galimumas atsirandąs tada, kai sutrinka pusiausvyra tarp epitelinio ir retikulo-endotelinio jungiamojo audinio, mintis nėra taip nauja, nes, pasak Braunstein'o, jau Thiersch (1860), Theilhaber ir Fichera, kalbėdami apie vėžį, kalba apie jungiamojo audinio ir epitelio pusiausvyros sutrikimą. Esant tokiai retikulo - endotelio sistemos reikšmei vėžio išsivystymui, rodos, galima kalbėti apie karcinominę konstituciją, panašiai, kaip kalbama apie status thymo - lymphaticus arba hypoplasticus. Kad celės virstų vėžinėmis, turinti atitinkamai pakisti aplinkos plazma. Anot prof. Kraus'o „kol vėžio celė auga vėžio plazmoje, ji pasilieka vėžio cele; normalioje plazmoje ji virsta normale cele". Fischer - Wasels mano, kad vėžio celė atsirandanti tokioje aplinkoje, kai celės alsavimas pakenkiamas, o rūgimas, ypač deguoniui dalyvaujant, žymiai padidėja. Tokias sąlygas celėms sudarą arsenikas, derva ir ypatingai karcinominės medžiagos, išskirtos, paskutiniais laikais iš dervos.

Dažnai sutinkama mintis, kad vėžiškas celių augimas labai pareinąs nuo santykio cheminių elementų organizme. Schaer nurodo, kad vėžio celėse pasireiškianti didelė cholesterino stoka ir kad apie 75% daugiau kaip normaliai jose riebalų padaugėją. Šarmišką maistą gaunančių pelių vėžys greičiau augąs, negu tų pelių, kurios gaunančios rūgštų maistą. Taip pat esą pastebėta, kad vėžiu sergančiuose organuose katalazės, oksidazės ir peroksidazės pajėgumas sumažėjąs. Freund ir Kaminer, darę daugiau kaip 10 metų komplikuočiausius tyrimus vėžio dispozicijos biochemiškiems pamatams aiškinti, prieina išvadą, kad vėžio dispozicija prasidedanti jau virškinamuosiuose takuose. Normalinėmis sąlygomis palmitinas žarnose esąs paverčiamas dikarbonine rūgštimi, kuri kliudanti augliui atsirasti ir naikinanti vėžio celes. Vėžiui disponuoto asmens žarnose dikarboninė rūgštis liekanti neprisisotinusi, ir serume ji su euglobulinu ir angliavandeniu sudaranti specifišką nukleoglobuliną, kuris normalių sveikų celių nepaimamas. Jeigu kur nors organizme del kurio nors chroniško veikimo normalios rūgšties (dikarboninės rūgšties) pristinga, celės paimančios karcinominį nukleoglobuliną, kuris, virsdamas nukleoproteidu, darąs pačią celę ligūstą — karcinominę.

Vėžiškas celių augimas pasireiškiąs dažniau tokiame organizme, kuriame bendrinis vitalitetas (gajumas) pakilęs. Körbler samprotauja, kad stiprėjant vitalitetui organizmas sėkmingai nugalįs, pvz., tuberkuliozę, bet tuo metu galįs pradėti augti vėžys. Körbler laikąs su vėžio išsivystymu vitaliteto padidėjimą ne pripuolamu reiškiniu, bet sutapimu. Antra vertus, vitaliteto padidėjimas sutampąs su gilia senatve. Del to gili senatvė, resp. vitaliteto padidėjimas ir esąs momentas, kada vėžys dažniausiai išsivysto. Ta nuomonė net paremiama statistikos duomenimis apie vėžiu sergančiųjų mirtingumą, kuris esąs didžiausias tais metų laikais, kada yra daugiausia spindulių, vitaminų, t. y. šviežių daržovių, vaisių ir t. t., būtent, liepos, rugpjūčio ir rugsėjo mėnesiais; o džiovininkų didžiausias mirtingumas esąs vitaminų stokos metu — kovo, balandžio ir gegužio mėnesiais (Gerébb). Taip pat ir Fränkel - Geréb tvirtina pastebėję, kad, kai pelės ar žiurkės buvo šeriamos vitaminais turtingesniu maistu, tai tų gyvulių dirbtinai sukeltieji piktybiniai augliai pradėdavę labiau augti; priešingai, vitaminais neturtingą maistą duodant, piktybinių auglių augimas žymiai sulėtėdavęs arba visai sustodavęs ir augliai išnykdavę. Aukščiau minėtos pažiūros sako, kad vėžiškas celių augimas esąs tampriai susijęs su celių chemišku pakitimu, glūdinčiu pačiose organizmo celėse. Bet celių chemiško pakitimo priežastys pasirodo esančios nevienodos.

Literatūroje užtinkamieji statistikos duomenys, kad vėžys yra paveldima liga, rodo didelį svyravimą. Štai keli pavyzdžiai, kur autoriai, berinkdami statistikos medžiagą, mano šitokį procentą išaiškinę, kad vėžys yra paveldimas susirgimas: Paget — 22%, Winiwarter — 1%, Siegrist — 2,5%, Baker — 43%, Benedetti — 15% ir Conradini — 10%. Fischer - Wasels kalba apie bendrinį ir vietinį paveldimumą, apie bendrinę ir vietinę dispoziciją. Tačiau nenuneigia ir išorinių vėžį sukeliančių veiksnių. Jis apskritai nurodo didelį karcinomą sukeliančių veiksnių įvairumą. Be to, nurodo, kad vedybose esąs didelis paveldimumo pavojus, kai abudu partneriai serga vienos lokalizacijos (pvz., skrandžio) piktybiniu augliu. Paveldimumo pavojus nesąs toks didelis, kai, pvz., vienas partneris serga ca ventriculi, o antras — glioma cerebri. Lenz nurodo kelis pavyzdžius, kur vėžys esąs paveldimas. Vienu atsitikimu tėvas ir motina buvo sirgę skrandžio vėžiu; iš jų septynių vaikų keturi sūnūs ir viena duktė sirgo taip pat skrandžio vėžiu. Antru atsitikimu motina buvo sirgusi skrandžio vėžiu; jos visi šeši vaikai sirgo vėžiu, būtent, trys sūnūs ir 2 dukterys — skrandžio ir viena duktė — kepenų vėžiu. Trečią atsitikimą nurodo, kur skrandžio vėžys šeimoje jau ketvirtoje eilėje kartojasi. Körbler aprašo taip pat

du atsitikimus, kur vienu atsitikimu tėvai buvo sirgę vėžiu ir jų 3 vaikai susirgo taip pat vėžiu, ir antru atsitikimu abudu tėvai sirgo odos vėžiu ir jų 3 vaikai taip pat susirgo odos vėžiu.

Vėžio paveldimumas daug geriau galima sekti pas gyvulius. Gyvulys, palyginti, daug trumpiau gyvena, ir jis galima padėti prireikus patogiose stebėjimo sąlygose. Slye atliko žinomus apie vėžio paveldimumą tyrinėjimus su pelėmis ir priėjo išvadą, kad vėžys paveldimas kaip recesyvinė ypatybė. Jo manymu „cancer" ir „noncancer" ypatybės paveldimumo procese pasireiškiančios tokiame santykyje, kaip albinizmas su pigmentacija. Little, analyzuodamas tokių pat bandymų išdavas, priėjo tą išvadą, kad vėžys paveldimas kaip dominuojanti, su lytimi susijusi, ypatybė. Loeb sako, kad vėžio paveldimumas ne visada einąs pagal Mendel'io paveldimumo dėsnį.

Lynch, Dobrovolskaja-Zavadskaja ir Loeb tos rūšies tyrinėjimais, darydami sumanius kryžiavimo mėginimus, įnešė daug šviesos į klausimą apie vėžio paveldimumą pas gyvulius. Jų bandymai rodo, kad vėžio paveldimumas pas gyvulius esąs galimas. Tačiau, kuriuo būdu paveldimumas įvykstąs, dar neprieita galutinės išvados. Patys vėžio paveldimumo tyrimai tuo būdu apsunkinami, kadangi vėžio paveldimumas neduoda jokių matomų išorinių reiškinių, kaip, pvz., syfilis, tuberkuliozė. Tyrinėjimai esą parodę, kad atsparumas prieš transplantuotą piktybinį auglį pelėms persiduodąs paveldėjimo būdu pagal Mendel'io dėsnį (Strong); taip pat ir refraktoriškai hereditarinėms pelėms, t. y. tokioms pelėms, kurios iš prigimties turi atsparumą, transplantuotas piktybinis auglys neprigyjąs (Slye). Vėl Guerin mano, kad tiesioginio vėžio herediteto nesą, tepaveldima tik predispozicija. Pasak Körbler'io, nors dažnai atsitinka, kad keli šeimos nariai suserga vėžiu, bet nesant galimumo sekti vėžio paveldimumo pas žmones, didesniame ainių skaičiuje pagal paveldimumo dėsnius, tokie susirgimai galį būti sutapimai. Del to vėžio paveldimumą aiškinant, esą daug svarbiau ilgą laiką sekti vėžiu sergantieji šeimų nariai, negu registruoti atsitiktinai vėžiu sergančios šeimos. Kad būtų neabejojama, jog vėžys paveldimas, reikalinga, kad vėžiu sergančių tėvų vaikai būtų atskirti ir augtų aplinkoje, kur nėra vėžiu sergančių. Jei ir tada iš vėžiu sergančių tėvų gimę vaikai susirgtų vėžiu, tai būtų tikriau įrodyta, kad tie vaikai yra paveldėję vėžį. Bet jei vaikai gyvena kartu su savo vėžiu sergančiais tėvais ir kada dar nėra įrodyta, kad vėžio liga neužkrečiama, tada lieka didelis galimumas, kad vaikai užsikrečia vėžiu nuo savo tėvų, kaip, pvz., vaikai lengvai užsikrečia džiova arba kita užkrečiamąja liga nuo tąja liga sergančių savo tėvų.

Taip samprotaudami pereiname prie vėžio užkrėtimo galimumo klausimo. Körbler aprašo atsitikimą, kur į vieną sveiką šeimą ateina gimdos vėžiu serganti pamotė. Šitos pamotės sesuo serga odos vėžiu. Tat rodo, kad pamotė tikrai paeina iš vėžiu sergančios šeimos. Tos pamotės auginama, šiaip iš vėžiu nesergančios šeimos kilusi, podukra suserga sėdimosios žarnos vėžiu (ca recti), o tos dukters tėvas (pamotės vyras) suserga kepenų vėžiu. Taigi, reikią manyti, kad jie užsikrėtė vėžiu nuo atėjusios vėžiu sergančios pamotės.

Nebel (Lausanne) tvirtina, kad mikrococcus neoformans esąs vėžio sukėlėjas. Šitas mikrobas, 1.000 kartų padidintas, esąs matomas. Jo šeimininkas (Wirt) esąs pelėsių grybas. Šitas mikrobas esąs visai toks, kaip kad randamieji kūneliai karcinomos celėse (Krebscelleneinschluss). Mikrococcus neoformans įskiepytiems gyvuliams išaugęs panašus į vėžį auglys.

Brehmer (Berlin - Dahlem) pastebėjo, kad vėžiu sergančiųjų kraujyje ir augliuose esąs randamas ypatingas mažas sukėlėjas, kuris esąs įvairių formų. Del to jis jį pavadinęs siphonospora polymorpha (formenreicher Sporenschlauch). Pasak Brehmer'io, šito sukėlėjo tam tikrų formų esą randama ir sveikame žmoguje. Tik esant vėžio predispozicijai, kuri pasireiškianti tuo, kad vandenilio jonų kiekis kraujyje nuo 7,2 Ph pakyla iki 7,8—7,9 Ph, šitas mikrobas gaunąs naują formą, kuria jis sukeliąs piktybinį celių augimą, jeigu jis patenkąs į fiziškai ar chemiškai pakenktas celes. Šitos formos mikrobas, įskiepytas kitam gyvuliui, sukeliąs panašų vėžišką celių (audinių) augimą. Prof. Schilling Berlyne ir Bärner ir Jahnecke Naumburge šitą Brehmer'io pastebėjimą patikrino ir patvirtino.

Pagaliau nurodoma, kad kai kurie parazitai (spiroptera, bilharzia) sukelią epiteliomišką epitelio augimą. Nurodoma, kad kai kurios infekcinės ligos turinčios reikšmės atsirasti vėžiui, taip, pvz., gripas — plaučių vėžiui. Reikia manyti, kad infekcinės ligos nėra tiesioginiai vėžio sukėlėjai, bet kad del infekcijos susilpnėję audiniai predisponuojami vėžiu sirgti.

Ypatingai atkreiptas dėmesys į santykį tuberkuliozės su vėžiu. Anksčiau buvo manyta, kad, esant vienai iš tų dviejų ligų, antroji negalinti tame organizme atsirasti. Bet vėliau buvo kartotinai įrodyta, kad galinti pasitaikyti tuberkuliozė kartu su vėžiu. Vis tik yra nuomonių, kad tiedvi ligos viena antrai turi ypatingos įtakos. Körbler nurodo šitokį pavyzdį. Du broliai iš tuberkuliozinės šeimos, kurioje buvo žinomas ir vėžio paveldimumas, vedė tuberkuliozinės šeimos dukteris, palinkusias sirgti vėžiu. Vienos iš tų porų vaikai buvo tuber-

kuliozininkai, bet vėžys jiems nepasireiškė; antrosios poros vaikai sirgo vėžiu, tačiau tuberkulioze nesirgo. Jan Cook (1867) tvirtina, kad vėžiu sergančių tėvų vaikai dažniau susergą džiova. Aronsohn teigia, kad 10% džiovininkų paeiną iš vėžiu sergančių tėvų. Bardel (1869) tarp 100 vėžiu sergančių šeimų radęs, kad 75 iš jų turėję tuberkuliozinį šeimos medį (Stammbaum); 32 šeimas jis net iki 3-čios generacijos ištyrė ir rado, kad iš jų 12% sirgę vėžiu, 59%, — džiova ir 21% likę sveiki. Cintanni aprašo atsitikimą, kur, pašalinus veido vėžį, dešimčiai metų praėjus atsiradęs recidyvas. Tas recidyvas, nors ir buvo elektrokoaguliuotas, ilgai negijęs, ir tik staiga, palyginti trumpu laiku (per 3 mėn.), vėžio opa užgijusi, tuo metu ligonis turėjo haemoptoe ir ištyrus pasirodė turįs atvirą plaučių džiovą.

Matome, kad yra mėginta daugeliu kelių eiti vėžio sukėlėjui atrasti, bet pats tikslas dar nei vienu keliu nepasiektas — galutinai vėžio atsiradimo priežastis dar neišaiškinta. Be dirginimo teorijos, ir paveldėjimo ir infekcijos teorijos šiandien dar turi daug šalininkų. Kol vėžio atsiradimo priežasties klausimas galutinai neišspręstas, ir kitos vėžio teorijos negali būti paneigtos. Visas medicinos pasaulis yra smarkiai įnykęs vėžio priežastį tirti. Reikia manyti, kad anksčiau ar vėliau vis tik pasiseks galutinai išaiškinti tikroji vėžio atsiradimo priežastis.

LITERATŪRA.

1. E. Barker: Krebs, seine Ursachen u. sichere Verhütung. 1925.
2. Bostroem: Der Krebs des Menschen.
3. Braunstein, A.: Über immunbiologische Krebsprophylaxe u. konstitutionelle Krebsdisposition, „Zeitschr. Krebsf." 1933, t. 39, p. 321.
4. Dobrowolskaja - Zavadskaja, N: Heredity of Cancer. „Amer. J. Canc." 1933, t. 18, p. 357.
5. Fischer - Wasels: Geschwulstbildung u. Vererbung. 1937.
6. Fraenkel - Geréb: Geschwulstwachstum u. Vitamine. „Zeitsch. Krebsf." 1933, t. 39 p. 93.
7. Freung, E. - Kamminer, G.: Biochemische Grundlagen der Disposition für Karzinom.
8. Koerbler, Juraj: Vererbung der Krebskrankheit. „Zeitsch. Krebsf." 1933, t. 40, p. 271.
9. F. Lenz, E. Bauer, E. Fischer: Menschliche Erblichkeitslehre. T. I.
10. O. Schaer: Mehr Krebsheilung.
11. Seld: Wie erkennt man den Krebs schon in seinen Vorstufen?

Med. dr. H. Nossen.

Skrandžio opinės karcinomos atsitikimas.

(Panevėžio Žydų ligoninės chirurginis - ginekologinis skyrius. Skyriaus vedėjas — dr. H. Nossen).

Nagrinėjant galimumus skrandžio opai virsti vėžiu, reikia prisipažinti, kad šituo klausimu dar tebėsama įvairių nuomonių. Todėl ir literatūroje galima užtikti labai margas vaizdas. Tat visiškai pateisina imtis kazuistinių pranešimų, nes tuo būdu gali būti geriausiai nušviesta šita ginčijima sritis. 1937 m. spalių mėn. teko operuoti vienas skrandžio opos atsitikimas, kur rezekcinis preparatas sukėlė opinės karcinomos įtarimą, kurį teigiamai išsprendė tikslus histologiškas tyrimas.

V. A., 40 metų amžiaus, ligos istorijos 756/1.488 nr. Priimtas į ligoninę 1937. X. 3 d.

Anamnezė. Pacientas pirmiau buvęs apysveikis, kartais pavalgius užeidavę nežymūs skausmai. Tačiau per pastarąsias savaites šitie skausmai gerokai padidėję, o dabar jie ypač užeiną maždaug po 2 valandų pavalgius. Pirmą kartą vėmęs prieš 8 dienas; paskutinį kartą pacientas išvėmęs tamsios spalvos vėmalus, taip pat ir išmatos buvusios tamsios. Šiaip pacientas apie savo ligą nieko ypatingo negali pasakyti.

Status praesens. Apžiūrėjimo duomenys. Augalotas, blankios išvaizdos, liesas, išblyškusia oda ir išblyškusiomis gleivinėmis vyras. Krūtinės organai patologiškai nepakitę.

Vietiniai duomenys. Minkštas, kiek įdubęs pilvas. Spaudžiant skrandžio srityje, žemiau dešiniųjų pašonkaulių pasireiškia gana didelis skausmas. Apčiuopiant negalima tikrai nustatyti pasipriešinimo arba kurio nors auglio.

Rentgeno tyrimo duomenys. Žirnio didumo kalkinis židinys dešiniuosiuose plaučiuose. Plaučių viršūnės ir stemplė nepakitusios.

Atoniškas, padidėjęs skrandis, kurio apatinis galas nusikoręs maždaug devyniais centimetrais žemiau cristae iliacae. Gleivinės reljefas netaisyklingas. Pylorus labai ištiestas, jojo pradinėje dalyje matomas kaip ragas, nišos pavidalo, išdubimas. Skrandžio vidus rodo didelę peristaltiką, bulbus duodeni yra didelis, susmailėjęs į viršų ir nuolat prisipildęs. Skrandžio išėjimo sritis spaudžiama skauda. Vienai valandai praėjus po valgio, skrandyje ir laibosiose žarnose yra maža tyrės. Dabar skrandžio išėjimo srityje matomas didelis bulbus'o pavidalo išdubimas; ten pat spaudžiant jaučiamas didelis skausmas. Praslinkus 6 valandoms po valgio skrandyje dar matoma kiaušinio didumo liekanų.

Rentgeno nuotrauka, padaryta praėjus 20-čiai minučių po valgio, rodo žemai nusikorusį skrandį, ištiestą skrandžio išėjimą ir minėtą išdubimą.

Diagnozė. Iš tyrimo duomenų reikia spręsti apie ulcus callosum juxta pylori. Lengvas motorinis nepakankamumas.

Ligos eiga. Kadangi pacientas daro blogą įspūdį, tai jis iš pradžių paruošiamas iš vidaus, be to, dar gauna kasdien į paodį valgomosios druskos fiziologiško tirpinio infuzijas. Po paskutinės infuzijos paciento temperatūra pakilo ligi 39°, del to operacija atidėta iki 1937. X. 12 d.

Operacija (dr. H. Nossen). Operacinę sritį vietoje anestezavus, pilvas sluoksniais atidarytas; atidarius peritoneum'ą, atlikta splanchnicus'o anestezija. Anestezija veikė labai gerai; pridėtinės narkozės nereikėjo, net ir operacijai besibaigiant. Laparotomija patvirtino rentgeno diagno-

zę: rastas didelis ulcus juxta pylori, kurio kraštai truputį buvo sukietėję. Atlikta resectio $^{2}/_{3}$ ventriculi pagal v. Haberer-Finsterer'io modifikaciją. Pirminis žaizdų uždarymas.

Iš pradžių ligos eiga buvo labai gera. Pacientas jautėsi gerai, operuotame skrandyje nei retencijos, nei singultus'o, nei vėmimo nebuvo, temperatūra buvo normali. Septintą dieną po operacijos pacientas pirmą kartą atsikėlė. Aštuntą dieną po operacijos pasireiškė staigus skausmas krūtinėje, vakare temperatūra pakilo iki 38,5°. Dešiniosios pusės žemai užpakalyje girdimas pleuritinis trynimasis, alsavimas paviršutiniškas, krūtinėje skausmai. Čia turėta reikalo su embolinių procesu. Per tolimesnes 48 valandas išsirūtuliavo sunki pneumonija. X. 30 d. (18-tą dieną po operacijos) pacientas toliau gydyti paguldytas vidaus skyriuje. Del plaučių gangrenos stovis žymiai pablogėjo. Lapkričio mėnesiui įpusėjus (praėjus 5 savaitėms po operacijos) — exitus letalis.

Iš pirmo mikroskopiško tyrimo buvo nustatyta vėžio diagnozė. Kadangi jau operacijos metu buvau įtaręs opinę karcinomą, tai padarydinau vėl keletą pjūvių iš opos centro, nes iš pradžių tyrinėtoji medžiaga buvo paimta tiktai iš preparato kraštų. Antro histologiško tyrimo duomenys buvo šie: „Nagrinėjant šitą preparatą galima iš tikrųjų nustatyti, jog čia yra vėžys opinės kilmės, ką rodo įvairūs procesai, k. a.: epitelio nykimas, raumenų nekrozė ir t. t. Lymfiniai indai aplink opą yra sausakimšai prisikimšę vėžio narvelių".

Taigi, mano įtarimas čia pasitvirtino. Šituo atsitikimu būta reto skrandžio susirgimo, kai iš opos chroniškos stadijos išsirūtuliuoja skrandžio vėžys. Pats ligonis atrodė neblogas. Rezekcija galima buvo padaryti tolokai sveiko audinio srityje. Operacijos metu jokių metastazių nerasta. Be abejo, pacientas mirė ne del operacijos, nes jisai mirė praslinkus maždaug 5 savaitėms po operacijos, bet del antrinės plaučių komplikacijos, prieš kurią paciento organizmas, nusilpęs jau prieš operuojant, negalėjo atsilaikyti.

Šito straipsnio pradžioje esu jau minėjęs, kad medicinos literatūroje apie opinę karcinomą yra pranešama labai įvairių nuomonių. Kadangi tat yra didelių nuomonių skirtumų sritis, tai ir literatūra apie šitą klausimą yra labai gausi, todėl ir norėčiau žemiau panagrinėti svarbiausias šitų mokslinių tyrinėjimų išdavas.

Rothmann pateikia labai skirtingus tokių atsitikimų procentinius skaičius, svyruojančius tarp 2 ir 70. Taip pat apie didelius procentinius skaičius praneša amerikiečiai. Sternberg ypač pabrėžia, kad diagnozės atžvilgiu labai vertingas esąs suradimas chroniškoms opoms būdingo jungiamojo audinio, kuriame nėra arba labai maža tėra vėžinių narvelių; nes sunku esą įsivaizduoti, kad, atsiradus vėžiui, iš chroniškos opos stiprusis audinys, kurio susidarymas trunka gana ilgai, būtų visiškai laisvas nuo vėžinio audinio. Sternberg randa opinės karcinomos atveju ypač tubulines adenokarcinomas, o ne scirrhus. Neįtikėtina esanti nuomonė, kad kraš-

tuose būtų medulinis, o dugne scirozinis vėžys. Būdingas randinis audinys, jei tat nėra scirozinis vėžys, laikomas autoriaus didele diagnozės parama. Borchart ir Puchert tyrinėjo esant opai ir vėžiui skrandžio gleivinės ypatumus. Vėžio atveju rastas išsiplėtęs antrum'o gastritas, o esant opai antrum'o srityje — beveik visuomet ūminis arba apyūmis gastritas; esant ligai fundus'e — sąlygos būnančios įvairios. Tačiau esant opinei karcinomai, skrandžio gleivinės sąlygos esančios perdaug įvairios, todėl ir negalima jomis pagrįsti diagnozės. Puchert rado vėžio atveju visame skrandyje atrofinį gastritą, o opos atveju — tik antrum'o dalyje apyūmį gastritą; tuo ir aiškinamas laisvinės HCl buvimas šitų dviejų susirgimų atveju. Jei laisvinė HCl randama vėžio atveju, tai šita aplinkybė kelia antrinio susidarymo (chron. opa arba papiloma) įtarimą. Taip pat Orator pagal dugno gleivinės susirgimą skiria vėžinį gastritą nuo opinio gastrito. Jei skrandžio dugno gleivinė rodo tiktai nežymius pakitimus, tai, pasak autoriaus, esą aišku, kad vėžys esąs susidaręs iš opos. Autoriaus nuomone, praepylorus'o peptinės opos ypačiai linkstančios į blogybinę degeneraciją; prepylorinė gleivinė ypačiai linkstanti į metaplazes ir netipiškas degeneracijas, o gleivinė opos pars media curvaturae minoris srityje daug rečiau degeneruojanti į karcinomą. Taip pat peptinėms opoms būdingas kalozinis audinys opos dugne ir gretimoje submukozėje bei subserozėje, pasak Orator'io, esąs geras ženklas, jei tik jau nėra scirrhus'o; panašiai esą ir su raumenimis. Chroniškos opos būdingi pažymiai yra defektas skrandžio raumenyse, taip pat stačiai kylą ir ryškiai nuo opos dugno atsiskirią kraštai. Pirminis vėžys infiltruotų raumenis ir suskaldytų atskirus pluoštelius, bet jų nesuardytų. Be to, pasak Orator'io, daugelis prasidedančių opinių karcinomų nepažįstama, nes atitinkamų kaloziškų opų kraštai nepakankamai išsamiai tiriami, ir dažnai vėžys esti dar per mažas. Autorius laiko 10 iki 15% visų vėžių chroniškų opų padariniu. Lokalizacijos atžvilgiu jis, pasirėmęs savo tyrinėjimų išdavomis, prieina išvadą, kad ypač degeneruojančios prepylorinės opos, būtent 30% ištirtų opų, o mažosios kurvatūros pars media opos tiktai maždaug 2% atsitikimų blogybiškai degeneruojančios. Pastaruoju laiku ir Aschoff opinę karcinomą laiko pirminiu, jau nelabai retu, atsitikimu. Priešingai savo ankstyvesnei nuomonei jis dabar ypač pabrėžia, kad į randuotą opos dugną labai greit įsiskverbiančios vėžio dalys taip, jog reikią galvoti apie visišką jau ilgesnį laiką esamos chroniškos opos vėžinę degeneraciją.

Atrodo, kad visas šito klausimo kompleksas reikalingas išsamesnio skrandžio patologijos nagrinėjimo.

W. H. Schultze smulkiai pranešė apie gastrito ir opos

VYTAUTO DIDŽ. UNIV. BIBLIOTEKA

vaidmenį skrandžio vėžio genezei. Taip pat Saltzmanno, Heyerowsky'o ir Konjetzny'o pranešimuose nagrinėjamas gleivinės stovis vėžio atveju ir gastrito vaidmuo. Saltzmann'o nuomone į šitą vaidmenį lig šiol buvę kreipiama per maža dėmesio. Pasak Konjetzny'o, tarp chroninio, atrofinio gastrito, polipų susidarymo ir tarp vėžio kilmės esama tamprių saitų. Jis aprašo vienos 50 metų amžiaus moters multicentrinį skrandžio vėžį, kur saitai tarp didelio atrofinio gastrito ir tarp vėžinės degeneracijos skrandžio polipų buvę labai aiškūs. Autoriaus nuomone chroninis gastritas sukeliąs polipų bei vėžio susidarymą. Taip pat Saar aprašo atsitikimus, kur kartu rasdavęsi vėžys ir gerybinis papilinis polipas. Pasak Heyerowsky'o, 78,5% visų vėžio atsitikimų esąs pastebimas aiškus gastritas. Matti'ui gastrito vaidmuo vėžiui susidaryti dar nėsąs visai aiškus. Operuodamas vėžio atsitikimus, jis iš tyrinėtos 20 atsitikimų po operacijos gautos medžiagos, skrandžio gleivinės, galėjęs, esant kliniškai nustatytai druskos rūgšties stokai, visuomet konstatuoti gleivinės atrofiją ir intersticinį gastritą. Tiktai 15—20% visų vėžio atsitikimų neradęs šitų pakitimų. Pasak šito autoriaus, procesas galįs prasidėti nepareinamai nuo vėžio ir galįs taip pat sudaryti naviko atsiradimo pagrindą. Taip pat gastritas galįs atsirasti del skrandžio turinio stagnacijos ir del pūlingų sekretų išsiskyrimo iš vėžinės opos. Matti šitą antrąjį vietinį momentą laiko dažniausia vėžinio gastrito priežastimi. Pasak Szöllösy, skrandžio vėžio genezėje hipotoninis komponentas vaidinąs didelį vaidmenį. Jo nuomone epitelinis pakitimas esąs pirminis, tačiau siejąsis su muscularis mucosae hipotonija ir ten, kur šita raumenų hipotonija pasiekia aukščiausį laipsnį, įvykstąs epitelio pralaužymas.

Opinės karcinomos klausimas labai išsamiai buvo nagrinėjamas ir svarstomas. Galima tvirtinti, kad šitas klausimas yra susilaukęs didelio, ypač chirurgų, susidomėjimo. Antrinis vėžys visų pirma atsiranda senesnio linijinio rando išsirūtuliavimo metu, kaip kad esant smėlio laikrodžio formos skrandžiams. Kadangi ulcus rotundum ir skrandžio vėžys lokalizuojasi toje pačioje vietoje, tai Schultze mano, kad čia esama neretų saitų. Šitos nuomonės laikosi taip pat keletas chirurgų, k. a.: Payer praneša apie 26% opų, kurios degeneravusios į vėžį, Mayo-Robson — 59,3%, Rodmann — 50%, Moyniham — 66%, Wilson ir Mac-Carti — 71%, Matti — 16%, Jedlicka — 26%, Riedel — 30%, Küttner — 43%.

Aschoff, Stromeyer ir Gruber galėjo įrodyti, kad, nustačius tikslią patologiškai anatominę diagnozę, šitie skaičiai nevisai atitinką tikrenybę. Čia turima reikalo su išo-

pėjusiais vėžiais. Taip pat Fraenkel ir Simmods laiko opos degeneraciją į vėžį labai retu atsitikimu. — Taip pat šituo klausimu pasisako Henke, Hanemann ir Henschen. Simptomais pasitikėti esą negalima, nes esama opų be simptomų ir simptomų be opų. — Pagal Waren'o statistiką, 2,4% opų virstą vėžiu. — Krönlein praneša apie 63 ligonius, operuotus del opų; tiktai 2 mirę nuo vėžio (tur būt, pirminio). — Pasak Malkennianz'o, iš 42 skrandžio vėžio atsitikimų 17, vad. 33%, rodę ankstyvesnės opos simptomus.

Paterson nepasitiki Wilson'o ir Mac Carty'o pranešimais, pagal kuriuos apie 62—78% visų skrandžio vėžio atsitikimų pasidarę iš opų. Pasak šito autoriaus, anamnezė ir opos diagnozė, nepaisant visų naujesnių padedamųjų priemonių, esančios dar sunkokos, vėžys ir opa galį visai savarankiškai atsirasti tame pat skrandyje; ulcus duodeni esąs labai dažnas, carcinoma duodeni esanti labai reta; pirmasis esąs pirmojoje dvilikapirštės žarnos dalyje, o pastaroji — antrojoje, ir galiausiai, tiktai labai retai, vėžys išsirūtuliuojąs del opos po gastroenterostomijų; tat daugiausia sudarą 1% visų atsitikimų. Pasak Paterson'o, degeneravusios į vėžį opos esančios jau iš pat pradžių vėžio susirgimai. — Hemmeter ištyrė 232 skrandžio opos atsitikimus ir jų tarpe suradęs tik tris kartus vėžį. — Taip pat Konjetzny neprisideda prie Wilson'o nuomonės. Jis tvirtina, kad tiktai 3—4% visų vėžio atsitikimų pasidarą iš opos. — Panašiai ir Borst pateikia 5,6%, o Saltzmann — 7% atsitikimų. — Wilson ir Mac Dowel tarp 399 skrandžio rezekcijos preparatų radę daugiausia ankstyvesnę opą, kas, gal būt, aiškinama netiksliu histologišku tyrimu. — Carty'o ir Broders'o manymu šituo klausimu esą labai sunku griežtai pasisakyti. — Küttner radęs tarp 120 del opos operuotų atsitikimų tiktai du kartus skrandžio vėžį; taip pat 2 kartus radęs Billeter tarp 112 atsitikimų. — Tolimesnių pranešimų šita kryptimi padarė Kassener ir Levy. Pastarasis aprašo 2 atsitikimus, rastus 27 metų amžiaus moteriai ir antrai — 51 metų amžiaus; joms, be vėžio, atsiradusios tipiškos apskritos skrandžio opos. — Pastaruoju metu įsigali nuomonė apie opų degeneracijos į vėžį retumą (Faulhaber, V. Redwitz ir Exalto); v. Haberer suradęs 21 klaidą tarp 410 skrandžio rezekcijų. Net ir mikroskopiškas tyrimas galįs suklaidinti. Kartais galutinai dalyką nušviečią tiktai serijiniai pjūviai. Tarp 410 savo atsitikimų autorius rado 8 vėžio atsitikimus, išsirūtuliavusius opos vietoje, jų tarpe vienas atsitikimas, kur vėžys išsirūtuliavo nepaisant, kad prieš 12 metų jau buvo atlikta ir gerai veikė gastroenterostomija. — Küttner ir Perthes nurodė sunku-

mus ulcus callosum nuo vėžio atskirti. — Küttner mini taip pat vieną reto daugybinio vėžio pasidarymo atsitikimą.

Savo viename veikale Peyser labai kritiškai nagrinėja skrandžio opinės karcinomos klausimą. Šitas klausimas tiriamas jau nuo 1910 metų, tačiau lig šiol nepavykę sugretinti susidariusių nuomonių. — Payr pateikia 26% savo rezekuotų ulcera callosa atsitikimų kaip vėžinio pobūdžio, Küttner — net 43%. Tuo būdu atrodo, kad ulcus pepticum labai greit degeneruojąsis į vėžį. Panašiai pasisako ir Hauser. Pasak jo, esant giliau infiltruotoms skrandžio sienelės sritims, visai nepasidarančios tipiškos formos peptinės opos, nes, vėžinei infiltracijai žengiant pirmyn (išsirūtuliuojant vėžinei stromai), atsirandą taip pat pakitimai skrandžio sienelių kraujagyslių sistemoje, tačiau peptinės opos tipiška forma esanti susijusi su skrandžio sienelės normaliais indais. Todėl apskrita, aštriais kraštais, krateriška, piltuviška opa vėžinės srities viduje byloja greičiau apie antrinę degeneraciją į vėžį. Tuo būdu klausimas apie pirmenybę tarp opos ir vėžio išplečiamas ta prasme, kad reikia skirti ulceruotas pirminis vėžys nuo ulcus callosum pirminio vėžio atveju. — Tačiau Aschoff'ui pavyko įrodyti kraujagyslių teorijos netinkamumas opos genezei, ir jis iškėlė daugiausia mechaninius momentus. Tuo būdu jis atrėmė Hauser'į, nes opinės karcinomos ir ulceruoto vėžio esminiai pažymiai yra tie patys. Taigi, mechaniškoji opos genezės teorija (vėžio dugne) pasitvirtino. Taip pat Hauser įsitikino, kad sunku esą įrodyti opinė karcinoma, todėl jis pastatė šiuos reikalavimus:

1. Turi būt ieškoma chroniškos opos pažymių,

2. Neturi būti visiškos opos kraštų bei opos dugno vėžinės infiltracijos.

Šitais sumetimais diagnozė yra galima tiktai ankstyvųjų atsitikimų atveju, nes, esant toliau jau pažengusiems griuvimo procesams, nebegalima jau atskirti, kada buvo pasidariusi opa ir kada vėžys. Vėžio liekanų nebuvimas dar neišskiria vėžio galimumo, nes, kaip tat parodė Stromeyer ir Konjetzny, auganti opa galinti pralenkti iš pradžių vėžiu infiltruotas vietas ir tuo būdu padengti vėžį. Tačiau ir vėžio griuvimas galįs nustelbti sąlygas.

Pasak autoriaus, šitie sunkumai galį būti dauguma atsitikimų pašalinti, jei mikroskopiškai tyrinėjant prisilaikoma šių dėsnių:

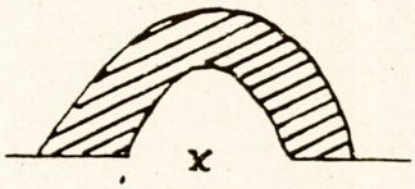
1. Padaroma kiek galima daugiau pjūvių įvairiausiose opos vietose,

2. Pjūviai atliekami taip, kad jie abipus siektų iki normalios gleivinės, nes tuo būdu galima susidaryti nuomonė apie vėžio didumą.

Laikantis tokios metodės galima nustatyti vėžio augimo centras. Pasak R i b b e r t'o, dauguma navikų išeiną iš vieno taško; multicentrinė genezė esanti labai reta. Nustačius augimo centrą, galima spręsti apie opos ir vėžio pasidarymo laiką.

Remiantis unicentrine opos išsirūtuliavimo teorija, vėžio susidarymo laikui nustatyti yra 6 galimumai:

1. Opos kraštuose ir dugne rūtuliuojasi karcinoma, kurios infiltracija plinta vienodai į visas puses. Šituo atveju augimo centras gali būti tiktai *x* raide pažymėtame taške; nes tiktai aplink šitą tašką apibrėžtas pusratis apima visą vėžį (žiūr. 1 schemą). Mūsų atsitikimu augimo centras yra gleivinėje, kuri pirmiau driekėsi toje vietoje, kur dabar yra opa, todėl čia vėžys pasidarė anksčiau už opą.

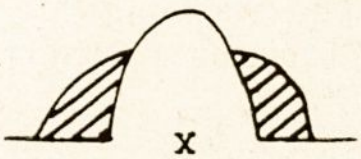


1 schema.

2 schema.

2. Dalinė opos kraštų ir dugno infiltracija. Augimo centras *x* taške, vadinasi, šituo atveju yra tipiška opinė karcinoma (žiūr. 2 schemą).

3. Opos kraštai esti infiltravęsi vėžiu, dugnas laisvas. Augimo centras gleivinėje, vadinasi, yra pirminis vėžys. Antrinė opa pralenkė vėžį, todėl dugnas laisvas (žiūr. 3 schema).



3 schema.

4 schema.

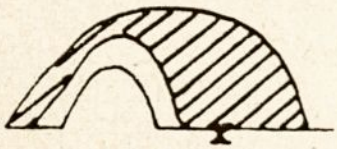
4. Opos kraštai ir dugnas panašūs į antrame skirsnyje pažymėtą, infiltracija nuslinkusi daugiau į šoną. Augimo centras aplinkinėje gleivinėje. Čia vėžys ir opa pasidarė nepriklausomai viens nuo kito. Tiktai augdami šitie procesai susigretina ir susipina (žiūr. 4 schemą).

5. Opos kraštai ir dugnas užimti vėžio. Vienpusiškas vėžio išsiplėtimas į aplinkumą. Augimo centras gleivinėje toli nuo opos. Čia turima reikalo arba su pažengusia pirmyn stadija (4) arba su antrine ulceracija pirminio vėžio kraštinėje srityje (žiūr. 5 schemą).

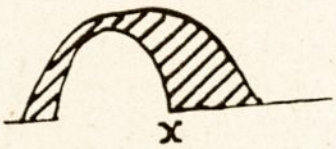
6. Opa visiškai vėžio apimta. Augimo centras krašte. Pirmyn pažengusi opinės karcinomos stadija (kaip 2 p.) (žiūr. 6 schemą).

Žinoma, praktikoje analizė vyksta daug sunkiau, nekaip kad schemoje atvaizduota. Tačiau nelabai pažengusiais atsitikimais jinai turi privesti prie tikslo.

Peyser 3-me punkte prieštarauja Hauser'io nuomonei, pagal kurią prileidimas, kad tipiška apskrita opa, esanti tiesiog vėžio centre, yra kiek neįtikinamas. Infiltravusi vėžiu skrandžio sienelė, mechaniškų įtakų veikiama, turėtų viduryje išopėti, nes ten yra seniausios vėžio ląstelės, kurios greičiausiai linksta suirti. Tuo tarpu kraštuose jaunos vėžio ląstelės esančios atsparesnės. Kraštuose infiltracija, be to, ne tokia masyvi kaip viduryje, kur daugiau pasireiškia mechaninės įtakos. Autorius savo nuomonę paremia vienu submukozėje išsiplėtusios neištisinės metastazės tulžies pūslės vėžio tiksliai stebėtu atsitikimu, kur sekundariškai išsirūtuliavo opa. Hauser, Konjetzny ir kiti aprašė multicentrinį vėžio išsirūtuliavimą. Tiktai jis pasitaikąs labai retai.



5 schema.



6 schema.

Sutinkant didelių sunkumų analizuojant laikų santykius, ieškota dar kitų pagelbinių priemonių. Taip, pav., „prie opos kraštų stačiai į viršų kyląs, lyg išsiraitęs raumeninis sluoksnis" bylojąs apie pirminę opą. Toks fenomenas negalėtų atsirasti, esant nelanksčiai vėžio infiltracijai. Taip pat ir šita Hauser'io nuomonė atmestina, nes muscularis į viršų išsirūtuliavimas prie opos kraštų stebimas taip pat tikro pirminio vėžio atveju (Strohmeyer). Pasak Konjetzny'o, hipertrofuojąs arba atrofuojąs aplinkinės gleivinės gastritas rodo, kad čia esama pirminio vėžio, o ne opinės karcinomos. Tačiau būna židinio pavidalo gastritų, kur gali pasidaryti vėžys. Galiausiai scirinis vėžys byloja greičiau apie opinę karcinomą, negu aukščiau diferencijuotasis, nes pirmasis daugiau panašus į opos pagrindą (randą).

Suglausdamas savo aukščiau išdėstytas išvadas, turiu konstatuoti, kad mano praneštu atsitikimu turėta retos chroniškos skrandžio opos, kuri ilgainiui virto vėžiu. Nepaisant sunkių ligos duomenų, subjektyvūs ligonio nusiskundimai buvo menki, kas yra aišku iš anamnezės.

Pacientas, kuriam per ilgesnį laiką stebimi kliniški reiškiniai, kurie kelia opos įtarimą, neturi būti per ilgai gydomas tiktai vidinėmis priemonėmis. Žinoma, kad ulcus ventriculi a

priori priklauso prie vidaus terapijos, tačiau internisto uždavinys yra iš gydymo eigos laiku padaryti išvados, ar liga gali būti apskritai pagydyta vidinėmis priemonėmis arba ne. Tiktai tada chirurgams teks progos pamatyti daugiau tokių atsitikimų, kur turima reikalo, gal būt, su blogybinės degeneracijos pradžia, o šita aplinkybė įgalintų sumažinti, palyginti, dar didelį mirtingumą nuo skrandžio vėžio.

Opinės karcinomos klausimu, deja, vyrauja dar lig šiol didelė nesantaika tarp patologų ir chirurgų. Šitas nesutarimas remiasi ypatingomis anatominėmis ir funkcinėmis susirgusio organo aplinkybėmis (mechanika, virškinimas, infekcija) ir iš šitų aplinkybių susidarančiomis visokeriopomis kombinacijomis. Atskirų autorių išvados tėra tiktai galimumų sritys, o tikslūs įrodymai lig šiol buvo pasiekti tiktai netiesioginiu būdu. Histologinio preparato nagrinėjimas verčia iš stovio spręsti apie išsirūtuliavimo eigą. Šita išvada turi pasilikti subjektyvi tol, kol nepastebimas palaipsninis opos perėjimas į vėžį. Man nėra žinoma, ar šitai buvo konstatuota eksperimentuojant su gyvuliais arba stebint žmogų (eventualiai gastroskopuojant), ar tat iš viso yra galima. Deja, daugeliu atsitikimų labai bijomasi taikyti mėginamoji laparotomija, ir kaip tik todėl daugelis atsitikimų patenka į chirurgų rankas tiktai tuomet, kai beveik jau nebegalimas radikalus gydymas; o mums yra žinoma, kad gausūs beprasidedančio skrandžio vėžio atsitikimai per daugelį metų nerecidyvavo; kai kurie šitos rūšies ligonių susilaukė net senyvo amžiaus, kai jie laiku buvo operuoti. Jei galima bus pasiekti, kad gastroskopija ir kartu su ja susirgusio audinio iš skrandžio gleivinės paėmimas diagnostikai bus visų pripažinti ir tuo būdu taip pat pacientams bus siūlomi, tada abejotinų skrandžio ligų atsitikimų prognozė staiga pakitės. Šitasai kelias atrodo labai svarbus del to, kad lig šiol dar neturime absoliučiai patikimos vėžio reakcijos.

Naujausioje amerikiečių literatūroje randame labai svarbių pranešimų iš fermentų bei enzimų tyrinėjimo srities; jie visais atžvilgiais verti pasitikėjimo. Tikimės, kad netolimoje ateityje bus rasta tinkama reakcija, kuri įgalins prisiartinti prie visos vėžio problemos ir tuo būdu geriausiai patarnauti vargstančiai žmonijai.

Zusammenfassung.

In der Frage des Ulcuscarcinoms des Magens herrscht bis heute noch eine auffällige Uneinigkeit, sei es auf Seiten der Pathologen oder Chirurgen. Diese Uneinigkeit dürfte sich aus den besonderen anatomischen und funktionellen Verhältnissen (Mechanik, Verdauung, Infektion) des befallenen Organs und den damit geschaffenen vielfältigen Kombinationsmöglichkeiten herleiten. Den Folgerungen der einzelnen Autoren kommt somit zumeist nur der Grad einer mehr oder weniger grossen Wahrscheinlichkeit zu, während exakte Beweise bisher nur auf indirektem Wege erbracht

wurden. Bei der Beurteilung des histologischen Präparates ist man ja gezwungen, aus einem Zustand auf den Ablauf der Entwicklung zu schliessen. Dieser Schluss muss so lange subjektiv bleiben, bis man nicht den Uebergang des Ulcus in ein Carcinom durch direkte Beobachtung in Etappen verfolgt. Ob dieser Weg durch das Tierexperiment oder durch Beobachtung am Menschen (evtl. durch Gastroskopie) möglich ist oder bereits beschritten wurde, ist aus den Veröffentlichungen bis in die letzte Zeit nicht zu ersehen. Wenn die Mortalität der Probelaparatomie heute noch vielfach daran hindert, eine direkte Diagnose zu stellen, dürften doch die gastroskopische Entnahme von verdächtigem Gewebe und die Laparoskopie weniger gefahrbringende Methoden sein, trotz ihrer stark eingeschränkten Anwendungsmöglichkeit. Soweit mir bekannt, ist die Mortalität nach Magenoperationen vorzugsweise auf infektiöse Komplikationen zurückzuführen. Die Erreger sitzen bei geschwürigen Processen in der Tiefe der Schleimhaut und Muskulatur und werden auch bei vorsichtiger und selbst elektrochirurgischer Technik mechanisch verschleppt. Ausgiebige Vor- und Nachbehandlung bei Magenoperationen vermag diesen Process nur wenig abzuschwächen. Bei der Wichtigkeit der Differentialdiagnose zwischen Ulcus und Carcinom und der Unzuverlässigkeit der Statistiken könnte man aber doch durch den Ausbau der direkten Methoden vielleicht etwas weiter kommen, solange wir noch keine absolut sichere Krebsreaktion besitzen. Was nun den Vorgang der malignen Entartung resp. die Carcinomgenese betrifft, so können wir leider ja bisher nur die Attribute dieses Vorganges und haben aus der Beobachtung und dem Experiment einige mögliche Zusammenhänge abgeleitet. Das Problem ist damit dasselbe geblieben. In jüngster Zeit beschäftigen sich amerikanische Autoren auf dem Gebiete der Ferment- und Enzymforschung, möglich, dass durch diese Forschungen, die bereits schon sehr weit gediehen sein sollen, auch das Problem des Ulcuscarcinoms seiner Lösung entgegensieht.

Dr. L. Koganas ir *dr. D. Nakanas.*

Plaučių tuberkulioze sergančio suaugusio žmogaus skrandžio turinyje Koch'o bacilų suradimo klausimu.

(Iš Romainių žydų tuberkuliozininkų sanatorijos).

Iš skrandžio išplautame turinyje Koch'o bacilų ieškoti pasiūlė Menier 1898 m. Tat pradėta plačiai taikyti tuberkuliozininkų vaikų klinikoje, ypač kai Armand - Delille, pasirėmęs gausia medžiaga, įrodė šitos metodės diagnostinę vertę. Nors kai kurie autoriai, pvz., Armand - Delille, Bobrov, Rist, Sayé ir kt., taip pat nurodinėjo šito būdo vertę nustatyti tuberkuliozei suaugusiems, iš kurių negalima buvo gauti skreplių tyrimui, tačiau suaugusiųjų tuberkuliozininkų klinikoje šitas tyrimo būdas, mūsų manymu, visai neužtarnautai nėra plačiai paplitęs.

Šitas tyrimo būdas vaikams, kaip žinoma, taikomas todėl, kad vaikai atkosėtus skreplius nuryja, todėl visų patogiausią tyrimui medžiagą sudaro išimti iš skrandžio nurytieji skrepliai.

Apie suaugusius yra įprasta manyti, kad jie skreplius atkosi ir išspjauna; o jeigu skreplių nėra, tai manoma, kad jų plaučiuose nesusidaro. Rist, Armand - Delille ir kt., yra teisingai nurodę, kad toli gražu ne visi suaugusieji skreplius išspjauna. Neretai sutinkama subjektų, kurie skreplius ne išspjauna, bet nuryja. To priežastimi būna tam tikros viršutinių kvėpuojamųjų takų anomalijos, skreplių tąsumas arba jų mažas kiekis. Neretai išspjauti skreplius sunku išmokyti tamsius, nekultūringus pacientus, kurie juos ryja, lyg maži vaikai, nekreipdami į tai dėmesio. Kartais sutinkama pacientų, tvirtinančių, kad negalį skreplių atkosėti, ir todėl juos nuryją. Pagaliau reikia turėti galvoje, kad nedideli kiekiai skreplių gali susitelkti larynx'o viršutinėje dalyje, į kur jie virpančiojo epitelio atstumiami ir, nesukeldami jokio dirginimo ir kosulio, susirenka ties antgerkliu ir nuryjami. Mums pasisekdavo rasti Koch'o bacilų visiškai nekosėjusių pacientų skrandžiuose.

Mums prieinamoje literatūroje radome labai maža darbų, traktuojančių suaugusiųjų skrandžio turinio tyrimus, ir tat rodo, kad suaugusiųjų tuberkuliozininkų klinikoje šitas tyrimo būdas nėra prigijęs. Bobrov, šitą metodę patikrinęs 130-čiai abacilinių ir bacilinių praeityje ligonių, rado 33,8% rūgštims ir spiritui atsparių bacilų; padarius pasėlius ir tyrimus su kiaulytėmis, tik pusei atvejų nustatyta tuberkuliozinė kilmė.

Sayé skiepijo jūrų kiaulytėms skrandžio turinio centrifugatą 239 ligonių, kurių paprastas skreplių tyrimas buvo neigiamas, ir pas 61 ligonį radęs tbc. Garsia Cervino ir Ramos Rodrigues gavo teigiamų rezultatų 67% visų atvejų. Nasta, Blechman ir Bakann, skiepydami kiaulytėms skrandžio plovimo vandens centrifugatą ligonių, turinčių efektingą pneumotoraksą, rado tbc. praėjus ilgam laikui, kai kada net pusantrų ir daugiau metų.

Per paskutinius aštuonis mėnesius mes tuo būdu tyrėme skrandžio turinį ir iš 46 pacientų surinktos medžiagos galime daryti išvadą, kad šitas būdas turi daug pirmenybių, palyginus jį su kitais skreplių gavimo būdais. Visi šitie ligoniai ilgą laiką neatkosėdavo skreplių, dalis jų skrandžio turinio tyrimo metu, remiantis kliniškais duomenimis, buvo laikomi abaciliniais. Lygia greta kai kuriems ligoniams buvo daromi tepinėliai iš larynx'o, o kai kuriems skrepliai būdavo gaunami iš bronchų, nuplovus jų sieneles fiziologiniu skiediniu ir įvedus Kindberg'o būdu zondą rentgenu kontroliuojant. Gautus rezultatus palyginus, paaiškėjo, kad skrandžio praplovimo metodė yra geresnė.

Mes naudojome paprastą techniką, t. y. skrandį plaudavome nevalgiusiam pacientui, kol jis lovoje tebegulėdavo. Zondas būdavo įvedamas vidutinio kalibro; plonas duodeninio tipo

zondas pasirodė netinkamas, nes jo anga neretai užsikimšdavo skreplių gabalėliais. Pro pritaisytą prie zondo piltuvėlį būdavo įpilama 100—150 cm³. soda pašarminto destiliuoto vandens, kuris būdavo atgal ištraukiamas susidariusio sifono pagelba nuleidžiant žemyn piltuvėlį. Gautas iš skrandžio turinys būdavo centrifuguojamas 5 minutes darant 2.000 apsisukimų; gautų nuosėdų tam tikras kiekis būdavo imamas platinine kilpa ir daromas tepinėlis Ziehl-Nielsen'o būdu; jeigu būdavo randami tipiški tbc. bacilai, tolimesni tyrimai nebebūdavo daromi.

Jei tyrimo rezultatas būdavo neigiamas, likusios nuosėdos būdavo dalomos į dvi dalis: iš vienos dalies buvo daromas storas tepinėlis pagal O z o l'io pasiūlytą būdą, antra dalis būdavo skiepijama dviem jūrų kiaulytėms arba sėjama ant Petranjani maitinamosios medžiagos. Priešingai O z o l'iui, kuris skreplius apdirbdavo antiforminu, mes po centrifugavimo gautas nuosėdas paveikdavome 4% natrio šarmo skiediniu, nes tas pačias nuosėdas mes naudodavome ir pasėliams ir jūrų kiaulytėms. Mes prisilaikydavome pasiūlytos B e s a n ç o n'o ir B r a u n'o technikos. Prie nuosėdų būdavo pridedama 4% natrio šarmo skiedinio, plakama stikline lazdele iki visiškos homogenizacijos, centrifuguojama vieną valandą, darant 2.000 apsisukimų, skystis nupilamas, nuosėdos neutralinamos 4% druskos rūgšties skiediniu iki neutralios reakcijos, nustatomos lakmusiniu popierėliu.

Paprastai būdavo gaunama 2—3 cm.³ emulsijos. Pusė jos būdavo įšvirkščiama dviem jūrų kiaulytėms po šlaunies oda arba intraperitonealiai; kiaulytės būdavo nužudomos po šešių arba daugiau savaičių, arba ta dalis būdavo sėjama ant Petranjani medžiagų. Antra pusė būdavo užpilama ant objektinio stiklelio, džiovinama termostate, dažoma 5 minutes karbolio rūgšties fuchsin'u, nuspalvinama sieros rūgšties alkoholiu, ir, jeigu nuspalvinimas būdavo nepakankamas, papildomai nuspalvinama natrium hyposulfurosum vandeniniu alkoholiniu skiediniu.

Paskutiniuoju atveju preparatas būdavo tuojau žiūrimas, nes ilgiau veikiant tbc. bacilai gali nusispalvinti.

Preparatai buvo žiūrimi be kontrastinio dažymo.

Mūsų 46 ligonių amžius buvo tarp 11 ir 47 metų, 27 moterys ir 19 vyrų. Penki iš tų ligonių, kaip tolimesni tyrimai parodė, buvo ne tuberkuliozininkai. Įvairiais būdais tiriant jų skrandžio turinį, tbc. bacilų nebuvo rasta. Tat gali būti įrodymu, kad Koch'o bacilai patenka į skrandį su nurytais skrepliais, o ne atsitiktiniu būdu, su nurytu maistu ir t. t. Literatūroje užtinkama nurodymų, kurie šitą galimumą prileidžia; pvz., S e r g e a n t nurodo, kad jis radęs Koch'o bacilų sveikų žmonių skrandžio turinyje. Mūsų tyrimų skaičius yra per

mažas, kad galėtume tat nuneigti; tačiau, turint galvoje, kad mūsų netuberkulioziniai ligoniai buvo artimame kontakte su bacilų platintojais, galima laikyti, kad Koch'o bacilų radimas netuberkuliozininkų skrandyje yra retenybė.

Mūsų tuberkuliozininkų skrandžio turinio tyrimo rezultatai pavaizduoti šioje lentelėje (žiūr. lentelę):

Lentelė.

Susirgimo forma	Atsitikimų skaičius	Mikroskopišku tyrimu rasta	Rasta storo tepinėlio pagelba	Rasta skiepijant jūrų kiaulytę arba darant pasėlį
Diseminacija	3	1	1	1
Produkcinės formos be griuvimo	5	1	2	1
Produkcinės formos su griuvimu	6	1	3	2
Infiltracinės formos be griuvimo	6	—	2	3
Infiltracinės formos su griuvimu	4	3	1	—
D. pn. su geru kliniišku efektu .	10	2	1	2
D. pn. be kliniško efekto . . .	7	3	3	1
Iš viso	41	11 (27%)	13(31,7%)	10 (24,4%)
		34—83%		

Kaip iš šitos lentelės matoma, mums 83% atsitikimų skaičiuje pasisekė rasti tbc. bacilų skrandžio turinyje tų ligonių, kurių paprastu būdu nebūdavo galima gauti tyrimui medžiagos; teigiamų rezultatų procentas yra tuo didesnis, juo tikslesni būdai yra pritaikomi bacilams ieškoti. Storu tepinėliu naudojantis teigiamų rezultatų skaičių mums pasisekė pakelti iki 58,7%. Tais atvejais rezultatus mes sužinodavome tą pačią dieną; 25% atsitikimų mums teko laukti pasėlių arba tyrimų rezultatų su jūrų kiaulytėmis. Tuo būdu storo tepinėlio pritaikymas pasirodė esąs labai naudingas.

Dešimčiai ligonių mes kartu darėme tepinėlius iš larynx'o, kartais dažnai juos pakartodami. Jų visų skrandžio turinyje rasta tbc. bacilų, o larynx'o tepinėliuose bacilų rasta tik 2 kartu. Toks nedidelis iš larynx'o tepinėlių teigiamų rezultatų skaičius aiškinamas tuo, kad iš larynx'o būdavo gaunamas mažas kiekis skreplių, ir tepinėlis būdavo daromas paprastai ant objektyvinio stiklelio ir paprastai tiriamas nudažius. Tačiau 3 atvejais, kur larynx'o tepinėliui neabejotinai buvo gauti skrepliai, preparate bacilų neradome, tuo metu, kai skrandyje bacilai rasti, skrandžio praplovimo vandenį išcentrifugavus ir centrifugatą mikroskopiškai ištyrus.

Trims ligoniams mes tyrėme skrandžio turinį ir skystį, gautą iš bronchų, praplovus juos K i n d b e r g'o būdu. Visais šitais atvejais bronchų praplovimo vandenyje bacilų neradome, bet radome jų skrandžio turinyje.

Pagaliau mes skiepijome jūrų kiaulytei skrandžio turinį septynių pacientų, pas kuriuos buvo atrasti bacilai mikroskopiškai arba storame tepinėlyje. Visais atvejais jūrų kiaulytės apsikrėsdavo ir tuo būdavo įrodoma atrastųjų bacilų tuberkuliozinė kilmė. Mūsų rezultatai skiriasi nuo B o b r o v'o rezultatų, kurie iš rastų skrandžio turinyje rūgščiai atsparių lazdelių tik pusei teįrodė tuberkuliozinę kilmę.

Gali būti, kad to priežastimi yra mūsų preparatų parengimas šarmais, kurie mažiau veikia bacilų virulentingumą negu su 10% sieros rūgštimi ir šildymu, kaip kad darė B o b r o v.

Tuo būdu mes matome, kad Koch'o bacilams surasti suaugusiojo skrandžio turinio tyrimas yra gana vertingas būdas. Šito būdo vertingumas ypač vaizdžiai pastebimas išnagrinėjus atskirus atsitikimus. Iliustracijai pateiksime keletą trumpų ištraukų iš ligos istorijų.

Ligonis Š. L., 44 metų amžiaus, žurnalistas, serga nuo 1929 metų, niekada neatkosėdavo skreplių, taip pat ir sanatorijoje negalėdavo jų atkosėti. Rentgenogramoje matomi žymūs pakitimai, ryškūs fizikaliniai reiškiniai. T° normali, ligonis geros mitybos, nusėdimas 13/26. Kadangi skreplių nebuvo, abejota del tbc. susirgimo. Tačiau, skrandį išplovus, storame tepinėlyje buvo rasta tbc. bacilų.

Šituo atveju būdinga tat, kad kultūringas žmogus, esant sunkiam susirgimui, vis delto nurijo skreplius, nors negalima manyti, kad jis nebūtų supratęs, kad skrepliai reikia atkosėti.

Kitais atvejais pacientai patys pasisako, kad jie nuryją skreplius, kaip, pvz., buvo kitu atsitikimu.

Ligonė G. M., 26 metų amžiaus, šeimininkė, kairiuosiuose plaučiuose eksudacinis susirgimas su atelektaze. Jokiu būdu negali atkosėti skreplių, t. y., ligonės žodžiais tariant, ji nejučiomis skreplius nuryjanti. Skrandžio turinyje daug skreplių, kuriuose rasta labai daug Koch'o bacilų.

Neretai ligoniai visai nekosti ir jų skreplių tyrimui negalima gauti, o vis delto jų skrandžio turinyje pavyksta rasti tbc. bacilų.

Ligonis Š. V., 19 metų, infiltracinis plaučių viršūnių susirgimas su griuvimu. Pneumotoraksas ir torakokaustika, viršutinės dalies selektyvus supuolimas, visų toksinių simptomų išnykimas. Ligonis nebekosti. Po 3 mėnesių, kaip ligonis nustojo kosėjęs, ištyrus vandenį, kuriuo buvo skrandis išplautas, ir patikrinus bandymais su jūrų kiaulyte, dar rasta Koch'o bacilų.

Reziumuojant tenka pasakyti štai kas:

1) Labai dažnai pavyksta surasti tuberkuliozinių bacilų skrandžio turinyje tokių suaugusių ligonių, kurie visai neskrepliuoja.

2) Storojo tepinėlio tyrimo būdu pusei atsitikimų pavyksta rasti Koch'o bacilų; šitas tyrimo būdas labai patogus tuo, kad greitu laiku gaunami rezultatai.

3) Palyginus su kitais būdais skreplių gavimus, k. a., larynx'o tepinėlis, bronchų praplovimas, — skrandžio turinio tyrimas yra žymiai efektingesnis.

4) Šitas būdas tinka plačiai pritaikyti suaugusiųjų plaučių tbc. klinikoje.

LITERATŪRA:

1. Bobrov: Problemy tuberkuleza. 1936 m. 5 nr.
2. Garcia Cervino et Ramos Rodrigues: „Revista espanola de tuberculosis", 1935 m., 7 nr., 5 t. (pagal referatą „Revue de la Tub.").
3. Nasta, Blechman et Bacann: „La presse médicale", 1934 m. 97 nr.
4. L. Sayé: „Revue de la tuberculose", 1935 m. 5 nr.

Doc. med. d-ras Juozas Zubkus.

Retas otorinolaryngologijoje melanoma malignum atsitikimas *).

(Iš V. D. Un-to Ausų, nosies ir gerklės klinikos. Vedėjas — doc. J. Zubkus).

Anksčiau melanoma malignum buvo vadinama melanosarcoma, arba melanoma sarcomatosum. Toks ankstyvesnis šito auglio pavadinimas buvo įsigyvenęs del to, kad mikroskopinė jo struktūra dažniausiai panaši į sarkomą. Pasak Abrikosov'o, užvis dažniausiai melanoma malignum vaizdas pro mikroskopą žiūrint yra fuzoceluliarinės arba polimorfinės sarkomos, rečiau alveoliarinės sarkomos; tačiau kartais jos struktūra primena carcinoma solidum.

Yra buvę ir tokių atsitikimų, kad ta pati melanosarcoma malignum arba josios metastazės, vienoje vietoje vaizduoja sarkomą, o kitose vietose — karcinomą. Abrikosov sako, kad po to, kai paaiškėjo, jog pigmentas melaninas, kuris visuomet būna šitame auglyje, gaminamas tik epitelinės kilmės narveliuose, dauguma patologoanatomų šitą auglį skiria prie epitelinio pobūdžio piktybinių auglių, būtent, karcinomų.

Bet Lenče nurodo daug autorių, kurie šitą klausimą laiko neišspręstu, ir, prisidėdamas prie jų nuomonės, siūlo šitos rūšies auglius vadinti melanomomis.

---

*) Pranešta Kauno Medicinos Draugijos susirinkimui, įvykusiam 1938 m. gegužio mėn. 6 d. Kaip mokslo straipsnis, bus atspausdintas Vienos žurnale „Monatschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie" 1938, J., Heft 5.

Manau ir mums, otorinolaryngologams, nesigilinant į patologoanatomų ginčus, teisingiausia bus šitie augliai vadinti ne melanosarkomomis, bet melanomomis; o norint pabrėžti jų piktybinį pobūdį, pridėti žodis „malignum".

Auglys makroskopiškai panašus į tamsiai kavinės, kartais beveik juodos spalvos, minkštokos konsistencijos židinius. Greitai auga ir anksti sudaro metastazes, paplintančias po visus organus ir audinius. Atsižvelgiant į masinį išsimetastazavimą, įvairūs auglio židiniai būna įvairios spalvos, — nuo baltos iki juodos, kas pareina nuo pigmento melanino gausumo. Pastarasis, pasak A b r i k o s o v'o, iš pradžių būna susitelkęs tamsiai kavinės spalvos kruopelių pavidalu auglio narveliuose. Vėliau narveliuose jo gali susitelkti tiek daug, jog pro mikroskopą vietoje narvelių matomi tik tamsiai kavinės spalvos konglomeratai — dėmės. Pagaliau pigmentas pereina ir į jungiamojo audinio stromos narvelius ir į kraujo indų endotelinius narvelius.

Jei metastazinių židinių daug ir juose yra daug melanino, jis gali pereiti į lymfą ir į kraują, o iš čia jį gali pasiglemžti įvairių organų narveliai. Del to kartais nusidažo kavine ir tamsiai kavine spalva serozinių tuštymų paviršiai, kepenų, blužnies, kaulų smegenų, retikulo - endoteliniai narveliai ir t. t.

Melanoma malignum yra vienas iš pikčiausių piktybinių auglių. Kai kurį laiką jis gali būti tartum pasislėpęs. Pirminis židinys gali būti visai mažas, kartais sunkiai surandamas, ir staiga, kai kuriam neaprėžtam laikui praėjus, iš jo, kartais jį operatiškai pašalinus, iš jo recidyvo, arba iš jo jau buvusios, bet slaptos metastazės, pasidaro plati melanoma malignum desiminacija į vidaus organus, kuri trumpu laiku ligonį nuvaro į kapus.

Melanoma malignum yra auglys, apskritai, retai užtinkamas, o organuose, priklausančiuose otorinolaryngologijai, jisai yra labai retas. Pavyzdžiui, R e u t e r'io piktybinių auglių statistikoje Leipcigo otorinolaryngologinėje klinikoje, apimančioje 1924—1932 metus, nepaminėta nė vieno melanoma malignum atsitikimo. Ir mūsų jaunutėje klinikoje nuo jos gyvavimo pradžios, t. y. nuo 1931 metų, ligi žemiau aprašyto atsitikimo, nebūta nė vieno.

Pirminiai melanoma malignum židiniai dažniausiai užtinkami: odoje (čia jie dažniausiai kyla iš naevus pigmentosus), akyje (iš skleros, chorioideos ir konjunktyvos) ir centrinėje nervų sistemoje (iš smegenų apvalkalų ir tiesiog smegenų substancijos). Rečiau pirminė melanoma malignum lokalizacija būna: s t e m p l ė j e, rectum'e, kepenyse, in ducto choledocho, in parte prostatica urethrae, antinkstinėje liaukoje, ovarium'e ir kituose organuose (B o r s t).

1937 metais Lenče ne tik plačiai aprašė ir išnagrinėjo melanoma malignum esmę ir patogenezę, bet ir paskelbė surinktą iš visos literatūros melanoma malignum atsitikimų statistiką, kuri neliečia tik odos ir akies atsitikimų. Del mūsų specialybės organų niekur kitur išsamesnės melanoma malignum statistikos aš neužtikau.

Iš jos matome, kad ligi šiol yra įregistruota visai tikrų, histologiškais tyrimais patvirtintų, melanoma malignum atsitikimų:

1) kietojo gomurio..	19 ats.	6) minkštojo gomurio	2 ats.
2) kietojo gomurio krašto arba alveoliarinės ataugos ..	9 „	7) epipharynx'o arba nasopharynx'o ..	2 „
3) nosies (vidaus) ..	8 „	8) liežuvio	1 „
4) ausies	3 „	9) žemutinio žandikaulio	1 „
5) kietojo ir minkštojo gomurio kartu	2 „	10) dantų gemalo....	1 „
		Iš viso	48 ats.

Daugumos šitų atsitikimų histologinė struktūra buvo panaši į melanosarkomą.

Prie šitos negausios otorinolaryngologijoje melanoma malignum atsitikimų statistikos aš galiu pridėti mūsų šį atsitikimą:

Ligonis S. M., 14 metų amžiaus, mokinys, pateko į mūsų kliniką 1937 m. lapkričio mėn. 3 dieną.

Anamnezė. Nuo š. m. balandžio mėn., t. y. daugiau kaip pusę metų, ligonis sunkiai kvėpuojąs pro nosį; miegodamas knarkiąs. Taip pat nuo balandžio mėn. pastebėjęs atkosimuose skrepliuose ir nosies gleivėse kraujo priemaišų. Kiek vėliau prasidėję tikri kraujavimai iš nosies. Kreipęsis į gydytoją specialistą, kuris net 5 kartus per 6 mėnesius valęs nosiaryklę nuo prisirenkančių joje kraujo krešulių ir keletą kartų pridegęs nosį vaistais. Po šitų manipuliacijų kuriam laikui kraujavimas paliaudavęs ir kvėpavimas pro nosį palengvėdavęs, bet neilgam. Prieš porą mėnesių ant kaklo iš dešinės pusės pradėjęs augti gumbas. Ligonis kreipęsis į chirurgus. Vieni jų patarę šitą gumbą nuoperuoti, kiti — gydyti konservatiškai. Jokių skausmų neturįs, varginą negalėjimas laisvai kvėpuoti pro nosį ir dažni kraujavimai. Pastaruoju laiku labai sunykęs.

Stat. praes. Ligonis taisyklingo kūno sudėjimo, blogos mitybos, išblyškęs. Širdis ir plaučiai patologiškai nepakitę. Ausys, burnos vidus ir gerklė tvarkoje. Kairiosios nosies pusės landos laisvos, patologiškai nepakitusios. Dešiniosios pusės meatus nasi inferior prisipildęs kraujuotų pūlinų masių, kurias išvalius, gleivinė paraudusi ir patinusi.

Diafonoskopuojamas sinus maxill. dextr. silpniau prasišviečia. Šitą antelį išplovus, nieko patologiško negauta. Nosiaryklėje, darant rhinoscopia posterior, matoma daug rausvų, nelygių, gubriuotų masių, primenančių kraujo krešulius. Choanos jomis uždengtos. Tiriant pirštais, šitų masių konsistencija yra elastinga, minkštoka. Nosiaryklės skliautas pirštu pasiekiamas, masės ten nepriaugusios. Ant kaklo iš dešinės pusės vištos kiaušinio didumo auglys, atrodo nesuaugęs su oda, kuri virš jo nepakitusi.

Turint galvoje, kad matomos nosiaryklėje masės iš tikrųjų gali būti kraujo krešuliai, pamėginta jos išvalyti, pašalinti pirštu, apvyniojus ant jo sterilios marlės. Pirštu spaudžiant ir braukiant, masės iškrito ir no-

siaryklė pasidarė beveik tuščia. Konstatuoti nedideli adenoidai. Po šitos manipuliacijos iš nosies ir nosiaryklės kiek kraujavo, bet greitai nuo cocain'o - adrenalin'o kraujavimas liovėsi. Iškritusios iš nosiaryklės masės vietomis atrodė kraujo krešuliais, tačiau kai kurios dalys buvo panašios į rausvo, gubriuoto, epiteliu pasidengusio auglio židinius. Šitie židiniai nusiųsti ištirti į Patologo-anatomijos institutą.

XI. 4 d. Temp. normali. Ligonio savijauta nebloga. Kraujavimo beveik nebuvo, bet kvėpavimas pro nosį vėl pasunkėjo. Per rhinoscopiam posteriorem vėl buvo matoma nosiaryklėje daug rausvų masių, nors vakar po išvalymo jų nebesimatė.

Kartotinai išvalius nosiaryklę ir tiriant ligonį rinoskopinio veidrodėlio pagelba, gautas įspūdis, kad šitų masių likučiai, nelygaus, gubriuoto, rausvo auglinio padaro pavidalu, išeina pro dešiniąją choaną, uždengdami choanos apatinį kraštą. Tartum iš ten ir kraujuoja. Tačiau, išvalius nosį, per rhinoscopiam anteriorem ir mediam (Kiljan'o speculum pavartojus) nieko įtartino pačioje nosyje nerasta. Manyta, kad patologinis procesas lokalizuojasi arba ant minkštojo gomurio iš nosies pusės, arba nosiaryklės skliauto šoninėje sienelėje, netoli gomurio prie choanos.

XI. 5 d. Temp. norm. Nekraujavo. Nosiaryklė švari; dešinėje nosies pusėje gleivės su kraujo priemaiša.

XI. 6 d. Temp. norm. Savijauta gera. Pro nosį kvėpuoja laisvai. Nebėra jokio kraujavimo. Nosiaryklė švari, nosis irgi beveik švari, gleivinė kiek patinusi. Rinoskopiniame veidrodėlyje prie dešiniosios choanos neaiškiai matomos lyg nuo minkštojo gomurio kylančios rausvos nelygios masės. Ligonio tėvui pareikštas įtarimas, kad nosiaryklėje yra auglys ir kad atsiradęs kakle gumbas gali būti šito auglio metastazė.

Tėvai nutarė ligonį iš klinikos atsiimti ir tolimesniam gydymui išvežti į Vieną, kur jie turi savo giminaitį chirurgą. Ligonis iš klinikos išrašytas.

XI. 8 d. Iš Patologijos instituto gautas atsakymas apie patologo-anatomiško tyrimo rezultatus. Diagnozė: Haemangioendothelioma.

1938 m. sausio mėn. 5 d. ligonis grįžo į mūsų kliniką. Nuo 1937. XI. 19 d. iki 1937. XII. 12 dienos gydęsis Vienoje. Tėvo pareiškimu, ligonis ten buvo išsamiai ištirtas, du kartu operuotas ir pripažintas sergąs labai rimta liga, beduodančia maža vilties pasveikti.

XI. 24 d. buvo padaryta adenoidotomia, o XI. 30 d. išpjautas kaklo auglys. Vienoje patarę tęsti gydymą Kaune rentgeno švitinimais.

Ligonio tėvas įteikė man doc. K. laišką ir Vienos patologijos instituto kaklo auglio tyrimo rezultatų aprašymą. Vėliau gavau dar kitą doc. K. laišką, nušvietusį man visą reikalą. Pasirodo, kad Vienoje pašalinto kaklo auglio tyrimas parodęs, kad tai būta melanosarkomos lymfinėje liaukoje ir kad mūsų instituto padarytame histologiniame preparate, kuris ten, tėvui prašant, buvo paskolintas, irgi būta melanosarkomos, o ne hemangioendoteliomos, su kuo ir čia vietoje sutikta.

Vadinasi, pirminis melanosarkomos židinys buvo nosiaryklėje, o antrinis, metastazinis, — kaklo lymfinėje liaukoje.

Iš pradžių man buvo neaišku, kodėl šitam ligoniui Vienoje buvo padaryta adenoidotomia (adenoidai buvo labai nedideli). Tačiau doc. K. laiške radau paaiškinimų. Tame laiške, be kitko, rašoma: „Für die dürfte von besonderen Interesse sein, dass die hiesigen Laryngologen kein Spur von dem von Ihnen entfernten primären Tumor sehen konnten. Die Adenoidotomie,

die vorsichtshalber sehr ausgiebig erfolgte, ergab wie Sie beweiss wissen — histologisch adenoider Gewebe ohne Tumor".

Be abejo, pamačiusiems vaiką po to, kai jo nosiaryklė jau buvo išvalyta nuo auglio masių ir kraujo krešulių, ir kai ten beliko tik sunkiai pastebimi rinoskopiniame veidrodėlyje nedideli likučiai, susiorientuoti apie vietą, iš kur auglys galėjo išaugti, buvo sunku. Aš auglio likučius mačiau ligonį išleisdamas ir jam vėl sugrįžus, todėl, kad mano susekto, ilgesnį laiką stebėto ir pašalinto auglio siūlo galas ten vedė ir liko. Tačiau visai tiksliai pasakyti, iš kur kilo jo, rinoskopiniame veidrodėlyje blogai matomos šaknys, ligi šiol ir man buvo neaišku: ar nuo minkštojo gomurio ar nuo ryklės šoninės sienelės. Norėdamas galutinai išspręsti šitą klausimą ir tikėdamasis ligoniui nepakenkti, o gal dar padėti, nusprendžiau jį vėl paguldyti į kliniką ir pamėginti pašalinti melanosarkomos likučius.

I. 5 d. Padariau šitokią operaciją:

Iš pradžių plačiai rezekavau concha inferior dextr. Meatus nasi inferior pasidarė pakankamai platus ir pro jį buvo galima gerai apžvelgti užpakalinę dalį nosies tuštymo ir didelę dalį nosiaryklės sienelių. Iš karto auglio nebuvo matoma, bet, ligoniui tariant garsus, kada minkštasis gomurys pakyla į viršų, aiškiai pamačiau nedidelį, ryškiai aprėžtą, rausvą augli, esantį plačiu pagrindu ant mikštojo gomurio. Įkišau į nosį polypams rauti kilpą, užnarinau vielą už auglio, pirštu atkėlęs, nustūmęs minkštąjį gomurį iš žiočių pusės į nosiaryklės tūštymą ir gana lengvai jį nutraukiau. Dalį jo nusiunčiau į mūsų Patologijos institutą, dalį, tėvui prašant, įteikiau jam, kad nusiųstų į Vienos patologijos institutą.

Po operacijos įdėtas nedidelis vatos tamponas, ties likučiais nupjautos žemutinės kniauklės. Įdomu, kad nors auglys buvo ant minkštojo gomurio iš nosies pusės, nebuvo matoma ir pirštu neapčiuopiama jokios minkštojo gomurio infiltracijos arba rigidiškumo.

I. 6 d. Pašalinta iš nosies vata. Nėra jokio kraujavimo. Nosis laisva. Be abejo, gal ir dar pasiliko ten šito auglio likučių, bet dabar aš jų nebematau nei per rhinoscopiam anteriorem, nei posteriorem.

I. 7 d. Temp. norm. Savijauta gera. Kvėpuoja pro nosį laisvai. Nebekraujuoja.

I. 8 d. Temp. norm. Jaučiasi gerai. Nosis ir nosiaryklė laisvi. Jokių auglio likučių pastebėti negaliu. Iš klinikos išrašomas.

Patarta: tolimesnė kontrolė mūsų klinikoje, po 5 dienų vėl tęsti švitinimai, prisilaikant normų, nurodytų iš Vienos, ir padaryti radijo aplikacija pro nosies dešiniąją pusę, kuri dabar visiškai praeinama.

I. 12 d. Gauta iš Patologijos instituto Kaune atsakymas: „melanoma malignum". (Prof. Vinteleris).

I. 22 d. Pacientas atvyko patikrinimui. Prieš 5 dienas vėl pradėjo gydytis rentgeno švitinimais. Nors nei nosyje, nei nosiaryklėje jokių melanoma malignum pėdsakų nepastebima, tačiau ligonio bendrinis sveikatos

stovis pablogėjęs: neturi apetito, išblyškęs, svoris krito 4 kg, jaučia buką skausmą dešinėje krūtinės pusėje, nors objektyviai, ten irgi nieko internistai neradę. Operacijos vietoje kakle atsirado mazguotas infiltratas.

I. 29 d. Gauta iš Vienos pranešimas apie tyrimo rezultatus: atsakymas — „melanosarcoma" (Prof. H. Chiari).

1. Manau, kad del šito mūsų atsitikimo, kaipo melanoma malignum atsitikimo, abejoti netenka, nes jis Kauno ir Vienos patologijos institutų patvirtintas histologiškais tyrimais ir pirminio mazgo ir metastazės lymfinėje liaukoje.

2. Atsižvelgiant į histologiškų preparatų vaizdus, šitas melanoma malignum atsitikimas traktuotinas, kaipo melanosarcoma.

3. Manau, kad tinkamiausias vardas šitos rūšies augliams yra „melanoma malignum".

4. Atsižvelgiant į pirminio mazgo lokalizaciją (minkštajame gomuryje iš nosies pusės), šitas atsitikimas bus bene pirmas patenkąs į literatūrą.

5. Eder'o ir Wassiljeff'o dviem atsitikimais melanoma malignum lokalizacija pirminio židinio buvo irgi ant minkštojo gomurio, bet iš oralinės pusės.

6. Atsitikimas įdomus ir tuo, kad šita melanoma malignum išaugusi iš minkštojo gomurio, turėdama ten palyginti nedidelį pagrindą ir jau davusi didelę metastazę kaklo lymfinėje liaukoje, nedavė minkštojo gomurio bei kitų aplinkinių dalių audinių pastebimos infiltracijos, bei kitokių patologiškų pakitimų, o augo laisvų mazgų pavidalu, užpildydama jais drauge su kraujo krešuliais visą nosiaryklę.

ZUSAMMENFASSUNG.

1. Wir meinen, daß kein Zweifel besteht, daß es sich um ein Melanoma malignum handelt, da es bestättigt ist durch die histologische Untersuchung sowohl des primären Tumors wie der Metastase durch die Pathologischen Institute in Kaunas und Wien.

2. Betrachtend die histologischen Präparate dieses Melanoma malignum ersieht man, daß es sich um ein Melanosarkoma handelt.

3. Wir meinen, daß die beste Bezeichnung für solche Tumoren ist „Melanoma malignum".

4. Dieser von uns beschriebene Fall von Melanoma malignum dürfte in Hinsicht auf die Lokalisation des Primärtumors (weicher Gaumen, Hinterfläche) der erste solche beschriebene Fall in der Literatur sein.

5. In den beiden Fällen von Eder und Wassilieff war der Primärtumor des Melanoma malignum auch auf dem weichen Gaumen lokalisiert, aber auf der oralen Fläche.

6. Der Fall ist interessant, weil dieses Melanoma malignum, entstanden auf dem Palatum molle, während es dort noch ein verhältnismäßig kleines Ausmaß hatte, gleichzeitig einen großen metastatischen Tumor in einer Halslymphdrüse hervorgerufen hatte, und weil es auf dem weichen Gaumen keine kollateralen pathologischen Veränderungen setzte, weder irgendwelche Infiltration noch Nekrotisierung, sondern es wuchs frei in Form von Knoten in den, Rhinopharynx hinein.

Med. d-ras J. Meškauskas.

Aortos aneurizmos, perforavusios į vena cava superior, atsitikimas.

(Iš V. D. Un-to Vidaus ligų klinikos. Vedėjas — prof. dr. K. Buinevičius).

Aneurizmos atsitikimai yra retoki. Schrötter iš visų darytų sekcijų rado 1—2% aneurizmų, Boyd rado 0,3%. Kliniškai, gal būt, jos retos ir todėl, kad kartais, ypač nedidelės, aneurizmos gana sunkiai diagnozuojamos.

Aneurizmų perforacijos yra gana dažnos. Pasak Boyd'o, perforuoja apie 52% visų aneurizmų, kuriai perforavusis mirštama arba staiga arba iš lėto. Miršta ligonis iš lėto tuomet, kai aneurizma yra suaugusi su trachėja, bronchais, venomis ir kai į tuos organus perforuojasi. Įvykus perforacijai į kurį nors tuštymą, kraujavimas būna staigus, taip pat ir mirtis staigi. Pasak Boyd'o, 31% visų aneurizmų perforuojasi į perikardą, 14,6% — į kairįjį pleuros tuštymą, 9,4% — į stemplę, 7,5% — į kairįjį bronchą, 6,2% — į trachėją, 3,7% — į art. pulmonalis, 3,7% — į vena cava super. Toliau jau mažesniais skaičiais seka perforavimasis į mediastinum, dešinįjį prieširdį, dešinįjį bronchą, dešinįjį skilvelį, kairįjį prieširdį, vena cava infer.

Vieną iš tokių retų atsitikimų čia aprašau.

Lig. istor. 968 nr., Vaclovas V., 41 m. amž., į kliniką atvyko 1938. II. 28 d., skųsdamasis dusuliu, pasunkėjusiu alsavimu, širdies plakimu, galvos svaigimu, pasunkėjusiu rijimu.

Anamnesis. Ligonis jau 3 metus lankęs gydytojus, kurie pasakę, kad turįs nesveiką širdį. Kartais krūtinėje užeidavęs sunkumas, lyg dusulys. 1938. II. 28 d. 7 val. sėmęs iš šulinio vandenį ir, ištraukus kibirą vandens, staiga pasidarę silpna, pajutęs galvoje karštį, šilimą, nusilpęs ir sukniubęs, tačiau sąmonės nenustojęs. Tuojau buvęs įvestas į kambarį, pastebėjęs, kad patinę smilkiniai, pasidaręs sunkus rijimas, pradėję dusinti, širdis pradėjusi smarkiai plakti, pastorėjęs kaklas. Žmona pastebėjusi, kad ligonis pamėlynavęs ir kad veidas staiga patinęs.

Sirgęs šiltine, buvęs prigėręs, bet greitai atgaivintas; didžiajame kare buvęs kontuzijuotas, be sąmonės gulėjęs apie 2 val., apmestas žemėmis. Veneros ligas neigia.

Tėvas nutroškęs kažkuriomis dujomis, motina mirusi skilvio liga. Maža gerdavęs ir rūkydavęs. Vedęs jau 6 metai, žmona sveika, vaikų neturi.

Status praesens. Ligonis vidutinio ūgio, taisyklingo kūno sudėjimo, geros mitybos, aptukęs (žiūr. 1-ą atvaizdą). Veidas, kaklas, taip pat ir viršutinė krūtinės dalis labai cyanoziška, rankos truputį mažiau. Liemens ir kojų oda išblyškusi. Veidas ir kaklas patinę, smilkiniai pasipūtę, fossae supraclaviculares iškilusios, išsipūtusios. Viršutiniai ir apatiniai vokai stipriai patinę. Ligonis negali visai gulėti, nes tuojau stiprėja dusulys, veidas daugiau tinsta, todėl ligonis sėdi arba guli pusiausėdomis.

Plaučių ribos užpakalyje ties XI krūtinės stuburkauliu, pryšakyje — ties VII-tu šonkauliu. Perkusinio garso pakitimo nepastebėta. Auskul-

tuojant konstatuojamas kiek susilpnėjęs alsavimas, dešinėje pusėje, apatinėje dalyje, girdėti nedaug drėgnų karkalų.

Širdies riba kairėje užeina už linea mammillaris per 1 cm., dešinėje 6,5 cm. nuo linea mediana. Aukščiau, kaip matyti, 1-mojo atvaizdo širdies nubrėžtoje figūroje, dešinėje pusėje duslus perkusinis garsas plečiasi į dešinę ir II—III-čio šonkaulių kremzlių aukštumoje duslaus garso plotas siekia 13 cm. Auskultuojant ties širdies viršūne girdėti silpnas sistolinis ūžesys, antrajame dešiniajame tarpšonkauliniame tarpe girdėti ryškiai sistolinis ir diastolinis ūžesiai, kurie kairėje girdimi kiek silpniau. Jugulum'e jaučiama pulsacija ir silpnas fremissement cataire. Kaklo venos išsiplėtusios. Kaklo ir smilkinių venose palpuojant jaučiamas tvinksėjimas. Taip pat yra teigiamas venų tvinksėjimas. Kaktoje ir po nagais neryškus kapiliarinis tvinksnis. Tvinksnis kairiojoje rankoje vos pračiuopiamas, o dešiniojoje — gerai pračiuopiamas ir daug stipresnis. Kraujospūdis arter. brachialis dextra 125. Tvinksnis 120—140 per minutę. Kartu su širdies tvinksėjimu juda — kruta ir galva.

1 atvaizdas.
Atvaizde pažymėtos žymiai išplėstos širdies ribos.

Virškinamaisiais organais nesiskundžia, palpuojant ir perkutuojant nieko ypatingo nerasta. Kepenys ir blužnis nepadidėjusios. Urogenitalinė sistema nesiskundžia.

Tiriant kraują rasta: Hb. — 100, eritrocitų — 5.120.000, leukocitų — 11.500; hemogramoje pagal Schilling'ą: eozinofilų 3, štabinių 5, segmentinių 74, lymfocitų 17, monocitų 1. WaR teigiama (+++) ir Sachs-Witebsky'o reakcija taip pat teigiama (++++). Švitinant rentgeno spinduliais matoma aortos aneurizma (žiūr. rentgenogramą 2-me atvaizde).

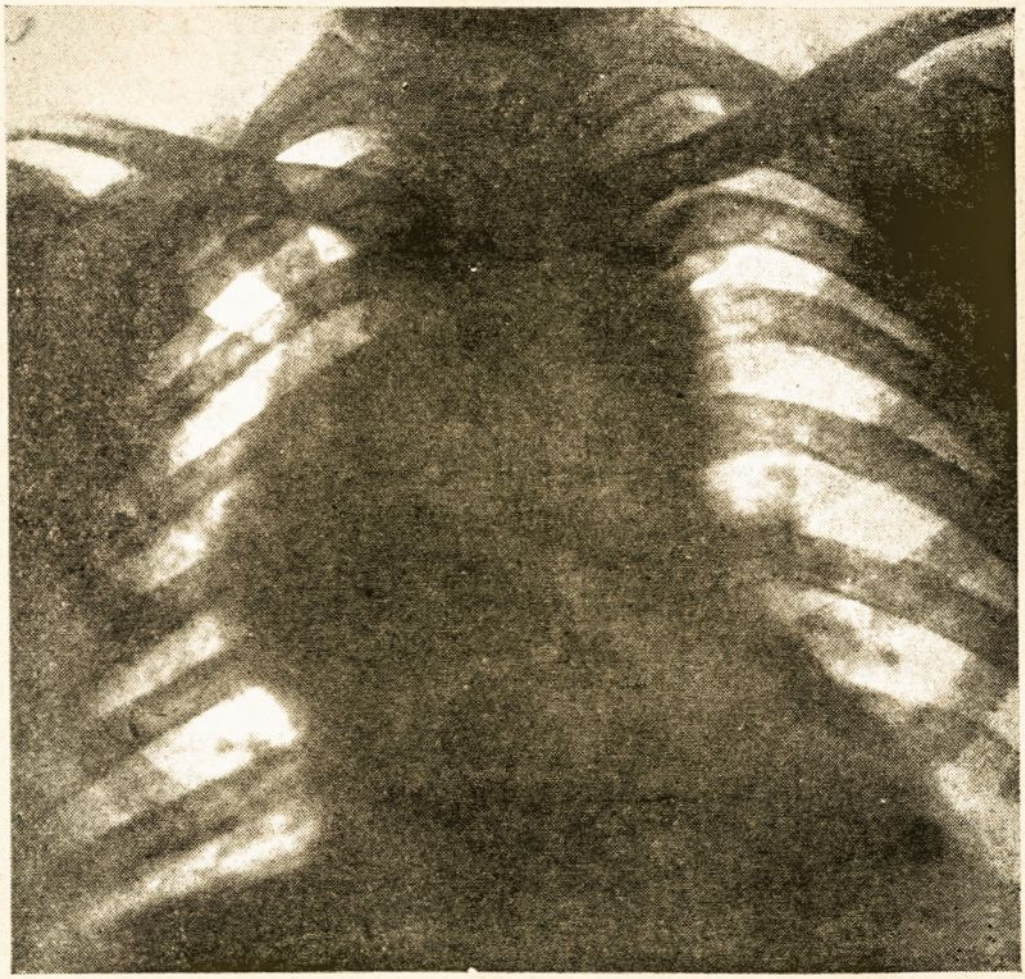
Ligoniui tuojau buvo padaryta venopunkcija, nuleista 350 kb. cm. kraujo, uždėta ant krūtinės ledas. Po to ligonis pasijuto kiek lengviau, dusulys sumažėjo, cyanozė pasidarė ne tokia ryški.

III. 1 d. Ligonį dusina, veido ir kaklo patinimai didesni, cyanozė didelė.

III. 4 d. Veido, kaklo ir galvos patinimai gana dideli, cyanozė ryškesnė, ligonis skundžiasi dusinimu. tvinksnis darosi vis silpnesnis. Kovo mėn. iš 4-tos į 5-tą dieną exitus letalis.

Kliniškai ligoniui buvo nustatyta šitokia diagnozė: lues III, aneurysma aortae et perforatio aneurysmae in venam cavam superiorem.

1938. III. 5 d. padaryta sekcija ir iš prof. Vintelerio gauta šitoks atsakymas:



2 atvaizdas.
Rentgenogramoje matoma aortos aneurizma.

„Patologo — anatominė (makro- ir mikroskopiška) diagnozė: Aneurysma aortae saccatum; perforatio in venam cavam superiorem. Myodegeneratio cordis. Hypertrophia ventriculi sinistri cordis. Arterijų intimos proliferacija myokarde. Imbibitio cadaverosa endocardii et intimae aortae. Endo-, meso- et periarteriitis chronica; vascularisatio mediae. Oedema laryngis. Pachydermia chordae vocalis dextrae. Cicatrices stellatae pleurae pulmonalis dextrae et hepatis. Arteriosclerosis, hyperaemia venosa et amyloidosis vasorum lienis. Hyperaemia venosa hepatis. Pleuritis chronica fibrosa. Atelectasis et hyperaemia venosa pulmonum. Gastritis

catarrhalis. Cirrhosis renum arteriosclerotica. Colitis. Hyperaemia et oedema cerebri. Cicatrices luicae testis utriusque. Obesitas". (prof. E. Vinteleris).

Kliniškai aneurizmą nustačius, iš karto nebuvo aiški jos **priežastis.** Venerinę ligą ligonis neigė. Anamnezėje yra ryškios traumos, kaip antai, kontuzija, prigėrimas. Daug autorių nurodo, kad aneurizma neretai galinti būti trauminės kilmės. Quincke ir Zahn, eksperimentais, atitinkamai sužeidę gyvulius, gaudavę aortos išsiplėtimą. Mūsų atsitikimu aneurizmos kilmė paaiškėjo, gavus teigiamą WaR. Aortos aneurizmos, kaip kad ir čia aprašomu atsitikimu, dažniausiai ir būna luetinės kilmės.

Dar nevisai aiškus klausimas, kiek laiko turi praeiti nuo užsikrėtimo iki aneurizmos išsivystymo. Bruhns, Heller ir kiti yra nurodę, kad gana ankstyvose lues'o stadijose aorta galinti jau išsiplėsti. Lues aortae atveju dažnesnė pakenkimo forma būna ne aneurizma, bet cilindriškas aortos išsiplėtimas. Taip pat dar neaišku, kodėl vienais atvejais išsivysto aneurizma, o kitais tik cilindriškas aortos išsiplėtimas. Wittgenstein ir Brodnitz sako, kad nuo lues'o užsikrėtimo iki aneurizmai išsivystant turį praeiti 16—30 metų; kaip maximum Boyd nurodo 36 ir minimum 8 metus. Luetiniai pakitimai dažniausiai paliečia pars ascendens aortae ir arcus aortae. Pagal Wittgenstein'o ir Brodnitz'o statistiką III-čioje Berlyno klinikoje iš visų luetinių kraujo apytakos susirgimų buvę — 26,59% vožtuvai pakenkti, 6,75% kombinuoti atsitikimai ir 26,76% aneurizmų.

Aneurizmos **diagnozė** yra gana sunki, nes būdingi simptomai ne visada būna. Svarbiausias iš simptomų yra krūtinės ląstos didesnis ar mažesnis užpildymas, kuris konstatuojamas perkutuojant ar prašviečiant rentgeno spinduliais. Mathes sako, kad lengviausiai būna diagnuozuojama rentgenu. Knienböck nurodo, kad ir rentgenu nevisada galima matyti aneurizma; dažnai randamas aortos išsiplėtimas, o aneurizmos negalima pastebėti. Aneurizma dažniausiai būna pryšakinėje arba užpakalinėje aortos sienelėje. Esant aneurizmai gali būti lokalizuotas krūtinės ląstos išsipūtimas, pulsacija jugulum'e, pulsus differens, Oliver Cardarelli simptomas, gerai girdimi ūžesiai arba tonai užpakalyje tarp menčių. Spaudžiant aneurizmai trachėją, bronchus, gali būti stridor, dyspnoe. Spausdama aneurizma dažnai uzuruoja krūtinkaulį, šonkaulius, stuburą. Jei yra paliestas krūtinkaulis ar šonkauliai, pažinti būna nesunku; stuburo uzuracija kliniškai dažniausiai nesusekama, tuo labiau, kad dažnai nebūna didelių skausmų. Elektrokardiograma aneurizmos diagnozei nedaug ką duoda. Mūsų ligoniui elektrokardiograma parodė tik kairiojo skilvelio hypertrofiją.

Mano čia aprašomu atsitikimu buvo lengva nustatyti aneurizma kliniškomis tyrimo metodėmis, nes už tai rodė perkusijos, auskultacijos, rentgeno duomenys, pulsus differens, pulsacija jugulum'e. Taip pat gana ryškiai buvo pasireiškę aneurizmos perforacijos į vena cava superior simptomai, k. a.: staigus pablogėjimas, veide ir galvoje karščio pajutimas (del stazės ir atgalinės kraujo srovės venomis), dusulio atsiradimas, stipri cyanozė viršutinėje kūno dalyje, galvos ir kaklo venų stiprus išsiplėtimas, teigiama venų pulsacija, stiprus veido, vokų ir kaklo patinimas.

Gydant aneurizmas visų pirma reikia stengtis sumažinti kraujospūdis ir tuo būdu spaudimas kraujo indų sienelėms. Ligonis turi būtinai gulėti, reikalinga aprėžti maisto ir skysčių kiekis ir uždrausti dirginamieji dalykai, kaip antai: alkoholis, nikotinas, aštrus maistas. Romberg tokį pat griežtą režimą nustato ne tik esant aneurizmai, bet ir esant kitų luetinių kraujo indų susirgimų simptomų kompleksui, k. a.: asistolijai, angina pectoris, aukštam kraujospūdžiui. Gydymo ilgumą nustato jo padariniai. Gulėti lovoje, pasak Hiss'o, reikalinga mažiausiai 1—2 mėnesius.

Digitalio preparatai anksčiau buvo vengiami, nes nuo digitalio didėja kraujospūdis. Dabar, kai reikalauja organizmo stovis, nebevengiama ir digitalio. Toliau seka antiluetinis gydymas. Gydymas jodu buvo anksčiau žinomas negu aneurizmų luetinė priežastis. Kadangi aortitai ir aneurizmos yra tretinė lues'o stadija, todėl Schottmüller pataria energingai gydyti neosalvarsanu, kombinuojant jį su gyvsidabriu. Hoffmann, Romberg nepataria energingo antiluetinio gydymo. Kuri nuomonė teisinga? Žinant patologiškus audinių pakitimus, galima pasakyti, — sako Hiss, — kad niekada antiluetinis gydymas neprives prie restitutio ad integrum. Begydant gali pranykti ir pranyksta luetiniai infiltratai, bet niekada neatsistato pradingęs elastinis audinys. Tuo būdu, pasak Hubert'o, aneurizmos dydis nesumažės. Gydymo uždavinys procesą sustabdyti ir eventualiai apsaugoti nuo kitų komplikacijų. Kadangi tokių ligonių dažnai būna pakenktos kepenys ir organizmas lengviau ir greičiau toksikuojamas, todėl tokiais atsitikimais didesnių neosalvarsano davinių vengtina. Pats neosalvarsanas kraujo indams nekenskmingas, ir galima injekuoti nuo 0,15 iki 0,45, iš viso 4—4,5 gr. Didesnių davinių nepatartina. Vartojant neosalvarsaną, reikalinga akylai sekti ne tik kraujo apytakos, bet ir apskritai organizmo stovis. Pastebėjus, kad ir mažiausius netolerancijos simptomus, gydymo kursas reikalinga pertraukti. Tokių atsitikimų gydymas nedėkingas. Hiss sako, kad tiek savo praktikoje, tiek ir literatūroje visiško pagijimo atsitikimų nesutikęs. Kiek vienoks ar kitoks gydymas pailgina gyve-

nimą, sunku pasakyti. Gulėjimas lovoje, griežtas dietinis režimas, atsargus antiluetinis gydymas ilgesniam ar trumpesniam laikui ligonio stovį vis delto pagerina.

LITERATŪRA.

1) K. Buinevičius: Vidaus ligų vadovėlis.
2) W. Hiss: Neue Deutsche Klinik. 1 Bd.
3) F. Külbs: Handbuch der inneren Medicin. II Bd.
4) F. Schellong: Regulationsprüfung des Kreislaufs. 1938.
5) Scherf: Klinik und Therapie der Herzkrankheiten und der Gefässerkrankungen. 1938.

ZUSAMMENFASSUNG.

Hier ist beschreibt ein Fall der Aneurysma Aortae. Aneurysma war sehr grosse und perforiert in Venam cavam superiorem.

Gyd. A. Čeičys.

Monocitinė leukemija.

(Iš V. D. Un-to Vidaus ligų klinikos. Direktorius — prof. K. Buinevičius. Prof. Pr. Gudavičiaus skyrius).

Dar neseniai monocitas pripažintas atskira kraujo celių rūšimi. Monocitų morfologija (seniau jie būdavo pagal Ehrlich'o nomenklatūrą vadinami didžiaisiais mononuklearais ir pereinamosiomis formomis) žinoma nuo pat didesnės kraujo celių diferenciacijos laikų. Bet vis jie būdavo priskiriami arba prie lymfocitų arba prie myelogeninės eilės narvelių. Schilling'o yra nuopelnas, kad monocitai dabar laikomi atskira kraujo celių rūšimi. Prieš jų priskyrimą prie lymfocitų kalbėjo visai kitokia morfologinė struktūra negu didžiųjų lymfocitų, o pereinamųjų formų tarp monocitų ir lymfocitų nebuvo pastebėta. Negalima jų buvo priskirti ir prie myelogeninių celių, nes savo protoplazma ir branduoliu jie buvo panašūs į labai jaunas, nesubrendusias tos eilės celes. Bet normaliame kraujyje, kur randama 6—10% monocitų, nesubrendusių elementų negali būti, nes jie nėra visiškai vertingi savo funkcijas atlikti. Jaunų formų pasirodymas kraujyje visuomet laikomas patologiniu reiškiniu. Todėl Schilling išskyrė trečią baltųjų celių grupę — monocitus, kurių gaminimosi vieta turėjo būti retikuloendotelinė sistema.

Atsiradus galimumui patogiau tirti kaulų čiulpus, buvo pastebėta, kad normaliuose kaulų čiulpuose monocitų randama labai maža, nors, jei jie ten būtų gaminami, jų ten turėtų būti ne tik visai subrendusių, bet ir įvairaus brendimo laipsnio. Be to, tais agranulocitozės atsitikimais, kada kaulų čiulpuose visai nebelieka myeloidinių elemetų, kraujyje būna monocitozė

arba lymfocitozė iki 70—95% (relatyvinė) ir sekcijos metu randamas hiperplazavęsis retikuloendotelis įvairiuose organuose.

Patologo-anatomų darbai (Aschoff, Kiyono, Landau etc.) parodė, kad visose ligose, kur yra kliniškai monocitozė, sekcijos metu yra randamas išbujojęs retikuloendotelis kepenyse, blužnyje, lymfinėse liaukose, virškinamojo trakto folikuluose, thymus'e ir t. t. Tokios ligos daugiausia yra chroniškos, bet su dažnais paūmėjimais. Dažniausiai tat yra tropinės ligos, pav., malaria, leishmaniosis, trypanosomiasis etc. Iš pas mus pasitaikančių ligų, monocitozę turi tos ligos, kurias sukelia filtruojamieji virus'ai, pav., variola, pappataci, typhus exanthematicus; toliau febris recurrens; be to, dažnai septiniai susirgimai, kurie ilgai trunka ir eina su paūmėjimais, pav., endokarditas, ilgi pleuritai, kai kurios sepsio formos. Monocitozė tokiais atsitikimais būna kritišku momentu — paūmėjimo metu, ji trunka neilgai, todėl galima jos ir neberasti tiriant kraują pavėluotai. Yra anginų, kur nuo pat ligos pradžios būna didelis procentas monocitų — 50—60—70% visų elementų; kartu padidėja kaklo ar viso kūno lymfinės liaukos, kaip kad retikulo-endotelinės sistemos proliferacijos išdava. Kartais anginos nebūna, o būna opiniai procesai burnoje arba tik karštis su monocitoze. Po kelių savaičių monocitozė praeina ir viskas baigiasi pagijimu. Ar čia monocitozė yra ypatinga organizmo reakcija į paprastą infekciją ar tokia reakcija atsiranda del specifinės infekcijos, nėra tikrai nustatyta.

Monocitozė būna ir šiaip, jei yra leukocitozė, tik pirmoji atsiranda vėliau. Ligos įkarštyje būna daug segmentinių leukocitų, ligai gerėjant atsiranda monocitozė, ligai gyjant — lymfocitozė (Schilling'o fazės).

Jeigu yra monocitai, kaip atskira kraujo elementų forma, tai gali būti ir jų piktybinė proliferacija kaip ir kitų kraujo elementų. Tokia atskira proliferacija patvirtintų monocitų skirtingumą nuo kitų elementų. Monocitinių leukemijų iš tikrųjų ir pasitaiko. Pirmą, gerai ir tikrai stebėtą, atsitikimą aprašė Schilling ir Reschad 1913 metais. Po to yra aprašyta iki 1935 m. apie 40 atsitikimų (Whitby ir Christie). Paskutiniais metais vis daugiau jų aprašoma, nes tokių leukemijų vaizdas vis daugiau atskiriamas.

Monocitai dažnai nėra lengva morfologiškai atskirti nuo ddižiųjų lymfocitų ir myeloblastų, ypač jaunosios formos. Antra vertus, myeloblastai dažnai labai panašūs į monocitus. Todėl yra autorių (Naegeli), kurie monocitinės leukemijos nepripažįsta. Celes su skiltėtais, polimorfiniais branduoliais jie laiko pakitusiais myeloblastais (paramyeloblastais).

Apskritai, yra skiriamos ūminės ir chroninės leukemijos. Ūminių formų eiga yra, kaip infekcinių ligų, su aukšta t°, nuovargiu, vis didėjančiu nusilpimu, apetito stoka. Kartu būna dažnai angina, stomatitas. Kartais nežymiai padidėja lymfinės liaukos, blužnis, kepenys. Greit atsiranda hemoraginė diatezė, didelė anemija ir po 6—8 savaičių exitus letalis. Antkrytis žmogui nėra rastas, bet vištos galima užkrėsti nuo kitų sergančių vištų, išvirkščiant sergančiųjų kraujo. Jų antkrytis priklauso prie filtruojamųjų virus'ų. Ūminių leukemijų atveju bendras leukocitų skaičius dažnai būna nedidelis (kartais gali būti net sumažėjęs, gali būti panašus į agranulocitozę (W e i s s), bet daug jaunųjų formų — beveik vieni myeloblastai arba daug lymfoblastų. Chroniškos formos eiga yra kaip kraujo navikas su kraujo gaminamųjų organų hiperplazija — didelės

Moteris, serganti monocitine leukemija. Pažastyse matomos labai padidėjusios lymfinės liaukos.

kepenys, blužnis, lymfinės liaukos (žiūr. atvaizdą), lymfinio audinio hiperplazija po visą organizmą, įvairios infiltracijos (odos, širdies, inkstų etc.) specifiniais elementais; trunka paprastai 2—3 metus, kartais daug ilgiau, ypač lymfinės. Chroniškų myelogeninių formų atveju kraujo vaizdas esti įvairus, matyti celių įvairaus brendimo ir jų priskaitoma šimtais tūkstančių. Chroniškų lymfinių leukemijų atveju celės dažniausiai esti subrendusios, jaunųjų formų labai maža.

Pereinamųjų formų tarp ūminių ir chroninių tikrai nėra stebėta ir daugelio užginčijamos; nes ūminė forma perdaug panaši į infekcinį susirgimą.

Monocitinės leukemijos, kiek jų buvo iki šiol stebėta, dažniausiai yra ūminės, neužtrunka ilgiau kaip 1 metus; dažniausiai pasibaigia per kelis mėnesius. Pradžia dažniausiai esti

staigi, dažnai su šalčio krėtimu. Yra angina arba stomatitas. Angina ir opiniai pakitimai virškinamųjų takų monocitinei leukemijai yra tipingesni kaip kitoms leukemijoms. Dažnai jie būna vienintelis kliniškas simptomas. Kraujyje randama nedidelė leukocitozė su 70—90% monocitų. Angina greit pasidaro ulcerozinė, dažnai paburksta ir suopėja gingiva. Patinsta pažandinės lymfinės liaukos, dažnai ir kitose vietose, padidėja blužnis. Blužnies padidėjimas būna tada, kai liga užtrunka ilgiau. Bet kartais būna tik aukšta t°, bendrinis silpnumas, nuovargis, apetito stoka nesant organų pakitimų. Prieš paprastą monocitinę reakciją arba monocitinę anginą paprastai kalba vis didėjanti anemija. Paprasta angina neduoda anemijos, raudonojo kraujo vaizdas lieka normalus. Monocitinės leukemijos atveju eritrocitų skaičius progresyviai mažėja, atsiranda hemoraginė diatezė. Ligonis miršta arba del anemijos arba nuo širdies ir plaučių komplikacijų, kurios, nėsant jokio organizmo atsparumo, lengvai prisijungia.

D i f e r e n c i j u o j a n t čia tenka skirti nuo įvairių anginų, ypač nekrozinių, kaip kad Plaut-Vincent'o, nuo skorbuto, pagaliau nuo žandikaulių susirgimų. Žinoma, tenka atmesti įvairios infekcinės ligos. Tat galima lengvai padaryti ištyrus kraują. Kraujyje randama 50—70—90% monocitų — didelių (diametras 15—30 μ) bazofilinių celių su daugiausia polimorfiškais branduoliais.

Šitos celės yra oksidaze beveik neigiamos (yra silpnas, labai smulkus oksidaze teigiamas grūduotumas). Protoplazma yra purvinai melsvos spalvos. Celės dažnai turi ataugas (ypač jaunesniosios formos), panašias į pseudopodijas. Turi dažnai azurofilinių granulių, kurios leukemijų atveju būna dažniau ir daugiau kaip normaliai. Branduolys yra apvalus, arba mažiau ar daugiau panašus į pupą, pasagą, net skiltėtas. Chromatino sijos yra plonos, sudaro švelnų tinklelį, branduolėlių būna maža, retai. Juo ilgiau trunka leukemija, tuo daugiau atsiranda celių su labai skiltėtais branduoliais, kurie visai panašūs į subrendusius monocitus, randamus notrmaliai kraujyje, tik daugiau skiltėti. Jie skiriasi nuo myeloblastų, kurių protoplazma būna tamsesnė, ryškiau mėlyna, be ataugų, branduoliai labai dažnai turi branduolėlių. Dažnai myeloblastai būna skiltėti (paramyeloblastai), bet branduolys turi branduolėlių ir jo chromatino sijos stambesnės, tamsesnės, del geresnio dažymosi. Leukocitų ir lymfocitų skaičius esti sumažėjęs, bet šiaip jie pakitimų nerodo. Eritrocitai jau anksti smarkiai mažėja, atsiranda anizocitozė, poikilocitozė. Anemiją pagreitina ir hemoraginė diatezė, kuri yra tipiška visoms ūminėms leukemijoms. Ar ji atsiranda del trombocitų skaičiaus sumažėjimo ar

del indų infiltratų pakitusiais elementais, kurie tuo būdu mažina indo sienelės atsparumą, — nėra tikrai žinoma.

Mums klinikoje teko stebėti šitoks monocitinės leukemijos atsitikimas:

Pacientas B. V., ūkininkas, 34 m. amžiaus. Atsigulė ligoninėje 1938 m. vasario mėn. 21 d.

Anamnezė: Skundžiasi bendru silpnumu, aukšta t°, negalėjimu gerai išsižioti. Prieš 2½ mėn. susirgęs geltlige, gulėjęs apskrities ligoninėje ir, pagerėjęs, išsirašęs. Prieš tris savaites pradėję skaudėti dešinės pusės dantis (?), patinęs skruostas, pakilusi t° ir pradėjęs jausti bendrą silpnumą, kuris vis didėjęs, labai išblyškęs. Vėl atsigulęs į apskrities ligoninę, bet silpnumas vis didėjęs, vis daugiau blyškęs. Tada atvyko į kliniką. Visą savo gyvenimą rimtesne liga nesirgęs, jautęsis stiprus ir darbingas.

Status praes. Taisyklingo kūno sudėjimo, aukšto ūgio, vidutinės mitybos. Oda ir gleivinės žymiai išblyškusios. Išbėrimų nėra. Gali gulėti ir aktyviai judėti. Dešinysis skruostas patinęs, skaudamas. Išsižioti gali nedaug. Liežuvis apdėtas balsvai; dešinės pusės abiejų žandikaulių gingiva paburkusi, matyti keletas ryškiomis ribomis, nešvariu, pilkai balzganu dugnu opų. Stiprus feotor ex ore. Ryklės ir gerklų apžiūrėti negalima. T°39,4°C, pulsas 80, silpnai prisipildęs. Širdies ribos normalios, viršūnėje silpnas sistolinis ūžesys. Plaučiai n. y. Pilvas minkštas, neskaudamas. Blužnis neapčiuopiama. Kepenų apčiuopti negalima, bet perkutuojant duslumo plotas atrodo padidėjęs. Urogenitaliniai organi normalūs. Lymfinės liaukos apčiuopiamos dešinėje kaklo pusėje ir nedidelės pažastyse, kitur neapčiuopiamos.

Ligos eiga. Vasario 22 d. kraujo tyrimas: Hb 27%, eritrocitų 1.550.000, leukocitų 15.800; kraujo vaizdas: jauniklių 2, štabinių 1, segmentinių 9, lymfocitų 17, monocitų 71, yra Türk'o ir plazminių celių, daug sugriuvusių celių (20%); eritrocitų polichromazija, anizocitozė, daug normoblastų, makroblastų, makrocitų. Šlapime spec. svoris 1018, baltymo nėra, pavieni hyalininiai ir granuliniai cilindrai.

Vasario 24 d. padaryta kraujo transfuzija 400 ccm. A grupės. Kovo 1 d. ant pilvo, krūtinės, rankų ir blauzdų atsirado retų ir smulkių petechijų. Kraujas: Hb 25%, eritrocitų 1.510.000, leukocitų 32.000; kraujo vaizdas: myelocitų 2, jaun. 1, štab. 2, segm. 8, lymf. 17, monocitų 70, yra Türk'o narvelių ir makroblastų. Daryta sternalinė punkcija, bet nieko neištraukta.

Kovo 7 d. ant dilbių išorinių paviršių ir ant blauzdų priešakinių paviršių atsirado simetriškas išbėrimas — papulės žirnio didumo ir smulkesnės, melsvai pilkos, truputį raudonos spalvos, neniežti. Kraujas: Hb 24%, eritrocitų 1.320.000, leukocitų 164.000. Kraujo vaizdas: myelocitų yra, jaunik. yra, štab. 1, segm. 7, lymfoc. 10, monocitų 82. Yra Türk'o ir plazminių celių. Monocitai įvairaus subrendimo, apskritais ir skiltėtais branduoliais. Polichromazija, anizocitozė, yra normoblastų. Padaryta kraujo transfuzija 300 gr.

Kovo 10 d. ligonis labai silpsta, blogai miega, daug prakaituoja, išblyškęs, net gelsvas.

Kovo 11 d. kraujas: Hb. 16%, eritrocitų 1.680.000, leukocitų 241.000; vaizdas: jaun. 2, segm. 4, lymf. 2, monocitų 91. Yra Türk'o narvelių ir plazmocitų, myelocitų, polichromazija ir normoblastų.

Kovo 15 d. Kraujas: Hb. 12%, leukocitų 150.000, beveik vieni monocitai, retai myelocitų. Ligonis mieguistas; iš nosies teka šviesiai raudonas kraujas. Dalį kraujo (sukrešėjusį balzganu, pilku krešuliu) išspjovė. Mirė 20 val.

Wassermann'o reakcija neigiama. T° buvo svyruojanti tarp 38° ir 39° C.

Šitas atsitikimas kraujo atžvilgiu yra visai tipiškas, skirtingas nuo stebėtų ūminės myeloidinės leukemijos formų. Kliniškai centre buvo nekrozinis gingivitas, kuris, dar nedarius kraujo tyrimo, davė pagrindo įtarti kaulo susirgimą. Žandikaulių rentgenograma kaulo pakitimų nerodė. Kitas, labai įdomus reiškinys buvo iš odos pusės. Iš pradžių buvo atsiradę petechijos ant rankų, kojų ir kūno, o vėliau atsirado papulozinis išbėrimas ant dilbių išorinių ir blauzdų priešakinių paviršių. Tas išbėrimas buvo labai ryškiai simetriškas, vienodai išsiplėtęs į ilgį. Panašus simetriško išbėrimo atsitikimas teko stebėti kitu ūminės myeloidinės leukemijos atsitikimu:

Lig. Pr. G., 33 metų, valdininkas, atsigulė klinikoje 1938 m. I. 8 d. Ant abiejų dilbių vidinių paviršių, nedaug ant krūtinės ir nugaros, raudonai melsvas smulkus papulozinis išbėrimas. Kraujo vaizdas: Hb 35%, eritrocitų 2.360.000, leukocitų 9.700; 58% myeloblastų. Del simetriškumo lokalizacijos reikia manyti, kad bus dalyvavusi ir nervų sistema.

Odos reiškiniai leukemijose esti dažniausiai jau arti ligos pabaigos. Būna įvairiausių vaizdų, bet histologiškai vaizdas vienodas — infiltracija ir proliferacija specifinių celių, kurios randamos ir kraujyje. Išbėrimai būna dažnai jaudinamose vietose, senuose randuose, pav., po herpes zoster (G o t t r o n). Gali būti eritrodermija, į erysipelas panašus paraudimas. Tas paraudimas gali niežėti, būti panašus į urticaria. Toliau būna makulopapulozinės ekzantemos, kaip, pvz., mūsų atsitikimais. Mazgeliai segtuko galvutės didumo iki plaštakos didumo, pakilę viršum odos, melsvai raudonai pilkos spalvos. Vaizdas panašus į lues II.

Kartais būna panašu į erythema exsudativum multiforme, ypač rankose. Trečia rūšis odos reiškinių būna dideli, dažniausiai gilūs odos infiltratai, panašūs į gumas, erythema induratum, sarcoid Boeck etc. Dažniausiai jie būna veide, subiauroja veidą kaip, pvz., lepra (facies leontina). Bet reiškiniai gali būti visur kūne.

Ūminių leukemijų t e r a p i j a iki šiol tėra simptominė, nes priežastis nežinoma. Yra autorių (H e n n i g), kurie mano, kad ūminė leukemija yra liga, kur yra sutrikęs elementų subrendimas, kaip, pvz., anaemia perniciosa atveju. Gal kada nors bus rastas panašus faktorius kaip kepenų perniciozinės anemijos atveju, kuris skatina brendimą. Dabar vartojama campolon ir kiti kepenų preparatai anemijai sumažinti, C- vitamino preparatai, kraujo transfuzijos, arseno ir geležies preparatai. Opos švitinamos rentgenu (30—50% HED pro filtrą), tepamos koncentruotu neosalvarsano skiediniu (1:5). Taip gydant kraujavimas dažnai sustoja, gaunama lyg ligos remisija. W h i t b y, taip gydydamas, gavo net 2 remisijas. G l o o r yra aprašęs net viena pagijimą, bet gal ten buvo tik

savotiškas agranulocitozės atsitikimas, kada elementų maža ir daug jaunųjų formų, bet gyjant jų skaičius padidėja iki daug tūkstančių ir į leukemiją panašus vaizdas.

LITERATŪRA.

1. Cooke: „Lancet." (1931, II). 129.
2. Decastello: „Wiener Archiv. f. inn. Med." 1925.
3. Klima u. Scyfried: „Med. Klin." 1937 m. 12 nr.
4. Gottron: „Med. Klin." 1937 m. 11—12 nr.
5. Orr: „Lancet". 1933 (I) 403 p.
6. Merklen u. Wolf: „Pr. méd." 1927 m. 145 p.
7. Gloor: „M. m. W." 1930 (1096).
8. Reschad u. Schilling: „M. m. W." 1913. (1981).
9. Schilling: „Med. Klin." 1926. (563).
10. Weiss: „Wiener Archiv." 1927. (303).

AUTOREFERAT.

Es wird ein Fall von Monozytenleukaemie beschrieben und eine Übersicht von Monozytosen und Monozytenleukaemien gegeben.

Gyd. D. Kvintas.

Agranulocytosis atsitikimas.

(Iš Panevėžio Žydų ligoninės. — Vedėjas — d-ras T. Gutmanas).

Agranulocytosis su klasiškais reiškiniais yra palyginti retas susirgimas. Literatūroje yra aprašyta nedaug šitos ligos atsitikimų. Todėl noriu aprašyti vieną būdingą agranulocytosis'o atsitikimą, atitinkantį Schultz'o aprašytus šitos ligos kliniškus reiškinius. Šitą atsitikimą pademonstravo Panevėžio Žydų ligoninės vedėjas d-ras T. Gutmanas Panevėžio gydytojų draugijos posėdyje 1938 m. vasario mėn. 25 dieną.

Ligos istorija.

Anamnezė. Ligonė S., 40 metų amžiaus, prieš 4 mėnesius staiga susirgusi: 38°—38,5° temperatūra ir sąnarių uždegimo reiškiniai. Ji buvusi gydoma salicyliniais preparatais ir pasitaisiusi. Praslinkus kelioms savaitėms, gydytojas vėl buvęs pakviestas pas tą pačią ligonę. Padarius šlapimų analizę, rasta 8‰ baltymų, eritrocitų, leukocitų ir cilindrų. Edemų nebūta, kraujospūdis buvęs normalus. Po trumpo laiko vėl patikrinus šlapimus, rasta tik 0,5‰ baltymų. T° buvusi normali, savijauta gera.

Prieš 10 dienų ligonė staiga vėl sukarščiavusi (39°), atsiradę bendrinis silpnumas, galvos skausmai, deginimas burnoje ir gerklėje. Nuo to laiko iki įstojimo į ligoninę (10 dienų) temperatūra buvusi continua 38,5 — 39°C.

Status praesens. Ligonė vidutinio ūgio, blogos mitybos, išblyškusi, gelsvo atspalvio — subicterus. Širdyje ir plaučiuose patologiškų pakitimų nerasta. Hepar ir lien neapčiuopiami. Lymfinės liaukos nepadidėjusios. Centrinė nervų sistema: motorinė bei sensorinė sferos nepakitėjusios. Burna: viršutiniame žandikaulyje dantų nebėra, apatinia-

me — tik kapliai ir iltiniai — jię kliba. Gingivos gleivinė ulceravusi. Ant tonsilų yra mažų ulcerogangreninių opelių. Gomurio lankai ir minkštasis gomurys turi irgi tokio pat pobūdžio opelių. Hemoragijų nepastebėta. Genitaliniai organai nepakitę.

II. 20 d. T° 28,5°; ligonė silpna, skausmų nėra. Subicterus. Foetor ex ore — gingivitis gangraenosa.

II. 21 d. Kraujo nusėdimo reakcija pagal Westergreen'ą 114 per 1 val. Foetor padidėjęs. Ryškus icterus, ligonė skundžiasi jėgų nustojimu. Hepar jau kiek apčiuopiamas. T° 38°C. Šlapimų analizė: žymūs baltymų pėdsakai, pavieniai forminiai elementai.

II. 22 d. Status idem. Kraujo analizė: Eritr. 3.000.000, Hb 70%, index = 1.1, leukocitų 3.400. Kraujo vaizdas (pagal Schilling'ą): myeloblastų 17, lymfocitų 74, monocitų 9.

II. 24 d. Kartotinė kraujo analizė: Leukocitų 3.000, myeloblastų 22, lymfocitu 77, monocitų 1, trombocitų 300.000. Kraujavimo laikas (Blutungszeit) truko 3 min.

Hepar gerai apčiuopiamas. Icterus dar labiau paryškėjęs.

II. 26 d. Ligonė jau nesamoninga. Plaučiuose girdėti drėgnų karkalų. Širdies garsai duslūs. Tvinksnis minkštas, vos apčiuopiamas.

Exitus letalis. Skrodimas nebuvo darytas.

Aišku, kad šituo atsitikimu turėta reikalo su agranulocitoze, nes buvo pasireiškę visi klasiški šitos ligos simptomai, k. a.: gangreniniai pakitimai burnos gleivinėje, aukšta t°-ra, icterus, hemoragijų nebuvimas ir visų svarbiausia — visiška stoka segmentuotų, štabinių ir eozinofilinių kraujo rutulėliu.

Agranulocitoze pirmą sykį yra aprašęs Werner Schultz 1922 metais, o kaip angina agranulocytotica — Friedmann. Šita liga dažniausiai serga vidutinio amžiaus moterys, bet pasitaiko, kad suserga ir vyrai bei vaikai. Ligos esmė — stoka granulocitu (neutrofilu, polimorfiniu celiu) kraujuje. Liga, pasak kai kurių autorių, pasireiškianti epidemiškai tam tikrais metų laikais.

Meyer aprašė agranulocytoze siaučiant 1922 metais gripo epidemijai (gal tada buvo pavartota daug pyramidon'o?).

Būna ūminė agranulocytosis'o forma, kuri trunka 3—10 dienu ir baigiasi mirtimi, ir chroniškai recidyvuojanti forma, simuliuojanti sąnarių reumatą.

Liga prasideda aukšta, čia remituojančia, čia pastovia (continua) temperatūra. Ligos atsitikimai, lydimi žemos temperatūros, turi geresnę prognozę. Burnoje, gerklėje atsiranda uždegimo reiškinių, kurie iš pradžių sunku atskirti nuo angina catarrhalis arba lacunaris. Uždegimo procesas vis progresuoja: Waldeyer'io žiedas įgauna nekrozuojantį gangrenini vaizdą. Audinių griuvimas plinta visame virškinamajame trakte, k. a.: gingivoje, stemplėje, skilvyje, žarnose, rectum'e. Pastebėta net plaučių gangrena. Genitaliniai organai ir oda būna taip pat paliesti. Pagal Schultz'ą nukenčiančios gleivinės, turinčios daug lymfinių audinių. Prieš mirtį gali padidėti blužnis ir kepenys, visuomet atsiranda icterus.

Būdingiausias agranulacitozės atveju yra kraujo vaizdas: leukopenija siekia net iki 1.000. Weiss ir Carran aprašė vaiko agranulocitozę su 180 (!) leukocitų. Neutrofilinės polimorfinės celės (segmentiniai, štabiniai, eozinofilai) mažėja iki minimumo (3) arba visai išnyksta. Vyrauja lymfocitai (iki 90%) ir monocitai. Iš patologinių celių — myeloblastai, bet niekuomet nebūna myelocitų. Paprastai eritrocitų skaičius ir Hb % kiekis pasilieka maždaug normalūs. Trombocitų kiekis nesumažėja, kartais net padaugėja. Krešėjimo ir kraujavimo laikas normalus. Anemijos, hemoraginės diatezės nėra, bet iš gleivinės nekrozių gali kraujuoti; tuo ir skiriasi agranulocitozė nuo leukemijos, aplastinės anemijos ir kaikurių toksikozių (pav., apsinuodijimo salvarsanu). Inkstai nebūna paliesti (mūsų aprašytuoju atsitikimu inkstų uždegimo, tur būt, nebuvo).

Bronchopneumonijos komplikacija ir prostracija veda prie exitus letalis.

Patogenezė. Schultz, Friedmann, Kaznelson tvirtina, kad esencialinės agranulocitozės sukėlėjas esąs dar mums nežinomas virus. Manoma ir apie kurią nors infekciją, nors būdingas kraujo vaizdas pasireiškia anksčiau, negu kliniški šitos ligos reiškiniai. Schultz'o dėsnis sako: Audinių atsparumas eina lygiagrečiai su leucopoesis'o laipsniu.

Pastaruoju laiku pastebėta, kad kai kurie medikamentai, k. a., salvarsan'as, salicyliniai preparatai, pyramidon'as (amidopyrin'as), atophan'as, bismutas, auksas, sukelia agranulocitozę. Schultz aprašė agranulocitozę nuo nirvanol'io. Jis tvirtina, kad turįs reikšmės benzolio žiedas (dinitrofenolis). Pastebėtas agranulocitozės sindromas nėštumo metu, po išrovimo daugelio dantų, lymphogranulomatosis'o atveju. Typhus, gripas, kala-asar sukelia kartais granulocitopeniją. Kyla klausimas, kodėl reumatikai, kurie kol kas gydomi minėtais antipiretiniais vaistais dažniausiai nesuserga šita liga (kaip simptomine agranulocitoze)? — Tur būt, čia svarbų vaidmenį vaidina konstituciniai-alerginiai individo momentai.

Patologiškai anatomiškai tiriant randama atrofijos reiškinių čiulpuose (med. ossium); kaip ir sunkių toksikozių atveju, negaminamos granuliuotos celės. Letterer yra aprašęs atsitikimų, kai čiulpuose buvę daug granulocitų, bet jie nebuvę deponuojami į kraują — visiška blokada.

Prognozė. Nuo agranulocitozės, kaip savarankiškos ligos, miršta apie 80%.

Terapija, deja, kol kas dar yra bejėgė. Daromi įvairūs bandymai, bet rezultatai menki:

1) Lokaliai: Pulverizavimas 1—2‰ perkain-glycerin'o skiediniu. Burnos tepimas 50% hydrog. hyperoxyd.

2) Pentosennucleotid'o (nucleotrat'o-Nordmark Werke) intramuskulinės injekcijos.
3) Kraujo transfuzijos, geriausia, iš ligonio, sergančio myeloidine leukemija.
4) Kepenų preparatai.
5) Vienkartinė neosalvarsan'o dozė (0,3) prieš nekrozes.
6) Terpentino dirbtiniai sterilūs abscesai.
7) Ilgųjų kaulų švitinimas.

LITERATŪRA.

1) Bergmann: Lehrbuch der inneren Medicin.
2) Pfaundler u. Schlossmann: Handbuch der Kinderheilkunde.

AUTOREFERATAS.

Agranulocytosis.

Es handelt sich um einen Fall von Agranulocytosis. Wir finden die von Schulze beschriebenen charakteristischen Hauptsymptome deutlich ausgesprochen, naemlich: gangrenoese Veraenderungen der Mundschleimhaut, hohes Fieber, icterus und vor dem Tode deutlich vergroesserte Leber. Am aufallensten ist das typische Schillingsche Blutbild-vollstaendiges Fellem der segmentierten Staben u. Eosinofilen weissen Blutkoerperchen.

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

12. M. Belchior (Brazilija): **O tratamento das ulceras atonicas peli vitamina C.** (Atoninių opų gydymas C-vitaminu) („A Folha Medica" 1937 m. *22* nr.).

Askorbininės rūgšties taikymas gydyti atoniškoms opoms, nepasiduodančioms daugeliui gydomųjų metodžių, dar mažai išstudijuotas. Autorius praneša apie 2 atsitikimus palyginti greitai išgydytus redoxon'u (Roche) ir žuvų taukų tepalu. Pirmuoju atsitikimu tat buvęs berniukas, 9 metų amž.; antruoju atsitikimu — 16 metų paauguolis. Abudu juodu ant žemutinės blauzdos dalies turėję dideles opas, 5×2,5 cm. diam. Berniuko išmatose rasta ankylostomos kiaušinėlių ir konstatuota didelė anemija. Gydant geležimi, insulinu, žuvų taukais ir antihelmintica, opa pasidengusi randu ir anemija pranykusi. Kuriam laikui praėjus, opa vėl atsivėrusi. Tas pats gydymas jau nebepadėjęs. Anemijos daugiau nebebūta. Nustačius C-vitamino stoką ir pritaikius atitinkamą gydymą redoxon'u (per 6 dienas paeiliui po 1 ampulę intra venam), opa sumažėjusi, bet neužgijusi, nepaisant, kad gydymas buvęs tęsiamas ir žuvų taukų tepalu. Po 6 dienų pertraukos pavartota antra intraveninių redoxon'o 6 ampulių injekcijų serija. Visiškas išgijimas. Taip pat ir antruoju atsitikimu, padarius 6 redoxon'o injekcijas intra musculos, po to kasdien davus per os po 4 tabl. redoxon'o, per 36 dienas opa visiškai užgijusi. *T. Golbergas*

CHIRURGIJA.

8. Kt. Herzog (Diuseldorfas): **Trauminiai m. ileopsoas funkcijos sutrikimai.** („Münch. Med. Woch." 1938 m. 19 nr.).

Atliekant įvairius kūno mankštos pratimus, labai dažnai nukenčiąs vienas iš svarbesniųjų kojų judesių raumuo, būtent, m. ileopsoas, kuris

kaip m. iliacus išsiskėtęs eina ant vidinio os ileum paviršiaus. Jis prasideda nuo liemens stuburkaulių skersinių ataugų ir eina žemyn siaurėdamas po apačia Poupart'o raiščio ir prikimba prie trochanter minor ir, pasak Brauns'o, beveik visuomet ant šlaunikaulio kūno.

Musc. ileopsoas dažnai nukenčia, atliekant įvairius sporto pratimus ar del įvairių traumų, susijusių su darbu. Kadangi m. ileopsoas funkcija nukenčianti nuo įvairių veiksnių, todėl reikia tinkamai diferencijuoti.

M. ileopsoas funkcijos sutrikimas galįs pasireikšti tik raumens jėgos sumažėjimu, o kartais iki visiško funkcijos pranykimo. Kartais būną labai maži anatominiai pakitimai, o visiškas funkcijos sunykimas, todėl lygiagretiškumo tarp anatominių pakitimų ir funkcijos sutrikimo laipsnio negalima pravesti.

Anatomiškų pakitimų vieta galinti būti pačiame raumenyje, jį supančioje fascijoje, perėjime į insertio, arba net pačioje prisikabinimo vietoje. Sulig amžium locus minoris resistentiae keičiąsis. Iki 18—19 metų loc. min. resist. esąs trochanter minor epifizinė linija, kur įvykstąs įtrūkimas ar trūkimas traumai paveikus. Vėliau dažniausiai nukenčiąs pats raumens kūnas. Po 45—50 mt. paprastai trūkstąs pats trochanter minor.

Dažniausiai nepasitaikančios tokios stiprios traumos, kad būtų visiškai sunaikinta m. ileopsoas funkcija, bet tik gaunami nedidelio laipsnio raumens įplyšimai, įtrūkimai, ištempimai. Visiškas raumens nutrūkimas dar nestebėtas, nes rentgenologiškai jis negalima nustatyti. Sužalojus raumenį, gaunami stiprūs sakusmai, kurie raumens funkciją dar daugiau sumažina.

Raumens sužalojimo didumas pareinąs nuo traumos stiprumo. Traumai paveikus, gaunama refleksiška raumens kontraktūra, kuri dar žymiai sužalojimą padidinanti.

Svarbu pažinti traumos mechanizmas, diagnozuojant m. ileopsoas sužeidimą. Del skausmų stiprumo tenka pasakyti, kad, patį raumenį sužeidus, būną stipresni skausmai, negu trochanter minor atplyšus, ką galima rentgenu pastebėti.

Esant lengvesnio laipsnio raumens sužalojimui, beveik nereikalinga jokia terapija. Galima panaudoti įvairių formų šilima. Sužeidimo pradžioje vengtina masažų, kurie padidina skausmus. Didesniam raumens sužalojimui esant, būną labai stiprūs skausmai, todėl būtina ramybė ilgesnį laiką. *T. Šiurkus.*

VAIKŲ LIGOS.

12. Prof. Arvo Ilppö: **Ueber die Pathologie der Frühgeburten und Neugeborenen.** (Apie prieš laiką gimusiųjų ir naujagimių patologiją) („Mschr. Kinderheilk". 76 B., 1—2 H.).

Autoriaus išnagrinėta įvairių autorių medžiaga apie melaena neonatorum. Capon iš Liverpolio praneša, apie 61 atsitikimą, kurie rodo, kad gimdymo eiga neturėjusi įtakos melaena'i atsirasti.

Hammar iš Gotenburgo vaikų ligoninės praneša apie 76 genuininės melenos atsitikimus, kur mirtingumas sudarė 25%; toks mažas mirtingumas pareinąs nuo ankstyvųjų kraujo injekcijų. Paskutiniu laiku lengvesniais atvejais švirkščiama į raumenis citrininio kraujo, o sunkesniais atvejais — intraveniškai defibrinuoto kraujo.

Kapilä ir Leppo surinko daug medžiagos, iš viso 177 melenos atsitikimus, iš didesnių Suomijos gimdymo įstaigų. Gydymas nebuvęs vienodas; mirtingumas siekęs 45%. Paskutiniais metais buvę mėginta kraujavimo metu duoti pro burną tik vandens (be jokio maisto) ir sykiu švirkšti į raumenis motinos kraujo. Berniukų skaičius 84, mergaičių —86; todėl negalima daryti išvados apie berniukų persvarą, kaip kad nurodoma kitų surinktose medžiagose. Kas yra nauja ir įdomu, tai Kapilä ir Leppo tvirtinimas, kad melenos atsitikimai įvairiais metų mėnesiais

rodą didelį skirtumą. Čia pastebimas tipiškas periodiškumas ir supuolimas su paprastomis ūminėmis infekcinėmis ligomis. Vienu metu gripo infekcijai padažnėjus nuo sausio iki kovo mėn., melenos atsitikimai būną dažniausi. Šitas tvirtinimas sakytų už tai, kad infekcija melenos etiologijoje atliekanti svarbų vaidmenį. *V. Tercijonas.*

13. Rietschel: **Zur Pathogenese und Therapie der Sprue, ins besondere der Sprue der Kinder (Zöliakie) (Gee-Herter-Heubener'sche Erkrankung).** („D. med. Wschr." 1938 m. 3 nr.).

Herter'io ligos etiologija ir patogenezė tebėsančios neaiškios. Seniau manyta apie funkcišką virškinamųjų takų nepakankamumą, persiduodantį šeimose paveldėjimo būdu, vėliau kaltinta žarnyno infekcija, patogeninė flora, taip pat vitaminų stoka. Dabar prieita išvada, kad esanti kalta endogeninė bakterijų invazija į laibąsias žarnas, tačiau ne patogeninių bakterijų, bet tokių, kurios fiziologiškai užsilaiko žarnyne. Acidozė esanti ryškiausias tos ligos pažymys. Ji susidaranti del padidėjusio angliavandžių ir riebalų bakterinio rūgimo ir del oksidacijos sutrikimo. Antinkstinės liaukos, autoriaus nuomone, neturinčios čia reikšmės. Gydymas turįs kovoti su laibųjų žarnų bakteriniu apkrėtimu, rūgščia reakcija ir skatinti normalią žarnų sienelių baktericidiją. Gražiausių rezultatų gaunama gydant moters pienu.

P. Baublys.

14. H. Domrich: **Der Leistenhoden, seine Prognose und die Ergebnisse seiner Behandlung.** („Münch. med. Wschr." 1938 m. 2 nr.).

Kriptorchizmo etiologija nėsanti dar pakankamai išaiškinta. Gydoma operatyviai ir hormonais. Aiškinantis gydymo rezultatus reikią atminti, kad daugelio autorių nurodoma, jog didelė dalis kriptorchizmų savaime susitvarko ligi lytinio subrendimo. Coley atradęs iki 14 m. 3% užsilaikiusius kiaušinėlius, o pas vyresnius — tik 0,5%. Taigi, jo ir kitų duomenimis kriptorchizmas paliekąs tik pas $^1/_6$, o $^5/_6$ sugyjąs savaime.

Ryškiausios komplikacijos esą kiaušinėlio atrofija, hernija ir piktybinis išsigimimas, taip pat kojytės persisukimas, kuris tuojau galįs sukelti nekrozę. Piktybinė degeneracija pasitaikanti žymiai dažniau, negu nusileidusių kiaušinėlių, tačiau ar čia kalta tik lokalizacijos netvarka, ar kuri kita priežastis, nėsą aišku.

Gydymo tikslas patalpinti kiaušinėlį į vietą ir apsaugoti nuo fibrozinės atrofijos. Piktybinio augimo perspėti dar nemokama. Dar neaišku, ar gydymas hormonais nesudarąs pavojaus piktybinio išsigimimo. Hormonų ir operacinis gydymas abudu duodą panašius rezultatus. Tik dalyje atsitikimų pasiekiama kiaušinėlių funkcinio pakankamumo, ir tai tik pradėjus gydyti anksti — iki subręstant.

Kriptorchizmui be hernijos (kuri būna 50%) tinkąs hormonų gydymas. Komplikuoti kriptorchizmai ir atkaklūs hormonoterapijai reikalingi operacinės intervencijos. *P. Baublys.*

15. Paschke: **Störungen und Fieber beim Zahndurchbruch der Kleinkinder.** („Münch. med. Wschr." 1938 m. 2 nr.).

Oficialaus mokslo pažiūra, neigianti skausmingą ir ligūstą pirmųjų dantų prasikalimą, neranda pritarimo ne tik žmonių, bet ir daugelio gydytojų tarpe. Wassmund nurodo, kad pieniniams dantims prasikalant, vykstą ne tik fiziologiniai procesai, bet ir kitokie. Nurodoma, kad danties vainikėliui priartėjus prie smegenų gleivinės, susidarančios palankios sąlygos įeiti vidun infekcijai, į kurią jautrus kūdikio organizmas reaguojąs karščio pakilimu, bendro stovio pakitimais. Pavykę patinusiose ir paraudusiose smegenyse surasti ir išleisti pūlinių viršum dar neišlindusių dantų vainikėlių.

Į dantų prasikalimą kūdikis reaguojąs įvairiai, kartais tik lengvu negalavimu, kartais sunkiu, sepsį primenančiu, susirgimu. Karščiavimas, kuris galįs būti iki 39°—40°, galįs trukti kelias dienas, jis atsirandąs anksčiausiai

3-čią ir vėliausiai 1 savaitę prieš danties prasikalimą. Sunkiai sergą 5% visų vaikų, iš viso lengvai ir sunkiai reaguoją net 10%. Vienodai sergą ir „ypatingai jautrūs" esą neuropatiški ar rachitiški kūdikiai ir sveikos stiprios konstitucijos, ką autorius iliustruoja ligos istorijomis.

P. Baublys.

UROLOGIJA.

7. J. Schmidt: **Nephrolithiasis.** („Münch. med. Woch.". 1938 m. 2 nr.).

Nephrolithiasis Jugoslavijoje esanti labai dažna liga. Taip dažna, jog įvairūs felčeriai ir kiti nemokšos, nepaisant kas bebūtų, jei tik skausmai yra kairėje pusėje, tuojau pasaką, kad esama nephrolithiasis'o. Jei skausmai dešinėje pusėje, tada tiek drąsiai nediagnozuoją nephrolithiasis'ą, nes čia gali būti appendicitis, todėl biją susipainioti.

Jau 1919 m. autorius pastebėjęs, kad nephrolithiasis'u sergančiųjų skaičius kaskart didėjąs. Dažniausiai sergą ūkininkai ir įvairūs darbininkai, kurie daugiausia maitinasi mėsa, įvairiais riebalais ir naudoja nemaža alkoholio. Sergantieji nephrolithiasis'u dažniausiai atrodą sveiki, stiprūs ir riebūs.

Geriamasis vanduo dažniausiai čia esąs labai kietas. Patys gyventojai pastebėję, kad medžiaga inkstų akmenims susidaryti atsirandanti iš vandens.

Minėti gyventojai sunaudoją daug mėsos, maža daržovių ir kito augalinio maisto. Alus geriamas ištisus metus, o ypač vasarą; vynas ir įvairūs jo surogatai taip pat nuolat vartojami.

Susirgęs inkstų akmenimis, nuolat skundžiąsis skausmais strėnose, nuovargiu, vidurių nenormalumu, šlapinantis dažnai deginą uretroje. Kartais užeiną smarkūs skausmai, priepuolio pavidalu. Skausmų intensyvumas pareinąs ne nuo akmens didumo, bet nuo jo formos, konsistencijos ir t. t.

Dauguma atsitikimų nephrolithiasis praeinąs be ypatingų komplikacijų; kartais atsirandanti anuria, pyelitis, uremija, kuri dažnai privedanti prie mirties.

Nuo 1919 m. autorius turėjęs 32 nephrolithiasis'o atsitikimus; iš jų 23 atsit. kairėje pusėje, 6 — dešinėje, o 3 — abiejose pusėse. Vyrų buvę 22, moterų — 10. Abipusiai akmenys (3) buvę moterims.

T. Šiurkus.

8. F. May (Miunchenas): **Ein Fall von Sphinktersclerose bei der Frau.** (Moters sfinktero sklerozė) („Z. Ur. Chir." 42. H. 4).

Sclerosis m. sphincteris vesicae aprašomas literatūroje, kaip beveik išimtinai vyrų susirgimas. Tačiau iki šiol dar neaiškus šito susirgimo vaizdas. Tikrosios sclerosis m. sphinct. vesicae buvimas neretai konstatuojamas pastaruoju laiku ir moterims. Prie šito susirgimo reikia priskirti šlapimų užsitūrėjimas, turįs sfinktero raumens sklerozę, nepareinamai nuo jos etiologijos ir raumens pakitimų. Vokiečių literatūroje aprašytas 1 toks atsitikimas; prancūzų — 7. Autorius aprašo šį savo atsitikimą.

Pacientė, 56 metų amž., anksčiau niekada rimtai nesirgusi. Prieš $3^1/_2$ metų pasireiškę vis didėją reiškiniai iš pūslės pusės. Nuolatiniai kankinami tenesm'ai, pasunkėjęs šlapinimasis, pūslė ištuštinama tiktai dideliu įtempimu. Kartais retentio; kartais kraujavimas. Per naktį šlapinantisi 6—8 kartus mažais kiekiais. Šlapimai dvokią. Ligonė jau esanti dažna ligoninių viešnia. Gydymas paprastais desinficientia nesėkmingas; sveikata blogėjusi. Ligonė patekusi pas autorių. Liekana = 600 kb. cm. drumstų šlapimų (leuko-, erythro-, albumen). Bakteriologiškai: coli bac.+. Kystoskopiškai: petechijos, trabekulės ir barjeras ties m. sphincter. Indigo intra venam: normalus išskyrimas iš abiejų pusių. Naurologinės priežasties nėsą. Infekcija buvusi — sekundarinis reiškinys, o ne užsitūrėjimo priežastis. Pasirėmus subjektyviais nusiskundimais ir objektyviu vaizdu pūslėje, pagal analogiją su vyrų sclerosis m. sphincteris vesicae vaizdu, buvusi

nustatyta atitinkama diagnozė ir pritaikytas šis gydymas: kateteris à demeure+ amphotropin, argoflavin intra venam ir vakcina. Po bendro pagerėjimo buvo pavartotas priežastinis gydymas — m. sphincter incizija specialaus instrumento (Lichtenberg'o-Heywald'o elektrotomo) pagelba per 3 seansus. Komplikaciją pyelonephritis pavidalo ligonė nugalėjusi. Kaip išdava — svorio priaugimas 12 klgr., ramus miegas, liktinių šlapimų nebuvimas, tenesm'ų pranykimas. Tiktai coli bacilai neišnykę, net ir 2 mėnesiams po operacijos praėjus. Neaiškiais atsitikimais autorius pataria patikrinti liktinius šlapimus, kas moterims retai daroma. Šituo atsitikimu autorius padaręs ne kylišką m. sphincteris išpjovimą, o inziciją, del ligonės mitybos kritimo. Ascendentinės infekcijos pavojus tokiais atvejais visada esąs, ir tai turėtina galvoje. *T. Goldbergas.*

AKUŠERIJA IR GINEKOLOGIJA.

5. Staehler (Frankfurtas prie M.): **Fluor u. Vitamine.** („D. med. Woch." 1937 m. 43 nr.).

Apie tarpusavius santykius tarp vitaminų ir fluor'o jau žinoma kad ir iš to, kad, perėjus į vegetarišką, vitaminais turtingą, maistą, fluor galįs pranykti, o taip pat iš to, kad mielės, įduotos per os ar pavartotos per vaginam, pašalinančios fluor'ą. Meteorologiniai stebėjimai parodę, kad saulė kliudanti nespecifiskam fluor'ui išsirūtuliuoti ir tuo pačiu metu padedanti trichomonas florai išsivystyti. Aktyvus pradas, manoma, esąs ultravioletiniai spinduliai, kurių dėka odoje pasidaręs D- vitaminas. Todėl, aišku, ir esąs sėkmingas kvarco lempos ir žuvų taukų taikymas. A- vitaminas gerai veikiąs konstitucinį fluor'ą, liesas, nerviškas moteris, turinčias nedidelį hyperthyreosis'ą. Kliniškoje medžiagoje buvę rasta 124 atsitikimai kasmet pavasarį kartojančiosi fluor'o recidyvo. Viena iš priežasčių esanti C- vitamino stoka, autoriaus nustatyta atitinkamos titracijos pagelba (panaudojant dichlorphenol'io-indophenol'io tabletes „Roche"). Davus redoxono'o „Roche", šitas deficitas buvęs padengtas. Be to, kasdien per vaginam buvę duodama 50 mgr. askorbininės rūgšties. Pastarajai surūgštinus vaginos florą, colpitis galutinai buvęs išgydytas. Mielių gydomasis veikimas pareinąs nuo jose esamo B- vitamino. Apie šitą tarpusavį santykį literatūroje duomenų dar nėsant. Autoriaus stebėjimai privedę jį tik prie vienos išvados, kad nėščiosios sergančios B-hypovitaminoze, beveik visada susergančios didele sekrecija ir be galo aktakliu vaginitu. Nespecifiško fluor'o atveju, kasdien įvedus į vaginą lactoflavin'o „Roche", sumažėdavęs fluor; šitas pagerėjimas buvęs stebimas tiktai šito gydymo metu. Svarbiausia — tat profilaktika, kreipianti dėmesį į tai, kad būtų išvengta B- ir C- vitaminų deficito maiste. *T. Goldbergas.*

ODOS IR VENEROS LIGOS.

5. Marschhauser: **Aussprache über Uliron** (Atsiliepimas apie uliron'ą) („Derm. Wochr." 1938 m. 15 nr.).

Autorius aprašo gonorėja sergantį ligonį, gydytą uliron'u; ligoniui per 14 dienų buvę įduota 60 tabl., 5-tą dieną paskutinę tabletę priėmus, abiejose kojose ir rankose atsiradę skausmai, kurie diena iš dienos didėję. Be šitų negalivimų, ligonis jautęs galvos skausmus ir svaigimą, galvojimo susilpnėjimą ir bendrą negalavimą. Vėliau netekęs galūnėse ir ypač kojose jėgos.

Ištyrus ligonį neurologinėje klinikoje rasta: šlaunies, mažųjų pėdos ir plaštakos raumenų parezė; Achill'o refleksai pranykę. Anestezija rankose ir kojose. Vėliau konstatuota polyneuritis su atrofišku paralyžium ir jautrumo sutrikimu galūnėse. Gydymui paskirtas betoxin'as.

Del šitos įvykusios komplikcijos autorius pastebi, kad uliron'as būtų duodamas tik pagal receptą ir kad pauzos tarp kursų po 20 tabl. būtų ne

mažesnės kaip 5—7 dienos. Uliron'u gydomas ligonis turįs būti akylai gydytojo stebimas tiek intoksikacijos, tiek gydymo rezultatų atžvilgiu. Kai kuriais atsitikimais, be intoksikacijos reiškinių, gydymo rezultatai buvę šie: jokios sekrecijos arba labai maža šviesiai gleiviškos sekrecijos, skaidrūs šlapimai, mikroskopiškai tiriant tokiame sekrete randama gonokokų. *A. Gulbinas.*

OTORINOLARYNGOLOGIJA.

4. M. Baer: **Tonzilektomija ir C-vitaminas.** („Monatschr. f. Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhynolog." 1938 m. 4 sąs.).

M. Baer rašo, kad, nepaisant daugelio tyrinėjimų, tonzilių funkcija ir fiziologija esančios toli gražu neišaiškintos. Tačiau atrodą, kad joms jokia svarbesnioji funkcija nepriklausanti. Jų pašalinimas neparodąs jokių neigiamumų ir todėl dažnai jos išpjaunamos, ypač kai pasirodąs jose pavojingas infekcijos židinys. Tuo labiau, kad, persirgus tonzilitu, liekanti chroniška uždegimo eiga, kuri veda prie abscesų, flegmonų arba, per continuitatem skleidžiantis bakterijoms, gaunama sepsinės infekcijos komplikacijų.

Todėl ir patyrusių gydytojų nuomonės šituo klausimu esančios įvairios. Esama nuomonių, kurios į tonziles žiūrinčios kaip į perdėtą infekcijos židinį; o kadangi tonzilių hormoninius ypatumus spėjama esant, tik neįrodytais, — nusistatę atmesti tobulą radikalų jų pašalinimą. Tam prieštarauja laryngologai, kurie bo jokios kritikos šaliną įtariamas tonziles. Patsai autorius manąs, kad galima esą naudoti ir konservatyvus gydymas, bet be tonzilektomijos negalima apsieiti, nes tik tuo būdu tegalima atsiekti visiškas pasveikimas.

Toliau nagrinėjama problema, kada darytina tonzilektomija. Autorius pripažįsta, kad sunku tiksliai nustatyti simptomai, kurie laiduotų indikaciją. Suminimi keli reiškiniai, k. a.: galvos skausmai, recidyvuojančios anginos, abscesai, bendriniai reiškiniai (sepsinės komplikacijos, reumatas, nephritis ir t. t.), daubotos tonzilės su dvokiančiais kamščiais, padidėjusios submaksiliarinės liaukos arba tonzilių srities jautrumas, spaudžiant iš vidaus ar iš išorės (Krainz, Hutter).

Tačiau pasitaiką atsitikimų, kada minėtų simptomų nerandama. Spalva, didumas, konsistencija ir jų paviršiaus ypatumai nieko tikra neduodą (Fein). Kriptų turinio tyrimas duodąs nevertingų rezultatų (Ertl). Bakteriologiškai tiriant, streptococcus haemolyticus 10—20% ir pas sveikuosius randamas. Kraujo pakitimas po tonzilių masažo taip pat esąs nespecifiškas. Vertingesni esą anamnezės duomenys, nors ir jie dažnai suklaidiną.

Kadangi dauguma atvejų tonzilektomijos indikacija tiksliai esą sunku nustatyti, autorius pamėginęs, ar negalima kas nors atsiekti su naujuoju vitaminų mokslu. Autorius tyrimus daręs vien tik su C- vitaminu, nes tik jis kliniškai susekamas.

C-vitaminas — antiskorbutinis, identiškas su askorbinine rūgštimi. Normaliomis sąlygomis žmogus jį gaunąs iš maisto. Šito vitamino stoka organizme lengvai pasirodanti, nes vitaminas labai nepatvarus, lengvai svyruojanti substancija. C- hypovitaminozė turinti labai didelę patologinę reikšmę (Stepp). Ji galinti atsirasti ir tinkamai maitinantis, bet esant padidėjusiam vitamino sunaudojimui, kas būną karštligėse ar infekcinėse ligose; arba esant sukliudytam vitamino priėmimui, kas būną pakenktų virškinamųjų takų atveju.

Dabar oto-rino-laryngologijoje, be faringito, epistaxis'o ir gingivos kraujavimo, C- vitamino vaidmuo esąs tik tiriamas.

Bet kuris infekcinis procesas sukeliąs padidėjusį C- vitamino sunaudojimą. Autorius tonzilitų atveju radęs tą pačią C-hypovitaminozę. Jis pas savo 40-tį įvairaus amžiaus ligonių, kuriems buvusi indikacija ton-

zilektomijai, C- vitamino deficitą radęs tarp 650 ir 1.800 mg. Vidutiniškai 1.240 mg. Kaip curiosum, autorius mini vieną ligonį, sergantį spontanišku tonfilių kraujavimu; jis turėjęs šito vitamino deficitą 6.500 mg.

Autorius paminėjęs C- vitamino deficitą tik kaip tonzilių susirgimo išdavą, tačiau C- hypovitaminozė pasitaikanti daug dažniau: senatvėje, badaujant, esant blogose gyvenimo sąlygose, persidirbus ir t. t. (Stepp, Baer). Esant C- vitamino deficitui, tonsilitis, be abejo, jį padidinąs: dysphagia, iš to skystas, neturtingas vitaminais maistas, del infekcijos gastritiniai reiškiniai skrandyje ir tiesioginis veiksnys padidėjęs C- vitamino sunaudojimas del tonsillitis — chroniško infekcijos židinio.

Toliau aprašoma, kad sveikas organizmas per dieną sunaudojąs daugiau kaip 50 mg. C- vitamino, kad prisisotinęs organizmas nežinomą jo kiekį susikraunąs. Askorbininės rūgšties įrodymas esąs dar nepakankamai specifiškas ir gaunamieji duomenys esą reliatyvūs. Kraujyje ir in liquore cerebro-spinali jo nustatymas susijęs su komplikuotais laboratoriniais tyrimais. Autorius tenkinasi tik reliatyviais duomenimis, kuriuos jis susekęs šlapimuose.

Pabaigoje autorius aprašo ligonę, sergančią chroniškų tozilitu. Ji turėjusi toksiškai-infekciškai pakenktus širdį, kraujo vaizdą ir hypotoniją. Jis kai kurį laiką šitą ligonę gydęs konservatyviai, ir visi minėtieji reiškiniai pranykę. Po kiek laiko ligonė vėl skundžiusis, kad pas ją atsiradę anksčiau buvusieji reiškiniai. Ir autorius nustebęs, kai tyrinėdamas tonziles radęs dvokiančių pūlių kamščius. Iš to autorius ir daro išvadą, kad tonzilių pašalinimas priklausąs tikrajam gydymui. Latentinei infekcijai nustatyti naudotinas C- vitamino balanso susekimas. Gera esą dar šitie duomenys paremti kraujo nusėdimu, jo bendriniu vaizdu ir ekskliuduoti kiti organizme esą infekcijos židiniai. *Vencius.*

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Oedem'ų gydymas.**

Bindžer bet kurios kilmės oedem'ose stengiasi aprėžti kiekį skysčių ligi 1.000—1.200 kb. cm. (nėsant ureminių reiškinių), aprėžti kiekį valgomosios druskos ir pataria gulėti lovoje. Nuo prieš 10 metų diurezei sustiprinti duodamo ammonium chloratum, taip pat ir nuo vėliau duodamo ammonium nitricum tekę atsisakyti del toksiškų inkstų nepakankamumo reiškinių. Paskutiniais 3-jais metais autorius taikąs kalium nitricum (po 8,0—12,0 pro die po valgio), kuris 200 įvairios kilmės ėdem'ų atsitikimais davęs gerų vaisių. Pridėjus gyvsidabrio preparatų, kalium nitricum veikimas sustiprėjąs. Svarbu, kad kalium nitricum galįs būti duodamas ir šlapalams susitūrėjus, kad jis toksiškai neveikiąs širdies, esąs gerai pakeliamas žarnų, nesukeliąs acidozės.

Salirganas patartina atsargiai vartoti. Jis esąs kontraindikuotinas ūminės anurijos pirminėje stadijoje; taip pat esą rizikinga jis skirti uremijoje, nes inkstų nepakankamumas galįs padidėti; nepatartina jisai vartoti ir tuomet, kai kiekis šlapalų kraujuje esąs didesnis kaip 50—75 mgr. % arba kai esama eritrocitų šlapimuose. Salirganas gerai veikiąs esant neryškaus inkstų nepakankamumo reiškiniams, pvz., širdies dekompensacinėse oedem'ose, nefrozėje, poliserozite ir neaiškios etiologijos oedem'ose. Iš pradžių intra venam injekuojama mėginamoji dozė 0,5 kb. cm. ir, nepasireiškus toksiniams reiškiniams, kitą dieną injekuojama 2 kb. cm. salirgano, o toliau tas pats kiekis kartojamas kas 3—4 dienos. Tačiau autorius iš pradžių verčiau taikąs konservatiškesnes gydymo priemones ir vis rečiau ir rečiau griebiąsis salirgano.

Širdies oedem'ų atsitikimais reikią ne tiktai atpalaiduoti organizmas nuo vandens pertekliaus, bet ir sustiprinti širdis. Šitam tikslui sėkmingai taikomi ksantino derivatai, digitalis'o preparatai ir organiški gyvsidabrio

junginiai; pastarieji žymiai mažiau pavojingi širdies dekompensacinių stazių atvejais negu kad nefrituose, tačiau terminalinėse širdies-kraujagyslių ir inkstų nepakankamumo stadijose jie efekto neparodą. Anurijoje patartina įvesti sol. glucosae ir sacharosae 20% po 200—500 kb. cm. ir tuojau po to venoms praplauti duotina intra venam sol. natrii chlorati physiologici 100 kb. cm. Autorius prie gliukozės pridedąs sol. aminophillini 5—10—20% 100 kb. cm. Nefrozėje, kai serumo baltymų maža ir inkstų funkcija nepakankama, patartina baltyminga dieta (po 75—150 gr. baltymų per dieną). Pagrindinės apykaitos rodikliui esant žemam, reikią išmėginti extr. gland. thyreoideae. Susitvenkus skysčiams pleuros ar peritoneum'o tuštymuose, darytina punkcija.

Gydymo rezultatai patikrinami kas savaitė sveriant ligonį ir matuojant įduotus ir išskirtus skysčius. („Proceedings Mayo clinic." 1936 m. 41 nr., 11 t. — Ref. „Klin. Med." 1937 m. 5 nr.). *J. St.*

× **Elektropyreksija.**

Neumann elektropyreksiją taikąs paralysis progressiva ir kitų centrinės nervų sistemos syfilinių susirgimų atsitikimais, paskui pirminiame ir antriniame syfilyje, astmoje, artrite, gonorėjoje ir kitose ligose. Elektropyreksiją pavartojus gautieji rezultatai įtikinę, jog autoriaus nuomonė, kad paralysis progressiva maliarinėje terapijoje geras efektas gaunamas nuo temperatūros per se veikimo, esanti teisinga. („Proceedings Royal Soc. Med." 1925. Dec.). *J. St.*

× **Pooperacinių pneumonijų profilaktika ir gydymas chininu+kalciu.**

Klinicistams seniai žinomas geras chinino veikimas pneumonijai. Ypačiai gerų rezultatų gaunama kombinuojant chininą su kalciu. Iš kalcio preparatų geriausiai virškinamas calcium-Sandoz. Šitie stebėjimai paskatinę Ulbrich'ą išmėginti Schmieden'o klinikoje, Frankfurte a. Maino, chinino kombinaciją su calcium-Sandoz, kaip profilaktinę priemonę pooperacinių komplikacijų išsirūtuliavimui išvengti. Buvę stebėta 280 ligonių, operuotų bendrinėje narkozėje ar vietinėje anestezijoje tais atvejais, kai buvo atidarytas pilvo tuštymas. Šitiems ligoniams (už 1—2 d.) prieš operuojant ir 1—2 d. po operacijos buvę įšvirkšta intra venam 2 kartus per dieną po 1 ampulę chininum+calcium-Sandoz, kurioje buvę 10 kb. cm. calcium-Sandoz ir 0,6 chininum gluconicum. Kontrolinę grupę sudarę 290 ligonių, buvusių tokio paties amžiaus ir turėjusių tokio paties pobūdžio susirgimą. Iš 280 pirmosios grupės ligonių plaučių komplikacijų gauta 19, t. y. 6,8%, atsitikimų, o iš 290 kontrolinės grupės ligonių — 54, t. y. 18,6%. Dauguma plaučių komplikacijų tekusi vyresniems kaip 20 metų. Įdomu pažymėti, kad pooperacinės komplikacijos ligoniams, paruoštiems chininu+kalciu, turėjusios lengvesnę ligos eigą. Iš 16 ligonių, gavusių plaučių komplikacijų, mirę 4 ir visų mirties priežastimi buvusi pagrindinė liga; iš 54 kontrolinės grupės mirę 16 ligonių ir visų jų mirties priežastimi beskrodžiant rasta pneumonija. Pasirėmęs šitais klinikos duomenimis, Ulbrich rekomenduoja chininą+kalcį, kaip profilaktinę ir pooperacinių pneumonijų gydomąją priemonę. („Zbl. Chir." 1936 m. 38 nr. — Ref. „Klin. Med." 1937 m. 7 nr.). *J. St.*

× **Bronchinės astmos gydymas insulininiu šoku.**

Veguircau 40 ligonių, sergančių bronchine astma, pritaikęs gydymą insulininiu šoku ir per ištisus metus stebėjęs jų sveikatos stovį. Jo gydymo metodė buvusi ši: astmatikams buvę įšvirkšta 40 vienetų insulino prieš pusryčius arba praėjus 6—7 valandoms po paskutinio valgio. Insulinas patartina įvesti paties dusulio priepuolio metu. Dusulio priepuoliui visiškai praėjus, įvedamas cukrus. Vidutiniško sunkumo atsitikimais insulinas buvęs įvedamas kas 3—4 d.; priepuoliams dažniau pasireiškiant, insu-

linas buvęs įvedamas atitinkamai dažniau. Labai sunkiais bronch. astmos atsitikimais, insulinas buvęs švirkščiamas kasdien, net ir du kartu per dieną, ligi gaunant žymų pagerėjimą. Jokių blogų padarinių nebuvę pastebėta. Šitas gydymo būdas esąs nepatartinas senesniems kaip 70 metų asmenims, tuberkuliozininkams ir asmenims, turintiems kraujo apytakos sutrikimų. Autorius pastebėjęs, kad šitaip gydant bronchinės astmos priepuolis kupiruojąsis; po kelių tokių insulininių šokų bronch. astmos pobūdis pakitėjąs, dusulio priepuoliai darąsi mažiau intensyvūs ir palaipsniui pranykstą. Insulino veikimo mechanizmą autorius aiškina įvykstančia bronchų dilitacija.

Šitas gydymo būdas, pasak autoriaus, galįs būti sėkmingai pritaikytas ir kitiems patologiškiems stoviams, susijusiems su glotniųjų raumenų skaidulų kontratūra, k. a., kepenų ar inkstų dieglių atvejais, migrenėje ir t. t. Esą galima laukti naudos iš jo ir alerginių sutrikimų atsitikimais. („Pr. méd." 1936 m. 35 nr. — Ref. „Klin. Med." 1937 m. 7 nr.). *J. St.*

× **Insulinas vaikų mitybos sunykimo atveju.**

Ellenberg Linkolno ligoninėje pavartojęs insuliną 10-čiai vaikų, turintiems sunykusią mitybą. Kai kuriais atvejais svorio priaugimas buvęs pakankamas, kitais—svoris nepadidėjęs. Tačiau visiems vaikams, gavusiems insulino, bendrinis tonusas ir odos spalva labai greitai pagerėję, atsiradę gyvas susijdomavimas aplinkiniais daiktais, didesnis aktyvumas ir energija. Apetitas taip pat pagerėjęs, nors svorio priaugimas nėjęs lygiagrečiai su apetito pagerėjimu. Autoriaus manymu insulinas esąs duotinas tokiems vaikams, kur norimas gauti bendrinis pagerėjimas; nekreiptina dėmesio į tai, kad svoris nelabai greitai priauga. Insulinas taip pat taikytinas ir gyjantiesiems po ilgų ir nualinančių ligų. („Arch. Pediatrics". 1935 m. XII. — Ref. „Klin. Med." 1937 m. 6 nr.). *J. St.*

× **Kokliušo gydymas C- vitaminu.**

Otani kokliušui gydyti vartojęs C-vitaminą — 0,1 redoxon'o (I-askorbininės rūgšties natrio) skiedinyje ampulėje. Atsižvelgiant į kokliušo sunkumą ir kūdikio amžių, jisai kasdien švirkšdavęs į veną ar į raumenis 50—100 mgr. lengvais, 100—150 mgr. vidutiniškais ir daugiau kaip 200 mgr. sunkiais atsitikimais. Iš 81 atsitikimo 34 atvejais gautas aiškus pagerėjimas arba visiškas pasveikimas, 32 — pagerėjimas ir 15— negauta jokių vaisių. Kliniškas sėkmingumas gydant kokliušą C-vitaminu aiškinamas tuo būdu, kad C-vitaminas veikiąs bac. pertussis, tormozuodamas jo raidą ir pagaliau jį nužudydamas. C-vitaminas taip pat padarąs nežalingą kokliušo bakterinį toksiną. Pasak autoriaus, kokliušo gydymas C-vitaminu esąs efektingas ir specifiškas. Kadangi C-vitaminas net perteklinėmis dozėmis nesukeliąs pašalinių reiškinių, tai jisai esą galima taikyti ir žinduoliams, kuriems, del nepakankamos imuninių kūnų gamybos, sunkiai gaunamas efektas nuo specifiško serumo injekcijų. („Kl. Wchschr." 1936 m. 51 nr. — Ref. „Klin. Med." 1937 m. 8 nr.). *J. St.*

× **Dujinės gangrenos rentgenoterapija.**

Kelly aprašo 34 dujinės gangrenos atsitikimus, gydytus arba chirurgiškais būdais arba rentgeno spinduliais. 13 ligonių buvę operuoti ir iš jų mirę 5. Iš likusių 21 neoperuotų ligonių, gydytų serumu, vietiniais antiseptiniais vaistais ir mažomis bei dažnomis rentgeno spindulių dozėmis, nei vienas nemiręs. Susidarą įspūdžio, kad kiekvienu dujinės gangrenos atsitikimu, kad ir kažin kaip jis mums atrodytų beviltis, reikia taikyti rentgenoterapija. Rentgenoterapija taikoma ryte ir vakare; voltažas turįs būti pakankamas spinduliams patekti į duj. gangrenos paliestus audinius, būtent: 90—100 kilovatų galūnėmis ir 130—160 kilovatų stuobui. („Radiology". 1936. Jan.—Ref. „Klin. Med." 1937 m. 6 nr.). *J. St.*

× **Dabartinis dujinės gangrenos rentgenoterapijos stovis.**

Kelly ir Dovell 1928 m. pirmą kartą pritaikė rentgenoterapiją dujinės gangrenos atveju automobilio sunkiai sužeistam jaunuoliui, kuriam operatiškas gydymas nebuvę galima pavartoti. Šitoje srityje prityrimo dar neturėta, tačiau ligonis pasveikęs. Paskatinti autoriai rentgenoterapiją pritaikę 7-iais dujinės gangrenos atsitikimais, iš kurių 5 pasveikę (turėję galūnių sužalojimus), o 2 mirę (turėję stuobo sužalojimus). Be to, visi ligoniai dar gaudavę serumo. Dabar autoriai jau esą stebėję 56 dujinės gangrenos atsitikimus, gydytus rentgeno spinduliais, iš kurių 15-ai buvusi padaryta amputacija ir 49-iems pavartota seroterapija. Bendrinis mirtingumas = 5, t. y. 8,9%. Amputacijos atsitikimais mirtingumas buvęs 33%. Autoriai priėję išvadą, kad dujinės gangrenos atsitikimais rentgenoterapija esanti indikuotina nuo pačios pradžios susirgimo, bent per 3 dienas, 2 kartu per dieną. Galūnių amputacija esanti kontraindikuotina. Nors 7-iais serumu negydytais atsitikimais ir gautas pagijimas, autoriai vis delto randą reikalinga taikyti ir antigangreninis serumas, jei tam nėsą specialių kontraindikacijų, pridėjus dar prie to ir antitetaninio serumo. („J. Am. m. Ars." 1936 m. 14 nr. 107 t. — Ref. „Klin. Med." 1937 m. 6 nr.). *J. St.*

× **Nudegimų gydymas tepalu iš argentum nitricum.**

Be nudegimų, kuriems esąs reikalingas gydymas ligoninėje, esą dar daug nudegimų, kurie galį būti gydomi ambulatoriškai. Šitais atsitikimais esą labai svarbu turėti paprastas, pigus, aseptiškas ir neskausmingas nudegimų gydymo būdas. Nudegimų sunkumas pareinąs daugiau nuo jų platumo, kiek nuo jų gilumo. Gilesnių nudegimų gijimas einąs lėčiau ir tuo lėčiau, juo jie gilesni. Nudegimų laipsnis pareinąs nuo liepsnos t^0-ros, nuo nudegimą sukėlusios substancijos ar skysčio ir nuo laiko, kada jais buvo prisilytėta prie odos. Tais atvejais, kai drabužiai yra permirkę nudegimą sukėlusio skysčio, gaunamas didesnis nudegimas, negu kad skysčiui betarpiškai susisiekus su oda. Didelius nudegimus dažniau lydį bendriniai simptomai, susiję su skysčių netekimu, t^0-ros pakilimu, prostracija. Kismeyer sustoja tiktai ties vietiniu nudegimų gydymu.

Iš įvairių nudegimams gydyti siūlomų priemonių Kismeyer geriausiu pripažįsta tepalą iš argentum nitricum, kurį nekintamai sėkmingai vartojąs jau 25 metus. Šito tepalo ši sudėtis. Rp. Arg. nitrici 0,25, Aq. destill. 25,0, Ol. olivar. 25,0 ir Adeps lanae 50,0. Technika: nudegimo vieta nuplaunama steriliu valgom. druskos fiziologišku skiediniu ir, pašalinus pūsles, aptepama storu sluoksniu tepalo, o virš jo kuri nors nepermirkstama medžiaga ir marlinis tvarstis. Tepalas keičiamas 1 kartą per dieną. Taip gydoma nudegimo vieta labai greitai sugyjanti ir gaunami patenkinami randai. („Lancet." 1936 m. 5904 nr., 231 t. — Ref. „Klin. Med." 1937 m. 7 nr.). *J. St.*

× **Pruritus ani gydymas kalomeliu.**

Kadangi pruritus ani gydymas rentgeno spinduliais kaip taisyklė duodąs tik laikinį pagerėjimą, tai Teizen, sužinojęs, kad šitą susirgimą Magnius sėkmingai gydąs kalomeliu (tepalu ar milteliais), ir pats pamėginęs šitą gydymą savo praktikoje ir gavęs labai gerų vaisių.

Technika. Anus'o sritis ryte ir vakare nuplaunama šiltoku vandeniu su švelniu muilu, nušluostoma minkštu rankšluosčiu ir apibarstoma smulkiais sutrintais kalomelio milteliais. Labai esą svarbu, kad nebūtų išmatų užsitūrėjimo ir todėl prireikus duodama švelnių paleidžiamųjų vaistų. Prieš einant gulti pamėgintina išsituštinti, nes kietų išmatų buvimas sėdimojoje žarnoje galįs padidinti niežėjimą. Paprastai po 10—12 d. ligonis pajuntąs žymų palengvėjimą, o dar po savaitės liga ir visiškai praeinanti. Ligoniams nedraudžiama nei rūkyti, nei alkoholiniai gėrimai vartoti, nei prieskoniai su maistu valgyti.

Neretai niežėjimas kuriam laikui praėjus vėl atsinaujinąs, tačiau, aukščiau aprašytu būdu gydomas, greitai praeinąs. Šitaip gydant gauta gerų vaisių tiek lengvais, tiek ir sunkiais ir jokiam kitam gydymui nepasidavusiais atsitikimais. Ypač efektingas buvęs kalomelio veikimas atsitikimais su atrofuota, blizgančia oda be plaukų anus'o srityje, t. y. pirminio pruritus ani atsitikimais; diabetinio pruritus ani atsitikimais šitas gydymas nebuvęs sėkmingas. Kai pruritus ani kombinuojasi su ekzema, tais atvejais kalomelis skirtinas, tik pirmiau ekzemą išgydžius, norint išvengti merkurinio dermatito. Pruritus kitose kūno vietose šitam gydymui nepasidavęs.

Šitas paprastas ir pigus gydymas kalomeliu išmėgintinas visais genuininiais pruritus ani atsitikimais, prieš pavartojant kurį nors kitą gydymą. („Lancet". 1936 m. 5901 nr. — Ref. „Klin. Med." 1937 m. 6 nr.).

J. St.

× **Įprasto aborto gydymas E-vitaminu.**

Fogt Meller 1931 m. pirmą kartą pranešė apie gerą E-vitamino (sudaigintų kviečių grūdų) veikimą įprastam abortui. Tolimesniais autoriaus ir kitų stebėjimais esą įsitikinta, kad, šitą gydymą pavartojus įprastam abortui gydyti, esą galima gauti gerų rezultatų 75% atsitikimų.

E-vitamino veikimo mechanizmas dar nėsąs paaiškėjęs. Esant jam labai išsiplatinusiam, esą negalima prileisti, kad šita avitaminozė atsirandanti del E-vitamino nepritekliaus maiste. Greičiau tenką įtarti abortuojančių moterų nesugebėjimas rezorbuoti arba sunaudoti E-vitaminą, del ko ir reikią įvesti didesni jo kiekiai, norint padengti jo reikalingumą ir tuo būdu padėti normaliai nėštumo eigai. Jo chemiška sudėtis dar nėsanti išaiškinta. Sprendžiant iš Nilsen'o bandymų, jo buvimas — padedant chorion'o hormonui — esanti būtina sąlyga geltonkūnio hormonui susidaryti.

Autorius stebėjęs, kad daugelis moterų įprasto aborto atveju turinčios absoliučią ar reliatyvią hypocholesterinemiją, tuo metu, kai nėštumą lydinti hypercholesterinemija. Pasak autoriaus bandymus, E-vitaminas dažnai gerai veikiąs hypocholesterinemiją. („Kl. Wschr." 1936 m. 51 nr. — Ref. „Klin. Med." 1937 m. 9 nr.). *J. St.*

× **Prieėklampsijos ir ėklampsijos gydymas nėmbiutal'iu.**

Paskutiniais 3-iais metais 35-iais preėklampsijos atsitikimais buvęs taikomas gydymas nėmbiutal'iu, duodant po 1 kapsulę 4 kartus per dieną (kapsulėje 0,1 nėmbiutal'io). Nei vienu atsitikimu nestebėta ėklampsinių mėšlungių. 24 atsitikimais, įšvirkštus į veną 0,2 nėmbiutal'io su 4 kb. cm. sol. natrii chlorati physiol., be to, įvedus į rectum po 6—8 kaps., mėšlungiai labai greitai pasiliaudavę. Nėmbiutal'is jokio pašalinio veikimo neparodęs. Jo specifiškas veikimas dar nėsąs visai išaiškintas. Preėklampsijos ir ėklampsijos gydymas nėmbiutal'iu, įduodamu per os, intra venam ir per rectum, Ross'o manymu kliniškai esąs žymiai mažiau pavojingas negu kad kurie nors kiti gydymo būdai. („Am. J. Obst. Gyn." 1936 m. 1 nr. — Ref. „Klin. Med." 1937 m. 9 nr.). *J. St.*

× **Nėštumo metu vakcinacija kaip profilaktinė priemonė pogimdyminėms infekcijoms įspėti.**

Nėščios moters imunitetui pakelti pogimdyminės infekcijos atžvilgiu Bernstein Antenatalio klinikoje, Filadelfijoje, 51 atsitikimu pavartojęs vakcinaciją mišria vakcina, pagaminta iš dažniausiai pasitaikančių pogimdyminėse infekcijose mikroorganizmų. Prieš vakcinos injekciją buvę ištirti šlapimai, kraujas Wassermann'o ir Kahn'o reakcijoms nustatyti, kiekybinė kraujo analizė ir eritrocitų nusėdimas. Daugumai nėščiųjų šita vakcinacija buvusi daroma paskutiniais 2-jais nėštumo mėnesiais. Kiekvienai nėščiajai buvę švirkščiama į paodį 0,05 kb. cm. vakcinos ir per

1—3 d. buvusi stebima vietinė ir bendrinė reakcijos. Toliau vakcinos švirkštimai į raumenis (į musc. deltoideus) buvę kartojami kas savaitė po 0,1 kb. cm. Dozė palaipsniui buvusi didinama nuo 0,1 ligi 0,2 kb. cm. kiekvienai injekcijai. Iš viso švirkštimų daryta 3—13 kartų. Bendrinis kiekis vakcinos 0,5—6 kb. cm. Susergamumo pogimdymine infekcija kriteris buvęs pagrįstas 2-jų Filadelfijos įstaigų priimtu standartu 19,01%. Iš 51 vakcinuotos nėščiosios susirgę 3, t. y. 5,9%. Pasak autoriaus, šitos vakcinos injekcijos nėsančios pavojingos, nelydimos reakcijos ir turinčios būti įskaitytos į pogimdyminio slaugymo priemonių sąrašą. („Am. J. Obst. Gyn." 1936 m. 1 nr. — Ref. „Klin. Med." 1937 m. 9 nr.).

J. St.

× **Nauja cheminė reakcija meningitui nustatyti.**

Griebel, išnagrinėjęs normalaus ir del ligos pakitėjusio liquor'o chemiją, nurodo dabartines reakcijas ir pastebi, kuo jos remiasi. Toliau autorius siūlo naują savo reakciją, kurią jis išbandęs per dvejus metus. Reakcija pagrįsta suradimu tryptophan'o, baltymų skilimo produkto, kurio ligūstai pakitėjusiame liquor'e randamas įvairus kiekis. Jis surandamas spalvinėmis reakcijomis įvairiose meningito serozinio, pūlinio, tuberkuliozinio ir luetinio formose. Metodė esanti labai paprasta. 1 kb. cm. meningitinio liquor'o sumaišomas su 1 kb. cm. atskiesto glyoksylinės rūgšties skiedinio. Toliau pagelba pipetės į mėgintuvėlio dugną įleidžiama 2 kb. cm. koncentruotos sieros rūgšties. Po 5 minučių, padėjus mėgintuvėlį prieš baltą popierą, žiūrima į violetinės spalvos susidarymo intensyvumą. Autorius pabrėžia, kad reakcija esanti vertinga, greita ir paprasta; meningitams diagnozuoti naudotina. („Hals-Nasen-u. Ohrenheilk." 1938 m. 46 B., 3 H.).

Vencius.

× **Citrina ir C- vitaminas.**

Szent-Györgyi rado C-vitaminą visose antiskorbutinėse medžiagose. Todėl atrodo, kad C-vitamino davimas turėtų pagydyti skorbutą ar preskorbutinius stovius. Tokie preskorbutiniai stoviai randami virškinamųjų takų susirgimų atvejais, ypač po ilgų diarėjų, nes tada būnanti bloga C-vitamino rezorbcija. Ebmby ir Warburg iš Kopenhagos („Lancet", 1937 m. XII. 11 d.) visiems ligoniams, turėjusiems sumažėjusią kapiliarų rezistenciją ir žemą kiekį askorbininės rūgšties (C-vitamino) kraujuje, duodavęs sintezinio C-vitamino pro burną. Iš 29 ligonių tik trys nepasitaisę. Tiems trims buvęs duotas C-vitaminas ir į veną, bet kraujyje kiekis likdavo vis mažas. Visi trys atsitikimai turėję ilgą vidurių ligos anamnezę. Negerėjant jų stoviui buvo duodama citrinų sunkos. Duodant 5 iki 10 citrinų sunkos kasdien, stovis pradėjęs gerėti ir visi trys pasisekę visiškai pagydyti. Askorbininės r. kiekis kraujyje pradėjęs didėti ir greitai buvęs pakankamas. Autoriai išveda, kad citrinoje turinti būti dar kita medžiaga (gal P-vitaminas?), kuri padedanti organizmui fiksuoti askorbininę rūgštį.

A. Čeičys.

× **Optinis neuritas, kilęs nuo dantų susirgimų.**

J. Sedan jau 4 kartą praneša („Marseille Madical" 1936. VIII. 26), kad akių susirgimai galį paeiti nuo dantų ligos ir kad dantų ekstrakcija greit ir žymiai padedanti akių ligoms sirgti.

Buvęs ryškus hemoraginis neuro-retinitis, kuris trukęs du mėnesius ir vis ėjęs blogyn su plačia centrine skotoma ir matymo aštrumu iki 1,50, kuri tačiau išnykusi po 6 dienų, kai buvęs ekstraguotas viršutinis hemolateralinis neuritui molaras. Pagerėjimas įvykęs pirmiausia chromatinėje linkmėje, kuri visai išnykusi. Po trylikos dienų matymo aštrumas pasiekęs $^{3}/_{10}$, o po 3 mėn. — $^{1}/_{10}$.

Reikia pastebėti, kad dantų gydymas buvo patartas paprastai, kaip prisirengimas specifiškam gydymui.

S. Žukauskienė.

Mediciniškųjų organizacijų veikla.

I.

LIETUVOS DERMATOVENEROLOGŲ DRAUGIJOS SUSIRINKIMO, BUVUSIO 1938 M. VASARIO MĖN. 1 D. VALST. KAUNO LIGONINĖS AUDITORIJOJE, PROTOKOLAS.

Dalyvauja: Doc. med. d-ras Br. Sidaravičius, d-ras S. Volpertas, d-ras A. Gulbinas, d-ras Al. Feinbergas, d-ras A. Ragaišienė, d-ras V. Velbutas, d-ras E. Juospaitienė, Medemas, d-ras J. Levinas, d-ras El. Subockis, d-ras Iz. Ippas, dr. Z. Firantytė, d-ras B. Chackelevičius ir d-ras A. Kaminskas.

Susirinkimui pirmininkauja: doc. med. d-ras Br. Sidaravičius, sekretoriauja d-ras A. Gulbinas.

I. Protokolo skaitymas.

Praeitojo susirinkimo protokolas perskaitytas ir priimtas be pataisų. Kituose susirinkimuose protokolų nutarta nebeskaityti.

II. Ligonių demonstravimas.

1. D-ras A. Kaminskas demonstruoja:

a) Ligonį **P.**, 30 m. amž., tarnautoją.

Anamnezė. 1937 m. XI. 31 d. pajutęs silpnumą dešiniosiose kojoje ir rankoje; silpnumas didėjęs ir po 4 dienų staiga ligonis visai nebegalėjęs pajudinti šitų galūnių. Pagerėjimo nesulaukęs, 1938 m. I. 7 d. atvyko į kliniką.

Status praesens: Ligonio kalba kiek sutrikusi. Veidas nukrypęs į kairiąją pusę, dešinioji koja ir ranka paralyžiuotos. Sausgyslių refleksai iškilę; dešin. kojos Babinsky'o r. teigiama. Gilusis jautrumas sutrikęs. Paviršutinis jautrumas, skausmo ir temperatūros jautrumai sumažėję. Širdis n. yp. Prieš 5 metus kūnas buvęs išbertas — nesigydęs.

Diagnozė: **Hemiplegia syphilitica dextra.**

b) Ligonį **A. V.**, 49 m. amž., ūkininką, vedusį. Atvyko į kliniką 1938 m. I. 13 d.

Anamnezė. Prieš 3 metus dešin. blauzdos srityje atsiradusi maža opelė, toliau įvairaus didumo opos atsiradusios ant visos dešin. blauzdos iki pat pėdos. Ankstybesnės opos užgydamos paliko randus. Turi 6 vaikus. Žmona ir vaikai — sveiki. Venerines ligas neigia.

Status praesens. Dešin. blauzdos raumenys atrofavęsi. Yra dešiniojo kelio pseudoankilozė. Žemiau dešiniojo kelio sąnario blauzdikaulio priekiniame paviršiuje yra baltas randas. Visoje dešiniosios blauzdos srityje ir žemiau maleolus lateralis yra stačiais krantais įvairaus didumo opų. Pėda sutinusi. Širdis n. yp. Plaučių dešin. pusėje yra drėgnų karkalų, kairioje pusėje yra pailgėjęs iškvėpimas. WR ir SW. ++++.

Pradėjus specifiškai gydyti, opos greit pradėjo gyti.

Diagnozė: **Lues III gummosa activa.**

c) Ligonis, 26 m. amž., ūkininkas.

Anamnezė: Atvyko į kliniką nusiskųsdamas, kad niežti kūną ir iš visur iškritę plaukai. 1928 m. kojas, vėliau ir rankas pradėję berti mažais, blizgančiais mazgeliais, kojų srityje atsiradusios plokščios, į karpas panašios, išaugos. 1937 m. VI mėn. pradėję lopais nuslinkti nuo galvos plaukai. Vėliau plaukai iškritę nuo galvos, iš antakių, blakstienų, barzdos, pažasčių ir mons pubis. Šeimoje panašių susirgimų nebūta. Veneros ligas neigia.

Diagnozė: Iš blauzdos srities histologiško odos tyrimo diagnozė: **Lichen ruber verrucosus.** Kliniška diagnozė: **Alopecia areata totalis et lichen ruber verrucosus.**

2. D-ras A. Gulbinas demonstruoja:

a) Ligonį, 22 m. amž., darbininką.

Anamnezė: Bedažant stogus carbolineum'u, staiga paraudęs ir sutinęs veidas, rankos iki alkūnių ir lytiniai organai.

Status praesens. Ant veido, kaklo, ausų, rankų ir scrotum'o yra įvairaus didumo serozinių pūslių, kurios vietomis šlapiuoja, vietomis pasidengusios šašais. Šašus pašalinus, gydomas šlapiavimas greit pranyko, tinimas atsileido, paraudimas sumažėjo. Mėginys lapelio su carbolineum'u davė teigiamą odos reakciją, kontrolinio — neigiamą.

Diagnozė: **Dermatitis profesionalis.**

b) Ligonis, 66 m. amž., ūkininkas, klinikoje atsigulė 1937 m. XII. 16 d. su diagnoze — **psoriasis vulgaris.** Pradėjus gydyti tepalais ir arsenu, nuo pastarojo visur buvo gautas ryškus pablogėjimas, o ant pėdų — psoriasis pustulosa.

c) Ligonė, 38 m. amž., tarnaitė. Atsigulė klinikoje 1938 m. I. 18 d. Prieš 1½ metų dešin. fossa ovalis srityje atsiradęs skaudamas gumbas, kuris, išaugęs iki vištos kiaušinio didumo, trūkęs. Vėliau atsiradę keletas tokių gumbų in regione inguinali dextra, kuriems trūkus pasilikusios iki šiol fistulės ir negyjančios skaudamos opos.

Status praesens. Aplink fistules ir opas yra didelis sukietėjimas. Veneros ligas neigia. Opų vaizdas ir lokalizacija primena lymphogranuloma inguinale, Frei — neigiamas. Bacillus Ducrey nerasta. WR. ir SW. ++++. Biopsija parodė gumma.

Diagnozė: **Lues III gummosa activa.**

III. Pranešimai.

Doc. med. d-ras Br. Sidaravičius pranešė **apie dermatovenerologijos padėtį Lietuvoje.** Pranešėjęs palietė keletą klausimų.

1. Mokymosi ir mokslo įstaigos.

Odos ir veneros ligų klinika veikia nuo 1922 m. Klinikos direktorium iki 1935 metų buvo prof. J. Karuža. Asistentais buvo gyd. Eichelbergeris, V. Juškys, E. Ragaišienė, Br. Sidaravičius ir paskutiniais metais A. Gulbinas. Klinikos būstinės buvo nepaprastai blogos: klinika buvo prisiglaudusi prostitučių skyriuje, dabartinėje Valst. Kauno ligoninėje, prostitučių stotyje Nemuno gatvėje, lūšnelėje Kęstučio ir Daukanto gatvių kampe, įnamio teisėmis Karo ligoninės odos ir veneros ligų skyriuje ir pagaliau gautas Valstyb. Kauno ligoninėje 15 lovų skyrelis su mažyte ambulatorija, kurioje vargstama iki šiol. Dabartinėse būstinėse nėra vyrų nuo moterų izoliacijos ir nėra vaikų skyriaus. Iki 1929 metų kartu buvo Sveikatos Departamento ambulatorija, kuri vėliau buvo perkelta į Šančius. Jos vedėju buvo d-ras V. Juškys, vėliau d-ras J. Trečiokas. Tais pačiais metais Sveikatos Departamentas dalį sanitarijos ir medicinos darbų pavedė savivaldybėms, kurios pasirodė lankstesnės. Dėka to d-rui J. Trečiokui pavyko gana patogiai įkurti K. M. S. O. ir V. ligų ambulatorija dabartiniame Vytauto prosp. 6 nr.

1934 m. - 1935 m. dėta pastangų gauti geresnės būstinės klinikai, bet nepavyko. Nepaisant tų blogų sąlygų kasmet per polikliniką praleidžiama iki 1.200 pirmą kartą atsilankančių ligonių ir apie 15.000 kartotinai. Per tą laiką parašyta prof. J. Karužos, doc. Br. Sidaravičiaus ir d-ro V. Juškio visa eilė darbų iš dermatovenerologijos srities.

Klinikoje pradėta tirti histologinės medžiagos. Šiuo darbu užsiima d-ras A. Kaminskas.

Ligoniams gydyti šviesomis yra kvarco, Finsen-Lomholt'o lempos ir Bucky'o aparatas. Odos ligų gydymą šviesomis atlieka d-ras A. Gulbinas.

Paskaitų metu studentams medikams ir odontologams demonstruojami klinikoje ir poliklinikoje pasitaiką įdomesni ligoniai. Klinikoje kas mėnuo atlieka 1—2 med. kandidatai praktikos stažą.

Valst. Veneros ligų ligoninės Alytuje vedėju yra d-ras Stepanovas. Ligoninėje yra 35 lovos. Apie jos veikimą plačiau nebuvo paskelbta. Alytaus odos ligų ligoninėje gydomi venerikai,-ės apkrečiamoje stadijoje.

Karo ligoninės odos ir veneros ligų skyriuje ir Kauno žydų ligoninės urologijos skyriuje, kur dažnai guldomi odos ir veneros ligomis sergą ligoniai, studentai ir gydytojai taip pat galėtų pasitobulinti, bet del mažo personalo skaičiaus dirbti mokymo darbas čia yra sunku.

2. Odos ir veneros ligų ambulatorijos.

Kauno m. savivaldybės odos ir veneros ligų ambulatorijoje ir Kauno m. ligonių kasos odos ir veneros ligų ambulatorijoje, kaip kad matoma iš apyskaitų, darbas labai plačiai varomas. Jose dirbą gydytojai perkrauti darbų ir todėl moksliškai dirbti neturi galimumo. Provincijoje yra 34 odos ir veneros ligų ambulatorijos ir 43 venerikų gydymo punktai. Dauguma jų vedėjų, būdami priversti užsiimti ir bendrine praktika, tobulintis dermatovenerologijos srityje neturi galimumo.

3. Dermatovenerologų prieauglis.

yra mažas. Odos ir veneros ligų klinika iki šiol išleido 4 specialistus, Karo ligoninė — 1.

Didesnėse ambulatorijose gydytojų dirba nemaža, bet pagal įstatymą jie specialybės įsigyti negali. Specialybių įstatymo reikalavimus Kaune atitinka 21—22 gydytojai dermatovenerologai. Iš jų praktikuoja 14. Klaipėdoje yra 4 specialistai, Didžiosios Lietuvos provincijoje — 7. Dermatovenerologų specialistų pareikalavimo nėra. Kaune dermatovenerologai, kurie neturi tarnybų, vos vos suduria galus su galais. Į provincijos ambulatorijas, išlaikomas savivaldybių, specialistų dermatovenerologų taip pat nereikalaujama, nes ten reikalingi gydytojai praktikai, kurie gali verstis bendrine praktika (turi gydyti vidaus ligas, trachomą, teikti patarimus nėščioms etc.). Del to specialistų didesnis prieauglis Lietuvoje šiuo metu nereikalingas. Reikalinga prisitaikyti gyvenimo reikalavimams, t. y. ruošti gydytojus, tinkamus sveikatos punktams vesti. Čia reikalinga, kad gydytojas mokėtų ir venerikus aptarnauti, trachomą gydyti, nėščioms patarti, vesti tbc. dispanserį etc.

4. Dermatovenerologų perspektyvos,

įsteigus ligonių kasas ir įstatymui leidus venerikus gydyti nemokamai valdžios ir savivaldybių ambulatorijose, pasidarė sunkios.

Stoviui pagerinti prelegentas siūlo tobulintis savo specialybėje, kad dermatovenerologai galėtų suteikti kvalifikuotesnę ligoniams pagelbą, negu praktikos ar kitų specialybių gydytojai.

Neturint tinkamų mokymosi įstaigų, prelegentas nurodo tobulinimosi galimumus dalyvaujant dermatovenerologų draugijos susirinkimuose ir sekant jos darbus.

IV. Einamieji reikalai.

Nutarta:

1. Iš eilės kiekviename susirinkime paskaityti bent po vieną pranešimą.

2. Susirinkimų protokolai atiduoti sunaudoti „Medicinos“ žurnalui.

3. Iš prof. Louis Nékám'o, IX Dermatovenerologų kongreso Budapeste pirmininko, gautas prašymas atsiųsti Lietuvos Dermatovenerologų Draugijos narių sąrašą. Šitas sąrašas būsiąs paskelbtas leidinyje „Schematismus Societatum Dermatovenerologicarum“, kuriame yra surašyti visų valstybių dermatovenerologai.

Pirmininkas Doc. *Br. Sidaravičius.*
Sekretorius Gyd. *A. Gulbinas.*

II.

LIETUVOS DERMATOVENEROLOGŲ DRAUGIJOS SUSIRINKIMO, ĮVYKUSIO 1938. III. 8 D. VALSTYBINĖS KAUNO LIGONINĖS AUDITORIJOJE PROTOKOLAS.

Dalyvauja Draugijos nariai: doc. med. dr. Br. Sidaravičius, dr. I. Ippas, dr. E. Ragaišienė, dr. A. Kaminskas, dr. D. Volpertas, dr. E. Subockis, dr. A. Gulbinas, dr. Z. Firantytė, dr. Al. Feinbergas, dr. J. Levinas, dr. Ad. Medemas.

Svečiai: dr. Jochelsonaitė, dr. B. Golachas ir dr. S. Volpertas (Šiauliai).

Susirinkimui pirmininkauja doc. Br. Sidaravičius, sekretoriauja dr. A. Gulbinas.

I. Ligonių demonstravimas.

1. Dr. E. Ragaišienė demonstravo ligonę, 24 m. amž., sergančią **dermatitis herpetiformis-Düring.** Kartotinai atsirandančios pūslelės ant galūnių ir burnoje. Aplink pūsleles yra paraudimas; joms trūkus, susidaro šašai, o šiems nukritus, lieka pigmentuotos dėmės. Odą niežti. Kraujo WR-ngt. Kraujo vaizdas n. yp. — Gydyta: Na. salicylic; vėliau calc. su autohemoterapija, vietiniai tepalai. Gydymui nepasiduoda.

Doc. Sidaravičius pastebi, kad anksčiau buvo manyta apie erythema exsudativum multiforme, vėliau, pastebėjus bėrimų polymorfiškumą, recidyvus, gleivinių pūslėtus bėrimus, pripažinta dermatitis-Düring.

2. Dr. A. Gulbinas demonstravo:

a) Ligonę, 30 m. amž., 1936. X. 5 d. pradėtą gydyti nuo **lues II papulosa.** Kraujo WR++++. Prieš II ir III kursą WR-ngt. Po III kurso, vietoje duotos 2 mėn. pertraukos, ligonė pralaukė 3 mėn. ir prieš IV kursą WR++++. Ligonės savijauta gera. 1937. IX. 20 d., baigus IV kursą, praėjus 2 sav. pradėjo skaudėti galvą. Galvos skausmai kas kartas didėjo. Į kairę žiūrint ligonė pradėjo matyti du vaizdu. Praėjus 4 savaitėms po kurso baigimo, ligonė paguldyta į ligoninę. Kraujo WR — ngt.

Liquor cerebrospinalis: WR ir SW—ngt. Nonne Apelt ir Pandy positiv. Narvelių 10—12. Viename kub. mm. Baltymų 0,6‰. Oftalmoskopuojant rasta papillitis nervorum opticorum oc. dextri et oc. sin. Paralysis n. abducentis oc. sin.

Diagn.: **Meningitis basillaris luetica.**

Pradėjus sustiprintą specifišką gydymą (Sättigungskur), galvos skausmai ir diplopija pradėjo mažėti. Baigus kursą ligonė išrašyta jausdamasi visai sveika. Duota 3 sav. pertrauka. Praėjus savaitei po gydymo, pradėjo tirpti kojos. Po 3 savaičių pertraukos WR ir SW-ngt. Pradėjus sustiprintą specifišką gydymą, kojų tirpimas pradėjo mažėti. Doc. Sidaravičius pastebi, kad toliau reikalinga ligonei malarijos terapija.

b) Ligoniui, 58 m. amž., 1937. XI. 25 d. staiga suparalyžiavo dešiniąją koją ir ranką. Veneros ligas neigia. WR++++. Pradėjus specifišką gydymą, ligonis pradėjo judinti suparalyžiuotas galūnes. Paralyžiuotoje

pusėje jokių raumenų trūkčiojimų nejaučia. Baigus specifišką kursą, ligonis atgavo tiek jėgos, kad nesveika ranka išspaudžia dinamometru 35 kgr.

D i a g n.: **Hemiplegia dextra.**

c) Ligonei, 37 m., 1937. VII. 17 d. staiga įvyko **hemiplegia sinistra totalis.** Iš pradžių buvo sutrikusi ir kalba. Prieš 10 metų sirgo lues'u — nesigydė. Kraujo WR++++. Ligoninėje gauna 3-čią specifišką kursą. Veido ir galūnių paralyžius sumažėjo. Ranką iš peties pakelia iki peties aukštumos, bet pirštai iki šiol jėgos neatgauna. Visoje paralyžiuotoje pusėje kartojasi mėšlunginiai trūkčiojimai. Kalba truputį geriau.

d) Ligonė, 16 metų amž., serga **lupus vulgaris faciei.** Prieš 15 metų dešinėje smakro pusėje atsirado tbc. židinėlis. Procesas užėmė visą dešinę iki apatinio blakstienos veido pusę, smakrą ir priekinę kaklo dalį iki ryšiakaulių. Prieš 6 metus tbc. židinys atsirado ir išsiplėtė iki 5 litų monetos didumo ir ant kairiojo skruosto.

Gydoma poliklinikoje nuo 1931 metų. Žiemos metu liga pablogėdavo. Š. m. I. 12 d. dešinysis burnos kampas ir kairiojo skruosto sritis švitinta Bucky spinduliais.

Vietinė reakcija pasireiškė paraudimu. Po to visas lupozinis plotas ekzulceravo. Ekzulceracijų dugnas pilkas ir labai skaudamas. Plaučiuose šiurkštus kvėpavimas. Gydoma vietoje ung. acid. pyrogallici $^1/_2$%, pil. Blaudii su arsenu ir kvarco lempa. Ekzulceracijų dugnas pradėjo valytis, skaudamumas mažėti.

e) Ligone S-tei 37 m., praeitų metų rugsėjo mėn. pradėjo blogėti matymas. Kreipėsi į akių gydytoją, kuris pataręs ištirti kraujo WR. Rasta WR++++. Infekcijos laikas — nežinomas. Pradėjus specifišką gydymą, ligonei matymas vis blogėjo ir pagaliau apako. Akių klinikoje nustatyta **chorioiditis, iridocyclitis** ir labai didelis corpus vitreum padrumstėjimas.

3. Doc. Br. S i d a r a v i č i u s demonstravo:

a) Ligonę, 60 m. amž. Prieš 4 metus buvo amputuota kairioji krūtis. Po to kairioji ranka buvusi visą laiką pabrinkusi. Prieš 1 mėn. atsirado visos kairiosios rankos makulo-papuloziškas išbėrimas. Kubitalinėje srityje iš vidaus buvo pailgas, vištos kiaušinio didumo infiltratas. Biopsijos tyrimo duomenys: **dermatitis.** Ekscizijos vieta apiberta kseroformu ir užlipinta leukoplastu; jau po 3 val. pradėjo niežėti, skaudėti, sunkėsi labai daug skystimo. Ant rytojaus iš tos vietos tiesiog varvėjo. Šita vieta išburkusi, išberta mazgeliais ir pūslelėmis. Reikia manyti, kad pirminis rankos išbėrimas įvyko del stazės, o uždegimas ekscizijos vietoje del idiosynkrazijos leukoplastui ir xeroform'ui.

b) Ligonę 51 metų amž. 5-tais metais amž. dešiniosios menties srityje atsirado lupozinis židinėlis. Toliau liga išsiplėtė ant galvos, kaklo, krūtinės ir atskirais židiniais ant rankų. Gydėsi Charkove, Maskvoje, Varšuvoje, Berlyne, Karaliaučiuje. Paskutiniu laiku Kaune pas vieną šundaktarį. Praeitų metų pavasarį kartotinai atsirado dešiniosios menties srityje opa, kuri išaugo iki plaštakos didumo.

Opos dugnas nelygus, papilomiškas. Ligonės kakta, skruostai, viršugalvis, pakaušis, krūtinė ir šonai nuberti smulkiomis paviršutinėmis opelėmis. Opelių dugnas pilkas, aplinkui didelis paraudimas ir skausmingumas.

D i a g n.: **Lupus vulgaris exulcerans et carcinoma in lupo.**

Cancer švitintas rentgenu. Po švitinimo opos dugnas vietomis išgriuvo. Ekzulceracijos daugumoje vietų apgijo, ligonė sustiprėjo.

4. Dr. A. K a m i n s k a s demonstravo:

a) Ligonį, 33 m. amž., sergantį **lues II papulosa**. Demonstruotas, kaip reta ulcus durum lokalizacija ant radix penis ir didelė genitalijų oedema. Pradėjus specifišką gydymą, oedema greitai pradėjo mažėti.

b) LiLgonį, 25 m. amž., darbininką. Prieš 8 metus pradėjo berti galvą, nugarą, krūtinę, kirkšnis ir pažastis kietais nuo aguonos iki segtuko galvutės didumo gelsvais mazgeliais.

Histologiško tyrimo duomenys: raginis sluoksnis sustorėjęs, vietomis įsilenkęs į epidermį neatitinkamai folikulams. Papilos pailgėjusios; virš jų in strato granuloso matomi blizgą su branduoliais, keratothyalin'o pripildyti ir membranos apsupti narveliai (corps ronds). In strato corneo taip pat yra suragėjusių su branduoliais narvelių (grains).

Diagnosis: **Psorospermosis — Morbus Darier.**

II. Pranešimai.

Dr. A. Gulbinas daro pranešimą: **„Spindulių taikymas odos ligoms gydyti Odos ir veneros ligų klinikoje“.**

Odos ir veneros ligų klinika turi kvarco, Finsen'o-Lomholt'o lempą ir minkštųjų rentgeno spindulių aparatą Bucky. Kvarco lempa taikoma odos ligoms gydyti, kai norima paveikti ultravioletiniais spinduliais visą kūno paviršių. Finsen'o-Lomholt'o lempa gydoma tik lupus vulgaris planus. Prelegentas pažymėjo, kad, pasak kitų autorių, pirma reikią gydyti rentgeno spinduliais ar lupozinių audinių ardomais tepalais ir, tik lupus'ui visai suplokštėjus, opoms užgijus, pradėti gydyti Finsen'o-Lomholt'o lempa. Šituo būdu mūsų klinikoje gydyti 9 ligoniai. Prieš tai joks gydymas nebuvo taikytas. Švitinta kiekvienas židinys po 2—5 kartus, kas kartas po 1 val. Be laikinio pagerėjimo, geresnių rezultatų negauta.

Bucky aparatu švitinta daugiau kaip 50 ligonių.

Iš jų 1 ligonis gydytas, sergąs sycosis barbae nonparasitaria. Duota 382r. Po švitinimo niežėjimas ir paraudimas trečią dieną sumažėjo. Prieš ateinant kartotiniam švitinimui, kairioje veido pusėje švitintame plote atsirado naujas židinėlis

1 ligonė, serganti lupus vulgaris faciei. Leista į kairįjį skruostą 765r., į dešinįjį lūpų ir nosies skruosto kampą — 1040r. 9-tą valandą po švitinimo plotas pradėjo raudonuoti, 2-čią parą raudonumas pasiekė kulminacinį punktą. Po to iš lėto pradėjo blankti. Švitinto lūpų kampo sritis sutino, po 2 savaičių visas lupus vulgaris plotas ekzulceravo ir ten, kur nešvitinta.

1 ligonis, sergąs lupus vulgaris verrucosus. Duota 1040r. Po 2 savaičių ligoniui atvykus rastas visas plotas pasidengęs šašu, po šašais rastos papilos sutrumpėjusios ir židinio paviršius lygesnis.

Haemangioma cavernosum švitinta 6 savaičių mergytei. Nuo vienkartinio švitinimo 688r. atvykus po 2 savaičių rasta, kur griebė spinduliai iš avietinės spalvos perėjusią į rausvai pilką spalvą. Po 3 švitinimų raudonumas perėjo į melsvai pilką spalvą. Galutiniai gydymo rezultatai teks stebėti vėliau.

3 ligoniai švitinti del psoriasis vulgaris. Ekzeminiam psoriasis'ui duota 260r., chroniškam psoriasis'ui — po 765r. ir kartu gydyta tepalais. Po antro švitinimo, veikiant visur vienodai tepalais, švitintose vietose psoriasis nugijo, gi nešvitintose vietose tik suplokštėjo.

Ekzemomis sergančių ligonių buvo gydyta 43. Iš jų 21 po 1 švitinimo kartotiniam gydymui neatvyko. 22 ligoniai švitinta po 2—4 kartus į vieną lauką. Šlapiuojančioms ūminėms ekzemoms duota 260—382r., chroniškoms — 410—765r.

Beveik visiems chroniškąja ekzema sergantiems ligoniams po 1 švitinimo pagerėjimas pasireiškė tik niežtėjimo sumažėjimu. Po 2-ro švitinimo 8 ligoniams ekzema visai nugijo. Likusiems nugijo tik po 3—4

švitinimo. Iš jų 3 ligoniai po 4—6 savaičių atvyko su recidyvais. Pasirėmus literatūroje aprašomais atskirų odos ligų gerais gydymo rezultatais ir mūsų klinikoje įgytais patyrimais, galima patvirtinti, kad Bucky aparatas kai kurias odos ligas gydant visiškai atstoja rentgeno aparatą.

III. D-ro Ad. Medemo pranešimas.

Dr. Ad. Medemas perskaitė prof. Ovusby atsiųstą pakvietimą dalyvauti X-me tarptautiniame dermatovenerologų kongrese, kuris įvyks 1940 m. rugsėjo mėn. Š. Am. Jungt. Valstybių Niu-Jorke. Po pranešimo doc. Br. Sidaravičius pasiūlė įgalioti d-rą Ad. Medemą padėkoti už kvietimą ir prašyti d-rą Medemą ir toliau susirašinėti kongreso reikalais su kvietėju ir apie tai informuoti Draugiją. D-ras Medemas išrinktas sekretorium Lietuvos Dermatologų Draugijos X-tojo kongreso reikalams.

Dr. Ad. Medemas pranešė, kad yra atsiųstas Tarptautinės Dermatovenerologų lygos statutas ir kvietimas į ją įsirašyti. Nutarta, kad Valdyba susipažintų su atsiųstu statutu ir patiektų šitą klausimą spręsti kitam susirinkimui.

IV. Einamieji reikalai.

1. Į Draugijos narius prašosi priimami dr. Jofienė-Basaitė ir d-ras Simonas Volpertas (Šiauliai). Einant Draugijos įstatais priėmimo į narius klausimas bus svarstomas metiniame susirinkime.

Iki to laiko įteikusieji prašymus kviečiami dalyvauti Draugijos darbuose svečių teisėmis.

2. Nutarta duoti nariams nemokamai po vieną ekzempliorių dermatovenerologų Draugijos įstatų.

Doc. Sidaravičius,
Pirmininkas.
Dr. A. Gulbinas,
Sekretorius.

III.

KLAIPĖDOS MEDICINOS DRAUGIJOS 1938 M. BALANDŽIO MĖN. 6 D. SUSIRINKIMO PROTOKOLAS.

Dalyvavo šie Draugijos nariai: dr. dr. J. Ciplijauskas, J. Dagilis, V. Grinkevičius, P. Kazlauskas, J. Kirvickis, M. Lapšienė, J. Matusevičius, J. Mockevičius, K. Mogenis, O. Purtokaitė, K. Parčevskis, M. Steiblys, J. Žemgulys.

Svečiai: dr. dr. R. Gotšalkas, V. Karoblis, Naujokaitis, R. Tomkevičius, A. Žilytė.

Pirmininkavo: dr. J. Žemgulys.
Sekretoriavo: dr. V. Grinkevičius.

Pirmininkas atidaro susirinkimą. Sveikina svečius gydytojus iš Žemaitijos: dr. dr. R. Gotšalką, R. Tomkevičių ir A. Žilytę. Linki, kad draugijos kontaktas su kaimyninių Žemaitijos apskričių gydytojais stiprėtų ir tobulėtų abiejų pusių bendram labui.

I. Demonstravimai.

Dr. Naujokaitis demonstruoja 15 cm. ilgumo **foetus papyraceus.**

Ligonė N. III. 31 d. normaliai gimdė. Placenta išėjo po pusės val. Ją apžiūrėjus rasta: virkštelės insertio marginalis, placentos motinos pu-

sėje gana didelis infarktas; plėvės apdriskusios. Placentoje daugiau nieko ypatingo nepastebėta, ir ji išmesta.

IV. 2 d. ligonei tuštinantis, išėjo demonstruojamasis foetus; jo virkštelė buvo apsisukusi aplink kaklą.

Foetus papyraceus atvejais pasitaiko dvynukų, kilusių iš vieno kiaušinėlio; pasidaro, manoma, del vieno dvynukų maitinimo sutrikimo. Toks dvynukas žūva (paprastai II—IV mėnesiais) ir būna kito suspaustas, paplokščias, del ko jis dar vadinamas foetus compressus.

Demonstruojamasis foetus pasidaręs, tur būt, del virkštelės apsisukimo aplink kaklą.

Dr. R. Gotšalkas stebėjęs keletą foetus papyraceus atsitikimų. Visi jie buvo sukalkėję. Vienas jų buvo net 25 cm. ilgumo.

Dr. J. Ciplijauskas: Foetus papyraceus pasitaiko labai retai. Savo praktikoje stebįs tik pirmą kartą.

Dvynukai, kilę iš vieno kiaušinėlio, ir šiaip niekuomet visai vienodi nebūna: vienas daugiau ar mažiau skriaudžia antrą (naudodamasis didesne placentos puse ir pan.). Foetus papyraceus atsitikimais šitokia disproporcija, matyti, pasiekia kraštutinumo. Blogiau maitinamas vaisius žūva, jo vandenys išnyksta ir jis pats būna suspaustas.

Labai dažnai nepasiseka nustatyti, del ko pasidarė foetus papyraceus.

Sunku manyti, kad demonstruojamu atsitikimu būtų buvęs kaltas infarktas placentoje, nes infarktai labai dažnai pasitaiko. Greičiausiai buvo kalta virkštelė, kuri buvo apsisukusi aplink kaklą.

II. Pranešimai.

Dr. J. Kirvickis skaito pranešimą: **„Dar del vėžio, vaikų mirtingumo statistikos Klaipėdos krašte ir ligų įsendinimo“.**

Pranešėjas norėjęs tik trumpai pakalbėti del dr. dr. Gudaičio ir Matusevičiaus anksčiau skaitytų atitinkamų pranešimų.

1. Del vėžio.

Įvairios vėžio teorijos turi savo šalininkų ir savo priešų. Tačiau infekcinė teorija, tokia, kokia buvo anksčiau (mikroskopuojant matomi specifiški sukėlėjai), dabar jau palaidojama.

Dar gali būti kalba apie ypatingą virus'ą ir įvairius fermentus.

Paskutiniu laiku pradeda vyrauti Fischer - Wasel'io dirginimo teorija. Autorius tepęs su smala pelėms ir triušiams odą vis naujose vietose. Po tam tikro laiko bandomieji gyvuliukai apsirgę vėžiu. Įdomu, kad jiems po „smalos kurso“ vėžys atsirasdavęs ir nuo paprastos skarifikacijos odos vietoje, kuri anksčiau su smala tikrai nebuvo tepama. Šituo faktu pasiremęs, Fischer - Wasel padarė išvadą, kad „smalos kursas“ veikiąs apskritai visą organizmą, sukeldamas bendrą „nunuodijimą“, o, esant tokiam bendram „nusinuodijimui“, kiekvienas dirgiklis, perėjęs tam tikras dirginimo ribas, sukelia jau Ca. Iš to išeitų, kad vėžio lokalizacija esanti pripuolama. Gi senoji Virchow'o dirginimo teorija (mechaniškai-lokalinė) tuo būdu atmetama.

Toliau anglai darę bandymus su smalos įvairiomis cheminėmis sudėtinėmis dalimis, norėdami nustatyti, nuo kurios, būtent, pareinąs smalos karcinogeniškas veikimas. Ir jiems pasisekę šitoji medžiaga surasti ir net pagaminti sinteziškai. Smala, nustojusi šitos medžiagos, nustojanti ir karcinogeniško veikimo. Įleidus gi šitos sinteziškai pagamintos medžiagos į odą, išsivystąs vėžys; įleidus į paodį, — sarkoma.

Šitos medžiagos pagrindą sudaręs benz-antraceno branduolys. Įdomu, kad šitas branduolys organizme sutinkamas ir fiziologiškai (cholesterine, tulžies rūgštyje), bet pačios medžiagos, gautos iš smalos, or-

ganizme sutikti nepavykę, nors ir buvo stropiai ieškoma. Vis delto tvirtinti, kad ji negalinti pasitaikyti organizme, negalima, nes galima įsivaizduoti, kad šitoji medžiaga galėtų pasigaminti patologiniams cheminiams procesams vykstant.

Visų šitų faktų ir samprotavimų akivaizdoje pradedama manyti, kad vėžys esąs medžiagos apykaitos liga. Šita teorija tuo labiau įdomi, kad jinai suderinama su beveik visomis senomis teorijomis ir paaiškina kai kuriuos pastebėtus faktus (senoji dirginimo teorija, senoji ir naujoji paveldėjimo teorijos, radium'o ir rentgeno spindulių veikimas vėžio audiniui), nes ir jose, iš esmės imant, audinių medžiagos apykaitai priduodama tam tikros reikšmės.

2. **Del vėžio įsendinimo.**

Mirtingumas nuo vėžio dabar yra visur labai didelis, nes daugumas karcinomikų per vėlai ateina operacijai. Tuo kaltas būna ir gydytojas, kuris anksti nenustato diagnozės, ir pats ligonis, kuris nekreipia dėmesio į prasidedančią ligą ir delto laiku nesikreipia į gydytoją.

Abu šituos momentus įvertindama, Draugija Kovai su Vėžiu Vokietijoje pradėjo darbą dviem frontais:

1) ruošdama gydytojams diagnostikos tobulinamuosius kursus;

2) supažindindama visuomenę spaudos, kino-filmų, žodžio ir propagandinių parodų pagelba su ankstyvais vėžio reiškiniais ir skleisdama mintį, kad vėžys yra pagydomas, jei tik laiku operuojamas.

Čia pat tenka pridurti, kad Vokietijos klinikų vadovybė pesimistiškai žiūrinti į vėžio dabartinio gydymo sėkmingumą.

Ankstyvoji vėžio diagnozė yra sunki. Labai dažnai ligoniai šitoje stadijoje ir nesikreipia į gydytoją; net pats medicinos personalas (gydytojai, akušerės, seserys), susirgęs, neišvengia šitos taisyklės, tai ką bekalbėti apie paprastąją publiką!

Per plati vėžio ligos žinių populiarizacija yra nepageidaujama, nes galinti sukelti visuomenėje negeistiną karcinomatofobiją.

3. **Del kūdikių mirtingumo statistikos Klaipėdos krašte.**

Statistikose dažnai pasitaiko netikslumų, kuriais remiantis daromos klaidingos išvados. .

a) D-ro J. Matusevičiaus pranešime buvo suskirstytas tautybėmis žinduolių mirtingumas Klaipėdos krašte. Buvo gauta ši eilė: 1) klaipėdiečiai, 2) lietuviai, 3) vokiečiai.

Betgi „klaipėdiečių tautybės" nėra. Šita sąvoka yra atsiradusi įvairių politinių momentų įtakoje, iš dalies del žemo registracijos įstaigų pareigūnų išsilavinimo, iš dalies del menko pačių piliečių tautiško susipratimo. Yra žinoma, kad gerai pažįstami tikrieji lietuviai ir vokiečiai registracijos blankuose figūruoja kaip „klaipėdiečiai".

1929 metų statistikoje Klaipėdos krašte priskaityta apie 28% „klaipėdiečių", o krašto miestuose, kur ir žmonės labiau susipratę ir registracijos įstaigų pareigūnai labiau išsilavinę, „klaipėdiečių" įregistruota po 5—10 asmenų! Iš to išeina, kad „klaipėdiečiai" yra beveik vieni kaimiečiai.

Be to, statistikos rodo, kad ilgainiui „klaipėdiečių" grupė sparčiai mažėja, nes, matyti, žmonės apsisprendžia ir registruojasi arba lietuviais arba vokiečiais.

Kalbant apie vaikų mirtingumo lentelę, sunku suprasti kodėl „Klaipėdiečiai", kurie nesudaro atskiros tautinės grupės, galėtų turėti mirtingumą, nesantį lietuvių ir vokiečių grupių mirtingumo skaičių tarpe. Kitaip sakant, kodėl mirtingumas lietuvių ir vokiečių, kurie tokiais nebuvo registruojami, turėtų būti didesnis, negu mirtingumas lietuvių ir vokiečių, kurie tokiais buvo registruojami.

Rezultatai gauti del to, kad „klaipėdiečių“ grupė yra ne natūrali, bet dirbtinai elektyvi, nes apima vien tik kaimiečius, kurių mirtingumas ir šiaip yra didesnis už sanitariniu atžvilgiu geriau aprūpintus miestiečius.

b) Knygoje „Das Baltikum im Zahl“, išleistoje 1936 metais Karaliaučiuje, įrodoma, kad Klaipėdos krašto vokiečių gimimai smarkiai auga, o lietuvių gimimai beveik stovi vietoje.

Įrodymui paduodama ši gimimų lentelė:

	1930 metais	1936 metais
lietuvių	1190	1310
vokiečių	908	1327.

Šitoje lentelėje „klaipėdiečių“ (memelländer'ių) grupė nefigūruoja. Įvedus ir šitą grupę, gaunama ši lentelė:

	1930 metais		1936 metais	
lietuviai	1190		1310	
vokiečiai	908	1789	1327	1790
klaipėdiečiai	881		463	

Reikia turėti galvoje, kad mokslo ir kitais sumetimais „klaipėdiečių“ grupė Klaipėdos krašto statistikos biuro biuleteniuose figūruoja kaip „nežinomos tautybės“.

Matome, kad vokiečių ir klaipėdiečių gimimų suma 1930 metais ir 1936 metais yra ta pati. Įdomu, kad šita suma labai mažai svyravo ir tų metų tarpe (1931—1935).

Tuo būdu išeina, kad faktinai ne vokiečių gimimų padidėjo, bet vokiečių gimimams atiteko dalis „klaipėdiečių“ gimimų. Kad taip iš tikrųjų yra, parodo faktas, kad „klaipėdiečių“ gimimų sumažėjimas labai tiksliai atitiko vokiečių gimimų padidėjimą 1930—1936 metais.

Įdomi yra Klaipėdos miesto statistika. Čia jau, kaip aukščiau minėta, „klaipėdiečių“ nėra, ir čia delto nėra jau tokio vokiečių gimimų didėjimo:

	1930 metais	1936 metais
vokiečių gimimai	449	504.

Tat būtų tuo labiau nesuprantama, nes Klaipėdos mieste yra didžiausia vokiečių grupė, kuri neabejotinai turėtų prisidėti prie bendro vokiečių gimimų augimo, jeigu toks būtų. Po visų šitų pastabų galima padaryti priešinga išvada, negu kad yra „Das Baltikum im Zahl“ knygoje, būtent: lietuvių gimimai Klaipėdos krašte auga, o vokiečių — stovi vietoje.

Norėdamas statistika nustatyti Klaipėdos miesto lietuvėjimo tempą, pranešėjas paskirstė 1929—1936 metų Klaipėdos miesto gimimus į dvi grupi: 1) kurių tėvai kilę iš Klaipėdos krašto ir 2) kurių tėvai kilę iš D. Lietuvos.

Gauta ši lentelė:

	1929 metais		1936 metais	
Iš Didž. Lietuvos	88	(= 1:6)	274	(= 1:2)
Iš Klaipėdos krašto	500		530	

Matome, kad Klaipėdos mieste gimimų santykis pasikeitė kilusių iš D. Lietuvos naudai iš 1:6 į 1:2.

Šitų skaičių įtakoje pranešėjas įspėjęs Klaipėdos miesto magistratą, kad apie 1944 metus numatomas didelis mokyklinio amžiaus lietuvių tautybės vaikų skaičius, kuriems jau iš anksto reikėtų pasirūpinti lietuvių kalbą mokančių pradžios mokyklos mokytojų.

c) „Das Baltikum im Zahl“ knygoje nurodoma apie 300 žydų tautybės piliečių Klaipėdos krašte. O gi tos pačios knygos kitame puslapyje tais pačiais metais parodoma apie 3.500 piliečių, išpažįstančių izraelitų tikėjimą.

Diskusijos.

1. Pirmininkas dr. J. Žemgulys: Teoriškai „klaipėdiečių“ mirtingumo dydis, gal būt, ir nesuprantamas, bet iš tikrųjų jis toks yra. O su faktais tenka skaitytis.

2. Dr. M. Steiblys: Iš D. Lietuvos į Klaipėdos kraštą atvažiavusieji darbininkai paprastai apsigyvena kaimuose, o vietiniai darbininkai emigruoja į miestus.

3. Pirmininkas dr. J. Žemgulys: Ligos įsendinimo klausimo yra dar viena pusė: ligos pradžioje gydžiusio gydytojo teisinis atsakingumas.

Dažnai ateina pas gydytojus ligoniai, anksčiau kitų gydytojų neteisingai ar ne nuo tikros ligos gydyti, pav., vėžys gydytas kaip dyspepsia, apendicitis perforativa — kaip colica, kaulo lūžimas — kaip sumušimas ir t. t. Tuo būdu praleidžiamas brangus laikas, gydymas pasidaro pavėluotas. Ligoniui ar jo giminėms pasakoma apie ligą ir paaiškinama apie liūdnas tokiais atvejais perspektyvas. Ir dažnai išgirstama iš ligonio: o toksai gydytojas man pripažinęs kitą ligą. Kas būtų buvę, jei jis ligą būtų pažinęs iš pat pradžios? Ar būtų man geriau?

Ir susidaro kolizija: arba eiti prieš visuomenės reikalus bei medicinos mokslą, skleidžiant, pav., idėjas, kad yra tat pat operuoti apendicitą ligos pradžioje ar pavėluotą, arba patvirtinti faktą ir tuo būdu dažnai sudaryti savo kolegai didelių nemalonumų iki teismo bylos imtinai.

Tiesa, pacientų keliamos gydytojams bylos dažniausiai ieškovo pralošiamos, bet pats bylos iškėlimas sudaro gydytojui didelių moralinių ir materialinių nuostolių.

Klausimas yra labai aktualus, nes paskutiniuoju laiku ligonių nesusipratimai su gydytojais ryškiai dažnėja.

Nurodoma keletas pavyzdžių.

4. Dr. J. Kirvickis. Vokietijoje prieinama dabar išvada, kad būtų daug racionaliau, vietoje daugybės atskirų organizacijų (kovai su ca, su tbc., alkoholiu, trachoma, veneros ligomis ir t. t.), skyrium veikiančių ir vykdančių gyventojų sveikatingumo įvairius atskirus uždavinius, sudaryti vienos vadovybės administruojama „Sveikatos Akcija“.

Čia visų pirma norima grąžinti gyveniman senoji naminio „patikimo“ gydytojo institucija (Haus-arzt). Siekiama, kad kiekvienas gyventojas už nedidelį atlyginimą bent 2 kartu metuose būtų apžiūrėtas visuomet to paties „patikimo“ gydytojo savo, arba neišgalint, savivaldybės lėšomis.

Numatoma „Kovai su vėžiu“ vadinamoji „Reiheuntersuchungen“ visų moterų, kad ir sveikai besijaučiančių, bet susilaukusių atitinkamo amžiaus.

Medicinai ir ypač profilaktikai populiarinti siūloma kino-filmos, spauda, žodis, skrajojančios propagandinės parodos ir t. t.

Ligoninių darbui palengvinti, event. pagerinti, propaguojama, kad „mirimai ir gimdymai privalo vykti namuose“ („Münch. Med. Woch.“ kovo mėn. numeris).

Iš tikrųjų, dabar ligoninės visur darosi „mirimo vietomis“, kur suvežami žmonės mirti. Tai yra didelė ligoninių kompromitacija, nes tuo būdu jos virsta ne pasveikimo, bet mirties vieta.

(Del gydytojų atsakingumo). Gydytojai už paklaidas („Kunstfehlerius“) yra atsakingi ir teismo baudžiami. Nors bylų gydytojams del paklaidų būna daug, bet ieškovai retai laimi.

Dažniausiai bylos keliamos nekvalifikuotiems gydytojams del trauminių atsitikimų gydymo. Šitokių bylų geriausia profilaktika — gydymo pavedimas prityrusiems specialistams.

5. Dr. K. Parčevskis: Gaila, kad gyventojų sveikatingumo kėlimas visur norima pradėti apkraunant pačius gydytojus visokiomis prievolėmis ir juos užverčiant blogai apmokamu darbu. Panašiai bus ir su naminiais gydytojais, kurie „už nedidelį atlyginimą" privalės nustatinėti ankstyvą vėžio diagnozę, pažinti prasidedančią džiovą ir t. t. ir t. t.

Šitokio atsakingumo gydytojai niekada negalės pasiimti, nes medicina ne matematika ir ne amatas: kiekvieno išgydyti neįmanoma, o tam tikras nepasisekimų procentas yra neišvengiamas.

6. Dr. K, Mogenis: Iš tikrųjų, ligoniai dažnai paklausia, ar anksčiau gydęs gydytojas tiksliai gydęs. Į tokius klausimus dažniausiai atsakęs: liga keičiasi, anksčiau taip ir reikėjo gydyti.

7. Dr. P. Kazlauskas: Del ligos įsendinimo dažniausiai būna kaltas pats pacientas, kuris tiksliai nepildo gydytojo nurodymų, o paskui kaltina gydytoją.

8. Pirmininkas: Draugijų gausumas turi ir pliusų: daugiau surenkama pinigų viešiems reikalams bei pagyvėja gydytojų mediciniškasis veikimas.

III. Einamieji reikalai.

Dr. Naujokaitis priimamas į Draugiją nariu.

Gyd. V. Grinkevičius.

Įstatymai ir taisyklės.

I.

KAIMO GYVENTOJŲ SVEIKATOS REIKALAMS RŪPINTI TAISYKLĖS.

Pasirėmęs Kaimo gyventojų sveikatos reikalams rūpinti įstatymo (V. Ž. Nr. 597, eil. 4167) 5 str., nustatau šias Kaimo gyventojų sveikatos reikalams rūpinti taisykles:

1. Kaimo gyventojų sveikatos reikalams rūpinti steigiami apylinkių sveikatos punktai.

Kaimo gyventojais laikomi Lietuvos piliečiai, kurie turi nuolatinę gyvenamąją vietą valsčiaus ribose.

2. Apylinkių sveikatos punktai steigiami šio straipsnio priede nurodytose vietovėse.

Apylinkių ribas nustato apskričių valdybos ir tvirtina Sveikatos Departamento direktorius.

3. Į apylinkių sveikatos punktą skiriami gydytojas ir akušerė.

4. Sveikatos punkto gydytojas turi:

1) teikti medicinos pagalbą visiems savo apylinkės kaimo gyventojams,

2) gydyti venerinius ligonius bet kurios apylinkės,

3) gydyti savo apylinkės sergančius trachoma,

4) skiepyti savo apylinkės gyventojus nuo raupų,

5) aplankyti bent kartą per metus visas savo apylinkės pradžios mokyklas ir patikrinti visų mokinių sveikatą.

5. Sveikatos punkto gydytojas teikia ligoniams medicinos pagalbą savo kabinete arba savivaldybės ambulatorijoje arba ligonio bute, kai ligonis negali atvykti pas gydytoją.

6. Pasiturintieji ligoniai moka savo apylinkės sveikatos punkto gydytojui už medicinos pagalbą pagal šio straipsnio priede nustatytą taksą.

Savo apylinkės beturčiams ligoniams gydytojas duoda patarimus nemokamai, tačiau už specialius veiksmus, gydant beturčius, ir už sugaištą laiką, vykstant pas beturtį ligonį, gydytojui moka valsčiaus savivaldybė pagal taksą.

Susisiekimo priemones nuvykti pas beturtį ligonį parūpina gydytojui pats ligonis arba valsčiaus savivaldybė.

7. Venerinius bet kurios apylinkės ligonius gydytojas gydo nemokamai, bet apskrities valdyba moka gydytojui už kiekvieną ligonio atsilankymą po 1 litą; už atskirus veiksmus, gydant venerinius ligonius, gydytojas atskiro atlyginimo negauna.

Vaistus veneriniams ligoniams parūpina apskrities valdyba.

8. Pasiturintieji ligoniai su trachoma moka gydytojui patys; už beturčius ligonius moka apskrities savivaldybė. Už pirmą patarimą ir už atskirus veiksmus, gydant sergančius trachoma, gydytojui mokama pagal taksą, o už kartotinius atsilankymus mokama po 50 centų.

9. Ligoniams priiminėti gydytojas skiria kasdieną, išskyrus šventadienius, nemažiau kaip keturias valandas.

10. Susisiekimo priemones vykti į mokyklas gydytojui parūpina valsčiaus savivaldybė.

11. Sveikatos punkto akušerė turi teikti savo apylinkės moterims akušerinę pagalbą ir duoti sveikatos patarimus nėščioms moterims ir gimdyvėms.

12. Savo apylinkės akušerei pasiturinčios moterys moka už gimdymo pagalbą po 10 litų; už patarimus nėščioms moterims — po 2 litu.

Už beturtes moteris moka po 10 litų už kiekvieną gimdymą apskrities valdyba iš Vidaus Reikalų Ministerijos skiriamų lėšų.

Patarimus beturtėms moterims akušerė duoda nemokamai.

13. Beturčių teisėmis gydytis gali, kas įtrauktas į valsčiaus savivaldybės sudarytą beturčių sąrašą arba turi valsčiaus savivaldybės neturto liudijimą.

14. Sveikatos punkto gydytoją ir akušerę skiria ir atleidžia apskrities valdyba, susitarus su apskrities gydytoju. Apie paskirtus ir atleistus gydytojus ir akušeres apskričių gydytojai praneša Sveikatos Departamentui.

15. Sveikatos punkto gydytojui ir akušerei apskrities valdyba moka Vidaus Reikalų Ministro nustatytą atlyginimą iš Vidaus Reikalų Ministerijos skirtų apskričių savivaldybės lėšų.

Atlyginimas išmokamas kiekvieno mėnesio pabaigoje.

16. Stodami tarnauti, sveikatos punkto gydytojas ir akušerė pasižada vykdyti šiose taisyklėse jiems nurodytas pareigas.

17. Sveikatos punkto gydytojo ir akušerės veiklą prižiūri Sveikatos Departamentas per apskričių gydytojus.

Sveikatos Departamento direktoriaus reikalavimu netinkamai einantieji pareigas gydytojai ir akušerės turi būti atleisti.

18. Ištarnavę ne mažiau kaip vienerius metus, gydytojas ir akušerė gauna vieno mėnesio atostogas su atlyginimu.

Atostogaujančius sveikatos punkto gydytojus ir akušeres pavaduoja gretimų apylinkių gydytojai ir akušerės.

19. Į tas apylinkes, kurių centrą sudaro apskrities miestas su apskrities ligonine, sveikatos punktų gydytojai neskiriami; tų apylinkių gyventojus medicinos pagalba aprūpina ligoninių ambulatorijos, o tų apylinkių mokyklas ir mokinių sveikatą tikrina apskričių gydytojai.

20. Į tas apylinkes, kuriose yra sveikatos centrai, sveikatos punkto gydytojai ir akušerės neskiriami. Sveikatos centro gydytojai ir akušerės turi eiti ir apylinkės sveikatos punkto gydytojų ir akušerių pareigas.

Papildomas atlyginimas už šių pareigų ėjimą gali būti mokamas iš Vidaus Reikalų Ministerijos skiriamų lėšų.

21. Profilaktiniams reikalams: 1) skiepijimams nuo raupų, difterito, vidurių šiltinės, dezinterijos, tuberkuliozės (Kalmeto skiepais),

2) apkrečiamiems ligoniams izoliuoti ir gydyti,

3) sanitarinei propagandai: lapeliams, plakatams, brošiūroms spausdinti, kinofilmoms pirkti, higienos klausimais paskaitoms ruošti,

išlaidos daromos kiekvieną kartą Sveikatos Departamento paliepimu.

(„V. Ž." Nr. 610, eil. 4300).

Plk. S. Leonas,
Vidaus Reikalų Ministras

II.

SĄRAŠAS VIETOVIŲ, KURIOSE STEIGIAMI SVEIKATOS PUNKTAI.

Alytaus aps.

1. Alytus
2. Butrimonys
3. Daugai
4. Jieznas
5. Merkinė
6. Miroslavas
7. Nemunaitis
8. Seirijai
9. Simnas
10. Stakliškės
11. Varėna

Biržų aps.

1. Biržai
2. Daujėnai
3. Joniškėlis
4. Krinčinas
5. Nem. Radviliškis
6. Pabiržė
7. Papilys
8. Pasvalys
9. Saločiai
10. Vabalninkas
11. Vaškai

Kauno aps.

1. Aukšt. Panemunė
2. Babtai
3. Čekiškė
4. Jonava
5. Karmėlava
6. Pakuonis
7. Raudondvaris
8. Rumšiškės
9. Seredžius
10. Vandžiogala
11. Veliuona
12. Vilkija
13. Zapyškis

Kėdainių aps.

1. Ariogala
2. Baisogala
3. Dotnuva
4. Grinkiškis
5. Josvainiai
6. Kėdainiai
7. Krakės
8. Pociūnėliai
9. Surviliškis
10. Šėta
11. Žeimiai

Kretingos aps.

1. Darbėnai
2. Endriejavas
3. Gargždai
4. Kartena
5. Kretinga
6. Kuliai
7. Mosėdis
8. Palanga
9. Plateliai
10. Salantai
11. Skuodas
12. Veiviržėnai

Marijampolės aps.

1. Balbieriškis
2. Igliauka
3. Kalvarija
4. Kazlų Rūda
5. Šeštokai
6. Marijampolė
7. Prienai
8. Sasnava
9. Šilavotas
10. Veiveriai
11. Liudvinavas

Mažeikių aps.

1. Akmenė
2. Ylakiai
3. Klykoliai
4. Laižuva
5. Mažeikiai
6. Seda
7. Viekšniai
8. Židikai

Panevėžio aps.

1. Krekenava
2. Kupiškis
3. Naujamiestis
4. Panevėžys
5. Pumpėnai
6. Pušalotas
7. Raguva
8. Ramygala
9. Razalimas
10. Smilgiai
11. Subačius
12. Šeduva
13. Šimonys
14. Troškūnai
15. Vadokliai
16. Viešintos

Raseinių aps.

1. Betygala
2. Jurbarkas
3. Kelmė
4. Kražiai
5. Nemakščiai
6. Raseiniai
7. Šiluva
8. Šimkaičiai
9. Tytuvėnai

Rokiškio aps.

1. Juodupė
2. Jūžintai
3. Kamajai
4. Obeliai
5. Pandėlys
6. Panemunėlis
7. Rokiškis
8. Skapiškis
9. Suvainiškis
10. Svėdasai

Seinų aps.

1. Būdvietis
2. Kapčiamiestis
3. Lazdijai
4. Leipalingis
5. Šventežeris
6. Veisėjai

Šakių aps.

1. Gelgaudiškis
2. Griškabūdis
3. Kud. Naumiestis
4. Lekėčiai
5. Plokščiai
6. Slavikai
7. Šakiai

Šiaulių aps.

1. Gruzdžiai
2. Joniškis
3. Kriukai
4. Kruopiai
5. Kuršėnai
6. Linkuva
7. Lygumai
8. Meškuičiai
9. Padubysys
10. Pakruojis
11. Papilė
12. Pašvitinys
13. Radviliškis
14. Skaisgirys
15. Stačiūnai
16. Šakyna
17. Šaukėnai
18. Šiaulėnai
19. Šiauliai
20. Tryškiai
21. Užventis
22. Žagarė
23. Žeimelis

Tauragės aps.

1. Eržvilkas
2. Kaltinėnai
3. Kvėdarna
4. Laukuva
5. Naumiestis
6. Pajūris
7. Skaudvilė
8. Šilalė
9. Švėkšna
10. Tauragė
11. Vainutas
12. Žygaičiai

Telšių aps.

1. Alsėdžiai
2. Luokė
3. Nevarėnai
4. Plungė
5. Rietavas
6. Telšiai
7. Tverai
8. Varniai
9. Žarėnai

Trakų aps.

1. Aukštadvaris
2. Kaišiadorys
3. Kruonis
4. Onuškis
5. Semeliškės
6. Žasliai
7. Žiežmariai
8. Vievis

Ukmergės aps.

1. Gelvonai
2. Giedraičiai
3. Kavarskas
4. Kurkliai
5. Musninkai
6. Pagirys
7. Siesikai
8. Širvintos
9. Taujėnai
10. Ukmergė
11. Vepriai
12. Želva
13. Žemaitkiemis

Utenos aps.

1. Alunta
2. Anykščiai
3. Daugailiai
4. Debeikiai
5. Inturkė
6. Kuktiškės
7. Molėtai
8. Saldutiškis
9. Skiemonys
10. Tauragnai
11. Utena
12. Užpaliai
13. Vyžuonos

Vilkaviškio aps.

1. Bartininkai
2. Gižai
3. Kybartai
4. Pilviškiai
5. Vilkaviškis
6. Vištytis
7. Žalioji

Zarasų aps.

1. Antalieptė
2. Antazavė
3. Degučiai
4. Dusetos
5. Imbradas
6. Salakas
7. Zarasai

(„V. Ž." Nr. 610, eil. 4301).

Plk. S. Leonas.
Vidaus Reikalų Ministras

III.

GYDYTOJŲ TAKSA

Bendrieji nuostatai

1. Gydytojo atlyginimą sudaro mokėjimai:
   1) už patarimą arba aplankymą,
   2) už sugaištą laiką,
   3) už specialius veiksmus,
   4) už instrumentus, tvarstomąją medžiagą ir vaistus.

   Pastabos: 1) patarimas apima ligonio paprastą apžiūrėjimą, kartu paprastą tyrimą atšvaitais ir kokybinį šlapimo tyrimą dėl baltymų ir cukraus ir patarimą su recepto parašymu, 2) aplankymas apima kelionę pas ligonį ir patarimą.
2. Veiksmai, kurie taksoje nepažymėti, apmokami kaip lygiaverčiai panašūs veiksmai.
3. Apžiūrint keletą vienos šeimos ligonių tame pačiame bute, atlyginimas už aplankymą imamas tik iš vieno ligonio, kiti moka tik už patarimą.
4. Įrankius (instrumentus), tvarstomąją medžiagą, vaistus ir kitokius dalykus, kuriuos tegalima pavartoti vieną kartą arba kuriuos ligonis pasilieka, parūpina pats ligonis arba savivaldybė arba moka už juos gydytojui pats ligonis arba savivaldybė.

Atlyginimas už bendrus veiksmus

5. Patarimas ligoniui gydytojo bute: a) dieną ..... 2,— Lt.
b) naktį ..... 4,— „
6. Ligonio aplankymas jo bute: a) dieną ..... 4,— „
b) naktį ..... 8,— „
7. Ligonio aplankymas toliau kaip už 1 kilometro apmokamas už kiekvieną valandą sugaišto laiko kelyje po 4 litus; pusė valandos laikoma už visą valandą. Susisiekimo priemones parūpina pats ligonis. Naktį už valandą sugaišto laiko mokama 7 litai, išskyrus akušerinę pagalbą.
Pastaba: Nakties laikas nuo 22 val. iki 7 val.
8. Sveikatos liudijimas:
a) mokyklos reikalams ..... 2,— „
b) tarnybos ieškantiems ..... 3,— „
c) teismo reikalams ..... 10,— „

Specialūs veiksmai

Ypatingi tyrimai

9. Kūno skystimų, išskyrų ir kt. mikroskopiškas tyrimas, taip pat ir su paprastu nudažymu ..... 3,— „
10. Pilnas kraujo tyrimas su mikroskopu ..... 10,— „
11. Kraujo kūnelių nusistovėjimo greičio nustatymas drauge su kraujo paėmimu ..... 5,— „
12. Stemplės ir skrandžio zondavimas ..... 3,— „
13. Skrandžio plovimas drauge su zondavimu ..... 5,— „
14. Skrandžio išsiurbimas po bandomųjų pusryčių drauge su chemišku ir mikroskopišku skrandžio turinio tyrimu..... 8,— „
15. Šlapimo pūslės zondavimas ir plovimas ..... 3,— „
16. Bandomosios punkcijos:
a) paviršinių kūno dalių ..... 2,— „
b) sąnarių ir kūno tuštimų ..... 5,— „
17. Kraujo paėmimas tyrimams ..... 2,— „
18. Taurių statymas ..... 2,— „
19. Klyzma ..... 3,— „

Chirurgiški veiksmai

20. Vaistų įšvirkštimas į paodį ..... 0,5,— „
21. Serumų ir vakcinų įšvirkštimas ..... 1,— „
22. Švirkštimas į veną ..... 2,— „
23. Fiziologinio skiedinio įpylimas ..... 4,— „
24. Skystimo pašalinimas punkcija iš pilvo arba krūtinės tuštimo 10,— „
25. Hydrocelės punkcija ..... 3,— „
26. Didelio sąnario punkcija ..... 6,— „
27. Narkozė ..... 3,— „
28. Vietinė anestezija: a) novokainu ..... 2,— „
b) chloretylu ..... 1,— „
29. Žaizdos aptvėrimas nesiuvant ..... 1,— „
30. Žaizdos siuvimas ir aptvėrimas ..... 4,— „
31. Gipso tvarčio uždėjimas ..... 5,— „
32. Negilios voties atvėrimas ..... 2,— „
33. Gilios voties atvėrimas ..... 5,— „
34. Svetimkūnių pašalinimas:
a) apčiuopamų iš paodžio ..... 2,— „
b) operacijos būdu iš gilesnių vietų ..... 6,— „

35. Navikų pašalinimas:
a) gangliją, fibromų, ateromų, mažų lipomų ..... 10,— Lt.
b) Didesnių lipomų ..... 15,— „
36. Kraujagyslės ligatūra pasirinktoje vietoje ..... 8,— „
37. Lūžusių kaulų sutaisymas ir aptvėrimas:
a) žasto, dilbio, blauzdos kaulų ..... 10,— „
b) šlaunies kaulo ..... 15,— „
38. Išnirimų atitaisymas ir aprišimas:
a) apatinio žandikaulio ..... 3,— „
b) žasto, dilbio, blauzdos kaulų ..... 6,— „
c) šlaunies kaulo ..... 10,— „
d) riešo ir pėdos ..... 4,— „
e) piršto ..... 2,— „
39. Piršto eksartikuliacija arba amputacija ..... 10,— „
40. Įaugusio nago išpiovimas ..... 5,— „
41. Skeltos lūpos operacija ..... 10,— „
42. Tracheotomija ..... 12,— „
43. Pneumotorakso padarymas ..... 12,— „
44. Pneumotorakso pakartojimas ..... 5,— „
45. Išdribusios tiesiosios žarnos suvarymas ..... 2,— „
46. Fimozės operacija ..... 10,— „
47. Parafimozės atitaisymas ..... 2,— „
48. Danties ištraukimas ..... 2,— „
49. Danties ištraukimas su anestezija ..... 4,— „

Ginekologinės ir akušerinės operacijos

50. Akušerinė pagalba be operacijų ne ilgiau kaip 2 valandas.... 20,— „
51. Kūdikio ištraukimas už sėdynės ..... 10,— „
52. Replių uždėjimas ..... 20,— „
53. Kūdikio apgręžimas ir ištraukimas ..... 20,— „
54. Perforacija su ištraukimu ..... 30,— „
55. Embriotomia su ištraukimu ..... 40,— „
56. Placentos išėmimas ..... 15,— „
57. Plokštės siuvimas: 1 laipsnio plyšimas ..... 5,— „
2 laipsnio plyšimas..... 8,— „
3 laipsnio plyšimas..... 15,— „
58. Aborto baigimas operacija ..... 1,— „
59. Vaginos tamponacija ..... 1,— „
60. Gimdos tamponacija ..... 8,— „
61. Žiedo įdėjimas ..... 2,— „
62. Gimdos abrasia ..... 12,— „

Akių operacijos

63. Akinių pririnkimas ..... 3,— „
64. Svetimkūnių pašalinimas:
a) iš konjunktyvos ..... 2,— „
b) iš ragenos ..... 3,— „
65. Trachomos ekspresija ..... 6,— „
66. Blakstienų epiliacija ..... 1,— „
67. Chalazion operacija ..... 5,— „

Nosies, gerklės ir ausų operacijos

68. Nosies tamponacija ..... 4,— „
69. Svetimkūnių iš nosies išėmimas ..... 2,— „

70. Peritonsiliarinio absceso pradūrimas ..... 3,— Lt.
71. Ausies išplovimas ..... 2,— „
72. Ausies furunkulo atvėrimas ..... 2,— „
73. Svetimkūnių iš ausies išėmimas ..... 3,— „
74. Būgnelio paracentezė ..... 5,— „
75. Ausies pūtimas ..... 1,— „
(„V. Ž.“ Nr. 610, eil. 4302).

Plk. S. Leonas,
Vidaus Reikalų Ministras

Gyd. I. Vaitoška.

Kuriasi Smardonės=Likėnų kurortas.

Gydykla pradės veikti nuo 1938 m. birželio mėn. 15 d.

8 km nuo Biržų, prie plento Biržai—Pasvalys, yra Pabiržės miestelis. 1½ km nuo Pabiržės yra Likėnai, kur yra garsūs Lietuvoje Smardonės mineraliniai sieros šaltiniai ir sieros dumblas. Smardonės mineralinius šaltinius mini ir pasaulinė spauda, pateikdama bendrų žinių, k. a.: Rusų Mediciniškoji ir Brokhaus'o enciklopedijos.

Vilniaus Archyvo žiniomis Smardonės šaltinių sieros mineralinis vanduo buvo vartojamas gydymui jau XVI amžiuje (1587 m.). Smardonės šaltinių sieros mineralinio vandens chemiškas tyrimas buvo padarytas 1890 m. Rygos Politechnikos laboratorijoje prof. Toms'o ir buvo rastas žymus sieros (sulfidų) kiekis. Šitas tyrimas buvo padarytas tuometinio Biržų d-ro Kudakausko iniciatyva, nes jis prie šaltinio buvo pasistatydinęs gydyklą, kur gydymuisi mineraliniu vandeniu buvę įrengta keletas vonių. Vėliau šita gydykla buvo gaisro sunaikinta ir iš naujo nebeatsistatė. 1922 m. prof. Jodelė, tirdamas Smardonės mineralinį vandenį, gavo visai analogiškus rezultatus kaip ir prof. Toms'as. Vėlesni tyrimai buvo daryti nepilni, nesistemiškai, ir jų rezultatai nevienodi. Šiuo metu ruošiamasi tęsti nuoseklūs Smardonės šaltinių mineralinio vandens tyrinėjimai, bendradarbiaujant su V. D. Universiteto laboratorijomis.

Sieros vandenilis Smardonės šaltiniuose susidaro gipso kloduose, kurie mikroorganizmų skaldomi (redukuojami) į sieros kalcį (CaS) ir laisvąjį vandenilį (H_2S). Smardonės sieros mineraliniai šaltiniai savo vandens gausumu bene didžiausi pasaulyje. Prof. Kolupailos apskaičiavimais vienas šaltinis duodąs 13 milijonų litrų per parą, o antras — 9 milijonus litrų. Šitų dviejų šaltinių vanduo, susiliejęs į vagą, sudaro upelį, kuris suka vandens malūno ratą. Smardonės šaltinių vandens gausumas leidžia įrengti kurortui reikalingus baseinus. Platesnis Smardonės sieros šaltinių aprašymas yra ateities studijų ir tyrinėjimų tema.

Prie Smardonės šaltinių yra 6 ha gilūs durpių klodai. Smardonės sieros durpių chemiškos analizės pradėtos daryti visai neseniai. 1932 metais buvo nusiųsta Valstybinės Technikos-Chemijos Laboratorijai. Tačiau del techniškų dumblo pristatymo netobulumų tyrimo rezultatai buvo gauti labai netikslūs. Pagal naujausius 1938. II. 24 d. tyrimus, atliktus prof. Šimkaus vedamoje V. D. Un-to Chemijos Technologijos laboratorijoje. Smardonės durpės yra gana stipriai mineralizuotos, nes litras dumblo natūroje turi 34,2 mgr. sulfidų (H_2S). Bet, atsižvelgiant į paėmimo ir pristatymo netobulumus, reikia manyti, kad vietoje esančių durpių sieringumas yra žymiai didesnis. Vis delto, pasirėmus ir šitais apytikriais duomenimis, tenka konstatuoti, kad Smardonės mineralinės durpės veikliausiais sieros junginiais (sulfidais) pralenkia visus žinomus tos rūšies Vakarų Europos kurortus. Tat yra brangus mūsų natūralus turtas krašto gyventojų sveikatingumui kelti.

Smardonės-Likėnų kurorto gydomoji reikšmė ir indikacijos.

Sieros mineralinio dumblo gydomoji reikšmė yra didelė. Ir indiferentiško dumblo vonios gerai veikia organizmo medžiagų apykaitą ir kraujo apytaką. Sieros mineralinio dumblo vonios veikliaisiais sulfidais dar specifiškai veikia sergantį organizmą. Maliv'os ir kitų tyrimais yra nustatyta, kad sieros veiklieji junginiai įsisiurbia pro odą į organizmo audinius (patikrinta rodano reakcija su seilėmis). Siera, įsisiurbusi į audinius, sumažina sąnarių kremzlių, sausgyslių, randų koloidinių medžiagų brinkimą. Chroniškos ligos — pirmiausia reumatas — pasireiškia tuo, kad ligos metu pasidariusieji randai (Aschoff'o granuliomos) sužaloja žmogaus organizmo audinius įvairiuose organuose: širdyje, sąnarių kremzlėse, sausgyslėse. Tie randai (Aschoff'o granuliomos) paliečia įvairių organų jungiamąjį audinį, labai susilpnina širdies raumenų jėgą, sužaloja širdies vožtuvus, trukdo sąnarių kremzlių ir sausgyslių paslankumą. Prof. K. Buinevičius sako: „Reumatas laižo sąnarius ir užmuša širdį". Reumatas yra sunkus viso organizmo susirgimas, bet labiausiai paliečia sąnarius ir kraujo apytakos sistemą — širdį, kraujagysles. Po menko nušalimo reumatikas atkrinta — kartojasi vieno ar kelių sąnarių uždegimai. Reumatas padaro žmogų amžiną invalidą, nuolat skausmų varginamą, mažai darbingą.

Jokiais vaistais chroniškas reumatas nesiduoda pagydomas. Sėkmingiausia priemonė chroniškiems reumatikams gydyti yra vonios — o ypač sieros mineralinės vonios. Mat, siera, įsisiurbdama pro odą į audinius, savo veikimą parodo kaip tik ten, kur yra ligos sužaloti audiniai: atleidžia sąnarių tinimą, naikina randus, skatina ligos proceso suardytų audinių regeneraciją. Likėnų-Smardonės mineraliniu sieros dumblu buvo gydomos šios ligos:

1) Raumenų ir sąnarių reumatas;
2) įvairios moterų ligos, k. a.: endometritis, parametritis, adnexitis, sterilitas ir kt.;
3) organiškai kompensuotos širdies ligos, k. a.: surandėjusioji širdis (myofribrosis cordis), nutukusioji širdis (cor adiposum);
4) nervų ligos, k. a.: neuralgija, ypač ischias, neurasthenia ir kt.;
5) medžiagos apykaitos sutrikimai, k. a.: nutukimas, cukraligė, arterijų sklerozė, skrofuliozė;
6) inkstų ir dubens organų ligos;
7) chroniškos odos ligos, k. a.: psoriasis, ekzema, akne; apsinuodijus gyvuoju sidabru, švinu, sužadina greitesnį šitų nuodų išsiskyrimą.

Visos valstybės išnaudoja mineralinius sieros vandenius gydymo tikslams, kaip vieną iš veikliausių balneoterapinių priemonių chroniškoms ligoms gydyti. Deja, Vakarų Europoje sieros mineralinių šaltinių retai pasitaiko, jų mineralizacija silpna. Todėl su džiaugsmu tenka konstatuoti, kad Šiaurės Lietuvos Smardonė, turėdama stiprų sieringumą, greitu laiku bus panaudota gydymui. Jau nuo seniausių laikų vasaros metu važiuoja žmonės prie Smardonės, apsigyvena pas ūkininkus ir čia kaimų pirtyse darosi sieros vandens ir sieros dumblo vonias. Kiti, prisikasę maišus Smardonės durpių, veždavosi kur nors į Žemaitiją vonioms. Tuo būdu nemažas jų skaičius pagerino savo sveikatą. Lietuvoje reumatikų yra daug ir Likėnų-Smardonės kurorto įrengimo visi laukia.

1929 m. lapkričio mėn. 7 d. įvykęs Kaune Lietuvos apskričių gydytojų ir ligoninių vedėjų suvažiavimas yra pripažinęs Smardonės kurorto atstatymo reikalingumą ir nutaręs prašyti Šiaurės Lietuvai šelpti Centro Komiteto aukų likučius paskirti šitam kurortui atstatyti. V. D. Un-to Medicinos Fakulteto Taryba (1933 m.) pripažino, kad Smardonės kurorto statyba yra naudinga ir remtina. Del Smardonės kurorto įrengimo būtinumo pasisakė taip pat ir atskiri specialistai, k. a.: prof. J. Bagdonas,

prof. K. Buinevičius, prof. Pr. Gudavičius, doc. V. Kuzma, dr. J. Gintyla, dr. J. Mikelėnas, dr. V. Markevičius ir daug kitų. Gaunami sveikinimo ir padėkos laiškai iš tų ligonių, kuriems pavyko Smardonės dumblu ir vandeniu atgauti sveikata.

Likėnų-Smardonės gydyklos būstinė jau pastatyta; baigiami taisyti vidaus įrengimai. Rengiama 10 kambarių dumblo vonioms ir kompresams. Ten pat bus poilsio kambariai, ambulatorija. Prie gydyklos įrengiama 12 kambarių, kur bus guldomi sunkesni, negalį vaikščioti arba reikalingi stacionarinio slaugymo, ligoniai. Kaina: 1—2 lt lovai. Atskiri kambariai 3—4 lt. Maistas 4 kartus per dieną — 3 lt. Mineralinio vandens vonia 2,50 lt, purvo vonia 5 lt. Apie kurortą gyvenantieji ūkininkai yra įrengę kambarių, kur galės iš toliau atvykę lengviau sergą ligoniai apsigyventi. Biržų apskrities Valdybos iniciatyva bus palaikomas autobusais nuolatinis susisiekimas su Biržais; lengviau sergą ligoniai galės gyventi Biržų m. ir 8 km važinėti vonių priimti. Biržų apskrities Valdyba daug deda pastangų, kad kaip galima greičiau prie kurorto būtų pastatytas viešbutis. kur ligoniai galėtų gauti visą išlaikymą.

Likėnų-Smardonės kurortui lėšų davė Šiaurės Lietuvai Šelpti Centro Komitetas. Tai, be abejo, didelis kultūrinis darbas, kuris komiteto vardą įamžina. Reikia manyti, kad tas pats Komitetas uždėto darbo pusiakelėje nesustos, bet savo dispozicijoje turimais kapitalais padės Smardonės kurortui susitvarkyti. Šiuo metu ypač reikalingas yra viešbutis. Kurortas įrengė medelyną, kuriame kultyvuoja dekoracinius spygliuočius medžius, daugiausia pušis, parkui užvesti.

Likėnų-Smardonės kurorto apylinkės sausos ir gražios — tai yra jo svarbi pirmenybė prieš kitus tos rūšies užsienių kurortus. Šaltiniai gausūs, leidžia padaryti maudyklėms baseinus; 1 kilometro atstume nuo kurorto yra valdiškas miškas, kur ligoniai galės jaukiai praleisti laisvą laiką. Daug pastangų dėjo Biržų apskrities Valdyba, iki pradedant kurorto statybą. Bet, ir prasidėjus kurorto statybai, dar buvo daroma užmetimų spaudoje del kurorto. Keisčiausia tat, kad mūsų spaudoje randa vietos tokie medicinišku atžvilgiu analfabetiški straipsniai, k. a.: 1937 m. buvo įdėtas „XX Amžiaus“ 184 (342) nr. „Nevykusiai pradėtas darbas“, kur autorius ieško „sieros rūgšties“ šaltinių (?).

Likėnų-Smardonės kurorto reikšmę gražiausiai apibūdina šie prof. Kolupailos žodžiai: „Ar negali atsitikti, kad Likėnai (Smardonė) pasidarys dideliu, gyvu, plačiai pasaulyje žinomu centru, tikru „Šiaurės Lietuvos deimantu“. („Naujoju Romuva“ 1931 m. rugsėjo mėn. 13 d. 37 nr.).

Kronika

NEKROLOGAI.

× **Mirė:** 1) Breslave — prof. dr. Alfred Hermstein, gynekologas, 46 metų amžiaus. — 2) Rostoke — prof. dr. Albert Peters, okulistas, 76 metų amžiaus.

PROF. DR. GEORGES VILLAINN.

(Nekrologas).

1938 m. balandžio mėn. 22 d. netoli Paryžiaus tragiškai žuvo Tarptautinės Dantų Gydytojų Federacijos (Federation Dentaire Internationale) garbės pirmininkas Paryžiaus universiteto odontologijos intsituto prof. dr. Georges Villain. Jis kartu su savo žmona, grįždamas savo automobiliu į Paryžių, pakelėje susidūrė su sunkvežimiu. Dr. G. Villain, jo du sūnūs ir marti buvo užmušti vietoje, o žmona sunkiai sužeista.

Prof. G. Villain buvo VIII tarptautinio dantų gydytojų kongreso 1931 m. Paryžiuje pirmininku. Jis taip pat 1936 m. atidarė IX kongresą Vienoje. Dar 1937 m. Stokholme F. D. I. Komiteto XXXI sesijoje dr. G. Villain skaitė pranešimą Švedijos dantų gydytojų kongrese šia tema: „Stabilizacija ir artikuliacija totalinėse protezėse".

Prof. G. Villain yra gerai žinomas ir daugeliui Lietuvos dantų gydytojų, nes tiek Paryžiuje 1931 m., tiek ir Vienoje 1936 m. kongresuose dalyvavo nemažas skaičius Lietuvos odontologų.

Artimiausiame Lietuvos Dantų Gydytojų Draugijų Sąjungos Valdybos posėdyje numatoma pagerbti jo atminimas.

AUKŠTASIS MEDICINOS MOKSLAS.

× **Med. gydytojo diplomą** yra gavę šie asmenys: Jadvyga-Malvina Dobrovolskaitė, Aldona-Marija Gylytė, Nachmanas Glezeris, Povilas Gogelis, Barbora Jonkaitė, Leonas Kalvariskis, Izaokas Levinsonas, Juozas Petrikonis, Ber-Leibas Potašinskas, Izaokas-Moisiejus Rozengolcas, Jakovas Šeškinas, Šmuelis-Mordcha Šuvalas, Feiga Švabaitė, Pranas Tarvydas, Elena Vesputaitė.

× **Dantų gydytojo diplomą** yra gavę šie asmenys: Anelė Dačinskaitė, Chaja-Bluma Gaitelbandaitė, Frida Icikovaitė, Salomėja-Danutė Jasiūnaitė, Elena Ilgakojytė, Elena Kadžytė, Nadiežda Karumnaitė, Natalija-Antanina Kazlauskaitė, Viktorija Korsakaitė, Scholastika Maslauskaitė, Monika Navickaitė, Antanina Papickaitė, Jadvyga Pavlinaitė-Klemienė, Elena Repšienė-Hermanavičiūtė, Dominyka Strimaitytė, Ita Šmidtaitė, Zlata-Hinda Trapidaitė-Epšteinienė, Sabina Treigytė, Veronika Valentinavičiūtė, Stefanija Zabielaitė-Sarpalienė, Chaja Zerdinaitė, Emilija Žakaitė, Marija Žalytė.

× **Medicinos kandidato laipsnį** yra gavę šie studentai medikai: Alfonsas Arlauskas, Margarita Audenytė, Pranas-J. Bagdanavičius, Antanas Balsevičius, Chaja Berkovičiūtė, Birutė Beržinskaitė, Ona-Kazimiera Dagytė, Adomas-J. Daugirdas, Pranciška Devulytė, Boris Efrosas, Ona Frančikaitė, Peisachas Gantovnikas, Albinas Garunkštis, Ona Gotautaitė-Vaišvilaitė, Antanas Grigalauskas, Joselis Chaliutas, Ona Ibianskaitė, Chaimas-J. Ippas, Ona Jaudegytė, Jonas Jecevičius, Jonas Jocius, Jonas Jurgilas, Gutė Kaganaitė, Mozė Kaščenevskis, Benjaminas Kliačko, Juozas Kriaučiūnas, Marijonas Krištopaitis, Moisėjus Langmanas, Natanas Leikinas, Jonas Lelis, Jankelis-M. Levinas, Chavė-Ševė Lipšicaitė, Leonidas Lukinas, Alfonsas Lukoševičius, Jonas-Pr. Lukšė, Viktorija Masiulionytė, Antanas Matėčiūnas, Faustas Matiukas, Lilija-Gotliba Meižytė, Cecilija-El. Merkevičiūtė, Geršonas Milleris, Bronislovas Minelga, Pranas Mockus, Jonas Naujokaitis, Vytautas Paškevičius, Zalmanas Percikavičius, Frida Perelmanaitė, Rachilė Petrikanskytė, Alvina-Olga Pipinytė, Valentinas Plioplys, Rapolas-Algirdas Pocius-Pocevičius, Jonas Sadauskas, Vladimiras Sergiejus, Vytautas-Anatanas Skybniauskas, Albertas Stanaitis, Emilis Stanaitis, Henrikas-St. Surgailis, Steponas Sviderskas, Juozas Šabanas, Joselis Šneideris, Vladislovas Šulma, Povilas Tamošaitis, Enrikas Tarnauskas, Chaimas Teperis, Pranas Tikneviičius, Leonas Ubeika, Juozas Urbaitis, Juozas Vaitaitis, Vytautas Zymantas, Elena Žilinskaitė.

× **Odontologijos kandidatu** pripažintas Algirdas--Kazimieras Pautienius

Asistentų reikalais:

1) Med. d-ras J. Kupčinskas išrinktas Vidaus ligų kl. vyr. asistentu.

2) Med. d-ras J. Kairiūkštis išrinktas farmokologijos katedros vyr. asistentu neaprėžtam laikui.

3) Fiziologijos katedros jaun. asist. Gasiūnui asistentavimo laikas pratęstas dar 3 metams.

4) Gyd. L. Girniūtė išrinkta Akių ligų klinikos preparatore.

5) Farmacijos katedros vyr. laborantei Čečkauskaitei tarnyba pratęsta dar 3 metams.

× **Rockefeller'io fundacijos stipendiatais** išrinkti med. d-ras J. Šapauskas ir gyd. Masalskis.

× **Gyd. Bl. Abraičio disertacija** medicinos daktaro laipsniui gauti „Lęšio pasaitai" V. D. Un-to Medicinos fakulteto tarybos nutarimu leista spausdinti.

× **Prof. Al. Hagentorno profesoriavimo laikas** pratęsiamas dar vieneriems metams.

× **Prof. Raudonikio profesoriavimo laikas** pratęsiamas dar vieneriems metams.

× **Med. d-ras J. Šopauskas** išrinktas higienos ir bakteriologijos katedros docentu.

× **V. D. Un-to Medicinos fak-tas** yra gavęs kvietimus į šiuos kongresus:

1) Į malarijos kongresą;

2) Į tarptaut. nelaimingų atsitikimų medicinos ir darbo ligų kongresą;

3) į tarptaut. teismo medicinos kongresą Romoje š. m. IX. 22—24 d.; į šitą kongresą deleguojamas prof. K. Oželis;

4) į Fenn-Baltijos gydytojų kongresą.

× **Egzaminai stojantiems į Medicinos fakultetą.**

1) Iš lietuvių kalbos ir literatūros (į egzamin. komisiją išrinkti prof. P. Avižonis ir humanitarinio fak-to asistentai Jonikis ir Maciūnas);

2) iš istorijos ir geografijos (į egzaminų komisiją išrinkti prof. J. Žilinskas, humanit. fak-to asistentas Šapokas ir matematikos-gamtos fak-to asistentas Vilimas).

KONGRESAI, DRAUGIJOS, ĮVAIRENYBĖS.

× **Iš Tarptautinės prieštuberkuliozinės Sąjungos veiklos.**

I. **XI Tarptautinė Prieštuberkuliozinė Sąjungos konferencija numatyta Berlyne 1939 metais rugsėjo mėn. pradžioje.** Šitoje konferencijoje bus svarstomi šie klausimai:

1) **Biologinis klausimas** — Kocho bacilų žalingumo problema,

2) **Kliniškas klausimas.** — Ar yra reikalas sistemingai tyrinėti plaučių tuberkuliozės pėdsakus, ir

3) **Socialinis** — Profesionalinis tuberkuliozininkų apmokymas.

Iš Sąjungos sekretoriato atsiųstas paraginimas Lietuvos gydytojams prisidėti prie šitų klausimų nagrinėjimo, dalyvaujant diskusijose arba skaitant pranešimus, kaip koreferentai. Norintieji dalyvauti XI konferencijos moksliškuose darbuose kviečiami pranešti savo temas iki š. m. lipos mėn. 1 dienos Lietuvos Draugijos kovai su tuberkulioze pirmininkui d-rui K. Griniui, Aukštaičių g-vė 25 nr.

Galutinis pasirinkimas temų ir kalbėtojų, kurie bus įrašyti į Berlyno konferencijos darbotvarkę, bus per šį Sąjungos posėdį, kuris įvyks 1938. VII. 12 d. Paryžiuje.

II. Tarptautinė Sąjunga Kovai su Tuberkulioze del išlaidų padidėjimo, kuris yra susidaręs del valiutos kurso pasikeitimų, kviečia Sąjungai priklausančias valstybes ir draugijas padidinti savo garbės bei rėmėjų narių skaičių.

III. 1938 m. birželio mėn. 30 d. ir liepos mėn. 1—2 d. Londone įvyks eilinė Anglų tautinės sąjungos kovai su tuberkulioze konferencija. Programoje įrašyti šie klausimai:

1. Prieštuberkuliozinio darbo organizacija ir išvystymas kaimuose.
2. Šeima ir tuberkuliozė. Tuberkuliozininkų šeimos narių išaiškinimas (susekimas) ir apsauga.
3. Tuberkuliozės kontrolė tropikuose ir subtropikuose.
4. Kaip tuberkuliozė paliečia normalaus ir psichiškai nesveiko žmogaus psichiką?

Iš Lietuvos kviečiami delegatai bei privatūs asmenys, norį dalyvauti šitoje konferencijoje.

Norintiems atstovauti Lietuvos draugijai kovai su tuberkulioze bus suteikta kai kuri parama. Smulkiau sužinoti Centro Valdybos raštinėje: Kaunas, Mickevičiaus g-vė 11a, nuo 8—10 ir 13—14 val., telef. 2-33-48.

Dr. S. Laurinavičius,
Dr-jos Kovai su tbc. Centro Valdybos sekretorius.

× **Bayer'io jubiliejiniai metai.**

Šiais 1938 metais „Bayer'io" I. G. Farbenindustrie akc. b-vės farmacijos skyrius mini savo 50 metų įsisteigimo sukaktį. Tuometinė 1888 m. tada buvusio vien dažų fabriko Friedrich Bayer & K° vardu, Elberfelde, valdyba nutarė po fenacetino išradimo, vieno iš pirmųjų antipyreticum'o, prie dažų gaminimo prijungti dar atskirą farmacijos skyrių. Eilei įmonių susijungus, kurios šiandien sudaro I. G. Farbenindustrie akc. b-vę, visa farmacijos sritis, sujungta „Bayer'io" vardu, šiandien sudaro pasaulinio masto įstaigą. Iš Leverkuzeno, „Bayer'io" centrinės vietovės, „Bayer'io" firmos gaminamieji vaistai išvysta visą pasaulį. Prie tyrimo ir gamybos įmonių Elberfelde, Hoechste ir Leverkuzene prijungta serumo įmonė Marburge, prie Lanos, kuri įmonės steigėjo ir serumo terapijos išradėjo garbei Behring'o įmone (Behringwerke) vadinama. Su teisėtu pasididžiavimu „Bayer'io" įmonės šito jubiliejaus proga gali džiaugtis daugeliu pasisekimų. Taip „Bayer'io" laboratorijos savo darbais iškovojo toli siekiančią ir iš dalies pirmtakūno pasaulinę reikšmę antipyretikos, narkotikos ir nemigo vaistų, chemoterapijos, hormono ir vitaminų, taip pat ir atogrąžų medicinos srityse. Pažinus 1888 metais šitos srities ypatingą padėtį, farmacijos tyrinėjimai ir gamyba buvo atskirti ir padaryti savarankiški, ko iki tol nebuvo. Laikas tat jau pateisino. Įvairiuose moksliškuose „Bayer'io" institutuose pasiekti išradimai įsigyjo viso pasaulio pripažinimą ir pasitikėjimą.

Farmacinės chemijos, farmakologijos, fiziologijos, chemoterapijos ir serobakteriologijos „Bayer'io" laboratorijos, kuriose dirba žymūs specialistai, laikomos rimto ir tikslaus moksliško darbo įstaigomis. Ir gamybos skyriai, kurie minimu laikotarpiu buvo įrengti ir laikomi daugelio kraštų, pagal žinovų sprendimą, pavyzdingais. Susipažinus su trumpa veiklos ir išradimų apžvalga, telieka „Bayer'io" įmonėms jubiliejaus proga palinkėti, kad antroji šimtmečio pusė taip pat ne mažiau būtų vaisinga.

× **Tarptautiniai gydytojų specialistų tobulinamieji kursai** Vokietijoje 1938 metais:

1. **Urologija.** Berlyne (Rudolf Virchow-Krankenhaus) 1938. VI. 27 d. — VII. 2 d. Honoraras: 60 RM.

Pranešėjai: Boeminghaus, Borkenhagen, Cramer, Forssmann (Drezdene), Hansen (Liubeke), Heckenbach, Holtz, Heusch, Löhe, Olivet, Ostertag, Ottow, Ringleb, Rumpel, Wagner ir kt.

2. **Dantų, burnos ir žandų ligos.** Berlyne (ten pat) 1938. VI. 27 d. — VII. 2 d. Honoraras: 70 RM.

Pranešėjai: Axhausen, Wassmund ir jo asistentai: Anders, Cramer, Ernst, Ganzer, Gutzmann, Hammer, Innenkamp, Luntze ir kt.

3. **Neurochirurgija.** Berlyne (Neurochirurgische Universitäts-Klinik) 1938. VII. 4 d. — 9 d. Honoraras: 70 RM.

Pranešėjai: Albrecht, Behrend, Härtel, Peiper, Rosenhagen, Spatz, Tönnis, Claus Vogel, Paul Vogel ir k.

4. **Chirurgija.** Kelne (Chirurgische Universitäts-Klinik) 1938. VII. 11 d. — 16 d. Honoraras: 70 RM.

Pranešėjai: Prof. dr. et dr. h. c. v. Haberer ir jo bendradarbiai.

5. **Chirurgija.** Diuseldorfe (Chirurgische Klinik der Akademie), Bochume (Krankenhaus „Bergmannsheil") 1938. VII. 18 d. — 23 d. Honoraras: 70 RM.

Pranešėjai: Prof. dr. E. K. Frey, prof. dr. Bürkle de la Camp, di Biasi, Gaus, Knipping, Lindemann, Molineus, Orator, Osterman, Reichmann, Seeliger, Sioli, Schloessmann, Sommer.

6. **Nelaimingų atsitikimų chirurgijos rentgenodiagnostika.** Kelne (Universitäts-Roentgen-und Lichtinstitut) 1938. VII. 25 d. — 26 d. Honoraras: 30 RM.

Pranešėjai: Prof. Grashey ir jo bendradarbiai.

7. **Ortopedija.** Kelne (Arthopädische Universitäts-Klinik) 1938. VII. 27 d. — 30 d. Honoraras: 50 RM.

Pranešėjai: Prof. Hackenbroch ir jo asistentai, prof. Brandes, prof. Hohmann, prof. Kleinschmid, prof. Martius, prof. Roeren, prof. Slauk, prof. Wüllenweber.

8. **Chirurgija.** Hohenlichene (Brandenburge) 1938. VIII. 1 d. — 3 d. Honoraras: 35 RM.

9. **Vidaus ligų ir chirurgijos rentgenologija.** Frankfurte prie M. (Universitäts-Röntgen-Institut) 1938. VIII. 8 d. — 13 d. Honoraras: 60 RM.

Pranešėjai: prof. Holfelder, Bauer, Bayer, Berner, Bulich, Determann, Dyes, Heeren, Köhler, Pansdorf, Reisner, Schulte, Schultz, H. J. Teschendorf, Weisswange.

10. **Skrandžio - žarnų diagnostika.** Breslave (Medizinische Universitäts-Klinik) 1938. VI. 29 d. — VII. 2 d. Honoraras: 35 RM.

Pranešėjai: Prof. dr. K. Gutzeit, Ammon, K. H. Bauer, Foerster, Greth, Grunke, Heupke, Köhler, Kuhlmann, Parade, Rating, Rose, Schmitz, Staemmler, Stolte, Vogt.

11. **Vidaus ligų ir chirurgijos rentgenologija.** Miunchene 1938. VII. 8 d. — 14 d. Honoraras: 60 RM.

Pranešėjai: Prof. dr. Stumpf, doc. dr. Weltz, Baensch, Berg, Bragard, Frik, Grashey, Haenisch, Knothe, Kommerell, Löhr, Schinz.

12. **Vidaus ligos.** Miunchene (II. Medizinische Universitäts-Klinik). 1938. VII. 15 d. — 23 d. Honoraras: 60 RM.

Pranešėjai: Prof. Schittenhelm, Borst, Bumke, Eichholz, Eymer, Kämmerer, Magnus, Müller, Pfaundler, W. Straub.

13. **Vidaus ligos.** Miunchene (I. Medizinische Universitäts-Klinik) 1938. VII. 25 d. — 30 d. Honoraras: 50 RM.

Pranešėjai: Prof. Stepp, Borst, Eiseneich, Grafe, Hahn, Kürten, Nonnenbruch.

14. **Vidaus ligos.** Frankfurte prie M. (Medizinische Universitäts-Klinik) 1938. VIII. 1—6 d. Honoraras: 50 RM.

Pranešėjai: Prof. dr. F. Volhard, doc. dr. Enger, Bock, Hessel, Hildebrand, Albrecht, Gänsslen, Griebel, Hanhart, Kalbfleisch, Kemkes, de Rudder, Schubert, Thiel.

15. **Neurologijos, psichiatrijos ir psichoterapijos savaitė.** Frankfurte prie M. (Universitäts-Nerven-Klinik) 1938. VIII. 8 d. — 13 d. Honoraras: 50 RM.

Pranešėjai: Prof. Kleist ir bendradarbiai, Duus, Hahn, Lehmann-Facius, Leonhard, Pittrich, Riechert, Stadler, Stockert.

16. **Pediatrija.** Berlyne (Universitäts-Kinder-Klinik) 1938. VI. 20 d.—25 d. Honoraras: 50 RM.

Pranešėjai: Prof. dr. Bessau, Opitz, Wettstein, Rominger, Nitsche, Thönes, Trieboes, Hofmeier, Oelsinger, Paschlau, Kreuz, Leonhardt.

17. **Pediatrija.** Miunchene (Paed. Universitäts-Klinik) 1938. VI. 27 d. — VII. 2 d. Honoraras: 50 RM.

Pranešėjai: Prof. dr. Pfaundler, prof. dr. O. Bumke, prof. dr. P. Gotthard, Kessel, prof. Luxenburger.

18. **Pediatrija.** Kelne (Universitäts-Kinder-Klinik) 1938. VII. 4 d. — 9 d. Honoraras: 50 RM.

Pranešėjai: Prof. Kleinschmidt, Dieckhoff, Joppich, Laurentius, Loeschke, Goebel, Güttich, Gundel, Keller, Knauer, Simon, Ullrich.

19. **Ginekologija.** Leipcige (Gynaekologische Universitäts-Klinik) 1938. VII. 4 d. — 9 d. Honoraras: 70 RM.

20. **Ginekologija.** Leipcige (Gynaekologische Universitäts-Klinik) 1938. VII. 11 d. — 16 d. Honoraras: 70 RM.

Kursų vedėjas prof. Schröder.

21. **Dermatologija.** Hamburge (Dermatologische Universitäts-Klinik) 1938. VII. 4 d. — 13 d. Honoraras: 80 RM.

Kursų vedėjas prof. Mulzer. Bus 32 pranešėjai.

22. **Spinduliai.** Hamburge (Krankenhaus St. Georg) 1938. VII. 14 d. — 21 d. Honoraras: 80 RM.

Kursų vedėjas prof. Holthusen. Bus keliolika pranešėjų.

23. **Oto-rino-laringologija.** Tiubingene (Universitäts-Ohrenklinik) 1938. VI. 27 d. — VII. 9 d. Honoraras: 150 RM. (be operacijų kurso — 100 RM).

Kursų vedėjas prof. Albrecht.

Visų kursų reikalais kreiptis šiuo adresu: Aerztlichen Fortbildungswesen" Berlin NW 7, Robert Koch-Platz 7.

Užsienių gydytojams suteikiamos visokios lengvatos. Kursuos reikia užsirašyti prieš 2 savaites.

SVEIKATOS PUNKTŲ REIKALAIS.

× Sveikatos punktų gydytojams ir akušerėms mokamas mėnesinis atlyginimas:

I. 200 Lt mėn. punkto gydytojui ir 120 lt. akušerei*).

Anykščiai (Ut.), Ariogala (Kėd.), Butrimonys (Al.), Gargždai (Kret.), Grinkiškis (Kėd.) (ak. 125 lt.), Jėznas (Al.), Jonava (Kauno), Joniškis

*) Pirmuose skliauteliuose yra pažymėtas sutrumpintas apskrities pavadinimas, o antruose skliauteliuose yra pažymėtas akušerei nustatytas atlyginimas, jeigu jisai yra kiek didesnis ar mažesnis, negu yra nurodyta I, II, III ir IV antraštėse.

(Šiaul.) (ak. 110 lt.), Jurbarkas (Ras.), Kalvarija (Mar.) (ak. 110 lt.), Kazlų Rūda (Mar.) (ak. 125 lt.), Kelmė (Ras.), Kybartai (Vilk.), Krakės (Kėd. (ak. 125 lt.), Kupiškis (Pan.), Kuršėnai (Šiaul.), Merkinė (Al.), Molėtai (Ut.), Naumiestis (Taur.), Papilė (Šiaul.), Pasvalys (Biržų) (ak. 110 lt.), Pilviškiai (Vilk.), Plungė (Telš.), Prienai (Mar.) (ak. 110 lt.), Radviliškis (Šiaul.) (ak. 110 lt.), Rietavas (Telš.), Salantai (Kret.), Seda (Maž.), Seirijai ir Simnas (Al.), Skaudvilė (Taur.), Skuodas (Kret.), Šeduva (Pan.), Šiauliai (Šiaul.) (ak. 110 lt.), Šilalė (Taur.), Tryškiai (Šiaul.), Vabalninkas (Biržų), Varniai (Telš.) (ak. 125 lt.), Vilkija (Kauno (ak. 110 lt.), Žagarė (Šiaul.), Žiežmariai (Trakų).

II. **250 lt. mėn. punkto gydytojui ir 125 akušerei*):**

Akmenė (Maž.), Alsėdžiai (Telš.), Alunta (Ut.), Antalieptė (Zar.) (ak. 130 lt.), Aukštadvaris (Trakų) (ak. 130 lt.), A. Panemunė (Kauno) (ak. 120 lt.), Baisogala (Kėd.), Balbieriškis (Mar.), Bartininkai (Vilk.), Čekiškė (Kauno), Darbėnai (Kret.), Daugai (Al.), Debeikiai (Ut.), Dusetos (Zar.), Endriejavas (Kret.) (ak. 130 lt.), Eržvilkas (Taur.), Gelgaudiškis (Šak.) (ak. 130 lt.), Gelvonys ir Giedraičiai (Ukm.) (ak. po 130 lt.), Gižai (Vilk.), Griškabūdis (Šak.), Gruzdžiai (Šiaul. (ak. 120 lt.), Ylakiai (Maž.), Josvainiai (Kėd.) (ak. 130 lt.), Kaišiadorys (Trakų) (ak. 120 lt.), Kaltinėnai (Taur.), Kamajai (Rok.), Kavarskas (Ukm.), Kražiai (Ras.), Krekenavas (Pan.) (ak. 120 lt.), Krinčinas (Biržų), Kruopiai (Šiaul.) (ak. 130 lt.), K. Naumiestis (Šak.) (ak. 120 lt.), Kurkliai (Ukm.) (ak. 130 lt.), Kvėdarna (Taur.) (ak. 130 lt.), Laižuva (Maž.), Laukuva (Taur.), Leipalingis (Seinų), Lygumai (Šiaul.) (ak. 130 lt.), Liudvinavas (Mar.), Luokė (Telš.), Mosėdis (Kret.) (ak, 130 lt.), N. Radviliškis (Biržų), Nemakščiai (Ras. (ak. 130 lt.), Obeliai (Rok.), Padubysys (Šiaul.), Pagirys (Ukm.) (ak. 130 lt.), Pakuonis (Kauno) (ak. 130 lt.), Pandėlys (ak. 120 lt.) ir Panemunėlis (Rok.), Papilys (Biržų), Plateliai (Kret.), Pociūnėliai (Kėd.) (ak. 130 lt.), Pumpėnai ir Pušalotas (Pan.), Raguva, Ramygala (ak. 120 lt.) ir Razalimas (Pan.), Saldutiškis (Ut.), Saločiai (Biržų), Seredžius (Kauno), Skaisgirys (Šiaul. (ak. 130 lt.), Skiemonys (Ut.), Stačiūnai (Šiaul.), Stakliškės (Al.) (ak. 120 lt.), Subačius (Pan.), Šakyna ir Šaukėnai (Šiaul.) (ak. po 130 lt.), Šėta (Kėd.), Šiaulėnai (Šiaul.) (ak. 130 lt.), Šilavotas (Mar.) (ak. 135 lt.), Šiluva ir Šimkaičiai (ak. po 130 lt.) (Ras.), Širvintos (Ukm.) (ak. 120 lt.), Švėkšna (Taur. (ak. 120 lt.), Tytuvėnai (Ras.), Troškūnai (Pan.), Užpaliai(Ut.), Užventis (Šiaul.) (ak. 130 lt.), Vainutas (Taur.), Vaškai (Biržų) (ak. 120 lt.), Veisiejai (Seinų), Veliuona (Kauno), Veviržėnai (Kret.), Viekšniai (Maž.) (ak. 120 lt.), Viešintos (Pan.) (ak. 130 lt.), Vyžuonos (Ut.), Zapyškis (Kauno) (ak. 130 lt.), Žasliai (Trakų) (ak. 120 lt.), Želva (Pan.), Žeimelis (Šiaul.) (ak. 130 lt.), Židikai (Maž.).

III. **300 lt. mėn. punkto gydytojui ir 130 lt. akušerei*).**

Antazavė (Zar.) (ak. 140 lt.), Betygala (Ras.) (ak. 135 lt.), Budvietis (Seinų) (ak. 140 lt.), Daugailiai (Ut.), Daujėnai (Biržų), Degučiai (Zar.), Igliauka (Mar.), Imbradas (Zar.) (ak. 135 lt.), Juodupė (ak. 135 lt.) ir Jižintai (Rok.), Kapčiamiestis (Seinų) (ak. 150 lt.), Karmėlava (Kauno), Kartena (Kret.), Klykoliai (Maž.) (ak. 135 lt.), Kriukai (Šiaul.) (ak. 135 lt.), Kruonis (Trakų) (ak. 135 lt.), Kuktiškės (Ut.), Kuliai (Kret.) (ak. 135 lt.), Lekėčiai (Šak.), Meškuičiai (Šiaul.), Miroslavas (Al.), Musninkai (Ukm.), Naujamiestis (Pan.), Onuškis (Trakų) (ak. 135 lt.), Pabiržė (Biržų), Pajūris (Taur.), Palanga (Kret.) (ak. 125 lt.), Plokščiai (Šak.) (ak. 125 lt.), Raudondvaris (Kauno), Sasnava (Mar.), Siesikai (Ukm.), Semeliškės (Trakų) (ak. 135 lt.), Slavikai (Šak.), Surviliškis (Kėd.), Suvainiškis (Rok.), Šeštokai (Mar.) (ak. 135 lt.), Šventežeris (Seinų), Tauragnai (Ut.) (ak. 135 lt.), Tverai

(Telš.) (ak. 135), Vadokliai (Pan.) (ak. 135 lt.), Vepriai (Ukm.), Vievis (Trakų), Vištytis ir Žalioji (Vilk.), Žeimiai (Kėd.) (ak. 125), Žemaitkiemis (Ukm.), Žygaičiai (Taur.).

IV. **300 lt. mėn. punkto gydytojui:** Inturkė (Ut.) (ak. 150 lt.), Nemunaitis (Al.) (ak. 150 lt.), Taujėnai (Ukm.) (ak. 130 lt.), Varėna (Al.) (ak. 150 lt.).

× **Atskiri sveikatos punktų gydytojai neskiriami į šias vietoves** („Kaimo gydytojų sveikatos reikalams rūpinti taisyklių" 19 str.):

Alytų, Biržus, Kėdainius, Kretingą, Marijampolę, Mažeikius, Panevėžį, Raseinius, Rokiškį, Seinus, Šakius, Tauragę, Telšius, Trakus Ukmergę, Uteną, Vilkaviškį ir Zarasus. (Šitų miestų akušerės gaus: Lazdijų 125 lt. mėn., Kretingos, Šakių, Utenos ir Zarasų po 120 lt. mėn., o visų kitų po 110 lt. mėn.).

2) Taip pat neskiriami atskiri gydytojai ir akušerės į Joniškėlį ir Pakruojį, nes šitose vietovėse esančių ligoninių gydytojai ir akušerės turės eiti Joniškėlio ir Pakruojo Sveik. punktų pareigas, negaunant atskiro atlyginimo už tas pareigas.

3) Be to, neskiriami atskiri sveik. punktų gydytojai ir akušerės į šias vietoves („Kaimo gyv. sveik. reik. rūpinti taisyklių" 20 str.): Babtus, Dotnuvą, Linkuvą, Nevarėnus, Pašvitinį, Rumšiškes, Salaką, Skapiškį, Smilgius, Svėdasus, Šimonis, Vandžiogalą, Veiverius ir Žarėnus, nes šitose vietovėse veikiančių sveikatos centrų gydytojai ir akušerės turės eiti šitose apylinkėse sveik. punktų gydytojų ir akušerių pareigas, gaudami už tai papildomąjį atlyginimą — gydytojai ligi 150 lt. mėn. ir akušerės ligi 50 lt. mėn.

× **Gydytojų taksa,** kuri yra paskelbta šio „Medicinos" num. 459—462 pusl., liečia tiktai Sveikatos punktų gydytojus ir akušeres (žiūr. „Kaimo gyventojų sveikatos reikalams rūpinti taisyklių" 6 str.), o ne visus gydytojus.

MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

D-rui Jonui Staugaičiui, „Medicinos" žurnalo redaktoriui, šių 1938 m. birželio mėn. 1 d. suėjo 70 metų nuo gimimo dienos. Šitą Jubilato sukaktį Kauno mediciniškosios organizacijos iškilmingai minėjo š. m. birželio mėn. 4 d. Jubilatas gavo daug sveikinimų žodžiu, raštu ir telegramomis.

SVEIKATOS REIKALAI.

× **Sveikatos departamento žinios apie limpamąsias ligas Lietuvoje 1938 m. kovo mėn.:** typhus abdom. 95 (5), paratyphus 15, typhus exanth. 49 (3), morbilli 440, scarlatina 71, pertussis 48, diphtheria 200 (4), influenza 254, erysipelas 32, poliomyelitis et polioencephal. ac. 3 (1), mening. cerebrosp. epid. 13 (3), tbc. 156 (8), vener. ligos (lues 106, gonorrhoea 319, ulcus molle 9) 434, varicella 15, trachoma 244, parotitis epid. 1, febris puerp. 9 (2), septicopyaemia 1, scabies 5.

× **Sveikatos departamento žinios apie limpamąsias ligas Lietuvoje 1938 m. balandžio mėn.:** typhus abdom. 72 (4), paratyphus 14, typhus exanth. 20, morbilli 86, scarlatina 70, pertussis 31, diphtheria 151 (3), influenza 168 (2), erysipelas 37, poliomyel. et polioenceph. ac. 2 (1), enceph. leth. epid. 1, mening. cerebrospin. epid. 11 (1), tuberculosis 147 (11), vener. ligos (lues 105, gonorrhoea 287, ulcus molle 10) 402, varicella 17, trachoma 182, parotitis epid. 2, febris puerp. 2, septicopyaemia 2 (1), scabies 5.

× **Birštone prasidėjo sezonas. Statomos dvi didelės gydyklos.**

Gydomosios Birštono vasarvietės šeimininkas — Lietuvos Raudonasis Kryžius — kasmet gegužės 14 ar 15 d. pasikviečia vyriausybės ir spaudos atstovus, parodo, kas naujo vasarvietėje padaryta. Šita proga iš Kau-

no buvo atvykę ir Vidaus Reikalų Ministerijos atstovai — Administracijos Departamento dir. A. Survila, Sveikatos Departamento dir. dr. Maciūnas, iš Alytaus apskrities viršininkas Stasiūnas su žmona ir komendantas plk. lt. Basiulis, Birštono administracijos ir vietos gyventojų atstovai.

Šiemet vasarvietėje naujų pastatų nėra, bet esamos pagerintos, ypač puošnumo ir patogumo atžvilgiu. Vasarinių kambariai įrengti nepaprastai jaukiai ir net liuksusiškai. Parkas dar labiau pagražintas. Labai daug gėlynų ir kitų gražumų. Svetainė naujai perdažyta ir aprūpinta naujais baldais.

Ligi birželio 20 d. visi atvykstantieji naudojasi papigintomis kainomis — nuo visų kainų numušama 20%. Su neturtingumo liudijimais vasaroti kaip tik dabar metas, nes nuo birželio 20 d. ligi rugpjūčio 20 d. yra brangesnis sezonas ir tuomet vasarotojai su neturto liudijimais nepriimami. Kambarių kainos nuo 48 ligi 180 lt mėnesiui. Pigųjį sezoną nuo kambarių ir gydomųjų vonių kainų daroma nuolaida.

Šiemet Birštono vasarvietė (nuo savo veiklos pradžios) atidaro 84 sezoną. Gydomojoje Birštono vasarvietėje pirmiausia gydomi reumatikai, kurių Lietuvoje yra apie 100.000. Jų gydymas užtrunka apie šešis kartus ilgiau nei tuberkuliozininkų gydymas. Apgailėtina, kad vasarvietę nepaprastai mažai telanko ūkininkai — visų lankytojų (besigydančių) ūkininkai sudaro vos 4%, tuo tarpu reumatikų daugiausia yra ūkininkų tarpe. Latvių ūkininkai žymiai daugiau gydosi gydymosiose vasarvietėse del to, kad ten ūkininkams teikiamos įvairios lengvatos ir pašalpos.

Birštono miestelis taip pat gražėja. Keliose vietose statomi nauji namai, vasarinės, tvarkomos gatvės, statomos naujos tvoros, senesnės gražiai dažomos. Prie pat gydomosios vasarvietės baigiama statyti didelė mūrinė kunigų gydykla. Ji liepos mėnesį būsianti galutinai įrengta. Už miestelio jauname pušyne taip pat baigiama statyti Kauno apygardos ligonių Kasos medinė gydykla. Tai bus viena iš didesnių ir moderniųjų vasarinių Lietuvoje. Ji taip pat šią vasarą bus įrengta. Pirmoji turės 40 asmenų vietos, o ligonių kasos — 80 vietų. Abi taip įrengiamos, kad veiks vasarą ir žiemą.

× **Likėnų — Smardonės kurorto naujai statoma gydykla** bus galutinai užbaigta iki šių metų birželio mėn. 15 d. ir nuo tos dienos gydykla pradės veikti. Kurorto direktorium paskirtas med. gyd. I. Vaitoška, kuris jau vietoje gyvena ir rūpinasi kurorto statybos darbų eiga.

× **Atidaryta Draugijos Kovai su Tuberkulioze Alytaus skyriaus sanatorija.** Gegužės mėn. 15 d. atidaryta ir pašventinta sanatorijos dvi didžiosios vilos ir apie dvidešimt mažų vilelių. Mažosios vilelės pritaikintos 2—3 žmonėms gyventi. Dabartiniu metu yra sutalpinta plaučių ir kaulų tuberkulioze sergą 98 žmonės. Iš viso galima sutalpinti apie 120 žmonių. Didžiosios vilos pakrikštytos „Birutės“ ir „Gražinos“ vardais.

× **Čekoslovakijos alaus eksportas** 1937 m. siekė 101.479 hektolitrus, 21,2 milijonų čekų kronų vertės. 1936 m. 26,5% alaus eksportas buvo mažesnis. („M. m. W.“ 1938 m. 19 nr.).

KLAIDŲ ATITAISYMAS.

„Medicinos“ 1938 m. 4 num. atitaisytinos šios klaidos:

	atspausdinti,	o turi būti
1. 333 pusl. 10 eil. iš apačios	**324 mokiniai,**	**3.242 mokiniai**
2. 354 pusl. 8 eil. iš viršaus	**mikrogenines,**	**mikogenines.**