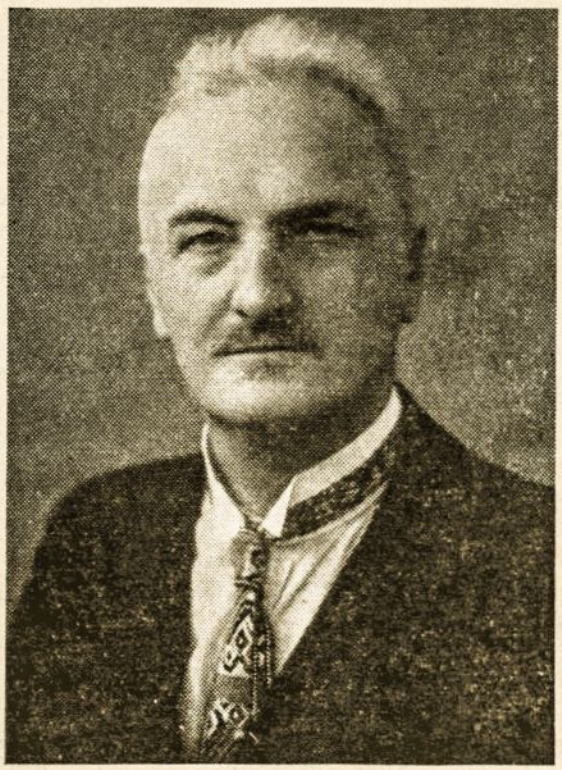
MEDICINA

žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XXI met. | 1940 m. sausio mėn. | Nr. 1



A. a. d-ras Juozas Jarašius.
Gimė 1873 m. Mirė 1940. I. 10 d.

Gyd. J. Augevičius,

A. A. d-rą Juozą Jarašių prisiminus.

(Nekrologas).

Šių metų sausio mėn. 10 d. Kėdainiuose staiga mirė širdies priepuoliu d-ras Juozas Jarašius. Šitoji mirtis gilaus liūdesio jausmu palietė širdis visų tų, kurie velionį kiek arčiau pažinojo. Tai buvo senesnės kartos gydytojas, persiėmęs ano meto garsaus rusų chirurgo ir visuomeninko prof. Pirogov'o skelbiamais idealais ir humanizmo dvasia. Tai buvo tauri asmenybė kaip gydytojas, kaip visuomeninkas ir kaip žmogus, savo krašto pilietis, savo šeimos kūrėjas.

Velionis gimė 1873 m. lapkričio mėn. vidutinio ūkininko šeimoje Dievogalos kaime, Zapyškio valsč., Kauno apskrity. Nors velionis ir daug turėjo brolių ir seserų, kurie liko papras-

tais ūkininkais, tačiau jam tėvai padarė išimtį, leisdami išeiti Marijampolės gimnazijos kursą. Matyti, tėvai buvo pastebėję savo mažo Juozuko gabumus. Dar būdamas berniukas — 5 klasės gimnazistas, jau tapo susipratęs ir aktyvus lietuvis. Nepaisydamas pavojaus anais spaudos draudimo ir rusinimo politikos laikais, velionis įstojo į slaptą lietuvių moksleivių kuopelę, dėdamas iš savo daugiau negu kuklių sutaupų po 20 kapeikų kas mėnuo uždraustai lietuvių kalba literatūrai nusipirkti, perskaityti ir toliau ją platinti.

Baigęs Marijampolės gimnaziją, tęsė mokslus Maskvos universiteto medicinos fakultete, kurį baigė 1899 m. Būdamas Maskvoje, velionis betgi nepaskendo tautiniu atžvilgiu rusų jūroje, o susirado savo tautiečius, įstojo į Maskvos studentų lietuvių draugiją, kurioje aktyviai visą laiką dalyvavo, eidamas joje atsakingas (kasininko, pirmininko) pareigas. Anuo metu tai buvo slapta organizacija, kurią rusų valdžia griežtai persekiojo. Periodiški susirinkimai tekdavo daryti čia pas vieną, čia pas kitą draugą — narį, prisidengiant, kad tai esąs paprastas draugų susirinkimas vardinių ar pan. proga.

Būdamas iš prigimties ne tik gabus, bet ir darbštus, velionis studentų medikų tarpe išsiskyrė; todėl, baigęs medicinos fakultetą, buvo paliktas pusei metų prie vidaus ligų ir akušerijos klinikų. Velionis jau buvo išsidirbęs savo ateities gyvenimo planą, todėl jam rūpėjo tinkamai pasiruošti šitoje srityje. Tur būt, tais pačiais sumetimais, jis neužtruko ilgiau klinikose, bet kai kuriam laikui užėmė jaun. gydytojo vietą žemietijos (savivaldybės) ligoninėje Jegorjevsko mieste, Riazanės gubernijoje. Dirbdamas tokioje ligoninėje, velionis dar geriau pasiruošė savarankiškai dirbti gimtajame krašte, užsiimant privačia praktika.

Skubėdamas vykdyti savo numatytą planą, jau 1902 m. velionis atsikėlė į Kėdainius ir čia galutinai įsikūrė, kaipo laisvai praktikuojąs gydytojas. Tik rusų-japonų ir didysis karas privertė velionį ilgesniam laikui apleisti savo postą Kėdainiuose. Mobilizuotas 1904 m. arti 2 metų dirbo karo ligoninėje Ussurijos krašte, netoli Vladivostoko. Ten būdamas, be kitko, jis sudarė gana didelę ano krašto peteliškių kolekciją ir parsivežė ją į Lietuvą. Didž. karui prasidėjus, 1914 m. buvo vėl mobilizuotas ir dirbo divizijos ligoninėje X armijos sąstate, turėdamas progos gerai patirti visą to baisaus karo epopeją — žygį į Rytprūsius ir atgal. Dėka velionies pastabumui ir aktyvumui šitie žygiai davė jam daug patyrimo įvairiose gyvenimo srityse ir jojo profesijoje.

Karui pasibaigus, 1918 m. vasarą velionis vėl grįžo į savo Kėdainius. Okupantai vokiečiai, pastebėję d-ro J a r a š i a u s turimą įtaką vietos gyventojų tarpe ir jojo aktyvumą kovojant su daromomis jiems skriaudomis, ištrėmė velionį į Grin-

kiškio miestelį. Bet ir čia jis be atodairos tęsė savo žmonių užtarėjo ir lietuvybės kovotojo darbą, siųsdamas į centrą reikalingus pranešimus.

Būdamas susipratęs ir veiklus lietuvis, velionis d-ras Jarašius, matyti, sąmoningai pasirinko Kėdainius savo buveinei. Anuo metu visa Kėdainių sritis buvo perdėm sulenkinta, o vadinamoji „liauda" buvo laikoma savotiško (lietuviško, jeigu taip būtų galima pavadinti) lenkiškumo tvirtovė. Taigi, reikėjo didelio pasiryžimo lietuviui inteligentui apsigyventi tokioje apylinkėje, kad ne tik pats nenutautėtų, nepasiduotų aplinkumai, bet dar atkakliai ir nuosekliai vestų kovą už visiškai nuslopintą lietuvybę, už tos srities atlietuvinimą, tautinės sąmonės gaivinimą.

Kiek man yra žinoma, įsikurdamas Kėdainiuose, velionis d-ras Jarašius lietuviškai tautinio susipratimo kėlime ir lietuvių kalbos platinime buvo pionierius. Tik vėliau jam atėjo talkon kiti du garbingi vyrai, taip pat jau mirę — d-ras Julius Ganusevičius, pirma dirbęs Šėtoje, vėliau atsikėlęs į Kėdainius, kad veiktų viribus unitis, ir žinomas „Odisėjos" vertėjas — d-ras Jeronimas Ralys, gyvenęs Jonavoje.

Susipratusio lietuvio inteligento misija velioniui d-rui Jarašiui Kėdainių apylinkėje sekėsi gerai. Tam padėjo ir jojo gydytojo profesija, įgalinusi būti nuolatiniame ir glaudžiame kontakte su įvairaus luomo bei įsitikinimo žmonėmis, ir jojo būdas. Iš prigimties gana gyvo temperamento, kaip jau aukščiau esu minėjęs, velionis buvo persiėmęs žmoniškumo ir plačios tolerancijos idėjomis. Jis norėjo ir mokėjo suprasti kiekvieną, su kuo turėjo reikalo, nieko neatstumti. Taktingas, gerai apsiskaitęs, pakankamai iškalbus, velionis įsigijo pagarbos ir autoriteto kiekvienoje draugystėje.

Pats kovodamas už lietuvybę, velionis, kaip tikras karys, nesigailėjo pastangų gelbėti patekusius į nelaimę ir savo kolegas — tokius pat kovotojus. Dar tebėra mūsų tarpe asmenų, kuriuos išgelbėjo velionys — d-ras Jarašius ir d-ras Ganusevičius iš rusų administracijos nagų. Tokiais atvejais juodu pasinaudodavo savo gerais santykiais su ano meto caro valdžios galingais asmenimis, turėjusiais Kėdainių srityje savo dvarus ir mėgusiais ten praleisti vasaros atostogas. Tai buvo ministeris pirmininkas Stolypinas ir finansų ministeris Pokrovskis.

Visa tai padėjo d-rui Jarašiui iš lėto, bet sėkmingai siekti užsibrėžtą tikslą, varant tautinio susipratimo ir plačios apylinkės atlietuvinimo darbą. Todėl tad, išmušus mūsų Tėvynei lemtingai valandai, atgavus Jai nepriklausomybę, velionis, paskirtas pirmuoju Kėdainių apskrities viršininku, galėjo drąsiai imtis darbo — organizuoti apskrities administraci-

jos aparatą. Jau jis nebebuvo vienas, bet galėjo pasirinkti sau bendradarbių iš vietinių žmonių.

Bet administracinis darbas nebuvo a. a. d-ro Jarašiaus sritis. Jis jo buvo ėmęsis tik kaipo drausmingas ir sąmoningas Lietuvos pilietis; tik dėl to, kad anuo metu centrinė valdžia rado jį tinkamiausiu šitoms pareigoms. Savo darbą atlikęs ir susiradus tinkamam pavaduotojui, velionis 1919 m. pradžioje iš apskrities viršininko pareigų pasitraukė ir vėl grįžo prie savo įprasto darbo — visuomeninko ir gydytojo.

Tiek visoje Lietuvoje, tiek ir Kėdainių srityje tuomet lietuviui visuomenininkui ir gydytojui darbo buvo begalės. Kraštas, karo ir vokiečių okupacijos nuteriotas, šaukėsi visų geros valios žmonių pagalbos, ko greičiausiai šalinant pasireiškusias blogybes. Prie viso to dar prisidėjo bolševikų ir bermontininkų invazija ir paplitusios dėmėtosios šiltinės ir raupų epidemijos. Nelaukiant pagalbos iš centro, kuris tuomet ir pats nebuvo pajėgus, teko organizuoti gelbėjimo veikla vietoje, norint užkirsti kelią plėstis epidemijoms, gelbėti susirgusius piliečius, gelbėti susirgusius ar kautynėse sužeistus tik ką besiformuojančios mūsų kariuomenės karius. Apskritai, sunki padėtis komplikavosi dar tuo, kad stigo tinkamų būstinių, pagalbinio medicinos personalo, reikalingo inventoriaus, o kartais tvarsliavos ir vaistų. Velionis ėmėsi gydytojo darbo visiškai atsidėjęs, nepaisydamas nei vargo, nei nuovargio, dažnai atlikdamas ir felčerio darbą. Begelbėdamas kitus, pats apsikrėtė dėmėtąja šiltine ir su dideliu vargu iš jos išsikapstė.

Už visą savo darbą ir rūpestį, kurį velionis skyrė kariams, jis jokio atlyginimo negavo, ir jam tai nerūpėjo. Bet jojo didį pasiaukojimą ir darbus Tėvynės labui mūsų vyriausybė įvertino, ir Respublikos Prezidentas Lietuvos Kariuomenės 10 metų įsikūrimo sukakties proga d-rą Jarašių apdovanojo III laipsnio L. D. K. Gedimino ordinu, o 20 metų Lietuvos nepriklausomybės sukaktuvių proga apdovanojo III laipsnio Vytauto Didžiojo ordinu.

Kaipo visuomeninkas, velionis ypač daug ir sėkmingai yra pasidarbavęs Nepriklausomos Lietuvos kūrimo laikotarpy. To laikotarpio pradžioje, kad ir labai apkrautas darbu, jis savo noru laisvesne valandėle užeidavo pas krašto reikalus tvarkančius asmenis pasiteirauti, pasitarti. Kaip senas Kėdainių gyventojas, pastabus ir todėl gerai žinąs vietos reikalus ir žmones, velionis buvo labai vertinamas del savo nuomonės, savo patarimų. Eilę metų buvo renkamas į miesto tarybą ir daug prisidėjo, tvarkant įvairius miesto reikalus.

Kalbant apie velionies politinį nusistatymą, tenka pasakyti, kad jisai buvo tautininkas plačia to žodžio prasme ir todėl nenorėjo savo veiklos sprausti į bent kurios veikusios politinės partijos rėmus. Būdamas visuomet karštas tautinės

minties šalininkas ir palaikydamas ryšius su tos minties ideologu — pirmuoju ir dabartiniu Respublikos Prezidentu A. Smetona, d-ras Jarašius gyvai atsiliepė į jojo paskatinimą organizuoti savo vienminčius į atskirą sąjungą ir 1925 m. pradžioje įsteigė Kėdainiuose L. T. S. skyrių, pirmininkaudamas jam per kelerius metus. Būdamas plačių pažiūrų, nors ir atsidavęs tautininkų idėjai, velionis d-ras Jarašius mokėjo gerai suprasti ir kitų partijų šalininkus ir gražiai su jais sugyventi. Vėliau nuo aktyvios veiklos LTS-goje pasitraukė.

Kaip gydytojas, velionis d-ras Jarašius savo kolegų tarpe taip pat buvo nusipelnęs atitinkamo autoriteto. Labai rimtai žiūrėdamas į savo profesiją, jis rūpinosi savo pažangumu. Dar prieš did. karą jis keletą kartų buvo nuvykęs į Petrogradą į gydytojų pasitobulinimo kursus. Nors savo privačiame gyvenime nebuvo linkęs skubėti su moderniškumu, tačiau atsidėjęs sekė mediciniška literatūrą ir, kiek leido aplinkybės, stengėsi taikyti savo privačioje praktikoje naujoviškus ir patikrintus išradimus, nepamiršdamas betgi dėsnio, kad visur yra naudinga tam tikra kritika. Nevengdavo velionis ir specialioje spaudoje dalyvauti, dėdamas „Medicinoje" kuriuo nors opiu klausimu straipsnių.

Tiek kitose gyvenimo ir darbo srityse, tiek ir santykiaujant su kolegomis velionies d-ro Jarašiaus tauri asmenybė buvo labai ryški, ir todėl arčiau velionį pažinusių gydytojų tarpe, be jau minėto autoriteto, jis užsitarnavo ir pagarbos. Nors kartais ir pasitaikydavo šitoje srityje patirti netikėtų ir skaudžių nusivylimų, tačiau velionis stengdavosi visa tai išgyventi, užsidaręs savyje, ko mažiausiai apie tai kalbėdamas net ir su savo artimais. Gyvendamas kukliai, tik iš savo uždarbio, velionis pats griežtai laikėsi principo, kad gydytojo pagalba būtų lengvai prieinama ir mažai pasiturintiems, ir atitinkamai veikė kitus kolegas. Apskritai d-ras Jarašius kaip gydytojas ir kolega buvo, kaip kartais sakoma, senų tradicijų — gera šito žodžio prasme.

Visiems, kas d-rą Jarašių arčiau pažinojo ir dažnai jį matydavo, jojo mirtis buvo labai netikėta. Nors 1939 m. pavasarį ir sirguliavo, bet po to buvo visai pasitaisęs. Po įvairių sunkių išgyvenimų (1937 m. mirė žmona), velionis vėl buvo atgavęs pusiausvyrą, energiją, savo įprastą optimizmą ir norą tęsti savo naudingą darbą.

Tebūnie šito kilnios sielos žmogaus, tikro lietuvio, uolaus visuomenininko — gydytojo gyvenimas jaunajai kartai pavyzdys, o mirusiam kolegai Juozui Jarašiui amžina pagarba.

D-ras Ch. J. Fridbergas.
Gimė 1865 m. Mirė 1940. I. 6 d.

Gyd. R. Brombergas.
(Šiauliai).

D=rą Ch. J. Fridbergą prisiminus*).

(Nekrologas).

Feci, quod potui, faciant meliore potentes.

Apleidžia mus amžinai stambūs jaunos lietuviškosios medicinos atstovai, k. a., profesoriai P. Avižonis ir J. Blažys, apleidžia amžinai ir eiliniai jos darbuotojai: paskutiniais laikais mirė medicinos gydytojai J. Gruzdys, J. Kudirka ir kiti.

Tuo metu, kai atsiminimas apie stambius mokslininkus pasilieka amžinai, jų mokslo dėka, atminimas apie paprastus, nieku nepasižymėjusius gydytojus, ilgainiui nudilą ir užmirštamas. Tačiau taip neturi būti. Lietuvos medicinos istorija turi saugoti atminimą ir apie juos — praktiškosios medicinos darbuotojus, tiek daug dirbusius savo amžiuje žmonijos labui.

1940 m. sausio mėn. 14 d. Lietuvos medicina pakėlė eilinį smūgį — netekome dar vieno veterano praktiko — mirė Šiauliuose d-ras Ch. J. Fridbergas, eidamas 75 metus amžiaus.

*) Pasakyta š. m. vasario mėn. 15 d. Šiaulių m. ir apskr. gydytojų draugijos posėdyje.

Velionis gimė 1865 metais, Grobinės miestelyje, buv. Kurliandijos gubernijoje. Skurste skurdo jisai vaikystės amžiuje. Jo tėvai turėjo mažą krautuvėlę ir daržą. Ir štai, pasakojo velionis, visą žiemą jis ir jo septynetas brolių ir seserų maitinęsi tuo, kas užaugdavo tame darže; ne visiems vaikams užtekdavę avalynės ir didesnę dalį žiemos vaikams reikėdavę sėdėti namie. Tačiau tėvai pastebėjo vaiko aistrą prie mokslo ir ryžosi jį išvesti į žmones. Jie nusiuntė jį pas giminaitį į Goldingeną, į tenai buvusią vokišką gimnaziją. Gaudamas menką paspirtį iš namų ir versdamasis pamokomis, jaunas F r i d b e r g a s vienas iš pirmutinių baigia gimnaziją ir vyksta toliau mokytis į Charkovą.

Iš pradžių sunku jam buvę gyventi svetimame mieste. Ypačiai bloga jam buvę del rusų kalbos nemokėjimo: paskaitų jis nesuprasdavęs, pamokomis verstis jis negalėdavęs, paspirtis iš namų buvusi nepakankama, ir štai, jo to periodo užrašų knygelėse mes randame šią keistą pastabą: „Nepietavau — trys kapeikos". Bet tat reiškė, kad tą dieną jis neturėjęs pinigų pietums, ir tik už 3 kapeikas jis šio to užvalgęs. Vis delto, atkaklaus darbo dėka, jis nugalėjo visus sunkumus ir 1891 metais baigė aukštuosius medicinos mokslus.

Jaunas gydytojas eina dirbti į pietų Rusijos žemietiją. Padirbėjęs ten dvejus metus, d-ras F r i d b e r g a s 1893 m. veda žmoną ir apsigyvena Šiauliuose. Tačiau, išbuvęs Šiauliuose pusę metų ir neišdirbęs praktikos, jis persikelia į Pikelių miestelį, o vėliau į Leckavos miestelį. Susitaupęs pinigų, jis vyksta į Berlyną pas prof. B a g i n s k y, kur jisai lavinasi ausų, nosies ir gerklės ligų srityje. Išsispecializavęs, jis antrą kartą grįžta į Šiaulius ir nuo 1897 metų jis čia lieka iki pat mirties, dirbdamas savo specialybėje ir kaip praktikas gydytojas.

Velionis mėgdavo senatvėje pasakoti, su kokiomis sunkenybėmis buvo susijusi tuometinė jo praktika: keliai blogi, susisiekimo priemonės primityvios, nepaisant blogiausio oro tekdavę važinėti po kaimus ir miestelius. Gydytojai tuomet turėję didelę praktiką, nes gyventojams tekę maža gydytojų. Pvz., Šiauliuose, kur dabar gyvena apie 40 gydytojų, tais laikais praktikavę apie 10 gydytojų; miesteliuose gydytojų beveik visai nebuvę. Darbas buvęs varginąs ir reikalingas geros sveikatos. Kartais važiavimai pas ligonius būdavę susiję su pavojumi gyvybei: jis kartą vos nenuskendęs, ledui lūžus; kitą kartą užpuolę jį žmogžudžiai, bet, pažinę, kad jis gydytojas, nelietę jo.

Taip ir gyveno jis, kol karas 1914 metais neišvaręs jį nuo įsigyventos vietos. Nuo 1915 iki 1921 metų jis gyvena Sebieže, Vitebsko gub., kur vėl jisai verčiasi praktika.

1921 metais jis grįžta su sūnumi gydytoju V. F r i d b e r g u į gimtąjį kraštą ir greitu laiku abudu įsigyja didelę praktiką.

1932 metais jį ištinka sunkus smūgis: gražiausiame amžiuje ir didžiausiame pajėgume miršta nuo ileus'o jo karštai mylimas sūnus. Bet, vos atsigriebęs nuo sukrėtimo, jis vėl imasi dirbti jo mėgiamą darbą ir nepaliauja jį dirbęs ligi pat mirties.

Savo gyvenime d-ras Fridbergas pasižymėjo dideliu kuklumu, sau eikvodavęs labai maža, taip kad jį laikydavę net šykštuoliu. Bet reikia atsiminti, kokiomis aplinkybėmis jis augo ir mokėsi, kad suprastume, jog skurdus ir vargingas gyvenimas jį išmokęs taupyti kiekvieną centą.

Praktikoje jis gailėdavosi neturtėlių ir nesilenkdavo prieš turtuolius. Todėl žymią dalį savo praktikos jis buvo išsidirbęs kaimiečių ir nepasiturinčių bei vidutiniškai pasiturinčių miestiečių tarpe. Man teko kalbėtis su jo pacientais jam mirus, ir nuoširdžiai skambėjo jų gailesčio žodžiai, kad jo daugiau jau nebėra jų tarpe.

Jis nebuvo darbuotojas visuomenininkas, bet 15 metų jisai nemokamai darbavosi vaikų ir paliegėlių prieglaudose.

Gal būt, velionis turėjo ir trūkumų, tačiau viena nenuginčijama: 48 metus jis nepailsdamas gydė žmones, per pusę šimtmečio per jo rankas praėjo daugybė ligonių ir visiems jis teikdavo pajėgiamą pagalbą. Mėgiamas jo priežodis buvo: Feci, quod potui, faciant meliore potentes.

1940 m. sausio mėn. 6 d. d-ras Fridbergas apsirgo plaučių uždegimu. Tučtuojau imtasi energingų gydymo priemonių, jauni kolegos naktimis budėjo prie jo lovos, bet išgelbėti nepavyko: sausio mėn. 14 d. jo jau nebebuvo.

Palenkime žemyn savo galvas, prisiminę kuklų praktiškosios medicinos darbuotoją, dirbusį beveik pusę šimtmečio žmonijos labui ir pagerbkime jo atminimą atsistojimu.

Med. d-ras J. Buršteinas.

Apie keloidus.

Jau daugiau kaip 100 metų praėjo nuo to laiko, kai pirmąsyk buvo aprašyta liga, vadinama keloid'u. Nuo to laiko apie šitą ligą yra pasirodžiusi gausi literatūra, tačiau žinios apie jos etiologiją, histogenezę, patogenezę ir terapiją dar ir šiandien toli gražu nėra išsamios.

Pirmą klasišką keloido aprašymą 1817 m. paskelbė Alibert. Jis šitą augli pavadino kankroidu, del veriančių skausmų, kurie yra panašūs į skausmus, ištinkančius vėžio plitimo metu. Vėliau Alibert šitą pavadinimą pakeitė į cheloid'ą, nes pavadinimas kankroid galįs suklaidinti ir būti supainiojamas su cancer. Alibert pavadinimą cheloid parinko del ypatingų ataugų (ἡ χηλή = vanago nagai, εἶδος = panašus), kurios eina nuo auglio galų ir yra

panašios į vėžio ataugas. Vėliau dažniausiai buvo vartojamas pavadinimas keloid (ἡ κηλίς = randas); tačiau sutinkami dar ir kiti pavadinimai, k. a.: canceroma, cancelli, keles, cicatrix, kelodes, sceroide, carte de graisse, cancre blanc, le grabe. Didelį nesutarimą sukėlė nuomonės apie keloido santykį su randu ir tikraisiais augliais.

Alibert sikiria 2 keloido formas:

1) tikrasis spontaninis keloidas, pasižymįs smarkiu niežėjimu ir veriančiais skausmais;

2) netikrasis arba randinis keloidas, išsivystąs iš rando del įvairiausių priežasčių (k. a., žaizdos, nudegimai, opos); jis neskaudamas, arba sukelia tik nežymius skausmus.

Warren skiria tris formas:

1) tikrasis keloidas;
2) randinis keloidas;
3) hipertrofinis randas.

Tarp šitų trijų grupių yra ir anatominių skirtumų.

Tikrajame keloide epitelinis apdangalas yra normalus, ir corpus papillare nėra esmingai pakitęs. Auglys susideda iš skaidulių pluoštų, einančių paraleliai auglio išilginei ašiai ir be ryškių ribų pereinančių į aplinkinius audinius. Auglys prasideda nuo didesnių corium'o kraujagyslių, ypač arterijų sienelių, kurių adventicijoje atsiranda daug apvalių celių, vėliau virstančių šeiviškomis ir pagaliau pradedančių gaminti kolagenines skaidules. Viršuje keloido ir po juo yra normalūs odos audiniai.

Randiniam keloidui, išsivystančiam iš rando, stinga papilių. Pats randinis audinys susideda iš jungiamojo audinio skaidulių, kryžiuojančiųsi įvairiomis kryptimis, nepaisant kraujagyslių krypties. Rando srityje keloidas išsivysto kaip savarankiškas navikas, etiologiškai susijęs tiktai su randėjimo procesu; kraujagyslių ir skaidulių kryptis tokia, kaip tikrajame keloide.

Hipertrofinis randas, kaip ir randinis audinys, pasižymi papilių stoka ir netaisyklinga skaidulių kryptimi, neturinčia nieko bendro su kraujagyslių kryptimi.

Panašius duomenis randame ir pas Kaposi. Jis laiko svarbiausiu pažymiu tai, kad corpus papillare spontaniniame keloide lieka normalus, o randiniame išnyksta.

Schuetz ginčija šitą pažiūrą. Jo nuomone, keloidas esąs visų pirma kliniška sąvoka. Skirstymas į tikrąjį ir netikrąjį keloidą patologinės anatomijos atžvilgiu nesąs pateisinamas, nes papilių stoka nepaneigianti traumos, kuri galė-

jusi būti ir subepiderminė. Kaip pavyzdį Schuetz nurodo staigų sarkomos išsivystymą po traumos nesant išorinių pakenkimų. Patologinėje anatomijoje keloidas esąs randinio audinio hiperplazija, išsivystanti nežinomo palinkimo (dispozicijos) dėka po traumos arba be jos. Tat randinio, o ne paprasto jungiamojo audinio, hiperplazija, kadangi keloidas neturi pagrindinėje jungiamojo audinio substancijoje svarbiausios dalies — elastingų skaidulių.

Unna ir Jadasohn priėjo tą pačią išvadą, kad keloidas išsivystąs sužeidimo srityje, ypačiai į defektą turintiems palinkimą asmenims, tačiau niekada neatsirandąs spontaniškai. Atrodantieji spontaniškai izoliuoti keloidai sternum'o srityje išsivystą beveik visuomet iš nudrėskimų seborėjinės ekzemos metu. Unna mano, kad corpus papillare visai nedalyvaująs keloido išsivystyme, ką jis ir kliniškai įrodo: corpus papillare lengvai raukšlėjąsis viršuje keloido. Be to, jam pavykę 14 iš 32 atsitikimų su randėjimo procesais rasti papilių. Del to jis mano, kad papilės liekančios ar išnykstančios tiktai nuo keloido vienokio ar kitokio didumo; kai keloidas pasiekiąs tam tikrą dydį, jis spaudžiąs corpus papillare, kuris del to pagaliau ir atrofuojąs.

M. Joseph remia seną pažiūrą apie tikrojo ir netikrojo keloido savarankišką pobūdį. Jis nurodo žymius histologiškus skirtumus. Tikrasis keloidas, pasak Joseph'o, esąs fibrozinis padaras, turįs kremzlės konsistenciją ir įsiterpęs corium'e. Histologiškai tikras keloidas susidedąs iš fibrozinio audinio, turtingo celėmis ir skaidulėmis, o jo ataugos einančios į sveikąjį randinį audinį. Papilės, plaukai, riebalinės ir prakaitinės liaukos, priešingai kaip randiniame keloide, nepakitusios. Tikrasis keloidas auga ribotai, kartais net spontaniškai sustojąs augęs. Randinis keloidas pasižymįs neribotu augimu. Histologiškai jis esąs glaudaus jungiamojo audinio be elastingų skaidulių padaras, gulįs po epiderminiu sluoksniu. Hipertrofinis randas, kuris turįs būti griežtai atskirtas nuo randinio keloido, esąs ne kas kita, kaip paprasta granuliacija arba randinio audinio celių hipertrofija ar hiperplazija. Jo augimas niekuomet neperžengiąs rando ribų (priešingai randiniam keloidui).

Iš daugelio autorių, pareiškusių savo nuomones del keloido, yra pažymėtini šie: Leloir ir Vidal, Tschlenow, Goldmann ir Rodriguez-Jaen.

Pastarasis nesutinka griežtai skirti spontaninį ir randinį keloidą vieną nuo antro. Tatai, pasak jo, esą vienodi padarai, kurie visuomet galį išsivystyti tiktai iš rando, esančio kartais labai mažo ir net sunkiai pastebimo. Kaip pavyzdį, jis nurodo, kaip keloidas išsivystąs po acne. Iš mažų randelių, likusių sugijus acne, galį išsivystyti keloidai.

Leloir ir Vidal nurodo, kad hipertrofinio rando audinys, priešingai randiniam keloidui, niekuomet neišsiplečiąs toliau buvusio substancijos defekto; be to, hipertrofinis randas esąs minkštesnis ir sultingesnis, galįs spontaniškai ar medikamentais gydomas rezorbuotis ir niekuomet nerecidyvuojąs.

Tschlenow ir Kaposi pažymi, kad būną sunku atskirti spontaninis keloidas nuo randinio, nes nevisuomet žinoma tikra priežastis. Pastatyti diagnozė, remiantis tiktai kliniškais duomenimis, galį būti beveik neįmanoma, nes jie nevisuomet būną tikslūs ir tikri.

Goldmann'o nuomone, keloidas esąs jungiamojo audinio padaras, susidedąs iš kolageninių skaidulių pluoštų, apsuptų šeiviškomis celėmis; tarp skaidulių pluoštų esą kapiliarų. Keloidas išsivystąs in parte reticulari cutis; vėliau, storėjant papiliariniam sluoksniui, jis nustumiamas gilyn.

Plaukų, taukinių liaukų ir elastingų skaidulių keloido srityje nesą. Goldmann radęs myelinines nervines skaidules visuose keloido sluoksniuose, ypač periferijoje. Pasak jo, nervinių skaidulių susiskirstymas keloido viduje esąs įdomus, nes neretai keloide būną parestezijų ir skausmų pasidarančių spaudžiant nervines skaidules ir jas tempiant jungiamajam audiniui, turinčiam kraujagyslių. Hipertrofinis randas esąs tik paprasta jungiamojo audinio hiperplazija, prasidedanti in parte papillari cutis ir rodanti uždegimo reiškinius. Rando srityje nesą elastingų skaidulių, ir nesą jokios regeneracijos elastingo audinio in parte papillari cutis, visai priešingai kaip keloide.

Patogenezės atžvilgiu dauguma autorių didžiausios reikšmės skiria kraujagyslių sistemos pakitimams.

Warren nustatė, kad keloido išsivystymas prasidedąs kraujagyslių, ypač arterijų, sienelių pakitimais, kurie pasireiškią celių išvešėjimais aplink arterijų sieneles. Apvalios celės, susitvarkiusios keliomis eilėmis ir apsupančios kraujagysles (arterijas), ypač keloido periferijoje ir ataugose, pasidarančios vėliau šeiviškomis, o pastarosios gaminančios skaidulinį audinį. Vėliau iš jo vystąsi platūs glaudaus jungiamojo audinio griaučiai, suspaudžią kraujagysles ir pamažu jas obliteruoja. Keloido skaidulių kryptis lygiagretiška auglio paviršiui, kas aiškinama tokia pačia kraujagyslių kryptimi. Taip pat esančios vietomis skaidulių statmeniškoji ar įstrižoji kryptis, pareinančios nuo atitinkamų gilesnių kraujagyslių krypčių.

Unna pažymi, kad tik tam tikra dalis kraujagyslių išsišakojimų, būtent, tos kraujagyslės, kurios eina nuo apatinio

cutis rezginio prie viršutinio, dalyvaujanti keloido išsivystyme; gi corpus papillare kraujagyslės nerodančios jokio augimo.

Thorn ginčija Warren'o ir Unna's nuomones. Savo tyrimais jis rado, kad keloido skaidulių kryptis esanti visai netaisyklinga ir nesanti paraleli nei odos paviršiui, nei kraujagyslėms. Tas faktas kalbąs prieš Warren'ą ir Unna. Be to, keloide esąs tiktai nežymus kiekis lygiųjų raumenų, sudarančių svarbią fiziologinę sudedamąją dalį arterijų sienelių, kurios turėtų būti auglyje, kilusiame iš kraujagyslių. Tas faktas visai paneigia nuomonę, kad celių infiltracija kylanti iš kraujagyslių sienelių.

Su vienu faktu sutinka visi autoriai, darę histologiškus tyrimus, būtent, kad keloide niekuomet nerandama elastingų skaidulių. Del to Schuetz pažymi, kad keloidas nesąs paprasta jungiamojo audinio hiperplazija, nes stinga elastingų skaidulių, kaip jo pagrindinės substancijos svarbios sudedamosios dalies. Del tų pačių faktų Goldmann prieina išvadą, kad keloido išsivystymas pareinąs nuo to, ar elastingos skaidulės esančios sužeidžiamos (Vulnerabilitaet). Cutis'o elastingas skaidules pakenkus, jos imančios nykti, o vystąsis, kaip ir fiziologiniame randėjimo procese, embrioninis audinys. Šitas embrioninis audinys susidedąs iš fibroblastų ir kraujagyslių. Pamažu įvykstąs in parte papillari cutis virtimas į labiau organizuotą audinį, turintį elastingų skaidulių.

Riba tarp sveikos odos ir keloido yra ryški, aiški. Kliniškas prityrimas rodo, kad randinis keloidas savo didumu visiškai atitinka buvusį audinių pakenkimą. Kliniškas stebėjimas rado, kad keloidas lėtai didėja, kol po tam tikro laiko jo augimas visai sustoja. Įdomus Schrammek'o stebėjimas, kad vienu atsitikimu nėštumo metu keloidas žymiai padidėjęs ir atsiradę naujų keloido mazgų. Goldmann nurodo, kad keloidas augąs prisilaikydamas audinių augimo dėsnių. Keloidas, būtent, augąs tol, kol atsistatanti nukentėjusios odos srities sutrikusi audinių pusiausvyra. Audinių pusiausvyros atsistatymas, žinoma, pareinąs nuo audinių pakenkimo laipsnio bei pločio ir nuo atitinkamos jungiamojo audinio hiperplazijos. Šitie santykiai pasidarą ypač nepalankūs, kai visas cutis'o elastingas audinys yra pakenktas. Goldmann pastebi, kad tam tikromis sąlygomis, taip audiniams augant, galį atsirasti tikrų navikų.

Kai kurių autorių stebėtas spontaniškas keloido gijimas aiškinamas tuo būdu, kad daugeliu atsitikimų atsistatąs elastingų skaidulių regeneracijos pajėgumas, ir tuo būdu keloidas virstąs vėl randu.

Priešingos viena kitai nuomonės del anatomiškai histologiškos keloido definicijos keloido priskyrimo prie tam tikros auglių rūšies, rodo, kad dar ir šiandien tai lieka neišaiškinta.

Unna priskiria keloidą prie fibromų grupės, kuriai būdingas griežtai aprėžtas apvalus auglys lygiu paviršiumi, žymiai iškyląs viršuje odos paviršiaus. Pasak Ravagli'o, keloidas esąs difuzinė fibroma, o pasak Berlyner'o, glaudi fibroma, nes stinga elastingų skaidulių. Šitie autoriai reikalauja keloidą griežtai skirti nuo tikrosios fibromos. Neisser ir Jadasohn mano keloidą esant labai ypatingą jungiamosios audinio naviką. Freund keloidą priskiria prie granuliomų, t. y. prie chroniškų uždegiminių auglių grupės. Schuetz'o nuomone, keloidas esąs hipertrofinis padaras. Aš manau, kad būtų neteisinga keloidą priskirti prie tikrųjų navikų, nes jis aprėžtai auga, tikrieji gi augliai yra palinkę augti neaprėžtai. nepaisant ilgesnių ramybės ar regresijos periodų.

Pirmiausia reikia diferencijuoti odos jungiamojo audinio auglys, kaip hipertrofinis randas ir tikroji fibroma. Gali tekti atskirti leukeminiai bei pseudoleukeminiai infiltratai, diseminacinės karcinominės metastazės, odos myomos ir kitos. Jau buvo minėta, kad gali būti sunku ir net neįmanoma skirti spontaninis keloidas nuo randinio. Daugeliu atvejų anamnezės duomenys lengvina nustatyti tikslesnę diagnozę. Pirmiausia anamnezėje ieškoma trauma, kuri nebūtinai turėjusi įvykti prieš pat keloidui išsivystant, bet galėjusi būti ilgą laiką prieš tai ir žaizda galėjo seniai būti išgijusi per primam.

Traumos, del kurių išsivystąs keloidas, yra žaizdos, tatuiruotės, nudrėskimai, lobulus auriculae pradūrimai, pridegimai chemikalais, odos sudirginimai krotono aliejumi, kolodžiu, papuliniai-pustuliniai ir tretiniai syfilidai, herpes zoster, net nežymūs pūliavimai. Dažniausia trauma, sudaranti pagrindą keloidui išsivystyti, yra combustio. Wassermann matęs 54 metų vyrą, kuriam apdegino žastą ir kaklą sprogusi žibalo lempa; po kurio laiko apdegimo vietose atsiradę niežėjimas bei skausmai, o vėliau tose vietose išsivystęs tipiškas keloidas. Dažnai keloidas išsivystąs ir iš pooperacinio rando. Aš mačiau pacientą, kuriam po fistula ani operacijos, dar visiškai neišgijus žaizdai, iš besiformuojančio rando išsivystė keloidas. Be to, man teko gydyti 15 metų pacientė, kuri skundėsi labai skaudamu randiniu keloidu, išsivysčiusiu pooperaciniame Bazedowo strumos rande.

Cheminiai veiksniai etiologijoje vaidina mažesnį vaidmenį. Stebėti keloidai patepus kolodžiu, po morfio ar kamparo aliejaus injekcijų ir kt. Loewental mini 8 keloidų atsitikimus, kurie išsivystę po įvairių traumų, nudegimų, įkandimų.

Neisser ir Jodasohn stebėję randinį keloidą dažnai išsivystant sergantiesiems syringomyelia ir histerikams po sužeidimų.

Vienu Wilms'o stebėtu atsitikimu išsivystę keloidai iš randų po seniai buvusio sužeidimo vasaros metu, karščio įtakoje. Vienu Block'o cituotu atsitikimu 14 metų mergaitė buvo 2 kartu žaibo trenkta, bet ant kūno likę tik nežymūs apdegimai, išgiję be matomų randų; vėliau gi tose vietose atsiradę daugybinių keloido mazgų.

Keli autoriai, ypač francūzų, keloido išsivystymo kaltę primeta specifiniams sukėlėjams, būtent, specifiniam grybeliui. Secchi dviem atvejais radęs blastomycetes, kuriuos jis ir laikąs keloido sukėlėjais. Darier sako, kad keloido priežastimi esanti tbc. Injekavus šviežios keloidinės medžiagos jūrų kiaulytėms, pavykę sukelti joms tbc. Gougerot ir Lamy stebėjo 9 tuberkuliozinius vaikus, kuriems iš pooperacinių randų išsivystę keloidiniai augliai. Tačiau, tiems mokslininkams nepavyko įrodyti bacilų buvimo. Menes mano, kad randinis keloidas išsivystąs dirginant žaizdos viduje gijimo metu, pvz., bakterijoms, arba sutrikimams (k. a.: scrophulosis, tbc, lues) trukdant žaizdos gijimą. Lewin pasakoja apie vieną pacientą, turėjusį visame kūno paviršiuje syfilines ulceracijas, kurios išgijusios kartotinai gydomos gyvsidabriu ir kalio jodidu, bet pasilikusiuose randuose vėliau išsivystęs keloidas.

Gyvas diskusijas sukėlė vadinamas acne's keloidas. Jau seniai pastebėta, kad acne's pustulės labai dažnai sudaro pagrindą keloidui išsivystyti. Kai kurie autoriai skiria šitą ligą nuo spontaninio ir randinio keloido ir žiūri į ją kaip į atskirą susirgimą; tačiau, acne's keloido struktūrai visai nesiskiriant nuo randinio keloido, aš manau, kad teisingiau būtų acne's keloido neskirti kaip atskiros formos. Acne, kaip jau Neisser ir Jadasohn pažymi, esanti tiktai viena iš daugelio keloido priežasčių. Dažniausia acne's keloido lokalizacija yra sprando srityje, būtent, riboje su plaukuota galvos dalimi, kur dažnai lokalizuojasi furunkuliozė, taigi, kur yra ypatingos sąlygos infekcijoms vystytis. Daugelis autorių yra aprašę daugybinius keloido mazgus, atsiradusius ant acne's pagrindo.

Visi mano minėtieji etiologiniai momentai, apie kuriuos galima galvoti, nagrinėjant randinio keloido išsivystymą, pagaliau yra tiktai dirginimai, veikiantieji silpniau ar stipriau odą. Nustatant keloido formą (rūšį), didelės reikšmės turi tiksli anamnezė. Tačiau daugeliu atvejų anamnezė nieko nerodo, taip kad reikalingi tikslesni požymiai diferencinei diagnozei tarp randinio ir spontaninio keloido. Kaip tokie požymiai nurodomi: spontaninių keloidų tipiška, kartais simetriška ar be-

veik simetriška, lokalizacija, daugybiškumas. Spontaniniai keloidai dažnai išsivysto sternalinėje srityje. Bet Smith, Schrammeck, Ohmann-Dumesnil, Newmann ir kiti stebėjo spontaninius keloidus atsirandant įvairiose kūno vietose. Burkhard pasakoja apie 27 m. merginą, kuriai daugybiniai keloidai išsivystę ant abiejų padų ir delnų. Šituo atsitikimu pažymėtina buvusi simetriška keloidų lokalizacija ir jų išsivystymas vienu laiku. Rečiausiai keloidai lokalizuojasi ant rankų ir kojų pirštų. Pažymėtina dar, kad tai atsitinka visai jauniems vaikams (Thorn, Koch, Volkmann ir kt.). Morrison kreipia dėmesį į retą keloidų lokalizaciją vidiniuose organuose, ypač laibosiose ir vėdarinėse žarnose. Taip pat randinis keloidas retai stebimas burnos gleivinėje.

Daugybiškumas, apskritai, būdingas spontaniniam keloidui. Vienam Sievers'o gydytam 38 metų pacientui staiga pradėję atsirasti be jokios išorinės priežasties keloidai, ir per 17 metų jų atsiradę apie 60 mazgų ant liemens ir galūnių. Vietose, kur tiktai buvo odos sužeidimų, keloidas neatsiradęs. Shwimmer pas 55 m. moterį matęs 105 keloidinius mazgus, spontaniškai atsiradusius per 6 metus visoje dešinėje krūtinės pusėje be žymių subjektyvių reiškinių. Reiss ir Tschlenov aprašo spontaninių keloidų atsitikimus, kurių buvę net 500 mazgų.

Keloido subjektyvūs simptomai dažniausiai nežymūs. Dažnai būna niežėjimas, degimas, kartais ir dideli skausmai spaudžiant.

Abiem lytims keloido dažnumas vienodas. Pasak Schrammeck'o, moterims dažniau pasitaiką keloidų. Susirgimo pradžia dažnai esanti lytinio brendimo metu.

Dažnai buvo keliamas klausimas, kodėl kai kuriems keloidams išsivystąs po mažų, net nežymių sužeidimų, o kitiems net didžiausi ir įvairiausi odos pakenkimai nesužadina keloido išsivystymo. Kadangi nebuvo galima tiksliai atsakyti į šitą klausimą, tai beveik visi autoriai pasitenkino aiškinti keloido išsivystymą tam tikra dispozicija. Tuo būdu keloidas priklauso konstitucijos anomalijų sričiai, kur fiziologinė celių veikla išeina aikštėn.

Del šitos dispozicijos arba konstitucijos anomalijos kai kuriems žmonėms visi jauni randai virstą keloidais (Wilms). Šitą Wilms'o nuomonę ginčija Tschlenow, kuris teisingai sako, kad negalima vadinti pakitimus, netenkant elastingų skaidulių (vienos svarbiausios sudedamosios dalies, pamatinės substancijos jungiamajame audinyje), fiziologiniais.

Už bendrą dispoziciją kalba, be abejo, hereditariniai keloido atsitikimai, nors jie labai reti, ir faktas, kad tam tikros rasės, būtent, negrai, dažniau serga keloidu. Kaposi,

Schrammeck ir kiti mini randinių keloidų familijinius atsitikimus. Pasakojama apie šeimą, kur motina, jos trys vaikai ir dvi sesers turėjusios keloido mazgų.

Pasak Schrammeck'o, labai galima esanti kongenitalinė keloido užuomazga. Kiti autoriai nori keloido išsivystymą išaiškinti embrioninio išsivystymo sutrikimais.

Manoma, kad etiopų rasė turinti ypatingą palinkimą į keloidą. Brenniger tat aiškina sklaidos trūkumų dažnumu ir įgimtų kraujagyslių anomalijų įvairumu pas negrus. Ravogli, Morrison, Fox ir kiti aprašo pas negrus labai didelius keloido mazgus, kurių būna ir dideli skaičiai. Steiner kreipia dėmesį į tai, kad malajiečiams labai dažnai keloido mazgai pasitaiką in lobulo auriculae.

Schwimmer nekaltina bendros dispozicijos į keloidą besivystant, o kalba tiktai apie ypatingą odos diatezę. Goldmann savotiškai aiškina dispoziciją. Pasak jo, dispozicija pasireiškianti elastingo paraminio audinio vulnerabiliškumu, sužeidžiamumu. Toks vulnerabiliškumas galįs pareiti nuo įgimtos elastingo audinio anomalijos, arba nuo šito audinio vėlesnio nepakankamo išsivystymo, arba, pagaliau, nuo įvairiausių vietinių žalingų veiksnių. Reikia dar pastebėti, kad Ravogli ir kiti autoriai mano, jog esąs ryšys keloidui besivystant su nervų sistemos, būtent trofinės, sutrikimu.

Keloidų gydymas. Žinoma, kad, nepaisant ilgo gydymo ir ypač po ekscizijos, keloidas vis tiek labai dažnai recidyvuoja. Keloido recidyvavimas taip pat aiškinamas palinkimu, dispozicija.

Kaip tik šitas recidyvavimas sudaro didžiausių sunkumų terapijai. Del to keloido ekscizija, kuri iš pradžių buvo dažniausiai vartojama, dabar beveik visai nebevartojama. Bergmann ir Goldmann gavę patenkinamų rezultatų, vartodami plastinę gydymo metodę. Pasak Lexer'o, ir plastinę metodę taikant, negalima išvengti recidyvų. Wilms, Schuetz ir kiti autoriai griežtai įspėja nevartoti chirurgiškos intervencijos. Keli autoriai (Sievers, Freund ir kt.) pataria po ekscizijos gydyti rentgeno spinduliais. Dabar dažnai naudojamasi vien tik rentgeno ir radžio spinduliais. Wetterer vartoja intensyvų švitinimą, tačiau pažymi, kad kosmetinio efekto atžvilgiu spindulių taikymas turįs būti atsargus. 15 jo pacientų keloido mazgai pamažu sumažėję, 12 visai išnykę. Mažesnius keloido mazgus Kee gydo aukšto įtempimo elektros srovėmis aštraus metalinio elektrodo pagalba. Taip pat ir elektrolizė naudojama. Kai kurie autoriai tam naudoja 2—3 m.Amp., kiti net iki 20 m.Amp. Gerų rezultatų begydant elektrolize gavę Joseph, Darier ir kt. Keli autoriai matę gerų rezultatų po skarifikacijos (Vidal, Leloir ir kiti).

Ir medikamentinė terapija vaidina nemažą vaidmenį. Lexer pataria injekcijas 15% thiosinamin'o alkoholinio skiedinio, arba 10% thiosinamin'o-glycerin'o vandeninio skiedinio. Daugiau abejotinas yra fibrolysin'o vartojimas, vis delto yra gauta gerų rezultatų. Fibrolysin'as ypač veikiąs keloido vystymosi pradžioj. Montriol gydė 10% ichtyolvasogen'u, įtrindamas jo tris kartus per dieną po 1 minutę, ir per kelis mėnesius net dideli keloido mazgai visai išnykdavę. Amerikos autoriai pataria švirkšti į mazgus 40% formalino 0,3 gr. vietinėje anestezijoje, apie 20 kartų. Zeissler pataria vartoti anglirūgšties sniegą. Lesieur savo terapiją siūlo remdamasis pažiūra, kad keloidas esąs tbc. infekcijos pobūdžio. Jis skiria 150 gr. ol. olivarum, sumaišyto su 10 gr. destiliuoto kreozoto, ir šitą tirpalą injekuoja į keloidinį audinį labai plona metaline adata; injekuojama kasdien ar kas antra diena. Veikimas kartais visai geras; kartais net ir kiti keloido mazgai, į kuriuos nebuvo įšvirkšta, pradeda regresuoti. Pasak Lesieur'o, šitas fenomenas aiškinamas kreozoto veikimu bendriniam stoviui. Unna siūlo įdomią gydymo metodę. Pasirėmęs tuo, kad pepsino ir druskos rūgšties tirpalas, kaip virškinamasis, ištirpina odos raginio sluoksnio dalis ir del to skverbiasi gilyn, Unna pradėjo vartoti pepsiną keloidui gydyti, kad pepsinas suvirškintų iš dalies ir giliau esančius audinius ir leistų jiems rezorbuotis. Šitais teoriniais samprotavimais pasirėmęs, Unna pradėjo vartoti kartu su virškinamuoju pepsino ir druskos rūgšties tvarčiu gerai veikiančius keloidą vaistus. Virškinamasis skiedinys tik palengvina tiems vaistams įsiskverbti į gilumą. Unna vartojo 10% pyrogallol-collodium'ą, o kaip virškinamąjį tirpalą: Rp. Pepsini 2,0—10,0, Acidi borici 8,0, Acidi hydrochlorici 0,4, Aquae destillatae ad 200,0. Viršuje pepsino tvarčio uždedama pyrogallol-collodium. Šituo būdu Wassermann'ui pavykę daugeliu atvejų gauti keloidų rezorbcija. Wassermann priduria, kad šita terapija yra nuobodi, ilga. Gali atsirasti pyrogallol'io dermatitis, tačiau tai kaip tik pageidautina, nes tai yra prasidedančio audinių skilimo požymis. Minėto dermatito gydymas šitoks: nustojama vartoti pyrogallol-collodium, tepama švelni mostis ir pan. Esant dideliems keloido mazgams, kai reikalingas ilgas gydymas, geriau vietoje druskos rūgšties vartoti 4% boro rūgštis, kuri taip pat parodo virškinamojo veikimo. Vartojant pyrogallol'į reikia, žinoma, dažniau tirti šlapimai. Maksimalinių pyrogallol'io davinių vartojimas yra nepavojingas, kai kartu vartojama vidun druskos rūgštis; tuo būdu išvengiama eritrocitų skilimo ir šlapimų patamsėjimo. Kartais užtenka vien pepsino-druskos rūgšties tvarčio. Fibroes praneša apie puikų pasisekimą taikant šitokį skiedinį: Rp. Pepsini 1,0,

Acidi borici 3,0, Aqua dest. ad 100,0. Kompresas, suvilgytas šituo skiediniu, uždedamas ant keloido vakarą, o nuimamas rytą. Naudinga prieš kompreso aplikaciją daryti masažas. Gydymas trunka paprastai savaites ir mėnesius.

Prognozė ilgalaikių vietinių afekcijų pašalinimo atžvilgiu nėra ypatingai gera. Plačiau apie tai esu minėjęs, rašydamas apie terapiją. Pasak Bockenheimer'o, iš didelių keloidinių mazgų galinčios išsivystyti sarkomos.

Autoreferat.

Der vorhergehende Artikel gibt einen ausführlichen Überblick über die heutigen Kenntnisse bezüglich der Ätiologie, Histogenese, Pathogenese und Therapie des Keloids. Von vielen Autoren werden 2 Keloidformen unterschieden, und zwar das wahre, spontane Keloid, erkennbar am heftigen Jucken und lancinierenden Schmerzen, und das falsche oder Narbenkeloid, entstanden auf dem Boden einer Narbe aus mannigfachsten Ursachen (Schnittwunden, Verbrennungen, Geschwüre u. a.). Das falsche Keloid ist im Gegensatz zum Keloid nicht oder nur sehr wenig schmerzhaft. Einige Autoren unterscheiden 3 Keloidformen, und zwar ausser den beiden genannten noch die hypertrophische Narbe. Zum Teil wird auch die Auffassung vertreten, dass das Keloid vor allem ein klinischer Begriff ist, und das Keloide bei dazu neigenden Personen in der Umgebung jeder Verletzung, und niemals auf spontanem Wege sich entwickeln. Einige Autoren betonen ausdrücklich die selbständige Natur des wahren und des falschen Keloids und machen auf die scharfen histologischen Unterschiede aufmerksam, die im vorliegenden Artikel näher gekennzeichnet werden. Zu betonen ist, dass trotz vielfacher gegenteiliger Ansichten die histologischen Untersuchungen aller Autoren wenigstens in dem einen Punkt übereinstimmen, dass im Bereich des Keloidgewebes stets elastische Fasern vermisst werden. — Hinsichtlich der Pathogenese wird den Veränderungen seitens des Gefäss-Systems die grösste Bedeutung beigemessen. Es wird ferner darauf verwiesen, dass das Keloid den Gesetzen des Gewebswachstums gehorcht. Über die Stellung des Keloids zu einer bestimmten Geschwulstgattung herrscht völlige Uneinigkeit. — Die Differentialdiagnose zwischen dem spontanen und dem Narbenkeloid ist sehr schwierig und in vielen Fällen unmöglich. Es werden die ätiologischen Momente besprochen, die für die Entstehung der Narbenkeloide in Betracht kommen, und gezeigt, dass als ausschlaggebende Faktoren nur Reize zu betrachten sind, die in mehr oder minder starker Form auf die Haut einwirken. Da es nicht begreiflich ist, warum bei manchen Menschen kleinste Verletzungen zur Bildung von Keloiden Veranlassung geben, andere Menschen trotz stärkster Hautschädigungen von der Krankheit niemals betroffen werden, wird das Keloid in das Gebiet der Konstitutionsanomalien verwiesen. — Bezüglich der Therapie ist zu sagen, dass die häufige Recidivierbarkeit der Keloide die grössten Schwierigkeiten der Therapie entgegensetzt. Es wird im allgemeinen sowohl Röntgen- und Radiumtherapie als auch medikamentöse Therapie verschiedenster Art empfohlen.

Gyd. E. Šafas,
D. K. su Tbc. Romainių Sanatorijos ordinatorius.

Tuberkuliozinių kavernų ir jų gydymo klausimu*)

Tuberkuliozė yra viena iš labiausiai išplitusių socialinių ligų. Ji kasmet pareikalauja iš kiekvienos tautos tūkstančius žmonių aukų visų gražiausiame gyvenimo amžiuje. Pasak Gotstein'o, 80% iš visų atvira plaučių tuberkuliozės forma sergančiųjų išmiršta per palyginti trumpą laiką, maždaug po 8—10 metų. Todėl suprantama, del ko tuose kraštuose, kur socialiniai reikalai geriau tvarkomi, dedama tiek daug pastangų ir nesigailima lėšų prieštuberkuliozinei kovai organizuoti.

Nors negalime pasigirti, esą susilyginę šitoje srityje su daugeliu kitų kraštų, kuriuose jau dešimtimis metų organizuotai dirbama šitos ligos plitimui sustabdyti, tačiau vis tik ir pas mus daugiausia pačios visuomenės pastangomis, yra šis tas tuo reikalu padaryta. 1924 m. iniciatyva keleto žmonių, kuriems savo krašto ir visų žmonių reikalai niekuomet nebuvo svetimi, įsteigta Kovai su Tuberkulioze Draugija, kuri ėmėsi organizuotai dirbti ir padėjo pačius pirmutinius pagrindus kovai su vis tebeplintančia džiovos liga.

Teigiamų rezultatų galima laukti tik rūpinantis profilaktika, teikiant susirgusiems gydymą ir gerinant blogas higienines bei socialines sąlygas. Tatai gerai supratusi, Draugija steigia dispanserius, sanatorijas ir kiek pajėgdama teikia nemokamą gydymą neturtingiems. Taip pat palaiko santykius su kitų kraštų tokį pat tikslą turinčiomis organizacijomis. Norint geriau pažinti, kas tuo reikalu yra daroma kitose valstybėse, kasmet siunčiama po vieną iš Draugijoje tarnaujančių gydytojų į užsienius.

Tuo tikslu man, kaip Draugijoje tarnaujančiam, teko ilgesnį laiką pabūti Italijoje, kur kova su tuberkulioze yra gerai sutvarkyta.

Šita proga man malonu tarti padėkos žodžius K. T. D-jos Centro ir Kauno skyriaus Valdyboms ir atskiriems asmenims, parodžiusiems daug rūpestingumo, išgaunant man Forlanini Instituto stipendiją ir ten besimokant. Ypač karštą padėką reiškiu draugijos pirmininkui d-rui K. Griniui ir d-rui A. Garmui.

* *
*

Tuberkuliozinės kavernos baugina ne tik pačius ligonius, bet sudaro nemaža rūpesčių ir jas gydantiems gydytojams.

---

*) Pranešimas, skaitytas Kauno Medicinos Draugijos posėdyje. Antroji pranešimo dalis apie įvairias gydymo metodes bus įdėta atskirai.

Tuberkuliozinė kaverna yra ne kas kita, kaip atskiras ligos simptomas susirgusiame žmoguje. Ne be reikalo G r a e f f, U l r i c i ir kiti kavernas vadina antra ligos priežastimi tuberkulioziniame susirgime. Tat gerai suprantama kiekvienam gydytojui, nes kavernų pavojus ir jų žala organizmui gerai pažįstami. Svarbiausius jų trumpai čia suminėsiu:

1. Plaučių kvėpuojamojo paviršiaus sumažėjimas.

2. Kaverna, kaip atviras tuštymas bronchinėje sistemoje, gausus patologiškomis masėmis ir tuberkulioziniais bacilais, sudaro aspiracijos pavojų plaučiuose.

3. Perforacijos.

4. Kraujavimai ir visi kiti jų padariniai.

5. Padidėjęs nuolatinis infekcijos pavojus ir ligos plitimo šaltinis.

Patologai anatomai kavernas skirsto į visą eilę atskirų formų; pvz., S c h m i n c k e, skiria *a, b* ir *c* pirmines kavernas, *a* ir *b* antrines ir tretines.

O klinikininkai tokį smulkų suskirstymą laiko netinkamu kliniškiems reikalams ir kaip perdaug komplikuotą praktiškai neįmanomu. Dauguma klinikininkų pasitenkina, paprastai kavernas suskirstydami į šviežias elastingąsias ir tretines su ar be sienelių induracijos. Šitos dvi pagrindinės grupės skiriasi ne tik savo patogeneze, bet taip pat statiškomis savybėmis ir savo sienelių histologine struktūra. Toks suskirstymas yra praktiškai svarbus, nes pirmosios skiriasi nuo antrųjų tiek gijimo eiga, tiek ir prognoze.

Ankstyvosios elastingosios kavernos, kilusios iš ankstyvo infiltrato, dažniausiai turi apvalią formą ir del to vadinamos dar apvaliomis. Jos lengvai keičia savo dydį kvėpavimo metu, keičiantis oro kiekiui plaučiuose, nes turi plonas elastingas sieneles, o, be to, dažniausiai būna beveik sveikame ar mažai pakitėjusiame plaučių audinyje. Pasirėmęs tokiomis jų savybėmis, A l e x a n d e r jas pavadino elastingosiomis, priešpastatydamas jų pagrindines savybes tretinėms rigidiškoms kavernoms. Del tokių savo savybių elastingosios kavernos žymiai geriau gyja ir lengviau pasiduoda gydomos kolapsine terapija. Šitos kavernos priklauso prie tų, kurias M o n a l d i vadina retrakciškomis, norėdamas pabrėžti jų nuosavų aktyvių retrakciškų savybių svarbą ir didelį palinkimą mažėti.

Kitaip yra su tretinėmis rigidiškomis kavernomis. Šitos per ilgesnį laiką išsivysto iš pirmųjų plintant ciroziniams procesams sienelėse, arba atsiranda chroniškose tuberkuliozės formose, vykstant kolikvacinei nekrozei atskiruose kazeoziniuose židiniuose ligos apimtoje plaučių dalyje. Sąsyjyje su kaverniniu procesu pasireiškia atelektazinė induracija perifokaliniame plaučių audinyje. Tuo būdu atitinkama plaučių dalis

virsta rigidiška audinio mase. Atskiros, ligos apimtos, plaučių vietos būna nevienodai patologiškai pakitusios ir rodo įvairų atsparumą. Pareinamai nuo to kavernos gauna atitinkamą netaisyklingą formą, kuri dažniausiai jau kavernos formavimosi pradžioje yra ryški, o didėdamos plinta į periferiją, arba susiliejant atskiriems židiniams, dar labiau pasidaro netaisyklingos. Tokių kavernų sienelės esti nelygios ir dažniausiai susidariusios iš trijų histologinių sluoksnių: membrana pyogenea interna (Verkäsungsschicht), stratum angiomatosum (tuberkulöses Granulationsgewebe) ir capsula fibrosa (Narbenschicht).

Induracijos procesai naikina kavernų elastingumą ir kliudo pasireikšti jų retrakcingumui.

Rigidiškas kavernas Omodei Zorini vadina dar statiškomis, nes jos gali išbūti ilgą laiką visai nesikeisdamos, kol pagaliau įvyksta vienokios ar kitokios komplikacijos. Jos nerodo savo aktyvaus retrakcingumo ir palinkimo gyti. Tat rodo praktikos patyrimai taikant kolapsinę terapiją.

Neretai pasitaiko, kad po 2—3 metų gydymo pneumatoraksu standartinės rentgenogramos ir kliniški duomenys ilgesnį laiką kavernų neparodo, o nutraukus pneumatoroksą jos vėl atsidaro. Tokie pavyzdžiai rodo, kad didesnės rigidiškos tretinės kavernos, turinčios tvirtas jungiamojo audinio sieneles ir surandėjusį perikaverninį audinį, taikant laikiną kolapso terapiją, pneumatoroksą, nepagydomos. Todėl suprantamas, 1933 m. Eizenache Kremer'io pareikštas reikalavimas, kad tretinės rigidiškos kavernos, kurių didumas viršija vidutinio obuolio dydį, būtų gydomos vien chirurginėmis demolityvinėmis metodėmis, kuriomis sudaromas pastovus ir nuolatinis kolapsas. Už tai pasisakė ir Schmidt, rašydamas 1938 m. apie pneumatorakso indikacijas. Jo nuomone, pastarųjų kavernų atvejais reikėtų atsisakyti nuo pneumatorakso, nepaisant laisvo pleuros tuštymo, ir pritaikyti torakoplastika, jei nėra kurių nors kitų sąlygų, del kurių pirmenybė tektų atiduoti pneumatoroksui (labilus mediastinum'as). Jis pabrėžė, kad pneumatorakso gydymas kaverninių procesų atvejais taikytinas ne tuomet, kai pneumatoraksas techniškai yra galimas, o tik tuomet, kai galima laukti galutinio teigiamo gydymo rezultato, t. y. visiško kavernos išnykimo jai surandėjant arba bent kliniško pasveikimo. Bet negalima pamiršti ir to fakto, kad ir po chirurgiškų intervencijų, kaip antai, po torakoplastikos ir kitų, kartais kavernos lieka nepakitėjusios tūrio atžvilgiu, o pasikeičia tik jų topografinė padėtis, t. y. kaverna pasilieka vienoje ar kitoje kryptyje. Tokie faktai žinomi ne tik iš ankstyvesniųjų laikų, kai chirurgiškas kavernų gydymas buvo dar tik vystymosi stadijoje, bet

taip pat neišvengiamai kartojasi ir šiandien, nepaisant geros chirurginės technikos ir daugybės vartojamų atskirų chirurginių metodžių.

Tikslus vienos ar kitos metodės parinkimas neabejotinai sumažina nepasisekimų skaičių, tačiau niekuomet nėra tikros garantijos, kad, pritaikius tą ar kitą iš žinomų kolapsinės terapijos metodžių, kaip antai, parcialinę ar totalinę torakoplastiką, ekstrapleurinį pneumatoraksą ar pagaliau ekstrafascijinę torakoplastiką pagal Semb'ą, pavyks rigidiška kaverna suspausti ir gauti jos pagijimas.

Paskutiniu laiku po torakoplastikų nepagijusias kavernas Sauerbruch, Nissen, Lienthal ir kiti pradėjo punktuoti ir gydyti kaip atviras žaizdas.

Atskiri mėginimai gydyti kavernas jas atidarant buvo daromi jau pabaigoje XVII ir XVIII šimtmečių, bet nebuvo gauta aiškių rezultatų. Vėliau 1891 metais Sonnenburg yra aprašęs keletą pasisekimų, tačiau kiti teigiamų rezultatų nėra gavę. Dabar kavernų atidarymui, kaip pagalbinei operacijai po torakoplastikų, priskiriama atitinkama rekšmė. Be to, atidžiau patyrinėjus kavernas, paaiškėjo, kad jų gijimas pareina ne tik nuo patogenezės ir organizmo imunobiologinių savybių, bet taip pat nemaža reikšmės turi ir kiti veiksniai, kurių tarpe gan svarbią vietą užima mechaniniai. Ypač daug reikšmės priskiriama perikaverninei atelektazei ir kavernas drenuojamų bronchų stenozėms. Stenozei pasiekus atitinkamą laipsnį, drenuojamas bronchas gali veikti kaip ventilis, o ventilio veikimas ir jo padariniai mums gerai pažįstami spontaniškuose pneumotoraksuose. Smulkiau apie stenozuotų bronchų mechaniško veikimo reikšmę kavernų sienelėms bei perikaverniniam audiniui ir, apskritai, mechaniško veikimo svarbą ligotam plaučių audiniui esu palietęs „Medicinos" 1939 m. 5 nr., todėl čia nekartosiu. Tačiau negaliu praeiti nepaminėjęs kai kurių Amerikos gydytojų atliktų kavernų tyrinėjimo srityje darbų, kurie atkreipė daugelio tyrinėtojų dėmesį ir sudarė pagrindą tolimesniems kavernų tyrinėjimams.

Amerikiečiai vieni iš pirmųjų atkreipė dėmesį į stenozes bronchuose, į mechanišką stenozuotų bronchų veikimą inspiracijos ir ekspiracijos metu ir aprašė kavernas, turinčias teigiamą spaudimą. (Molten, C. Jackson ir kiti).

Coryllos, punktuodamas kavernas manometru, matavo kavernos tuštyme esamą spaudimą ir rado tam tikrą kavernų procentą, turinčių teigiamą spaudimą. Teigiamas spaudimas buvęs kaip tik ten, kur bronchoskopiniai duomenys buvo parodę stenozuotus bronchus. Be to, keliais stebėtais atsitikimais kavernos išnykusios spontaniškai. Jis priėjo išvadą, kad visiškai užsidarius drenuojamiems bronchams, kavernos

viduje esąs oras rezorbuojąsis ir, atsiradus neigiamam spaudimui, kaverna verčiama mažėti iki visiškai jai išnykstant. Šitą savo tvirtinimą norėdamas pagrįsti konkrečiais pavyzdžiais, Coryllos mėgino sukelti dirbtinę bronchų obliteraciją įvairiomis deginamosiomis medžiagomis(arg. nitricum ir kt.). Bet vietoj obliteruotis, stenozuotas bronchas po tokios kauterizacijos dažnai tik daugiau atsidarydavo. Negavęs dirbtinės obliteracijos, vėliau jis mėgino bronchoskopuodamas praplėsti stenozuotus bronchus, kad panaikintų teigiamą spaudimą kavernos viduje ir padarytų ją laisvai prieinamą orui. (Jis buvo net sukonstruavęs kavernoskopą). Apie šituos savo tyrinėjimus jis 1936 m. padarė trumpą pranešimą; po jo mirties, 1938 m. pabaigoje, jie buvo smulkiau aprašyti jo asistento (Ornstein'o).

1937 m. Eloesser pasisakė prieš Coryllos'ą ir, aprašydamas savo eksperimentus, cituoja keletą autorių, nesutinkančių, kad, užsidarius drenuojamiems bronchams, turinti išnykti ir kaverna. Jis pats punktavo eilę kavernų, matavo spaudimą jų viduje ir kiekvienu atsitikimu tyrė, kaip plačiai atdari bronchai, norėdamas išsiaiškinti stenozuotų bronchų reikšmę kavernų patogenezei. Leidžiant lipiodolį ir methylenblau dažus, jam pavykę uždaryti drenuojamasis bronchas, nes, pasiekus atitinkamo teigiamo spaudimo, lipiodolis neišėjęs į bronchą, o methylenblau nepasirodęs skrepliuose. Be to, jis 9 ligoniams buvo įstatęs dreną ir laikas nuo laiko ištraukdavęs kavernos turinį, bet kavernos pagijimo nė vienu atsitikimu nesulaukęs. Suminėdamas po torakoplastikų pasilikusias kavernas, Eloesser pareiškė nuomonę, kad torakoplastikos neduodančios rezultatų kaip tik tais atvejais, kai kavernos turi stenozuotus ventilinius bronchus. Galutinėse savo išvadose jis pripažįsta bronchų stenozėms, ypač ventilinėms, ypatingos svarbos kavernai plisti. Tokių kavernų terapijos atžvilgiu pasisako, kad jo mėginimai drenuoti gerų rezultatų nedavę. Torakoplastikos tokiais atvejais teduodančios tik labai menkus abejotinos vertės rezultatus, o torakoplastikos su apikolize taip pat nerekomenduoja, bet pataria mėginti kavernų rezekciją arba lobektomiją.

Vėlesni kitų tyrinėtojų darbai Coryllos'o nuomonę patvirtino (Nissen, Alexander, Wurm ir kiti). Taip, pvz., francūzai Pox ir Vincent pripažįsta kavernos sienelių susiglaudimą bronchui užsidarius kaip anatominę realybę.

Jei Coryllos, norėdamas gauti neigiamą spaudimą kavernos tuštyme, stengėsi uždaryti drenuojamąjį bronchą, kas jam nepavyko ir techniškai iš viso sunkiai įmanoma, tai italas Monaldi, siekdamas tą patį tikslą, priėjo kitokių išvadų. Pasak jo, nesą reikalo pirma uždaryti bronchas neigiamam

spaudimui kavernos viduje gauti, nes tai visuomet galima atsiekti mechaniškomis priemonėmis; o susiglaudus ir sugijus sienelėms, užsidarysiąs ir bronchas. Tuo tikslu jis pasiūlė įstatyti į kavernos vidų dreną ir pritaikyti permanentinį kavernos turinio siurbimą. Šitą būdą jis naudojęs praktiškai terapijos tikslams ir pavadino endokavitarine aspiracija. Juomi palaikomas ne tik pastoviai neigiamas spaudimas kavernoje, bet taip pat pašalinamos patologiškos destrukcinės masės, kas ypač svarbu kavernos sienelėms sulipti ir visiškai audiniams sugyti. Patyrimai su endokavitarine aspiracija parodė, kad apsivaliusios nuo patologiškų masių švarios kavernų sienelės turi palinkimą greičiau sugyti. Pasirėmęs gautaisiais gydymo duomenimis, Monaldi daro atitinkamas išvadas apie rigidiškąsias kavernas. Jis neginčija, kad esą kavernų visiškai ir galutinai rigidiškų, bet laiko jas ypatingai retomis ir neturinčiomis didesnės praktiškos reikšmės taikant endokavitarinę aspiraciją gydymui ir mano, kad kavernų rigidiškumas pareinąs ne tiek nuo jų amžiaus, kiek nuo atskirų biologinių ir mechaninių sąlygų, galinčių susidaryti del įvairių priežasčių (cirrhosis, pachypleuritis, fibrothorax su kaverna, kavernos kazeozinėse pneumonijose ir masinėse eksudacijose). Tokias kavernas jis vadina nekintamomis (indeformabile). Visas gi kitas neelastingas kavernas vadina inertiškomis (caverne a cercine inerte), pripažindamas joms iš dalies didesnio ar mažesnio retrakcingumo, ir nepasireiškiančiomis tik del susidariusių patologinių sąlygų. Iš tokių sąlygų svarbiausios reikšmės turįs tvirtas jungiamojo audinio sluoksnis, kuris, kai kurių autorių nuomone, skiriąs senesnes kavernas nuo aplinkinio plaučių audinio ir sunaikinąs jų elastingus elementus. Tačiau, pasak Monaldi, kavernų elastingumą ir kartu retrakcingumą galėtų visiškai sunaikinti tik homogeniškas sklerozinis jungiamojo audinio sluoksnis, bet tokio sluoksnio apie kavernas paprastai nesą, nes jam susidaryti kliudančios biologinės ir mechaninės priežastys. Dažniausiai ir apie senas kavernas tarp granuliacinio audinio esą taip pat pasilikusio plaučių audinio, kuris, veikiamas atitinkamų jėgų, vėl galįs išsiplėsti. Retrakcingumui pasireikšti nemažiau kliudo ir eksudatyvinės kazeozinės masės, sutinkamos kavernų sienelėse, o joms pašalinus, sienelės atgaunančios didelę dalį savo retrakciškų savybių. Tokį teigimą patvirtinąs faktas, kad endokavitarine aspiracija pavyksta pagydyti nemažas procentas tokių kavernų, kurios po torakoplastikų pasilieka atviromis ir per ilgesnį laiką nerodo jokio palinkimo mažėti.

Tobulėjant medicinos mokslui, pamažu ryškėja ir tuberkuliozinių kavernų problema; tačiau dar negalima pasakyti, kad jau visi neaiškumai būtų išsklaidyti. Pavarčius medici-

nišką literatūrą, galima sutikti nemaža nesutarimų ir net prieštaraujančių nurodymų. Ypač skirtingas nuomones reiškia tuberkuliozinių kavernų gijimo klausimu patologai anatomai iš vienos pusės ir klinikininkai iš antros. Kavernų pagijimą iki visiško surandėjimo patologai anatomai laiko labai retu atsitikimu (Graeff). Nors Huebschmann pripažįsta, kad kavernos iki valakiško riešuto didumo gali pagyti, bet visiškas pagijimas, jo nuomone, galįs įvykti tik išimtiniais atvejais. O klinikininkai, pasirėmę rentgenologiniais ir klinikiniais duomenimis, paskutiniu laiku vis dažniau aprašo gana didelių kavernų išnykimą.

Skirtingi patologų anatomų ir klinikininkų duomenys be abejojimo iš dalies pareina nuo skirtingų darbo sąlygų ir nuo nevienodų darbo metodžių. Klinikininkai sprendžia apie kavernos didumą gyvame organizme, kai plaučiai kaip organas dar atlieka didesnę ar mažesnę dalį jiems skirtų fiziologinių funkcijų; patologiški anatomiški tyrinėjimai atliekami tik praslinkus tam tikram laikui po mirties, kai organas neatitinka anksčiau buvusio stovio. Šitos aplinkybės svarbą ypač pabrėžia francūzas Policard.

Antra vertus, sprendžiant kavernų didumą normaliose rentgenogramose, kaip dažniausiai kad daro klinikininkai, nevisuomet galima tiksliai nustatyti, kaip didelis yra audinio defektas. Bronkhorst, Reinders ir daugelis kitų autorių nurodo, kad kavernos dažnai esančios didesnės už tikrąjį audinio defektą. Tat atsitinką todėl, kad kavernos elastingos sienelės, tempiamos iš visų pusių plaučių audinio, pasiduodančios ir išplečiančios kavernos tuštymą, o taip pat galįs prisidėti ir oro spaudimas iš vidaus, kuris, kaip aukščiau esame minėję, galįs būti ypač reikšmingas ventilinių bronchų atvejais.

Be to, prisiminus, kad rentgenogramos duoda objektų projekciją tik vienoje plokštumoje, bus suprantama, kad standartinės rentgenogramos neparodys nei formos nei tikro kavernos didumo; pvz., kad ir tos kavernos, kurios turi kiaušinio formą ir kurių didysis diametras eina dorsoventraline kryptimi. Tos kavernos, kurių didysis diametras eina įstrižai arba tiesiai iš užpakalio į priekį, atrodo visuomet mažesnės. Tad apie kavernos gilumą arba jos dorso-anteriorinį diametrą iš nuotraukos nieko tikro negalima pasakyti. Tik pavykus sukonstruoti tomografą, kurio pagalba daromos sluoksninės nuotraukos, galima visai tiksliai nustatyti kavernų lokalizacija ir tikras jų dydis. Gali pasitaikyti, kad frontalinėje plokštumoje matoma gana didelė kaverna, o jos priekinė ir užpakalinė sienelės guli visai arti viena kitos, ir, pasikeitus sąlygoms, jos labai greitai viena su antra gali sulipti. Taip

pat ištemptos kavernos gali greitai ir žymiai sumažėti, išnykus del kurių nors priežasčių jų tempiamosioms jėgoms.

Augant kliniškam patyrimui ir tobulėjant tiek diagnostinėms, tiek terapijos priemonėms, tuberkuliozinės kavernos darosi vis labiau nugalimos. Be to, galima tikėtis, kad tampresnis klinikininkų su patologais anatomais bendradarbiavimas ne tik išsklaidys kai kuriuos nesutarimus, bet taip pat išaiškins ir esamus neaiškumus tuberkuliozinių kavernų klausimu.

* *
*

Kalbant apie kavernų pagijimą, paprastai turima galvoje jų tuštymo išnykimas iki visiško surandėjimo, nes apie restitutio ad integrum čia galvoti netenka. Nors žinomi ir kitokie pagijimo būdai, tačiau jie, kaip retai pasitaiką, neturi didesnės praktiškos vertės. Bet vis delto, taikant kolapsinę terapiją, negalima pamiršti ir atviro kavernų pagijimo, arba, teisingiau, kavernos sienelių pagijimo. Apsivalius sienelėms nuo vidinių nekrozinių masių, iš bronchų pereina epitelis ir iškloja sienelę iš vidaus. Specifinis granuliacinis audinys pasikeičia nespecifiniu. Sienelės gali fibroziškai pakitėti, sutvirtėti ir skirti gana didelį tuštymą nuo aplinkinio plaučių audinio. Bet pats audinio defektas tokiais atvejais lieka neužpildytas.

Alexander aprašo atsitikimą, kur didelė kaverna išbuvo 17 metų, neduodama jokių simptomų.

Huebschmann sako: „Kadangi tokiose kavernose tuberkuliozinėse bacilai nevisuomet randami, tad galima drąsiai prileisti ne tik vietinis pagijimas, suprantama, su defektu, bet taip pat, kad iš jų negresia didesnis pavojus aplinkiniam plaučių audiniui ir visam organizmui, kaip ir iš kitų pagijusių tuberkuliozinių židinių“.

Nors visiška sienelių epitelizacija Huebschmann'o, Hasemann'o, Wurm'o yra įrodyta, tačiau tat įvyksta tik labai retai, ypač chroniškų kavernų atveju, nes dauguma tyrinėtojų (Orth, Giegler, Schürmann, Pagel ir kt.) epitelyje radę atskirus specifiškai pakitusius laukelius ir pačioje fibrozinėje sienelėje kazeozinius židinius, linkusius prasiveržti į kavernos vidų.

Praktiškai svarbus yra spontaniško kavernų pagijimo klausimas. Į šitą klausimą šiandien galima žiūrėti optimistiškiau negu tais laikais, kai apie kavernų pagijimą buvo sprendžiama vien iš patologinių-anatominių duomenų, nes spontaniškas jų pagijimas buvo laikomas beveik neįmanomu dalyku.

Nors jau Laennec yra aprašęs kavernų pagijimą, bet iki 1925 metų literatūroje spontaniškai pagijusios kavernos minimos tik pavienės. Dabar rentgenogramų serijos neretai parodo, kad po paprasto sanatorinio, higieniškai dietinio ir medi-

kamentinio gydymo kavernos išnyksta. Kaip dažnai tat atsitinka, sunku tiksliai pasakyti, nes atskiri nurodyti skaičiai svyruoja labai dideliais tarpais. Pasak Bachmeister'io, maždaug vyšnios didumo kavernų, negydomų chirurgiškai, pagyją apie 10—15%, o pasak May'aus, — 5—9%. Mahon ir Keper gavę 22% pagijimų, o absoliutinėje ramybėje iki 1 metų Fales'o ir Beaudet'o duomenimis pagiję net 46,6% iš stebėtų 90 ligonių. Alexander iš 367 kaverninių susirgimų gavęs 5,7% spontaniškų pagijimų, iš jų 4,6% ankstyvais susirgimais ir 1% chroniškomis formomis. Pažvelgus į suminėtus skaičius, krinta į akis nepaprastai didelis skirtumas tarp atskirų autorių pateiktų duomenų. Del ko taip yra, sunku atsakyti, bet gal viena iš svarbiausių priežasčių bus ta, kad savaimingas kavernų pagijimas stebimas dažniausiai atsitiktinai, kai kolapsinė terapija del kurių nors priežasčių nepritaikoma.

Sistemingai stebėjo spontanišką kavernų gijimą Frischbier ir Kremer, laikydami ligonius absoliutinėje ramybėje iki ½ metų. Iš ankstyvai izoliuotų kavernų 11 pagijusios ir 6 nepagijusios, o produktyviniais ciroziniai procesais pagijusios tik 2 ir nepakitėjusių likę 11.

Kad tuberkuliozinės kavernos gali savaime išnykti, nėra jokių abejojimų, tačiau daug ginčų sukelia klausimas, kokio didumo kavernos spontaniškai pagyja. Omodei Zorini aprašo keletą atsitikimų, kur po kelių mėnesių sanatorinio gydymo vyšnios didumo kavernos visiškai pagijusios... Vėliau, paūmėjus procesui ir ligoniams mirus, tyrinėdamas patologiškai jų plaučius, anksčiau buvusių kavernų vietose radęs tvirtą randą. Frischbier ir Kremer rentgenogramomis ir klinikos duomenimis konstatavę spontanišką pagijimą kavernų 3—4 cm diametro. Alexander mano, kad savaime galinčios pagyti kavernos iki vidutinio obuolio didumo. Nors panašiai mini ir kiti autoriai, bet vis delto spontaniškas didesnių kavernų pagijimas reikia laikyti retu atsitikimu. Tačiau suminėtieji faktai sako, kad chirurgiškas gydymas turi būti taikomas tada, kai nuo sanatorinio ir medikamentinio gydymo per atitinkamą laiką nebūna greito gerėjimo.

* *
*

Chirurgiškas tuberkuliozinių kavernų gydymas pastaraisiais metais žymiai patobulėjo ir pagausėjo atskiromis metodėmis, kurias tinkamai ir laiku pritaikius pasiseka panaikinti kavernos. Galima sakyti, kad šiais laikais tuberkuliozinės kavernos yra pagydomos, jei tik organizmas yra pakankamai atsparus ir nėra nustojęs fiziologinių gijimo jėgų. Chirurginėmis priemonėmis, kurių teigiamas veikimas daugiausia galima aiškinti susidariusiomis pakitėjusiomis mechaninė-

mis sąlygomis, suteikiami kavernos sienelėms galimumai suartėti vykstant gijimo procesui; bet nepaveikiama tiesiogiai pati ligos priežastis. Lemiamos reikšmės kovoje su tuberkuliozine infekcija turi paties organizmo biologinės savybės. Kai pastarosios pradeda laimėti, kartu kinta ir specifinė audinių reakcija ir prasideda gijimo procesas. Tačiau iki šiolei dar neturime pekankamai priemonių, kuriomis galėtume teigiamai paveikti organizmo imunobiologines savybes, kad pavyktų sulaikyti eksudatyvinis procesas. Tik išmokę sustabdyti eksudatyvinius procesus, galėsime pasakyti, kad tuberkuliozė yra visiškai pagydoma.

Zusammenfassung.

Die Kaverne ist eine ernste Komplikation eines tuberkuloesen Prozesses. Ihre Ausbreitung oder wenigstens ihre Erhaltung wird ausser biologischen noch durch mechanische Faktoren begünstigt. Von den letzteren sind insbesondere wichtig der Drainagebronchus und die mechanische Einwirkung der im Inneren der Kaverne sich befindenden Luft. Durch Schwinden oder durch irgend eine Ausschaltung der mechanischen Einwirkung, kann ein gewisser Prozentsatz der Kavernen sogar spontan zuheilen. Die Saugdrainage von Monaldi hat nicht nur gezeigt, dass man auf diese Weise Kavernen heilen kann, sondern sie zwang auch zu einer Aenderung der früheren Auffassung über die starren Kavernen, deren Prozentsatz verhaeltnismaessig kleiner ist, als man früher angenommen hatte.

Obgleich der chirurgische Eingriff grosse Fortschritte gemacht hat und die tuberkuloese Kaverne bezwingt, so soll man seine Bedeutung doch nicht ueberschaetzen. Man soll nicht vergessen, dass die Heilung eines tuberkuloesen Prozesses ausnahmelos durch spezifische immunbiologische Eigenschaften des Organismus bedingt ist. Somit ist in der Heilung der Tuberkulose die Frage, wie man die Reaktionen der biologischen Heilung im Organismus beeinflussen soll, das wichtigste Problem.

Literatūra.

1. Alexander H.: „Beitr. z. Klinik. der Tbk". 1935. — 2. Ameuille, Delhomme et Raust: „Ann. Anat. path." 13, 1936. — 3. Argemi — Lloveras J. u. Müller R.: „Beitr. z. Klinik der Tbk." H. 6, 1939. — 4. Arnold Ed.: „Journ. Med. De Leysen" Nr. 5, 1939. — 5. Bachmeister A.: „Beitr. z. Klinik. der Tbk." 67, 1927. — 6. Borgans H.: „Ztsch. für Tbk." 75, 1936. — 7. Bottari e Babolini: „Ann. Instit. Forlan." Nr. 3, 1939. — 8. Coryllos et Ornstein: „Journ. thor. Surg." Vol. 8, 1938. — 9. Fales L. et A. Beaudet: Amer. Rev. Tbc." 23, 1931. — 10. Graeff S.: „Erg. Tbk. forschung" 7, 1935. — 11. Giegler G.: „Beitr. z. Klin. der Tbk." 60, 1924. — 12. Gilbert M.: „Revue de la Tbc." 3. 1931. — 13. Huebschmann P.: „Path. Anat. d. Tbk." 1928. — Kremer W. u. G. Frischbier: „Muench. med. Wochenschrift" Nr. 37, 1933. — 15. Heine, Kremer u. Schmidt: „Kollapstherapie der Lungentuberkulose 1938. — 16. Monaldi V.: „Lotta contro la Tubercolosi" IX, Nr. 9, 1939. — 17. Monaldi V.: „Atti Conv. Lombardo F. I. N. F. perla lota contro la Tbc." 1938. —18. Monaldi V.: „Ann. Instit. Forlan." Nr. 3, 1939. — 19. Omodei — Zorini: „Riv. pat. e. clin. Tbc." 10, 1936 — 20. Poix et Vincent: „Rev. Tbc." Nr. 10, 1938. — 21. Policard A.: Le poumon, 1938. — 22. Šafas Ed.: „Medicina" Nr. 5, 1939. — 23. Schmincke A.: „Beitr. z. Klinik. der Tbk." 67, 1927. — 24. Schuerman P.: „Schweiz. med. Wochenschr.", 1933. — 25. Wurm H.: „Tbk. bibl. Nr. 57, 1935.

Gyd. R. Brombergas
(Šiauliai)

Eritrocitų nusėdimo reakcija praktikoje*).

Šito mano pranešimo tikslas yra įdiegti plačiosioms gydytojų masėms, kad būtų daroma kraujo eritrocitų nusėdimo reakcija.

Kiek man teko sužinoti pasikalbėjus su gerb. kolegomis, šita reakcija praktikoje daroma gana retai. Lietuvos mediciniškoje literatūroje šitas klausimas yra apšviestas taip pat labai menkai. Bent, peržiūrėjęs paskutinių septynerių metų „Mediciną", aš užtikau joje iš viso vieną straipsnį, išėjusį iš prof. Tumėnienės vadovaujamos Vaikų klinikos. Šitas, pasirodęs „Medicinos" 1937 mt. 9 ir 10 numeriuose, d-ro J. Mockevičiaus straipsnis „Eritrocitų nusėdimo reakcija, kaip diagnostinė priemonė ir nusėdimo greitumo tyrimas pagal Kanitz'ą" gana išsamiai nušviečia daugelio autorių nuomones apie nusėdimo reakcijos teoriją, įvairias modifikacijas, apie įvairius ginčijamus klausimus, bet praktikui gydytojui šitas straipsnis perdaug griozdiškas. Mano gi pranešimas yra praktiko gydytojo stebėjimų vaisius ir skiriamas kaip tik praktikams gydytojams.

Kuri gi šitos reakcijos esmė?

Kadangi mano pranešimas skiriamas praktikams gydytojams, tai aš tik bendrais bruožais sustosiu ties nusėdimo reakcijos istorija ir teorija. Besidomintiems smulkiau šituo klausimu aš patariu perskaityti d-ro J. Mockevičiaus straipsnį, kur viskas iš pagrindų išnagrinėta.

Jau senovės graikams krisdavo į akis, kad ant ligonių ir nėščiųjų kraujo krešulio paviršiaus greičiau susidarąs geltonas sluoksnis — crusta phlogistica. Šitas reiškinys kreipdavo į save ir vėlesnių mokslininkų dėmesį, tačiau šita reakcija įvesta į kliniką ir sutiko visuotinį pritarimą visai neseniai — 1917 metais Stokholme Fahraeus'o. Nuo šito laiko, Linzenmeyer'io, Westergreen'o ir daugelio kitų autorių dėka, šita reakcija taip tvirtai įsivyravo klinikų gyvenime, jog sunku įsivaizduoti bet kuris kliniškas tyrimas, nepanaudojus šitos reakcijos. Deja, tiktai klinikoje, bet ne gydytojų privačioje praktikoje. Šitokis nusėdimo reakcijos niekinimas stebimas ne tiktai pas mus. Beveik kiekviename užsienių laikraščių straipsnyje šituo klausimu randama nurodymų, kad ir tenai šita reakcija nepakankamai dažnai daroma.

---

*) Pranešimas, skaitytas Šiaulių m. ir apskr. gydytojų draugijos 1939. X. 10 d. posėdyje.

Apie šitos reakcijos teorinę dalį yra parašyta labai daug. Pakanka nurodyti, kad visais klausimais, susijusiais su šita reakcija, paskelbta daugiau kaip du tūkstančiai darbų, ir šitas skaičius nuolatos didėja. Ir vis delto šitos reakcijos pagrindas dar galutinai neišaiškintas.

Kai organizme vyksta uždegiminiai ar nekroziniai procesai ir baltymų griuvimo produktai patenka į kraujo srovę, tai eritrocitų nusėdimas pagreitėja. Šita taisyklė turėtina galvoje, kad iš anksto žinotume, kuriose ligose ieškotinas eritrocitų nusėdimo pagreitėjimas. Antra, kas įsidėmėtina, norint suprasti, kas toliau seks, tai ta aplinkybė, kad nusėdimo reakcija pasidaro teigiama antrą—trečią ligos dieną. Iš čia lengva suprasti, kad šitoji reakcija nėra specifiška ir gali atsitikti daugelyje ligų ir kad, pasirėmus vien teigiama reakcija, dar negalima pasakyti, kad ligonis serga tam tikra liga. Tačiau nusėdimo reakcija nurodo, kad organizme vyksta rimti ligūsti pakitimai ir kad organizmas yra reikalingas skubotos pagalbos.

Del ko gi uždegiminių ar nekrozinių procesų atveju organizme pagreitėja eritrocitų nusėdimas? Tam suprasti mes turime kreiptis į patį kraują.

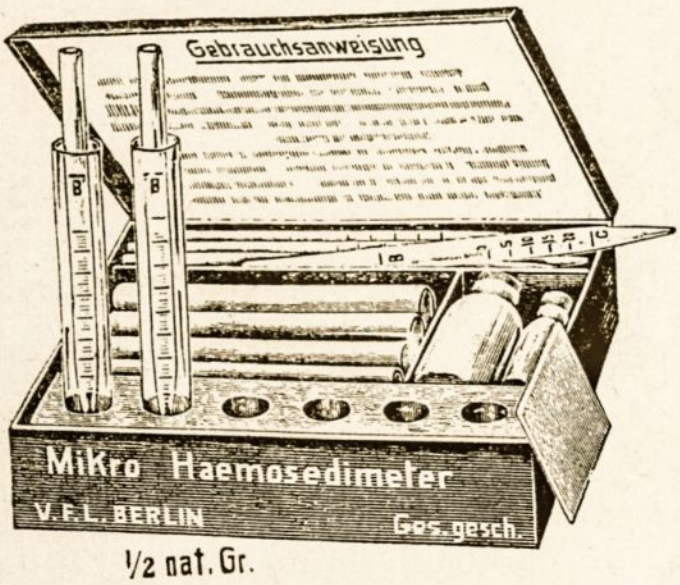
Kraujo plazmoje, kaip žinoma, esama eritrocitų, leukocitų ir Bizzozero plokštelių. Plazmoje taip pat yra ištirpusių baltyminių substancijų — fibrinogeno ir globulino. Nustatyta, kad eritrocitai yra įelektrinti neigiamąja elektra ir, vadinasi, turi vienas kitą atsistumti ir negali tarp savęs sulipti. Fibrinogenas ir globulinas, priešingai, yra įelektrinti teigiamai. Normaliai kraujo sudėčiai esant nusėdimas vyksta lėtai. Tačiau, kai tik kraujyje atsiranda didelis kiekis teigiamai įelektrintų griuvimo baltyminių substancijų, tai neigiamai įelektrinti eritrocitų įlydžiai būna suneutralinami; jie daugiau nebeatstumia vienas kito, sulimpa tarp savęs (agliutinuojasi) ir nusėda ant dugno. Manoma taip pat, kad ir kraujo cholesterinas taip pat vaidina tam tikrą vaidmenį, nusodindamas eritrocitus. Čia nurodomas pagreitėjęs eritrocitų nusėdimas antroje nėštumo pusėje, kada kiekis cholesterino kraujyje būna padidėjęs. Yra dar keletas nusėdimo teorijų, bet aš pasirinkau turinčią visų daugiausia šalininkų, ir kitų teorijų čia neminėsiu.

Dabar panagrinėsime aparatūrą, kuri yra pasiūlyta nusėdimo reakcijai daryti. Klinikose labiausiai yra paplitęs Westergreen'o aparatas. Jis susideda iš stiklinio vamzdžio 30 cm. ilgumo ir turi 200 padalinimų. Kraujas imamas iš venos, sumaišomas tam tikra proporcija su sol. natrii citrici 3,8%, įtraukiamas į vamzdį, kuris statomas į specialų pastolą ir, praėjus valandai ar kitam tam tikram laiko protarpiui, žiūrima, kiek padalinimų užima nusėdęs kraujas.

Kito — L i n z e m e y e r'io būdo — principas pagrįstas tuo, kad nežiūrima, kiek kraujo yra nusėdę per valandą, o per kurį laiką nusėdimas yra pasiekęs tam tikrą pažyminį, tam tikrą aukštumą. Nusėdimas pagal L i n z e m e y e r'į yra nepatogus delto, kad reikia sekti, kada nusėdimas bus pasiekęs tam tikrą pažyminį. Taip pat ir šitą būdą naudojant, kraujas imamas iš venos.

Yra Westergreen'o būdo modifikacija, kai kraujas imamas ne iš venos, bet iš piršto. Šita modifikacija — pagal L a n g e r - S c h m i d t'ą — aš naudojuosi ir čia dabar pasistengsiu aprašyti.

Pirmiausia panagrinėsime, ar šita nusėdimo reakcija turi pagrindą įsigyti pilietybės teises praktikų gydytojų tarpe ir taip pat išpopuliarėti, kaip ir kitos reakcijos, kurios dažnai gydytojų daromos. Mes turime išsiaiškinti, jog tam, kad kuri -nors reakcija pasidarytų išplitusi, ji turi patenkinti kai kurias sąlygas, būtent: 1) turi būti techniškai labai paprasta, 2) turi būti nereikalinga brangiai kaštuojančios aparatūros ir 3) turi būti nereikalinga brangiai kaštuojančių reaktyvų. Nusėdimo reakcija, daroma Langer'o-Schmidt'o mikrohemisedimetru, patenkina visas šitas sąlygas (žiūr. atvaizdą).



Langer-Schmidt'o mikrohemisedimetras.

Eritrocitų nusėdimo reakcija atliekama šitaip. Į stiklinį mėgintuvėlį įpila truputį gyvsidabrio ir pastato jį skirtoje aparatūros vietoje. Paskui ima stiklinį vamzdelį, su sutartiniais ženklais: *C* (citratas), *O*, *B* (Blut), — ir įtraukia 5% natrii citrici iki pirmojo *C*-brūkšnio. Po to Frank'o adatos pagalba praduria pirštą, pirmiau jį apšluostę eteriu, ir įtraukia kapiliariškai kraujo į vamzdelį iki *B*-brūkšnio. Paskui iš-

pila su natrium citricum susimaišiusį kraują ant daiktinio stiklo arba ant prie aparato pridėtos celuloidinės plokštelės, gerai sumaišo, įtraukia vėl kraujo iki *0*-brūkšnio. Viršutinį pipetės galą užspaudžia pirštu, įstato į mėgintuvėlį ir po valandos žiūri, iki kurio padalinimo įvyko nusėdimas.

Vamzdelyje yra 25 padalinimai. Eritrocitų nusėdimas per 1 valandą iki 12 brūkšnelio dar laikomas normaliu, nuo 12 ligi 15 brūkšnelio — vidutiniškai pagreitėjusiu, aukščiau 15 brūkšnelio — smarkiai pagreitėjusiu. Kartais atsitinka, kad jau per 15—20 minučių nusėdimas pasiekia maksimumą.

Svarbiausiu Langer-Schmidt'o metodės pranašumu prieš Westergreen'ą aš laikau tą aplinkybę, kad kraujas imamas ne iš venos, bet iš piršto, nes iš venos kraujo paėmimas žymiai sukomplikuoja reakciją. Reikia išvirinti švirkštas; vena turi būti pakankamai prieinama; ne visi gydytojai pakankamai moka venepunkcijos techniką; ne visi pacientai sutinka, kad jiems kraujas būtų imamas iš venos. Visa tatai dažnai atgraso gydytoją daryti nusėdimo reakciją.

Ar yra skirtumų skaičių duomenyse tarp reakcijos pagal Westergreen'ą ir reakcijos pagal Langer-Schmidt'ą? Kiek aš esu susipažinęs su man prieinama literatūra, tarp jų jokio esminio skirtumo nėra. Manau, kad eritrocitų nusėdimo reakcijos atlikimas pagal Westergreen'ą daugiau tinka klinikoms ir laboratorijoms, kur yra reikalingas didesnis tikslumas. Praktikui gydytojui orientuotis daugiau tinka reakcijos atlikimas pagal Langer-Schmidt'ą. Mano paties patyrimas rodo, kad skirtumo tarp skaičių nėra. Vienam mūsų kolegai padaręs yeritrocitų nusėdimo reakciją pagal Langer-Schmidt'ą, aš patariau dar patikrinti ją pagal Westergreen'ą. Ir abiem atsitikimais nusėdimo skaičiai gauti vienodi.

Langer-Schmidt'o aparatas nėra brangus — savo laiku jis kaštavo 30 lt. Reaktyvas (5% natrium citricum) be galo pigus.

Dabar pereisime prie grynai praktiškosios pranešimo dalies ir pažiūrėsime, kuriomis ligomis sergant šita reakcija mums gali padėti tiksliau nustatyti diagnozę, o kartais ir susirgimo prognozę.

Yra vienas organizmo stovis, kada eritrocitų nusėdimo pagreitėjimas nėra patologiškas reiškinys. Šitas stovis, kaip jau anksčiau minėta, yra n é š t u m a s. Tačiau ankstyvai nėštumo diagnostikai šita reakcija netinka, nes ji gaunama tiktai antrojoje nėštumo pusėje, kada diagnozė ir be to jau yra aiški. Pažymėsiu dar, kad seniams nusėdimas būna šiek tiek pagreitėjęs.

Jei mes paliesime š i r d i e s l i g a s, tai, žinoma, chroniškų širdies ydų atveju reakcija mums nieko neduos. Tačiau,

kai mums reikės nustatyti diferencinė diagnozė tarp angina pectoris priepuolio ir koronarinės trombozės, tai, gavę nusėdimo pagreitėjimą, mes nuo antros ligos dienos pasisakysime už trombozę, nes trombozės atveju įvyksta širdies raumens dalies griuvimas ir baltymų kiekis kraujyje padidėja.

Ūminis endokarditas ir perikarditas taip pat duoda nusėdimo pagreitėjimą, ir tuo būdu galima atskirti ūminis endokarditas nuo vitium cordis. Aortos sifiliniai procesai taip pat pagreitina nusėdimą.

Geltligės atveju nustatant diferencinę diagnostiką, kuri kartais būna labai sunki, normalus ar sulėtėjęs eritrocitų nusėdimas kalba už icterus catarrhalis arba, teisingiau, už hepatitis parenchymatosa, pagreitėjęs gi — už naviką, cholelithiasis su antriniu uždegimu ar už cholangitą.

Dabar mes pereisime prie vienos iš svarbiausių reakcijos pritaikymo sričių, būtent, prie tuberculosis pulmonum. Šita tema yra parašyta plati literatūra. Ne visi autoriai tarp savęs sutinka, bet svarbiausi faktai neginčijami. Kaip mes žinome, fibrozinės tuberkuliozės formos būna labiau gerybinės, o eksudacinės ir kazeozinės formos — labiau pavojingos. Fibrozinės formos atveju, kai kavernos yra apsuptos fibrozinio audinio, nusėdimo reakcija nėra pagreitėjusi; tačiau eksudacinės formos atveju ji beveik visuomet esti pagreitėjusi, ir šitas pagreitėjimas literatūros duomenimis pasitaikąs 90% atsitikimų, t. y. taip pat dažnai, kaip Wassermann'o reakcija sifilio atveju. Todėl labai dažnai, kai ateina pas mane ligoniai, skundžiąsi kosuliu, prakaitavimais, suliesėjimu, ir aš patikrindamas, ar čia gal esama simuliacijos, norint gauti palaisvinimą nuo darbo arba patekti į sanatoriją, — aš darau šitą reakciją, ir nusėdimo greitumas nurodo man, kiek yra pagrįsti nusiskundimai ligonių, kurių objektyvus tyrimas dažnai duoda maža duomenų. Ligos prognozės atžvilgiu nusėdimo reakcija taip pat gali būti naudinga: juo nusėdimas yra greitesnis, tuo prognozė yra blogesnė ir tuo gydymas turi būti aktyvesnis. Kartotinai padarytoji reakcija parodys mums, ar yra įvykęs reakcijos greitumo pasikeitimas, ir tuo būdu parodys, kiek buvo veiklus mūsų gydymas.

Ankstyva vėžio diagnozė — štai apie ką taip dažnai kalba ir rašo klinikininkai. Ar šituo atveju gali mums padėti nusėdimo reakcija? Deja, ne. Ir aišku del ko. Kol auglys tėra mažas ir neduoda griuvimo židinių ar antrinio uždegimo, audinių griuvimo produktai nepatenka pakankamu kiekiu į kraują ir neduoda nusėdimo pagreitėjimo. Bet jau labiau pasireiškusiais atsitikimais, kai pacientas ateina pas mus nusiskųsdamas nusilpnėjimu, apetito stoka, svorio kritimu, ir mes apžiūrėdami ligonį nieko nerandame, — nusėdimo pagreitėjimas

Lietuvos TSR BIBLIOTEKA Centrinė Valstybinė
158570

turi paskatinti mus, kad dar atsidėję ištirtume ligonį, o jei techniškai tatai mums neprieinama, — nusiųstume jį į kliniką.

Toliau aš aprašysiu porą atsitikimų, kai aš visiškai netikėtai aptikau vėžį ten, kur, nepasinaudojęs šita reakcija, nebūčiau ir pamanęs vėžio ieškoti.

Tačiau, jei ligonis del vėžio jau yra operuotas, tai ir čia nusėdimo reakcija gali pasirodyti naudinga tolimesnei prognozei. Auglį pašalinus ir žaizdai užgijus, normalus nusėdimas nurodo gerą prognozę; jei gi nusėdimo greitumas lieka padidėjęs, tai galima sakyti, kad operacija nėra pavykusi, kad yra likę metastazių ar vėžinių ląstelių.

Skilvio-žarnų takų atžvilgiu mus pirmiausia domina diferencinė diagnozė tarp carcinoma ir ulcus ventriculi. Dažnai kreipiasi senyvo amžiaus žmonės, skųsdamiesi skausmais po krūtine. Nusėdimo reakcija tokiais atvejais padeda mums sužinoti, su kurios rūšies susirgimu turima reikalo. Aš noriu pateikti iš d-ro Ch. Finkelšteino straipsnio „Ką gali daryti ir turi žinoti gydytojas praktikas, kovodamas su skilvio vėžiu“, įdėto „Medicinos“ 1937 m. 10-ame numeryje, porą ištraukų. „Užtat puikus ir, sakyčiau, būtinas padedamasis būdas skilvio-žarnų latako vėžio diagnozei nustatyti yra eritrocitų nusėdimo reakcija. Gydytojui praktikui visų geriausioji ir patogiausioji reakcija — tai Westergreen'o metodė“... „Westergreen'o reakcija, kaip esu sakęs, yra labai vertinga vėžio diagnozei nustatyti, ir tokiais atvejais reikia jąja būtinai pasinaudoti“... „Man pačiam šita reakcija per daugelį metų buvo žymus ramstis mano diagnozės arsenale ir, kilus mažiausiam karcinomos įtarimui, visada darau šitą reakciją, nes dažnais atvejais ji yra man ramsčiu, tuo tarpu, kai kitų tyrimų daviniai esti labai silpni arba neaiškiai pasireiškę. Padidėjęs Westergreen neaiškiai pasireiškusių simptomų atveju visada yra pavojaus signalas, kuris gydytoją praktiką verčia budėti ir giliai įsigilinti į ligonio būklę“.

Radus pas ligonį anemijos kombinaciją su nusėdimo pagreitėjimu, turėtina galvoje rimtesni susirgimai negu paprasta anemija, būtent, tbc. ar carcinoma.

Inkstų susirgimų atvejais aukštą nusėdimo pagreitėjimo procentą duoda inkstų tuberkuliozė; piktybinė nephrosis, uraemia taip pat duoda pagreitėjimą.

Žymų nusėdimo pagreitėjimą duoda polyarhritis rheumatica; o sąnarių degeneraciniai procesai nusėdimo nepagreitina.

Charakteringa, kad typhus abdominalis neduoda reakcijos pagreitėjimo.

Ūminis pilvas — abdomen acutum — yra ta gretima sritis, kur chirurgui ir internistui tenka bendradarbiauti.

Operuoti ar ne — štai klausimas, nuo kurio dažnai pareina ligonio gyvybė. Ir čia nusėdimo reakcija gali suteikti mums didelės pagalbos. Apendicitu susirgusiam ligoniui pirmą dieną padarytoji nusėdimo reakcija nebus pagreitėjusi, nes uždegiminiai produktai pradeda atsirasti kraujyje tiktai antrą dieną. Priešingai, chroniškam apendicitui staiga paūmėjus arba pyelito atveju, nusėdimo reakcija bus pagreitėjusi jau nuo pirmos ligos dienos.

Chirurgijoje nusėdimo pagreitėjimą duoda dar kaulų lūžimas, empyema, sąnarių tuberkuliozė.

Nusėdimo reakcijos pagreitėjimas nervų ligose duos mums pagrindo manyti apie lues cerebrospinalis arba paralysis progressiva. Jei ischias'o ligoje mes randame nusėdimo pagreitėjimą, tai ieškotina kur nors pirminio auglio, kurio metastazė galėjo sukelti kalbamą ischias'ą.

Ginekologijoje žymų nusėdimo pagreitėjimą duoda adneksitai.

Pediatras taip pat gali turėti naudos iš šitos reakcijos. Skarlatina ir difteritas duoda nusėdimo pagreitėjimą nuo pat pradžios susirgimo, o rubeola ir morbilli pagreitėjimo neduoda. Tuberkuliozė vaikų amžiuje taip pat duoda nusėdimo pagreitėjimą.

Aš noriu dar nurodyti, kad vertingų duomenų darant šitą reakciją teikia ir serumo spalva. Icterus'o atveju serumas geltonos spalvos, nefrozės ir amiloido atveju — pieniškos spalvos, hemolyzės atveju — kraujingos spalvos. Labai dažnai, kai į mane kreipiasi ligoniai del silpnai pasireiškusio icterus'o, aš diagnozės teisingumą patikrinu pagal serumo spalvą. Kartą į mane kreipėsi ligonė del skausmų po klaidingos dietos. Objektyviai aš nieko nebuvau radęs, tačiau serumo spalva buvo geltona. Aš pareiškiau ligonei, kad jai išsivystys icterus ir, iš tikrųjų, po kelių dienų mano spėjimas pasitvirtino. Leukemijoje kraujo išvaizda vamzdelyje yra labai charakteringa: tarp žemutinio eritrocitų sluoksnio ir bespalvio serumo yra baltos spalvos sluoksnis — tat leukocitai, kurių dideli kiekiai yra kraujyje.

Aš norėčiau dar pabrėžti, kad reakcijos naudai kalba taip pat jos pavaizdumas. Kaip žinoma, iš visų mūsų jausmų organų tobuliausia yra akis. Todėl žmonės visada stengiasi patikrinti savo įspūdžius akimis. Pvz., anksčiau, prieš išrandant termometrą kūno temperatūra buvo nustatoma apyčiupom; o termometro skalėje mes matome temperatūrą, tiksliai išreikštą skaičiais. Apčiuopdami tvinksnį, mes nustatome, ar yra padidėjęs kraujagyslių sienelių rigidiškumas, bet tiksliai pasakyti, kokis yra kraujospūdis, galime perskaitę sfigmografe skaičių. Rentgenas būtent del to taip yra vertinamas, kad

visus mūsų duomenis, gautus palpuojant pirštais, perkutuojant ir auskultuojant, atvaizduoja ekrane, kuriame mes viską aiškiai matome. Taip pat ir eritrocitų nusėdimo reakcija turi tą pranašumą, nes nepareina nuo didesnio ar mažesnio mūsų jausmų tikslumo, o visiškai kontroliuojama akimis.

Aš dabar aprašysiu porą atsitikimų, parodančių, kaip nusėdimo reakcijos dėka pavyko nustatyti tikrąją ligos diagnozę.

Pirmasis atsitikimas liečia senyvą (apie 60 mt.) ligonį, pas kurį buvau pakviestas del neaiškių skilvio reiškinių. Aš jam patariau ateiti pas mane skilvio išpumpuoti. Skilvio syvuose rasta anaciditas ir kraują tiriant — labai pagreitėjęs nusėdimas. Aš įtariau carcinoma ventriculi ir nuvedžiau ligonį pas rentgenologą. Kaip aš nustebau, kai skrandyje nerasta nieko įtartina; tačiau plaučiuose, į kairę nuo spenelio, aiškiai buvo matomas aprėžtas, 5 litų monetos didumo, patamsėjimas. Aš pareiškiau ligonio giminėms, kad, greičiausia, ligonio plaučiuose išrieda vėžys. Tolimesnė ligos eiga ir Kauno Žydų ligoninės diagnozė patvirtino mano spėjimą.

Antrasis atsitikimas stebėtas šiais metais. Ligonis, vidutinio amžiaus, skundėsi, kad ryjant rupesnį valgį jam atsirandą žagulys ir vėmulys. Be to, jis skundėsi kosuliu. Laboratorinė analizė parodė subaciditas, bet eritrocitų nusėdimo reakcija buvo labai pagreitėjusi. Aš patariau ištirti rentgeno spinduliais: nustatytas tumor mediastini. Po kelių savaičių padarytas kontrolinis tyrimas rentgeno spinduliais parodė greitą auglio augimą. Po 2—3 mėnesių ligonis žuvo esant didelio dusulio reiškiniams. Šitam atsitikimui būdinga tai, kad ligonį tuo pačiu laiku gydė antras, prityręs gydytojas, kuris, pasirėmęs perkusijos ir auskultacijos duomenimis, nustatęs diagnozę „bronchitis diffusa“ (specifica?). Žinoma, gydytojui, turint nedaug duomenų, negalėjo ateiti į galvą mintis apie tokią retą ligą, kaip tumor mediastini. Mane gi į teisingą kelią nukreipė pagreitėjęs eritrocitų nusėdimas, privertęs panaudoti tyrimui rentgeno spindulius.

Apskritai, galima pasakyti, kad eritrocitų nusėdimo reakcija yra ta retežio grandis, kuri mums padeda orientuotis kiekvienu atskiru atsitikimu. Žinoma, jei mes įsigilinsime į literatūrą apie šitą reakciją, tai greta su karštais šitos metodės pasekėjais, mes rasime ir nemaža niekintojų. Pvz., Prahos prof. Jaksch-Wartenhorst rašo, kad, pasirėmus šita reakcija, negalima padaryti nei diagnozinių, nei prognozinių išvadų; todėl, nereikią apsunkinti šita metode nei gydytojų, nei ligonių. Tačiau, jei taip tikrai būtų, tai šitos reakcijos vartojimas nebūtų taip plačiai išplitęs.

Pažymėsiu dar, kad mano pranešimas negali pretenduoti į išdėstymo pilnumą; bet aš šito ir nesiekiau, nenorėdamas apgriozdoti jo smulkmenomis.

Résumé.

L'auteur décrit l'histoire, la théorie et la technique de la détermination de la vitesse de sédimentation des globules rouges; le procedé du Langer-Schmidt est le plus facile pour le praticien. L'auteur décrit l'application de la „réaction de sédimentation" dans les maladies diverses. En deux cas cette réaction à facilité le diagnostic du cancer du poumon et d'une tumeur médiastinale.

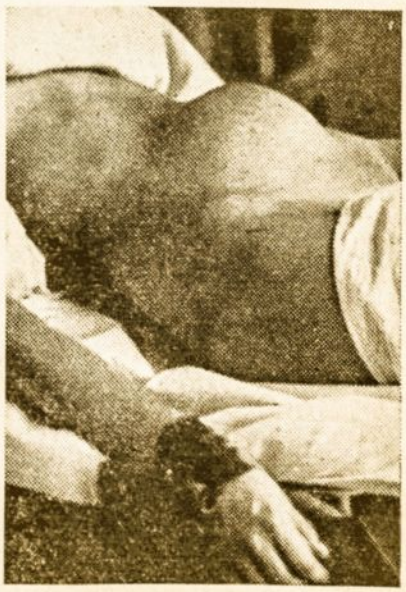
Dr. M. Blochas,
Ginekologas Vilniuje.

Chirurgiško įsikišimo metodikos klausimu atresia hymenalis atvejais.

Moterų gimdomųjų takų išsivystymo ydos pasitaiko, palyginti, dažnai ir nesudaro specialių diagnozinių sunkumų. Į juos kreiptina dėmesio, svarbiausia, gydymo atžvilgiu.

Mūsų atsitikimu 16 metų mergina, iki šiol nemenstruavusi, per paskutinius pustrečių metų skundžiasi smarkiais, periodiškai pasireiškiančiais, skausmais žemutinėje pilvo dalyje. Paskutiniais 7—8 mėnesiais skausmai pasidarę nuolatiniai ir prie jų prisidėję potraukiai tuštintis bei šlapintis; be to, ligonė galinti šlapintis tiktai stovėdama, lašais. Kartu pacientė pastebėjusi savo pilvo tūrio padidėjimą.

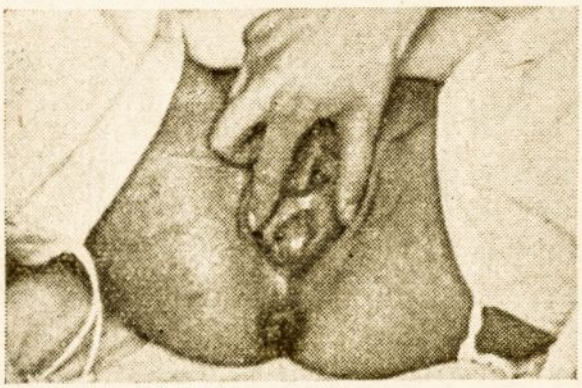
Ištyrus pilvo tuštymą, rastas didelis, elastingos konsistencijos navikas, iškilęs iš mažojo dubens ir nutįsęs dviem pirštais aukščiau bambos. Navikas silpnai judamas, stipriai įtemptas, apvalios formos (žiūr. 1 atv.); ant jo viršūnės lengvai apčiuopiamas kietas aprėžtas iškyšulys, mažos kumšties didumo, atitinkąs nedidelę, į viršų nustumtą, gimdą. Išorinių gimdomųjų takų tyrimas parodė visišką atreziją hymen'o plėvės, kuri bonios pavidalo atsikiša išorėn (žiūr. 2 atv.). Ištyrę abiem rankomis per rectum ir per pilvo apdangalus, įsitikinome, kad navikas užima visą mažąjį dubenį.



1 atvaizdas.
Pilvo navikas, iškilęs iš mažojo dubens ir nutįsęs 2 pirštais aukšč. bambos.

Diagnozė: Atresia hymenalis, haematokolpos.

Gydymas. Laparotomija. Ant dubenį užimančio tamsiai vyšninės spalvos naviko yra maža kieta gimda, kurios kontūrai lengvai galima susekti iki vidinių žiočių (orificium uteri internum); gimdos kaklelis betarpiškai pereina į haematokolpos'ą (haematometra cervicis). Gimdos tubos iš abiejų pusių išsivingiavusios gyvatės pavidalo, išsipūtusios dešros pavidalo, plonomis sienelėmis, prisipildžiusios tamsaus kraujo ir lengvai suaugusios su įsnauja (haematosalpinx bilateralis). Abipusis tubų išpjovimas (salpingektomia), peritonizacija, pilvo tuštymo užsiuvimas; kryžiškas hymen'o perskrodimas ir didelio kiekio tiršto tamsaus kraujo pašalinimas. Pooperacinis periodas nesusikomplikavo. Sanatio.



2 atvaizdas.
Visiška atresia hymenalis.

Mūsų atsitikimu mes davėme pirmenybę laparotomijai, nors tiriant ir nebuvo pavykę nustatyti haematosalpinx'ų buvimo, kas dažniausiai būna haematokolpos'o atveju, kai išsipūtusios tubos yra persisukusios ir nustumtos į šalį ir į užpakalį. Mūsų gydymo būdas (laparotomia) perspėja galimą haematosalpinx'ų plyšimą, ištuštinant haematokolpos'ą iš apačios.

Staigus gimdos nusileidimas gali patraukti ir tubas, kas tokiais atvejais gresia jų suplonėjusių, su aplinkiniais audiniais suaugusių, sienelių trūkimu ir seno kraujo į pilvo tuštymą patekimu. Šita aplinkybė savo ruožtu gali sukelti peritonitą, dažnai pasibaigiantį mirtimi. Pasak Leopold'o, Kehrer'o, Czerny'o ir Veit'o, salpingektomija žymiai pagerinanti prognozę. Pasak Fulds'o, panašių komplikacijų atvejais operuojant išimtinai per vaginam esąs gaunamas 70% mirtingumas (iš 56 atsitikimų 39 mirę). Rosner taip pat nurodo didelį pavojų operuojant haematokolpos'ą išimtinai per vaginam.

Vienas tik Nagel, manydamas, kad tubose esąs kraujas yra sterilus, nesibijąs jų plyšimo ir pataria šiais atvejais atsisakyti nuo laparotomijos. R. Mayer, laikydamas gynatrezijos susidarymo priežastimi uždegiminį procesą ir manydamas, kad todėl tubų kraujyje esama bakterijų, griežtai nurodo laparotomiją, kaip rinktinę gydymo metodę (opération de choix).

Contenu.

L'auteur, en rapport avec son travail, décrit la méthode de traitement en cas d'atrésie hyménéale, compliquée par le hématocolpos et les hématosalpinx.

La méthode de choix doit être celle de laparotomie, parce que dans ces cas ont lieu presque toujours des adhésions avec les organs voisins. En ces de la simple cession du septum vaginal au moment de brusque déscente de la matrice, élevée par le hématocolpos, a lieu la rupture des adhésions et des trompes fines, élargies aux ampules, qui peut provoquer l'évacuation de leur contenu, parfois infectueux, avec une péritonite à issue mortelle.

Pour éviter ce grand risque une laparotomie préventive est obligatoire.

L'auteur illustre sa thèse par son propre cas d'atrésie hymenale avec hématocolpos et hématosalpinx bilateraux chez une fille de 16 ans, qui n'a pas été menstruée et chez laquelle pendant les dernières deux années se développait une grande tumeur abdominale. Dans la cavité péritoneale l'auteur trouva les deux hématosalpinx en adhésions et gonflées auprès de la petite matrice tout haut élevée. Après une salpingectomie bilaterale (discision de l'hymen et évacuation du contenu hémorrhagique) la période après l'opération s'écoula sans complications. Guérison.

Chem. M. Vaineris.

Lengvas būdas liktinio azoto (R. N.) kiekiui kraujyje nustatyti.

Klasiškas bei tiksliausias ir geriausias būdas liktinio azoto kiekiui kraujyje nustatyti yra Kjeldal'io, tačiau jis yra susijęs su tam tikrais sunkumais, ypač gydytojui: reikalinga visai hermetiškai prišlifuotų destiliacijos aparatų, o pati destiliacija nėra taip lengvai atliekama. Be to, norint Kjeldal'io būdu R. N. nustatyti reikia, palyginti, gana daug serumo, ir pats darbas ilgai užtrunka. Destiliacijai išvengti ir visai darbo technikai palengvinti buvo pasiūlyta įvairių kolorimetrijos būdų, bet jie visi nėra tikslūs, nes, dirbant mikrocheminiais kiekiais, spalvos pasikeitimai (pereinamos ribos) nėra ryškūs.

Visai lengvas, patogus ir tikslus būdas liktinio azoto kiekiui kraujyje nustatyti yra šis:

Principas: Baltymai pašalinami trichlorine acto rūgštimi iš serumo, ir paskui filtruojami; filtratas mineralinamas sieros rūgštimi, o rūgšties perteklius neutralinamas. Susidaręs amonio sulfato junginys, veikiamas tiksliai nutitruotu natrio šarmų (NaOH) tirpinio pertekliumi. Virinama, kol visas amoniakas išsiskirs dujų pavidalu; o reakcijai suvartotas šarmų kiekis nustatomas, titruojant druskos rūgštimi (HCl) nesureaguoto (amonio sulfatui suskaidyti) natrio šarmų kiekį.

Reakcijos schema: $(NH_4)_2SO_4 + 2NaOH = Na_2SO_4 + 2NH_3 + 2H_2O$.

Pagal formulę išeina, kad 17 dalims amoniako arba 14 dalių azoto išskirti reikalinga 40 dalių natrio šarmų. Taigi, 1 ccm N/100 NAOH atitinka 0,040 mg azoto.

Reikalingi šie reaktyvai:

1) 25% trichloraceticum, 2) konc. sieros rūgštis lyg. svor. 1,94 pro analysi, 3) natrio šarmai N/1 (be angliarūgšties), 4) indikatoriui: 0,125 gr. methylrot ir 0,0825 gr. methylenblau, ištirpinti 100-te ccm spirito, 5) N/100 NaOH, 6) N/100 HC1, 7) raudoni lakmaus popierėliai.

Reakcijos technika: Mėgintuvėlyje sumaišoma 1 ccm serumo, 7 ccm destil. vandens ir 2 ccm 25% trichloracetinės rūgšties tirpinio. Suplakus paliekama 10 minučių nusistovėti ir filtruojama per 3 sykius karštu vandeniu perplautą, vatos filtrą (vatoje esantiems azoto junginių pėdsakams pašalinti); 5 ccm skaidraus filtrato įpilami į 100 ccm Kjeldal'io kolbutę, pridedama 0,5 ccm chemiškai švarios sieros rūgšties (pro analysi) ir ant mažos liepsnos šildoma taip, kad susidariusieji garai lėtai išsiskirtų. Kai kolbos turinys pasidaro bespalvis, nustojama šildžius (sudegimas tuomet yra pilnas). Sudegimas trunka maždaug 10—15 minučių; tuomet ataušinama, pripilama 15 ccm destil. vandens ir 3 lašai indikatorių mišinio. Skystimas nusidažo raudonai violetine spalva. Neutralinama natrio šarmų N/1 tirpiniu, iki mišinio spalvai pereinant į žalią. Pridedama 0,5 ccm N/10 druskos rūgšties (HC1); skystimas vėl įgauna savo pirmykštę raudonai violetinę spalvą. Virinama kelias minutes angliarūgšties pėdsakams pašalinti. Ataušus, tiksliai neutralinama N/100 natrio šarmų tirpiniu (be angliarūgšties priemaišų). Dabar pridedama 10 ccm N/100 natrio šarmų tirpinio ir virinama, iki visam amoniakui išsiskiriant (amoniako dujų išsiskyrimas galima patikrinti, laikant raudoną lakmaus popierėlį virinamo mišinio garuose). Visas amoniako pašalinimas paprastai užtrunka apie 10 minučių. Ataušus, turinys išpilamas į mažą Erlenmeyer'io kolbutę, kelis kartus perplaunama mažais kiekiais šviežiai virinto ar destiliuoto vandens ir supilama į tą pačią Erlenmeyer'io kolbutę. Dabar titruojama N/100 druskos rūgštimi.

Kartu ir tokiu pačiu būdu daromas „aklas" tyrimas su medžiaga, neturinčia azoto junginių, būtent: vietoje 1 ccm serumo įpilama 1 ccm vandens. Skirtumas suvartoto N/100 druskos rūgšties ccm su ir be serumo atvejais, padaugintas iš 0,14, rodo liktinio azoto skaičių paimtame kraujo kiekyje.

Pavyzdys: Paimta 5 ccm filtrato arba 0,5 ccm kraujo serumo, kurį titruojant suvartota 8,6 ccm HCl, o kontroliniam bandymui 9,8 ccm HCl. Skirtumas: 9, 8—8, 6=1,2 ccm; vadinasi, lygiai tiek N/100 HaOH buvo suvartota amoniakui iš-

skirti. Padauginus 1,2 iš 0,14, gaunama 0,168 mg azoto, 0,5 ccm serumo, 100 ccm bus 0,168×200=33,6 mg. liktinio azoto.

Pateikiu čia kai kurių duomenų, gautų tiriant medžiagą su serumu ir su chemiškai grynu amonio sulfatu, lentelę.

Paimtas azoto kiekis	A t l i k t a		
	Kjeldal'io būdu	Aprašytuoju būdu	Kolorimertiškai
0,05%	0,049	0,05	0,056
0,08%	0,080	0,082	0,088
0,1%	0,106	0,104	0,11
0,2%	0,198	0,198	0,216

Iš lentelės matyti, kad aprašytasis būdas yra gana tikslus.

Dr. L. Goldšteinas.

Mažoji diferencinė diagnostika.

XI. TYPHUS ABDOMINALIS.

Kiekvienos neaiškios karštligės atsitikimu gydytojas galvoja apie vidurių šiltinę. Nepaisant to, dažnai vidurių šiltinė neatskiriama ir tiek pat dažnai nustatoma jos diagnozė ten, kur šitos ligos visai nėra. Kodėl gi taip atsitinka? Juk dažnai užtenka pagalvoti apie šitą ligą ir nesuklysti.

Ekzaktiška vidurių šiltinės diagnozė ir mūsų laikais, nepaisant bakteriologiškų, chemiškų ir serologiškų reakcijų, nėra lengva. O nelengva diagnozė yra del to, kad nė vienas iš visų vidurių šiltinės reiškinių nėra būdingas ir absoliutus, o tyrimo duomenys nevisuomet išaiškina diagnozę. Reikalinga visi gauti kliniški hematologiniai, serologiniai ir bakteriologiniai duomenys kritiškai išnagrinėti ir, logiškai juos aptariant, galima rasti tikra diagnozė.

Kliniškas vidurių šiltinės vaizdas yra toks margas, jog jisai gali būti panašus į daugelį ligų. Tenka diagnostiškai diferencijuoti centrinė pneumonija, miliarinė tuberkuliozė, meningitas, žarnų tuberkuliozė, sepsis, pyelitas, endokarditas, gripas, typhus exanthematicus, dysenteria, paratyphus ir net appendicitis. Vienu žodžiu, įvairios ligos primena vidurių šiltinę ir neretai pastaroji simuliuoja minėtas ligas. Juk pasitaiko operuoti sergančius šiltine del apendicito arba paguldyti į psichiatrinę ligoninę del delirijų ir psichozinių reiškinių su psychosis diagnoze.

Būna, kad gydytojas pradžioje iš karto stato šiltinės diagnozę, o stebėdamas ligonį pakeičia savo diagnozę, bet pagaliau ligoninė galutinai pripažįsta sergant šiltine.

Leiskite man mažosios diferencinės diagnostikos straipsnio ribose papasakoti keletą savo atsitikimų.

I. Typhus abdominalis ar tuberculosis miliaris?

Tat buvo maždaug prieš 11 metų, mano mediciniškos karjeros pradžioje. Vieną šiltą vasaros dieną pas mane, besipraktikuojantį mažame provincijos miestelyje gydytoją, atvežė 14 metų berniuką. Tėvai papasakojo, kad berniukas sergąs maždaug 3 savaites. Jisai pradėjęs liesėti, pasikeitęs savo būdu, pasidaręs tylus ir piktas. Ligos pradžioje šiek tiek kosėjęs. Šeimoje šiaip niekas nesergąs, panašių susirgimų nebuvę. Tėvo brolis sergąs atvira džiova. Vaikas atrodo labai išblyškęs ir suliesėjęs. Temperatūra 38,2°. Tvinksnis 100 per minutę. Perkutuojant plaučiuose nieko ypatingo nerasta, o auskultuojant daugelyje vietų rasta sausų ir drėgnų karkalų. Jeknos normalios. Blužnis žymiai padidėjusi, gana kietos konsistencijos. Šiaip pilvas nepasikeitęs, rozeolių nematyti.

Tyrinėjant šlapimus rasta baltymų pėdsakai, keli eritrocitai ir hyalininiai cilindrai. Diazo reakcija šlapimuose teigiama. Kraujas morfologiškai, serologiškai ir bakteriologiškai netirtas.

Kuria liga serga mūsų ligonis? Iš karto pagalvojau, kad čia gali būti tiktai viena iš šių ligų: miliarinė tuberkuliozė ar vidurių šiltinė.

Kas šituo atsitikimu rodė vidurių šiltinę? Karštligė užtrukusi keletą savaičių, su pakilusia temperatūra continua formos, galvos skausmais, kaip galima buvo spręsti iš anamnezės duomenų, verčia kaip tik galvoti apie vidurių šiltinę. Vidurių šiltinės vaizdui reikalingą blužnies padidėjimą pas savo ligonį taip pat radau. Bronchitas, kurio reiškinius buvau pastebėjęs, nepaneigia vidurių šiltinės diagnozės, nes, kaip žinoma, šitos ligos atveju jis dažnai pasitaiko. Diazo reakcija šlapimuose dar daugiau patvirtino diagnozę.

Bet daug kas ir vid. šiltinę neigia. Pirma, ligos metu vaikas visai negulėjęs. Apskritai, šiltinė po kelių ligos dienų verčia ligonį tuojau atsigulti. Antra, ligonis serga jau trečią savaitę, bet rozeolėmis, labai dažnai vidurių šiltinės atveju pasitaikančiomis, dar nebuvo išbėrę. Toliau, niekas tame kaime ir tolimesnėje apylinkėje vid. šiltine nebuvo sirgęs. Tik ligonio dėdė serga atvira džiova.

Pagaliau, tvinksnis, kuris, kaip man atrodė, vid. šiltine sergant, turėjo būti lėtas, o čionai buvo pagreitėjęs atitinkamai temperatūrą.

Nusprendžiau, kad ligonis serga tuberculosis miliaris; juo labiau, kad plaučiuose buvo pasireiškęs difuziškas bronchitas, kas tbc. miliaris atveju kaip tik būna.

Kurie yra svarbesnieji tuberculosis miliaris reiškiniai? Ogi, pakilusi temperatūra continua, remituojančios ar intermituojančios formos, blužnies padidėjimas ir teigiama diazo reakcija šlapimuose yra svarbių svarbiausieji reiškiniai. Šitie reiškiniai pas mūsų ligonį buvo rasti, ir, kadangi šeimoje buvo atviros džiovos atsitikimas, tai tuberculosis miliaris diagnozė atrodė visai tikra esanti.

Tėvams paaiškinau ligos pobūdį kaip tik šita prasme. Berniukas buvo paguldytas į ligoninę, kur jam buvo padaryti tolimesni reikalingi tyrimai diagnozei išaiškinti. Pasirodė, kad ligonis serga vidurių šiltine. Tiek mano autoritetas, tiek ir mano pasitikėjimas savimi (kuris, kaip pas kiekvieną pradedantį gydytoją, buvo didelis) gavo smarkų smūgį.

Epikrisis. Kodėl aš suklydau? Kodel aš, galvodamas teisingai ir diferencijuodamas taisyklingai, vis delto suklydau. Klaida įvyko tiktai nevisiškai ligos reiškinius išaiškinus. Tokios diagnozinės klaidos labai dažnai pasitaikydavo priešrentgeninėje, priešhematologinėje bei priešbakteriologinėje gadynėje, Norėdamas tikrai diagnozę nustatyti, turėjau ištirti ligonio kraują hematologiškai, serologiškai ir bakteriologiškai, o pabaigoje dar padaryti plaučių rentgenogramą.

Reikėjo dar žinoti, kad būna vadinamas typhus ambulatorius, kurio atveju ligoniai perserga šitą ligą beveik bevaikštinėdami.

Hematologiniai duomenys diferencinei diagnozei yra labai svarbūs ir duoda būdingus rezultatus. Vidurių šiltinės atveju randama leukopenia ir lymphocytosis, o tuberculosis miliaris atveju — reliatyvi lymphopenia ir leucocytosis.

Serologinė kraujo agliutinacijos reakcija, vadinama Vidal'io vardu, vid. šiltinės diagnostikoje taip pat svarbi. Ji išeina anksčiausiai 5-tą dieną. Teigiama agliutinacijos reakcija ir šiltinės kliniškas vaizdas leidžia beveik absoliučiai nustatyti diagnozę, bet neigiama reakcija absoliučiai nepaneigia vid. šiltinės.

Jau pirmomis ligos dienomis vid. šiltinės diagnozė galima nustatyti bakteriologiškai. Tam tikslui reikia nusiųsti į V. Higienos — Bakteriologijos Institutą ligonio kraujo, geriausia, paimto į mėgintuvėlį su tulžimi.

Pagaliau, negalima nustatyti tbc miliaris diagnozės, nepadarius ligoniui plaučių rentgenogramos. Rentgenogramoje visais atsitikimais galima matyti miliarinių mazgų. N a e g e l i praneša, kad jis vis delto matęs atsitikimų, kur rentgenas nieko neparodęs, o autopsija parodžiusi plaučius, apsėtus miliariniais mazgais, bet tai tėra tik išimtis.

Absoliučiai tikrai diagnozei nustatyti reikėjo pasinaudoti visomis galimomis tyrimo metodėmis, arba, statyti diagnozė tik su rezervais.

2. Typhus abdominalis ar meningitis cerebrospinalis epidemica?

1939 m. lapkričio mėn. 23 d. buvau pakviestas į kaimą, 7 km. atstumo nuo Kauno. Tenai sirgo ūkininko duktė R. J., 17 metų amžiaus. Vieną dieną anksčiau manęs pakviestoji gydytoja nustačiusi vidurių šiltinės diagnozę. Kadangi ligonės stovis žymiai pablogėjęs paskutinėmis 24 valandomis, tai buvau pakviestas dar ir aš. Pablogėjimas buvo labai efektyvus: ligonė visai buvo nustojusi sąmonės ir priminė gilią koma. Tėvų pasakojimu, ligonė dar vakar buvusi visai sąmoninga ir tiktai staiga jai sąmonė aptemusi, kas yra priešinga vid. šiltinės atveju, nes koma pasiekiama pereinant per delirijas, sopor'ą. Apskritai, koma vidurių šiltinės atsitikimu pasitaiko tiktai sunkiausiais ir beviltiškais atsitikimais. Apatija ir somnolencija pasitaiko dažniau ir lengvesniais atsitikimais. (typhus = τυφος — dūmai).

Mergaitės anamnezė yra ši. Ji apsirgusi prieš 5 dienas, bet, tur būt, jau ir anksčiau sirguliavusi, nes nusiskųsdavusi galvos skausmais. Temperatūra iš karto buvusi aukšta ir laikiusis tarp 39° ir 40° su trupučiu. Panašiomis ligomis niekas nesirgęs. Šeimoje tuberkuliozės nesą. Pati ligonė visuomet buvusi sveika. Iki vakar dienos dar kalbėjusi, atsakinėdavusi klausiama, tiktai skųsdavusis galvos skausmais.

Ligonės apžiūra parodžiusi mergaitę esant geros mitybos. Temperatūra 39,9°, tvinksnis 118, pilnas ir tvirtas. Ligonė gulinti susirietusi, kojos pritrauktos prie pilvo, pastebimas didelis motoriškas neramumas. Kvėpavimo organai, mergaitei nuolat priešinantis, buvo galima tiktai su dideliu vargu apžiūrėti. Matyti, kiekvienas padėties pakitėjimas ligonei buvęs nemalonus ir skausmingas. Plaučiuose, širdyje ir viduriuose jokių patologiškų pakitimų nerasta; blužnis nepadidėjusi.

Refleksų nebuvo galima sukelti del raumenų rigidiškumo. Akių lėliukės labai silpnai reaguoja į šviesą. Kerning'o ir Brudzinski'o simptomai (pasyviai galvą palenkiant į priekį, sulinksta kelio ir klubo sąnariai) pasireiškę. Tiek kaimo apystovomis buvo galima ištirti, ir, gautais duomenimis, pasirėmus reikėjo išaiškinti diagnozė.

Pirmiausia reikėjo pagalvoti, ar kolegė, nustačiusi vidurių šiltinės diagnozę, turėjo tam duomenų. Kuriuos vidurių šiltinės duomenis randame šituo atveju? Mes randame paki-

lusią temperatūrą continua formos ir galvos skausmus. Tiesa, tat yra du svarbiausieji vidurių šiltinės požymiai, bet iš jų vienų nustatyti diagnozės negalima. Reikia pastebėti daugiau reiškinių, galinčių patvirtinti tokį įtarimą, pvz., tvinksnio sulėtėjimas, kurio čionai visai nėra. Bet pasitaiko sergant vidurių šiltine ir nesulėtėjęs tvinksnis. Tat įvyksta ypačiai, kai prisideda vidurių šiltinės komplikacijos. Kitų vidurių šiltinės reiškinių, kaip antai, rozeolių, arba blužnies padidėjimo, aš bent negalėjau nustatyti.

Kas man krito į akis, tai mergaitės spinaliniai simptomai, būtent, gili koma, raumenų sustingimas, silpnas lėliukių reagavimas į šviesą, teigiamos Kerning'o ir Brudzinski'o refleksų reakcijos.

Bet, gal, mes čionai turime vadinamą **meningotyphus'ą?** Labai retai, bet pasitaiko šiltinės bacilų sukeltas pūlingas meningitas. Apskritai, vidurių šiltine sergant sutinkame tiktai vadinamą meningizmą, ypatingai sunkesniais šios ligos atsitikimais.

Vis delto, vidurių šiltinę neigia labai greitai įvykusi koma, blužnies padidėjimo stoka ir, be to, gera bendrinė ligonės išvaizda. Sergančiojo vidurių šiltine liežuvis yra apžėlęs (belegt) ir sausas, ypačiai toks liežuvis stebimas ligos pradžioje. Veidas visuomet yra būdingas — aš jo negalėčiau aprašyti, bet visuomet pažinčiau. Matthes rašo: „Typhuskranke sehen dann (am Ende der ersten Krankheitswoche meist sehr charakteristisch aus. Das Gesicht ist gewoenlich im ganzen leicht diffus geroetet, die Roetung bevorzugt jedenfalls nicht so die Wangen, wie bei der Pneumonie". Mūsų ligonė man neatrodžiusi serganti šiltine. Jos liežuvis buvo neapžėlęs.

Taip pat yra aprašytas specifiškas sergančiojo šiltine kvapas. Bet aš nei vienu šiltinės atsitikimu negalėjau užuosti kažką specifiška.

Šiaip ar taip, šituo atsikimu tikros diagnozės negalima nustatyti nepadarius liumbalinės punkcijos. Nors aš pats del minėtų priežasčių ir del ligonės bendrinės išvaizdos buvau įsitikinęs ją sergant meningitu. Tėvams patariau vežti ligonę į ligoninę geresniam ištyrimui.

Rytojaus dieną Kauno ligoninėje buvo padaryta liumbalinė punkcija, kuri parodžiusi būdingą epideminiam meningitui liquor'ą. Rastas taip pat ir gram-negatyvus diplokokas, meningococcus Weichselbaumi. Vakar nustatytoji diagnozė buvo absoliučiai tikra, būtent — meningitis cerebrospinalis epidemica.

Epikrisis. Kodel kolegė apsiriko? Todėl, kad ji, pasirėmusi tiktai keliais simptomais, norėjo nustatyti diagnozę. Vien iš temperatūros pakilimo continua formos ir galvos

skausmų negalima diagnozės nustatyti. Visų galimų simptomų apsvarstymas, jų diferencijavimas prie ligonio lovos ir šituo atsitikimu būtų išaiškinę tikrą diagnozę.

3. Typhus abdominalis ar paratyphus?

1939 m. lapkričio 22 d. buvau pakviestas pas ligonį Z. G., 2½ metų amžiaus berniuką. Jis susirgęs maždaug prieš 4 dienas, bet jau apie 4 dienas jautęsis nesmagiai. Jisai pasidaręs nuliūdęs, nustojęs valgęs ir prašęs paguldyti į lovą. Motina išmatavusi temperatūrą ir radusi 39°. Berniukas porą kartų vėmęs. Viduriai buvę sukietėję.

Ligonio apžiūra. Berniukas geros mitybos, tiktai veidas išblyškęs, o išraiška kenčianti, „leidend". Temperatūra 39,1°, tvinksnis geras, 120 per minutę. Plaučių užpakalinėse apatinėse dalyse girdimi sausi karkalai. Širdis sveika. Pilvas išsipūtęs. Blužnis neapčiuopiama. Refleksai tvarkoje.

Šlapimų tyrimas parodė tiktai febrilinę albuminuriją be kitokių patologiškų elementų. Diazo reakcija neigiama.

Įtaręs šiltinę, pasiūliau bendrais diferencinės diagnostikos sumetimais suskaičiuoti leukocitus, išnagrinėti kraujo vaizdą ir padaryti agliutinacijos reakciją su sergančiųjų typhus abdominalis ir paratyphus serumais.

Ligonio tėvai vėliau pakvietė kitą gydytoją, kuris, be ypatingų sunkumų ir nedaręs hematologinių ir bakteriologinių tyrimų, nustatė paratyphus'o diagnozę ir šita prasme painformavo tėvus. Nepaisant to, tėvai sutiko padaryti pasiūlytus tyrimus. Jų duomenys štai kurie:

Leukocitų rasta 7.200. Kraujo vaizdas : eozinofilų 6, lazdelinių 27, segmentinių 32, lymfocitų 40, monocitų 1. Agliutinacijos reakcija su typhus abdominalis 1:50 ir 1:100 teigiama, o su paratyphus — neigiama.

Kadangi šitam ligoniui nustatyta paratyphus'o diagnozė ir ji, iš tikrųjų, dažnai tenka skirti nuo vidurių šiltinės, tai pasistengsime išaiškinti jų skirtumus ir ar galima nustatyti tikra diagnozė, nepadarius laboratorinių tyrimų.

Ar yra kurie skirtumai tarp typhus abdominalis ir paratyphus?

I. Epidemiologija. A - paratyphus'o susirgimai pasitaiko tiktai šiltuose kraštuose, o B - paratyphus ir pas mus dažnai būna. Reikia priminti, kad daugiau žmonių apsikrečia paratyphus'u kaip vidurių šiltine. Vokietijoje paskutiniaisiais metais buvo įregistruota maždaug 6.000 paratyphus'u susirgimų per metus. Tiek pat buvo įregistruota typhus abdominalis atsitikimų. Bet laikoma, kad paratyphus'o atsitikimų yra daugiau, nes daugelis jų kaip nebūdingi ir lengvi yra visai neregistruojami.

2. Apsikrėtimo būdas. Paratyphus'o atveju apsikrėtimo šaltiniu laikoma pirmiausia mėsa, o vidurių šiltinės — vanduo. Įdomu, kad yra pastebėta didelių paratyphus'o epidemijų, suvalgius apkrėstų ledų.

3. Ligos eiga.

a) Ligos pradžia paratyphus'o atveju būna daug audringesnė kaip vidurių šiltinės. Dažnai būna drebulys. Temperatūra retai esanti continua formos, bet dažniau remituojančios ar intermituojančios formos. Temperatūros kreivė yra trumpesnė kaip vidurių šiltinės atveju.

b) Diarrhoea paratyphus'o atveju pasitaiko žymiai dažniau kaip vidurių šiltinės.

c) Bronchitis paratyphus'o atveju beveik nepasitaiko, o vidurių šiltinės atveju — labai dažnai.

d) Komplikacijos paratyphus'o atveju žymiai rečiau pasitaiko, liga praeina lengviau ir trumpiau. Mirimų skaičius žymiai mažesnis, kaip vidurių šiltine sergant. Naegeli'iui iš 144 paratyphus'o sergančiųjų miręs tiktai vienas. Tai buvo 50 metų amžiaus vyras, turėjęs silpną širdį del infarkto.

e) Abiejų ligų atvejais kraujyje yra leukopenija ir aneozinofilija. Sergančiojo paratyphus'u kraujas, žinoma, agliutinuoja tiktai paratyphus'o bacilus, o vidurių šiltinės atveju agliutinuoja jos bacilus. Tiriant kraujo agliutinaciją, galima absoliučiai atskirti šios dvi ligos. Kliniškas vaizdas gali būti paratyphus'o atveju visai panašus į vidurių šiltinės vaizdą. Pasak Schottmueller'io, šitokie atsitikimai yra sukeliami ypatingų paratyphus'o bacilų. Jis šitokią paratyphus'o formą pavadino — paratyphus abdominalis.

Grįžkime dabar prie mūsų ligonio. Ar pas jį rasta kurių nors panašių į paratyphus'ą reiškinių. Turime pasakyti, ne. Ligos pradžia nebuvusi audringa, o pakilusi temperatūra continua formos, o gastritinių-enteritinių reiškinių visai nėra, bronchitas—yra. Taigi, netenka galvoti apie paratyphus'ą. Šito ligonio kraujo agliutinacija, iš tikrųjų, patvirtino, kad čionai paratyphus'o visai nėra. Ir tolimesnė ligos eiga parodė, kad berniukas serga vidurių šiltine.

Ar, apskritai, yra svarbi šitų abiejų ligų diferencinė diagnozė? Juk, gydymas abiejais atvejais yra vienodas! Jau vien del prognozės reikia diferencijuoti. Paratyphus yra lengvesnė liga kaip vidurių šiltinė, duoda žymiai mažesnį mirtingumą ir mažiau komplikacijų.

4. Typhus abdominalis?

1939 m. lapkričio 24 d. buvau pakviestas suteikti medicinos pagalbą 14 metų amžiaus mergaitei. Ji serganti jau 5-tą dieną ir turi pakilusią temperatūrą, continua tipo. Buvo galvota,

kad mergaitė serganti vidurių šiltine. Šlapimai buvo tirti, diazo reakcija išėjusi neigiama, del to typhus'o diagnozė kol kas buvo atmesta.

Ligonė geros mitybos, gana gerai nusiteikusi, sąmonė neaptemusi. Liežuvis sausas, apžėlęs. Skundžiasi galvos skausmais. Temperatūra 40,1°.

Plaučius perkutuojant nerasta jokių garso pakitimų; auskultuojant buvo galima išgirsti sausų ir keletas drėgnų karkalų. Širdis sveika. Tvinksnis 86 per minutę.

Pilvą tiriant, jeknos rastos sveikos, blužnis šiek tiek padidėjusi ir palpuojant bei perkutuojant jos konsistencija nebuvusi kieta. Toliau, galima buvo girdėti ileocekalinis gurgėjimas (Gurren). Rozeolių pilvo srityje nematyti.

Nervų sistema, juntamieji organai (Sinnesorgane) rasti nepakitę.

Štai viskas, ką mes galėjome apžiūrėdami nustatyti. Apskritai, nedaug duomenų ir šitie nevisai būdingi.

Norint prieiti tikrą diagnozę, reikėjo čionai sistemiškai diferencijuoti visos infekcinės arba šiaip karštligės, ypačiai tos ligos, kurios mūsų atsitikimu atrodančios panašios.

1) Pirmiausia aš pasistengsiu diferencijuoti mūsų atsitikimą su **pneumonia centralis.** Dažnai užtinkamas febrilinis stovis, bet pirmomis dienomis yra negalima surasti vietinės priežasties. Yra žinomi atsitikimai, kai nustatoma pneumonija, o vėliau pasirodanti vidurių šiltinė. Iš tikrųjų, gydytojas centrinės pneumonijos atveju, kai plaučiuose perkusija ir auskultacija nerandančios jokio patologiško reiškinio, yra diagnoziškai „hilflos". Bet yra visa eilė netiesioginių reiškinių, net galinčių nurodyti į šitą ligą. Taip, pneumonia centralis prasideda staiga su drebuliu ir tuojau pasirodančiu herpes. Toliau, tokie ligoniai atrodo būdingi: jie turi paraudusį veidą esant gerai sukulencijai. Jų kvėpavimas yra pagreitėjęs. Pirmomis dienomis infiltracijos nerandama, bet kartais jau naktį randama pažasties srityje (in der Achselhoehle). Todėl, patartina atkreipti dėmesys į šitą vietą. Pneumonininkų tvinksnis būna pagreitėjęs, blužnis dažnai padidėjusi, bet ne taip daug kaip vidurių šiltinės atveju. Kraujyje randama leukocitozė.

Mūsų ligoniui pagreitėjusio kvėpavimo nėra, tvinksnis greičiau yra sulėtėjęs, bendrinė išvaizda nebūdinga pneumonijai. Jis jau serga kelintą dieną. Jeigu būtų pneumonija, tai infiltracija jau būtų paaiškėjusi. Man atrodo, centrinės pneumonijos diagnozė galima atmesti.

2) Toliau tenka diferencijuoti **tuberculosis miliaris.** Šeimoje tuberkuliozinių susirgimų nebuvę. Plaučiuose, be lengvo bronchito, nieko nerasta. Oda nebuvusi išberta jokiais tuberkulidais. Nors absoliučiai negalima atmesti tbc. miliaris, bet

ir tvirtų įrodymų taip pat nėra. Tolimesnis diferencijavimas turės parodyti, ar galima visiškai ta liga atmesti.

3) Turėjome taip pat galvoje **gripą.** Neaiškios etiologijos karštligės atvejais dažnai nustatome gripo diagnozė klaidingai. Gripas dažniausiai pasitaiko jam plintant epidemijomis, bet kartais būna ir sporadiškų atsitikimų. Kadangi gripo sukėlėjas dar nesurastas, arba, bent, bakteriologiškai jis sunku nustatyti, tai ir ekzaktiška diagnozė yra sunki. Vis delto, ji apytikriai galima.

Gripas kartais gali būti panašus į vidurių šiltinę. Tvinksnis gripo atveju būna kartais sulėtėjęs. Būna dideli galvos skausmai. Temperatūra būna pakilusi, continua tipo. Bet vis delto, gripo atveju yra katariniai reiškiniai: sloga, tracheitis, bronchitis ir panašūs reiškiniai. Pagaliau, kraujo vaizdas gali būti panašus į vidurių šiltinės, nes būna leukopenija ir lymfocitozė. Gripo eiga ligoniui leidžia atmesti vidurių šiltinę, nes gripas, neturįs komplikacijų, greitai baigiasi, o komplikacijų atveju vietiniai reiškiniai nurodo ligos esmę. Taip, pavyzdžiui, gripo atveju dažnai pasitaiko hemoragiški otitai ir, apskritai, gripinė infekcija sukelia komplikacijas su hemoragijomis.

Mūsų atsitikimu reikia atmesti gripas, nes epidemijos nėra. Katarinių reiškinių nepastebėta.

4) Gal mūsų ligonis serga **meningitu?** Šitos ligos atveju yra pakilusi temperatūra ir galvos skausmai. Epideminio meningito atveju ligos pradžia yra staigi ir kartais labai audringa. Dažnai randama herpes labialis ir tuojau atsiranda vadinamas spinalinis simptomokompleksas: vėmulys, odos hiperestezija, sprando rigidiškumas (sustingimas), Kerning'o ir Brudzinski'o simptomai. Dažnai būna viso kūno epileptiforminės konvulsijos.

Meningitinių simptomų mes pas savo ligonę neradome, del ko meningitą ir atmetame.

5) Febrilinis stovis turįs taip pat sukelti mintį, kad infekcija galinti kilti iš **šlapimų organų.** Ypačiai greitai suserga moterys cystitu ir cystopyelitu. Bet kadangi mūsų ligonė neturi skausmų šlapiminiuose organuose, o šlapimus tiriant nerasta jokių cystinių bei cystopyelitinių duomenų, tai atmetame ir šitas ligas.

6) Man atrodo, kad čia galėtų būti kažkuris **septinis susirgimas,** bet rasti vietos, iš kurios būtų galėjęs kilti sepsis, nepavyko. Iš kur galįs rastis sepsinis susirgimas? Yra visa eilė organų, kurių susirgimai gali sukelti sepsis. Kaipo tokiais organais gali būti šie:

a) Gerklė, ausis ir nosies daubos.

b) Tulžies takai, ypačiai cholangitinių chroniškų procesų bei v. portae srityje pūliavimų atvejais. Apendicito atveju supūliavimas galįs sukelti sepsis.

c) Genitaliniai organai. Puerperinis sepsis dažnai būna bendrinio sepsis'o priežastimi.

d) Šlapimų organai, ypačiai coli-pyelito atvejais.

e) Oda furunkulinių ar trombozinių procesų atvejais.

f) Senas širdies vožtuvų susirgimas gali iš naujo atkristi (auflammen) ir sukelti sepsis lenta.

g) Persirgtos vidurių šiltinės, seno osteomyelito, kaulų tuberkuliozės, dantų ligų bei šiaip kūno pakenkimų ar net kateterizavimo atvejais gali kilti sepsis.

Nė vieno iš aukščiau minėtų pakitimų nesuradome, del ko sepsis galėjome atmesti.

7. Pagaliau mums lieka pagalvoti ir apie **vidurių šiltinę.** Mes jau turime visą eilę nurodančių į šitą ligą reiškinių. Temperatūra pakilusi continua tipo, galvos skausmai, blužnies padidėjimas, ileocekalinės srities gurgėjimas, sausas ir apžėlęs liežuvis, tvinksnio ir temperatūros dissociacija kaip tik patvirtina vidurių šiltinės diagnozę.

Bet vis delto, diagnozei patvirtinti, ištikimai laikydamiesi savo principų, ieškojome dar daugiau simptomų. Suskaičiavome **4.000 leukocitų,** toliau suradome šį kraujo vaizdą: bazofilų ir eozinofilų — 0, jaunųjų — 1, lazdelinių — 45, segmentinių— 15, lymfocitų — 39. Taigi, radome leukopeniją, aneozinofiliją ir lymfopeniją. Kraujo vaizdas yra visai būdingas vidurių šiltinei ir nors agliutinacijos reakcijos su typhus abdominalis ir paratyphus'o serumais išėjo neigiamos, vis delto, aš galėjau gana tikrai nustatyti vidurių šiltinės diagnozę.

Tolimesnė ligos eiga patvirtino mano diagnozę. Deja, liga pasirodė labai sunki ir, nepaisant visų geriausių gydytojų pastangų, žiauri infekcija nuskynė jauną gyvybę.

Epilogas.

Kaip matome, vidurių šiltinės diagnostika nėra lengva. Visi reiškiniai, kiekvienas atskirai paimti, šitos ligos atveju nieko nesako. Teigiami bakteriologiško tyrimo duomenys dar nepatvirtina vidurių šiltinės diagnozės. Nes gali būti randami vieni bacilai, o kliniški reiškiniai sukeliami kitų bacilų ar priklausą kitai ligai. Del to, apsirikimai visuomet galimi. Bet mes galime sumažinti netikrų diagnozių skaičių iki minimumo. Tikros diagnozės šituo laiku yra labai reikalingos gydytojų autoritetui pakelti. Dabar ligoniai pirmiausia reikalauja tikros diagnozės. Kartais pavyksta diplomatišku atsakymu patenkinti giminių smalsumas, bet nevisuomet. Tarp gydytojų pasi-

taiko tokių, kurie stengiasi pasinaudoti pirmojo gydytojo diagnostiniais suklydimais. Tokie gydytojai kartais visai nesivaržo savo priemonių neetiškumu.

Zusammenfassung.

Kleine Differrenzial - Diagnostik.

XI. Typhus abdominalis.

Obwohl bei unklaren fieberhaften Erkrankungen an Typhus abdominalis gedacht wird, so wird diese Diagnose oft verfehlt, aber auch oft dort gestellt, wo sie nicht vorhanden ist. Denn die Krankheitszeichen des Typhus sind oft so vieldeutig, dass die Diagnose nicht ohne weiteres zu stellen ist. Trotz den neueren haematologischen, bakteriologischen und serologischen Untersuchungsmethoden ist die Diagnose nach wie vor schwierig.

Es werden in dieser Arbeit an praktischen Beispielen die Differenzial-Diagnose zwischen Typhus abdominalis und Tuberculosis miliaris. dann zwischen Typhus und Paratyphus, Meningotyphus und Meningitis cerebrospinalis behandelt.

Der Autor kommt zu dem Schlusse, dass die Diagnose Typhus abdominalis nur nach genauer Untersuchung gestellt werden kann, wobei haematologische, serologische und bakteriologische Untersuchungsmethoden nicht zu vergessen seien.

Asistentų J. Mackevičaitės-Lašienės,
K. Valterio ir K. Rimkaus.

V. D. U. bendrinės patologijos ir patologinės anatomijos katedros 1938 metų apyskaita*)

(Vedėjas prof. E. Vinteleris)

Per 1938-tuosius metus Patologijos Instituto laboratorijoje buvo atlikta 1610 makro- ir mikroskopinių kliniškos medžiagos tyrinėjimų.

Pagal įstaigas (rsp. asmenis), iš kurių Patologijos Institutas gavo tyrinėjimams medžiagą, paskutinioji gali būti šitaip suskirstyta:

Kauno m.

V. D. U. Chirurginė klinika	417
V. D. U. Akušer.-Gynekologijos kl.	321
Kauno Žydų ligoninė	74
Kauno Miesto Ligonių kasa	39
Ausų, Nosies ir Gerklės kl.	24
D-ro V. Gusievo privat. ligon.	24
V. D. U. Odos ir Veneros ligų polikl.	22
L. R. K. sanatorija	19**)
V. D. U. Akių klinika	18
Prof. Pr. Mažylio priv. ligoninė	15
Prof. Vl. Kuzmos priv. ligoninė	12
L. R. K. Kauno ligoninė	11
D-ro B. Zacharino privat. ligoninė	10

---

*) Žiūr. „Medicina“ 1929 m. 651 psl. Tyrinėjimų rezultatai 1928—1937 metų bus paskelbti vėliau.

**) Tai dažniausiai džiovininkų skrepliais įskiepytų ir paskui skrostų gyvulėlių organai.

Gyd. specialistų priv. ligoninė	8
V. D. U. Stomatolog. ir Dentiatr. katedra	5
K. M. S. Sveikatos skyrius	5
V. D. U. Vidaus Medic. katedra	4
K. S. D. Kalėjimo ligoninė	4
D-ro Levitano privat. ligoninė	4
D-ro Matis'o privat. ligoninė	4
Dr. Ožinskaitė-Bergerienė	3
V. D. U. Nervų ligų klinika	2
D-jos Kovai su Tbc. sanatorija	2
Kauno Apygardos Ligonių kasa	2
D-ro Rabinavičiaus privat. ligoninė	2
Kauno privat. gydytojai ir įstaigos, kurie prisiuntė po vieną objektą, iš viso	10

Provincijos:

Utenos apskr. ligoninė	62	Marijamoplės apskr. ligoninė	13
Panevėžio apskr. ligoninė	61	Vilkaviškio apskr. ligoninė	9
Alytaus apskr. ligoninė	57	Šiaulių apskr. Akių ligoninė	5
Tauragės apskr. ligoninė	46	Biržų apskr. ligoninė	4
Klaipėdos miesto ligoninė	36	Ukmergės apskr. ligoninė	4
Šiaulių miesto ligoninė	34	Zarasų apskr. ligoninė	3
Šilutės apskr. ligoninė	33	Dr. Gaižauskas	3
Raseinių apskr. ligoninė	29	Klaipėdos Kr. Draudimo Įstaiga	2
Mažeikių apskr. ligoninė	26	D-ras Babelis	2
Šakių apskr. ligoninė	25		
Kėdainių apskr. ligoninė	24	Provincijos privat. gydytojai ir įstaigos, kurie prisiuntė po 1 objektą, iš viso	24
Klaipėdos Žydų ligoninė	21		
Panevėžio Žydų ligoninė	19		

Pagal gautus objektus tiriamoji medžiaga gali būti šiaip suskirstyta:

Moters lyties organai	681	Vyro lyties organai	40
Virškinamasis aparatas	236	Endokrininės liaukos	36
Lymfinės liaukos ir bluznis	161	Akis	23
Oda ir poodinė narveliena	111	Nervų audinys	20
Judėjimo organai	73	Kaklas	20
Galūnės	52	Kraujo indai	17
Uropoetiniai organai	45	Ausis	3
Kvėpavimo aparatas	44	Neaiškios kilmės organai	31
		Iš viso	1.610

Moters lyties organai.

Uterus.

Carcinoma	101	Deciduos celės ir t. t.	3
Hyperplasia glandularis	95	Mola hydatiformis	3
Endometritis	82	Ulcus	2
Endocervicitis	70	Carcinoma?	3
Graviditas	33	Fibroma	2
Myoma	25	Tuberculosis	2
Fibroadenoma	15	Nekrozinės masės, degeneracinės celės	2
Erosio	9	Haemorrhagia	1
Sarcoma	6	Dysmenorrhea membranacea	1
Inflammatio	6	Atrophia endometrii	1
Ovula Nabothi	6		

Granulacinis audinys	1	Atipiškas epitelio augimas	1
Polypus inflammatus	1	Adenoma malignum	1
Polypus placentarius	1	Adenoma malignum?	1
Fibroepithelioma	1	Chorionepithelioma	1
Granuloma	1	Chorionepithelioma?	1
Granuloma verminosum	1	Nieko ypatingo	39

Placenta.

Thrombosis petrificans spatiorum intervillosorum	1

Vagina.

Carcinoma	16	Fibroma oedematosum (gl. Bartholini)	1
Ulcus	2	Fibrosarcoma	1
Haemangioma	1	Colpitis chronica	1
Adenomyoma	1	Inflammatio chr.	1
Leiomyoma	1	Inflammatio purulenta (vulvae)	1
Fibromyoma	1		

Ovarium.

Carcinoma	6	Sarcoma	2
Cystoma	5	Oophoritis	1
Corpus luteum	5	Cystadenoma	1
Haemorrhagia	2	Teratoma	1
Tuberculosis	2	Nieko ypatingo	1
Cystes	2		

Tuba Fallopii.

Tuberculosis	5	Sactosapinx	1
Adenocarcinoma	3	Haemorrhagia	1
Haematosalpinx	3	Graviditas	1
Pyosalpinx	1		

Krūtis.

Carcinoma	40	Granulacijos	1
Fibroadenoma	18	Fibromatosis	1
Mastitis, paramastitis	15	Mastitis et stadium praecarcin.	1
Sarcoma	3	Adenoma papilliferum	1
Abscessus	3	Paget's disease	1
Fibroma	2	Naviko metastazių nerasta	1
Adenocystoma	2	Aktinomykosis	1
Tuberculosis	2		

Kaip matyti iš moters lyties organų diagnozinės lentelės, pirmą vietą užima carcinoma, sudarydama net 24,9%. Pridėję ir kitus retesnius piktybinius epitelinio ir jungiamojo audinio navikus, gausime piktybinių navikų 27,1%.

Be to, dar pasitaiko vadin. „stadium praecarcinomatosum". Nors tai dar nėra vėžys tikrąja žodžio prasme, tačiau pacientui jis reiškia tam tikrą pavojų, nes toks pakitimas, kad ir nebūtinai, bet gali virsti tikru vėžiu.

Pagaliau ir atipiškas epitelio augimas iki tam tikro laipsnio duoda pagrindo bijoti, kad jis gali virsti piktybiniu.

Susirūpinimo verti šituo atžvilgiu ir įvairūs chroniški endocervicitai. Chroniškas uždegimas, kaipo nuolatinis dirginimas, organizmui turint palinkimą į vėžį, gali sužadinti atipišką ir pagaliau karcinominį epitelio augimą. Gimdos karcinomos ir yra daugiausia cervikalinės kil-

mės, ką liudija ir jų dažniausioji planocellularinė histologinė struktūra. „Kova su gimdos vėžiu pirmiausia turėtų būti kova su endocervicitais“ — sako prof. E. Vinteleris.

Toliau labai dažnas reiškinys — hyperplasia glandularis endometrii: stipriai proliferavusi gleivinė su tvirta tankiais branduoliais stroma ir didelėmis, neretai cystiškai išsiplėtusiomis, liaukomis. Kaip ir reikia laukti, šitas susirgimas aptinkamas moterims 40—50 metų amžiaus, kada del lytinių liaukų funkcijos netaisyklingumo sutrinka hormoninė pusiausvyra (klimakterium) ir menstruacinis ciklas nebeišsilaiko. Hyperplasia glandularis yra pergausingo folikulino gaminimosi išdava (folliculus persistens).

Kaip ir normaliame menstruaciniame cikle, folikulinas sukelia gimdos gleivinės proliferaciją (proliferacijos fazė). Bet skirtumas tas, kad, kai normaliame cikle tam tikro hipofizio hormono (B-prolano) įtakoje folikuliną atitinkamu momentu pakeičia geltonojo kūnelio hormonas — luteohormonas, pervesdamas gleivių plėkšnelę iš proliferacijos į sekrecijos fazę, po kurios (žuvus kiaušinėliui) seka normali menstruacija, — liaukinės hiperplazijos atvejais gleivių plėkšnelė pasilieka proliferacijos fazėje, nes stinga luteohormono: nuolatos ir per dideliais kiekiais veikiantis follikulinas sulaiko gonadotropinį hipofizo veikimą (Clauberg) ir nepasigamina prolano B, kuris žadina luteohormono gaminimąsi. Menstruacijos neįvyksta.

Metrorrhagia, kuri būna dažniausias glandulinės hiperplazijos simptomas, pasak Klinkenberg'o, pareinanti nuo gleivinės plėkšnelės nekrozių del anemijos (kraujo indai nespėja augti ir jiems nebelieka vietos).

Terapiškai folikului sunaikinti ir luteinizacijai pagreitinti patariama duoti prolano B (Klinkenberg).

Kaip retą ir įdomų radinį tenka smulkiau aprašyti.

Granuloma verminosum.

(Iš Akušer.-Gynekolog. klinikos).

Vikio grūdo didumo balzganas gabaliukas, išpjautas iš gimdos serozės. Kliniškai įtarta tuberkuliozė, nes visa gimdos serozė buvo nusėta panašiais mazgeliais.

Mikroskopinis vaizdas: preparato centre apie 50 μ ilgumo (oxyuris vermicularis) kiaušinėliai, apsupti nekrozinės, iš dalies iškritusios, masės. Periferijos link storoka jungiamojo audinio kapsulė, kuri periferijoje gausiai infiltruota lymfocitais, pavieniais eozinofilais, fibroblastais. Virš infiltruotos zonos puresnis jungiamasis audinys su injekuotais kraujo indais ir žymia perivaskularine lymfocitų infiltracija.

(Plačiau apie tai bus rašoma atskiru straipsniu).

Virškinamasis aparatas.

Lūpos.

Carcinoma	18	Lymphangioma	1
Praecarcinoma	3	Abscessus	1
Haemangioma exulcerans	3	Lymphangioendothelioma malignum	1
Verruca	3	Angioma	1
Inflammatio	4	Caro luxurians	1
Tuberculosis	2	Ulcus chr.	1
Verruca infl. su atipišku epitelio augimu	1	Cystis inflammata	1
Pachydermia	1	Tumor mixtus	1

Liežuvis.

Tuberculosis	9	Carcinoma	1
Ulcus chronicum	1	Glossitis	1
Granuloma	1	Papilloma	1

Burna.

Carcinoma	6	Aktinomykosis	1
Granuloma gigantocell. arba Epulis (seniau vadinta sarcoma gigantocellulare)	3	Granulacinis audinys	1
Sarcoma	2	Seminoma metastaticum (seniau vadinta: carcinoma)	1
Granuloma	2	Fibroma inflammatum	1
Adenoma	2	Tumor mixtus	1
Inflammatio chron.	2	Ulcus granulans	1
Adenocarcinoma	1	Tuberculosis	1

Seilių liaukos.

Tumor mixtus	3	Sialoadenitis chr.	1
Inflammatio	3	Labai daug leukocitų ir plokščio ragėjančio epitelio juostelės	1
Tuberculosis	1		
Naviko metastazių nerasta	1		
Adenocarcinoma	1		

Ryklė.

Papilloma	2	Tonsillitis	1
Sarcoma (tonsillae)	2	Carcinoma	1

Stemplė.

Nieko ypatingo 1

Skrandis.

Carcinoma	22	Gastritis	1
Adenocarcinoma	7	Endomesoperigastritis chr. plastica	1
Adenocarcinoma?	1	Nieko ypatingo	2
Ulcus chronicum	8		

Kasa.

Carcinoma	1	Cholecystitis et pericholecystitis	1
Pancreatitis	1		

Tulžies pūslė.

Jeknos (kepenys)

Carcinoma	3	Nodus necroticus incaps.	1
Tuberculosis	1	Nieko ypatingo	2
Fibroma	1		

Žarnos.

Carcinoma	14	Gleivinės audinių trupinys	1
Inflammatio	6	Papilloma	1
Tuberculosis	5	Polypus adenomatosus	1
Ulcus chronicum	2	Typhlitis ulcerosa cum phlegmone submucosae	1
Fibroadenoma	2	Granuloma	1
Granulacinis audinys	2	Sarcoma	1
Infiltratio purulenta	1	Fibroepithelioma	1
Fistulės siena	1		
Gleiviškas eksudatas	1		

Appendix.

Appendicitis	8	Dilatatio. Koprolithon.	1
Periappendicitis tbc.	1	Koprostasis	1
Polypus adenomatosus	1	Nieko ypatingo	1

Peritoneum.

Carcinoma	37	Hypernephroma	1
Tuberculosis	8	Steatonecrosis disseminata	1
Sarcoma	3	Cystos siena	1
Inflammatio	3	Nieko ypatingo	1
Keloid	1		

Lymfinės liaukos.

Hyperplasia	45	Nodus petrificatus	2
Carcinoma metastaticum	37	Lymphosarcoma	1
Tuberculosis	31	Leukaemia lymphatica	1
Lymphadenitis	13	Hyalinosis	1
Lymphogranuloma	10	Melanoma malignum metastatic.	1
Sarcoma	2	Inflammatio chr.	1
Hyperplasia reticulo-endothelialis	2	Nekrozinis audinys	1
		Nieko ypatingo	8

Blužnis.

Tuberculosis	2	Nieko ypatingo	3

Oda ir poodinė narveliena.

Carcinoma	38	Endothelioma	1
Dermatitis	9	Aktinomykosis	1
Ulcus chronicum	7	Atheroma?	1
Tuberculosis	5	Lepra	1
Haemangioma	5	Cystis dermoides	1
Inflammatio	4	Fibroneurolipoma	1
Sarcoma	4	Lichen ruber verrucosus	1
Haemangioendothelioma	3	Granuliacinis audinys	1
Naevus	3	Verruca papillomatodes	1
Lipoma	3	Verruca inflammata cum lymphangiectasia	1
Fibroma	2	Įvairūs kokai (tepinėlis)	1
Lues	1	Fibrolipoma	1
Lichen ruber	1	Neurofibroma	1
Infiltratio purulenta	1	Lymphangioma	1
Tumor mixtus	1	Adenoma sudoriparum	1
Psoriasis	1	Cicatrix	1
Acne vulgaris	1	Riebalinis ir jungiamasis audinys	1
Abscessus	1	Nieko ypatingo	2
Melanoma malignum	1		
Fibromyoma	1		

Vienas retesnių odos susirgimų buvo

Lepra.

(Iš Odos ir veneros ligų poliklinikos).

Tyrimui atsiųsti du audinių gabaliukai pupelės ir riešuto didumo (pirmasis išpjautas iš kaktos odos, o antrasis — iš piršto).

Mikroskopinis vaizdas (dažyta hematoksilin-eozinu). Iš paviršiaus gilyn: 1) daugiasluoksnis plokščias ragėjantis epitelis; 2) švie-

siai rožinio jungiamojo audinio sluoksnis su pavieniais lymfocitais; 3) granuloma, pereinanti ir į paodinę narvelieną.

Granulomos vaizdas: daug lymfocitų, šviesiai melsvais branduoliais narvelių-fibroblastų, jung. audinio fibrilės, pavieniai eozinofilai ir gigantiškos celės; vietomis matomi šviesūs putoti padarai — makrofagai.

Nudažius karbol-fuksinu rasta granulomoje labai daug susimetusių į krūveles, kuokštelius ir pavienių rūgščiai atsparių lazdelyčių — Hansen'o bacilų.

Judėjimo organai.

Kaulai.

Osteomyelitis	25	Tuberkulių pavidalo padarai	1
Tuberculosis	5	Osteofibrosarcoma	1
Granuloma gigantocellulare (seniau vadinta: sarcoma gigantocellulare)	4	Chondroma	1
Inflammatio chr.	4	Seminoma metastaticum (seniau vadinta: carcinoma)	1
Ostitis et periostitis	3	Chondrosarcoma	1
Granuloma	2	Granulacinis audinys	2
Hyperplasia plasmocellularis	1	Sarcoma	2
Teratoma cysticum	1	Exostosis	1
		Aktinomykosis	1

Sąnariai.

Tuberculosis	4	Bursitis	1
Inflammatio	2	Granuloma gigantocellulare	1
Tophus uraticus	1	Haemangioendothelioma	1
Mus articulorum	1	Daugiasluoksnio plokščio epitelio atipiškas augimas	1
Sarcoma	1		
Coxitis	1		

Raumenys ir sausgyslės.

Leiomyoma	3	Granuloma panaši į gumą	1
Tuberculosis	2	Myositis chr. abscedens	1
Fibroma	2	Sarcoma	1
Granuloma	1	Phlegmone	1
Rhabdomyoblastoma malign.	1		

Galūnės.

Ulcus	11	Periostitis	1
Tuberculosis	5	Cystos siena	1
Inflammatio	5	Neurinoma	1
Sarcoma	4	Granuloma gigantocellulare	1
Fibrosarcoma	2	Granuloma	1
Carcinoma	2	Endothelioma	1
Haemangioma	2	Abscessus	1
Fibromyoma	2	Chondroma	1
Fibroma	2	Tophus uraticus	1
Endarteriitis chron. obliterans	2	Membrana pyogenica	1
Granulacinis audinys	2	Hyalinizuotas fibr.jung. audinys	1
Steatogranuloma	1	Fibrolipoblastoma malign.	1

Uropoetiniai organai.

Inkstas.

Tuberculosis	8
Hypernephroma	6
Pyelonephritis	3
Nephritis	3
Adenocarcinoma	1
Inflammatio chr. Cystis	1
Phthisis renalis tbc.	1
Hydronephrosis	1
Arteriosclerosis	1
Nieko ypatingo	3

Ureteris.

Tuberculosis	1

Šlapiminė pūslė.

Carcinoma	8
Papilloma	1
Fibrino pluošteliai	1
Nieko ypatingo	1

Urethra.

Papilloma	1
Fibroepithelioma	1
Urethritis ulcerosa	1
Papilloma inflammatum	1

Kvėpavimo aparatas.

Nosis, paranazaliniai urvai.

Carcinoma	6
Rhinitis chronica	4
Polypus inflammatus	3
Sarcoma	2
Haemangioma	2
Sinusitis	2
Tuberculosis	1
Ulcus chronicum	1
Inflammatio purulenta chr.	1
Melanoma malignum	1
Cavernoma polyposum	1
Gumma	1
Haemangioendothelioma	1
Angioendothelioma inflammatum	1
Phlebothrombosis	1
Haemorrhagia	1

Larynx.

Inflammatio	3
Fibroepithelioma	2
Carcinoma	2
Polypus	1
Papilloma proliferans (praecarcinoma)	1
Laryngitis	1
Nieko ypatingo	1

Plaučiai.

Pleuropneumonia	1
Fibrinas, leukocitai, lymfocitai ir t. t.	1
Carcinoma (punktatas)	1
Nieko ypatingo	1

Vyro lyties organai.

Testis, epididymis, ductus deferens ir t. t.

Tuberculosis	7
Inflammatio chr.	4
Epididymitis	3
Seminoma (seniau vadinta: carcinoma)	2
Kanalėlių atrofija ir Leydig'o celių hyperplasia	2
Epididymitis tbc. caseosa et fibrosa	1
Hyperplasia cellularum Leydigi	1
Spermatocystitis	1
Tuberkulių pavidalo padarai	1

Prostata.

Prostatitis	5
Adenoma	2
Cystadenoma	1
Adenoma papilliferum proliferum	1
Hyperplasia	1

Penis.

Carcinoma	1
Papilloma (stadium praecarcinomatosum)	1
Posthitis	1

Scrotum.

Tuberculosis	2
Inflammatio	2
Haemorrhagia	1

Endokrininės liaukos.
(Gl. thyreoidea).

Struma	15
Adenoma	14
Cystadenoma	1
Hypertrophia et hyperplasia	1
Hypotrophia epithelialis. Hyporrhoe	1
Struma cum hyperplasia epitheliali	1
Hyperplasia et hypertrophia epithelialis. Hyperrhoe	1
Adenomata mikrofollicularia	1
Nieko ypatingo	1

Akis.

Carcinoma	7
Sarcoma	2
Papilloma	2
Plasmoma?	1
Amylosis?	1
Tuberculosis	1
Melanoma malignum	1
Purus jungiamasis audinys	1
Coniunctivitis	1
Panophtalmitis purulenta	1
Dacriocystitis chr. polyposa	1
Glioneurofibroma	1
Haemangioma cavernosum	1
Amylosis	1
Inflammatio chr.	1

Nervų sistema.

Glioma cellulare	3
Neurofibroglioma	2
Neurofibroma	2
Nodus caseosus pertrific.	1
Encephalocele	1
Haemangioma	2
Neurinoma malignum	1
Endothelioma	1
Gangliitis chronica	1
Fibroglioma ganglionare	1
Gliosarcoma	1
Inflammatio chr.	1
Neurinoma	1
Randas	1
Nieko ypatingo	1

Kaklas.

Tuberculosis	6
Carcinoma	5
Aktinomykosis	3
Sarcoma	2
Abscessus	2
Tumor mixtus	1
Inflammatio	1
Branchiogeninės kilmės padaras	1

Kraujagyslės.

Haemangioma	5
Endovasculitis	4
Endarteriitis	3
Varices venarum	1
Haemangioendothelioma	1
Lymphangioma	1
Perivasculitis	1
Fibrosarcoma	1

Ausis.

Dermoid	1
Polypus	1
Nieko ypatingo	1

Neaiškios kilmės medžiagos.

Carcinoma	10	Gumma	1
Inflammatio	4	Tumor malignus	1
Sarcoma	2	Hyperplasia	1
Granuloma	2	Steatogranuloma	1
Haemangioendothelioma	2	Neurinoma	1
Granuloma tuberculoides	1	Haemangioma	1
Adenoma malignum	1	Ulcus	1
Tuberculosis caseosa	1	Kraujo išsiliejimo nerasta	1

Referata

VIDAUS LIGOS.

1. C. A. Birch (Middlesex County Hosp.): **Ūminis nechirurgiškas abdomen.** („Med. World." Vol. 50, Nr. 20, 1939).

Autorius pateikia svarbių diferencinei diagnozei duomenų.

Koronarinių indų trombozės, panašiai kaip ulcus'o perforacijos, atsitikimu pastebima: peleninės spalvos išblyškimas, silpnas ir greitas tvinksnis; 50—60 metų pacientų anamnezėje susekama arteriosklerozė ir angina pectoris priepuoliai; staigus ir didelis kraujospūdžio kritimas; dyspnoe, ypatingai Cheyne-Stokes'o tipo; nuo morfio pilvo presas atsileidžia.

Ūminis perikarditas galima supainioti su tulžies pūslės diegliais iki atsirandant trynimosi ūžesiui.

Ūminio širdies nepakankamumo atveju pirmiausia gali pasirodyti skausmai epigastrium'e ir vėmimas.

Mesenterium'o susirgimą rodo dideli, pastovūs pilvo skausmai, iš pradžių be raumenų įsitempimo, stoka objektyvių reiškinių, temperatūros nebuvimas, objektyvūs arba anamneziniai trombo-embolijos duomenys. Paskiau atsiranda ileus'o reiškiniai (meteorismus ir t. t.). Mesenterium'o sklerozė gali sukelti **angina abdominalis,** kurią rodo kraujospūdžio pakilimas, ilgi pilvo skausmai be raumenų įsitempimo ir geras nitritų veikimas.

Ūminis pleuritis diaphragmatica ir pneumonia gali prasidėti staigiais smarkiais skausmais apatinių šonkaulių srityje, vėmimu ir skausmais viršuje ryšiakaulio (bet ne pečiuose). Atsiranda odos hiperestezija, bet spaudimas suteikia palengvėjimą. Gilus įkvėpimas esti skausmingas. Pilvo preso respiraciniai judesiai būną nesumažėję. Pleurinio trynimosi arba aprėžto bronchinio kvėpavimo pasirodymas išaiškina situaciją. Rentgenas gali parodyti prasidedančią pneumoniją.

Spontaninis pneumothorax gali būti panašus į ulcus'o perforaciją (rentgenas!)

Tabiniai veriantieji skausmai pasireiškia greit pasikartojančiais paroksizmais ir pasirodo epigastrium'o srityje paviršutinė hiperestezija. Atsiranda atsirūgimai, bet be vėmimų. Temperatūra, tvinksnis ir leukocitų skaičius esti normalūs. Panašūs skaumsai gali būti ir prieš **herpes zoster** išsivystant, kas apsunkina diagnozę.

Skarlatinos ir tymų (Koplik'o dėmės) atveju kartais pasirodo lengvas apendicitas.

Kasos uždegimas sukelia skausmus epigastrium'e, vėmimą, karšti, bet nesti défense.

Reumatinis karštis (ūminis sąnarių reumatas) sukelia veriančius pilvo skausmus su difuzišku pilvo raumenų įtempimu. Pilvo raumenų

įtempimo gali nebūti ir **pilvo gripo bei šiltinės** atvejais (gali būti painiojama su apendicitu, kurio atveju temperatūra esti žemesnė ir netokie ryškūs galvos skausmai).

Skausmai apsinuodijus švinu diagnozuojami pasirėmus užsiėmimu, temperatūros ir meteorizmo nebuvimu, žymėmis dantų smegenyse, taškuotų bazofilinių eritrocitų ir švino radiumu šlapymuose.

Toliau nepamirština **uremija,** abdominalinės krizės **perniciozinės anemijos** atsitikimu, lymphadenitis mesenterica, spastinis ileus, **kirminai** ir ūminis vaikų gastroenteritis, visceroptosis, **nephroptosis.**

Ūminio pyelito atsitikimu pakyla temperatūra ir pagausėja leukocitų kaip ir apendicito atveju. Šlapymuose randama leukocitų ir bakterijų.

Išsitempęs Graaf'o folikulas gali sukelti skausmus ir vėmimą. Mėnesinių sutrikimas ir krūčių skausmai palengvina diagnozę. Kartais priepuolio metu ovaruose apčiuopiamas cystiškas auglys.

Nenoras valgyti, miegūstumas ir koktumas prieš atsirandant skausmams rodo **diabetišką ūminį abdomen.** (Apendicito atveju vėmimas pasirodo po skausmo). Leukocitozė gali būti del organizmo išdžiūvimo).

Abdomininė alergija (Hennoch'o purpura) pasireiškia pilvo diegliais del žarnų spazmo ir kraujo infiltracijos žarnų sienelėse. *N. Indrašius.*

2. S. Pern (Ballarat, Victoria): **Alimentarinė asthma bronchiale.** („Med. World." 1939 m. 20 nr.).

Astmos kombinacija su urtikarija, migrene, dispepsija ir priepuoliais privalgius mėsos verčia galvoti apie kepenų nepakankamumą ir sumažėjusią skrandžio ir kasos sekreciją. Tokiais atvejais keletai savaičių paskiriama žalumynai su juoda duona, sviestu, medumi ir t. t. Patartina labai gerai kramtyti. Pakaitomis kas dvi savaitės duotina pepsino su druskos rūgštimi ir pankreatino su fosforo rūgštimis. *N. Indrašius.*

3. Th. Wacker: **Goldbehandlung bei Lungentuberkulose.** (Plaučių tuberkuliozės gydymas auksu). („Deutsch. Tbc.-Blatt", 1940 m. 1 nr.).

Per dešimt metų buvę gydyta 111 džiovininkų. Visą gydymo kursą gavę 80 ligonių. Jų tarpe buvo 41 produktyvios tbc. formos ir 29 eksudatyvios tbc. formos. 21, be aukso preparatų, dar buvęs gydomas ir kolapsine terapija (pneumathorax'u, phrenicoexhaires'e, thorakoplastika), o likusieji tik aukso preparatais. Buvę vartota solganal'is, B-solganal'is ir daugiausia B-solganal'is oleosa per 3 iki 8 mėnesių.

Rezultatai: iš 41 atsitikimo vyraujančios produktyvios formos solganal'is 34-iems neparodęs jokios įtakos, o 7-iems pablogines; iš 39 atsitikimų, sergančių vyraujančia eksudatyvia forma, 22-iems neparodęs įtakos, o 17-ai pablogines. Iš 21 atsitikimo, kur kartu su solganal'iu buvusi vartota ir kolapsinė terapija, 8 mirę, 7 nepakitę, 6 kliniškai pagiję. Gydant solganal'iu iš jų trylikai nestebėta jokios įtakos, o aštuoniems stebėtas pablogėjimas. Iš 59 atsitikimų, kur gydant solganal'iu, kolapsinė terapija nebuvo pavartota, 12 mirę, 36 nepakitę, 11 kliniškai pagiję. Solganal'is 43 įtakos neparodęs, 16-ai pablogines.

Komplikacijų buvę 55 atvejais: 41 inkstuose, 7 žarnose, 5 odoje bei gleivinėje ir 2 centrinėje nervų sistemoje.

Išvada: Solganal'is plaučių tuberkuliozei gydyti neturįs jokios terapinės vertės ir, be to, nesąs indiferentiškas ir nepavojingas preparatas.

J. Elvikis.

4. Bieling: **Cholecystopathie und Angina pectoris abdominalis.** („Med. Welt" 1937 m. 16 nr. 337 psl.).

Pateikiu čia labai praktišką Bieling'o simptomatologišką lentelę cholecistopatijai nuo angina pectoris abdominalis (mano pabraukta) atskirti. Ženklų reikšmė: + = dažnai; O+ = retai; (+) = labai retai; O = nėra.

	Cholecystopathia	Angina pectoris abdominalis
Gryna epigastralgija	+	+
Priepuoliai nakties metu	+	+
Svaigulys	+	+
Skausmai palpuojant	+	O
Pilvo (sienelės) įtempimas	+	O
Dešiniojo peties skausmai	+	O+
Kairiojo „ „	O+	+
Karštis	+	+(! AZ)
Icterus	O+	(+)
Retrosternalinis skausmas	(+)	+
Mirties baimė	(+)	++

Šaltis ir psichiškas susijaudinimas galįs sukelti priepuolį tiek cholecystopatijos, tiek ir angina pectoris abdominalis atvejais. Taip pat apsirijimas dažnai sukeliąs priepuolius abiejų ligų atvejais. Esant cholecystopatijai, per didelis riebalų kiekis sukeliąs refleksiškai staigią tulžies hiperprodukciją. Esant angina pectoris abdominalis, padidėjusio skrandžio tūrio, išstumta iš savo vietos, širdis spaudžia n. vagus, sužadindama vagotoniją. Angina pectoris abdominalis pasitaikanti vyrams dažniau negu moterims. *A. Zarcynas.*

VAIKŲ LIGOS.

1. Grüninger: **Über Morphinverträglichkeit im Säuglingsalter.** („Kinderärztl. Prax." 1939 m., 478 p.).

Iš literatūros žinoma, kad devynioliktajame šimtmetyje įvairiais tikslais vartoti dideli morfio daviniai! Aprašyti šeši apnuodijimai, iš kurių du mirę. Vienas išlikęs gyvas, gavęs 3,6 mg morfio. Pagrindinės indikacijos buvusios viduriavimas, cholera, invaginacija, kokliušas ir stenosis laryngis. Dozavimo nurodymai nepakankami. Nauji Amerikos autoriai nurodę, kad galima duoti 0,02 mg kilogramui svorio. Autorius tiek davęs dviem kūdikiams ir pastebėjo alsavimo sulėtėjimą. Tik davus 0,08 mg/kg pastebėtas alsavimo netaisyklingumas. Diuseldorfo ortopedinėje klinikoje, ruošiant operacijai, duodama 0,5—1 mg morfio su atropinu didesniems kūdikiams, kurie gerai šitą davinį pakelią. Pagal literatūros duomenis ir autoriaus patyrimą neįtikėtina, kad exitus letalis galįs įvykti nuo 1 lašo tinct. opii simplex.

Bessau nurodąs individualinius skirtumus. Matęs kūdikį su spina bifida, kuris gavęs morfio iki suaugusiųjų maksimalio davinio ir per kelias dienas davęs morfinizmo simptomus.

Mader nesulaikomus viduriavimus gerai pagydąs su ½—1 lašu tinct. opii. Geras indikatorius — vyziukų reakcija. *P. Baublys.*

2. Opitz, H.: **Ruhr (Enteritis) — Invagination.** („Kinderärztl. Prax." 1939 m. 9 sąs., 406 p.).

Invaginacijos ankstyba diagnozė esanti ypatingai svarbi vaiko gyvybei. Deja, dažnai klystama, diagnozuojama dizenterija, enteritas. Aprašoma panaši diagnozės klaida. Pusės metų kūdikis staiga susirgęs skausmais pilve, vėmęs, nekarščiavęs, pilve objektyviai n. ypat., viduriavimo nebuvę. Kitą dieną, be išmatų, išėję kraujo, daug vėmęs, sukarščiavęs. Karštis ir kraujas neturėję leisti diagnozuoti dizenterijos, nes dizenterijos atveju pradžia nesanti tokia ūmi, karštis iš pradžių pakyląs, turįs būti viduriavimas. Ne grynas kraujas iš žarnų turįs eiti, bet su gleivėmis, pūliais ir su išmatomis.

60% invaginacijų būną 1 metais. Reiškiniai galį ir pagerėti, bet išblyškimas, pulso pagreitėjimas, diegliai ir nevemiant kūdikiui palieką. Vėmimas išmatomis būnąs retai, dažnai randamas gumbas ileocekalinėje

srityje į dešinę nuo bambos, vėliau ir kairėje. Pilvui tempiantis, tirtina vonioje, narkozėje. Per rectum tiriant, ant piršto palieką kraujo. Klizmos vanduo nusidažąs krauju. Kraujas pasirodąs beveik visada, jau per kelias valandas susirgus. Pirmos išmatos po invaginacijos galinčios ir normalios būti. Diagnozei galįs pagelbėti rentgenu ištyrimas.

Terapija grynai operatyvi. Jos rezultatai nekokie — iki 6 mėn. tik retas kūdikis išgelbimas. Operuotina per pirmąsias 12—24 val. Kalbamas kūdikis, operuotas trečią ligos parą, miręs. Po paros paprastai reikalinga žarnos rezekcija, kurios kūdikiai beveik nepakelią.

Gale autorius aprašo 13 mėn. kūdikį, sirgusį žarnų invaginacija, operuotą po 48 valandų ir pasveikusį. *P. Baublys.*

3. Fykow, A.: **Vorübergehendes Auftreten von Diabetes mellitus im Kindesalter.** („Kinderärztl. Prax." 1939 m. 9 sąs., 402 p.).

Cukrinės ligos pagrinde esąs ypatingas minus-varianto Langerhans'o salelių prigimimas. Tačiau liga pasireiškianti del išorinių priežasčių — dažniausiai infektų. Diabetikus skrodžiant randami įvairūs atžanginiai salelių kitimai. Norėdamas sužinoti, ar tikras diabetas pagyjąs, Söderling 1935 m. rinkęs tarptautinę statistiką iš 21 šalies 100 universitetinių klinikų. Iš 1.600 diabetikų tikrai pagiję tik 2, kurie, stebėti per 8 mt. po pagijimo, galėję valgyti paprastą maistą esant normaliam kraujo cukraus kiekiui ir nesant cukraus šlapimuose. Viena tų ligonių net be žalos du kartu išnešiojusi kūdikius. Eckstein kelis kartus matęs diabeto reiškinius atsirandant su ūmia infekcija ir su ja pranykstant. Koleczek stebėjęs 6 m. berniuką, susirgusį diabetu kartu su gelta ir begydant pasveikusį.

Kelno klinikoje stebėtas 2 m. 1 mėn. amžiaus berniukas, sirgęs pneumonija, kurio šlapimuose rasta acetono. Cukraus šlapimuose nerasta, bet kraujyje rasta net 232 mg%. Po kelių dienų ir šlapimuose jo pasirodę. 8 dienas davus insulino, kraujo cukrus nusileido iki normos. Pasveikęs nuo pneumonijos ir otito ligonis išrašytas, turėdamas esant paprastam maistui norm. cukraus kiekį kraujyje ir neturėdamas patologiškų pakitimų šlapimuose. Ligonio, jo tėvo ir vienos sesers kraujo cukraus kreivės po cukraus apkrovimo buvusios nenormalios, taigi čia buvęs šeimos palinkimas į diabetą.

Söderling, aprašydamas panašų atsitikimą, nenori jo laikyti pagijusiu diabetu, nes čia turima reikalo tik su laikiniu insuliną produkuojančių organų toksiniu veikimu. Autorius su tuo nesutinka, nes nevisi pneumonininkai rodą panašius reiškinius, o tik turį silpnesnį pancreas'ą. Tokie vaikai, atrodo, ateityje galį tikrą diabetą gauti. Reikią imtis priemonių nuo jo apsaugoti.

Cukrinės ligos profilaktikos pagrindai dar nesą tikri, bet žinoma, kad perkrovimas angliavandeniais kenkiąs latentinių diabetikų apykaitai. Taigi, tokiems vaikams reikią drausti saldus, prabanginis, tukinąs maistas. Nejudrus, bet dvasiškai įtemptas gyvenimas neva taip pat sukeliąs diabetą, taigi jam palinkę vaikai turį būti fiziškai mankštinami, bet saugomi nuo sielos įtempimų. Ypatingai jie reikią saugoti nuo infekcinių ligų, kreipiant didelį dėmesį į tonsiles. *P. Baublys.*

4. **J. Brock: D-vitaminas gamtoje.** („Biologische Daten f. d. Kinderarzt." III t. 1939 m., 231 p.).

Augaluose D-vitamino esą maža. Šiene jo esą daugiau, gal, dėka saulės šviesai. Iš kur jo tiek daug atsirandą žuvų kepenyse, neaišku. Gal čia veikianti jo sintezė, gal augalinio ir zoo-planktono maži D-vitamino kiekiai vis surenkami juo mintančių žuvų kepenyse. Šviežių jūros žuvų mėsa neturinti D-vitamino, rūkyti šprotai, unguriai jau jo turį. Gal rūkant jis pereinąs į mėsą iš kepenų. Piene D-vitamino labai nevienodai būną. Ir karvės ir moters piene vasarą jo būną daugiau negu žiemą, tur būt, saulei veikiant karvės ar moters kūną. Profilaktikai tų kiekių esą maža, ypač karvės pienas didesniu kiekiu veikiąs rachitogeniškai. Duo-

dant moteriai vigantolio, švitinant kalnų saule, galima D-vitamino kiekis padidinti, bet dar nepakankamai. Karvės pienas, pašvitintas ultravioletiniais spinduliais, gaunąs 15 kartų daugiau antirachitinės medžiagos. Tinkamai švitinamas pienas neprarandąs savo C-vitamino. Sviestas, kiaušinio trynys turi daugiau D-vitamino, žuvų taukai — žymiai daugiau.

P. Baublys.

CHIRURGIJA.

1. A. Marden and E. Wiliamson (Filadelfija): **The use of prostigmin in the prevention of postoper. intestinal atony and urin. blad. retention.** (Prostigmino pritaikymas žarnų atonijai ir šlapimų užsiturėjimui pūslėje perspėti) („Surg. Gyn. etc." 1939 m. 69 t.).

Autorius ištyręs prostigmino veikimą 250 chirurgiškų atsitikimų kaip žarnų atonijos profilaktiką ir 247 atsitikimais šlapimų retencijai perspėti. Ligoniai suskirstyti į 3 grupes: 1. gavę prostigmino prieš ir po operacijos; 2. gavę prostigmino tiktai prieš operaciją; 3. gavę prostigmino tiktai po operacijos. Prieš operaciją prostigminas buvęs švirkščiamas 3 kartus per 18 val. Po operacijos buvo pradedamos praėjus maždaug 4 valandoms po to, kai pacientas buvo grįžęs po operacijos. Švirkštimai buvę atliekami kas 4—6 valandos, iš viso 4—6 sykius. Gresiant žarnų atonijai ar šlapimų retencijai, dar dažniau buvę kartojami švirkštimai. Po prostigmino injekcijos buvęs įvedamas in rectum pusei — vienai valandai dujinis vamzdis. Iš pradžių buvęs naudojamas prostigmino skiedinys 1:2000, o vėliau — U. S. A. parduodamas profilaktikai skiedinys 1:4000, po 1 ccm. vienam švirkštimui. Paskutinė koncentracija pasirodžiusi taip pat veikli kaip ir stipresnioji.

1-ji ir 2-ji grupės parodžiusios po operacijos žarnyno parezę 5,7%, 3-ioji grupė — 14,4%.

Pašalinių reiškinių nebuvę net gastrointestininių operacijų atvejais. Šitų operacijų metu buvęs stebimas žarnų tonus'o padidėjimas.

Šlapimų retencijos atveju 1-osios grupės ligoniai tiktai 3,9% atsitikimų ir 3-iosios grupės ligoniai — 6,9% buvę reikalingi kateteravimo. Iš pradžių ligoniai turėję polinkį šlapintis per 12—18 val. po operacijos, tačiau nusišlapinti galėję tiktai žymiai vėliau. Norėdamas tokiems ligoniams padėti, Williamson jiems švirkšdavęs po 1 ccm. prostigmino skiedinio 1:2000 koncentracijos kas valanda ligi 3 sykių. Didesnioji dalis šitų ligonių jau po 1—2 švirkštimų galėję šlapintis ir išvengti kateteravimo.

Aiškaus kraujospūdžio kritimo ar tvinksnio sulėtėjimo niekad nebuvę; taip pat nebuvę miosis'o, prakaitavimo ar akomodacijos sutrikimo. Nėščioji 4 mėn. gavusi prostignino kaip ir kiti ligoniai. Kurios nors įtakos nėštumui prostigminas neparodęs. Kai kurie ligoniai gavę iki 24 sykių po 1 ccm prostigmino skiedinio (1:2000). Ir tiktai viena ligonė skundžiusis skausmais pilve po injekcijos, praėjusiais po kelių minučių.

T. Goldbergas.

UROLOGIJA.

1. F. Lieberknecht (Vildungeno kurortas): **Inkrustierte Haarnadel in d. p. pendulans.** (Plaukų spilka inkrustuota uretroje). („Z. Urol." XXX. H. 2).

Nepaisant daugybės literatūroje aprašytų uretros svetimkūnių, jų inkrustacija esanti nepaprasta retenybė. Iš nedaugelio aprašytų inkrustuotų svetimkūnių įdomūs šie:

Rathburn'o atsitikimas: 23 metų pacientei šlapiminės pūslės paralyžius del vaikų spinalinio paralyžiaus. Šlapimų patvinkimo simptomai. Urethrotomia. Rastas akmuo 10×3 cm. Jo griaučius sudariusi viela. — Morton'o atsitikimas: Zonduojant žarnų fistulę rastas uretros akmuo. Jo griaučius sudaręs buvęs nulūžęs medžio gabalėlis. Šitas pacientas prieš 26 metus pasigaminęs medinį bužą katerizacijai. — Born'o atsitikimas: užpakalyje orificium externum urethrae aplink plau-

ką susidaręs akmuo. Priežastis: prieš 30 metų hipospadijos plastikai scrotum'o odos panaudojimas. — Dressler'io atsitikimu užpakalyje uretroje rastas akmuo, susidaręs aplink vilnonį siūlą ir visiškai uždaręs uretros spindį. — Josephowitsch aprašė akmenį, susidariusį aplink užmirštą prostatektomijos metu tupfer'ą ir pašalintą per urethrotomiam. — Pankratiko-Kassimov aprašė daug kartų ir spontanišką išėjimą iš uretros sekvestrų, patekusių čion iš fistula tuberculosa coxae. — 10 metų pacientui konkrementas in parte pendulante susidaręs aplink bilharzia kiaušinėlius (Pfister). — Pagaliau netikėtinas C. Hirsch'o atsitikimas: aplink prarytą spilką susidaręs uretros akmuo, per 53 metus visiškai uždengęs kanalo spindį.

Todėl įdomus autoriaus atsitikimas. 45 metų amž. vyriškis atvykęs del chron. cystito ir nefrito. Vedęs, turįs 2 vaiku. Iš pradžių pastebėjęs skausmus inkstuose. Apžiūrint konstatuotas piltuviško įdubimo (seno rando) buvimas penis'ui pereinant į scrotum'ą. Kanale apčiuoptas ilgas svetimkūnis. Išklausinėjant sužinota, kad turėdamas dvylika metų bežaisdamas įsikišęs į uretrą galvinę spilką, kurios atgal ištraukti nepavykę. Iš gėdos jis tai nuslėpęs. Skausmingų reiškinių per 15 metų nebuvę. Kai kuriam laikui praėjus, pasidariusi fistulė, pro kurią išeidavę pūlingi šlapimai. Po 14 dienų šita fistulė užakusi. Po 12 metų tiktai atsiradę deginimo, srovės pertraukos etc. reiškiniai.

Urethrographia parodžiusi inkrustuotą spilką in parte pendulante urethrae ir prostatito buvimą. Šitas radinys, kaip ir visada tokiais atvejais, buvęs nelauktas. Operatio. Sanatio. Iš pradžių ligonis operuotis nesutikęs, nes reiškiniai nebuvę ypatingai skausmingi; coitus'o, o taip pat apvaisinimo galimumas buvęs. *T. Goldbergas.*

2. G. Illyés (Budapestas): **Schwere Fälle von Graviditätspyelitis.** (Sunkūs pyelito atsitikimai nėštumo metu) („Z. Urol." 1939. XXXIII. 3).

Pasirėmęs savo medžiaga, šitas prityręs ir pagarsėjęs urologas daro šias išvadas:

1. Šitų sunkių atsitikimų paprasčiausia gydymo metodė esąs drenavimas įvedant ureterinį kateterį ir fiksuojant jį panašiai kaip kateterį à demeure.

2. Gerai funkcijuojant drenui ir t°-rai vis delto nekrintant, o taip pat nepranykstant leukocytozei arba jai dar didėjant, turįs atsirasti įtarimas apie inksto audinyje esantį ir tebetvinkstantį abscesą; šita aplinkybė esanti reikalinga greito atitinkamo inksto apnuoginimo.

3. Visada reikią rūpintis apsaugoti inkstas, kas pasiekiama dekapsuliuojant inkstą ir atidarant abscesą.

4. Nephrektomia esanti parodytina tiktai tuomet, kai yra apleistas, didelio kiekio inksto audinio praradimo lydimas, procesas arba kai del ligonio blogo bendrinio stovio sepsinio židinio pašalinimas esąs reikalingas tokio įsikišimo.

5. Nėštumo metu atsiradęs inksto audinio supūliavimas tęsiasi ir po gimdymo, del ko jis esąs reikalingas atskiro gydymo. Nėštumo nutraukimas arba laimingas gimdymo pasibaigimas neturį žymesnės įtakos inksto supūliavimo procesui.

6. Ureterio akmenys esą reikalinga operaciškai pašalinti ir nėštumo metu; nėštumo nutraukimas del to nesąs reikalingas.

T. Goldbergas.

AKUŠERIJA IR GYNEKOLOGIJA.

1. W. Spier: **Über die Stellung der Reinfusion in der Behandlung der Tubenruptur.** („Münch. Med. Wschr." 1939 m. 12 nr.).

Jau 1928 m. (Bomberger) ir 1936 m. (Heppes) buvo pasirodę spaudoje straipsniai iš akušer.-ginekol. Manheimo ligoninės apie išsiliejusio į pilvo tuštymą kraujo reinfuziją. Esant graviditas extrauterina rupta, esą jie padarę per tą laikotarpį 138 reinfuzijas. Iš 138 ligonių, kurioms

buvusi padaryta reinfuzija, žuvusios 5, t. y. 3,6%. Iš tų penkių ligonių viena buvusi netekusi 4.000 ccm kraujo; trys buvusios atveztos in stato moribundo, o viena žuvusi nuo peritonito.

Pagal jų išdirbtas metodes ir chirurgai mėginę daryti reinfuzijas. Jie panaudodavę reinfuzijai kraują iš pilvo tuštymo, kuris susirinkdavęs trūkus blužniai, jeknoms, inkstams, net pasidarius haematothorax'ui. Wallingford 14 atsitikimų perpylęs kraują, aspiravęs jį iš išoperuotų didelių myomų.

Tiesioginė kraujo transfuzija iš žmogaus žmogui esąs idealas. Tačiau Frommalt nurodo, kad, naudojant kito žmogaus kraują transfuzijai graviditas extrauterina rupta atveju, mirtingumas siekiąs 4,8%, o naudojantis reinfuzija — mirtingumas siekiąs 3,7%.

Intraveninėmis fiziologinio druskos skiedinio infuzijomis esąs nepasiekiamas tikslas netektam kraujui papildyti, nes kraujo apytakos ratas papildomas labai trumpam laikui. Jau ir fiziologiškai, netekus daug kraujo, iš audinių skysčiai susirenką į kraujagysles ir tuo dar labiau atskiedžią kraują (turint galvoje įleistą į venas fiziologinį skiedinį), o nuo per didelio kraujo praskiedimo gresiąs pavojus sutrikti gyvybei svarbiems centrams. Del to Holzbach konstatavęs, kad ne skysčio kiekis kraujagyslėse, bet jo kokybė nulemianti organizmo gyvybę.

Medikamentais esą tonizuojamos periferinės kraujagyslės, pagreitinamas kraujo apytakos laikas, bet nieko tuo nepadedama hemodinamizmui. Tonizuojant periferines kraujagysles, nepadaugėjąs nuo to deguonis kraujyje, o CO^2 įtempimas veniniame kraujyje mažėjąs, nuo ko pasidaręs dar paviršutiniškesnis kvėpavimas. Del to plaučiai netenką savo siurbiamosios galios, ir kraujui pasidarą daug sunkiau grįžti į širdį. Reikią vartoti kuo mažiausiai cardiaca, o kuo daugiau stengtis papildyti kuom nors kraujo apytakos ratą.

Reinfunduotas kraujas stabilizuojąs kraujo spaudimą, grąžinąs kraujui oksidacijos pajėgumą, žymiai sutrumpinąs rekonvalescenciją, nereikią spenderių organizuoti, daryti išlaidas už kraują, nustatinėti kraujo grupes ir gaišti laiką. Nedovanotina esą, jei graviditas extrauterina rupta atveju nepanaudojamas iš peritoneum'o tuštymo kraujas reinfuzijai.

Ligi 1935 m. vidutiniškai imdavę reinfuzijai 1.000 ccm kraujo, o pastaraisiais metais — 1.500 ccm. Kartą buvusi išgelbėta ligonė, reinfundavus 2.7000 ccm kraujo. Didžiausias kraujo kiekis, panaudotas reinfuzijai, buvęs 4.000 ccm.

Kontraindikacijos reinfuzijai: adneksų uždegimas, senas kraujas. Be to, esą, norint naudoti kraują reinfuzijai, nedarytina Douglas'o punkcijos, nes esąs pavojus įnešti infekciją. Buvę daug nelaimių reinfunduojant seną, pakitusį kraują. Kraujas per ilgesnį laiką autolizės būdu kūno tuštymuose griūvąs, atsirandą baltymų skilimo produktų, hemoglobinas, hematinas ir kiti. Ir nuo tokio reinfunduoto kraujo esąs exitus. Todėl nedarytina reinfuzijos, jei pilvo tuštyme esąs senas ir šviežias kraujas.

Jie net krešulius ir kruvinus tamponus sudedą į fiziologinį druskos skiedinį ir tą skiedinį naudoję klizmai. Į kraują susigeriančios svarbios kraujo regeneracijai medžiagos, pvz., hemoglobinas, geležis ir kit. Bet tuo reinfuzija nepakeičiama. Fiziologinio druskos skiedinio infuzija darytina tik ten, kur reinfuzija negalima.

Reinfuzijos aparatūra labai paprasta: atidarius pilvo tuštymą, užspaustina kraujuojamoji vieta, kraujas samčiuku išsemtinas į indą, kuriame yra 2%—50—100 ccm natrii citrici. Iš to indo kraujas pilamas pro marlės koštuvą į irigatorių, iš kurio jau galima esą leisti į rankos veną operacijos metu ar po operacijos. Nereikią kraujo defibrinuoti plakimu, nereikią jo prisotinti deguoniu, nes nuo to gendąs kraujas. *J. Neniškis.*

2. Preussecker, E.: **Der gegenwärtige Stand einer Hormonbehandlung der Hypogalaktie.** (Dabartinis hormoninės hipogalaktijos gydymo stovis) („Zntrbl. f. Gyn." 1939 m. 48 nr., 2539 p.).

Visi ankstyvesnieji mėginimai pakelti moters pieno produkciją hormonais likdavę nesėkmingi, nes nebuvusi žinoma gl. mammae hormonų fiziologija.

Dabar esąs atrastas hormonas, sužadinąs pieno sekreciją. Šitas hormonas vadinamas įvairias vardais: prolaktin'as (Riddle), mammotropin'as (Lyons) ar galaktin'as. Jo vienetas dar nesąs tiksliai nustatytas. Riddles mokykla pagaminto preparato 1 mg vadina Riddle's vienetu. Kiti autoriai įvedė karvelių vienetą, atitinkantį $^1/_{10}$ mg. Po gimdymo nedideli hormono kiekiai esą randami placentoje, kraujo serume ir šlapymuose. Nėštumo metu šlapymuose randami tik jo pėdsakai. Taip pat nesą žinomi kiekiai, reikalingi laktacijai sužadinti.

Prolaktino terapija duodanti gerų rezultatų tik tais atvejais, kai gl. mammae nėštumo metu folikulinu, corpus luteum ir priekinės hypophysis'o dalies gonadotropinių hormonais gerai paruošta. Todėl prolaktino terapijai indikacijos esančios labai negausios. Hipogalaktijos, nepakankamai liaukai išsivysčius nėštumo metu, nerviškai vegetacinei regulacijai sutrikus, atsiradusios ir del kitokių priežasčių, negalinčios būti pagydytos prolaktinu.

Įvairių autorių tyrimais esą nustatyta, jog sekrecijai sužadinti esančios reikalingos bent 1000 karvelių vienetų dozės. Tą patį patvirtiną ir autoriaus tyrimai. Kitų autorių vartojimą injekcijų Preissecker peikia, nes del baltymų priemaišų preparate esą gaunama infiltratų, didelių skausmų, net anafilaktinis šokas, kol bus pagamintas grynesnis preparatas. Autorius siūląs perkutaninę metodę: hormoną įtrinti per odą. Geriausių rezultatų jis pasiekęs vartodamas tepalą, kurio 20 g turi 10 mg prolaktono. Po kiekvieno maitinimo reikią įtrinti į krūties odą 3 cm ilgio pastos gabaliuką. Paskutiniu metu autorius pradėjęs mėginti ir parenteralinę metodę.

Prolaktono terapija duodanti ypatingai gerų rezultatų antrinės hipogalaktijos atveju (perankstyvai pienui baigiantis).

J. Petrauskaitė-Meškauskienė.

ODOS IR VENEROS LIGOS.

1. Richtel: **Gonorrhoea ir moterystė.** („Klin. Wschr." 1937 m. 10 nr., 535, p. 6).

Moters gonorėjai konstatuoti per maža cervix'o tepinėlis paruošti, reikia būtinai dar ištirti anus'o tepinėlis ir neužmiršti pakontroliuoti Bartholini'o liaukos. Šitiems tyrimams išėjus neigiamiems, reikią nenusiraminti, bet mėnesinių antrą dieną vėl tirti. ir taip mažiausiai 3 kartus vis per mėnesines. Nepasisekus ir vėl gonokokų surasti, reikią go-vakcinų provokacijomis ne mažiau kaip 4—5 kartus dirginti. Laikas, pasak autoriaus, neturįs būti perdaug vertinamas, kai sprendžiami svarbūs dalykai, kaip vedybos, moterystė. *A. Zarcynas.*

2. Zimmermann-Meinzingen: **Zur Klinik und Differentialdiagnose der luetischen Coronarstenoze.** („Arch. inn. Med." 1936, 29, 161 — 200 p.).

22 sifilitikai, sergą koronarine stenoze, nieko negalėję pareikšti apie savo infekciją; jie net neturėję supratimo, kad esą sifilitikai. Angina pectoris priepuolių nebuvimas neišskiriąs koronarinių arterijų stenozės. Esant stenokardiškiems negalavimams, jų pablogėjimas nakties metu su dyspnoe's priepuoliais bylojąs už stenozę art. coronaria šakų, ypač jei gulint lovoje galima tikėtis pagerėjimo. Bet dyspnoe nakties metu pasitaikanti, be abejo, ir ligoniams, sergantiems insufficientia aortae. Labai būdingas simptomas esąs baimės ir neramumo apsireiškimas, kuris, nesant ryškiems organų sutrikimams, galįs būti priežastimi klaidingos neurosis cordis diagnozės. 4 labai sunkiais atsitikimais buvę galvosūkio (svaigimo) priepuoliai, pareiną del smegenų anemijos ryšium su ūmine širdies insuficiencija.

Įdomu ir svarbu, kad negalavimų sunkumai nesą lygiagretiški anatomiškiems pakitimams. Kraujospūdžio padidėjimas tik retai tebepasitaikąs. Priepuolio metu kraujospūdis būnąs įvairus. Kombinacijos su ryškia art. coronaria skleroze taip pat esančios retos. Elektrokardiograma, nepaisant labai sunkių anatomiškų sutrikimų, dažnai nerodanti jokių ligūstų atmainų.

A. Zarcynas.

3. Schneidemandel: **Differentialdiagnose bei stark beschleunigter Blutkörperchensenkung.** („Dtsch. Tbc. Blatt" 1937 m., 3, 69 p.).

Negydytiems 2-os stadijos sifilitikams pagreitėjęs ir dar labai žymus eritrocitų nuosėdis, pasak autoriaus, būnąs kaip taisyklė; III-ai atvirai pasireiškusiai sifilio stadijai taip pat esąs būdingas, nors jau ir netoks pagreitėjęs eritrocitų nuosėdis. Seropozityvinėje latentinėje stadijoje Westergreen jau visai mažai pagreitėjęs, o latentiškai seronegatyvinėje esąs normalus. Taigi, autorius į tai kreipia ir Westergreen'o entuziastų dėmesį (Red. Pas mus jų yra privisę labai daug, ypač provincijoje, tarp jaunųjų), kad kartais nenustatytų klaidingos tbc. diagnozės. Pvz., teigiamam Westergreen'ui esant, kreipiamas visas dėmesys į tuberkuliozės mažą gyjantį bei surumbėjusį procesą, o nepastebimas seropozityvus latentiškas lues. Presklerozė ir klimax taip pat duodą teigiamą Westergreen'ą.

A. Zarcynas.

AKIŲ LIGOS.

1. J. Nebula: **Zwei Fälle von Schwangerschaftsretinitis.** ((„Münch. Med. Wschr." 1939 m., 45 nr.).

Nėštumas, gimdymas ir puerperium'as turį įtakos akims. Dažnai esą duodą nesunkių regėjimo sutrikimų, bet galį privesti ir prie visiško apakimo. Ypatingo dėmesio reikią kreipti į retinitis gravidarum.

Autorius aprašo 2 gimdyves, kurios turėjusios retinitis gravidarum. Pirmoji buvusi 30 mt., gimdžiusi pirmą kartą. Pabaigoje nėštumo pablogėjęs regėjimas; mačiusi tik iš 1 metro atstumo. Buvusios didelės odoje edemos; šlapymuose rasta 12‰ baltymų; nuosėdose keletas leukocitų, inkstų epitelio narvelių, pavieniai eritrocitai, granuliniai ir hyaliniai cilindrai, kraujospūdis 230/140 mm. Akies dugne daug hemoragijų. Padaryta sectio caesarea. Nutraukus nėštumą, inkstų funkcija ir kraujo spaudimas greitai atsistatę, tačiau regėjimas tik po 4-rių mėnesių nežymiai pagerėjęs.

Antroji gimdyvė buvo pastojusi 15-tą kartą. Nėštumo eiga panaši į pirmosios. Jai nėštumas buvęs nutrauktas vagininiu būdu, o regėjimas po 3-jų mėnesių žymiai pagerėjęs.

Nėštumo retinitis, palyginti, esąs reta nėštumo komplikacija. Conoreux iš 39,965 gimdyvių pastebėjo 3 retinitis gravidarum atsitikimus, o Schiotz iš 8.400 — 35. Retinitis gravidarum pasitaikanti dažniausiai 6—7 nėštumo mėnesyje, bet gali ir anksčiau. 70% sergančių retinitis gravidarum esą pastojusios 1-mą kartą.

Tipiškais atsitikimais liga prasidedanti stipriais galvos skausmais, svaigimu, ūžimu ausyse, salivacija, o kartais net su skausmais epigastrium'e. Vėliau ligonės nusiskundžiančios regėjimu: matančios lyg per miglą, prieš akis judančios kibirkštys. Oftalmologiškai randama papilių hiperemija, drumstumas, lengvos edemos, arterijų spazmai, išsiplėtusios venos, baltos dėmės ir hemoragijos. Didžiausia komplikacija: ablatio retinae.

Prognozė retinitis gravidarum nevisuomet esanti gera. Hellborn iš 21 ligonės pastebėjo tik 3, kurių regėjimas visiškai atsistatė. Silex iš 26 moterų, sirgusių retinitis gravidarum, rado 5, kurios visiškai apakusios. Prognozė geresnė tų, kurios nesirgusios anksčiau inkstų uždegimu. 7% nephritis gravidarum pereina į nephritis chronica.

Moteriai, sirgusiai retinitis gravidarum, uždraustina pastoti. Jei nėštumas nutraukiamas per sectionem caesaream, tai esą tikslinga kartu padaryti ir sterilizacija. Jei moteris pastojanti, tai nėštumo metu reika-

linga stropi gydymo priežiūra. Pasireiškiant intoksikacijai, tuojau pritaikytina pieno dieta, laxantia, diuretica, gulėjimas lovoje. Jei po to nėra staigaus pagerėjimo — nutrauktinas nėštumas. Charakteringa esą aukštas kraujo spaudimas, albuminurijos, edemų galį ir nebūti. Hyperazothaemia esanti labai svarbus simptomas.

Jei vaikas gali gyventi ir moteris yra vyresnio amžiaus, arba kartotinai pastojusi, tai nėštumas nutraukiamas per sectionem caesaream ir kartu sterilizuotina. Jei moteris pirmą kartą pastojusi ir neaišku, ar kūdikis gimęs galės gyventi, tai nėštumas nutraukiamas vagininiu būdu. Čia pritaikytina Delmas'o metodė, kurios liumbalinė anestezija, numušdama kraujo spaudimą, gerai paveikianti moters preeklampsinį stovį.

J. Stankaitis.

NERVŲ IR PSICHINĖS LIGOS.

1. Prof. J. A. Ryle (Londonas): **Apie visceralines neurozes.** („Lancet" 1939 m. 51 nr.).

Visceralinių neurozių esančios šios priežastys:

1. Po organinio susirgimo pasilikęs arzlumas, pvz., vėdarinės žarnos negalavimas po dizenterijos, astma po bronchito, pūslės arzlumas po cystito ir t. t.

2. Jaudringumas arba alergija. Šitai rodo anafilaksijos arba seruminės ligos simptomai, idiosinkrazija tam tikriems valgiams, vaistams ir t. t. arba aiški reakcija specifiškiems odos testams; kiti alerginiai fenomenai, kaip, pvz., astma, šieninė liga, urtikarija, anginoneurozinė edema ir t. t.

3. Liūdesys, nervinė nerimastis.

4. Paveldėtiniai trūkumai.

Dažniausios virškinamojo trakto neurozės yra aerofagija, riemuo (kartelis), globus, spazminė disfagija. Jų priežastis: nervinė nerimastis, alkoholis, dirglūs valgiai, stipri arbata, spirginti taukai. Spazminis colon ir jo stipresnioji forma — colitis muco-membranacea („vėdarinės žarnos atsma"), yra grynos neurozės, o ne uždegimas („colitis"). Tokių atsitikimų anamnezėje galima rasti rūpesčiai, sielvartas, nelaimės, taip pat nereikalingos operacijos (pašalinimas appendix'o, tulžies pūslės ir t. t.). Kai kurie pacientai nepakelia riešutų, nikotino, vaisių, daržovių, paleidžiamųjų vaistų. Tokiais atvejais labai gerai paveikia šilima ir beladona.

Tipiška neurozė yra skausmingas išeinamosios žarnos be organinio pagrindo mėšlungis, kurį Thayson vadina proctalgia fugax. Skausmai esti labai dideli, atsiranda labai staiga, panašūs į dantų skausmus, trunka 5—15 minučių, dažniausiai pasireiškią į rytmetį. Skausmai gali būti tiek dideli, kad nuo jų ligonis kartais pabąla ir netenka sąmonės. Gaunamas įspūdis, tarsi uodegėlė būtų laužiama į priekį ar į užpakalį. Priešingai kaip išeinamosios žarnos vėžio, plyšių ir atmatų susilaikymo atvejais skausmai nėra susiję su defekacija. Tabinės išeinamosios žarnos krizės galima diferencijuoti iš anamnezės ir neurologiškų tyrimų. Dažnai pasitaiko colon spasticum. Psichoterapija, luminalis prieš gulant vakare, oro įpūtimai į išeinamąją žarną labai daug padeda.

Šlapymų pūslės neurozės yra šios: enuresis nocturna, pūslės dirglumas (nervingų moterų), nervinis šlapymų susilaikymas, nervinė inkontinencija, daugelis pooperacinės šlapymų retencijos atsitikimų. Šitos neurozės gerai pakeliamos nauju preparatu doryl'iu.

Iš širdies neurozių paminėtina paroksizminė tachikardija, kuri susijusi su kitais nerviniais ir visceraliniais negalavimais. Visas žmogus tirtinas, o ne vien tiktai širdis. Vasovagininiai priepuoliai (Gowers'o sindromas) atitinka angina pectoris vasomotorica Nothnageli.

Nuraminimas, gyvenimo būdo reguliavimas, atostogos, atpalaida (Entspannung), gimnastika ir kt. turi labai didelės reikšmės gydant visceralines neurozes.

N. Indrašius.

STOMATOLOGIJA IR DENTIATRIJA

1. Trauner, R.: **Komplikacijos po dantų ekstrakcijų ir atkalimų.** („Ztschr. f. Stom." 1939 m., 24 t.).

Viena iš komplikacijų yra **sinus maxillaris atidengimas.** Tokiais atvejais alveolės gilumoje matoma tamsi skylė; zonduojant zondas lendąs labai giliai; užėmus nosį ir pro ją papūtus, pro alveolę į burną prasiveržiąs oras.

Įvykus šitai komplikacijai, autorius siūlo pasielgti šitaip: Luer'o žnyplių pagalba pašalintini ploni alveolės kraštai iš skruosto ir gomurio pusės; iš tų dviejų pusių atseparuotina nuo kaulo gingiva su periostu; iš skruosto pusės gleivinėje ir perioste padarytinas pjūvis, einąs lygiagrečiai alveoliniam kraštui ir esąs 2 cm atstume nuo gingivos krašto; po to šilku susiūtini vienas su antru skruostinis ir gomurinis gingivos kraštai. Tuo būdu uždaroma alveolė. Kadangi blogiausiai užsidaro alveolės vietos, esančios greta gretimų dantų, tai autorius čia įdeda visai paviršutiniškai jodoformines juosteles, kurias pašalina po 8—10 dienų. Jei iš alveolės būtų pūlinga sekrecija, tai autorius vistiek siūlo alveolę užsiūti, tik prieš tai įdėjus siaurą jodoforminę juostelę.

Kita autoriaus aprašoma komplikacija yra **šaknies į sinus maxillaris įstūmimas.** Įvykus tokiai komplikacijai, reikią stengtis tuojau šaknis iš sinus'o pašalinti. Pirmiausia, žinoma, padaroma rentgeno nuotrauka. Po to, jei šaknis iš alveolės pusės dar matoma arba apčiuopiama, tai, atklojus iš skruosto pusės gleivine, alveolės-sinus'o anga Luer'o žnyplėmis dar praplatinama ir šaknis iškrapštoma aštriu šaukšteliu arba Black'o ekskavatoriumi. Jei šaknis yra įstumta giliau į sinus'ą, tai ji pašalinama kitokiu būdu. Tokiais atvejais daromi 2 statmeni pjūviai, apimą abu šalinamojo danties gretimus dantis ir tuo būdu susidaręs didelis gingivos-periosto lopas atklojamas į viršų. Vietoje tokių pjūvių galima padaryti iš burnos prieangio pusės į viršų išlenktas (convex) pjūvis. Pasiekus kaulą, viršuje šaknų viršūnių prakalamas į sinus'ą langelis, kuris iki reikiamo dydžio praplatinamas Luer'o žnyplėmis. Jei šaknies nematyti, tai galima mažuoju pirštu įeiti į sinus'ą ir ji apčiuopti. Suradus šaknį, ji priartinama prie angos aštriu šaukšteliu ir tik po to paimama pincetu. Kitą dieną po šitos operacijos patikrinama, ar neprasideda pūlingas procesas, kuris reikalautų įvesti juostelę; jei ne, tai vėl uždedamos siūlės, kurios nuimamos po savaitės.

Dar iš dažnesnių komplikacijų autorius pažymi **skausmą po ekstrakcijos,** kurį jis siūlo gydyti šitokiu būdu. Padarius injekciją alveolė išvaloma, išplaunama ir išdžiovinama. Po to ji beveik iki kraštų pripildoma orthoform'o miltelių, ant kurių uždedamas jodoforminis tamponėlis, suteptas tam tikra limpamąja medžiaga — cohesan'u. Tamponėlis įdedamas taip, kad jis dar siektų kaulinę alveolės sienelę, prie kurios po 15 min. stipriai prilimpa ir neleidžia į alveolę seilių. Šitas tamponėlis pašalinamas po 8—14 dienų. Dauguma atsitikimų autoriui yra pasisekę šituo būdu pašalinti poekstrakciniai skausmai.

Kartais po ekstrakcijos gali gautis **kraujavimas,** kuris būna: 1) iš mažų kaulo ar gingivos kraujagyslių, 2) iš sužalotų didesnių kraujagyslių, 3) iš audinių—difuziškas. Iš mažų kraujagyslių kilęs ir difuziškas kraujavimas dažniausiai sustoja, kraujuojamąją vietą užtamponavus ir stipriai prikandus merlės gabalėlį. Jei būna sužalota art. palatina, tai dažnai tenka molarų srityje ji apsiūti arba suradus perrišti. Jei sužalojama art. alveolaris inf., tai kraujavimas dažniausiai sustoja, įkišus į kraujuojančią skylę čia pat nukalto tinkamo dydžio kaulo gabalėlį. *V. Damijonaitis.*

Klinikos ir praktikos patyrimai

× **Širdies ligonių gydymas vaisių sunka.**

Cerell'io būdas širdies ligonius gydyti pienu daugelyje klinikų esąs jau nebevartojamas, nes pienas, turėdamas NaCl (1—2 gr. viename litre), sulaikąs organizme vandenį. Dabar širdies ligoniai pradedama gydyti vaisių sunka. Vaisiai praktiškai neturi riebalų, baltymų turi apie 1%, angliahidratų apie 7—10%, todėl vaisiai nedaug teturi kalorijų. Mineralų vaisiai turi maždaug 0,75%, daug yra K ir Ca. Kasdien duodama apie 600—800 ccm. vaisių sunkos. Pirmosios trys dienos, mintant vaisių sunkomis, lengvai pakeliamos. Nuo ketvirtosios dienos pradedama davinėti bedruskės duonos, nesūdyto sviesto, žalumynų. Vaisių sunkos kaitaliojant duodama pašildytos. Paskiau duodama be druskos ir be riebalų pagamintos daržovių sriubos. Pagerėjus diurezei ir apskritai sveikatai, duodama kaloringesnio maisto.

Vien tik tokiu gydymu pakankamų rezultatų dar nepasiekiama. Dekompensacijos atvejais be digitalio, strofantino negalima apsieiti. Vaisių sunkomis geriausiai duodasi gydyti sklerozinės kilmės padidėjęs kraujospūdis. („D. med. Woch." 1939 m. 42 nr.). *N. Indrašius.*

× **Širdies kompensacijos tikrinimas.**

Širdies kompensacijai patikrinti Valsalvos pasiūlytas spaudimo (pūtimo) fenomenas. Sveiki žmonės, pūsdami 10 sek. iki 60 mm Hg spaudimu, gauna tachikardiją, po 4—10 sek. pranykstančią. Širdies ligomis sergant šitas laikas žymiai pailgėjąs. Panašiai pakyląs spaudimas ir veninėje sistemoje pučiant sveikiems ir sergantiems, bet sukompensuotiems ir pakankamomis širdies jėgomis (širdies neurozės, kompensuotų širdies ydų, hypertonijos, net koronarinės insuficiencijos atvejais). Jie atsigauną po 5—10 sek., spaudimas krintąs iki normos. Širdies gi insuficiencijai esant, šitas laikas užsitęsiąs iki 20—40 sek. (Budelmann: Zur Diagnose der latenten Myokardinsuffizienz). (Verh. dtsch. Ges. Kreislautforsch. 1936, 256—269). *A. Zarcynas.*

× **Mažų digitalio davinių veikimas širdies susirgimuose.**

A. G. Beer (iš Viurcburgo nustatęs, kad seniems pacientams, daugiau kaip 74 metų amžiaus, turintiems sunkų širdies raumens susirgimą, mažais digitalio daviniais pasiekta kompensacija. Šitie vaistai buvę vartojami šitaip: T-rae digitalis 7,5; Spirit. aether. ad 150,0. Ligoniai gaudavę per dieną iš viso 30 lašų, t. y. 20 kartų praskiestos digitalio tinktūros. Jauniems pacientams šitoks gydymas nepakankamai buvęs veiklus. („M. m. W." 1939 m. 30; ref.: „Med. Wschr." 1939 m. 45 nr.).

K. Ambrozaitis.

× **Juvenilinių kraujavimų klausimu.**

M. G. Cotte, francūziškai kalbančių kraštų ginekologų ir akušerių kongrese, įvykusiame 1939 m. liepos 20—22 dieną Lozanoje, diskutuodamas juvenilinių kraujavimų klausimu, suskirstė kraujavimus į tris grupes ir kiekvienai grupei pasiūlė atskirą gydymą.

Polymenorrhoea (dažnesnės mėnesinės) atvejais taikytina insulino terapija. Pradedant 3-iąja mėnesinių diena intraraumeninės insulino injekcijos po 10 vienetų darytinos kas antra diena. Pagal pasiektus rezultatus antrą mėnesį injekcijos taikytinos 2 ar 3 kartus per savaitę, o trečią — 1—2 kartus per savaitę. Gydymas užtrunkąs 3—4 mėnesius ir duodąs puikių rezultatų. Ovarinės kilmės hemoragijų atvejais tinkanti Vogt'o technika: injekuojamas insulinas rytą ir vakarą po 20 vienetų per 3—4 dienas iš eilės.

Hypermenorrhoea (gausesnis, kartotinis kraujavimas) atvejais tinką hemostaziniai vaistai ir testostoron'as ar progesteron'as, injekuotas 48 val. prieš mėnesinių pradžią ir, pagal reikalą, 2-ą

ar 3-ią dieną mėnesinėms prasidėjus. Infantilinio uterus'o atsitikimais, priešingai, duotina oestradiol'io benzoatas ir gl. thyreoidea ekstraktai. Taip pat daugelis kraujavimų esą galima sustabdyti pašalinus bendrines ar vietines priežastis, k. a., retroversio uteri, adhaesiones ovarii ir pan.

Ovarinės kilmės metroragijų (neciklišku kraujavimų) atvejais (metropathia Schröder'io tipo ir kt.) randama uterus'o padidėjimas ir jo gleivinės glandularinė hiperplarija. Ovarai randami padidėję net iki kiaušinio didumo, kartais su folikulinėmis cystomis, kraujo folikulinizacija jaudinanti seksualinę sferą ir galinti sukelti onanizmą.

Gydant esą reikalinga sukelti corpus luteum vystymasis. Tam gali būti pavartota insulino terapija pagal Vogt'o metodę (insulinas veikia ovarus luteinizuodamas), progesteronas ir testosteronas didelėmis dozėmis sukelią sekretorinę uterus'o gleivinės fazę, po kurios gleivinė atšokstanti ir pasišalinanti.

Autorius nepatariąs vartoti žalojančių moterį gydymo metodžių, kaip amputatio uteri, castratio chirurgiška metode ar spinduliais, nes juvenilinis kraujavimas konservatyvių priemonių ir mažesnių operacijų (abrasio, cystų ir adhezijų pašalinimas, ventrosuspensio uteri ir p.) pagalba visuomet per ilgesnį ar trumpesnį laiką galįs būti pagydytas. (M. G. Cotte: Gynecologie et obstétrique, 1939 m. 40 t., 2 nr.).

J. Petrauskaitė-Meškauskienė.

× **Ankstyva plaučių tuberkuliozės diagnozė.**

Ankstyvai plaučių tuberkuliozės diagnozei nustatyti svarbu pagauti auskultuojant sakaduotas aštrus alsavimas. Dažnai galima rasti auskultuojant susilpnėjęs alsavimas su mažesniu ar didesniu bronchiniu antspalviu. Ankstyvoje stadijoje jokių kitų ūžesių netenka rasti. Gargaliavimui nustatyti pacientas turįs smarkiai atsikosėti ir tučtuojau giliai atsidusti. Ypatingai svarbi esanti infraklavikulinė ir akziliarinė auskultacija. Normalus auskultacijos ir perkusijos vaizdas niekumet nepaneigiąs tbc. Labai pravartūs kartotiniai skreplių tyrimai, eventualiai sol. kalii jodati pavartojus, ir moterims mėnesinių metu. Skreplių nesant, reikia pagaminti larynx'o tepinėlis. Mikroskopiškam neigiamam vaizdui esant, kartais tik larynx'o tepinėlio kultūra būna teigiama.

Tik šitiems tyrimams nepasisekus, tiriamas eritrocitų nuosėdis ir kraujo vaizdas. Aktyvios infiltracijos formos atveju, pasak Brey'o, būna padaugėję lazdeliniai leukocitai (jie šiaip jau sveikame kraujyje sudaro tik 3—5% visų neutrofilinių leukocitų skaičiaus), atsirandą jaunikliniai leukocitai, limfocitai sumažėją, o eozinofilai visiškai išnykstą. Gerėjant ligai limfocitai vėl daugėją, lazdeliniai ir segmentiniai leukocitai mažėją, jaunikliniai dingstą, o eozinofilai vėl grįžtą.

Patikimiausia tyrimo priemonė vis delto yra rentgenas, bet jis neturįs išskirti ir kitas metodes. (Brey: „Dtsch. Tbc.-Blatt." 1937 m. 4 H., 102 psl.).

A. Zarcynas.

× **Atvirosios džiovos atveju mirtingumas.**

Braeuning ir Neisen, pasirėmę savo statistika, tvirtina, kad atviros džiovos prognozė esanti kur kas liūdnesnė, negu gydytojų dauguma yra pratusi manyti. Iš džiovininkų, sergančių atvirąja džiova, 80% ir net daugiau anksčiau ar vėliau žūsta. (Prognose der offenen Tuberkulose. „Z. Tbk." 1936 m., 305 p.).

A. Zarcynas.

× **Svarbus pleuritis exsudativa požymis.**

Pasak Hollé, eksudatyvaus pleurito pradžioje ir pacientui gulint ant sveikojo šono greta stuburkaulio konstatuojamas absoliutus perkusinio garso duslumas. Pacientui gi atsigulus ant nesveiko šono, šitas duslumas išnyksta. („Wien. Klin. Wschr." 1936 m. 36 nr., 1234 p.).

A. Zarcynas.

× **Inkstų sutrikimo nustatymas.**

Širdies ligų dekompensacijos atvejais inkstų sutrikimai nustatomi tiriant jų atskiedimo ir koncentracijos sugebėjimą (pajėgumą). Koncentracijos pajėgumui esant didesniam kaip 10, tai yra, šlapimų lyginamajam svoriui svyruojant tarp 1,005 iki 1,025, inkstai esą sveiki. Esant gi mažesniam svyravimui, pvz., 1,012—1,018, reikią konstatuoti inkstų sutrikimas. („Presse méd."1936. II. 1289 p.). *A. Zarcynas.*

× **Incontinentia urinae** gydytina šiais vaistais: Rp. Ergotini 1,5; Extr. hydrastis canadens. fluidi, T-rae Rhois arom. āā 5,0; Calc. bromati 10,0; Olei chamomill. aether. gtt. IV. D. S. Tris kartus per dieną 10—15 lašų su vandeniu pavalgius. („Ars. Medici" 1939 m. 11 m. 696 p.). *N. Indrašius.*

× **Hematurijos reikšmė.**

Pasak Boeminghaus'o, kiekviena staigi, neskaudama, gana žymi hematurija šlapyminių organų piktybinio auglio atžvilgiu esanti visuomet labai įtartina. Nusiraminti galima tik kitą priežastį suradus. („D. med. Woch." 1937 m. 15 nr., 603 psl.). *A. Zarcynas.*

× **Del difterijos bacilų ieškojimo.**

Medžiagos tepinėliui reikia paimti ne vieną sykį, bet po dviejų valandų dar kartą ir tik tuomet tirti. Rezultatai šituo atveju, pasak Lenz'o, būsią kur kas tikresni. Priešpiet pagamintų tepinėlių kultūros 40—50% išaugą daugiau, kaip kultūrose tepinėlių, pagamintų popiet ar vakare. Tat žinotina, darant masinius tyrimus, beieškant bacilų nešiotojų. Citrinos sunka nė kiek nestabdanti kultūros augimo.

Gydytojas praktikas, įtaręs difteriją, bet dar nenustatęs jos diagnozės, negalįs serum'o suleidimo atidėti iki gaunant tepinėlio tyrimo rezultatus. Nevisuomet nebūną difterijos, kai tyrimo rezultatai gauti neigiami. Neretai būną kaip tik atvirkščiai. Antra vertus, kaip tik sunkieji difterijos atsitikimai pradžioje esą tik įtartinais, nebūdingais reiškiniais. Todėl, ko anksčiausiai reikią įšvirkšti serumo paciento gyvybei išgelbėti iš mirties pavojaus, nes kitaip galį būti per vėlu. (Dahr: „Münch. Med. Wschr." 1937 m. 18 nr., 698—700 psl.).

Ref. pastaba. 1937—1938 metais, difterijos endemijos Suv. Kalvarijoje metu, d-ras E. Draugelis kaip tik laikęsis šito principo ir gavęs 100% pasveikimo. *A. Zarcynas.*

× **Naujas atradimas reumatizmo srityje.**

Kaip praneša „New York Times", 1939 m. rugsėjo mėn. pradžioje Niujorke įvykusiame medicinos gydytojų kongrese Londono gydytojas prof. S. A. Green padarė sensacingą pranešimą apie naujus patyrimus reumatizmo gydymo srityje. Profesorius pareiškė, kad pagaliau esąs susektas reumatizmo bacilas, o kartu ir būdas su juo kovoti. Tas būdas — „beveik stebuklingas" vaistas, vardu sulfanilamid'as. Naikinamai veikdamas reumatizmo bacilus, sulfanilamid'as visai nekenkiąs organizmui. Tikimasi, kad jis turėsiąs didelės reikšmės taip pat ir reumatizmo sukeltus širdies susirgimus gydant. *A. Valys.*

× **Naujas anthelmintinis vaistas.**

Amerikos laikraštyje „Science", Viskonsino universiteto chemikai Julius Berger ir Conrado Fr. Asenjo paskelbė naują vaistą prieš kirmėles. Šitas naujasis vaistas tuo geras, kad jis saldus, pigesnis ir tiek pat veikiąs, kaip ir kiti priešhelmintiniai vaistai. Tat šviežios ananaso sultys. Jos buvusios vartojamos jau seniai Indijoje prieš kirmėles, bet iki šitiems Viskonsino universiteto chemikams ištiriant juos laboratorijose, šitų vaistų veikimas modernioje medicinoje nebuvo žinomas.

Šitie chemikai, paėmę iš kiaulės žarnų dvi gyvas askaridas, įmetę jas į indą su ananaso sultimis, šviežiai išspaustomis iš ananaso. Kitas kelias kirmėles jie įmetę į indą, pripiltą pavirintų ir atvėsintų ananaso

sulčių. Trečią grupę askaridų įmetę į indą su fiziologiniu skiediniu. Po 24 valandų askaridos, įmestos į pavirintas ananaso sultis ir fiziologinį skiedinį, buvusios gyvos ir judrios, bet tos, kurios buvo įmestos į šviežias ananaso sultis, buvusios „visiškai suvirškintos" — nebegyvos.

Chemiškai ištyrus rasta, kad šviežios ananasų sultys turinčios savo sudėty tam tikrų fermentų, kurie žudą kirmėles. *Kazys Paltanavičius.*

× **Eritrocitų nuosėdžio reakcijos technika pagal Westergreen'ą.**

D-ro Kattentidt'o aprašymu ir mūsų Vidaus klinikos daugeliu stebėjimų, dviejuose vamzdeliuose gaunamas nevienodas, taigi ir neteisingas to paties kraujo eritrocitų nuosėdis. Dr. Kattentidt, kritiškai įvertinęs daugelį priežasčių, priėjo išvadą, kad eritrocitų nuosėdis daugelio veiksnių esąs veikiamas. Pagal jo pateiktus ir mūsų Klinikoje įgytus patyrimus, gaunamas abiejuose vamzdeliuose maždaug vienodas eritrocitų nuosėdis pagal Westergreen'ą vartojant šią techniką:

1. Paimtinas tiek viduje, tiek ir išorėje sausas 2 ccm. talpos švirkštas.
2. Švirkštas perplautinas kas kartas kitu 3,8% steriliu natrium citricum skiediniu ir po to įtrauktina į jį 0,4 ccm. sterilaus 3,8% natrium citricum skiedinio, ne senesnio kaip 1—2 savaičių (pvz., Rp. Sol. natrii citrici 3,8% — 20,0 D. Sterilis. Perspėti vaistininką, kad atsidėjęs ir tiksliai paruoštų 3,8% skiedinį, nes kitaip gausis neizotininis skiedinys).
3. Kelis kartus švirkštą pavartant, gerai sumaišyti, lūpomis į vamzdelį įtrauktą kraują 2—3 kartus išleisti; tik dabar pritraukus į vamzdelį kraujo, pastatyti į pastolą.
4. Beimant iš venos kraujo, neprileisti į švirkštą oro.
6. Skubiai pritraukti kraujo vamzdeliu ir tuojau pastatyti į pastolą, nepadedant arti lango ar prie krosnies; kambaryje turi būti normali t°-ra.
6. Vamzdeliai eritrocitų nuosėdžiui surasti pagal Westergreen'ą visuomet laikyti sausi bei švarūs, imami vienodo diametro (2,5 mm) ir įdėtini į pastolą statmenai.
7. Esant reikalui tuo pačiu švirkštu galima paimti kraujo iš daugelio ligonių, žinoma, kas kartas švirkštas perplautinas su vandeniu, po to spiritu, eteriu ir pagaliau 3,8% natrium citricum skiediniu (kitam plovimui vartoto skiedinio negalima naudoti); išplovus švirkštą, įtrauktina 0,4 ccm 3,8% natrium citricum skiedinio. Švirkštu nuolatos naudojantis, jisai kasdien sterilizuotinas. (Münch. Med. Wschr." 1939. 51 nr.).

J. Adomavičius.

× **Kraujo krešėjimo laiko nustatymas.** („Brit. med. J." 1936 m., 3962 nr., 1194 p.).

Labai paprastą, bet praktišką, žodžiu, anglišką būdą kraujo krešėjimo laikui nustatyti siūlo Trought ir Riddoch. Pirmiausia reikalingas sugeriamojo popierio lapas, kuris su paišeliu padalinamas į lygius kvadrantus. Paskui stikliniu, iš abiejų pusių atdaru, kapiliariniu vamzdeliu pričiulpiama kraujo ir kas 1 min. jo galas pridedamas prie popierio kvadrato. Pradžioje kraujas sugeriamas popierio, bet po 5—9 minučių, normaliomis sąlygomis, jau atsirandą tarp vamzdelio galo ir popierio fibrino siūlai. Šitas laiko tarpas ir esąs ieškomas kraujo krešėjimo laikas. Reikią taip pat žinoti, kad koagulacijos laikas trumpėjąs t°-rai pakylant. („Brit. med. J." 1936 m., 3962 nr., 1194 p.).

A. Zarcynas.

× **Hypoglykaemia.**

Naujieji cukraus apykaitos tyrimai įrodė, kad pasitaikanti cukraus stokos liga, hypoglykaemia. Štai kurie šitos ligos simptomai: staigūs alkio priepuoliai, netikėtas prakaitavimas, galvos skausmai, „mouches volantes", nuovargio, silpnumo, pavargimo pojūtis, „priversti-

nas“ žiovulys, irzlumas, neramumas, „nemiga“. Suvalgius cukraus, tuojau pranykstą visi šitie reiškiniai. Lengvi šitos ligos atsitikimai, pasak Adam'o, pasitaiką neretai, net dažniau, kaip iki šiol manyta. („Ztschr. f. ärtzl. Fortbild.“ 1937 m. 8 nr., 230 psl.).

A. Zarcynas.

× **Odos diabetas.**

Ypač seniems nutukusiems žmonėms, turintiems lengvai lividišką veido spalvą, pasitaiką odos susirgimai, kaip antai, furunkuliozė, abscesai, ekzemos ir pruritus, — net nepasiduodą jokiam „kasdieniniam“ gydymui. Urbach, Depisch ir Sicher tokių pacientų odoje radę cukraus padaugėjimą; šlapymuose gi jo nebuvę, o kraujyje cukraus kiekis buvęs normalus. Jie pavadino šitą ligūstą stovį odos diabetu (Hautdiabetes). Pasak autorių, tokie pacientai sveikstą antidiabetiškai gydomi. Jie nurodo būdą cukraus kiekiui odoje nustatyti. Aš jo čia neaprašinėsiu. Kas iš kolegų norėtų susipažinti, tepaskaito originalą. (Zum Problem des isolierten hohen Hautzuckers bzw. Hautdiabetes. „Klin. Wschr.“ 1937 m. 13 nr., 452 psl.). *A. Zarcynas.*

× **Impetigo contagiosa** gydytina šiais vaistais: Rp. Acid. salicyl.; Sulfur depur. āā 10,0; Ungt. ad 200,0. („Ars Medici“ 1939 m., 11 nr. 696 p.). *N. Indrašius.*

× **Mėlynas ausies būgnelis.**

Lig šiol žinomos penkios priežastys, kurios duoda mėlyną būgnelio išvaizdą: 1) bulbus venae jugularis išsikišimas; 2) kraujo į cavum tympanis pritekėjimas; 3) ausyje grybelio-otomycosis įsiveisimas; 4) želatininis eksudatas ausies tuštyme už būgnelio; 5) būgnelio varices.

Be šitų priežasčių, dar galima nurodyti šias: a) kliūtys vidinės ausies kolateralinėje apytakoje (auglys, spaudžiąs vena jugularis) ir b) įgimtinės širdies ydos (šituo atveju bus bilateraliai mėlyni būgneliai). (Iš „D. Hals-Nasen u. Ohrenarzt.“ B. 49, H. 4). *Ks. Vencius.*

× **Naujas tetanijos požymis.**

Kaplan siūlo tetanijai nustatyti naują požymį. Pakėlus ranką iki horizontalinės linijos, ištiesus ją alkūnės ir plaštakos sąnariuose, ir pagaliau, supinuojančiai pasukus užpakalin, atsirandą trukčiojimai. („Rev. neurol.“ T. 64, Nr. 6). *A. Zarcynas.*

× **Vaikų vėžys.**

Vėžys vaikams neretai pasitaikąs. Vokiečių prieškarinė (prieš 1914) statistika rodė 130 vaikų vėžio tikrai nustatytų atsitikimų per metus. 20% šitų atsitikimų buvę ovarų ar odos (daugiausia xeroderma pigmentosum komplikacija), o 80% žarnų vėžiai. Vaikams vėžys labai piktybiškas, greit duodąs metastazių. Westergreen'o reakcija silpnai teigiama. (Klemt: „Monatsschr. Kinderheilk.“ 1936. Bd. 66, 406 psl.). *A. Zarcynas.*

× **Vėžio atveju anemijos nebuvimas.**

Pasak Mogensen'o, iš 75 sergančių skrandžio vėžiu, trečdaliu atsitikimų nerasta jokių anemijos požymių. Taigi, anemijos nebuvimas jokiu būdu nebylojąs prieš vėžio diagnozę. („Fol. haematol.“ 1936 m. 56 nr., 206—220 psl.). *A. Zarcynas.*

× **Naujas refleksas.**

Bachtiaroff aprašo naują, jo surastą, refleksą. Jis pastebėjęs porai šimtų cerebrinių bei spinalinių piramidų takų sutrikimų įvairios etijologijos atvejais vieną patologišką, primenantį Oppenheim'o fenomeną, refleksą. Glostant ir lengvai spaudžiant šeivikaulį iš proksimalinės į distalinę pusę, sukeliama nykščio ekstenzija, dažnai ir abdukcija. Sveiki suaugę žmonės visai nereaguoją, arba reaguoją tik nykšti sulenkdami. („Arch. internat. Neur.“ 1936, 55, 177). *A. Zarcynas.*

Bibliografija

I.

„PIENO LAŠAS“ 1939. 4°, 64 psl.

Kaunas, Pieno Lašo Draugijos leidinys.

Turinys: F. Vilytė-Manelienė — **Kūdikių mirtingumas Lietuvoje.** (Didoka studija 1924—1935 m.).

Dr. Vyt. Juškys — **Triperis ir moteris.**

J. Laužikas — **Vaikų silpnaprotybės priežastys.**

Dr. V. Tercijonas — **Įgimtas vaikų sifilis ir tokių vaikų likimas.**

Dr. K. Grinius — **Vaikų apsauga Lietuvoje.** ..

Jz. Eretas — **Didysis mirimas.** (Europos ir lietuvių tautų nykimas).

Dr. K. Grinius — **Ar lietuvių tauta nori prilipti savo liepto galą?**

Jz. Eretas — **Motinos Dienos užkulisis.** (Motiną branginame, nes motinos nyksta).

Be to, tame leidinyje dar atspausdinta:

„Pieno Lašo Draugijos veikla 1938—1939 m.

Kronika, kur randame šiuos straipsnius: Ar sveikai gyvena mūsų vaikai? Ar naudinga perspėjamieji nuo difterijos skiepai? „Sveika Šeima“ (Lietuvos Akušerių Draugijos laikraštis). Lietuvos Moterų Globos Draugija. Kūdikių Gelbėjimo Draugijos Lopšelis. Nepaprastuoju arba karo metu vaikams globoti įstatymas. Plačios taisyklės mokinių sveikatos reikalams tvarkyti. Kas turi daugiau vaikų, tas moka mažiau mokesčių. Už kūdikio žudymą reikia bausti ne tik motiną, bet ir tėvą. Reikalingi namai motinoms darbininkėms. Kas pagaliau pagerbs šitokias motinas. Motinos Dienai ir Šeimos Savaitei Vykdomojo Komiteto premijų paskirstymo statutas. Trijų Pabaltijo Valstybių atstovų suvažiavimas. Pieno Lašo patarimai motinoms.

Kaunas, Aušros g. Nr. 26, tel. Nr. 23720.

II.

„KOVA SU DŽIOVA 1939“.

Turinys:

Dr. Jaquerod — **Kaip išvengti džiovos.** (D-ro Vyt. Damijonaičio visiems prieinamai išversta brošiūra, kuri dailiai „prancūziškai“ paaiškina svarbesniuosius džiovos klausimus).

Gyd. J. Marcinkus — **Netinkamumas mūsų vyrų karo tarnybai del tuberkuliozės ir kitų plaučių ligų.** (Del to kasmet atleidžiama iš kariuomenės apie 25 jaunuoliai kiekvienam tūkstančiui karių).

Gyd. V. Damijonaitis — **Kova su džiovos plitimu studentų tarpe.** (Reikalinga medic. komisija studentų sveikatai prižiūrėti, pigių valgyklų ir gydymui išteklių).

Dr. A. Didžiulis — **Kova su džiova Vilniaus krašte.** (Vilniaus — Trakų apskr. kovai su džiova skyrius turi važiuojamą su rentgeno aparatu dispanserį, kuris gerai aptarnaudavo 12 kovai su džiova sveikatos punktų)

Gyd. Br. Minelga — **Gyvenamųjų namų ir vaikų apkrečiamumo tuberkulioze duomenys.** (Alytaus mieste ir valsčiuje į tuberkulino skiepijimus atsiliepti teigiamai 23,7% vaikų, o Ariogalos miestelyje ir valsčiuje —26,2%. Autorius stato klausimą, ar tai ne del to, kad alytiškiai naudojasi erdvesniais butais, negu ariogaliečiai).

J. Žemgulys — **Kaulų džiovininkų darbo išnaudojimas.** (Reikią duoti darbo ilgai gulintiems, ypač kaulų džiova sergantiems, ligoniams kad jie geriau jaustųsi, greičiau sveiktų, kiek savo darbu atsilygintų už gydymą ir nelaikytų sanatorijų kalėjimu).

Gyd. J. Runkevičius — **Kovos su džiova trūkumai ir Sveikatos Departamento planai jiems šalinti.** (Sveikatos Departamento deklaracija).

Gyd. Vesputaitė-Makauskienė — **Latvijos, Estijos ir Suomijos sanatorijas aplankius.**

Med. stud. Avižonytė L. — **Kaip apsaugoti 1—2 metų kūdikius nuo apsikrėtimo džiova.**

Dr. A. Garmus — **Perdėta džiovos baimė.**

Dr. A. Garmus — **Džiova ir abortas.**

V. Didžiulytė-Albrechtienė — **O vis delto vaikų kolonijos.**

J. Šileikaitė — **DKT Kauno skyriaus Zuikinės vaikų vasaros kolonija.**

Dr. E. Šafas — **Rentgenografija kovoje su džiova.**

Dr. D. Jasaitis — **Įstatymai kovai su džiova.**

Dr. V. Lesnievskis — **Kova su džiova kaime.**

Prof. dr. V. Tuménienė — **Kaip kovoti su džiova Lietuvoje.** (Dr. J. Runkevičiaus straipsnio papildymas).

Įstatymo su džiova kovoti projektas.

Dr. K. Grinius — **Draugija kovai su Tuberkulioze 1924—1939** (15 metų veiklos paminėjimas).

Draugijos Kovai su Tuberkulioze veikla 1938—1939 metais. (C. Valdybos, Alytaus, Kauno, Panevėžio, Šiaulių, Tauragės skyrių veikla).

Kronika (Tėvynės sąjunga ir kova su džiova; kovojimas su džiova Vilniuje; Lietuvos klimatas ir džiovos gydymas; knygos — Dr. J. Mackevičaitės-Lašienės — Morfologinė endokrininių liaukų studija, ir endokrininės liaukos ir tuberkuliozė; ir dr. med. N. Vētra: Tuberkuliose un Mūsu Tautos Dzīvais Spēks. Rīga, 1939).

„Kova su Džiova“ eina nuo 1926 m. ir yra Draugijos Kovai su Tuberkulioze organas. Adresas: Kaunas, Mickevičiaus 11a, DKT Centro Valdyba, tel. 23348. *Dr. K. Gr.*

Kronika

Nekrologai.

× **Mirė.** 1) Berne (Šveicarijoje) — prof. dr. Fritz de Quervain, 72 metų amžiaus, chirurgas, T. Kocher'io mokinys. — 2. Hamburge — prof. dr. Wilhelm Kotzenberg, 67 metų amžiaus — ortopedas. — 3) Tokio (Japonijoje) — prof. Ino Kubo, laryngopatologas. — 4) Dr. Gmelin, diakoniečių ligoninės Jeruzalėje chirurgas. — 5) Prof. Spalteholz, 78 mt. amžiaus, žymus anatomas. — 6) Berlyne — prof. Soerensen, 77 m. amžiaus, žymus larynx'o chirurgas.

% **Lietuvoje mirė:**

1. **Gyd. Povilas Gogelis,** baigęs medicinos aukštuosius mokslus Lietuvoje 1938 metais, mirė 1939 metų pabaigoje Lekėčiuose, Šakių apskr., kur buvo užėmęs sveikatos punkto vedėjo vietą. Mirties priežastis — tuberculosis miliaris.

2. **Gyd. Ch. J. Fridbergas** mirė Šiauliuose 1940 m. sausio mėn. 14 d., sulaukęs 75 mt. amž. Plačiau apie velionį parašyta šiame „Medicinos“ num. 6—8 pusl.

AUKŠTASIS MEDICINOS MOKSLAS.

× **Med. gydytojo diplomą** yra gavę šie asmenys: Valerija-Birutė Beržinskaitė, Abromas Chazanas, Antanas Grigalauskas, Valentinas Plioplys, Volbergaitė-Sobolevičienė, Juozas Zambacevičius ir Marija-Elena Žiūrytė.

× **V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto asistentų reikalais:**

1. Gyd. Jonas Šegamogas išrinktas 3 metams chirurgijos klinikos jaun. asistentu.

2. Gyd. Jonas Neniškis išrinktas 3 metams akušerijos-ginekologijos klinikos jaun. asistentu.

3. Gyd. Jonas Mačys paliktas 3 metams dėstyti rentgenologijos kursą.

× **Doktoranto egzaminai leista laikyti:** gyd. V. Labokui, gyd. R. Masalskiui ir V. Paprockui.

× **Pakėlimas į docentus.** V. D. Un-to Medicinos Fakulteto Taryboje iškeltas klausimas apie priv.-doc. d-ro J. Kupčinsko pakėlimą į docentus. Šitam reikalui aptarti išrinkta speciali komisija.

× **Į V. D. Un-to Medicinos Fak-tą vilniečių priimta iš viso 84** (18 lietuvių, 33 žydai, 12 lenkų, 17 gudų, 2 rusai, 1 ukrainietis ir 1 karaimas).

KONGRESAI, DRAUGIJOS, ĮVAIRENYBĖS.

× **Institutas smegenims tirti** įsteigtas Kopenhagoje.

× **Drezdeno Higienos muziejus 1940 m. Prahoje** numato surengti parodą **„Gyvenimo stebuklai“**, kur lankytojų dėmesys būsiąs atkreipiamas į skyrių „Motina ir vaikas“.

× **Dovanos kovai su reumatu ir vaikų paralyžiumi.** Praėjusiais metais, švenčiant švedų karaliui 80 metų sukaktį, buvo surinkta 5 milijonai kronų dovanų, kurias pats karalius paskyrė kovai su reumatu ir vaikų paralyžiais. („M. m. Wschr.“ 2 nr.).

× **2 premijos iš von Eicken vardo premijų fondo** 1939 metais po 2000 Rm paskirtos už darbus iš anatomijos srities. Jas gavo prof. dr. Beck už darbą **„Morphogenie der Hirnrinde“** ir dr. Emil Tomutti už darbą **„Die Vitamin C Darstellung im Gewebe und ihre Bedeutung zum funktionellen Analyse von Hystosystemen“.** („M. m. Wschr.“ 1 nr.).

× **VII tarptautinis kovai su reumatu kongresas** bus New-York'e 1940 m. birželio 1—10 d.

× **III tarptautinis gastroenterologijos kongresas** įvyks Londone 1940 m. liepos mėn. 15—18 d.

× **Tarptautinis radiologijos kongresas** bus Berlyne 1940 m. liepos mėn. 31 d. — rugpiūčio m. 4 d.

× **Tarptautinis rasinės higienos kongresas** įvyks Vienoje 1940 m. rugpiūčio m. 26—28 d.

× **III tarptautinis mikrobiologijos kongresas** įvyks 1940 m. rugsėjo 2—9 New-York'e.

× **Tarptautinis plastinės chirurgijos kongresas** bus Paryžiuje 1940 m. spalių m. 5—7 d.

× **XII tarptautinis medicinos istorijos kongresas** numatomas Berlyne 1940 metais.

× **Tarptautinis chirurgų kongresas** numatomas Stockholme 1941 metais.

× **IV tarptautinis malarijos kongresas** būsiąs Romoje 1924 m.

× **IV tarptautinis neurologijos kongresas** numatomas Paryžiuje 1942 ar 1943 metais.

× **Sukaktuvės.** 1. Prof. Paul Uhlenhuth, Freiburge, sulaukė 70 metų amžiaus. 2. Prof. Eugling, higieninkas Vienoje, sulaukė 60 metų amžiaus. 3. Dr. Agnes Bluhm, eugeninkė, sulaukė 79 metų amžiaus. 4. Prof. dr. Denker atšventė 50 metų doktorizavimosi sukaktuves. 5. Julius Donath, Budapešto univ. nervų ligų prof., sulaukė 90 metų.

SVEIKATOS PUNKTŲ NAUJI MEDICINOS GYDYTOJAI.

Papildymas prie sveikatos punktų med. gydytojų sąrašo, įdėto „Medicinos“ 1938 m. 12 nr., 1048—1053 psl.

(Sveikatos Departamento duomenimis)

1. Alytaus apskr.

1. **Miroslave** sveik. punkto gyd. Isakas Moisiejus Rozengolcas.
2. **Stakliškėse** sveik. punkto gyd. Josifas Leizeris Dagovičius.

Nėra gydytojo Nemunaičio sveikatos punkte.

2. Biržų apskr.

1. **Krinčine** sveik. punkto gyd. Jaroslavas Blusevičius.
2. **Nem. Radviliškyje** sveik. punkto gyd. H. Maizelis.

Nėra gydytojo Daujėnų sveikatos punkte.

4. Kėdainių apskr.

1. **Baisogaloje** sveik. punkto gyd. Vincas Radzvilas.
2. **Josvainiose** sveik. p. gyd. Vanda Matutienė-Vilčinskaitė.

Nėra gydytojų Dotnuvos ir Žeimių sveikatos punktuose.

5. Kretingos apskr.

1. **Mosėdyje** sveik. punkto gyd. Mordchus Šmuelis.
2. **Salantuose** sveik. punkto gyd. Kunigunda Klovaitė.

6. Marijampolės apskr.

1. **Liudvinave** sveik. punkto gyd. Abelis Blazbergas.
2. **Sasnavoje** sveik. punkto gyd. Bruno Radauskas.

Nėra gydytojo Šilavoto sveikatos punkte.

7. Mažeikių apskr.

1. **Akmenėje** sveik. punkto gyd. Jonas Lelis.
2. **Laižuvoje** sveik. punkto gyd. Česlovas Norvila.
3. **Viekšniuose** sveik. punkto gyd. Benediktas Jankauskas.

Nėra gydytojo Klykolių sveikatos punkte.

8. Panevėžio apskr.

1. **Kupiškyje** sveik. punkto gyd. Stasys Ankudavičius.
2. **Ramygaloje** sveik. punkto gyd. Bron. Gaižiūnas.
3. **Rozalime** sveik. punkto gyd. Matilda Mišeikaitė.

Nėra gydytojų Naujamiesčio, Šimonių ir Vadoklių sveikatos punktuose.

9. Raseinių apskr.

1. **Šimkaičiuose** sveik. punkto gyd. Pranas Tarvydas.

Nėra gydytojo Šiluvos sveikatos punkte.

10. Rokiškio apskr.

1. **Panemunėlyje** sveik. punkto gyd. Levi Šteinas.
2. **Suvainiškyje** sveik. punkto gyd. Jechelis Geimanas.

Nėra gydytojo Južintų sveikatos punkte.

11. Seinų apskr.

1. **Veisėjuose** sveik. punkto gyd. Isakas Michelis Fainas.
Nėra gydytojų Budviečių ir Šventežerio sveik. punktuose.

12. Šakių apskr.

1. **Gelgaudiškyje** sveik. punkto gyd. Petras Gudynas.
2. **Plokščiuose** sveik. punkto gyd. Motelis Rochelzonas.
Nėra gydytojo Lekėčių sveikatos punkte.

13. Šiaulių apskr.

1. **Padubysyje** sveik. punkto gyd. Juozas Petrikonis.
2. **Šaukėnuose** sveik. punkto gyd. Tamara Jakubenecaitė.
3. **Šiauliuose** sveik. punkto gyd. Janina Bortkevičiūtė.
Nėra gydytojų Gruzdžių, Meškuičių, Skaistgirio, Staciūnų, Šakynos ir Šaukėnų sveikatos punktuose.

14. Tauragės apskr.

1. **Pajūryje** sveik. punkto gyd. Icikas Gurvičius.
2. **Vainute** sveik. punkto gyd. Jankelis Abelis Kiršas.
Nėra gydytojų Laukuvos ir Naumiesčio sveik. punktuose.

16. Trakų apskr.

1. **Aukštadvaryje** sv. p. gyd. Alina Minkevičienė-Astrauskaitė.
2. **Kruonyje** sveik. punkto gyd. Vytautas Kišonas.

17. Ukmergės apskr.

1. **Pagiryje** sveik. punkto gyd. Nachamas Glezeris.
2. **Taujėnuose** sveik. punkto gyd. Sofija Būgaitė.
3. **Vepriuose** sveik. punkto gyd. Ruvimas Šapiras.
Nėra gydytojo Žemaitkiemio sveikatos punkte.

18. Utenos apskr.

1. **Skiemonyse** sveik. punkto gyd. V. Rafas.
Nėra dygytojų Daugailių, Inturkės ir Kuktiškės sveikatos punktuose.

19. Vilkaviškio apskr.

1. **Vištytyje** sveik. punkto gyd. Vytautas Malakauskas.
Nėra gydytojų Gižų ir Žaliosios sveikatos punktuose.

20. Žarasų apskr.

Nėra gydytojų Antazavės, Degučių ir Smalvų sveik. p-tuose.

× **Prie sveikatos punktų būsiančios įrengtos mažos ligoninės** po 5—6 lovas. Tose ligoninėse pirmiausia manoma guldyti silpnos gimdyvės, o esant laisvų vietų ir kiti ligoniai.

V. R. M. SVEIKATOS DEPARTAMENTO APLINKRAŠTIS NR. 2405.

apskričių ir miestų gydytojams.

Tenka pastebėti, kad ne visi gydytojai savo iškabose, blankuose, receptuose ir kt. prisilaiko Medicinos gydytojų praktikos įstatymo (V. Ž. 498, eil. 3465), kur aiškiai pasakyta:

§ 7. **Gydytojas gali vadintis mokslo laipsniu ar titulu, kurį jis yra įgijęs įstatymu nustatyta tvarka** ir

§ 8. **Gydytojas gali vadintis medicinos srities specialistu, įsigijęs tą vardą Vidaus Reikalų Ministro nustatyta tvarka** (žiūr. Gydytojo specialisto vardui įsigyti taisykl. V. Ž. N.r 526 ir pakeitimas V. Ž. Nr. 656).

Todėl prašau įspėti p. p. gydytojus, kad laike 4 savaičių nuo šio rašto paskelbimo, savo iškabas ir blankus sutvarkytų pasiremiant turimais dokumentais, o turintieji teisę specialybei, pasirūpinti ją gauti.

Be to, panaikinus Aukštojo mokslo teisių įstatymui vykdyti taisykles (V. Ž. 395), kur § 10 buvo pasakyta: **„Asmens, kurių diplomus Švietimo Ministeris patvirtina, gali naudotis Lietuvoje visomis aukštojo mokslo baigimo teisėmis, bet mokslo laipsnių titulus (daktaro, licenciato) šie asmens gali rašyti prie savo vardo-pavardės, ar kitų titulų tik nurodydami tą užsienio mokyklą, kurioje mokslo laipsnio titulas gautas“**, nebeleidžiama toliau savo iškabose skelbti užsienių mokyklose įgytus mokslo laipsnius, jei jis nėra oficialiai pripažintas mūsų Universiteto Medicinos Fakulteto. Užsienyje baigusiems medicinos ir odontologijos mokslus, nežiūrint kokiu titulu ar laipsniu būtų baigę, leidžiama vadintis tik gydytoju (medic., dantų).

Nesusitvarkiusiems per nurodytą laiką savo iškabų, bus taikoma Medic. gydyt. prakt. įstat. (V. Ž. 498) § 19, t. y. baudžiami pinigine pabauda iki 500 litų.

Mickus
Departamento Direktorius.

Gyd. V. Kviklys
Medicinos ir Sanitarijos
Referentas.

MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Reikalingi gydytojai:**

1. Panevėžio apskr.: **Naujamiesčio, Šimonių ir Vadoklių** sveikatos punktams.
2. Raseinių apskr.: **Šiluvos ir Šimkaičių** sveikatos punktams.
3. Šakių apskr.: **Lekėčių** sveikatos punktui.
4. Šiaulių apskr.: **Gruzdžių, Meškuičių, Skaisgirio, Staciūnų, Šakynos ir Šaukėnų** sveikatos punktams.

× **D-ras Alf. Šidlauskas** nuo š. m. vasario mėn. 15 d. paskirtas Vilniaus geležinkeliečių ligoninės Direktorium.

× **Vilniaus vidurinių mokyklų ambulatorijos** gydytojais paskirti: d-ras Umbrasas ir d-ras Karužaitė-Horodničienė.

× **Gyd. Mykolas Gaidys,** Vilnaius šv. Jokūbo ligoninės vyr. ordinatorius, 1920 m. buvo mobilizuotas į Lietuvos kariuomenę, V. 30 d. gavęs 1 dieną atostogų motinai aplankyti, iš kariuomenės dezertyravęs. Neseniai jam buvo iškelta byla ir kariuomenės teismo jis nubaustas 12 me.ų sunkiųjų darbų kalėjimo.

× **Gydytojo atlyginimo taksos nelaimingais atsitikimais Vid. Reik. Ministro pakeistos šitaip:**

	Vilniuje ir Kaune	Kitose Lietuvos vietose
1. Už liudijimą apie darbininko sužalojimą:		
a) Gydytojui dalyvavus nelaim. atsitikimo vietoje	15 lt.	10 lt.
b) Gydytojui nedalyvavus nelaimingo atsitikimo vietoje surašant protokolą, bet tik vėliau apžiūrėjus ir surašius liudijimą	10 lt.	5 lt.
2. Apskričių ir miestų gydytojams už nustatymą del nelaimingo atsitikimo darbininko nustoto darbingumo procento	10 lt.	5 lt.

× **Lodzės gydytojų rūmai.** Vokietijos reicho gydytojų rūmai įsteigė Lodzėje savo įstaigą, kurioje visi tos rūšies gydytojai turi užsirašyti. Tik užsirašiusieji galėsią dirbti. Be gydytojų rūmų žinios taip pat negalėsią vietą pakeisti ar darbą visai mesti. („M. m. W." 1940, 1 nr.).

× **Svetimšaliai gydytojai Francūzijoje.** Francūzijoje, užfrontėje, daug dirba gydytojų svetimšalių, o francūzai gydytojai fronte. Sennos departamente dirba apie 266 gydytojai, daugiausia žydai iš Balkanų valstybių. („M. m. W." 1940 m. 1 nr.).

× **Dr. Merhoff,** Montevideo m. ligoninės vyr. gydytojas, klaidingai liudijęs, kad anglai kovos metu su šarvuočiumi „Adm. Graf Spee" vartoję nuodingas dujas (specialinė Uragvajaus gydytojų komisija negalėjusi šito patvirtinti), atleistas iš savo tarnybos ir dar galįs būti patrauktas tieson.

AKUŠERIŲ REIKALAIS.

× **Reikalingos akušerės:**

1. Panevėžio apskr.: **Rozalimo, Šimonių** ir **Vadoklių** sveikatos punktams.

2. Raseinių apskr. **Šimkaičių** sveikatos punktui.

3. Šiaulių apskr.: **Gruzdžių, Skaisgirio, Šakynos** ir **Užvenčio** sveikatos punktams.

SVEIKATOS REIKALAIS.

× **Sveikatos Departamento žinios apie limpamąsias ligas Lietuvoje 1939 m. gruodžio mėn.:** typhus abdom. 80 (7), paratyphus 3, typhus exanthem. 2, morbilli 71, scarlatina 125, pertussis 79, diphtheria 250 (2), influenza 229, erysipelas 41, poliomyelitis et poliencephalitis ac. 3, meningitis cerebro-spin. epid. 3 (1), tetanus 2 (1), tuberculosis 121 (7), venerinėmis ligomis (lues 70, gonorrhoea 306) 376, varicella 77, trachoma 129, febris puerper. 5, septicopyaemia 4 (2), scabies 10.

× **Japonijoje rengiamas privalomo sterilizavimo sergantiems paveldimomis ligomis įstatymas.** Yra įsteigtas ir rasinės higienos institutas. Gausingos šeimos iki 10 vaikų būsiančios apdovanojamos.

× **Italijos rasinės higienos įstatymas** veikia jau ir jos kolonijose, paliesdamas tiktai ariškos kilmės gyventojus. („M. m. W." 1940 m. 2 nr.).

× **Francūzijoje mirimai** prašoka gimimus kasmet 14.000. Gimimai nuo 1876 m. sumažėję nuo 1.022.000 iki 616.000 (1939 metų). („M. m. Wschr." 1940 m. 2 nr.).

× **Afganistane siaučianti choleros epidemija.** („M. m. Wschr." 1940 m. 3 nr.).

× **Vokiečių gimimų skaičius** praeitais metais pasiekęs 21,0/1000. („M. m. Wschr. 1 nr.).

× **Nenormalių kūdikių registracija Vokietijoje.** Vokietijoje, Vid. Reik. ministro parėdymu, visi gimusieji nenormalūs kūdikiai turi būti pranešti valdžios gydytojui. Taip pat pranešami iki 3 metų amžiaus pastebėti apžiūrint nenormalūs vaikai. (M. m. Wschr 1 nr.).

× **Barbiturinės rūgšties preparatai.** Vokietijoje visi barbiturinės rūgšties preparatai nuo š. mt. kovo 1 d. bus išdavinėjami tik gydytojų receptais, juose pažymint vienkartinį ir dieninį daviną. Dietyl, dialyl, dibrompropyldietyl barbiturinės rūgšties preparatai negalima pakartoti. Kiti barb. rūgšties preparatai galima kartoti iki 6 mėn., jei tik nėra gydytojo užginta. („M. m. Wschr." 1 nr.).

× **Homeopatiniai vaistai** Argentinoje užginta pardavinėti vaistinėse. („Med. Klin." 1939 m. 51 nr.).

× **Klaipėdoje nauja ligoninė su 500 lovų** manoma statyti. („M. m. Wschr.“ 2 nr.).

× **Leipcigo žydų ligoninė** perleista to miesto vokiečių ligoninei. Žydams gydyti numatoma įsteigti atskira būstinė prie tos ligoninės. („M. m. Wschr.“ 1 nr.).

× **Mediciniška pagalba suomiams.** Švedų Raud. Kryžius yra parengęs keletą ambulatorijų po 100 lovų suomiams, taip pat rūpinąsis ir suomių vaikais. Danai rengiąsi pasiųsti į suomių užfrontę 100 gydytojų ir 200 gail. seserų. Am. Jungt. Valst. Raud. Kryžius paskyręs 3 milijonus dolerių, o Šveicarijos taryba — 100.000 frankų. („M. m. Wschr.“ 3).

× **Motorizuotoji ligoninė Vokietijoje.** DNB žiniomis vokiečių Raud. Kryžius grįžtantiems iš Rytų fronto kariams įrengė moderniškai aprūpintą motorizuotąją ligoninę. Joje dirba apie 100 žmonių ligoninės personalo ir gali sutilpti 300 ligonių. Visiems 32 barakams, prietaisams ir personalui vežioti yra specialūs sunkvežimiai automobiliai ir motociklai. Ligoninė veikianti 2000 km spinduliu. (Elta).

× **Prof. Smorodincev'o gripo gydymo būdas.** 1939 metų pradžioje Maskvoje profilaktikos tikslais buvo pritaikytas prof. Smorodincev'o būdas gripui gydyti. Šituo būdu buvo duodama įkvėpuoti priešgripino serumo garų. Antivirusu, pgamintu iš Pfeiffer'io ir kitų nosiaryklės gleivėse randamų bacilų kultūrų Mečnikov'o bakteriologiniame institute, taip pat mėginta gydyti gripas pipete įlašinant tos medžiagos į nosį. („Vrač. Delo“ 1939, 12 nr.).

× **Prof. Gasanov'o aparatas eritrocitams skaičiuoti.** Prof. S. M. Gasanov sugalvojo aparatą „eritrocimetrą“ eritrocitams skaičiuoti ir užrašyti mechaniškai. Šitas aparatas turįs 8 rodykles, kuriomis spaudžiant mygtukus, ir skaičiuojama.

× **Prof. Abdulajev (Rusijoje) trachomos sukomplikuotas akis** gydąs lavonų konservuotų akių audinių transplantacija (padaręs 90 operacijų) („Vrač. Delo“ 1939, 10—11 nr.).

× **Sov. Rusijos sveikatos komisariatas paskelbęs konkursą** pagaminti aparatūrą netiesioginiam citruoto ir šviežio kraujo perpylimui. Premijos skiriamos šitokios: I-jai 5.000 rublių, II-jai 3.000 rublių ir III-jai 2.000 rublių. („Vrač. Delo“ 1939, 10—11 nr.).

× **Kova su trachoma SSSR.** Sov. Rusijoje dabar dirba kovoje su trachoma 2.752 gyd. — akių specialistai. Jau yra įsteigti 2.558 akių kabinetai miestuose, 199 gydymo punktai rajonuose ir 3.850 kaimo trachominiai punktai. Akių ligoniams yra 10.000 lovų. Susirgimai trachoma mažėją. („Vrač. Delo“ 1939, 9 nr.).

× **Indijoje iš 1000 gimdyvių miršta 24,5.** Iš viso per metus miršta 200 tūkstančių gimdyvių. („Vrač. Delo“ 1939, 9 nr.).

× **Japonijoje mažėjąs natūralus gyventojų prieauglis,** o didėjąs mirtingumas; gimimai 1937 m. pamažėję 19%, o 1938 m. — 22%. („Vrač. Delo“ 1939, 9 nr.).

× **Anglijoje 1901 m. mirę nuo vėžio** 835 iš 1 milijono gyventojų, o 1937 m. — 1624/1 milij. Kasmet išmiršta nuo vėžio 74.000 gyventojų.

× **Abortų Anglijoje** padaroma kasmet 110.000—150.000.

× **Italijoje kūdikių iki 1 mt. amžiaus mirtingumas** didėjąs, pvz., 1934 m. siekęs 98,7/1000, o 1937 — 109,4.

× **Viešosios Sveikatos kursai.** Korp. „Ąžuolas“ iniciatyva ir Med. Fak-to dekano bei Sveik. Departamento pritarimu rengiami Viešosios Sveikatos Kursai studentams ir gydytojams, atidaryti kursų globėjo

doc. dr-o Šopausko š. m. vasario 9 d. Paskaitos vyksta Med. Fakultete, didž. auditorijoje antradieniais, trečiadieniais, ketvirtadieniais 18 val.

Kursuose skaitomos šios paskaitos:

1. Dr. Kviklys: Mediko-sanitarinė organizacija Lietuvoje;
2. Prof. V. Lašas: Kaimo gyventojų mityba;
3. Dr. Kviklys: Kaimo gyventojų sanitarinio švietimo planas, priemonės ir metodės;
4. Dr. Labokas: Priešcheminė apsauga kaimo sąlygomis;
5. Prof. Pr. Mažylis: Moterų ligos ir profilaktika kaime;
6. Dr. A. Birutavičienė: Kūdikių ir mažų vaikų sveikatos reikalai kaime;
7. Prof. B. Sidaravičius: Kova su veneros ligomis ir alkoholizmu;
8. Dr. J. Runkevičius: Džiova Lietuvoje;
9. Dr. J. Marcinkus: Trachoma kaime;
10. Dr. Girdzijauskas: Kova su užkrečiamomis ligomis;
11. Dr. Kviklys: Krašto sanitarinis kultūros ugdymas per mokyklas;
12. Prof. Oželis: Lietuvos gyventojų sveikatos reikalai statistikos šviesoje;
13. Doc. J. Šopauskas: Profesinė ūkininkų higiena;
14. Dr. K. Grinius: Beturčių džiovininkų naminis globojimas;
15. Dr. Kviklys: Filmų ir epidiaskopinių paveikslų demonstravimas kaime.

× **Del Panevėžio apskr. sav-bės ligoninės gaisro,** ištikusio š. mt. II. 19 d., daugiausia nukentėjo vidurinis ligoninės korpas: išdegė kai kurių palatų antrojo aukšto lubos ir vidaus medinės pertvaros; gerokai nukentėjo gimdymo ir chirurgijos skyrių įrengimai; menkai nukentėjo operacinė ir kairiojo korpo palatos. Rentgenas, taip pat ir kiti aparatai bei instrumentai išsaugoti. Dešinysis korpas išliko visai sveikas. Gaisras ištikes del elektros laidų susijungimo pastogėje. Nuostolio padaryta apie 100.000 litų. Ligoniai laikinai pergabenti į mergaičių gimnaziją.

× **Sveikatos reikalai Alytuje.** Darbo rūmų kultūrklubis gruodžio 10—17 d. savo patalpose suruošė sveikatos savaitę. Paskaitas skaitė: dr. Kilis, dr. Kudirka, dr. Meky, dr. Kaminskas, dr. Mockevičius. Paskaitose buvo kalbama apie džiovą, abortus, trachomą, buto, kūno odos higieną ir priežiūrą, venerines ligas, vaikų priežiūrą ir alkoholį.

× **Sanitarinės paskaitos ir filmos Vilniaus policijai.** Sveikatos departamentas suruošė sanitarines paskaitas ir filmas kion „Forum" alėje į Vilnių išvykstančiai policijai. Pranešimus apie Vilniaus krašto sanitarinę būklę ir apie infekcines ligas darė Sveikatos dep-to Medicinos ir sanitarijos ref. gyd. Kviklys ir Sveikatos dep-to Venerinių ligų reikalams gydytojas dr. Juškys. Po pranešimų buvo pademonstruotos filmos apie vidurių šiltinę, švarą ir venerines ligas.

× **Angina pectoris chirurgiškas gydymas.** Maskvoje dr. E. Šagbazian sergančiam angina pectoris prie širdies prisiuvąs gausų indais audinį, kuris priaugąs prie širdies ir tuo būdu pagerinąs kraujo širdies apytaką.

× **Danijoje įsiregistravę 30.000 kraujo davėjų.** Karo ministerijai padarius atsišaukimą į visuomenę. („M. m. W." 1939 m. 52 nr.).

× **Gumbinės apskrityje uždrausta be gydytojo recepto pardavinėti eteris.** Tuo norima užkirsti kelias išsiplatinusiam papročiui gerti anodiją. („M. m. W." 1939 m. 50 nr.).