MEDICINA

žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XXI met. | 1940 m. kovo mėn. | Nr. 3

Priv.-doc. dr. J. Kupčinskas.

Keletas kardiopatijų problemų.

I.

Širdies ligos ir nerviniai sutrikimai.

(Iš V. D. Un-to Vidaus ligų klinikos. Vedėjas prof. dr. P. Gudavičius).

Širdies pakitimai nepasireiškia izoliuotai nuo viso organizmo. Svarbesniųjų vidaus organų patologiją lydi įvairūs antraeiliai organų procesai. Ypač glaudžiai susiję kraujo apytakos organai su nervų sistema. Vieni iš pirmųjų simptomų, kuriais širdies ligoniai pradeda išsiskirti iš sveikųjų tarpo, priklauso prie neuropsichinių reiškinių. Šitie ligoniai, iki pasireiškiant lengvai pastebimiems simptomams, neretai gydytojų būna laikomi neurastenininkais.

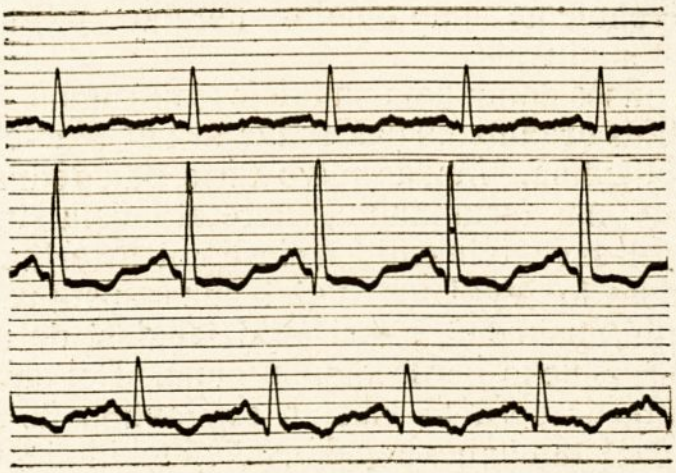
Iš nervų pusės dominuoja padidėjęs jautrumas. Ligoniai dažnai junta mažus organizmo pakitimus ar net fiziologišką vidinių organų funkcijavimą. Mažas pilvo tūrio padidėjimas po valgio jiems sudaro žymų apsunkinimą; neretai jaučia širdies plakimą ir gali skaityti savo tvinksnį neliesdami arterijų. Jautrumas aplinkinio pasaulio įvykiams lygiai būna sustiprėjęs. Greitai pyksta, verkia, nusimena, bijosi ar džiaugiasi del jam nereikšmingų įvykių ar nieko nereiškiančių žinių. Del savotiškai jautraus reagavimo ir perdėto jausmų svyravimo jie kartais būna įkyrūs savo pažįstamiems, nepaklusnūs mokiniai savo mokytojams, nepatikimi pareigūnai savo viršininkams.

Ryškiau pasireiškiant organiškiems pakitimams ir silpnėjant ligonio jėgoms, neuropsichiniai reiškiniai ne taip aiškiai dominuoja, bet ir silpni ligoniai šituo atžvilgiu išsiskiria iš kitų tarpo. Neramūs, bent kiek pajėgdami, lipa iš lovos, nesilaiko gydytojų nurodymų ir nežiūrint perspėjimo jie kartais ir miršta tik išlipę iš lovos, ar mėgindami pasivaikščioti. Nesuklysiu tvirtindamas, kad beveik visi širdies ligoniai yra neurastenininkai, bet ne visi neurastenininkai gali būti laikomi širdies ligoniais.

Neurastenija nėra visų mėgiamas teminas. Ji, pasak M. Montassut'o, gimusi su Beard'u, pašventinta Charcot'o ir puikiai iliustruota jo mokyklos, mirusi prieš 20 metų. Jis siūlo vartoti naują terminą: „konstitucinė depresija". Tačiau pats autorius savo darbe dažniau vartoja seną, tariamai mirusį terminą, kaip bet kurį naują. Pavadinimo pakeitimas — nedidelis atradimas ir nuo vartojimo įprastų terminų nevisuomet naudinga atsisakyti.

Kardiopatijų pradžioje yra nelengvas uždavinys atskirti neurasteniją, kaip atskirą, savarankišką susirgimą nuo neuropsichinių širdies ligonių simptomų. Priminsiu keletą atsitikimų, kur teisinga diagnozė, nepadarius specialių tyrimų, nebūtų lengva nustatyti.

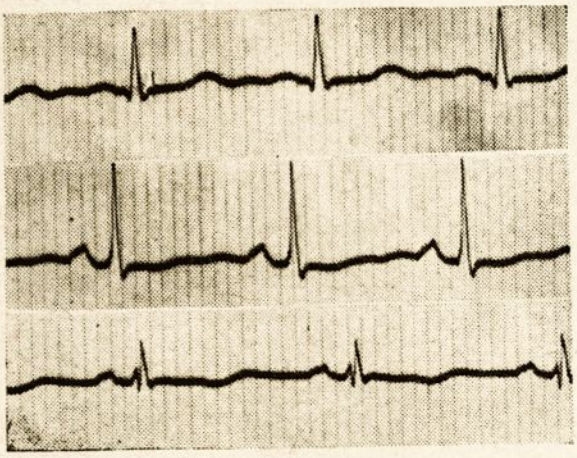
1. Ligonė *K. S.* (ligos ist. 3.729 nr.), 32 m. amž., atsigulė į kliniką 1939 m. IX. 11 d., skųsdamasi bendru silpnumu ir širdies plakimu. Šlapimų, skrandžio sulčių, kraujo įvairūs tyrimai jokio nukrypimo nuo normos neparodė. Širdies ribos normalios. Tonai švarūs. Kraujospūdis 130/85. Be tachikardijos (apie 100 per minutę), jokių tiesioginių širdies susirgimo simptomų nerasta. Labai ryškūs neuropsichiniai simptomai. Sausgyslių refleksai pakilę. Ligonė labai jautri, prislėgtas ūpas, mano labai sunkiai serganti, kartais atsisako priimti valgį. Šeimoje dažnai kylą konfliktų. Išvykdama dar skundėsi klinikos vedėjui, kad palatos gydytojas ją blogai gydęs. Padarius elektrokardiogramą, rasta (žiūr. 1 atvaizdą): sinusinis ritmas; *P* dant. teigiami; *PQ* = 0,12; *QRS* = 0,07; T_1 visai žemas, T_2 ir T_3 neigiami. Tarpinė dalis, ypač II der., eina žymiai žemiau *O* linijos. Aiškiai pakenktas myokardas.



1 atvaizdas.

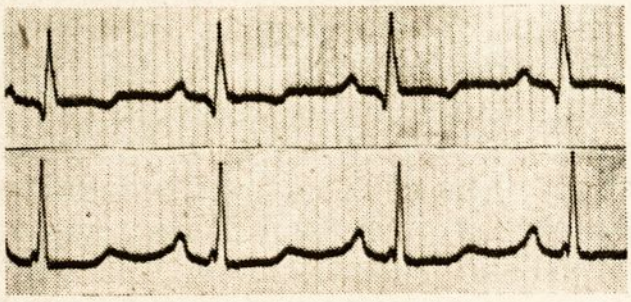
2. Ligonė *M. J.* (ligos ist. 915 nr.), 34 m. amž., atsigulė į kliniką 1939 m. III. 22 d., skųsdamasi silpnumu ir strėnų skausmais. Ligonė labai nerviška. T° 36,°8—37,°2. Kraujospūdis 130/80, širdies ribos (rentgenologiškai) normalios, tonai kiek dusloki. Eritrocitų nusėdimas per 1 val. 10. Šlapimai nepakitę. WaR neigiama. Hb 75. Stuburas nepakitęs. Elektrokardiogramą (žiūr. 2 atvaizdą): sinusinis ritmas; *PR* = 0,15 sek.; *QRS* = 0,07 sek.; T_1 žemas, T_2 beveik nepasireiškęs, T_3 neigiamas. Tarpinė dalis II ir III der. kiek žemiau *O* linijos. Elektrokardiograma rodo

myokardo pakenkimą. Per 10 dienų gydant nearson'o injekcijomis ir liq. ferri album. ligonės sveikata pagerėjo subjektyviai ir objektyviai, elektrokardiogramoje II der. *T* dantelis tapo aukštesnis.



2 atvaizdas.

3. Ligonis *A. B.* (ligos ist. 2.465 nr.), 46 m. amž., atsigulė į kliniką 1939 m. VI. 10 d., skųsdamasis greitu pavargimu. Kartais galįs toli nueiti nepavargęs, kartais gana greitai pavargstąs. Tarnyboje ir namuose nervuojąsis del smulkmenų. Geros mitybos. T° normali; Hb 95. Šlapimai nepakitę. WaR neigiama. Eritrocitų nusėdimas per 1 val. 2, per 2 val. 3. Kraujospūdis 145. Širdies tonai švarūs, tvinksnis ritmiškas, širdies ribos kiek išsiplėtusios į kairę ir į dešinę pusę. Elektrokardiograma (žiūr. 3 atvaizdą): sinusinis ritmas; *PR* = 0,16 sek; *QRS* = 0,08 sek.; T_1 neigiamas, T_2 ir T_3 kiek teigiami. Tarpinė dalis I ir II der. žemiau *O* linijos. Elektrokardiograma nurodo kairiosios širdies vainikinių arterijų nepakankamumą.

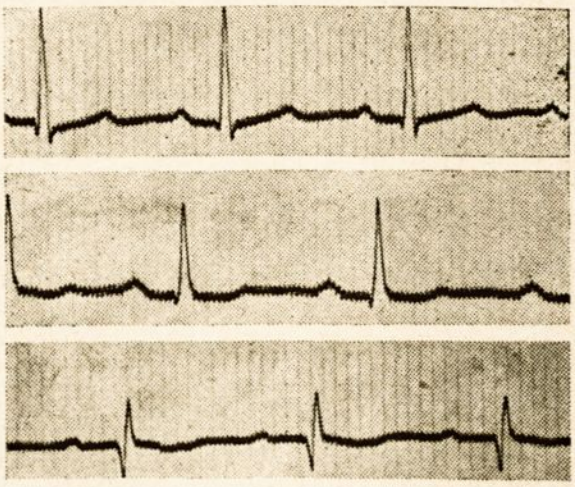


3 atvaizdas.
I ir II derivacija.

4. Ligonis *A. K.* (ligos ist. 5.008 nr.), 44 m. amž., atvyko į kliniką 1939 m. XII. 13 d., skųsdamasis nemiga, dideliu jautrumu, bloga atmintimi, bendriniu silpnumu. Vidutinės mitybos. T° normali. WaR neigiama. Hb 110; eritr. nusėdimas per 1 val. 2, per 2 val. 4. Šlapimai ir skrandžio sunka nepakitę. Tvinksnis ritmiškas, 64 per min. Kraujospūdis 135/75. Širdies ribos (rentgenologiškai) normalios. Tonai kiek dusloki. Elektrokardiograma: sinusinis ritmas; *PR* = 0,23 sek.; *Q* kiek nusileidęs. Kitų pakitimų elektrokardiogramoje nėra. Pakenktas jaudinimų laidumas del difuziškų myokardo pakitimų.

5. Ligonė *M. S.* (ambul.), 38 m. amž., skundžiasi silpnumu, dideliu jautrumu, širdies plakimu. Greitai išsigąstanti ir jaudinantisi. Sausgys-

lių refleksai pakilę, aptukusi. Temp. subfebrilė. Širdies ribos kiek išsiplėtusios į abi puses. Tvinksnis ritmiškas. WaR neigiama. Eritrocitų nusėdimas per 1 val. 12. Elektrokardiograma (žiūr. 4 atvaizdą): sinusinis ritmas; PQ = 0,22 sek., Q_3 = žemai nusileidęs, R_3 žemas; S_1 trumpas, S_2 ir S_3 nepasireiškę; T_1 žemas, T_2 beveik nepasireiškęs, T_3 kiek neigiamas. Tarpinė dalis II ir III der. kiek žemiau O linijos. Elektrokardiograma būdinga myokarditui. Paskirta cardiaca, roborantia, B_1 vitaminas, poilsis. Per metus pasveiko.



4 atvaizdas.

Didelė dauguma tokių atsitikimų nepakankamai ištyrus būtų priskiriama prie nervų ligonių, o elektrokardiograma parodo žymius širdies raumens ar vainikinių arterijų pakitimus. Ypač tipiškų neurozininkų įspūdį darė 1, 2 ir 4 atsitikimai. Tokių ligonių gydymas ir traktavimas dažnai būna klaidingas.

Nemaža pasitaiko širdies ligonių neaiškiais organiniais simptomais. Pirmiausia priminsiu mitralinę stenozę. Ji yra viena iš dažniausių širdies ydų, pasitaikanti dažniau moterims, negu vyrams. Apie šitą susirgimą sprendžiame iš silpno tvinksnio, kairiojo prieširdžio ir dešiniojo skilvelio padidėjimo, presistolinio arba diastolinio ūžesio, garsaus I tono ties viršūne, II tono skilimo ir akcentuoto II tono ties art. pulmonalis. Kiek ryškiais simptomais pasižymi šitas susirgimas savo plytėjimo aukštumoje, tiek nepatikimi objektyvūs reiškiniai sutinkami ligos pradžioje. Širdies dydžio ir formos pakitimų negalime konstatuoti, kol hipertrofavęs prieširdis sugeba kompensuoti vožtuvų pakitimus. Kairiojo prieširdžio hipertrofija rentgenologiškai nėra konstatuojama. Pasirėmę rentgenologiškais duomenimis, mes negalime paneigti mitralinės stenozės galimumo. Nedaug išsiplėtus kairiajam prieširdžiui, perkusijos būdu šitą pakitimą nekonstatuosime; rentgenologiškai tirdami taip pat galime nerasti jokių pakitimų, jei padarysime peršvietimą ar rentgenogramą vien frontaline plokštuma. Kairysis prieširdis yra užpakalinėje širdies dalyje ir mažesni pakitimai

stebint iš priekio gali likti nekonstatuoti. Tiriant širdį rentgenologiškai nereikia pamiršti apžiūrėti širdies šešėlio įstrižinėmis padėtimis, ypač pirmąja, kur kairysis prieširdis yra geriausiai matomas.

Auskultuojant ligos pradžioje ūžesių gali nebūti. Vėliau pasireiškia presistolinis ūžesys, susijęs su sustiprėjusia prieširdžio funkcija. Kai kairysis prieširdis daugiau išsiplečia ir raumuo nusilpsta, jo stumiamoji galia mažėja ir presistolinis ūžesys pranyksta, o jo vietoje atsiranda diastolinis. Tačiau, pranykus presistoliniam ūžesiui, diastolinis gali neatsirasti ir turėsime toli nuėjusią stenozę be jokių ūžesių. Tačiau šitoje fazėje, daugelis kitų simptomų nurodo mitralinės stenozės buvimą.

Ambulatorinėje praktikoje nenustatytos mitralinės stenozės atsitikimai nėra reti. Priminsiu vieną reumatininką, kuris, ūminiam reumatui pagerėjus ir ligoniui pradėjus dirbti, staiga apalpo ir pradėjo nevaldyti vienos kūno pusės. Hemiplegija greitai praėjo ir iš provincijos atvyko į Kauną išaiškinti, kas buvo per priepuolis ir kaip reikia gydytis. Sprendžiant iš ligonio pasakojimo, jam buvęs pripažintas nervų gripas, nes nesant ūžesių apie mitralinę stenozę ir galimą emboliją nebuvo pagalvota. Ambulatorinėje praktikoje neretai neradus ūžesių širdies vožtuvai palaikomi sveikais, tačiau toks galvojimas yra klaidingas.

Širdies tonų pakitimai stenozės pradžioje gali nepasireikšti. Sustiprėjęs pirmas tonas ties širdies viršūne yra būdingas mitralinės angos susiaurėjimui, bet ir, laikinių širdies funkcijos sutrikimų atveju sutrumpėjus sistolei ir nepakankamai prisipildžius skilveliams, pasidaro per garsus pirmasis tonas. Akcentuotas antrasis tonas II-me tarpšonkauliniame tarpe iš kairės nepasireiškia, kol nepakyla kraujospūdis mažajame kraujo apytakos rate. Šito simptomo galime nerasti ligos pradžioje, kai angos susiaurėjimas būna nežymus, taip pat jis gali pranykti ligos aukštumoje, kai, išsiplėtus dešiniajam skilveliui ir atsiradus trikuspidalinių vožtuvų reliatyviam nepakankamumui, kraujospūdis mažajame rate sumažėja.

Del kai kurių objektyvių simptomų nepasireiškimo kartais tokios mitralinę stenozę turinčios moterys laikomos simulantėmis ar neurastėninininkėmis. Latentinė stenozė nustatyti neįmanoma, bet šitoje ligos fazėje širdies funkcija būna pakankama ir vožtuvų ydos nežinojimas pacientams gali būti net naudingas. Pasireiškus kairiojo prieširdžio išsiplėtimui, mitralinė stenozė akylai tiriant galima diagnozuoti, jei ieškosime ne vieno bet kurio simptomo, bet visų šitam susirgimui būdingų pakitimų.

Ne kiekvienas ūžesys nurodo vožtuvų pakitimus. Gali būti funkciniai ūžesiai sveikiems asmenims, kuriuos, kaip nurodo Scherf, turi apie 20% naujokų. Jie atsiranda del pa-

greitėjusio kraujo tekėjimo anemijų atveju, del sustiprėjusio širdies darbo ar nervinių tachikardijų. Iš garso pobūdžio negalima atskirti funkcinio ūžesio nuo organinio, nes mitralinių vožtuvų nepakankamumo atveju, pareinamai nuo vožtuvų pakitimų ir širdies funkcijos gali pasireikšti įvairaus tipo ūžesiai, kurie gali būti visiškai panašūs į funkcinius. Funkcinis ūžesys geriau girdimas stovinčiam, o mitralinio nepakankamumo atsitikimais — gulinčiam, tačiau šitai taisyklei būna išimčių.

Svarbu patikrinti tonai, nes, jei ūžesiai pasitaiko sveikoje širdyje, tai širdies tonai turi būti nepakitę. Mitralinio nepakankamumo atveju turėsime akcentuotą antrąjį pulmoninį toną ir susilpnėjusį arba pranykusį pirmąjį toną ties širdies viršūne. Tipiškais atsitikimais mitralinių vožtuvų nepakankamumas lengva nustatyti auskultacijos pagalba, bet šitų pakitimų pradžioje II-asis pulmoninis tonas gali būti nesustiprėjęs, o I-ojo tono ties viršūne pakitimų galima nerasti,, jei kartu su nepakankamumu bus ir mitralinė stenozė. Todėl naudojantis vien ausimis susirgimo pradžioje negalima nustatyti mitralinio nepakankamumo. Radus sistolinį ūžesį, reikia patikrinti, ar yra išsiplėtęs kairysis prieširdis, kas mitralinių vožtuvų nepakankamumo atveju pasireiškia labai anksti.

Antras, kartais sunkiai diagnozuojamas, širdies susirgimas bus myokarditas, kuris ne taip retai pasitaiko. Subjektyvūs nusiskundimai yra daugiau nervinio pobūdžio. Kiek būdingesnis yra skundimasis skausmais ir dūrimu širdies plote, širdies plakimu, tačiau šitų negalavimų gali nebūti.

Objektyvūs ligos simptomai, be bendrinio pobūdžio negalavimų, nėra gausūs. Širdies padidėjimas pasitaiko gana retai, paprastai sunkių myokardito formų atveju. Auskultuojant gali būti girdimi švarūs tonai. Ekstrasistolės ir kiti širdies ritmo sutrikimai ne visada pasireiškia. Patikimų duomenų duoda elektrokardiograma, tačiau jei šita kreivė pasirodys nenukrypusi nuo normos, negalima pasakyti, kad nėra myokardito. Iš kitų neurastenininkų tarpo šituos ligonius išskiria pakilusi temperatūra, širdies funkcijos nusilpimas ir dažnai pagreitėjęs eritrocitų nusėdimas. Tat nėra patognomiški simptomai ir mažesni myokardo pakitimai gali likti nenustatyti. Tačiau, akyliau tirdami, paprastai iš daugelio galimų simptomų surandame keletą būdingų reiškinių.

Vainikinių arterijų sklerozės ir nepakankamumo vaidmuo kraujo apytakos organų patologijoje yra gana žymus, bet simptomų gausumu nepasižymi. Neturint angina pectoris priepuolių, tik elektrokardiograma gali nurodyti vainikinių arterijų pakitimus. Tuo būdu arterijų stenozės ir myokardo infarkto atveju galima nustatyti pakitimų vieta, bet mažesni kraujagyslių pakitimai aiškių simptomų gali neduoti,

pasireikšdami tik širdies funkcijos nepakankamumu ar myokardo pakenkimo reiškiniais. Tokiais atvejais tenka tenkintis širdies funkcijos tyrimu.

Myokardo insuficiencijos nustatymas nuo seniai domina klinikininkus. Neradę anatomiškų širdies pakitimų, negalime paneigti galimo širdies silpnumo. Net mikroskopiškai tiriant neradus pakitimų negalima pasakyti, kad širdies raumuo buvo normalaus pajėgumo. Anatomai kartais neranda atsakymo, kodėl širdis, ilgą laiką patenkinamai funkcijavusi ar gerai pasidavusi digitalio terapijai, staiga nusilpsta ir nebepasiduoda jokiai terapijai. Sekant sunkius ligonius, kartais atsitinka, kad ligonis sustiprėja, tvinksnis pasitaiso, edemos sumažėja, bet staiga naktį be aiškios priežasties miršta. Būtų galima galvoti apie emboliją ir infarktą, bet skrodimas jokio infarkto neparodo. Širdis sustoja funkcijavusi nesant pakankamo anatominio pagrindo. Galima tikėtis, kad panašiais atsitikimais chemiški tyrimai galėtų išaiškinti staigius funkcijos pakitimus, nes, kaip rodo fiziologiniai eksperimentai, trūkumas kai kurių elektrolitų veda prie širdies darbo sustojimo. Klinikininkai kartais gali didžiuotis prieš anatomus, kad jie gali nustatyti organų mažavertiškumą ir funkcijos nusilpimą, kai anatomai jokių pakitimų neranda.

Širdies funkcijos tyrimas nėra visai paprastas. Daugiausia vilčių dedama elektrokardiografijai. Tačiau ne visų autorių nuomonės del elektrokardiogramos pakitimų interpretacijos po mėginamojo darbo sutampa. Daugiausia patikimi yra tarpinės dalies ir *T* dantelio pakitimai. Mentzingen, Scherf ir kiti autoriai nurodo, kad po mėginamojo darbo širdies nepakankamumo atveju sumažėja *T* dantelis, o didesnio nepakankamumo atveju šitas dantelis tampa neigiamu. Del *T* dantelio sumažėjimo reikšmės kiti autoriai kelia abejojimų, nes jie stebėję *T* dantelio sumažėjimą ir fiziškai tvirtiems asmenims. Uhlenbruck tvirtina, kad *QRS* kompleksas pasikeičiąs, sveikų asmenų patrumpėjąs, o turinčių širdies funkcijos nepakankamumą pailgėjąs. Tačiau šitie pakitimai yra labai nežymūs ir galima konstatuoti tik greitai einančioje filmoje.

Problemiška yra *T* dantelio reikšmė III der. Scherf mano, kad 40% sveikų asmenų neduodą teigiamo T_3. Weber tvirtina, kad daugiau neigiamą T_3 reikią laikyti patologiniu reiškinių. Parade stebėjęs, kad gilioje inspiracijoje T_3 virstąs teigiamu, jei širdis, be skersos padėties, kitokių pakitimų neturi. Kienle nurodo, kad sprendžiant šitą problemą reikią skirti levokardiogramos nuo dekstrokardiogramos atsitikimų. Pirmu atveju III der. *T* neigiamas gali būti del aukštai stovinčios diafragmos ir gulsčios širdies bei širdies pasisukimo, bet po mėginamojo darbo šitais atsitikimais del gilesnio alsavimo

T_3 virstąs teigiamu. Jei po šito mėginio T_3 pasilieka nepakitęs ar tampa daugiau neigiamas, tai parodo dešiniosios širdies pakenkimą. Taip pat neretai III der. kartu randama tarpinės dalies nusileidimas ir atitinkamų II der. pakitimų. Dekstrokardiogramos atsitikimais neigiamas T_3 dažniausiai pasireiškia del dešiniojo skilvelio pakenkimo, bet ir šitais atsitikimais galima elektrokardiograma pakartoti po mėginamojo darbo, kada gaunami dar ryškesni pakitimai.

Širdies funkcijos tyrimai yra vienas visiems prieinamas būdas, tai kraujospūdžio matavimas po mėginamojo darbo. Silpnos funkcijos atveju kraujospūdis po darbo nepakyla ar net krinta žemiau normos. Tačiau šitas reagavimas pareina ne vien nuo širdies raumens, bet ir nuo nervų sistemos ir mažesnio laipsnio funkcinių pakitimų šitas tyrimas, o taip pat kiti tyrimai gali nenurodyti.

Daug neaiškių atsitikimų su kraujo apytakos sistemos negalavimais priskiriama prie širdies neurozės. Ne visi sutinka su šituo pavadinimu sakydami, kad gali būti neurozininkų, turinčių širdies sutrikimų, bet širdies neurozės negali būti. Jei vietoje širdies neurozės sakysime „nerviška širdis", visvien turėsime bendrinio pobūdžio terminą, del kurio tikslumo būtų galima diskutuoti. Senas pavadinimas dar tebevartojamas daugelio žymių klinikininkų.

Šituo klausimu Romberg sako: „Širdies ir kraujagyslių neuroze suprantamas funkcinis širdies ir kraujagyslių inervacijos sutrikimas, nesant jokio bendrinės kraujo apytakos pakenkimo, ilgesnio kraujo pasiskirstymo sutrikimo, pastovesnio širdies dydžio pakitimo, kuris eina su nenormaliu jautrumu ir dažnai su širdies judėjimo ir kraujagyslių funkcijos pakitimu".

Nusiskundimų gali būti daug, tarp kurių dažnai figūruoja skausmai širdies plote. Seniau manė, kad širdies raumuo esąs nejautrus; vėliau pasirodė, kad esama sensorinių nervų skaidulių, kurios išsišakoja myokarde. Bet ne visi skausmai ties širdimi yra širdies skausmai, nes interkostalinė neuralgija, reumatas, mediastinum'o ir pleuros procesai gali lokalizuotis širdies aplinkumoje. Kardialinės kilmės skausmai gali kilti tiek del padidėjusio jautrumo, tiek ir del vainikinių arterijų nepakankamumo arba del abiejų minėtų priežasčių.

Širdies neurozė klinikoje pasitaiko gana retai, o gydytojų praktikoje šita diagnozė nėra reta. Šitie atsitikimai priskaitomi prie nesunkių susirgimų, retai reikalingi stacionaraus gydymo, bet ir ambulatorinėje praktikoje akyliau tiriant rečiau tenka šita diagnozė panaudoti. Paviršutiniškai tiriant, kaip nurodo Witzleben, kartais ir myokardo infarktas palaikomas neuroze. Širdies ligų teorijoje neurozės turinys siaurėja. Seniau ekstrasistolės, paroksizminė tachikardija ir prieširdžių

virpėjimas buvo priskiriama prie širdies neurozės; dabar žymi dalis šitų susirgimų išskirta iš funkcinių susirgimų skaičiaus.

Šiuo metu dar negalime apsieiti be širdies neurozės diagnozės, nes būna atsitikimų, kur nepavyksta rasti jokių organinių procesų. Tačiau nereikia užmiršti, kad ir nerviniai sutrikimai turi organinį pagrindą, nors susirgimo priežastis gali būti ne kraujo apytakos organuose.

Kuris yra sąsyjis tarp nervų jautrumo ir širdies bei kraujagyslių stovio, kas čia yra priežastis ir kas padarinys, yra svarbus ir kartu painus klausimas. Turime duomenų, kad grynai nerviniai reiškiniai gali pakenkti kraujo apytakos organus. Parade nurodo atsitikimą, kur sveikas asmuo, matydamas gatvėje mirštantį žmogų, gavo tachyaritmiją. Jis mano, kad psichinė trauma galinti išprovokuoti prieširdžių virpėjimą. Mes klinikoje galėjome stebėti lyg atvirkščią reiškinį, kuris buvo aprašytas „Münch. med. Woch. 1939 m. 6 nr. Čia širdies ligonei, išsigandusiai mirštančios draugės, pranyko prieširdžių sklezdėjimas ir susitvarkė širdies ritmas. Galima manyti, kad baimės jausmo įtakoje iš prieširdžių sklezdėjimo gaunamas virpėjimas, kuris tuojau pranyko nuo iš aukščiau vartojamos chinidino terapijos, nes jis lengviau pasiduoda gydomas, o prieširdžių sklezdėjimas paprastai sunkiai pataisomas.

Renkant anamnezę kartais ligoniai, dažniau moterys, nurodo, kad po psichinės traumos del artimo žmogaus mirties pajutusios silpnumą, pradėjusios tinti kojos, pasireiškusi širdies liga. Ištyrus randama čia myokardo, čia vožtuvų pakitimų. Nemanau, kad trumpa psichinė trauma išprovokuotų širdies ydą, bet nėra pagrindo netikėti, kad sunkūs pergyvenimai pablogina širdies ligonių stovį. Tokie ligoniai nuo seniau turi širdies pakitimus, apie kuriuos nieko nežino, bet suserga po psichinės traumos, kuri sukelia širdies funkcijos sutrikimą.

Edens ir R. Geigel sako: „yra pripažintas faktas, kad psichinė trauma gali sužadinti laikinus ar pastovius širdies sutrikimus“. Delius tarp didžiojo karo dalyvių radęs apie 30% su nerviškais širdies negalavimais; iš civilių tarpo šituos sutrikimus turi tik 5%. Jis prieina šias išvadas: „Pagal mūsų duomenis, apie 18% tarp didžiojo karo metu turėjusių širdies neurozę išplytėjo objektyviai konstatuojami širdies pakitimai“.

Psichinių centrų įtaka somatiniams procesams yra neabejotina. Metalnikov, Ostrovska, Diacono ir kiti autoriai stebėję gyvulių imuniteto pakitimus sąlyginių refleksų įtakoje. G. H. Schultz primena, kad afektai gali turėti svarbios reikšmės organiniams pakitimams. Yra įrodyta, kad baimės jausmas turi įtakos vidinės sekrecijos liaukoms, ypač antinkstinėms, ir per jas veikia įvairius kitus organus. Suprantama, kad širdis yra vienas iš pirmųjų organų, pasiduodančių ši-

tam veikimui. Meythaler ir Wossidlo nustatė, kad psichinis sujaudinimas žmogaus kraujyje mobilizuojąs medžiagas, kurios veikia panašiai kaip adrenalinas. Minko Dabreff stebėjęs sistolinio ir diastolinio kraujospūdžio pakilimą baimės įtakoje. Plačiai žinomi smegenų apopleksijos atsitikimai del nemalonių ar malonių efektų. Hess aprašė keletą subarochnoidinio kraujavimo atsitikimų sąsyjyje su coitus'u ar psichiniu sujaudinimu.

Pripažįstant dominuojančios reikšmės pirminėje daugelio širdies susirgimų stadijoje nerviniam veiksniui, reikėtų ypatingai domėtis šitų ligonių pergyvenimais, norais, sapnais, sekti šeimos konfliktai, kurie gali būti pradžioje nervinių, o vėliau ir organinių širdies sutrikimų priežastis.

Dalis neurozininkų suserga sąsyjyje su paskaitomis apie širdies ligas, skaityta populiaria literatūra ar stebėtais širdies susirgimais. Jų liga yra pasąmoniška matytų ar girdėtų negalavimų imitacija. Kraujo apytakos sistema pradžioje gali būti visai sveika, bet ilgiau trunką funkciniai sutrikimai ilgainiui gali kiek organiškai pakenkti širdį.

Įvairūs pakitimai del nervinių impulsų dažniau pasireiškia organiškai nesveikiems asmenims. Nervinių reakcijų įtakoje širdies funkcija greičiau sutrinka turintiems iš anksčiau pakenktą širdį. Latentinės kardiopatijos iškyla aikštėn psichinio susijaudinimo proga ir būtų netikslu šitie visi atsitikimai laikyti grynai nerviniais susirgimais.

Baimė ir susijaudinimas, sakoma, sužadina širdies negalavimus, bet širdies ligoniai greičiau gali susijaudinti kaip sveiki asmenys. Širdies organiniai pakitimai gali sužadinti baimę, skausmus ir kitas nervines reakcijas. Infekcinių širdies susirgimų atveju dažnai pasitaiko visas neurasteninių simptomų kompleksas, kur nervinėms reakcijoms sunku pripažinti pirminės etiologinės reikšmės. Širdies infarktai lydimi didelių skausmų ir baimės.

Ne vienam gydytojui teko stebėti ligonių ūpo pakilimas ir tariamas sveikatos stovio pagerėjimas prieš mirtiną širdies priepuolį. Tai nėra išimtinai reti atsitikimai, kur prieš širdies funkcijos krizę pasireiškia euforija. Šitie atsitikimai suklaidina gimines ir gydytojus, nes ūpui pasitaisius tikisi greito pasveikimo, o sulaukia mirtį. Tokis staigus priepuolis laikomas širdies infarktu ar embolijos padariniu, bet skrodimai parodo, kad ne visuomet šita diagnozė yra teisinga. Priminsiu vieną būdingą atsitikimą.

Ligonis, 42 m. amž., gulėjo Vidaus klinikoje 1934 m. Tik atsigulus rasta cyanozė, nedidelė kojų oedema, padidėjusios kepenys, plaučiuose staziniai karkalai, labai dažnas širdies plakimas (175 per min.) ir duslūs tonai. Po 9 dienų gydymo oedema beveik pranyko, sumažėjo cyanozė, suretėjo tvinksnis (90 per min.), pasidarė mažesnės kepenys. Vakare ligonis ypa-

tingai gerai jautėsi, tikėjosi greitai galutinai pasveikti ir prašė kitą dieną išrašyti iš ligoninės. Nakties metu užėjo širdies priepuolis, pabudo iš miego, sušuko, kas nurodė, kad jis pajuto skausmą ir baimę, tuojau neteko sąmonės ir mirė.

Palatos gydytojas užrašė šią diagnozę: Endocarditis chron., myodegeneratio cordis, infarctus myocardii.

Padarius autopsiją rasta: Endocarditis chron. valvularum mitralium, aortae et tricuspidalis. Pericarditis adhaesiva. Hypertrophia, dilatatio et myodegeneratio cordis. Nei trombozės, nei embolijos nerasta.

Ligonis mirė del staigaus širdies funkcijos nusilpimo, kuriam nerasime pakankamo anatominio pagrindo, nes ligonio stovis jau buvo pagerėjęs. Neabejotinai buvo organinių pakitimų, kuriuos gal galėtų atidengti chemikas, o klinikininkas galėjo stebėti tik euforiją, kaip apgaulingą blogėjančio stovio simptomą.

Del įvairių konfliktų atsiranda funkcinių susirgimų, bet organiškai nesveikas organizmas gali būti be aiškaus pagrindo kylančių konfliktų priežastis. Psichoanalizininkai labai išpopuliarino įvairių susirgimų aiškinimą buvusiais šeimos pergyvenimais, pasąmoniškais siekimais, bet pamiršo, kad dažnai psichinės reakcijos ir norai yra glaudžiai susiję su viso organizmo anatominiu stoviu. Ne be pagrindo F r a e n k e l nurodo, kad dažnai strofantino injekcija esanti geriausia psichoterapinė priemonė, paliuosuojanti ligonį nuo baimės bei širdies slėgimo jausmo ir vėl grąžinanti pasitikėjimą savo jėgomis.

Kai sprendžiame klausimą, ar nervų ar širdies funkcijos sutrikimas yra pirminis veiksnys, turime neužmiršti, kad dažnai nei vienas, nei antras simptomų kompleksas nėra savarankiškas susirgimas, bet padarinys trečio veiksnio, kuris lygiai pakenkia nervus ir kraujo apytakos organus. Glandula thyreoidea, glandulae suprarenales ir kitų liaukų funkcijos sutrikimas lygiagrečiai veikia nervų ir kraujo apytakos sistemą: alkoholizmas, toksinai, infekcija veikia lygiai abi sistemas; pervargimas atsiliepia tiek į širdies, tiek į psichines reakcijas.

Ūpo ir nuotaikos nuo normos nukrypimas, kuris gali atitinkamai veikti širdį, dažnai būna ne vien pergyventų įspūdžių, bet ir vidinių biologinių reakcijų determinuotas. F. H o f f, C h a d e l y, D e l a v i l l e, T s c h e r n i a k o w s k i ir T h o m a s tyrimais patvirtino ūpo ir nervinių reakcijų sąsyjį su organizmo rūgščių bei šarmų santykiu. M o n t a s s u t mano, kad neurastenija esanti organizmo alkaliozės padarinys. Be to, jis tirdamas kartu su D e l a v i l l e iš 40 su padidėjusiu jautrumu asmenų radęs 36 turinčius padidėjusį plazmos kalio procentą. Kalcis dažnai būnąs sumažėjęs. Šitais atsitikimais kalcio terapija veikianti ramindama ir stiprindama visą organizmą. Kalcis taip pat veikia širdį tonizuodamas, duodamas panašų efektą kaip digitalis. Kad kalcis veikia panašiai kaip digitalis, galime tvirtinti, pasirėmę ir savais tyrimais, nes,

elektrokardiografiškai tikrindami širdies funkciją po kalcio injekcijų, gavome panašių pakitimų, kaip kiti autoriai yra gavę nuo digitalio.

Tiek somatiniai, tiek psichiniai reiškiniai turi įtakos širdies funkcijai. Bet negalima įsivaizduoti psichinių reakcijų be somos ir žmogaus gyvybės reiškinių be nervų sistemos. Tai tik vienos komplikuotos sistemos atskiros dalys. Nervų funkcijos sutrikimas nėra savarankiškas veiksnys ir, pripažindami kuriam nors sutrikimui nervinę kilmę, dažnai ligos priežasties neišaiškiname. Todėl širdies neurozės atsitikimais, iš kurios vėliau gali išplytėti aiškūs organiniai pakitimai, pirma reikia ieškoti organinės nervų negalavimo priežasties ir, ją suradus, taikyti priežastinė terapija.

Padarę tiek kitų autorių, tiek savų stebėjimų ir tyrimų apžvalgą, prieiname šias išvadas.

1. Nerviški ligoniai, nusiskundžią iš širdies pusės, turi būti akylai tiriami, nes tarp jų pasitaiko tikrų širdies ligonių.

2. Širdies ligoniai pasižymi padidėjusiu jautrumu ir apskritai neurasteniniais simptomais, ir kardiopatijos pradžioje, kai stinga ryškių objektyvių simptomų, lengvai konstatuojami nerviniai organinių pakitimų reiškiniai palaikomi ligos priežastimi.

3. Širdies neurozių atsitikimai, iš kurių gali išplytėti organiniai susirgimai, reikalingi rimto gydymo, stengiantis išsiaiškinti nervų funkcijos sutrikimo priežastį.

LITERATŪRA.

1. Chadely: Thèse de Paris. 1929.
2. Delaville, Tscherniakowski ir Thomas: Soc. biol. de Paris séance du 27 avril 1929.
3. Delius, L.: „Arbeit u. Gesundheit", 1936, H. 28.
4. Diacono: „Arch. inst. Pasteur de Tunis", 1923, 22 t.
5. Hess, U.: „Klin. Wschr." 1940. 4 nr.
6. Hoff, F.: „M. med. Wschr." 1935, 1478 p.
7. Kienle, F.: „Zentr. inn. Med." 1940. 3 nr.
8. Kupčinskas, J.: „M. med. Wschr." 1939. 6 nr.
9. Kupčinskas, J.: „Medicina", 1939. 1 nr.
10. Meythaler ir Wossidlo: „Klin. Wschr." 1937, 658 p.
11. Metalnikov, S.: „Presse méd." 1934. 94 nr.
12. Minko Dabreff: „Schweiz. med. Wschr.", 1938, 38 nr.
13. Montassut, M.: La dépression constitutionelle, 1938.
14. Ostrovska: „Ann. de l'inst. Pasteur". 1930, 44 t.
15. Scherf, D.: Klinik und Therapie der Herzkrankheiten und der Gefässerkrankungen. 1938.
16. Scherf, D.: Lehrbuch der Elektrokardiographie. 1937.
17. Schultz, J. H.: „Aetiologie der Herz- und Gefässkrankheiten XIII Fortbildunglehrgang. 1937.
18. Uhlenbruck, P.: Die Herzkrankheiten. 1939.
19. Witzleben, H. D.: Herz- und Kreislauferkrankungen im ihren Beziehung zum Nervensystem und zur Psyche. 1939.

(Bus daugiau)

Gyd. E. I. Matis.

Keletas įdomių agranuliocitozės atsitikimų.*)

Agranuliocitozė iki šiol labai tebedomina mediciniškąjį pasaulį. Mediciniškoje literatūroje paskutiniu laiku aprašyta daug naujų įvairių šitos ligos formų. Vis daugiau ir daugiau pasirodo, kad agranuliocitozės etiologijai didelės reikšmės turi ilgas tam tikrų vaistų vartojimas. Tuo būdu mokslas apie agranuliocitozę įgauna daugiau ir praktiško pobūdžio.

Agranuliocitozė pasitaiko ne visuose kraštuose vienodai: kai kur retai, o kai kur daug dažniau. Pavyzdžiui, Viduržemio jūros kraštuose agranuliocitozė pastebima daug rečiau, negu Baltijos jūros kraštuose. Tat liudija gausinga Skandinavijos kraštų literatūra apie agranuliocitozę.

Lietuvoje agranuliocitozė pasitaiko palyginti gana dažnai. Aš turėjau progos stebėti daugelį agranuliocitozės atsitikimų. Klausinėdamas kitus kolegas, aš galėjau įsitikinti, kad ir jie yra matę daug agranuliocitozės atsitikimų. Jeigu turėsime galvoje, kad šitie atsitikimai buvo, greičiausia, tik viena dalis agranuliocitozės susirgimų, kur buvo galima nustatyti diagnozė, o antra dalis del išorinių sąlygų liko nenustatyta, tai reikia pripažinti, kad, palyginus su kitais kraštais, Lietuvoje agranuliocitozė yra gana išsiplėtusi. Mūsų atsitikimų tarpe buvo keletas labai įdomių, pagal savo formą ir ligos eigą iki šiol labai mažai žinomų. Taip, esu matęs keturis atsitikimus, kur liga buvo pastebėta ligoniams, turintiems daugiau kaip 70 metų amžiaus. Tuo tarpu žinoma, kad agranuliocitozė pasitaiko vidutinio amžiaus žmonėms. Agranuliocitozės recidyvus aš esu stebėjęs dviem atsitikimais, iškeliančiais daug naujų problemų.

Agranuliocitozė sename amžiuje.

Mūsų paskutiniais metais stebėtais agranuliocitinės anginos susirgimais ligos procesas keliais atsitikimais buvo savotiškas. Liga palietė senas pacientes; ji plytėjo palaipsniui. Iš pradžių ji visiškai nebuvo panaši į agranuliocitinę anginą; tik vėliau pasirodė tipiški gerklės pakitimai, kurie buvo susitelkę mažiau ant tonsilių, o daugiau ant gerklės gleivinės. Pradžioje diagnozė galėjo būti nustatyta tik pasirėmus kraujo vaizdu.

---

*) Šito straipsnio turinys iš dalies buvo atspausdintas švedų žurnale „Acta Oto-Laryngologica“ Vol. XXVII, fasc. 6, 1939 m. psl. 704 ir Austrijos „Wiener Medizinische Wochenschrift“ 1938 m. 38 nr.

I atsitikimas, stebėtas 1937 metais balandžio mėnesį. Iš 72 metų moters ligos istorijos nėra nieko pažymėtino. Penkias dienas ji sirgo, skųsdamasi neaiškiais skausmais. Paskutiniu laiku temperatūra buvo pakilusi ligi 38,5°. Gerklės apžiūrėjimas parodė, kad abidvi tonsilės, o taip pat priešakinė ir užpakalinė gomurio dalys truputį paraudonavusios bei sutinusios ir turi savotišką, lyg aksomišką, smėlio spalvos blizgesį. Kraujo tyrimas parodė: leukocitų skaičius 1.300, tarp jų tik pavieni granuliocitai. Tuojau buvo padaryta kraujo transfuzija ir pradėta gydyti pentose-nucleotrat'u. Ligonės stovis palaipsniui vis ėjo blogyn. Gleivinės raudonumas ir sutinimas vis didėjo. Po dviejų dienų buvo pastebėtas flegmoniškas sutinimas kairėje gerklės pusėje, ir ant tonsilių atsirado nekroziška apnaša. Vietiniams ir bendriniams skausmams labai greit didėjant, ligonė mirė.

II atsitikimas, stebėtas 1938 m. vasario mėn. 70 metų ligonė, kuri prieš 7 mėnesius susirgo plaučių uždegimu, nuo kurio ji po kelių mėnesių gydymosi ligoninėje pasitaisė. Paskutines 4 savaites ligonė jautėsi beveik visiškai pasitaisiusi ir pasveikusi. Prieš 5 dienas ji vėl susirgo, turėjo 38,3° karščio ir skundėsi nedideliais gerklės skausmais. Gerklės apžiūrėjimas parodė jos paraudonavimą ir visos gerklės ir abiejų tonsilių nedidelį sutinimą. Visa tai turėjo būdingą blizgesį, bet sekrecijos nebuvo. Kraujo tyrimas parodė 1.100 leukocitų, granuliocitų nerasta. Kitą dieną ligonės padėtis pablogėjo: temperatūra pakilo ligi 40,0°, gerklės skausmai padidėjo, kairiosios tonsilės apatinėje dalyje pasidarė nešvari pilka plėvelė, kuri kitą dieną išsiplėtė iki hypopharynx'o. Valgant ligonei gana smarkiai skaudėjo gerklę. Baigėsi mirtimi.

III atsitikimas, stebėtas 1938 m. balandžio mėn. 71 metų moters ligos istorijoje buvo pažymėti gana dažni susirgimai angina. Prieš 5 metus po anginos ji turėjo sunkią kaklo flegmonos operaciją. Keletą dienų ligonės stovis buvo blogas, temperatūra gi buvo vidutinė. Ji taip pat turėjo nedidelius gerklės skausmus, bet jie buvo žymiai mažesni, negu tie, kuriuos ji jusdavo ankstyvesnių anginų metu. Gerklės apžiūrėjimas parodė raudonumą, nedidelį sutinimą, tam tikrą sausumą ir tipišką savotišką abiejų tonsilių ir gretimos gleivinės blizgesį. Anginos būdingų pakitimų nebuvo pastebėta. Kraujo tyrimas parodė 800 leukocitų, granuliocitų visiškai nerasta. Ligonei padaryta kraujo transfuzija ir toliau gydyta pentose-nucleotrat'u. Nors leukocitų skaičius padidėjo iki 1.300, gerklės skaudėjimas smarkiai didėjo. Ant tonsilių buvo išplytėjusi ir giliai įsiskverbusi apnaša. Sunki kaklo flegmona pagreitino mirtį.

Čia aprašytieji atsitikimai turi daug bendro. Ligonių 70 metų amžius, lėtas ligos proceso plytėjimas susirgimo pradžioje ir neaiškus bei nebūdingas kliniškas vaizdas. Bet burnos ir gerklės vaizdas visais trimis atsitikimais, atrodo, turėjęs tam tikrų savotiškumų, kurie sukėlė mumyse įtarimą, kad čia turima reikalo su agranuliocitoze, kuria dar mažai susidomėta literatūroje. Tat yra savotiškas dulsvas (mattfarbige) blizgesys, nežymi infiltracija ir sustingimas, kurie galima matyti tiek ant tonsilių, tiek ir ant gleivinės. Priešingai smarkiam faringo-tonsilitui, kuris taip pat prasideda paraudonavimu, čia stinga gleivių, kurias esame pratę matyti burnoje daugelio infekcinių stovių atveju.

Jau užteko išorinio gerklės apžiūrėjimo mūsų stebėtais atsitikimais, kad kiltų įtarimas, jog čia turima reikalo ne su paprasta infekcija. Šitas tonsillo-pharyngitis sudaro pirmą

stadiją agranuliocitozės raidoje. Tikra agranuliocitinė angina pasireiškia tik tolimesnėje, antroje stadijoje. Ligos plytėjimas pradžioje palaipsniui, neaiškiai pasireiškę gerklės pakitimai (pradžioje) atrodo esą būdingiausi požymiai mūsų stebėtais senų moterų agranuliocitozės atsitikimais. Tenka laukti, kol paaiškės, ar kitais panašiais atsitikimais bus pastebėtas panašus ligos procesas.

Recidyvinė agranuliocitinė angina.

Dar klausimas, ar agranuliocitinė angina galutinai išgydoma. Anksčiau buvo pažymėtas aukštas mirtingumas nuo šitos ligos. Ilgainiui prisirinko daugiau medžiagos apie ligonius, išgydytus nuo agranuliocitinės anginos. Dabar bet kuri vartota gydymo metodė sukelia diskusijų del jos tinkamumo. Stengtasi nustatyti, nuo ko pareinąs agranuliocitinės anginos pasveikimas.

Aš turėjau progos matyti keletą agranuliocitozės pagijimo atsitikimų. Dviem atsitikimais ilgesnį laiką po gydymo pasirodė recidyvas. Pagiję ligoniai iš pradžių turėję ryškią, tipišką agranuliocitozę, kuri paskui visiškai praėjo. Įsidėmėtina, kad dviem atsitikimais ligoniai gavo recidyvą ir nuo jo mirė. Vienu atsitikimu recidyvas pasireiškė jau po 6 mėnesių, antru atsitikimu jis pasirodė dvejiems metams praslinkus. Tas faktas, kad pavieni nuo agranuliocitinės anginos išgydyti ligoniai mirė nuo recidyvo, iškelia įvairių klausimų. Kol kas mes neįstengiame į juos atsakyti, bet tikimės, kad tolimesni kliniški ir patologiški tyrimai padės visa tai išaiškinti.

Pirmas atsitikimas mums teko stebėti 1932 m. Berlyne, Šv. Jadvygos ligoninėje. 32-jų metų moteris susirgo tipiška agranuliocitine angina. Diagnozė parodė smarkią anginą su nekrozinėmis apnašomis. Kraujo vaizdas rodė būdingą agranuliocitozę: neutrofilinių leukocitų kiekis beveik 0, o bendras leukocitų kiekis 800. Nepaisant bendros sunkios padėties, aukšto karščio ir t. t., ligonė savaime pagijo ir apleido ligoninę visiškai pasveikusi. Sekančiais mėnesiais buvo kalbama apie tonsilektomiją, bet ji pasirodė nesanti reikalinga, nes per visą tą laikotarpį negalima buvo susekti bet kurių pakitimų tonsilėse. Po maždaug 6 mėnesių ta ligonė buvo vėl atgabenta į ligoninę, bet jau labai sunkioje padėtyje. Ji turėjo aukštą karštį, ir tonsilėse buvo pastebėta ryškių pakitimų, k. a.: išplitusios, giliai einančios nekrozinės apnašos, intensyvus audinių uždegimas, regioninių gerklės liaukų padidėjimas ir kairiojo spatium parapharyngeum infiltracija. Neutrofilinių leukocitų nerasta. Kelioms valandoms praslinkus, ligonės stovis labai pablogėjo, uždegimo reiškiniai gerklėje pasidarė gausesni ir kraujotakos organų veikimas susilpnėjo. Kitą dieną atsirado cyanozė su ypatingai blogu tvinksniu. Kakle pradėjo plytėti tipiška flegmona. Atsižvelgiant į ligonės padėtį, visos mėgintos terapinės priemonės nedavė jokių rezultatų. Pacientei buvo duodama cardiaca didelėmis dozėmis, bet po kelių valandų įvyko exitus.

Panašiai praėjo **antras atsitikimas.** A., 49-ių metų moteris, 1934 m. vasario mėn. Kaune susirgo sunkia agranuliocitine angina. Tonsilėse buvo labai dideli difterijai įtartini pakitimai, del ko gydąs gydytojas, ne-

paisydamas neigiamos bakteriologiškos analizes, įšvirkštė ligonei 20.000 priešdifterinio serumo vienetų. Ligonės stovis nepagerėjo. Tuomet buvau pakviestas aš, ir tuojau įsakiau padaryti kraujo analizę. Analizė parodė tipišką agranuliocitozę. Bendras leukocitų kiekis siekė 1.000; neutrofilinių leukocitų rasta labai maža. Ligonę nugabeno į ligoninę, kur ji buvo toliau kliniškai stebima. Per kitas 2 dienas jos stovis nepagerėjo, bet vėliau ji staiga pasitaisė ir apleido ligoninę visiškai pasveikusi. Ligonei liko širdies liga, kuri buvo reikalinga ilgo gydymo.

Per pustrečių metų nei tonsilėse, nei kraujotakos organuose negalima buvo pastebėti kurių nors pakitimų. 1936 m. liepos mėn. ligonė labai sunkioje padėtyje buvo atgabenta į ligoninę. Ant tonsilių ryškios nekrozinės apnašos, karštis aukštas. Bendras leukocitų kiekis — 800, neutrofilinių leukocitų visai nerasta. Šitos pacientės, kaip ir anksčiau minėtosios, kraujotakos organų veikimas buvo sutrikęs. Atsirado didelis širdies nusilpimas, blogas tvinksnis ir ryški cyanozė. Aplink kairiąją tonsilę pasidarė panašus į peritonsilinį abscesą sutinimas. Atsižvelgiant į ligonės kritišką padėtį, teko bandyti visokios terapinės priemonės, kurios nieko nepadėjo. Tuomet, internistui pritariant, ligonei vėl buvo duota antidifterinio serumo. Kitą dieną širdies veikimas dar labiau susilpnėjo ir apie kairiąją tonsilę ryškiai buvo matomas flegmoninis išsipūtimas, siekiąs larynx'ą. Tracheotomija čia jau taip pat nieko negalėjo pagelbėti. Kelioms valandoms praslinkus ligonė mirė.

Įsižiūrėjus į tik ką aprašytus agranuliocitinės anginos atsitikimus, pastebima daug gimininingumo tarp tų dviejų susirgimų. Abiem atsitikimais turėta reikalo su tipiška agranuliocitine angina, kuri praėjo be jokio ypatingo gydymo. Ilgesniam laikui praslinkus, atsirado recidyvas, kurį lydėjo sunkus kraujotakos indų veikimo sutrikimas ir ryški cyanozė. Lygiagrečiai pasirodė iš tonsilių kilusieji flegmoniniai gerklės uždegimai. Visi šitie suminėti faktai pagrindžia šių klausimų iškėlimą:

1. Koks tolimesnis likimas ligonių, išgydytų nuo agranuliocitinės anginos?
2. Ar kuriam laikui praslinkus, atsiranda recidyvų?
3. Ar recidyvų padariniai visuomet yra blogi?
4. Kurios terapinės priemonės gali perspėti recidyvų atsiradimą?

Į pirmą klausimą štai ką galima atsakyti: Literatūroje gana dažnai pranešama apie agranuliocitinės anginos išgydymą. Recidyvai minimi daug rečiau (Andersen, Weider, Moore). Įdomu žinoti agranuliocitinės anginos išgydymo pastovumas. Galimas dalykas, kad tai tik laikinas reiškinys. Šitą klausimą liečią pranešimai tik neseniai pasirodė spaudoje, taip kad galutinio atsakymo dar pateikti negalima. Prityrimas mums parodė, kad nuo agranuliocitinės anginos išgydyti ligoniai vis delto susirgti gali. Sprendžiamą atsakymą galėsime pateikti vėliau, kai dabar išgydytų ligonių likimas bus žinomas.

Atsakydami į antrą klausimą, štai ką turėtume pasakyti: labai svarbu būtų kontroliuoti asmenų, sirgusių agranulioci-

tine angina, kraujo vaizdai įvairių susirgimų laikotarpiais. Šituo būdu būtų galima nustatyti, kur yra leukocitų sumažėjimo priežastis: ar tai yra bendrų reiškinių padarinys, ar kurio nors etiologinio faktoriaus veikimas.

Įdomu žinoti, ar visuomet agranuliocitinės anginos recidyvas turi tokią blogą prognozę. Iš dabartinės literatūros sunku apie tai spręsti. Praktiškos reikšmės turi atsakymas į ketvirtą klausimą: kurių terapinių priemonių pagalba galima išvengti recidyvo? Kol kas nėra jokių profilaktinių priemonių agranuliocitinei anginai išvengti. Iš viso, jos gydymas dar labai miglotas ir ginčytinas. Iki šiol vartotos kraujo transfuzija, ilgųjų kaulų rentgenoterapija (Friedmann), kepenų preparatų ar pentose-nucleotrat'o terapija ir t. t. nedavė pageidaujamų padarinių (W. Schulz). Mes šitas priemones mėginome taikyti mūsų pacientams gydyti net recidyvų metu, bet nesėkmingai. Žodžiu, kol kas nėra nei profilaktinių nei terapinių priemonių kovai su agranuliocitoze.

Mūsų atvejais mes tonsilektomijos klausimui skirdavome ypatingos reikšmės. Nepaisant to, kad tonsilektomija, kaip terapinė priemonė, anaiptol dar nepripažinta, tas klausimas agranuliocitinės anginos recidyvo metu įsigyja visai kitokį apšvietimą. Turint reikalo su paprasta agranuliocitine angina, abejotina, kad kas nors laikytų būtina panaudoti tonsilektomiją, nes vargu, ar gydytojas, išgelbėjęs paciento gyvybę, sutiks ją vėl išstatyti pavojui. Turint galvoje recidyvo galimumą, tas klausimas turi būti kitaip interpretuojamas. Sunku spręsti, ar tokiais atsitikimais tonsilektomija patartina.

Mūsų atvejais angina du sykiu buvo sukėlusi tonsilių susirgimą, ir mes todėl manome, kad kai kurioms agranuliocitozės formoms angina gali turėti etiologinio pobūdžio. Taip statant klausimą ir preventyvinės tonsilektomijos problema visai kitaip atrodo, bet prityrimo stokos dėliai mes dar nepajėgiame į tą klausimą visiškai atsakyti. Taip, pavyzdžiui, Zange yra tokios preventyvinės tonsilektomijos šalininkas. Pasirėmęs kliniškais ir histologiškais tyrimais, jis tonsilektomijai skiria didelės profilaktinės reikšmės. Atrodo, kad ir mūsų atsitikimai iš dalies tą patį nusako. Vis delto nereikia pamiršti, kad, kaip Claus praneša, recidyvai gali atsirasti ir ne nuo tonsilių. Tonsilektomijos problema dar reikia ko kruopščiausiai ištirti; o recidyvuojančių agranuliocitozių atsitikimų registracija daug gali padėti šitai problemai išaiškinti. Baigiant reikia pabrėžti, kad agranuliocitozė linkusi duoti sunkius recidyvus. Tatai yra svarbus tos ligos bruožas.

Agranuliocitozė praktikoje.

Buvo pažymėta, kad dažnai agranuliocitozės diagnozė statoma tik tada, kai liga jau yra plačiai išsivysčiusi. Tuo

tarpu labai svarbu šita liga pažinti jos pačioje pradžioje. Agranuliocitozės pradžioje kliniškas vaizdas dažnai gana neaiškus ir netipiškas. Tik kraujo tyrimas gali padėti diagnozę nustatyti. Net kraujo tyrimas dažnai ne per plačiai vartojamas ir pasitaiko, kad agranuliocitozė praeina visai nenustačius diagnozės ar nustačius ją tik paskutiniu momentu. Tai pasitaiko geriausių išorinių sąlygų atveju. Čia teikiamas vienas būdingas atsitikimas:

Ligonis M. dvi savaites skundėsi skausmais kojose ir bloga savijauta. 1939 m. balandžio mėn. jis susirgo angina. Pakviestas internistas nustatė anginą ir patarė padaryti kraujo analizę. Kitą dieną aš buvau pakviestas ir patvirtinau anginos diagnozę. Apžiūrint ant tonsilių buvo matomos plėvelės, kurios nieku nesiskyrė nuo matomų paprastos anginos atveju. Aš pritariau padaryti kraujo analizę. Apžiūrint ligonį kitą dieną, buvo matoma maža infiltracija aplink kairiąją tonsilę. Galima buvo galvoti apie abscessus peritonsillaris. Kitas tris dienas tik per telefoną aš buvau informuojamas. Ligonį gydė keletas kitų gydytojų, tačiau jo stovis per šitą laiką, rodos, nepagerėjo. Kraujo tyrimas nebuvo padarytas. 6-tą dieną po ligos pradžios aš vėl buvau pakviestas pas ligonį, kurį radau labai sunkiame stovyje. Aiškiai pasireiškęs icterus, labai aukšta temperatūra, blogas tvinksnis. Apžiūrint gerklę buvo rasta infiltracija aplink kairiąją tonsilę, bet nepanaši į peritonsilinį abscesą. Keleto gydytojų konsultacijoje buvo nuspręsta padaryti kraujo analizę. Analizė nurodė 1000 leukocitų, visišką granuliocitų stoką. Agranuliocitozės diagnozė apšvietė visą ligos eigą. Ligonį paguldė į ligoninę ir jam buvo padaryta kraujo transfuzija. Ligonio stovis pablogėjo. Pasidarė kaklo flegmona ir aiškus stridor. Konsiliumas nusprendė padaryti tracheotomiją, bet prieš pat operaciją ligonis mirė.

Šitas atsitikimas įdomus tuo, kad pradžioje buvo visai paprasta angina, nieku nesiskirianti nuo kitų, tik po kelių dienų pasirodė, kad ligos eiga neatitinka tipiškos anginos.

Be aukščiau minėto atsitikimo, buvo ir daug kitokių, kur agranuliocitozės diagnozė buvo per vėlai nustatyta. Tat rodo, kad praktikoje į agranuliocitozę kreipiama per maža dėmesio. Taigi, visada neaiškiais atvejais reikia galvoti apie agranuliocitozės galimumą.

Baigdamas turiu pažymėti, kad čia aprašytieji atsitikimai yra tik dalis visų mūsų stebėtų atsitikimų. Vien šiuo metu per 2 mėnesius mums teko susidurti: 1) su agranuliocitine angina pas 70 metų vyriškį, kur ligos eiga buvo labai sunki; 2) su agranuliocitine angina pas 16 metų merginą, kur pradžioje buvo klaidingai nustatyta difterijos diagnozė; 3) su agranuliocitoze pas 40-ties metų vyriškį, kur ligos eiga užtruko 7 savaites; pas jį buvo matoma nekrozė kietame gomuryje.

Iš to seka, kad agranuliocitozė pasitaiko įvairiomis formomis. Negalėdamas čia paduoti visų atsitikimų, aš apsiribojau tik mažiau žinomomis formomis.

Autoreferat.

Über einige interessante Fälle der Agranulocytose.

Beschreibung einiger interessanten Fälle der Agranulocytose, wie a) Agr. bei alten Leuten, b) rezidivierende Agr. u. s. w. Es wird darauf hingewiesen, dass Agr. in Litauen relativ häufig vorkommt und zwar in den mannigfachsten Formen.

Gyd. B. Zacharinas ir gyd. I. Kibarskis.

Hernia diaphragmatica spuria incarcerata atsitikimas.

(Iš Kauno Žydų ligoninės Chirurginio ir Rentgeno skyrių).

Mečislovas S-ius, 29 mt. amžiaus, darbininkas; ligos istorijos 7.501/1.740 nr. Atgabentas į ligoninę 1939 m. gruodžio mėn. 10 d.; į skyrių įstojo pavakare apie 17 val.

Anamnezė. Prieš 11 metų, būdamas 18 mt. amžiaus, nukritęs nuo aukštos tvoros, susimušdamas kairįjį šoną ir nugarą. Gulėjęs neilgai. Po to įvykio laikas nuo laiko užeidavę skausmai pilve iš kairės viršuje, daugiau duobutėje. Skausmai užeidavę ypač po gausesnio valgio ar didesnio išsigėrimo. Tarnaujant kariuomenėje skausmai užeidavę dažniau, bet ligonis galėjęs eiti savo pareigas ir dirbti. Ir dabar buvęs neseniai mobilizuotas. Dabar po didesnių nuovargių, ar po sunkesnio darbo, po didesnių žygiavimų skausmai pilve užeidavę vis dažniau. Daug valgyti iškart negalėjęs. Vemti nevemdavęs. Š. m. gruodžio mėn. 4 d. staiga po didesnio valgio su išgėrimu užėję smarkūs skausmai. Turėjęs kreiptis į gydytoją, kuris pompavęs ir plovęs skrandį, davęs vaistų. Skausmai nenutilę ir gruodžio mėn. 5 d. gydytojas vėl pompavęs ir plovęs skrandį. Laukan nėjęs 4 dienas. Po klyzmos ir valomųjų gruodžio mėn. 8 d. du kartu skystai išsituštinęs, bet nedaug. Visą laiką gulėjęs. Skausmai kiek nurimę, stovis kiek pagerėjęs. Vemti norėjęs, bet negalėjęs. Gruodžio mėn. 10 d. stovis vėl pablogėjęs. Atsiradę smarkūs, veriantieji skausmai duobutėje daugiau iš kairės; jie atsiliepdavę į nugarą. Gydytojas vėl norėjęs pompuoti skrandį, bet susilaikęs ir sukvietęs konsiliumą, kuris nutarė siųsti ligonį į Kauną. Visą laiką tąsė vemti, bet išsivemti ligonis negalėjęs.

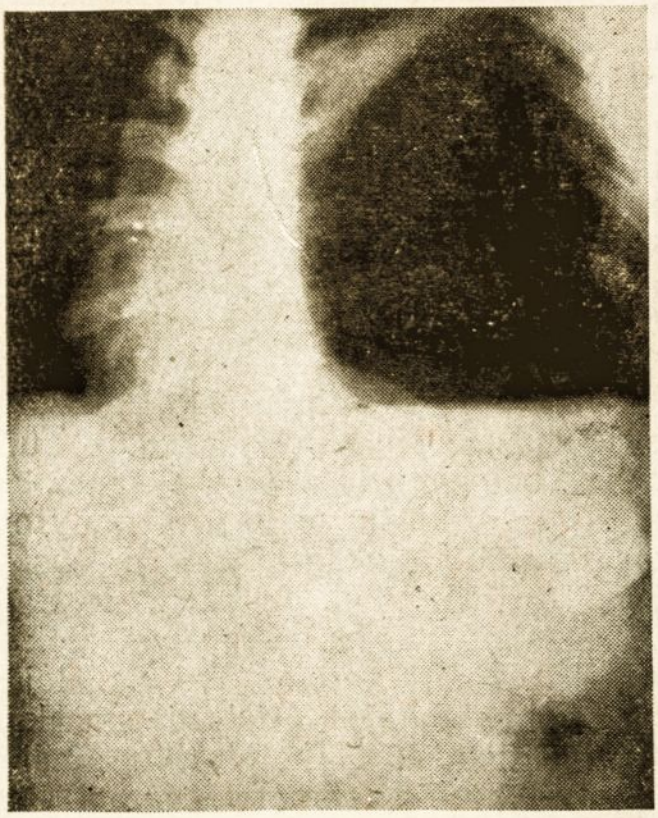
Status praesens. Ligonis vidutinio ūgio, geros mitybos, gero taisyklingo kūno sudėjimo, kiek išbalęs, su nevisai giliu, daugiau krūtinės tipo, alsavimu, atrodo, tartum alsuodamas saugoja pilvą.

Širdis nustumta į dešinę, tvinksnis 90 per minutę, lygus, vidutinio prisipildymo.

Pilvas visur minkštas, kiek išsipūtęs, nėra jokio défense musculaire; duobutėje palpuojant arčiau arcus costarum sin.

skaudžiausia vieta. Viduriai nesituštino nuo gruodžio mėn. 8 dienos. Dejuoja visą laiką, skausmai nuolatinio, spontaniško pobūdžio. Valandomis nesusiranda nuo skausmų vietos.

Rentgeno spinduliais prašvietimas atliekamas nevalgiusiam stovinčiam. Iš karto gana sunku buvo orientuotis. Krūtinės ląstoje iš kairės matoma oro pūslė, kurios viršutinė riba siekia beveik ryšiakaulį. Toji pūslė tartum apsirėžusi pusrutulio lanku, kuris yra panašus į suspaustą plaučių audinį arba į pakilusią aukštai diafragmą. Lateraliai kairiosios mentės srityje matomas audinio piešinys, nepanašus į plaučių struktūros piešinį; apačioje diafragmos srityje matomi du skystimo niveau: viršutinis skaidresnis, apatinis homogeniškesnis. Dar žemiau matoma neaiški homogeniška masė, panaši kiek į trikampį, kurio pagrindas nukreiptas į viršų (diafragmos srityje), o viršūnė pilvo tuštymo link. (Žiūr. 1 rentgenogramą).



1 atvaizdas.

Medialiai — mediastinum'as ir širdis nustumti į dešinę.

Rentgenologiškas vaizdas primena mums sero- arba pyo-pneumatoraksą: apačioje skystimas, viršuje suspaustas plaučių piešinys; medialiai — nustumtas mediastinum'as ir širdis.

Bet keistas piešinys kair. mentės srityje, o ypač diafragmos neaiškumas ir užtemimas žemiau jos verčia atsisakyti nuo šitos minties ir ieškoti ko kito.

Tokį vaizdą gali duoti relaxatio diaphragmae arba hernia diaphragmatica.

Ligoniui įduota kontrastinės masės, kuri iš stemplės kardijos srityje krinta lyg į aklą maišą, sudarydama trečią sluoksnį kiek žemiau mūsų aprašyto nepermatomojo homogeniško skystimo sluoksnio. Skrandžio pylorinė dalis nematoma, taip pat nematomas masių praėjimas į žarnas spaudžiant ar manipuliuojant. Pasiseka tik spaudžiant sudrumsti visi trys sluoksniai tiek, kad negalima jų atskirti.

Tolimesniam skilvio padėties išaiškinimui ligonis paguldytas kniūpščias su nuleista galva ir kiek pakeltomis kojomis. Tokioje padėtyje masės nuslinko žemyn iki ryšiakaulio, pripildydamos visą aukščiau aprašytąją oro pūslę. Dabar yra paaiškėję, kad tat yra skrandžio pūslė, užimanti beveik visą kairiąją krūtinės ląstos pusę.

2 atvaizdas.

Pasiliko dar nustatyti, ar turime reikalo su relaxatio ar su hernia diaphragmatica?

Tatai labai dažnai yra sunku, o kartais net neįmanoma nustatyti. Diferencinių diagnozinių simptomų yra gana daug, bet nei vienas jų nėra tikras. Imsime čia tik kelis svarbesnius: hernijos atveju, kvėpuojant, šitos pusės organai juda aukštyn,

o sveika diafragma eina žemyn; relaksacijos atveju to nėra. Hernijos atveju sukdami ligonį, ypač gulintį, dažniausiai rasime kur nors kampą tarp diafragmos ir įėjusių organų, be to, dar kitos rūšies audinių piešinį negu mūsų atsitikimu (blužnis, kaip paaiškėjo operacijos metu); relaksacijos atveju visur prisišlieja diafragmos žiedas nepalikdamas kampų, be to, visur matomas vienodas piešinys. Yra dar nervus phrenicus simptomas, oro išpompavimas ir kiti. Mes orientavomės pagal kampą, pasilikusį išorinėje dalyje, be to, pagal neaiškų šešėlį žemiau kampo kairiosios mentės srityje.

Pasirėmus anamneze ir rentgenoskopiniais ir rentgenografiniais duomenimis (žiūr. 1-ą ir 2-ą atvaizdus), prieita išvada, kad turime reikalo su **hernia diaphragmatica incarcerata.**

Nutarta tuojau operuoti.

XII. 10 d. 21 val. 30 min. bendrinėje eterio narkozėje pro Ombredanne'o kaukę padaryta laparotomija medialinėje linijoje, pradedant nuo processus xyphoideus iki bambos. Atidarius pilvo tuštymą ir atstūmus žemyn didelės marlinės skarelės pagalba išsipūtusį colon transversum, rasta štai kas: pilvo tuštyme nėra nei skrandžio, nei omentum'o, nei blužnies; kairysis diafragmos skliautas išsipučia alsavimo metu tuo būdu, kad antroje diafragmos pusėje, resp. kair. pleuros tuštyme, guli kažkuri didelė pūslė ar elastingas minkštas daiktas, kuris alsavimo metu stumiąs diafragmą į priekį (žemyn). Pro diafragmą iš kairės pusės apačios į dešinės pusės viršų eina beveik skersai gana stora kraujagyslė — vena. Iš karto sunku suprasti, pro kurią skylutę ar plyšį skrandis, omentum ir blužnis yra įėję į kair. plaučių pleuros tuštymą. Jokių skylučių ar plyšių, jokių defektų pačioje diafragmoje nematoma. Kiek išsipūtęs duodenum'as, padengtas peritoneum parietale, eina per stuburą iš dešinės į kairę diafragmos pusę. Tikrindami jo eigą, randame vietą, kur normaliai diafragma prisišlieja ar jungiasi su užpakalinės pilvo sienos muskulatūra; ten po diafragmos apačia yra horizontalinis plyšys, pro kurį lengvai įeina 3 pirštai. Tasai plyšys yra kiek medialiai ir žemiau foramen B o c h d a l e c k i. Įstačius į rastą plyšį Langenbeck'o kablio snapiuką ir atitraukus į viršų plyšio tariamą viršutinę sieną (ar raukšlę), pradėta atsargiai traukti organai, kurie buvo ir įstrigę pleuros tuštyme: iš pradžių duodenum, po to pylorus, toliau skrandis su omentum'u ir pagaliau blužnis. Traukti teko labai atsargiai, suėmus skrandžio curvatura major 2 L u e r'o spaustukais ir kiek patraukus, perstatinėjant juos, norint tuo būdu palaipsniui nugalėti intratorakalinį neigiamo spaudimo prisiurbiamąjį veikimą. Traukta buvo tik suėmus L u e r'ais skrandžio sieną, omentum'as gi ėjo automatiškai pats. Tasai darbas kiek priminė

gimdymo aktą, kai akušeris energingai, bet atsargiai padeda naujagimiui išeiti iš motinos lyties organų. Ištraukus išsipūtusį, su stazės reiškiniais, labai didelį skrandį ir omentum'ą, pro plyšį buvo galima jau įeiti su visa ranka, suimti pleuros tuštyme beveik horizontaliai gulinti blužnis ir ištraukti ji be ypatingų sunkumų į pilvo tuštymą.

Ligonis labai blogai pakėlė operaciją, del to nutarta plyšio likvidacija per thoracotomiam atidėti kitam momentui, kai ligonis bus atsigavęs po pirmos intervencijos. Pro plyšį į pleuros tuštymą įstatytas tamponas, kad būtų lengviau antros operacijos metu orientuotis ir rasti reikiamoji vieta ir kad tamponas su prie plyšio paguldyta blužnimi kliudytų kartotinį iškritimą, ev. pilvo organų įstrigimą. Pilvas užsiūtas aklinai.

XII. 11 d. Tvinksnis blogas, labai pagreitėjęs, art. radialis sin. visai neapčiuopiama, art. radialis dextra blogai prisipildžiusi. Kvėpavimas sunkus, nežymi cyanozė. Pilvas kiek išsipūtęs, nėra jokios peristaltikos. Pneumathorax del operacijos metu iš pilvo pro diafragmos plyšį įėjusio oro. Širdis taip pat kaip ir vakar nustumta į dešinę.

Vakare ligonis subjektyviai jaučiasi kiek geriau, objekviai gi nepakitęs. Duota daug cardiaca, fiziologinio hipertoninės druskos ir cukraus skiedinio intra venam, narcotica.

XII. 12 d. naktį blogai miegojo, neramus. Stovis žymiai pablogėjęs. Temperatūra yra pakilusi iki 39^0, tvinksnis deš. rankoje vos apčiuopiamas ir nesuskaitomas — filiforminis. Cyanozė; sunkus pagreitėjęs kvėpavimas. Pilvas kiek daugiau išsipūtęs, liežuvis sausas. Ligonis neramus, susijaudinęs, ekzaltuotas, spardosi, sumušė slaugančią sesutę.

Medikamentiniai paskyrimai tie patys kaip ir vakar.

Išleista iš pleuros tuštymo 350 ccm oro.

Kaip matyti iš operacijos aprašymo, mūsų straipsnio užvardymas reikia pataisyti. H e r n i j o s, tiesiogine šito žodžio prasme, nebuvo. Prieš dvejus metus įvykusi trauminė d i a f r a g m o s r u p t ū r a, pasidariusi diafragmoje skylė ar plyšys, pro kurį į kair. plaučių pleuros tuštymą įėję pilvo organai — skrandis, omentum ir blužnis. H e r n i j a i kaip tokiai yra reikalingas tam tikras pačios gamtos paruoštas hiatus ar foramen, taip pat reikalingi įėjimo (resp. išėjimo) vartai. Diafragmoje tokie vartai, pro kuriuos į plaučių pleuros tuštymą kylai esant įeina pilvo organai, yra žinomi šie: 1) fissura pericardiaco — peritonealis Larrey, 2) foramen oesophagi, 3) skylė, kur eina n. sympathicus tarp crus ext. ir med. (A n d a-

l'io atsitikimas), 4) skylutė, kur praeina vienas tarpšonkaulinių nervų (Platner'io atsitikimas), 5) fissura pleuro-peritonealis s. foramen Bochdalecki.

Visų dažniausiai vartais tarnauja fissura Larrey ir foramen Bochdalecki. Aortinis ar vena cava diafragmos plyšys niekada netarnauja organų iškritimui. Nėra literatūroje aprašyta atsitikimų, kur jie tarnautų diafragminei kylai ar organų iškritimui.

Tikrajai hernijai, be to, reikalingas dar maišas.

Mūsų atsitikimu pilvo organai įėjo į kair. plaučių pleuros tuštymą pro horizontalinę skylę kiek medialiai ir žemiau foramen Bocdalecki, vietoje tarp diafragmos užpakalinio krašto ir mm. psoas major bei quadratus lumborum. Hernijos maišo nebuvo.

Vadinasi, galima kalbėti tik apie hernia diaphragmatica incarcerata spuria arba, dar geriau, apie diafragmos ruptūrą su prolapsu ir pleuros tuštyme pilvo organų antrine inkarceracija.

Mums neseniai teko stebėti labai didelis diafragmos plyšimas jos pars tendinea srityje pacientui A-čiui Vladui, 27 m. amžiaus, ligos istorijos 6.339/1.479 Nr., atgabentam 1939 m. X. 13 d., kuris tuojau po nelaimingo atsitikimo buvo in extremis operuotas mūsų skyriuje. Ligonis buvo prispaustas sunkvežimio; per jo pilvą perėjęs sunkvežimio ratas. Operuoti teko, nes buvo įtartas pilvo kraujavimas. Buvo rastas jeknų plyšimas, kuris buvo užsiūtas ir užlopytas ligamentum teres serozės pagalba. Kitų sužalojimų nebuvo ieškota, nes ligonis operacijos metu jau nebeturėjo tvinksnio. Jis mirė praėjus porai valandų po operacijos. Sekcijos metu buvo konstatuotas didžiausias diafragmos, beveik viso skliauto, plyšimas. Pro plyšimo vietą į pilvo tuštymą buvo įėję skrandis ir žarnų kilpos.

Šitas diafragmos plyšimas įvyko, kaip ūmaus pilvo spaudimo pakilimo padarinys.

Atsitikimas yra pamokomas tuo atveju, kad visada, reviduojant pilvą del parenchiminių organų kraujavimo, reikia būtinai tikrinti diafragma, kad nepražiopsotume jos plyšimo ir organų iškritimo.

Pasitaiko ūminių atsitikimų, kur tuojau po traumos įvyksta diafragmos plyšimas, kartu su juo ir pilvo organų iškritimas bei jų įstrigimas.

Bet pasitaiko ir chroniškų atsitikimų, kur po poodinės pilvo traumos įvyksta diafragmos plyšimas su organų iškritimu, dažniau nevisišku, o daliniu, nesant funkcijų ypatingų sutrikimų, kur organizmas prisitaiko prie naujų aplinkybių. Kiek vėliau iškritimas didėja (resp. gali didėti), virsta visišku ir pagaliau baigiasi įstrigimu. Būta atsitikimų, kur žmonės, turį diafragmos plyšimą ir organų iškritimą, išgyvena vi-

są savo amžių iki gilios senatvės. Mirus nuo pripuolamos ligos, senatvės ar del nelaimingo atsitikimo, toji anomalija randama skrodimo metu.

Mūsų atsitikimas tenka traktuoti šitaip: ligonis prieš vienuolika metų buvo kritęs nuo aukštos tvoros ir tuomet įvykusi pilvo poodinė trauma su diafragmos plyšimu ir daliniu pilvo organų iškritimu. Mes žinome, kad laikas nuo laiko užeidavę skausmai, daug valgyti ligonis negalėjo, nes skausmai nuo to padidėdavę. Po kiekvieno gausesnio valgio su išgėrimu skausmai duobutėje užeidavo net priepuoliais. Tie priepuoliai buvę aiškinami skrandžio liga — opa. Dabar gi mums aišku, kad tie skausmai bei priepuoliai buvę diafragmos ruptūros su plyšiu, pro kurį į pleuros tuštymą įėjęs skrandis, rezultatu. Iš karto gal ne visas, o tiktai jo dalis. Suspaustas ir ne vietoje gulįs skrandis ar jo dalis negalėjo priiminėti daug maisto. Tasai pradžioje, gal, dalinis, iškritimas, ilgainiui didėjęs. Organizmas, nors ir prisitaikęs prie naujų aplinkybių, vis delto reagavęs skausmais ir priepuoliais. Patsai įstrigimas įvykęs, matyti, prieš savaitę, kada mūsų pacientas pradėjęs sunkiai sirgti. Būtų per daug problemiška prileisti, kad diafragmos plyšimas įvykęs prieš vienuoliką metų, o organų iškritimas su įstrigimu tik prieš savaitę. Tiesa, būtų sunku atremti nuomonė štai kuri: jei patsai iškritimas įvykęs seniai, tuojau po diafragmos plyšimo, tai del ko patekusieji į plaučių pleuros tuštymą pilvo organai neturėjo jokių reaktyvinių pakitimų, jokių suaugimų tarp savęs, su diafragmos plyšimu ar su plaučių pleura? Organai buvo tik stipriai laikomi plaučių pleuroje intratorakinio neigiamo spaudimo prisisiurbiamosios jėgos ir, tik praplatinus tempimu įėjimo vartus, pavyko nugalėti toji intratorakinė prisisiurbiamoji jėga. Gal tas faktas, kad nustumti į dešinę mediastinum'as ir širdis liko ir po operacijos ne savo vietoje, vadinasi, atgal negrįžo, rodo, kad organų iškritimas jau buvo įvykęs seniai.

Diagnozė paprastai sunkiai statoma šitais atsitikimais. Ten, kur anamnezėje buvo šautinis, pjautinis ar durtinis sužalojimas, diagnozė kiek lengviau nustatyti. Bet poodinės pilvo traumos atsitikimais, kur buvo kontuzija, suspaudimas ar suvažinėjimas, diagnozė nustatyti sunkiau, ypačiai turint reikalo su chroniškais atsitikimais.

E l e s s e r, surinkęs literatūroje 292 atsitikimus, rašo, kad įstrigimo metu diagnozė buvusi nustatyta 35 kartus. Iš 21 operuotų pagiję 3.

G r o s s e r'o apskaičiavimu 425 hernia diaphragmatica spuria atitinka 40 hernia diaphragmatica vera. Vadinasi, maždaug 1:10. Kitų autorių 1:7.

Quenn'o duomenimis, operuotųjų mirtingumas siekia įstrigimo stadijoje 70%, chroniškoje stadijoje 10%.

Daugiau statistinių duomenų duoda mums patologai anatomai negu chirurgai. Paprastai klinikininkai skelbia tik laimingai pasibaigusius atsitikimus, o patologai anatomai įvertina visą jų rankose buvusią medžiagą.

Įdomu, kad nevisada operacijos metu pavykdavo chirurgams konstatuoti ar surasti hernia diaphragmatica. Literatūroje yra žinoma 18 atsitikimų, kur operacijos metu nerasta diafragminės hernijos, o ji buvo nustatyta tik sekcijos metu.

Mums duodenum'o retroperitonejinė dalis padėjo orientuotis ir rasti plyšį, pro kurį duodenum, pylorus su omentum ir blužnis pateko į pleuros tuštymą.

Iš organų dažniausiai įlenda į pleuros tuštymą pro diafragmos plyšį: skrandis — 187 kartus, vėdarinės žarnos — 177, laibosios žarnos— 113, omentum — 107, blužnis — 78, jeknos — 60, duodenum — 48, kasa — 32, kair. inkstas — 2 kartu (Richard).

Autoreferat.

Obenstehend ist ein Fall einer Hernia diaphragmatica beschrieben. Es handelt sich um einen 26-jährigen Arbeiter, der vor 11 Jahren ein Trauma erlitten hatte. Bis vor einer Woche vor der Einlieferung ins Krankenhaus litt er nur an geringen Magenbeschwerden. Die Verschlimmerug akut ein. Vermutungdiagnose: Ulcus perforativum. Die sofort nach Einlieferung vorgenommene Röntgenuntersuchung im Spital ergab die Diagnose: Hernia diaphragmatica. Diese Hernie füllte fast den ganzen linken Thorax aus. Prolabiert waren Magen und Milz. Die Röntgenuntersuchung wurde durch die anschliessend vorgenommene Operation bestätigt.

Gyd. St. Stonkus,
V. D. Un-to I-osios Chirurginės klinikos asistentas.
(Klinikos vedėjas prof. med. dr. V. Kuzma).

Dar vienas operuotas širdies sužeidimo atsitikimas*).

Praeitajame „Medicinos" numeryje (1940 m. 2 nr.) buvo paskelbti du mano operuoti širdies ir perikardo sužeidimai, papildyti d-ro J. Kupčinsko padarytais elektrokardiografiškais tyrimais. Minėtam straipsniui esant spaudoje, V. D. Un-to Chirurginėje klinikoje vėl susidūriau su panašiu atsitikimu. Kadangi širdies sužeidimų gydymas sudaro nedažną medžiagą chirurgų praktikoje, ryžausi ir jį papildomai aprašyti, juo labiau, kad atsitikimas yra įdomus ne vien techniškai -chirurgišku atžvilgiu.

Šių metų kovo mėn. 14 d. apie 18 v. 45 min., 41 metų amžiaus, šoferis, rusas I. T. traktieriuje, esančiame už keleto de-

*) Atsitikimas, demonstruotas L. Chirurgų Draugijos suvažiavimui 1940. III. 30 d.

šimčių metrų nuo mūsų klinikos, pats susižeidė krūtinę suomišku durklu. Čia pat suklupęs ant grindų. Bematant aplink sužeistąjį susidaręs kraujo klanas. Praėjus 5—7 minutėms po sužeidimo, sužeistasis pateko į Valst. Kauno ligoninės ambulatoriją.

Status praesens. Ligonis išbalęs su cyanozišku atspalviu, blaškosi, bet sąmoningas. Spindulinės arterijos tvinksnis neapčiuopiamas. Alsuoja lygiai, kiek paviršutiniškai. Krūtinės kairiojoje pusėje yra 2 žaizdelės po 2—2½ cm ilgio. Viršutinė ties kairiuoju speneliu tarp IV— ir V šonkaulio. Apatinė žaizdelė vienu tarpšonkauliniu tarpu žemiau ir kiek į kairę.

Žaizdelės nekraujuoja. Pro viršutinę žaizdelę kvėpuojant įeina gilumon švilpdamas oras. Širdies tonų negirdėti. Širdies ribos išsiplėtusios (kairioji riba siekia kair. spenelinę liniją). Kairiuosiuose plaučiuose konstatuojamas pneumathorax.

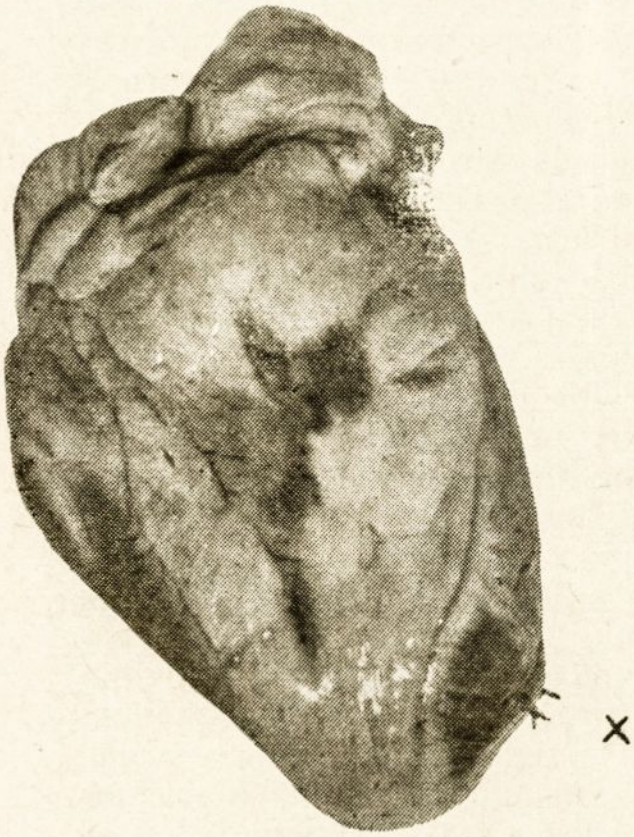
Operacija: Praėjus apie 20 minučių po sužeidimo, eterio narkozėje pradėta operacija.

Padarytas Kocher'io odos-šonkaulių lopas ir tuo būdu gana plačiai atidengtas priešakinis perikardo paviršius. Sužeidimo čia nepastebėta. Palpuojant perikardą jaučiami palyginti silpni širdies tvinksniai (apie 80 per minutę). Tuo metu alsavimas pradėjo darytis paviršutiniškesnis. Žirklėmis įkerpamas pericardium parietale. Pro angą prasimušė tamsaus kraujo srovė. Praplėtus perikardą, pirmuoju momentu kraujyje paskendusios širdies nebuvo matyti. Tik suėmus ją ranka ir iškėlus į paviršių, galima buvo ji apžiūrėti. Tada pastebėta kairiojo skilvelio srityje netoli viršūnės apie 5 cm ilgio žaizda (žiūr. 1 ir 2 atv.). Iš žaizdos kiekvieno širdies susitraukimo atveju išsiveržda vo tamsaus kraujo srovė. Širdį fiksavus kairiąja ranka, su dešiniąja ilgos žarninės adatos pagalba uždėtos 6 ketguto siūlės. Dedant paskutines siūles širdies susitraukimai pradėjo silpnėti. Baigus širdies žaizdos siuvimą, praėjus maždaug apie 20 minučių nuo operacijos pradžios, širdis visiškai nustojo plakusi. Taip pat sustojo kvėpavimas, buvęs iki tol jau Cheyne-Stockes'o tipo. Pradėta daryti širdies masažas*) ir dirbtinis kvėpavimas. Į veną suleista: apie 200 ccm tutofizin'o, 2 ccm sympatol'io, 1 ccm lobelin'o. Po oda suleista 1 litras fiziologinio skiedinio. Intrakardialiai pakartotinai injekuota adrenalino. Deguonis. Per tam tikrą laiką stovis nesikeitė, vėliau širdis, iki tol subliuškusi, lyg pradėjo prisipildyti krauju. Masažuojami širdies skilveliai lyg pasipriešindavo spaudimui. Po 15

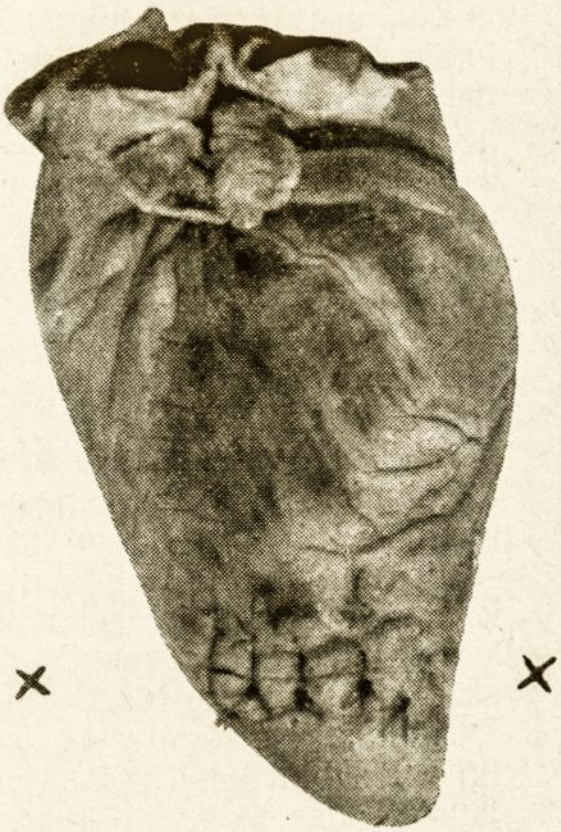
*) Suėmus širdies apatinę dalį (skilvelius), dešiniąja ranka daromi ritmiški suspaudimai, apie 70 kartų per minutę. Širdies suspaudimai sukeldavo kaklo venose matomą tvinksnį; tačiau spindulinėse arterijose tvinksnis nebuvo apčiuopiamas.

minučių nuo masažavimo pradžios atsirado pirmi, pavieniai, savarankiški širdies susitraukimai. Kiek vėliau pradėjo atsirasti ištisos serijos (iki 5 ir daugiau) susitraukimų. Šitos sistolės nesukeldavo apčiuopiamo spindulinėje arterijoje tvinksnio. Pradžioje atrodė, kad ritmiškos kontrakcijos, atsirandančios po trumpesnių ar ilgesnių pertraukų, susidarydavo masažo įtakoje. Tačiau vėliau ir nutraukus masažą vykdavo spontaniškos sistolės. Kartais atrodė, tartum širdis atsiliepdavo susitraukimu prisilytėjus ją, ar net aplinkinius audinius (pvz., mėginant siūti perikardą) metaliniu instrumentu. Intrakardialinės adrenalino injekcijos, bent betarpiškų, širdies susitraukimų nesukeldavo. Praėjus 55—60 minutėms po pirmojo širdies sustojimo, širdis galutinai sustojo. Padarius operacinės žaizdos tualetą ir nukeliant lavoną nuo operacinio stalo (suspaudus krūtinės ląstą), pro tvarčius prasiveržė didelis kiekis kraujo (matyti, iš cavum pleurae sin.).

Š. m. III. 16 d. Teismo mediciniško skrodimo metu paaiškėjo šitoks žalojamojo įrankio kelias: praėjęs pro viršutinę odos žaizdą tarp IV ir V šonkaulių, durklas pateko į krūtinės ląstą, čia sužeisdamas kair. pleurą ir pericardium parietale, priėjo prie kairiojo širdies krašto, sužalodamas kairiojo skil-



1 atvaizdas.
Priešakinis širdies paviršius. Neiškėlus širdies operacijos metu, galima buvo matyti tik maža žaizdos dalis ties x).



2 atvaizdas.
Žaizda x—x, žiūrint į širdį iš kairės ir užpakalinės pusės.

velio sienelę (žiūr. 1 ir 2 atvaizdus) iš kairiojo šono ir užpakalio. Sužeidimas kiaurinis. Tolimesnėje eigoje durklas antrą kartą sužeidė perikardą, patekdamas į mediastinum post. Pro apatinę odos žaizdą durklas nebuvo patekęs į krūtinės ląstą. In cavo pleurae sin. rasta apie 2 litru kraujo.

Ar mūsų stebėti širdies susitraukimai, kurie atsirasdavo su didesnėmis ar mažesnėmis pertraukomis ištisą valandą, buvo organizmo gyvybės pasireiškimas? Ar tik liekanos tų vietinių biologinių reiškinių atskiruose organuose bei audiniuose, kurie vyksta dar tam tikrą laiką individui mirus? Praktiškai tariant, nuo kurio laiko reikėjo laikyti sužeistasis mirusiu?

Tai klausimai, kurie kilo dalyvavusiems beoperuojant ir į kuriuos tiksliai atsakyti negalima.

ZUSAMMENFASSUNG.

In der Chirurgischen Klinik wurde im Schockzustande ein Selbstmörder operiert, der vor 20 Minuten mit einem finischen Messer sich die Pleura u. das Herz verletzte. Haut-Rippenlappen nach Kochen. Das cavum perikardii ist mit Blut gefüllt. Im linken Ventrikel nahe der Spitze eine 5 cm. grosse penetrierende Wunde. Die Wunde wird vernäht. Nach Schliessung der Wunde Atemstilstand u. Aufhören der Herztätigkeit. Herzmassage, künstliche Atmung; intrakardial Adrenalin; intravenös Sympatol, Tutofusin, Lobelin; subkutan Normosal. Nach 15 Minuten traten vereinzelte u. mehrfache Systolen auf. Das dauerte mit längeren u. kürzeren Unterbrechungen etwa 50 Minuten. Dann exitus letalis, cā 100 Minuten nach der Verletzung.

Gyd. L. Goldšteinas.

Mažoji diferencinė diagnostika.

XII. Bradycardia.

1939 m. liepos mėn. 24 d. buvau pakviestas pas ligonį J. R., 65 metų amžiaus, kuris man papasakojo šią savo ligos istoriją:

Anamnezė. Jau dvejus metus sergąs širdies liga. Pamažu pradėjęs jausti sunkumą kvėpuodamas, vaikščiodamas į kalną arba lipdamas į viršų laiptais. Vėliau ir šiaip vaikščiodamas turėdavęs sustoti, nes pristigdavę kvapo. Gydytojai pripažinę jį sergant širdies liga. Paskutiniu laiku jisai pradėjęs labiau silpnėti, ėmusios tinti kojos ir pradėjęs justi bendrinį nusilpimą. Kiekvienas nueitas žingsnis pagreitindavęs kvėpavimą ir sukeldavęs pavargimą. Per visą savo gyvenimą ligonis mažai sirgęs. Sunkesnėmis ligomis visiškai nesirgęs. Buvęs operuotas del apendicito. Šeimoje širdies ligomis sergančių nebuvę; jo tėvas miręs 79 metų amžiaus del pneumonijos, motina mirusi to paties amžiaus del jam nežinomos ligos.

Šitą savo istoriją ligonis man papasakojo trumpais sakiniais, po kelių žodžių, įvykus dyspnoe, sustodamas. Bet ligonis nesijaudina ir į savo ligą žiūri, kaip dažnai visi širdies ligoniai, turį edemas, su tam tikra stoiška rezignacija.

Status praesens. L i g o n i o a p ž i ū r a. Ligonio bendrinė išvaizda menka. Lūpų ir veido cyanozė. Lengvai galima nustatyti smarkus kaklo venos tvinksėjimas. Oda ir poodiniai audiniai išblyškę. Ligonis geros mitybos.

Ligonio temperatūra normali. T v i n k s n i s 36 p e r m i n u t ę.

Plaučiai. Perkusija: n. yp. Auskultacija: užpakalinėse apatinėse plaučių dalyse girdima įvairių karkalų, sausų ir drėgnų.

Širdis: kairioji riba yra 2 skersais pirštais už linea mammillaris, dešinioji riba per vieną skersą pirštą už krūtinkaulio dešin. krašto. Širdies tonai yra duslūs, pirmas tonas prie viršūnės yra sustiprėjęs. Kraujospūdis 200/90.

Kepenys rastos padidėjusios 4 skersais pirštais žemiau arcus costarum. Blužnis neapčiuopiama.

Didelės kojų putmenos (oedema).

Refleksai visi normalūs.

Šlapimuose rasta: 16,5‰ baltymų, keletas hyalininių cilindrų. Kitų patologiškų elementų šlapimuose nerasta.

Ligonis daro sunkiai sergančio žmogaus įspūdį.

Atrodo, kad čia yra sunkios formos **cardiopathia.** Lieka gautieji apžiūros duomenys kaip nors susisteminti.

Iš visų, pas ligonį rastų patologiškų reiškinių, pažymėtinas jo tvinksnis. Šitas tvinksnis yra taisyklingas, stiprus, bet labai lėtas — 36 kartus per minutę. Tat yra vidinamoji **bradycardia.**

Dabar padiferencijuosiu bradikardijos formas, gal, rasiu atitinkamą mūsų ligonio bradikardijai ir, gal, galėsiu išsiaiškinti šito atsitikimo tikslią diagnozę.

Kad širdies, stebuklingo mūsų organizmo motoro, susirgimas gali susitraukimų tempą keisti, mums yra visiems žinoma. Bet ir sveikos širdies susitraukimų dažnumas keičiasi ir pareina nuo simpatinės ir parasimpatinės nervų sistemos inervacijos. N. vagus sumažina širdies susitraukimų dažnumą, o n. sympathicus — pagreitina. Per šitą vegetacinę inervaciją širdį veikia įvairios emocijos. Baimė, džiaugsmas, susijaudinimai, susiję su simpatine nervų sistema, sukelia tachikardiją, psichinė gi depresija, liūdesys — bradikardiją per n. vagus — parasimpatinę n. sistemą.

Žinoma, mus dar domina bradikardija patologinių organizmo stovių atvejais.

I. **Neurogeninė bradikardija.** Kaip jau aukščiau buvo pasakyta, n. vagus pakeltasis tonusas gali sukelti bradikardiją. Pakeltasis tonusas yra n. vagus arba jo centro dirginimo padarinys.

Yra žmonių, kurių bendrinė konstitucija yra vagotoniška. Šitie žmonės turi nuolatos lėtą tvinksnį. Napoleonas Didysis priklausė kaip tik prie šitų žmonių; jo tvinksnis buvo nuolatos 48 per minutę. Be širdies tvinksnio sulėtėjimo, vagotonininkai turi dar kitokių vagotonijos reiškinių. Prie jų priskaitoma padidėjęs seilėtekis, spazmiški vidurių sukietėjimai, prakaitavimas ir t. t.

Parasimpatinė bradikardija elektrokardiogramoje rodo visai normalų dantukų vaizdą, tiktai tarpsnis tarp *T* ir *P* yra pailgėjęs, kas rodo, kad pailgėjimas yra susijęs su diastole. Bet galima pastebėti parasimpatinės bradikardijos atveju taip

pat ir *P* ir *Q* tarpsnio pailgėjimas, kas reiškia, kad pralaidumas tarp prieširdžio ir skilvelio yra užtrukęs. Kaip žinoma, dešinysis n. vagus inervuoja sinus'ą ir del to jisai veikia pailgindamas *T—P* tarpsnį; kairysis gi n. vagus yra susijęs su Aschoff'o-Tawara mazgu, veikiančiu širdies praleidžiamąją sistemą. Del to kairiojo n. vagus stipresnis tonas veikia pailgindamas *P—Q* tarpsnį.

Pažinti neurogininė bradikardija galima lengvai, panaudojus farmakodinamiškąjį mėginį su atropinu. Atropinas paralyžiuoja n. vagus veikimą. Įšvirkštus į paodę atropinum sulfuricum, po 10—15 minučių bradikardija pereina į normą arba į lengvą tachikardiją.

Prie neurogeninės bradikardijos priskaitytina ir bradikardija, susidariusi vartojant kai kuriuos vaistus. Tokia bradikardija pasitaiko vartojant fizostigminą, pilokarpiną, opio derivatus ir ypačiai digitalį. Digitalis veikia dirgindamas n. vagus centrą ir šito nervo galutines skaidules (Nervenendigungen), del ko ir įvyksta bradikardija.

Neurogeninė bradikardija įvyksta taip pat smegenų kraujoplūdžio, auglių smegenyse, meningito ir panašių procesų atvejais. Čionai bradikardija įvykusi dirginant tiesiog nuclei nervi vagi.

Neurogeninė bradikardija kraujo apytakos sistemos neigiamai nepaveikia, nes minutinis kraujo tūris lieka pailgėjus diastolei toks pat. Mūsų ligonis turi sunkų kraujo apytakos sistemos sutrikimą, pasireiškusį ypačiai kojų putmenomis, dusuliu, kepenų sutinimu ir t. t. Rasta bradikardija del to jau negali būti neurogeninė. Smegenų kraujoplūdžio, auglio arba meningito reiškinių taip pat negalėjau nustatyti. Tat ieškotina šito ligonio bradikardija kitame patologijos straipsnyje.

2. Kita bradikardijos forma yra **sinusinė bradikardija.** Šitos bradikardijos atsitikimais yra pakitimų sinus'o mazge. Pakitimai gali būti anatomiški, pvz., infekcijų arba sklerozinio širdies proceso atvejais. Cheminiai, endokrininiai ir toksiniai veikimai sinus'o mazgui taip pat gali sukelti bradikardiją.

Cardiosleclerosis arba koronarinės sklerozės atvejais senesniems žmonėms bradikardija būnanti apie 50 iki 60 tvinksnių per minutę. Fizinis darbas šiek tiek pagreitina širdies tempą.

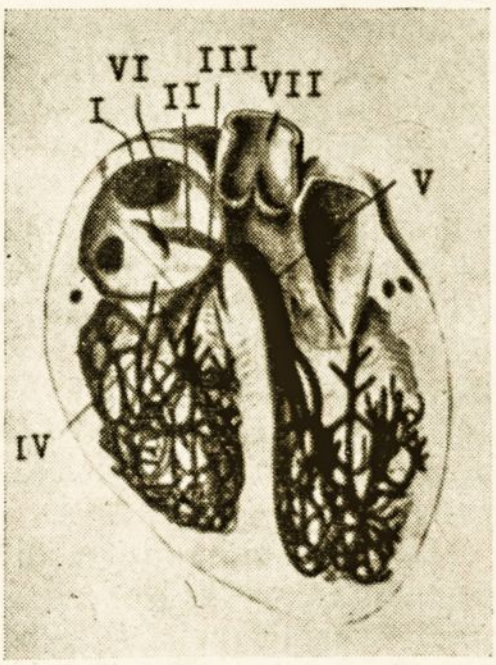
Sąnarinio reumato atveju taip pat galima rasti kartais bradikardija, kaip anatominių pakitimų sinus'o mazge padarinys.

Rekonvalescentų bradikardija priklauso kaip tik šitai bradikardijos grupei; taip pat čia priskaitytina bradikardija, susidariusi typhus abdominalis atveju. Šitais atsitikimais toksinai veikia tiesiog širdį arba sinus'o mazgą.

Elektrokardiograma sinus'o bradikardijos atveju nerodo ypatingų pakitimų, *P—Q* tarpsnis yra normalus, tiktai *T—P* tarpsnis yra pailgėjęs; tačiau kaip širdies raumenų pakitimo padarinys, dažnai čionai pastebimas nusileidęs arba neigiamas *T* dantukas ir skilvelio *QRS* komplekso pakitimai.

Sinus'inė bradikardija neturi ypatingos įtakos kraujo apytakai, ir čionai nepastebima putmenų, didelio dusulio arba kepenų padidėjimo. Manau, kad visi su manimi sutiks, jei nepripažinsiu pas savo ligonį sinus'inės bradikardijos.

3. N. vagus dirginimas gali sukelti bradikardiją, anatominis arba toksinis sinus'o dirginimas gali taip pat sukelti bradikardiją. Sistemiškai nagrinėdami pravedamosios sistemos veikimą, rasime, kad tam tikrų patologiškų pakitimų atvejais tolimesnis iš eilės širdies centras — Tawara-Aschoff'o atrio-ventrikulinis mazgas gali duoti bradikardiją. Šitokia bradikardija vadinama **atrio-ventrikuline bradikardija arba bradikardija su atrio-ventrikuliniu ritmu.**



1 atvaizdas.

Širdies pravedamoji sistema:

I. Sinus'inis mazgas (Keith-Flake).
II. Atrio-ventrikulinis (Tawara-Aschoff'o) mazgas.
III. Hiss'o pluoštelis.
IV. Hiss'o pluoštelio dešinioji kojelė.
V. Hiss'o pluoštelio kairioji kojelė.
VI. Vena cava inferior.
VII. Aorta ascendens.

Šito sutrikimo esmė yra pirminės sinus'o funkcijos perėjimas atrio - ventrikuliniam mazgui. Mes žinome, kad sinus'as yra širdies ritmo „pace maker" (Schrittmacher). Jisai duoda ženklą širdžiai susitraukti, sinus'o tempą seka visos širdies dalys. Normalus širdies ritmas yra sinus'inis ritmas. Tik patologiškomis apystovomis širdies darbas arba atskiros širdies dalys neklauso savo viršininko ir dirba savo tempu, resp. savo ritmu. Štai atrio-ventrikulinio ritmo atveju vadovavimą perima į savo rankas atrio-ventrikulinis Tawara-Aschoff'o mazgas ir mes matome, kad jo ritmu tvinksi ir prieširdis ir skilvelis. (Žiūr. 1 atv.).

Kodėl taip atsitinka? O todėl, kad sinus'iniame mazge įvyko patologiški pakitimai, sumažinę sinus'inio centro automatiškumą. Ypač dažnai pastebimas atrio-ventrikulinis auto-

matiškumas funkcinių pakitimų, kaip pavyzdžiui, tyreotoksikozės atvejais. Čia buvo dažnai pastebimas šitoks širdies ritmas, pareinąs nuo n. sympathicus dirginimo.

Atrio-ventrikulinio ritmo tempas yra lėtesnis kaip sinus'inio, ypačiai apatinė šito centro dalis. Dažnumas yra apie 60 tvinksnių per minutę.

Kliniški širdies, resp. tvinksnio duomenys šitais atsitikimais yra visai normalūs. Širdies ritmas auskultuojant neturi jokių pakitimų, taip pat ir tvinksnis. Atrio-ventrikulinis ritmas galima nustatyti tiktai elektrokardiogramos pagalba.

Elektrokardiograma rodo, kad širdies ritmą diktuoja atrio-ventrikulinis mazgas, ir impulsai iš čia eina atgal į prieširdį. *P* dantukas, atvaizduojąs prieširdžio potencialą, randamas del to neigiamas ir jisai atsiranda dažnai po arba virš *QRS* komplekso.

Ar mūsų ligonio bradikardija yra šitokio atrio- ventrikulinio ritmo padarinys, negalima kol kas pasakyti, tat parodys elektrokardiograma.

4. Dar panagrinėtinas vienas galimumas, būtent, gal, mūsų ligonis yra susirgęs **širdies bloku.** Ir širdies blokas, kaip visiems yra žinoma, rodo bradikardiją. Visai suprantama, kodėl. Širdies bloko atveju impulsai, išeiną iš sinus'o, yra blokuoti, nepasiekia skilvelio, del ko tvinksnis ir sulėtėja. Iš tikrųjų, čionai nėra visiška arba tikroji bradikardija del to, kad prieširdis gali dirbti normaliu tempu, tiktai skilvelio tempas sulėtėjęs. Prancūzai šitokią lėto tvinksnio formą pavadino b r a d i s i s t o l i j a. Šitų sutrikimų priežastys yra praleidžiamosios sistemos pakitimai.

Širdies blokų yra įvairių, būtent:

a) Dalinis atrio-ventrikulinis blokas tipo A arba **Wenkenbach'o periodai.** Šito sutrikimo atveju galima pastebėti elektrokardiogramoje, kad atrio-ventrikulinis *P—Q* tarpsnis, kuris normaliai yra = iki 0,2 sek., nuolat periodiškai darosi ilgesnis ir ilgesnis. Tada įvyksta momentas, kada sinus'o impulsas visai nepraeina, vadinasi, blokuojasi, del ko *QRS* kompleksas iškrinta. Skilvelis nesusitraukia, tvinksnis iškrinta delto, kad nesusidarė impulsas. Toks tvinksnio iškritimas kartojasi periodiškai per lygų laikotarpį taip, kad gaunamas ritmiškas tvinksnis, tiktai tvinksnio iškritimas sudaro mažą aritmiją, kuri kliniškai nevisada pastebima.

Wenkenbach'o periodų atvejais dažnai randame bradikardiją.

b) Dalinis atrio-ventrikulinis blokas tipo B. Šitos blokados formos atveju laidumas tarp sinus'o ir atrio-ventrikulinio mazgo nesikeičia, vadinasi, tarpsnis *P—Q* yra vienodas.

Tiesa, jisai yra pailgėjęs, t. y. laidumas yra pasunkėjęs. Bet ne kiekvienas impulsas pasiekia skilvelį. Čia blokuojasi kas antras, kas trečias arba kas ketvirtas ir t. t. impulsas. Kiekvienas antras, trečias arba ketvirtas skilvelio susitraukimas iškrinta. Pasitaiko, tiesa, retesniais atsitikimais, kad iškrinta periodiškai du skilvelio susitraukimai ir tiktai trečias impulsas praeina (3:1); arba net keturi impulsai nepersiduoda ir tiktai penktas sinus'o impulsas pereina į atrio-ventrikulinę praleidžiamąją sistemą (4:1). Jei prieširdžio ir skilvelio santykiai susitraukimo atžvilgiu yra 2:1 arba 3:1 ir t. t., tai toksai širdies plakimas atrodo, kaip visai ritmiškas, ir pastebimas tiktai elekrokardiogramos pagalba.

Čia paminėtos dalinės blokados formos pasitaiko įvairių infekcijų metu ar po jų. Ir šitokie praleidžiamosios sistemos sutrikimai yra organinio pobūdžio. Bradikardija abiem atsitikimais yra aiški.

c) **Visiškas atrio-ventrikulinis blokas.** Visiško širdies bloko atveju širdis dirba dviem ritmais. Prieširdis ir skilvelis susitraukia savo tempu. Jokio sąsyjo tarp prieširdžio darbo ir skilvelio sistolės nėra, jų santykiai yra nutrūkę.

Kadangi laidumas tarp sinus'inio ir Aschoff'o-Tawara mazgo yra nutrūkęs, ir sinus'o impulsai nepasiekia skilvelio, tai pradeda tada veikti **automatinis II laipsnio,** vadinamas **atrio-ventrikulinis centras.** Normaliomis apystovomis šitas centras neveikia ir visa širdis dirba pagal sinus'o impulsus, ji klauso I laipsnio automatinio centro, t. y., sinus'inio mazgo. II laipsnio automatinio centro tempas yra lėtas ir del to skilveliai tokiais atsitikimais dirba lėtai, t. y. randama bradikardija. (žiūr. I atv.).

Jei laidumas yra pertrauktas atrio-ventrikuliniame mazge, tai širdies skilvelis susitraukia 50 iki 42 ir 40 kartus per minutę. Jeigu praleidžiamosios sistemos sutrikimas yra žemiau mazgo, ties Hiss'o mazgu (Hiss'ches Buendel), tai skilvelio susitraukimas būna dar lėtesnis ir pasiekia 40 iki 36 kartus per minutę. Pats Hiss'o mazgas priklauso prie III laipsnio automatinės sistemos, jo impulsai dar labiau sulėtina susitraukimus.

Kurie yra kliniški visiško širdies bloko simptomai? Kadangi blokas pasitaiko dažniausiai anatominio širdies praleidžiamosios sistemos ir eo ipso myokardo sistemos sutrikimo atveju, tai dažniausiai randami ir visi širdies nepakankamumo bet kurios etiologijos reiškiniai.

Bet yra ir keletas specifinių visiško širdies bloko reiškinių, būtent:

I. **Morgagni - Adams - Stokes simptomų kompleksas.** Ligonis staiga pabala ir nustoja sąmonės, atsiranda epilepti-

forminiai raumenų susitraukimai. Patikrinus tokio priepuolio metu širdies veiklą, galima rasti, kad širdis plaka labai retai, pastebėta net 6 kartai per minutę. Manoma, kad visi reiškiniai yra smegenų anemijos padarinys. Kadangi įvyksta tokie dideli skilvelio susitraukimo tarpsniai, tai kraujo pritekėjimas į smegenis yra per menkas.

Pasitaiko ir rudimentiniu Morgagni - Adam - Stokes'o priepuolių, ypačiai tat pasitaiko bloko atveju su labai mažo dažnumo skilvelio susitraukimu. Tat būna, kai yra pakenkta praleidžiamoji sistema žemiau Hiss'o mazgo.

Be kitko, čionai pastebėtina, kad pasitaiko ir neurogeninė Adams - Stokes simptomų komplekso forma, būtent medulla oblongata susirgimų atveju, kai yra paliestas nucleus n. vagi.

II. Kaip antras kliniškas simptomas bradikardijos bloko metu yra **fizinis apkrovimas**. Jei ligoniui, turinčiam visišką širdies bloką, tenka padaryti keletas fizinės mankštos pratimų, tai padidėja žymiai dusulys, bet širdies plakimo tempas lieka tas pats. Šitoks bandymas rodo, kas jau yra seniai žinoma, kad mankšta veikia sinus'inį refleksą, padidina jo impulsus; bet jei sinus'o sąsyjis su skilveliu yra nutrauktas, tai tas veikimas skilveliui nepasireiškia.

III. Dar yra vienas labai svarbus simptomas nustatyti, ar bradikardijos atveju yra visiškas ar dalinis širdies blokas. Tat yra **patrankiškas tonas pagal Stražesko** (pušečnyj ton — Stražesko). Šitoks tonas yra ne tiktai stipresnis už kitus širdies tonus, bet ir skiriasi nuo jų savo ypatingu akustiniu atspalviu; jis pasitaiko tada, kai prieširdžio ir skilvelio susitraukimai sutampa. Širdies bloko atveju prieširdžiai ir skilveliai dirba savo atskiru tempu. Ilgai klausant širdį, pasitaiko momentas, kada prieširdžio ir skilvelio susitraukimai įvyksta tuo pačiu metu ir tada atsiranda ypatingas patrankiškas tonas.

Pagalvokime dabar apie savo ligonį, kurį mes beveik užmiršome, benagrinėdami įvairius širdies susirgimus, kurie, tiesa, yra labai įdomūs, bet dar įdomesnis yra gyvas žmogus, kuris laukia išaiškinant jo ligą. Dabar paieškosime pas savo ligonį širdies visiško bloko reiškinių.

Bradikardija 36 per minutę. Jau vien šitas reiškinys, ypačiai pastovi bradikardija, daug primena širdies bloką. Nepastovi bradikardija būna neurogeninės kilmės. Bet vieno šito simptomo yra permaža.

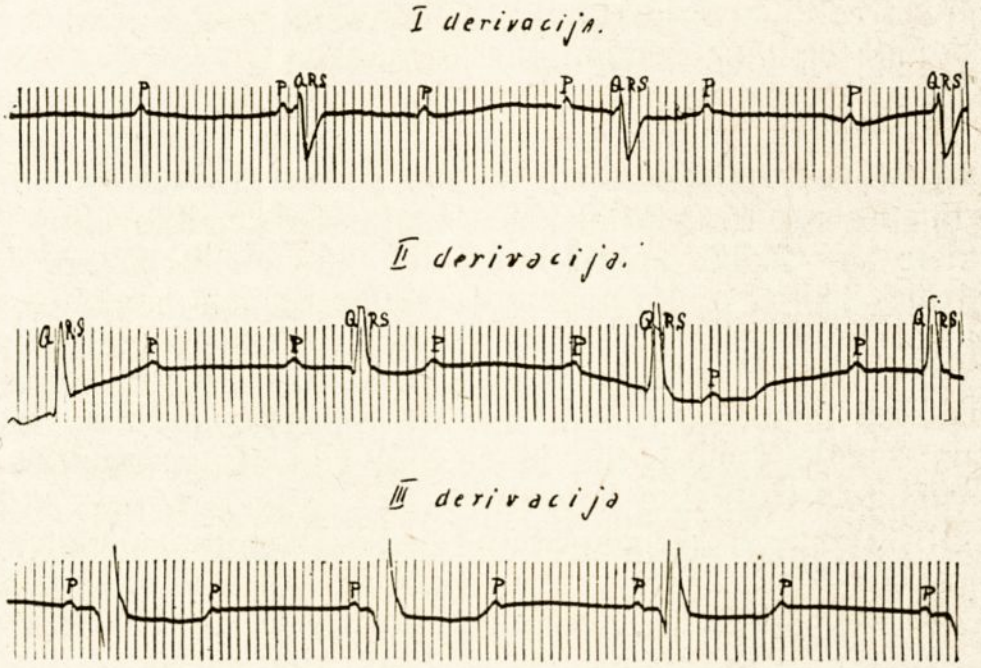
Morgagni - Adams - Stokes'o simptomų komplekso mūsų ligoniui nebuvo, bet tat dar nenuneigia bloko, kaip jau buvo aukščiau pasakyta.

Bandymo širdį apkraunant mūsų ligoniui nebuvo galima padaryti, nes jisai buvo toks silpnas su savo nepakankamumo reiškiniais. Liko tiktai ieškoti patrankiško tono. Neilgai aus-

kultuodamas, ir tam tikru momentu pastebėjau stiprų krūtinės smūgį prie viršūnės ir užgirdau labai stiprų pirmą toną su ypatingu tembru. Tuo pačiu momentu ypačiai sustiprėjo kaklo venų undulacija.

Ar ligonis, iš tikrųjų, turi visišką širdies bloką? Absoliučiai tat galima nustatyti elektrokardiogramos pagalba.

Padarius ligoniui elektrokardiogramą, štai kas rasta (žiūr. 2 atv.).



2 atvaizdas.

J. R. ligonio elektrokardiograma.

P dantukų, atvaizduojančių prieširdžio susitraukimą, yra žymiai daugiau negu skilvelio *QRS* komplekso, taigi, ne po kiekvieno *P* seka *QRS*. Tat rodo, kad skilveliai rečiau susitraukia kaip prieširdžiai. Galima dar pastebėti, kad tarp *P* ir *QRS* nėra jokio sąsyjo: čia *P* yra arti prie *QRS*, čia toli nuo jo, čia su juo beveik sutampa, čia stovi prieš jį, čia po jo. Šitas reiškinys yra ypačiai patognomiškas visiškam blokui.

Kas galima dar pastebėti šitoje elektrokardiogramoje? Prieširdžiai dirba visai ritmiškai, nes po 0,75 sek. vienas po kito seka *P* dantukas ir tuo būdu plaka 80 kartų per minutę. Skilvelių ritmas, kaip iš elektrokardiogramos matyti, taip pat yra taisyklingas, nes kiekvienas *QRS* kompleksas seka po 1,7 sek. vienas po kito, kas sudaro 36 kartus per minutę. Prieširdžių ir skilvelių santykis $\frac{P}{R} = \frac{80}{36}$. Elektrokardiogramos pagalba, nesudarant ligoniui nemalonumų, nustatytas širdies visiškas blokas visai tikrai, kaip ant sekcinio stalo.

O kaip su **etiologija?** Iš kur atsirado mūsų ligoniui širdies blokas?

1. Širdies blokas gali įvykti **ūminės infekcinės ligos metu,** kai atsiranda myokarditas. Iš tokių infekcinių ligų pirmiausia pažymėtina **polyarthritis rheumatica,** kurios Aschoff'o mazgas, kitaip dar vadinamas granuloma, šitais atsitikimais pertraukia praleidžiamąją sistemą tarp atrium ir skilvelių. Žinoma, kad blokas polyartrito atveju gali pranykti, ypačiai, kai granuloma susisiurbia.

Be polyarthritis rheumatica acuta, yra aprašyti bloko atsitikimai **gripo, typhus abdominalis** ir **difterijos** atvejais.

2. Anksčiau buvo manyta, kad širdies blokui atsirasti didelis vaidmuo tenka **sifiliniams pakitimams** endarteritinės formos su surandėjimais. Paskutiniu laiku, pagerėjus diagnostikai, pasirodė, kad etologinė sifilio reikšmė blokui atsirasti yra daug mažesnė. Štai Odesos kardiologinės klinikos vedėjas S i g a l rašo, kad jų medžiagoje tarp 29 atsitikimų visiško ir dalinio bloko tiktai 2 ligoniams blokas buvęs luetinės reikšmės, o iš 11 atsitikimų su visišku bloku, vienam buvo įtartas sifilis, o antras sirgęs sifiliu ir polyarthritis rheumatica.

3. Kaip svarbiausias etologinis faktorius širdies blokui atsirasti laikytina **kardiosklerozė.** Kardiosklerozės arba vainikinių indų sklerozės atvejais atsiradusios išeminės sritys myokarde, arti praleidžiamosios sistemos, pertraukia laidumą.

4. **Toksiškas digitalio veikimas,** vartojant didelius šito vaisto davinius, pagaliau, retais atsitikimais, taip pat gali nutraukti impulso laidumą tarp sinus'inio ir atrioventrikulinio mazgo ir sukelti visišką širdies bloką.

Mūsų ligoniui lengvai galima atmesti ūmios infekcinės ligos, nes jisai jomis nesirgo ir dabartiniu metu neserga. Sifilis taip pat galima atmesti. Wassermann'o reakcija kraujyje pasirodė neigiama, o kitų kliniškų reiškinių sifiliui įtarti nerasta. Digitalio paskutiniu laiku ligonis nėra gavęs.

Taigi, tenka galvoti, kad mūsų ligonis savo bloką turi, kaip kardiosklerozės padarinį, juo labiau, kad jis, kaip jau yra pasakyta ligos istorijoje, turi ir kitų arteriosklerozinio pobūdžio reiškinių, kaip antai, aukštą kraujospūdį. Ligonio nefroziniai reiškiniai aiškinami taip pat, kaip sklerozės padarinys.

Epilogas.

Visiškas širdies blokas su gyvybe ir net su lengvu fiziniu darbu yra suderinamas. Rusų autorius Z e l e n i n pranešė IX rusų internistų suvažiavime apie jo stebėtus visiško bloko atsitikimus. Vienas jo ligonių, 24 metų jaunuolis, 8 metus kaip turi visišką širdies bloką, kuris susidaręs, kaip širdies sužalojimo kulka padarinys. Kulka pramušė Hiss'o mazgą. Kulka rentgenologiškai nustatyta kairiojo skilvelio užpakalinėje sienelėje, arti jos ribos su prieširdžiu. Šitas ligonis veda

„priprasta mieščionio gyvenimą, apsivedęs. Nei fizinis darbas, nei susinervinimai nekliudo širdies darbingumo."

Aišku, kad šitas atsitikimas, kur širdies sužalojimas yra aprėžtas vienu, nors ir labai svarbiu centru, yra prognoziškai geras. Šituo atsitikimu širdies raumenys yra sveiki ir laiduoja širdies pakankamumą.

Visai kas kita, kai myokardo pakenkimas nėra vietinis, bet difuziškas. Mūsų ligoniui nustatyta kardiosklerozė ir bendrinė arteriosklerozė. Žinoma, širdies pakenkimai nėra apsirėžę tiktai atrio-ventrikuliniu mazgu. Dažniausiai būna difuziškas myokardo pakenkimas, kuris kartu paliečia mazgą. Kad taip yra, galima spręsti kliniškai iš širdies nepakankamumo reiškinių ir ypačiai iš elektrokardiogramos, kuri rodo daugelį myokardo pakenkimo reiškinių.

Tuo pasirėmus, mūsų ligoniui nustatyta bloga **prognozė.** Mirtis galėjo įvykti per trumpą laiką. Žinoma, negalima nustatyti tiksliai širdies atsarginių jėgų, bet šituo atsitikimu galima buvo pasakyti, kad ligonis gyvens keletą mėnesių ar dar mažiau, bet jokių būdu jo gyvenimo negalima skaityti metais ar daugiau. Iš tikrųjų, ligonis maždaug po pusės metų su dar didesniais nepakankamumo reiškiniais mirė.

Kleine Differential-Diagnostik.

XII. Bradykardie.

Eine differential-diagnostische Studie an Hand eines Falles von Herzblock.

Bei einem herzinsuffizienten Patienten wird eine Bradykardie von 36 in der Minute festgestellt. Um diese Bradykardie zu differenzieren, werden folgende Formen von Pulsverlangsamung besprochen: I. Neurogene Bradykardie, 2. Sinus - Bradykardie, 3. Bradykardie beim atrio--ventrikulären Rhytmus, 4. Bradykardie beim Herzblock. Unter Abteilungen des Herzblockes sind: a) partieller atrio - ventrikulärer Block, Typus A (Wenkenbach'sche Perioden), b) partieller atrio - ventrikulärer Block Typus B und, c) kompletter atrio - ventrikulärer Block.

Als klinische Zeichen des kompletten atrio - ventrikulären Blockes werden angegeben I. das Symptomenkomplex Morgagni-Adams-Stockes, II. Keine Beschleunigung des Pulses bei Belastung und III. ein besonders an der Spitze zu vernehmender dröhnender erster Ton, der dann auftritt, wenn Systole des Vorhofes und Ventrikels zusammenfällt. (Kanonendröhnen - Stražesko).

Dieser dröhnende Ton ist beim Patienten festzustellen gewesen und auf Grund des Elektrokardiogrames, das eine vollständige Dissoziation der Tätigkeit von Vorhof und Ventrikel aufwies, konnte ein kompletter Herzblock bei unserem Patienten festgestellt werden.

Als ätiologisches Moment des Herzblockes wird kurz besprochen: 1. Polyarthritis rheumatica ac. und andere Infektionen, wie Grippe, Diphterie, Typhus abdominalis, 2. In seltenen Fällen — Lues, in Form endarteritischer Prozesse des Herzmuskels, 3. am häufigsten Kardiosklerose, 4. Toxische - Digitaliswirkung. Im hier liegendem Falle handelte es sich um allgemeine Arteriosklerose mit Bevorzugung des Herzmuskels.

Gyd. A. Savičiūnas.

Biržų apskrities savivaldybės Likėnų kurortas 1939 metais.

Devynioliktojo amžiaus mokslinės literatūros apie Likėnų-Smardonės šaltinius palankūs atsiliepimai, dumblo ir vandens dabartiniai chemiškų tyrimų duomenys, vietinės savivaldybės iniciatyva ir vyriausybės parama, — davė pradžią Likėnų kurortui. Pradžia, kaip sakoma, visada sunki: šituo atveju sunki del to, kad del būstinių stokos ir neproporcingo norinčiųjų pasinaudoti gydymu skaičiaus, — nei ligoniams, nei personalui patogumų nebuvo. Kadangi kurorte vilų ir atskirų viešbučių nebuvo, tai gydomosios įstaigos antrasis aukštas buvo paverstas viešbučiu. Pirmame aukšte turėjo būti raštinė, laboratorija, ligonių laukiamasis bei priimamasis ir ligonių poilsio kambariai. Tuo būdu, vonioms beliko vietos vos aštuoniuose kambariuose. Sezono įkarštyje juose reikėjo išduoti 100—140 vonių per dieną. Tai galima buvo padaryti tik dirbant 13 ir daugiau valandų per parą. Savaime suprantama, kad nedidelė ligonių dalis galėjo užsisakyti gydymą jiems patinkamai valandai, nes reikėjo atsižvelgti į tuos, kurie, apsigyvenę Biržų mieste, taikėsi prie autobusų kursavimo.

Pagrindinis trūkumas, kuris skaudžiai paliečia kurorto lankytojus, tai būtų ir kambarių stoka. Biržų apskrities savivaldybė nėra tiek pajėgi, kad viena pati, negaudama finansinės paramos iš kitur, šitą klausimą išspręstų. Be to, tai nėra jos tiesioginė pareiga rūpintis viso krašto piliečių patarnavimu. Pagaliau, ji neturi teisės leisti pasireikšti privačiai inicijatyvai: negali kurorto žemės parduoti vilų statybai, nes apskrities savivaldybė yra kurorto valdytojas, bet ne savininkas. Iš kurorto pacientų suskirstymo lentelės pagal gyvenamąsiąs vietas matyti, kad ligoniai gydėsi iš viso krašto.

Iš kurorto pelno negali būti patenkinti minimalūs patobulinimų ir naujų įrengimų reikalavimai. Del to reikia pasitenkinti kaip galima mažesniu kurorto tarnautojų skaičiumi, kas žymiai atsiliepia į darbo našumą ir lankytojams patarnavimą.

Šiaurės Lietuvai šelpti centro komitetas, įvertindamas Likėnų kurorto medicinišką, sociališką ir ekonomišką mūsų kraštui reikšmę, šiais metais — jo lėšomis pastatytai sanatorijai praplėsti — paskyrė 120.000 litų. Kurorto planas sudarytas dar prieš sanatorijos statybą. Šitoje srityje rūpinasi inž. V i l i ū n a s, kurio diplominis darbas yra Likėnų kurortas. Plano įvykdymas pareikalaus nemažos pinigų sumos. Čia būtų labai pravartu visuomenės, ligonių kasų ir Vyriausybės didesnė parama.

Likėnų gamtinių gydomųjų priemonių neišnaudoti kuracijai ir piliečius leisti į svetimus kurortus, būtų ne tik ekonomiškai nuostolinga, bet ir tautinės ambicijos stoka. Dar pacientų tarpe neišnyksta „mistiškas“ galvojimas: kas svetima, nepažįstama — tai gera, o kas sava — abejotina. Iš dalies tat verčia daugelį kurortinių ir nekurortinių ligonių ieškoti mediciniškos pagalbos svetimųjų tarpe.

Iš praeitais metais buvusiųjų Likėnų kurorte ligonių žodžiu ir raštu (ankietomis) pareiškimų teko konstatuoti, kad kelios dešimtys iš jų anksčiau gydėsi Latvijos Kėmerių kurorte. Tat mane paskatino palyginti Likėnų dumblą su Kėmerių. Iš d-ro Libiečio patiektų prof. Kupcis'o tyrimo duomenų, vienas kg šviežio Kėmerių dumblo turi:

Kėmerių kurorto	Likėnų kurorto
Sausų dalių . . . . 271,5 gr	283,00 gr
Vandens . . . . . 728,5 „	717,00 „
Sieros vandenilio . . 0,0038 „	0,0342 „

Palyginimui pažymėjau prof. Šimkaus Likėnų dumblo chemiškų tyrimų duomenis, iš kur matyti, kad sieros vandenilio Likėnų dumble yra daugiau. Likėnų dumble yra gana didelis kiekis huminių dalių. Neorganinės sudedamosios dalys yra identiškos su Kėmerių dumblu, tik jų kiekiai skiriasi. Pasirėmus prof. Juodakio tyrimų duomenimis, Likėnų dumblas aliuminio, magnio, natrio, kalio amonio turi daugiau, negu Kėmerių. Gaila, kad Likėnų dumblo radioaktyvumas dar neištirtas. Pagaliau, Likėnų ir Kėmerių šaltinių generacija yra vienoda: tiek čia, tiek ten yra kaltinami gipso klodai. Likėnų apylinkėse gipso klodų apatiniuose žemės sluoksniuose yra labai daug. Manoma, kad gipsas, mikroorganizmų pagalba redukuodamasis, duoda sieros kalcį ir laisvą sieros vandenilį. Sieros vandenilis, kaip laki substancija, plačiai atvirame šaltinyje didesne koncentracija išsilaikyti negali, bet, nuolat susisiekdamas su čia pat esančiu dumblu, prisotina jį siera. Žemėje yra daug skaidymosi procese tebesančių augalų, kur susidaro CO_2 ir metano dujos. Per ilgą laiką, vandens įtakoje, jos gali suskaidyti gipsą. Šito skaidymosi rezultate iš metano išsiskiria anglis, kuris duoda pagrindą nuolat susidarančiam sieriniam dumblui, nes jame po truputį nusėda iš H_2S išsiskirianti siera.

Ligoniams, kurie 1938 ir 1939 metais Likėnuose gydėsi, buvo išsiuntinėtos ankietos. Sprendžiant iš atsakymų reikia padaryti išvadą, kad reumatininkų ir artritininkų vos 1% nejau-

tę savo sveikatos pasikeitimo, o kiti rašo, kad vieniems anksčiau, kitiems vėliau buvęs ryškus palengvėjimas. Iš tokio skaičiaus ligonių stebėjimo, kurie per dvejus metus gydėsi, platesnių išvadų dar negalima daryti. Tatai yra tolimesnių ir gilesnių studijų reikalas. Tuo tarpu tik galima pasakyti, kad Likėnų dumblas veikia ne vien mechano- bei termoterapiniais faktoriais, bet dėka veikliųjų sieros junginių turi ryškų cheminį veikimą.

1-oji lentelė.

Likėnų kurorto pacientų suskirstymas pagal ligas.

Ligos	Vyrų	Moterų	Iš viso
Chroniškieji sąnarių ir raumenų susirgimai	139	191	330
Įvairios neuralgijos	59	41	100
Kiti centrinės ir periferinės nervų sistemos susirgimai . . .	7	7	14
Neurastenija	21	37	58
Medžiagų apykaitos sutrikimai . .	10	22	32
Širdies ir kraujagyslių sistemos susirgimai	14	27	41
Chroniškos moterų ligos	—	26	26
Kitos ligos	5	4	9
Iš viso 1939 metais gydėsi	255	355	610

Likėnų kurorto pacientų suskirstymas pagal gyvenamąsias vietas (2-oji lent.) ir amžių (3-ioji lent.).

2-oji lentelė.

1. Biržų apskr.	35%	
2. Šiaulių „	16%	
3. Panev. „	15%	
4. Kauno „	11%	
5. Rokišk. „	8%	
6. Kėdain. „	3%	
7. Taurag. „	2%	
8. Kitų apskr.	10%	

3-ioji lentelė.

1. Nuo 10 metų iki	20 metų			10	pacientų
2. „ 21 „	„ 30	„		76	„
3. „ 31 „	„ 40	„		200	„
4. „ 41 „	„ 50	„		153	„
5. „ 51 „	„ 60	„		117	„
6. „ 61 „	„ 70	„		41	„
7. „ 71 „	„ 80	„		12	„
8. Daugiau kaip 80 metų				1	„

1939 metais kurortas veikė 136 dienas: nuo gegužės mėn. 16 dienos iki rugsėjo mėn. 30 dienos. Nuo rugsėjo mėn. 16 dienos, kada buvo sustabdytas autobusais susisiekimas ir mobilizuotas personalas, kurortas turėjo vos keletą pacientų per dieną.

1939 metais išduota 13.688 vonios, iš jų:

1. Dumblo vonių 4.073
2. Dumblo kompresų 1.001
3. Anglirūgšties vonių 2.549
4. Mineralinių vonių 6.071

Pagal tautybę pacientai suskirstyti šitaip:

Lietuvių 536
Žydų 71
Kitų tautų 2

4-oji lentelė.

Pagal profesijas pacientai skirstomi šitaip:

1.	Šeimininkės . . .	158	7.	Laisvųjų profesijų žmonės	12
2.	Įstaigų tarnautojai .	118	8.	Moksleiviai . . .	11
3.	Ūkininkai	102	9.	Medicinos personalas	15
4.	Darbininkai ir amatininkai	89	10.	Gydytojai	6
5.	Mokytojai	39	11.	Kitų profesijų žmonės ir be užsiėmimo	19
6.	Prekybininkai . .	41			

Med. d-ras R. Senderova.

Organizacija kovai su tuberkulioze Sovietų Sąjungoje.

Apie menkus kovos su tuberkulioze carinėje Rusijoje apymojus kalba šie skaičiai: 1912 metais visoje didžiulėje carinės Rusijos teritorijoje buvo tiktai 42 ambulatorijos tuberkulioziniams ligoniams ir 8 sanatorijos su 307 lovomis jose; be to, buvo nedidelis kiekis privačių sanatorinio tipo pansionų, daugiausia Kryme.

1939 metų sausio mėn. 1 d. SSSR buvo 1.470 tuberkuliozinių dispanserių, apie 56.000 sanatorinių lovų tuberkuliozinams ligoniams, daugiau kaip 20.000 lovų ligoninėse tuberkuliozinams ligoniams.

Be to, prie tuberkuliozinių dispanserių buvo apie 9.000 sanatorinių lovų pusiaustacionarinio tipo (sanatorijos dieną ar naktį ligoniams laikyti).

Žymus gyventojų ir krašto ekonominio ir kultūrinio lygio pakilimas, taip pat plačios Sovietų valdžios priemonės sveikatai apsaugoti, apskritai, (carinėje Rusijoje buvo 20.000 gydytojų, o SSSR—daugiau kaip 130.000 gydytojų) ir kovai su tuberkulioze, atskirai, žymiai sumažino mirtingumą ir sergamumą džiova. Taip, 1913 m. kiekvieniems 10.000 gyventojų: mirdavo plaučių tuberkulioze: Maskvoje 22,6, Petrograde 28,6, Saratove 29,9, Jaroslavlyje 30,9. Mirtingumas džiova po revoliucijos sumažėjo stambiausiuose miestuose daugiau kaip 2 kartu.

Centrinę vietą kovos su tuberkulioze SSSR sistemoje užima tuberkuliozinai dispanseriai, laikomi valstybės lėšomis.

Tuberkuliozinai dispanseriai turi skyrius suaugusiems ir vaikams (su atskirais įėjimais, palaukiamaisiais ir kabinetais), kabinetą kaulų bei sąnarių tuberkuliozei, laringologinį kabinetą, fizioterapinį kabinetą, dirbtinio pneumatorakso kabinetą, rentgeno kabinetą ir laboratoriją.

Tuberkulioziniai dispanseriai aptarnauja visokio amžiaus ligonius, sergančius įvairiomis tuberkuliozinių susirgimų formomis; tiktai kūdikiai iki 3 metų amžiaus aptarnaujami tuberkuliožiniuose kabinetuose prie vaikų konsultacijų, vadovaujant dispanserio vaikų skyriui.

Dispanseris teikia visų rūšių pagalbą tuberkulioziniams ligoniams, išdirba ir organizuoja profilaktines priemones kovai su tuberkulioze gyventojų tarpe. Jis taip pat veda susergamumo tuberkulioze savo rajone atskaitą.

Ypačiai svarbus uždavinys yra ko pilniausias ir ankstyviausias tuberkuliozinių susirgimų atsitikimų gyventojų tarpe suradimas. Šitam tikslui dispanseris susisieja su visomis mediciniškomis įstaigomis (suaugusiųjų ir vaikų klinikomis, įmonių medpunktais, ligoninėmis, mokyklų ir vaikų įstaigų gydytojais ir t. t.), kurios nukreipia į dispanserius visus asmenis, įtariamus tuberkulioze sergant. Visos mediciniškos įstaigos ir gydytojai privalo pranešinėti tuberkulioziniams dispanseriams apie kiekvieną jų pastebėtą tuberkuliozinio susirgimo atsitikimą. Gydytojams nespecialistams instruktuoti ir jų žinioms tuberkuliozės pažinimo atžvilgiu padidinti, dispanseriai ruošia periodiškus kursus ir pranešimus apie tuberkuliozę gydytojams nespecialistams. Antras kelias tuberkulioziniams ligoniams surasti — tat nuolatinis stebėjimas asmenų, susisiekiančių su tuberkulioziniais ligoniais. Per dispanserines seseris dispanseriai pasirūpina, kad visi tokie asmenys būtų suregistruoti ir reguliariai lankytų dispanserį.

Dispanseriai rentgeno pagalba periodiškai apžiūri kai kurias gyventojų grupes, kurių tarpe tuberkuliozės savo laiku suradimas turi ypačiai svarbios reikšmės (asmenys, dirbą vaikų įstaigose, maisto įmonėse, kirpyklose, o taip pat pedagoginių mokyklų mokiniai). Suradus aktyvią tuberkuliozę, šitų profesijų darbininkai siunčiami gydytis ir pasigydę skiriami dirbti tokį darbą, kur jie neturi ankštesnių sąlyčių su vaikais.

Vaikų tarpe susirgimams surasti daromi periodiški vaikų tyrimai vaikų įstaigose (lopšeliuose, konsultaciniuose punktuose, mokyklose). Gydytojai, aptarnaują šitas įstaigas, atlieka tuberkuliozinius skiepijimus; visi į tuberkuliozinius skiepus teigiamai reaguoją vaikai apžiūrimi gydytojo ftiziatro.

Dispanseris teikia visų rūšių medicinos pagalbą ligoniams, k. a.: dirbtinį pneumatoraksą, chirurgišką plaučių tuberkuliozės gydymą, tuberkulininę terapiją, kaulų-sąnarių ir gerklės tuberkuliozės gydymą ir t. t. Dirbtinis pneumatoraksas taikomas visuose tuberkuliožiniuose dispanseriuose 30—40% ligonių, sergančių atviromis tuberkuliozės formomis.

Naktinės ir dieninės sanatorijos prie tuberkuliozinių dispanserių leidžia organizuoti pusiausanatorinį tuberkuliozinių ligonių gydymą neatitraukiant jų nuo darbo. Šitos sanatorijos panaudojamos taip pat paguldyti jose ligoniams, sugrįžusiems iš sanatorijų į įprastines gyvenimo sąlygas.

Ligonių aptarnavimas (tyrimas, gydymas ir t. t.) atliekamas nemokamai, kaip ir apskritai visas mediciniškas SSSR gyventojų aptarnavimas. Darbingumo nustojimo atveju, taip pat vykti į ligonines ar sanatorijas, ligonis gauna pašalpą iš lėšų, valstybės skiriamų socialiniam draudimui. Šita pašalpa darbininkams ir tarnautojams, ilgai dirbantiems įstaigoje ar įmonėje, lygi pilnam uždarbiui. Kitiems svyruoja nuo 80 ligi 50%. Ilgalaikio darbingumo nustojimo atveju ligonis taip pat gauna pašalpą del invalidiškumo iš valstybės skiriamų lėšų.

Dispanseris turi galimumo pagerinti ligonio buto sąlygas, dėka esamam įstatymui, pagal kurį apkrečiamąja tuberkulioze sergantiems ligoniams turi būti duotas atskiras kambarys. Suradus ligonį, sergantį tuberkuliozės užkrečiamąja forma, dispanseris atlieka sanitariškai sveikatinamąjį darbą ligonio šeimoje aplinkiniams nuo susirgimo apsaugoti. Ligoniui išvažiavus ar mirus, jo bute atliekama privaloma dezinfekcija.

Didelio dėmesio kreipia dispanseriai į kovą su tuberkulioze stambiuose fabrikuose ir dirbtuvėse, prie kurių mediciniškųjų punktų priskiriami dispanserių gydytojai. Gydytojas ftiziatras padeda mediciniškajam punktui tiksliai organizuoti ankstyvą tuberkuliozės nustatymą, seka darbo sąlygas tų ligonių, kurie po gydymo yra grįžę prie darbo, susipažįsta su jų darbo sąlygomis ir prireikus kelia klausimą apie darbininko perkėlimą į kitą darbą, atitinkantį jo sveikatos stovį. Daugelyje stambių įmonių ruošiami kursai perkvalifikuoti tuberkulioze sergančius darbininkus, išlaikiusius darbingumą, bet dirbančius jų sveikatos stovio neatitinkamose profesijose.

Kursuose mokymosi metu darbininkai gauna pašalpą iš valstybės socialinio draudimo lėšų, lygią jų uždarbiui. Daugelyje įmonių tuberkulioze sergantiems organizuojamas specialus gydomasis maitinimasis. Šito maitinimo vertė iš dalies apmokama iš socialinio draudimo lėšų, kas pagerina ligonio medžiaginę padėtį.

Tuberkuliozininkai naudojasi teise į sutrumpintą darbo dieną, bet nemažinant dienos uždarbio; jie taip pat atleidžiami nuo naktinio darbo.

Visos tuberkuliozininkų sanatorijos skirstomos į vietines ir kurortines. Kurortinės sanatorijos (prie jūrų ir kalnuose) įkurtos daugiausia Kryme ir Kaukaze, ir jose plačiai panaudojami klimatinio gydymo veiksniai. Be pajūrinių ir kalninių klimatinių kurortų, SSSR labai yra išplitę stepių kurortai, kuriuose, greta su klimatiniu gydymu, atliekamas gydymas kumisu — kumelių pieno rūgščiu produktu, pasižyminčiu aukštu maistingumu, lengvu virškinamumu ir dideliu C-vitamingumu. Daug tokių kumiso gydomųjų sanatorijų yra Baškyrų ASSR, Kazakstano SSR ir daugelyje SSSR stepių rajonų.

Daugelyje tokių sanatorijų atliekamos visų rūšių chirurgiškos intervencijos krūtinės ląstos srityje: suaugimų nudeginimai dirbtinio pneumatorakso atveju, nervus phrenicus alkoholizacija, torakoplastika, ekstrapleurinis pneumatoraksas.

Ypatingos svarbos kovojant su tuberkulioze SSSR teikiama kovai su vaikų tuberkulioze. Platus vaikų įstaigų tinklas (konsultaciniai punktai, lopšeliai, vaikų darželiai) įgalina anksti surasti tuberkuliozę vaikų tarpe ir organizuoti plačias profilaktines priemones. Vaikams, turintiems sąlyčių su baciliniais ligoniais šeimoje, nusilpnėjusiems infekuotiems vaikams, nors ir neturintiems aktyvios tuberkuliozės reiškinių, skiriami specialūs sanatoriniai lopšeliai, sanatoriniai vaikų darželiai ir girios mokyklos. Visose sanatorijose esama pedagogų mokykliniams užsiėmimams su vaikais vesti ir jiems kultūriškai auklėti.

SSSR nuo 1925 metų naujagimiams daromos vakcinacijos pagal Calmette. Pirmaisiais metais buvo skiepijami tiktai kūdikiai iš tuberkuliozinių šeimų; nuo 1927 metų daugelyje miestų jau buvo atliekamos masinės vakcinacijos, apėmusios didesnę dalį naujagimių. Kadangi visi gimdymai miestuose pravedami specialiose gimdyklose, tai naujagimių vakcinacija pagal Calmette nesutinka kliūčių. 1938 metais SSSR vakcinuota daugiau kaip 500.000 kūdikių. Specialūs stebėjimai parodė žymų vakcinacijos efektingumą, kuri sumažina 3—4 kartus susergamumą tuberkulioze ir mirtingumą nuo jo tarp vakcinuotų kūdikių iš šeimų, kuriose yra bacilinių ligonių, palyginti su nevakcinuotais vaikais.

Kaulų tuberkuliozininkų suradimas ir gydymas taip pat atliekamas dispanseriuose. Kaulų tuberkuliozės sanatoriniam gydymui yra platus sanatorinių įstaigų tinklas įvairiose SSSR vietose, ypačiai Krymo ir Kaukazo klimatinėse stotyse. Tais atvejais, kai kaulų-sąnarių tuberkulioze sergąs ligonis nereikalingas sanatorinio ar ligoninės gydymo, dispanseris aprūpina jį gydymu namuose ar ambulatoriniu gydymu dispanseryje.

Dispanserio gydytojas specialistas, gydydamas tuberkuliozininką jo namuose, reguliariai lanko ligonį, pritaikydamas visas ortopedines ir kitas gydomąsias bei higieniškąsias priemones.

SSSR yra 21 tuberkuliozinis mokslo institutas, kuriuose dirba šimtai mokslo darbuotojų, stengdamiesi išspręsti įvairius eksperimentinius, kliniškus ir socialiai higieniškus tuberkuliozės klausimus. Visų didžiausios mokslo-tyrimo įstaigos yra Maskvos, Leningrado, Charkovo, Kijevo ir Odesos tuberkulioziniai institutai. Paskutiniais metais įsteigti stambūs mokslo tuberkulioziniai centrai nacionalinėse Kazachų, Gruzinų, Uzbekų, Baškyrų ir kt. respublikose.

Didelis skaičius mokslinio tuberkuliozės tyrimo institutų įgalina išplėsti mokslinį tuberkuliozės srityje darbą.

Labai įdomūs prof. Štefko ir jo mokinių (Maskvoje) patologinės anatomijos srityje darbai. Tuberkuliozinio proceso pradinių fazių ir tolimesnių kelių išsivystymo organizme tyrimai, jų atlikti iš dalies pasinaudojus gausia teismo medicinos medžiaga, įgalino suvokti senų židinių (pirminio infekto ir reinfekto) ir įvairių reinfekto tipų svarbą suaugusiųjų tuberkuliozei išsirutuliuoti. Ypačiai įdomus yra naujas lymfinės sistemos reikšmės tuberkuliozės patogenezei, paskirai, kavernos genezei ir evoliucijai nušvietimas. Nustatytas lymfogeninės fazės būtinumas lėtai progresuojančioms tuberkuliozės formoms išsirūtuliuoti. Ryšium su šituo, kitoje šviesoje atrodo klausimas apie kolapsinės terapijos veikimo mechanizmą. Patologo-anatomiški prof. Štefko darbai davė pagrindo atlikti eilę eksperimentinių ir kliniškų tyrimų, lymfos ir lymfogeninių substancijų terapiškam veikimui išaiškinti. Prof. Štefko darbai kitaip nušviečia tuberkuliozės klimatinės terapijos klausimą, nustatydami klimatinių veiksnių, kaip mezenchiminės sistemos dirgiklių, reikšmę.

Daugelyje institutų (Centriniame, Maskvos apygardiniame ir kt. institutuose) smulkiai išstudijuota suaugusiųjų pirminė tuberkuliozė. Rentgenologo Reinberg'o ir jo mokyklos darbe smulkiai nušviesti plaučių atelektazių klausimai.

Mokslas apie alergiją rado savo atspindį daugelyje tyrimų apie alergines reakcijas iš plaučių veninės sistemos pusės. Labai svarbūs moksliniai tyrimai Koch'o bacilų auginimo srityje, tuberkuliozinės bacilemijos, bacilų kintamumo ir jų tipų susidarymo, tuberkuliozinės reakcijos fiziologiško mechanizmo ir klausimais, vegetacinės disfunkcijos vaidmens reikalu tuberkuliozės patologijoje, tuberkuliozininkų tarpinėje apykaitoje antinksčių nepakankamumo vaidmens tuberkuliozės patologijoje, tuberkuliozės histopatochemijoje, tuberkuliozininkų maitinime.

Daugybė tyrimų klinikos srityje pašvęsti aiškinti šiems klausimams: ftiziogenezei, infiltratų reikšmei, viršūniniams pakitimams, tuberkuliozinio proceso lymfinei fazei, popirminiams pakitimams, kūdikių tuberkuliozės sąsyjui su suaugusiųjų tuberkulioze ir t. t. Šitie darbai sudarė pagrindą sukurti vienatinei anatominei-klinikinei suaugusiojo ir kūdikio tuberkuliozės klasifikacijai, priimtai dabar SSSR tuberkuliozinėse įstaigose.

Didelio dėmesio kreipiama į ankstyvių suaugusiųjų ir kūdikių tuberkuliozės pasireiškimų klinikos ir įvairių ankstyvaus susirgimų nustatymo metodžių studijavimą. Mokslo darbai šita kryptimi sudarė pagrindą ankstyviam tuberkuliozės pažinimui tuberkulioziniuose dispanseriuose praktiškai organizuoti.

Platus plaučių tuberkuliozės chirurgiško gydymo išsivystymas leido išdirbti eilę torakoplastikos variantų ir įvairiems chirurgiškiems įsikišimams nurodymų patikslinimus. Labai įdomus yra torakoplastikos pritaikymas abišalių procesų atveju, padarant dirbtinį pneumatoraksą antrajai pusei, ankstyvas suaugimų nudeginimų pritaikymas dirbtinio pneumatorakso atveju, plaučių chirurgijos pritaikymas vaikų amžiuje.

Plaučių tuberkuliozės gydymo srityje daromi bandymai įvairiais būdais paveikti tuberkuliozinį procesą per vegetacinę ir endokrininę nervų sistemą (hormoninė terapija) ir desensibilizuojamos terapijos pagalba. Fti-

ziatrus labai sudomino Maskvos apygardos institute daromi bandymai pritaikyti fizinius pratimus (mediciniškąją gimnastiką, žaidimus, kombinuojant su vandens gydomosiomis procedūromis) pasireiškusioms plaučių tuberkuliozės formoms gydyti. Paskutiniais laikais atlikti originalūs tyrimai tuberkuliozinių pleuritų gydymo srityje tamponuojant pleurinį tuštymą olea-balsamica vaistais.

Vyr. asist. gyd. L. Misevičius.

V. D. Un=to ausų, nosies ir gerklės klinikos 1938 metų apyskaita

(Direktorius prof. med. d-ras J. Zubkus).

I. Ausų, nosies ir gerklės klinikos ambulatoriją

1938 metais aplankė 7.946 ligoniai. Jų tarpe pirmakarčių buvo 6.805.

Suskirstę pirmą kartą apsilankiusius ambulatorijoje pagal amžių ir lytį, gausime:

Vyrų	2.555.	Berniukų	690.	(iki 14 metų amžiaus)
Moterų	2.961.	Mergaičių	599.	

Klinikoje kiekvienai darbo dienai (be šventadienių) vidutiniškai tekdavo po 31,4 ligonių.

Kiek kurių susirgimų klinikos ambulatorijoje buvo diagnozuota, matome 1-oje lentelėje (žiūr. 1 lentelę).

Kaip matoma I-oje lentelėje,

Ausų susirgimų būta	2.991
Nosies ir nosies priedinių daubų	1.884
Burnos, ryklės ir gerklės	3.509
Visokių kitų susirgimų	551
Iš viso ambulatorinių susirgimų būta	8.935

II. Ausų, nosies ir gerklės klinikos stacionarinių ligonių

1938 m. buvo 1.420. Jų tarpe:

Vyrų	659	Berniukų	91
Moterų	576	Mergaičių	94

1938 m. klinikos stacionariniai ligoniai išgulėjo 10.646 dienas. Vienai dienai vidutiniškai tenka 29,2 ligoniai. Vienas ligonis vidutiniškai išgulėjo 7,5 dienas.

Didžiausias į kliniką įstojusių ligonių skaičius buvo gegužės mėn. — 157 lig. Mažiausias į kliniką įstojusių ligonių skaičius buvo rugpjūčio mėn. — 70 lig.

Klinikos ligonių susiskirstymas pagal mėnesius matomas 2 lentelėje. (žiūr. 2 lentelę).

Gulėjusių klinikoje ligonių suskirstymas ligomis pateikiamas 3-je lentelėje. (žiūr. 3 lentelę).

Kaip matoma 3-je lentelėje, stacionarinių ligonių tarpe —

Ausų susirgimų būta	481
Nosies ir priedinių daubų	626
Burnos, ryklės, gerklės ir kaklo	828
Kitų	56
Iš viso stacionarinių susirgimų būta	1.991

1-oji lentelė.

Ambulatorinių ligonių diagnozės.

Eilės Nr.	Diagnozės	Skaičius
	A. Ausų ligos.	
1	Atheroma auris	2
2	Atresia auris externae	6
3	Cancer auris	1
4	Cholesteatoma auris mediae	8
5	Cicatrices membr. tymp.	136
6	Corpus alienum auris	19
7	Dermatitis aurium	5
8	Ekzema auris externae	19
9	Erosio membr. tymp.	1
10	Eustachiitis	469
11	Fibroma auris ext.....	2
12	Furunculus auris	79
13	Labyrinthitis	4
14	Mastoiditis	126
15	Meningitis otogenica..	1
16	Myringitis	31
17	Otalgia	28
18	Otitis externa	46
19	Otitis media acuta....	693
20	Otitis med. purul. perf. chr.	537
21	Otosclerosis	34
22	Perfor. membr. tymp. traum.	5
23	Perfor. membr. tymp. sicca.	13
24	Polypus auris	22
25	Presbyacusis	45
26	Ruptura membr. tymp. sin.	1
27	Status post antrotomiam	35
28	Status post radic. aur. sin. oper.	3
29	Surditas	32
30	Surdomutismus	18
31	Tinnitus aurium	1
32	Trombus cerum	570
	Iš viso	2.991
	Nosies ligos.	
33	Abscessus septi nasi..	2
34	Anosmia	1
35	Atheroma nasi	2
36	Cancer nasi.....	6
37	Contusio nasi	7
38	Corpus alienum nasi..	6
39	Crista septi nasi	31
40	Cysta septi nasi.....	6
41	Deviatio septi nasi....	588
42	Ekzema nasi	7
43	Epistaxis	88
44	Erysipelas nasi	2
45	Ethmoiditis	393
46	Fractura nasi	1
47	Furunculus nasi	11
48	Hypertrophia concharum	78
49	Lues nasi	1
50	Lupus nasi	1
51	Luxatio nasi	1
52	Nasopharyngitis	78
53	Nasopharyngitis sicca	16
54	Osteomyelitis maxill.	2
55	Ozaena	7
56	Perfor. septi nasi	3
57	Polypus nasi	—
58	Rhinitis atrophica	98
59	Rhinitis chr. hypertr.	81
60	Rhinitis simplex.	119
61	Rhinopharyngitis	—
62	Sarcoma nasi	1
63	Sinusitis frontalis	28
64	Sinusitis maxill.....	125
65	Spina septi nasi.....	8
66	Status post resect. septi nasi	6
67	Trauma nasi	1
68	Tuberculosis nasi	1
69	Tumor maxill.	1
70	Tumor nasi	4
71	Tumor nasopharyng.	6
72	Ulcus nasi	2
73	Vestibulitis nasi	54
74	Vulnus nasi	1
	Iš viso	1.884
	C. Burnos, ryklės ir gerklės ligos.	
75	Abscessus laryngis ..	7
76	„ linguae ..	15
77	„ sublingualis	26
78	„ peritonsill.	123
79	„ retrotonsill.	4

Eilės Nr.	Diagnozės	Skaičius
80	„ retrophar.	1
81	Adenoides	723
82	Angina catharrhalis ..	34
83	„ Ludovici	2
84	„ parenchymat.	25
85	„ phlegmonosa..	8
86	„ Plaut Vincenti	8
87	Cancer laryngis	16
88	„ oesophagi ..	2
89	Corpus alien. laryngis	5
90	„ „ oesoph.	7
91	„ „ bronch.	2
92	Cysta gl. sublingual...	1
93	Fibroma plicae voc...	2
94	Gingivitis ulcerosa ..	2
95	Glossitis	1
96	Granuloma dentis	—
97	Haematismus post tonsillectomiam	—
98	Laryngitis simplex ..	160
99	„ tbc	47
100	„ sicca	2
101	Lues laryngis	4
102	Oedema laryngis	—
103	Papilloma laryngis ..	3
104	Paresis nervi facialis	1
105	„ palati mollis	1
106	„ plicae vocalis	3
107	Parulis	4
108	Pharyngitis simplex ..	346
109	„ sicca	10
110	„ tbc.	9
111	Pseudocrupus	—
112	Stenosis laryngis	1
113	„ oesophagi ..	3
114	Stomatitis	—
115	Strictura oesophagi ..	—
116	Tonsillitis chronica ..	1.900
117	Tracheitis	—
118	Tumor gingivae	—
119	„ laryngis	—
120	„ linguae	2
121	„ oesophagi	1
122	Ulcus simpl. linguae..	—
	Iš viso	3.509

Eilės Nr.	Diagnozės	Skaičius
	D. Visos kitos ligos.	
123	Abscessus colli	5
124	Anaemia	2
125	Aphasia motorica	—
126	Arteriosclerosis	9
127	Atheroma colli	1
128	Bronchitis	—
129	Cancer faciei	—
130	„ labii	1
131	Cephalalgia	4
132	Climax	—
133	Corpus alienum in sin. maxill. dex.	—
134	Cysta palati duri	—
135	Diphtheria	3
136	Epiglotitis ulcerosa ..	—
137	Epilepsia	—
138	Erysipelas faciei	2
139	Haematismus post adenoid.	—
140	Hydrocephalus	—
141	Hysteria	7
142	Idiotismus	—
143	Ištirti	411
144	Lues	3
145	Lymphadenitis colli ..	12
146	„ tbc. ..	3
147	Mutismus	—
148	Neuralgia	3
149	Neurasthenia	31
150	Osteomyelitis faciei ..	3
151	Palatum fissum	2
152	Periostitis maxillae ..	1
153	Phlegmone colli	—
154	„ reg. subl.	1
155	Phonasthenia	—
156	Polyarthritis acuta ..	2
157	Sarcoma colli	—
158	Scarlatina	3
159	Sepsis	—
160	Struma	26
161	Tbc. pulmonum	3
162	Tumor cerebelli	1
163	„ colli	11
164	„ mandibulae ..	—
165	Ulcus rodens faciei ..	1
	Iš viso	551

2-oji lentelė.

Klinikos ligonių suskirstymas mėnesiais.

Menuo	Paguldyta	Išrašyta	Gulėta dienų	Vidutin. kasdien gulėta
Liko iš 1937 m.	22	—	—	—
Sausio	106	103	858	27,60
Vasario	104	97	871	31,10
Kovo	126	126	935	30,10
Balandžio	104	111	815	27,10
Gegužės	157	153	1.005	32,40
Birželio	132	143	906	30,20
Liepos	144	142	894	28,80
Rugpjūčio	70	72	567	18,30
Rugsėjo	123	109	881	29,36
Spalių	135	133	974	31,45
Lapkričio	107	106	989	32,90
Gruodžio	90	85	951	30,68
Iš viso . .	1.420	1.380	10.646	29,20

3-oji lentelė.

Stacionarinių ligonių diagnozės.

Eilės Nr.	Diagnozė	Atskiras susirgimų skaičius	Bendras susirg. skaičius
	A. Ausų ligos.		
1	Abscessus auris dextrae	1	1
2	Abscessus extraduralis	2	2
3	Abscessus subduralis	1	1
4	Atresia auris mediae	1	1
5	Caries processus mastoidei	2	2
6	Cholesteatoma	20	20
7	Cicatrices membranae tympani bilateralis	2	3
8	Cicatrices membranae tympani dextri	1	
9	Ekzema aurium bilateralis	1	1
10	Eustachiitis	11	11
11	Furunculus auris dextrae	2	2
12	Labyrinthitis acuta sinistra	2	5
13	Labyrinthitis chronica sinistra	3	
14	Mastoiditis dextra	61	115
15	Mastoiditis sinitra	51	
16	Mastoiditis bilateralis	3	
17	Meningitis	10	10
18	Otitis externa dextra	4	11
19	Otitis externa sinistra	7	
20	Otitis media purul. perfor. acuta dextra	76	189
21	Otitis media purul. perfor. acuta sin.	72	
22	Otitis media purul. perfor. acuta bilat.	41	

Filės Nr.	Diagnozė	Atskiras susirgimų skaičius	Bendras susrg. skaičius
23	Otitis media purul. perfor. chron. dextra	20	59
24	Otitis media purul. perfor. chron. sinistra	20	
25	Otitis media purul. perfor. chron. bilat.	19	
26	Paralysis nervi facialis	1	1
27	Paresis nervi facialis	1	1
28	Perfor. membr. tymp. dextra sicca	2	5
29	Perfor. membr. tymp. sin. sicca	3	
30	Polypus auris dextrae	4	10
31	Polypus auris sinistrae	5	
32	Polypus auris bilateralis	1	
33	Status post antrotomiam	4	4
34	Vulnus auris sin. traumatica	1	1
	Iš viso	455	455
	B. Nosies ligos.		
35	Adenoides	166	166
36	Atresia vestib. nasi bilateralis	1	1
37	Crista septi nasi	7	7
38	Deviatio septi nasi	140	140
39	Epistaxis	5	5
40	Ethmoiditis dextra	20	143
41	Ethmoiditis sinistra	16	
42	Ethmoiditis bilateralis	107	
43	Haematoma septi nasi	2	2
44	Hypertrophia conchae infer. bilatearils	30	35
45	Hypertrophia conchae mediae bilateralis	5	
46	Hypertrophia conchae infer. sinistrae	3	8
47	Hypertropaia conchae infer. dextrae	5	
48	Melanoma sarcoma	1	1
49	Nasopharyngitis chronica	2	3
50	Nasopharyngitis sicca	1	
51	Pansinusitis dextra	2	3
52	Pansinusitis sinistra	1	
53	Papilloma naso pharyngis	1	1
54	Polypus nasi	26	26
55	Rhinitis chronica	3	3
56	Rhinitis atrophica	6	6
57	Rhinitis hypertrophica	5	5
58	Rhinolithiasis	1	1
59	Sinusitis frontalis dextra	4	9
60	Sinusitis frontalis sinistra	4	
61	Sinusitis frontalis bilateralis	1	
62	Sinusitis maxill. dextra	15	52
63	Sinusitis maxill. sinistra	23	
64	Sinusitis maxill. bilateralis	14	
65	Spina septi nasi	1	1
66	Tumor nasi	1	1
	Iš viso	619	619

Eilės Nr.	Diagnozė	Atskiras susirgimų skaičius	Bendras susirg. skaičius
	C. Burnos, ryklės, gerklės ir kaklo ligos.		
67	Abscessus laryngis	5	5
68	Abscessus linguae	7	7
69	Abscessus sublingualis	9	9
70	Abscessus peritonsillaris sinister	16	42
71	Abscessus peritonsillaris dexter	26	
72	Abscessus retropharyngealis	2	2
73	Abscessus retrotonsillaris	5	5
74	Abscessus submaxillaris	2	2
75	Abscessus subperiostalis maxillae dextrae	3	3
76	Angina catharrhalis	1	1
77	Angina Ludowici	1	1
78	Angina parenchymatosa	5	5
79	Angina phlegmonosa	7	7
80	Caries ossis frontalis dextrae	1	1
81	Corpus alien. oesophagi	1	1
82	Cysta processus alveolaris maxillae	1	1
83	Fibroepithelioma laryngis	1	1
84	Fibroma plicae voc. dextrae	1	1
85	Haematismus post adenoidotomiam	3	3
86	Haematismus post tonsillectomiam	5	5
87	Laryngitis acuta	1	1
88	Laryngitis chronica	2	2
89	Oedema laryngis	1	1
90	Oedema pharyngis	1	1
91	Paralysis plicae vocalis bilateralis	1	1
92	Pharyngitis acuta	1	3
93	Pharyngitis chronica	2	
94	Phlegmone retrobulbar.	1	1
95	Status post tonsillectomiam	5	5
96	Stenosis laryngis	3	3
97	Stenosis oesophagi	1	1
98	Tonsillitis chronica bilateralis	697	697
99	Tumor laryngis	1	1
	Iš viso	819	819
	D. Kitos ligos.		
100	Abscessus pulmonum	1	1
101	Athaematoma	1	1
102	Bronchopneumonia	1	1
103	Grippus	3	3
104	Haemorrhagia cerebri	1	1
105	Ištirti	12	12
106	Lymphadenitis colli	2	2
107	Myocarditis	1	2
108	Nephritis	8	8
109	Neurasthenia	2	2
110	Osteomyelitis claviculae sin.	1	1
111	Pneumonia	1	1

Eilės Nr.	Diagnozė	Atskiras susirgimų skaičius	Bendras susirg. skaičius
112	Pneumonia septica	1	1
113	Polyarthritis acuta	8	8
114	Polyarthritis reumatica	2	2
115	Reumatismus	2	2
116	Sarcoma maxillae	1	1
117	Scarlatina	1	1
118	Sepsis	4	4
119	Struma	1	1
120	Tumor laryngis	1	1
121	Vitium cordis	1	1
	Iš viso	56	56

III. Ausų, nosies ir gerklės klinikos stacionarinių ir ambulatorinių ligonių operacijos.

1938 m. stacionariniams ir ambulatoriniams ligoniams buvo padaryta iš viso 1.649 operacijos .

Kiek kurių operacijų padaryta, matoma 4-oje lentelėje (žiūr. 4-ą lentelę).

IV. Ausų, nosies ir gerklės klinikos mirimai.

Ausų, nosies ir gerklės klinikoje 1938 m. mirė 16 ligonių, būtent:

1. Ligonė K. E., 50 metų amžiaus, šeimininkė, atvyko į kliniką I. 2 d. Ligos istor. 92 nr.

Diagnozė: Otitis media purul. perfor. et mastoiditis dextra; meningitis purulenta diffusa.

Anamnezė: Ligonė prieš savaitę susirgusi gripu, kurio padarinys buvęs dešin. ausies uždegimas.

Status praesens: Temperatūra 40°, skundžiasi smarkiais galvos skausmais, somnolentiška; opisthotonus ryškus, pageltusi (icterus). Padarius liumbalinę punkciją, liquor'o spaudimas rastas padidėjęs; Pandy ir Nonne-Apelt'o reakcijos teigiamos, citozė padidėjusi; bakterijų nerasta.

I. 23 d. padaryta antrotomia simplex. Dura mater rasta pažaliavusi.

I. 25 d. Ligonė be sąmonės. 13 val. exitus letalis.

2. Ligonė Š. A., 29 metų amžiaus, šeimininkė, atvyko į kliniką III. 8 d. Ligos istor. 266 nr.

Diagnozė: Otitis media purul. perforat. et mastoiditis acuta dextra; sepsis.

Anamnezė: Ligonė prieš 5 savaites susirgusi pūlingu dešin. ausies uždegimu. Prieš dvi savaites ėmę labai skaudėti galvą, pakilusi temperatūra iki 40°. Iš ausies visą laiką daug pūliavę.

Status prasens: Temperatūra subfebrilinė, ligonė sunykusi, tvinksnis 120 per minutę. Prakaituoja, liežuvis apžėlęs, sausas ir suskilęs. Dešin. ausies būgnelis perforavęsis, pūliuoja, proc. maistoideus jautrus ir nežymiai infiltravęsis. Praėjus trims valandoms po apžiūrėjimo, ligonė labai pablogėjo, pasidarė cyanoziška, o tvinksnis aritmiškas ir nebesuskaitomas. Sąmonė nevisai aiški. Esant blogam ligonės stoviui, nuo operacijos atsisakyta.

III. 9 d. Tvinksnis nebesuskaitomas ir labai silpnas.

III. 10 d. 0 val. 30 min. exitus letalis.

3. Ligonė D. H., 47 metų amžiaus, šeimininkė, atvyko į kliniką IV. 6 d. Ligos istorija 385 nr.

Diagnozė: Otitis media purulenta perforativa acuta et mastoiditis acuta dextra; meningitis purulenta.

Anamnezė: Ligonė prieš mėnesį susirgusi gripu, kurio padarinys — dešin. ausies uždegimas. Prieš tris dienas ligonės savijauta pablogėjusi, pakilusi temperatūra ir atsiradę stiprūs galvos skausmai, ligonė pasidariusi labai nervinga ir jautri.

Status praesens: Temperatūra aukšta, opisthotomus ir Kerning'as stipriai pasireiškę; dešin. ausies būgnelis perforavęsis, pūlių nedaug, landa padribusi, proc. mastoideus jautrus ir nedaug infiltravęsis.

Padarius liumbalinę punkciją, rasta liquor'o spaudimas stipriai padidėjęs, pats liquor'as skaidrus. Pandy teigiamas, citozė 90.

Padaryta (bendrinėje narkozėje) antrotomia simplex dextra. Kaulas rastas paliestas caries'o ligi dura mater, ląstelės supūliavusios ir su granuliacijomis. Sinus sigmoideus pasidengęs granuliacijomis. Po operacijos stovis nepagerėjo. Ligonė kasdien darėsi silpnesnė, skundėsi stipriais galvos skausmais.

4-oji lentelė.

Stacionarinių ir ambulatorinių ligonių operacijos.

Eilės Nr.	Operacijų pavadinimas	Skaičius atskirų operacijų	Bendr. skaičius
	A. Ausų operacijos.		
1	Antrotomia simplex dextra	50	107
	Antrotomia simplex sinistra	57	
2	Extractio caries ossis auris dextrae	1	1
3	Extractio corporis alieni auris dextrae	1	2
	Extractio corporis alieni auris sinistrae	1	
	Extractio polypus auris dextrae	5	14
	Extractio polypus auris sinistrae	7	
	Extractio polypus auris bilateralis	2	
4	Incisio furunculus auris dextrae	3	3
5	Incisio othaematomatis auris sinistrae	1	1
6	Labyrinthectomia dextra	2	2
7	Operatio radicalis auris dextrae	15	31
	Operatio radicalis auris sinistrae	16	
8	Paracentesis membranae tympani dextri	78	161
	Paracentesis membranae tympani sinistri	69	
	Paracentesis membranae tympani bilateralis	14	
9	Plastica fistulae auris	1	1
10	Resectio fistulae sinistrae	1	1
11	Vild'o operacija	1	1
	Iš viso	324	324
	B. Nosies operacijos		
12	Conchotomia inferior dextra	9	39
	Conchotomia inferior sinistra	3	
	Conchotomia inferior bilateralis	27	
13	Conchotomia media sinistra	2	4
	Conchotomia media bilateralis	2	

Eilės Nr.	Operacijų pavadinimas	Skaičius atskirų operacijų	Bendras skaičius
14	Ethmoidotomia dextra	23	105
	Ethmoidotomia sinistra	23	
	Ethmoidotomia bilateralis	69	
15	Exstirpatio cystae nasi	1	1
16	Exstirpatio fibromatis chordae vocalis sinistrae	2	2
17	Exstirpatio tumoris vestib. nasi	1	1
18	Extractio polypus nasi dextri	3	16
	Extractio polypus nasi sinistri	4	
	Extractio polypus nasi bilateralis	9	
19	Extractio rhinolithi dextri	1	1
20	Extractio tumoris nasi sinistri	1	1
21	Incisio abscessus septi nasi	2	2
22	Incisio anginae phlegmonosae	1	1
23	Operatio sinus frontalis modo Kunti dextri	1	2
	Operatio sinus frontalis modo Killani sinistri	1	
24	Operatio sinus maxillaris Coldwell Luc dextri	15	31
	Operatio sinus maxillaris Coldwell Luc sinistri	16	
25	Resectio submucosa cristae septi nasi	8	112
	Resectio submucosa septi nasi	104	
	Iš viso	317	317
	C. Burnos, ryklės ir gerklės operacijos.		
26	Adenoidotomia	225	225
27	Incisio abscessus meati externi dextri	1	1
28	Incisio abscessus laryngis	3	
	Incisio abscessus lingualis	9	
	Incisio abscessus peritonsillaris dextri	36	67
	Incisio abscessus peritonsillaris sinistri	30	
	Incisio abscessus peritonsillaris bilateralis	1	
	Incisio abscessus retropharyngealis	1	
	Incisio abscessus retrotonsillaris	4	
	Incisio abscessus sublingualis	10	94
29	Thyreotomia	1	1
30	Tonsilloectomia bilateralis	669	669
31	Tracheotomia	2	2
	Iš viso	993	993
	D. Kitos operacijos.		
32	Alcoholisatio nervi laryngis superioris dextri	1	5
	Alcoholisatio nervi laryngis superioris bilateralis	4	
33	Extractio corpus alieni auris	3	3
34	Incisio abscessus colli	2	2
	Incisio mastoiditis recidivans	1	1
35	Oesophagoscopia	3	3
	Iš viso	14	14
	Iš viso	1.649	1.649

IV. 10 d. padarius liumbalinę punkciją, liquor'e rasta streptokokų.
IV. 11 d. Ligonė nustojo sąmonės.
IV. 13 d. mirė.

4. Ligonis K. L., 15 metų amžiaus, darbininkas, atvyko į kliniką V. 21 d. Ligos istorijos 574 nr.

Diagnozė: Otitis media purulenta perforativa et mastoiditis acuta sinistra; bronchopneumonia bilat. septica.

Anamnezė: Savaitę laiko kaip skauda ir pūliuoja kairioji ausis. Prieš tris dienas ėmę skaudėti visą galvą, sprandą ir vėmęs. Kairiąja ausimi sirgęs prieš septynerius metus.

Status praesens: Ausies landoje rasta dvokiančių masių. Landa padribusi, būgnelis paraudęs ir užsidaręs. Proc. mastoideus jautrus. Opisthotonus pasireiškęs. Temperatūra aukšta.

Bendrinėje narkozėje padaryta antrotomia simplex sin. Kaulas rastas paliestas caries'o; sinus sigmoideus pažaliavęs ir pasidengęs pūliais. Dura mater nepakitusi. Po operacijos ligonio stovis negerėjo, temperatūra buvo vis aukšta ir septiška.

V. 25 d. Pradėjo skaudėti šonus, krėtė šaltis. Abiejose pusėse rasta bronchopneumonia septica. Atsikosti kraujais.

V. 26 d. Pasidarė cyanoziškas. Tvinksnis aritmiškas. 24 val. exitus letalis.

5. Ligonė D. O., 22 metų amžiaus, šeimininkė, atvyko į kliniką VI. 23 d. Ligos istorijos 729 nr.

Diagnozė: Phlegmone retrobulbaris; encephalitis.

Anamnezė: Prieš keletą dienų ligonė susirgusi peritonsiliniu abscesu, kurio buvo padaryta incizija. Išėjo tirštų pūlių. Po to ligonės stovis negerėjo. Temperatūra pakilo iki 40°.

Status praesens: Temperatūra aukšta. Dešinėje žiočių pusėje iš absceso pūliuoja, žiotys paraudusios. Kaklo lymfinės liaukos dešin. pusėje patinusios.

IV. 25 d. Temperatūra aukšta. Patinusi dešinioji akis, pasidaręs exophtalmus. Ligonė skundžiasi smarkiais galvos skausmais.

IV. 27 d. Neurologas radęs encefalitą. Ligonės kvėpavimas Cheyne-Stokes'iškas, jaučia skausmus ir tvinksėjimą sprande, temperatūra aukšta.

IV. 29 d. Ligonės sąmonė aptemusi, cyanoziška, tvinksnis labai greitas, vos apčiuopiamas. 22 val. exitus letalis.

6. Ligonis R. J., 32 metų amžiaus, darbininkas, atvyko į kliniką VIII. 10 d. Ligos istorijos 935 nr.

Diagnozė: Cholesteatoma auris dextrae; meningitis serosa; pneumonia septica; abscessus pulmonum; glomerulonephritis.

Anamnezė: Jau daug metų kaip pūliuoja dešinioji ausis. Prieš kelias dienas ausies pūliavimas pagausėjęs, atsiradę galvos skausmai ir svaigimai. Vėmęs ir buvęs nustojęs pusiausvyros.

Status praesens: Ligonis nepastovi ant kojų; yra horizontalinis nystagmus. Opisthotonus ir Kerning'as ryškūs. Temperatūra aukšta. Tvinksnis pagreitėjęs. Dešin. ausyje rasta daug pūlių, būgnelis perforavęsis, landa nudribusi. Padarius liumbalinę punkciją, liquor'as išbėgo fontanu. Liquor'as skaidrus. Pandy reakcija neigiama. Bendrinėje narkozėje padaryta radikalinė dešin. ausies operacija. Rasta kaštano didumo cholesteatoma. Dura mater ir sinus sigmoideus pasidengę granuliacijomis. Rasta fistulė į canalis semicircularis lateralis. Po operacijos ligonis pasijuto geriau — išnyko skausmai ir galvos svaigimai, bet ligonis ėmė kosėti ir dusti, atsiradę skausmai krūtinėje.

VIII. 15 d. susirgo sepsine pneumonija ir inkstais.
VIII. 27 d. mirė.

7. Ligonis M. P., 26 metų amžiaus, ūkininkas, atvyko į ligoninę VIII. 27 d. Ligos istorija 963 nr.

Diagnozė: Mastoiditis acuta et cholesteatoma auris sinistrae; abscessus extraduralis; abscessus cerebri?

Anamnezė: Ligonis sergąs kairiąja ausimi iš mažens, iš ausies visą laiką pūliavę. Prieš septynias dienas kairiosios ausies pūliavimas beveik sustojęs; po to ligonis pasijutęs blogai, pradėjęs vemti, skaudėti galvą ir ausį.

Status praesens: Temperatūra aukšta. Kairiojoje ausyje rasta pūlių, landa kiek padribusi, proc. mastoideus jautrus. Bendrinėje narkozėje padaryta kair. ausies radikali operacija. Rasta graikiško riešuto didumo dvokianti cholesteatoma. Sinus sigmoideus pasidengęs granuliacijomis, dura mater dideliame plote pageltusi ir pažaliavusi.

VIII. 29 d. Temperatūra aukšta, ligonis miegūstas, kliedi. Padarius liumbalinę punkciją, rastas liquor'o spaudimas nepadidėjęs, pats liquor'as skaidrus. Pandy neigiamas.

VIII. 31 d. Ligonis be sąmonės. 14 val. 30 min. mirė.

8. Ligonis M. B., 36 metų amžiaus, ūkininkas, atvyko į kliniką X. 6 d. Ligos istorija 1117 nr.

Diagnozė: Highmoritis purul. chron. bilat. et sinusitis frontalis dextra; sepsis.

Anamnezė: Prieš metus ligoniui pradėję pūliuoti iš nosies. Kartais pūliavimas pasiliaudavęs, bet tada patindavusi kakta.

X. 4 d. ambulatoriškai buvo praplautas sinus maxill., padaryta ethmoidotomia ir prazonduotas bei praplautas sinus frontalis dextra. Kaktos infiltratas prapjautas.

Antrą dieną po etmoidotomijos ir sinus frontalis praplovimo ligoniui pakilo temperatūra, ėmė skaudėti galvą ir pradėjo vemti.

Status praesens: Ligonis išblyškęs, su gelsvu atspalviu. Temperatūra 37°C. Kakta patinusi. Plaujant daubas išėjo daug dvokiančių pūlių.

X. 7 d. Ligonis neramus, nesąmoningas. 1 val. 15 min. mirė.

9. Ligonis G. K., 50 metų amžiaus, mokytojas, atvyko į kliniką X. 20 d. Ligos istorijos 1186 nr.

Diagnozė: Otitis media et mastoiditis acuta dextra; meningitis purulenta diffusa.

Anamnezė: Ligonis prieš mėnesį laiko gulėjo mūsų klinikose susirgęs pūlingu ausies uždegimu su labyrintito reiškiniais. Pagerėjęs išsirašė. Vakar ligoniui staiga pradėję skaudėti galvą, teko ir vemti.

Status praesens: Sprandas kiek rigidiškas. Kerning'as pasireiškęs silpnai. Miegūstas. Skundžiasi galvos skausmais. Dešin. ausies landoje rasta daug pūlių, būgnelis rausvas, perforavęsis, landa nepadribusi. Proc. mastoideus nejautrus. Kair. ausis sveika. Padarius liumbalinę punkciją, rastas liquor'o spaudimas padidėjęs, liquor'as drumstas. Pandy ir Nonne-Apelt'o reakcijos teigiamos. Citozė padidėjusi, rasta streptokokų.

Padaryta labyrinthotomia dextra. Operuojant proc. mastoideus rastos kariozinės ląstelės su pūliais. Dura mater pasidengusi granuliacijomis. Prakalus labyrintą, išėjo dvokiančio skystimo.

X. 21 d. Temperatūra aukšta. Ligonis nesąmoningas. Kvėpavimas Cheyne-Stokes'iškas.

X. 22 d. Ligonis, neatgavęs sąmonės, mirė.

10. Ligonis P. A., 28 metų amžiaus, ūkininkas, atvyko į kliniką X. 7 d. Ligos istorija 1227 nr.

Diagnozė: Highmoritis chr. bilat. et sinusitis frontalis ac.; meningitis; sepsis.

Anamnezė: Dvi savaites ligonis turįs pūlingą slogą, prieš keturias dienas ėmusi smarkiau skaudėti galva, ypač kakta.

Status praesens: Nosies gleivinė paburkusi, vidurinės kniauklės polypiškai degeneravusios. Kaktos oda patinusi, ištempta, palpuojant skausminga. Diafonoskopuojant abu maksiliariniai sinusai ir kairysis sinus frontalis užtemę. Plaujant daubas rasta pūlių.

X. 10 d. Temperatūra aukšta. Krečia šaltis. Sąmonė pritemusi. Stiprus opisthotonus.

X. 13 d. Ligonis nustojo sąmonės ir mirė.

11. Ligonė J. K., 25 metų amžiaus, studentė, į kliniką atvyko XI. 6 d. Ligos istorija 1253 nr.

Diagnozė: Sinusitis maxill. dextra; otitis media acuta dextra; sepsis.

Anamnezė: Š. m. lapkričio mėn. pirmomis dienomis ligonė susirgusi dešin. žando daubos pūlingu uždegimu, po to ausies uždegimu, del kurios ir atsigulė į kliniką.

Status praesens: Dešin. ausies būgnelis paraudęs ir išsipūtęs, proc. mastoideus jautrus. Kair. ausis sveika. Žando dauboje plaujant rastas coagulum. Padarius paracentezę, ausis ėmė pūliuoti.

XI. 8 d. Skundžiasi bendriniu silpnumu ir kair. rankos skaudėjimu. Ausis pūliuoja. Temperatūra 39°. 18 val. ligonė rasta beveik be sąmonės; kair. rankos spazminiai reiškiniai su tremor'u, ir dar ji patinusi in regione brachii ir be pulso in arteria radiali. Alsavimas pagreitėjęs. Vyziukai reaguoja nevienodai. Kadangi dešin. rankos tvinksnis buvo geras ir įtemptas, buvo mėginama padaryti venaesectio, kurią bedarant ligonė mirė.

Minimą pagalbą teikiant, buvo extra iškviesti dr. A. Garmus ir dr. V. Vaičiūnas, kurių nuomone, pacientė sirgusi sepsis'u, del anksčiau minėtų pūlingų susirgimų su tromboze smegenyse bei myokarde ir kitur.

12. Ligonis Z. St., 3,5 metų amžiaus, į kliniką paguldytas XI. 28 d. Ligos istorija 1330 nr.

Diagnozė: Mastoiditis acuta bilat.; otitis media purul. bilat.

Anamnezė: Penki mėnesiai kaip pūliuoja iš abiejų ausų. Sritys už ausų patinusios. Temperatūra 39°.

Status praesens: Vaikas labai liesas, silpnas, fiziškai ir psichiškai atsilikęs. Abi ausys labai gausiai pūliuoja. Landos padribusios, būgneliai perforavęsi ir pastorėję. Padaryta antrotomia simplex bilat. Kaulas paliestas caries'o, ląstelės pilnos pūlių, vietomis tuštymai pilni pūlių.

XII. 9 d. Temperatūra aukšta. Nieko nevalgo. Neramus. Vaikas labai suliesėjęs.

XII. 9 d. 20 val. mirė.

13. Ligonis L. A., 60 metų amžiaus, ūkininkas, į kliniką atvyko XII. 5 d. Ligos istorija 1353 nr.

Diagnozė: Polypus nasi bilat.; meningitis purul.

Anamnezė: Prieš keletą metų ligonis pradėjęs pro nosį sunkiai kvėpuoti. Prieš trejus metus buvusi padaryta nosies operacija. Dabar kartotinai atvyko padaryti nosies polypų operacijos.

Status praesens: Abi nosies pusės pilnos gleiviškų polipų. Daugiau nieko ypatingo.

XII. 6 d. Padaryta extractio polypus nasi bilat.

XII. 9 d. Ligonis pasijuto blogai, pradėjo skaudėti galvą, pykinti ir pasidarė miegūstas.

XII. 10 d. Vėmė.

XII. 11 d. Ligonis skundžiasi galvos skausmais. Sąmonė pritemusi. Opisthotonus ir Kerning'as smarkiai pasireiškę. Liumbalinės punkcijos duomenys: liquor'o spaudimas padidėjęs, Pandy teigiamas, citozė 120. Vakare ligonis nustojo sąmonės.

XII. 12 d. Sąmonę atgavo. Vyziukai išsiplėtę. Skundžiasi galvos skausmais. Vakare turėjo veido traukulių ir nustojo kalbėjęs.

XII. 13 d. Temperatūra aukšta. Nekalba. Dažnai turi tampymus. Nustojo sąmonės ir 23 val. mirė.

14. Ligonis S. S., 29 metų amžiaus, tarnautojas, į kliniką priimtas XII. 11 d. Ligos istorija 1373 nr.

Diagnozė: Otitis media purul. dextra; cholesteatoma auris med. dextrae; encephalitis.

Anamnezė: Ligonio dešin. ausis pūliuoja jau dešimtį metų su pertraukomis. Paskutinėmis dienomis, chroniškam otitui paūmėjus, pradėję skaudėti galvą ir ausis. Ligonis pasidaręs nervingas, verkšlenantis. Daug miega.

Status praesens: Dešin. ausies landoje rasta daug pūlių, cavum tympani pilna granuliacijų; o kair. ausies būgnelis randuotas. Ligonis miegūstas.

XII. 14 d. Bendrinėje narkozėje padaryta radikali dešin. ausies operacija; be granuliacijų ir pūlių in cavo tympani, daugiau nieko nerasta.

XII. 15 d. Temperatūra aukšta. Nustojo sąmonės, pablogėjo kvėpavimas ir tvinksnis. 19 val. 30 min. mirė.

15. Ligonis R. V., 24 metų amžiaus, darbininkas, atvyko į kliniką XII. 20 d. Ligos istorija 1396 nr.

Diagnozė: Mastoiditis acuta dextra; meningitis purulenta.

Anamnezė: Ligonis prieš aštuonias savaites susirgęs gripu, po to dešin. ausies uždegimu. Ausis buvusi du kartu paracentezuota. Iš ausies pūliavę. Prieš savaitę ausis nustojo pūliavusi, ėmę skaudėti galvą ir vakare nustojo sąmonės.

Status praesens: Dešin. ausyje rasta pūlių, būgnelis perforavęsis ir paraudęs, proc. mastoideus jautrus. Opisthotonus stipriai pasireiškęs. Kerning'as nežymus. Ligonis beveik be sąmonės. Blaškosi. Temperatūra aukšta. Liumbalinės punkcijos duomenys: liquor'o spaudimas padidėjęs, pats liquor'as drumstas. Citozė padidėjusi, Pandy teigiamas.

XII. 21 d. Ligonis sąmonę atgavo.

XII. 22 d. Padaryta antrotomia simplex dextra. Kaulas paliestas caries'o, ląstelėse pūliai. Dura mater normali. Po šitos operacijos ligonis negerėjo, kartais aptemdavo sąmonė. Temperatūra būdavo aukšta. Atsirado labyrintito reiškiniai.

XII. 28 d. Ligonis visai nustojo sąmonės. 18 val. mirė.

16. Ligonis P. K., 30 metų amžiaus, žemdirbys, į kliniką atvyko XII. 20 d. Ligos istorija 1402 nr.

Diagnozė: Otitis media purul. perforativa chr. bilat.; meningitis serosa; abscessus extraduralis; cholesteatoma auris med. dextrae; sepsis.

Anamnezė: Ligonis seniai turįs nesveikas ausis; ausys pūliuojančios, dabar padidėjęs dešin. ausies pūliavimas, prieš savaitę pakilusi temperatūra, ėmęs krėsti šaltis, vėmęs ir smarkiai skaudėjusi galva.

Status praesens: Ligonis kacheksiškas, silpnas, temperatūra 40°. Opisthotonus stiprus. Punkcijos duomenys: liquor'o spaudimas padidėjęs, Pandy silpnai teigiamas. Dešin. ausyje rasta daug pūlių, landa nudribusi, proc. mastoideus jautrus. Kair. ausyje rasta taip pat daug pūlių.

XII. 27 d. Bendrinėje evipan natrium narkozėje padaryta dešin. ausies radikali operacija. Rasta cholesteatoma ir abscessus subduralis, kurį atidarius išėjo daug pūlių. Po operacijos ligonis negerėjo. Nustojo sąmonės.

XII. 30 d. mirė.

V. Ausų, nosies ir gerklės klinikos 1938 m. pajamos ir išlaidos.

Klinikoje 1938 m. gauta **pajamų** grynais pinigais:

1.	Iš ligonių už išlaikymą, gydymą ir operacijas	136.524,04	Lt
2.	„ likviduoto turto	239,60	„
3.	„ personalo už butą	1.780,—	„
4.	„ „ „ maistą	3.219,96	„
	Iš viso	141.763,60	Lt

Klinikos 1938 m. sąmatoje buvo numatyta gauti pajamų 115.214,— lt.
Gauta daugiau negu, buvo numatyta, 26.549,60 lt.
Vienam ligoniui vienai dienai tenka 13,33 lt.

VI. Ausų, nosies ir gerklės klinikai ligonių skolos.

1938 m. ligoniai liko skolingi klinikai 26.865,50 lt.
Praėjusių metų skolos atrodo šitaip (žiūr. 5-ją lentelę).

5-oji lentelė.

Klinikos skolos.

Skolų buvo likę		Iki 1939 m. sausio m. 1 grąžinta	Liko
Metais	lt.		
1931	1.850,—	1.102,50	1.747,50
1932	3.487,50	9,75	3.477,75
1933	3.322,—	460,—	2.862,—
1934	5.719,10	914,50	4.804,60
1935	5.289,50	463,—	4.826,50
1936	5.152,79	287,24	4.865,55
1937	21.994,85	14.071,—	7.923,85
1938	26 865,50	—	26.865,50
Iš viso . .	73.681,35	16.307,99	57.373,25

Prie 1938 m. klinikos pajamų dar reikia priskaityti 4.939 lt už policijos tarnautojų nemokamą gydymą.

Klinikos 1938 m. buvo viso **išlaidų** 125.704,57 lt. (žiūr. 6 lentelę).

1938 metų sąmata klinikai buvo leista 118.364 lt kreditų. Į šitą sumą neįeina išlaidos, nurodytos išlaidų lentelėje ir skirtos kurui, šviesai, kanalizacijai, vandentiekiui, sniego ir sąšlavų išvežimui, gatvių grindimui ir darželių tvarkymui, kas apskritai sudaro 10.709,08 lt. Šita suma yra apmokėta iš kreditų, skirtų Un-to bendrinei administracijai. Atėmę 10.709,08 lt iš bendrinės išlaidų sumos 125.704,57 lt, gausime 114.995,49 lt, tai yra tiek išleista iš klinikai skirtų kreditų. Skirta gi buvo 118.364 lt, taigi, išleista 3.368,51 lt mažiau, negu leista.

Vienam ligoniui per vieną dieną išleista (turint galvoje visas išlaidas) 11,806 lt, taigi, kiekvienas ligonis per dieną davė 1,52 lt pelno (13,33 —11,806=1,52).

VII. Ausų, nosies ir gerklės klinikos turtas:

Klinika per 1938 m. įsigijo šį **turtą:**

Ūkio inventoriaus už	790,90	lt,
Medicinos ir mokslo inventoriaus.....	2.030,95	„
Knygų ir žurnalų	856,80	„
Iš viso	3.678,65	lt.

6-oji lentelė.

Klinikos 1938 m. išlaidos

§§	Str.	Išlaidų pavadinimas	Suma lt.	Suma ct.	1 ligon. 1 dien. tenka
1		Algoms	64.473	—	6,06
2	1a	Raštinės reikmenims	224	80	0,02
2	1b	„ knygoms ir blankams	349	85	0,03
2	1d	Informacinio turinio spaudiniams	12	—	0,001
2	1e	Paštui, telegrafui, telefonui	813	69	0,076
2	2a	Kurui	5 313	33	0,50
2	2b	Šviesai	2 974	95	0,28
2	2c	Švaros priežiūrai	6.199	73	0,58
2	2c	Vandentiekiui ir kanalizacijai	1.200	73	0,11
2	2c	Sniego ir sąšlavų išvežimui	130	—	0,01
2	2h	Gatvių grindimui ir darželio tvarkymui	1 140	07	0,107
2	2i	Smulkios ūkio išlaidos	179	04	0,016
3	1	Inventoriui įsigyti	354	90	0,033
3	3	Mokslo priemonėms įsigyti	1.700	—	0,169
3	4	Knygoms ir periodiniams žurnalams	1.093	90	0,102
4	1	Valstybiniams trobesiams remontuoti	468	80	0,044
4	2a	Inventoriui taisyti	148	—	0,013
4	2c	Instrumentams ir aparatams taisyti	503	15	0,047
24	1	Maistui	25.061	13	2,354
24	2	Vaistams	12 163	50	1,142
24	3	Drabužiams	1.200	—	0.112
		Iš viso	125 704	57	11.806

Metams baigiantis, klinikos judomojo **turto vertė** siekė:

Ūkio inventoriaus	
Medicinos ir mokslo inventoriaus	49.958,57 „
Knygų ir žurnalų	28.465,20 „
Iš viso	180.357,34 lt.

VIII. Ausų, nosies ir gerklės klinikos personalas.

1938 m. klinikos personalo pasikeitimai įvyko šie: Nuo kovo mėn. 1 d. atleista iš tarnybos gail. sesuo Bronė Kuzmickaitė. Nuo lapkričio mėn. 15 d. atleista iš tarnybos gail. sesuo Elena Kuktienė-Neverdauskaitė. Nuo gruodžio mėn. 1 d. atleista iš tarnybos gail. sesuo Petronėlė Žilinskaitė. Nuo kovo mėn. 15 d. priimta gail. sesuo Eugenija Kuzmickaitė. Nuo lapkričio mėn. 15 d. priimta gail. sesuo Veronika Zižienė. Nuo gruodžio mėn. 16 d. priimta gail. sesuo Marija Raubaitė.

Gyd. Ks. Vencius priimtas preparatorium nuo vasario mėn. 1 d.

Gyd. P. Pakanavičius, jo paties prašymu, iš tarnybos atleistas nuo vasario mėn. 1 d.

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

9. Dr. med. N. Stoligvo. **Plaučių pūlingųjų procesų gydymas. natr. benzoicum injekcijomis.** („Latv. Arstū Žurn.“ 1939 m. 5—6 nr.).

Plaučių pūlingiems procesams gydyti šiuo metu populiarios šios metodės: 1) alkoholinės intraveninės injekcijos, kurių šalininkų skaičius dabar žymiai sumažėjęs; 2) neosalvarsano injekcijos, duodančios gerų rezultatų, ypač, jei salvarsanas duodamas ne perdaug mažais daviniais; 3) įvairūs chinino preparatai (pvz., chinosolvin), ypač injekcijų pavidalu, ir 4) terapija trumposiomis bangomis.

Natr. benzoicum pirmasai pavartojo Goldkorn, pastebėjęs gerą veikimą tbc, plaučių abscesų, bronchiektazijų atvejais. Veikimas pasireiškia tuo, kad ligonis pradedąs jausti nosyje, burnoje odekolono, eterio, gumos bei pan. kvapą, o taip pat šilimą krūtinėje ir galvoje. Vienkartinis davinys svyruoja nuo 8—10 iki 20—30 ir net iki 50 ccm 20% skiedinio. Autorius vartojąs 20% natr. benz. purissimum „Heyden“ skiedinį, šviežiai parengtą, po 20 ccm 1—3 kartus per dieną. Intraveninė injekcija atliekama pamažu — per 5 minutes. Bendras injekcijų skaičius siekia 20 iki 50. Autorius atlikęs iš viso 600 injekcijų įvairiems ligoniams. Jokių komplikacijų nepastebėta. Efektas nuo natr. benz. gana ryškus: skreplių dvokimas po kelių injekcijų pranykstąs, t⁰-ra kartais net kriziškai krintanti. Sunkesniais atsitikimais gerai veikianti kombinacija neosalvarsano ir natr. benzoicum injekcijų, taip pat sujungiant su trumpųjų bangų švitinimu.

Del natr. benzoicum veikimo manoma, kad jis turi tam tikrą pulmotropizmą, būtent, išsiskirdamas pro plaučius, paveikiąs plaučių audinius.

J. Paliakauskas.

10. Dr. Purinš: **Plaučių tbc kaverna patologinės anatomijos ir klinikos atžvilgiais.** („Latv. Arstū žurn.“ 1939 m. 5—6 nr.).

Ranke tuberkuliozę skirsto į tris atskiras stadijas, būtent į: 1) pirminį kompleksą, 2) antrinį — generalizacijos periodą ir 3) tretinę izoliuotą tuberkuliozę. Toks suskirstymas yra grynai anatomiškas. Hübschmann daug reikšmės skiria infekcingumui, bacilų virulentingumui, nespecifinei dispozicijai, bacilų latentiniam pajėgumui ir konstitucijai. Neretai tretinė tbc stadija aplenkianti pirmąsias dvi stadijas. Praktikoje tenka matyti tokių ligonių, kurių plaučiuose, greta pagijusio ir sukalkėjusio pirminio komplekso, yra ir tretinė tbc forma, be jokių ligos išsisėjimo reiškinių. Šituo atsitikimu, esant pirminiam kompleksui, jau yra išsidirbęs imunitetas, neleidžiąs ligai išsiplėsti lymfiniais bei kraujo takais. Kiekvienoje iš suminėtų stadijų gali išsivystyti kavernos, kurių nekrozavęsi židiniai įvairiai keičia savo turį. Varškėtos masės vandens rezorbcijos dėka gali sutirštėti, išdžiūti, fibroziškai inkapsuliuotis ir sukalkėti. Nekrozavusios masės gali iš aplinkinių audinių susiurbti skystį ir per tai suminkštėti, paburkti, bet pasilikti tos pačios struktūros. Šitie veiksniai sudaro sąlygas pasidaryti uždarai kavernai, kurios gijimas vyksta skysčio rezorbcijos, resp. sutirštėjimo, išdžiuvimo ir varškėtų masių sukalkėjimo dėka; bet taip pat gali ir del didelio paburkimo arba del sienelių nekrozės — plyšti ir tuo būdu išsilieti į gretimą kaverną arba į bronchą. Trečiasis galimumas, kad varškėtos masės, esančios tbc židinyje, veikiant proteolitiniam leukocitų fermentui, sugriūva, praskysta, supūliuoja (Gräff, Orth, Aschoff, Schminke, Hübschmann). Šitas reiškinys sudaro sąlygas pasidaryti atvirai kavernai. Klausimas, kodėl leukocitai vienur į nekrotizavusias mases patenka, kitur ne, lig šiol lieka dar atviras. Gräff'o

aiškinimu, nekrozavusių masių griuvimas vykstąs dvejopai: 1) leukocitai galį patekti tiesiog į sausas nekrozavusias mases ir jąsias praskiesti; 2) kazeozinės masės, įsiurbdamos į save skysčius iš aplinkinių audinių — pasidarančios minkštos ir tik tada į jas patenką leukocitai, dargi padedami įvairių bakterijų mišinio. Hübschmann kavernų atsiradimą sieja su leukocitų invazija į kazeozines mases, kas galį įvykti esant organizmui hypererginiame stovyje. Kodėl vienu atveju leukocitai sukelia tbc židinio suvarškėjimą, bet kitur — to paties židinio griuvimą, suminkštėjimą, taip pat dar nesą aišku. Hübschmann tai aiškina leukocitų ypatybe gaminti įvairius fermentus.

Nekrozavusių masių griuvimas tęsiasi nevienodai: čia trumpesnį, čia ilgesnį laikotarpį, todėl neretai kavernoje tenka matyti sekvestrai varškėtų masių. Tokias neišsivysčiusias kavernas Hübschmann vadina nebaigtinėmis bei neišsivaliusiomis. Baigtinių kavernų sieneles sudaro pyogeninė membrana, granuliacijos ir fibroziniai audiniai. Greitų, floridinių tbc formų dauguma duodančios mažas kavernas, chroniškais atvejais — obuolio didumo ir dar didesnes, milžiniškas kavernas.

Pareinamai nuo kavernos vietos plaučiuose, Borst skirsto kavernas į pneumoniogenines ir bronchogenines. Pneumoniogeninės kavernos atsirandančios nekrozuojantis plaučių audiniams. Jos galinčios būti atviros ir uždaros. Kyla klausimas, ar uždara, pripildyta kaverna kliniškai konstatuojama? Šitas klausimas dar nesąs visiškai paaiškėjęs. Manoma, kad, jei kaverna gana didelė, jos tūris skystokas ir sienos storos, tai tokios rentgenologiškai matomos. Jacquerod rentgenologinių kavernų suskirstyme jas vadina prekavernomis.

Bronchogeninės kavernos atsirandančios bronchų sienelėms nekrozuojantis. Savaime aišku, jos esančios atviros, nors galinčios būti antriniu būdu ir uždaros.

Kaverna, pasidariusi tbc židinyje iš eksudatyviai kazeozinio, dar reliatyviai nepaliesto plaučių audinio, būnanti apvalios bei ovalios formos; tuo tarpu chroniškų procesų kavernos galinčios būti įvairios ir jų forma pareinanti nuo daugelio savybių. Manoma taip pat, susidarant kavernas ir nuo Morel'io respiratorinės traumos. Aleksander pažymi ir plokščias kavernas, kurių prognozė, palyginti, esanti gera.

Pagal struktūrą ir klininiu-rentgenologiniu atžvilgiu, kavernos skirstomos įvairiai. Kausch ir Klingenstein, turėdami galvoje susirgimo fazę, kavernos išsivystymą ir pagijimo galimumus, kalba apie ankstyvąją kaverną, paprastai išsivystančią iš infraklavikulinio infiltrato, ir ankstyvąsias antrines kavernas, iš surandėjusio ankstyvaus infiltrato rando. Ankstyvosios kavernos 98% atsitikimų susijusios su bronchais. Aleksander skirsto kavernas į elastingas ir induruotas. Jacquerod suskirstymas: 1) prekavernos, 2) apvaliosios ir 3) kapsulinės kavernos.

Klinika ir patologinė anatomija rodo, kad plaučių kranialė dalis yra mėgiamiausia kavernų vieta. Iš 466 ligonių, buvusių 1935 m. Tervetes sanatorijoje, 220 buvo su kavernomis (47,2%). Kairiuosiuose plaučiuose 92,3% kavernų buvę viršūnėje, 29,0% vidurinėje skiltyje ir 2,5% plaučių apatinėje skiltyje. Dešiniuosiuose plaučiuose 91,5% kavernų buvę viršūnėje, 30,5% vidurinėje skiltyje ir 5% apatinėje skiltyje. Tuo būdu kairiuosiuose plaučiuose kavernų būną 60% atsitikimų, dešiniuosiuose 40%; tai maždaug atitinką ir Vakarų Europoje nustatytus duomenis.

Kavernų diagnozei turį reikšmės jųjų didumas ir buvimo vieta. Juo didesnė kaverna ir juo ji arčiau plaučių paviršiaus, tuo ryškesni simptomai. Fizikaliai nustatyti tegalima kavernas, ne mažesnes už riešutą (Walnuss), nors kai kurie klinikininkai esą nustatę kaverną ir vyšnios didumo. Yra skirtumas tarp šviežių ir induruotų kavernų. Pirmosios dažniausiai guli izoliuotos beveik normaliame plaučių audinyje. Ši-

tokios „nebyliosios kavernos“, neretai būdamos arti broncho, įsilieja į pastarąjį, rodydamos tik bronchito reiškinius. Žinoma, tokiu atveju skrepliuose esą tbc bacilų ir elastingos skaidulės išryškina diagnozę. Esant atvirai kavernai, svarbus požymis — Wintrich'o perkutorinio garso pakitimas, t. y. aukštesnis garsas alsuojant atdara burna ir žemesnis uždara burna. Svarbus, bet mažai žinomas kavernų diagnozavimo simptomas yra metališkas bronchiško kvėpavimo atspalvis. Kosint karkalai primena šiurkščios odos trynimąsi. Kartais sunku atskirti kaverna nuo dalinio spontaninio pneumotorakso, dargi turint ir rentgeną. Diagnozę nulemia bronchofonija, kuri ties atvira kaverna būna nuolatos, ties uždara pasitaiko rečiau ir būna metališko atgarsio, o ties pneumatoraksu bronchofonija būna nuolatos susilpnėjusi.

Elastingos skaidulės taip pat nėra visai tikras dalykas. Jos yra plaučių audinio griuvimo požymis, bet jos randamos, susidarius bronchų sienų ulceracijoms. Destruktyvaus proceso didumo ir rūšies skaidulės taip pat nepajėgia išaiškinti, nes, esant ir didelėms kavernoms, skaidulių skrepliuose nerandama, kaip nerandama ir Kocho bacilų.

Plaučių kraujoplūdžiai (haemoptoe) gali būti ne tik esant tbc, bet taip pat stazinių bronchitų, bronchiektazijų, plaučių navikų, abscesų, gangrenų, taip pat luetinių gretimų chroniškų stazių inkstuose bei jeknose, hemoraginių diatezių atvejais. Tervetes sanatorijoje haemoptoe pas kavernininkus rasta 21,8%, pas nekavernininkus — 15%.

Griuvusių audinių likučiai kavernoje rentgenogramoje matomi lyg stori juostos pavidalo šešėliai, kurie reikia mokėti neretai atskirti nuo kavernų trabekulinės struktūros.

Plaučių kraujoplūdžių gydymas. Kovai su haemoptoe vengtina opiatų, nes aspiruojant kraują užkrečiamos sveikos plaučių dalys, arba užkemšami bronchai. Anglų gydytojai Morlock ir Pinchin 1934 m., greta visiškos ramybės, pataria vartoti Kongoraudonės (Kongorot) tirpinio intravenines injekcijas, kurios, kaip esą patirta, skatinančios fibrino atsiradimą ir pagreitinančios krešėjimą. Imamas 10 ccm 1% kongorot'o tirpinys ir pamažu suleidžiamas į veną. Po tokios injekcijos kraujavimas greit sustojąs; nepakankamai veikiant minėta dozė galima 1 bei 2 kartu kas 6 valandos kartoti. Svarbu, kad kongorot būtų garantuotai švarus (Grubler'io firmos Leipcige) ir ištirpintas trigubai destiliuotame ir pro stiklinę vatą (Glaswolle) filtruotame vandenyje. Skiedinys laikomas ne ilgiau kaip 12 valandų. Esant pasikartojantiems parenchiminiams kraujoplūdžiams, Tervetes sanatorijoje taip pat sėkmingai vartotas redoxon'as. Redoxon'o kiekis reguliuojamas pagal C-vitamino nepriteklių organizme arba tiesiog švirkščiama į veną per 7 dienas paeiliui po 300 mg redoxon'o. Patartina pirmas 3—4 dienas injekuoti kartu su kalciu. Kitas 14 dienų injekuoti po 100—150 mg per dieną. Papildomai, ypač esant profuziniams kraujavimams, patartina abi kojos įvynioti į drėgnus, šiltus rankšluosčius, apdengtus Billrot'o batistu ir storu vatos sluoksniu. Kompresas atnaujinamas kas 10 valandų. Tervetes sanatorijos patyrimu panašūs kompresai kraujo spaudimą sumažina 15—20 mm Hg.

Kavernų gydymas vykdomas stacionariškai. Jei ligoniui, turinčiam ankstyvaus infiltrato kaverną, stacionariškai gydant ir sekant t°, skreplius, kraujo vaizdą, proceso vietinius reiškinius rentgenu ir auskultaciniu būdu, tbc procesas rodo tendenciją aktyvuotis, tai reikalingas pneumatoraksas. Jeigu gi procesas minėtu metu yra sustojęs arba rodo regreso žymes, lauktina 1—2 mėnesiu ir tik po to, stoviui negerėjant, vartotinas pneumatoraksas. Šitas Aleksander'o pasiūlytas būdas taikomas Tervetes sanatorijoje. Esant tvirtesniems suaugimams, kaip kad šviežių kavernų atvejais pasitaiko, rečiau panaudojama torakokaustika. Plaučių suaugimų atveju, kol dar yra išlikęs kavernos elastingumas, daroma

frenikoekzerezė. Jei pastaroji per 2—3 mėnesius neduoda gerų rezultatų, tai galvojama apie krūtinės viršutinės dalies plastiką.

Kaipo papildymas pneumatoraksui, n. phrenicus pertraukimas indikuotinas šiais atvejais: 1) kai kavernos yra įsiterpusios į suaugimus arba del suaugimų neveikiant pneumatoraksui, kur Jacobaeus'o operacija neindikuotina, 2) esant subtotaliniams pneumatoraksams su plačiomis diafragminėmis adhezijomis, kai kavernos lokalizavusios bazaliai arba hilus'ų srityje; 3) pabaigus pneumatorakso terapiją tais atvejais, kai plaučiai yra nustoję savo reekspansijos galios; 4) esant ištemptiems pneumatoraksams, resp. apikaklinių diafragminių adhezijų atveju, kai kaverna guli viršūnėje arba infraklavikuliariai. Esant šviežioms kavernoms, aišku, vengtina dirginamosios terapijos (saulės, rentgeno ir p.).

Senų kavernų gydymas. Esant suaugimams, kombinuojamas dalinis pneumatoraksas su viršūnių plastika, t. y. rezekuojant pirmuosius 2 šonkaulius totališkai bei subtotališkai (Kremer'o). Tolimesnių 2—3 šonkaulių rezekcijos platumą nustato tbc stovis plaučiuose. Esant plaučių viršūnių kavernoms iki kumsčio didumo, Graf pataria frenikoekzerezę, kaip įvadą viršutinių dalių plastikai. Tarpas tarp šitų operacijų turįs būti ne mažesnis kaip 3 mėnesiai. Tervetes sanatorijoje, apsiribojus viršutinių dalių kaverniniams procesams, daroma dalinė subskapulinė paravertebrinė plastika, rezekuojant 1, 2 ir 3 šonkaulius subtotališkai. Pernai prof. Alksnis sėkmingai padarė keletą Monaldi anterolateralinių torakoplastikų. Kavernų lokalizavimui 1936 m. Rygos Raud. Kryžiaus ligoninėje įsigytas tomografas. Suaugimams lokalizuoti vertingas yra Stumpf'o rentgenokimografiškas būdas.

Labiau produktyvios kaverninės formos, kurioms gydyti ypatingai indikuotinas pneumatoraksas, dažnai turi pleurinių suaugimų. Čia, žinoma, torakoskopija ir kaustika pritaikoma, bet patartina 3—4 mėnesius palaukti, nes neretai suaugimai spontaniškai išsitempia, resp. leidžia kaverną suspausti.

Jei kavernos suspaudimą trukdo jos storos sienos, tai taikytinas oleotoraksas.

Abipusis pneumatoraksas ypatingai indikuotinas esant šviežioms kavernoms vienoje ir diseminuotiems procesams antroje pusėje.

Gerson'o, Sauerbruch'o, Hermansdorfer'io bedruskę dietą vartojant, autorius neranda jokios teigiamos naudos.

J. Paliakauskas.

11. Vannotti (Lozanna): **Porphyrine in d. Biologie u. Klinik.** (Porfirinai biologijoje ir klinikoje) („Schw. Med. Wchschr." 1939 m. 31 nr.).

Autorius iš pradžių ištyrė klausimą apie porfirinų susidarymą ir jų toksišką veikimą organizmui. Pastarasis pasireiškiąs susidarius didesnėms porfirinų koncentracijoms arba karboksilinėms grupėms. Organizme porfirinai susitelkią ne del per didelio jų buvimo maiste, nebent būtų žymiai pakitusi jų žarnų funkcija, arba būtų įsiveisusi žarnose patologinė flora, arba būtų aprėžtas riebalų įsisiurbimas. Kepenų susirgimus visada lydįs porfirinų išsiskyrimo sutrikimas. Autorius ypačiai domėjosi santykiais tarp medžiagų apykaitos ir porfirinų. Įvairūs apsinuodijimai, k. a., švinu, gyvsidabriu, arsenu, anilinu, hemolizinis icterus padidiną porfirinų išsiskyrimą.

Tokie porfirininiai susirgimai skirstomi į odinius, pilvinius ir nervinius. Odinių (kutaninių) formų esą šie reiškiniai: erythema, pūslės, nekrozės, randai, pigmentacijos. Jie pasireiškią jau vaikystėje, iš lėto progresuodami. Pilvinė (abdominalinė) forma atsirandanti staiga dieglių, obstipacijų pavidalu, panašiai kaip žarnų obstipacijos. Ją dažnai sumaišą su akmenligės diegliais, perforacija arba pankreatitu. Tokios krizės trunkančics keletą dienų, pasikartodamos po neapibrėžtų protarpių. Nervinės formos taip pat atsirandančios

staiga, polyneurito pavidalu, daugiausia su motoriniais sutrikimais, panašėdamos į Landry'o paralyžius, dažnai lydimos psichinio pobūdžio sutrikimų. Protarpiais — viskas pagerėja, nenormalus gi porfirinų išsiskyrimas tęsiasi. Šlapimams esanti būdinga tamsiai raudona arba juodoka spalva! Tatai pareiną nuo chromogeno ir urobilino. Tolimesni simptomai: nerviškumas, pigmentatio, tachycárdia, hypertonia, hyperthyreosis, kaip padidėjusios n. sympathicus funkcijos pasireiškimas. Bandymai (su mielių kultūromis) parodę, kad audinių kvėpavimo sutrikimas, veikiant kal. cyan., vykstąs kartu su padidėjusiu porfirinų susidarymu.

Šitas sutrikimas pasiliaująs, davus redoxon'o (C-vitamino) arba lactoflavin'o; tuomet paliaująs ir per didelis porfirinų susidarymas. Tuo būdu, žmogui davus B- ar C-vitamino, pasiliaująs porfirinų išsiskyrimas ir pranykstą kliniški simptomai. Be šitų vitaminų, gydymui vartojama sušarmintas maistas, kalcio injekcijos ir kepenų ekstraktai, del ko stimuliuojamas kepenų veikimas. Lactoflavin'as (Roche) duodamas per os ir parentaliai (2 mg). *T. Goldbergas.*

VAIKŲ LIGOS.

11. S. G. Gimmelfarb (Smolenskas): **Urobilinurija kaip kliniškas reiškinys vaikų amžiaus patologijoje.** (Urobilinurija kak kliničeskij simptom v patologii dietskogo vozrasta) („Pediatrija", 1939 m. 11 nr.). („Pediatria", 1939 m. 11 nr.).

Urobilinurijos nustatymas yra viena iš svarbiausiųjų reakcijų kepenų tulžies funkcijai ir viena iš jautriausiųjų reakcijų jų nepakankamumui pažinti apskritai. Sergant plaučių uždegimu urobilinurijos tyrimas duodąs kreives su dideliais skaičiais ligos viduryje, ryškų kritimą pirmomis 3 dienomis krizei įvykus ir grįžimą prie normos sekančiomis po krizės dienomis.

Popneumoninių komplikacijų atveju (k. a., empyemos) urobilinurijos kreivė pasiliekanti aukšta ir nukritusi vėl pakyla, kas gali būti panaudota, kaip diagnozinis ir prognozinis reiškinys.

Plaučių džiovos atveju urobilinurijos kreivė, atvirkščiai kaip pneumonijos atveju, laikantisi neaukštai, kas taip pat galį patarnauti, kaip diagnozinis reiškinys. Urobilino kreivė sunkios tbc atveju (su miliarizacija ir exitus letalis) turinti didesnius skaičius, kaip kitų tbc formų su gerybine išeitim atvejais.

Reumatas duodąs ryškius urobilinurijos kreivės pakitimus su aukštais urobilinurijos skaičiais ūmių, paūmėjimų, naujų priepuolių atvejais.

Sunkių pneumonijų su letaline išeitim atvejais nedidelė urobilinurija ligos viduryje turinti palinkimą toliau kristi. Ryškus urobilinurijos sumažėjimas reumatinės infekcijos paūmėjimo atveju, esąs blogas prognozinis reiškinys.

Urobilinurija galinti būti vienu iš diagnozinių ir prognozinių reiškinių vaikų amžiaus klinikoje tik nustatant urobiliną kiekybiškai, nes kokybinės reakcijos nepakankamos. *V. Tercijonas.*

12. L. Rozenman ir O. Čalkina (Maskva): **Tymų seroprofilaktikos bandymai inhaliuojant prieš tymus.** (Opyt seroprofilaktiki kori putiom inhaliacii protivokorevoi syvorotki) („Pediatrija", 1939 m. 11 nr.).

Specifinė tymų profilaktika Degkvitz'o būdu pasižyminti dideliu efektingumu, bet turinti žymių trūkumų. Svarbiausias esąs trūkumas, kad reikią pavartoti didelis kiekis žmogaus serumo (po 30—60 ccm vienam vaikui). Tat verčia šitą metodę taikyti tik jauno amžiaus vaikams (iki 4 metų); vyresnio amžiaus vaikams, kurių tarpe pasitaiko sunkios tymų formos, profilaktiški skiepijimai nedaromi. Antras šitos metodės trūkumas, kad tas serumas reikia švirkšti į raumenis, kas sukelia traumą, kartais susikomplikuoja votimis (abscesais) ir pūlynais (flegmonomis).

Priešgripinio serumo profilaktinio ir gydomojo veikimo klausimu prof. A. Smorodincev'o gautas teigiamas rezultatas, jeigu serumas įvedamas betarpiškai į alsuojamuosius takus. Tas pat serumas, įvestas po oda arba į raumenis, pasižymįs mažesniu efektingumu. Norint gauti nuo poodinio įvedimo profilaktišką efektą, vienodą su serumo inhaliacija, reikalingas apie 1000 kartų didesnis davinys. Buvę įrodyta, kad antikūnių koncentracija gyvulių alsuojamuosiuose takuose, kuriems padarytas poodinis arba intraveninis serumo švirkštimas, ryškiai buvęs mažesnis, kaip kad inhaliaciniu arba nazaliniu būdu pavartojus. Gavęs teigiamų rezultatų gydydamas žmonių gripą ir vartodamas profilaktiškai, prof. Smorodincev pasiūlęs ištirti inhaliacinę metodę prieštyminiu serumu tymų profilaktikos atžvilgiu. Šitas būdas pritaikytas vaikams nuo 4 iki 7 metų amžiaus. Pro guminę dujokaukę įalsuojama išdulkinto serumo nuo 6 iki 8 ccm. Į kvėpuojamuosius takus su oro srove patenka 2—3 ccm serumo per ½ val. Tokia inhaliacija buvusi daroma kasdien, 2—3 dienas paeiliui. Inhaliacija buvusi atliekama 7—8 inkubacijos dieną. Ir buvę pastebėtas mažesnis susirgimų skaičius, lengvesnė tymų eiga, mažiau komplikacijų, o mirties atsitikimo nė vieno. Iš 64 inhaliavusių serumo vaikų susirgę 22, iš 67 kontrolinių vaikų, negavusių inhaliacijos, susirgę 32, iš jų 10-čiai buvusi pneumonia, ir 1 mirties atsitikimas.

Nors del mažo inhaliavusių serumo vaikų skaičiaus nesą galima daryti galutinių išvadų apie šito būdo naudingumą, tačiau inhaliacinę metodę per 30 minučių vaikai priimą kaip žaidimą. Serumo išeikvojama 10 kartų mažiau! Tiriant tolimesnį efektingumą, reikėtų patobulinti pati metodė. Reikėtų pagerinti serumo išsisklaidymas padidinant purkštuvų skaičių. Atrodo, kad geriausias inhaliacinis būdas būnąs venkartinis be pakartojimo. *V. Tercijonas.*

UROLOGIJA.

5. J. Minder (Budapeštas): **Die urolog. Beziehungen d. Hormontherapie.** (Urologiniai santykiai su gydymu hormonais) („Z. Ur." 33 H. 11).

Gydymas hormonais urologijoje, priešingai negu ginekologijoje, esąs pavėluotas reiškinys. Iki šiol mums žinomi 2 hormonai: testosteron'as, gaunamas iš vyriškojo pautelio, ir androsteron'as — iš šlapimų. Jie skiriasi tarp savęs ne tiktai chemiškai, bet ir biologiškai. Galimas dalykas, kad androsteronas esąs išskirtinis testosterono produktas. Priešingai negu moterims, vyrų lyties liaukų inkretorinė funkcija visiškai nesiliaujanti net gilioje senatvėje. Urologiniame gydyme hormonais esama dviejų krypčių: natūralių ar sintezinių preparatų taikymas. Linkstama dabar prie to, kad sintezinių hormoninių preparatų veikimas gydant hypertrophia gland. prostatae esąs daugiau realus. Ekstrakte iš pautelių esą tiek maža hormonų, jog jų veikimas reikią priskirti greičiau jų dirginamai įtakai. Klausimas apie hormonų dozavimą dar nesąs išspręstas. Duodant šitų hormonų per os, reikią turėti galvoje, kad jie suardomi skilvio fermentų. Hormonų perdozavimas ar dideli daviniai sumažiną hypophysis'o funkciją. Nereikia pamiršti ir antihormonų susidarymo galimumo. Nes iki šiol dar nesą objektyvių duomenų įvestųjų hormonų terapiškam veikimui nustatyti. Neginčijamas esąs vyriškų hormonų veikimas neišsirūtuliavimo (kryptorchismus, hypogenitalismus) atveju, taip pat bendras veikimas organizmui hypertrophia gland. prostatae atveju (100 mg suskirstoma tarp 8—10 injekcijų), į kurią dabar žiūrima, kaip į hormoninės disfunkcijos padarinį. Enuresis nocturna atsitikimai paskutiniu laiku sėkmingai gydomi lytiniais hormonais. Autorius sėkmingai gydęs sumažėjusią lytinę potenciją testosteron'o 10—12 mg injekcijomis. Jei to dar maža, tai galima duoti 60—80 mg. Jeigu ir tatai negelbsti, tai jau niekas nepadėsiąs. Mums dabar žinoma, kad prostatos hipertrofija

esanti endokrininis susirgimas. Jos hypertrofija aiškinama tuo būdu, kad, pauteliams atrofavus, padidėjanti paprastai pas vyrus esančių moteriškų hormonų proporcija. Del to ir atsirandanti hipertrofija prostatos tos dalies, kuri ontogeniškai yra biseksuali, t. y. centraliai nuo vesiculae seminales, ir guli kranialiai. Gland. prostatae dalyje, gulinčioje periferijoje, geneziškai grynai vyriškoje, hypertrophia neįvykstanti.

Autorius tyrė prostatininkų gydymą hormonais. Geriau esą duoti ilgą laiką mažus davinius negu taikyti didelius. Apskritai, 100—120 mg sintezinio testosterono 8—10 injekcijų jau parodą gerą veikimą.

Autorius gaudavęs geriausių padarinių, taikydamas sintezinius preparatus — neohombreol'į ir testosteron'ą. Noras gauti hormonais, anatominę kliūtį sudarančios prostatos sumažėjimą, kol kas nesąs realus. Gydymas hormonais turįs būti taikomas tiktai pirmoje hypertrophia gland. prostatae arba dar ir antroje stadijoje, ir esą galima tikėtis pasisekimo 1-uoju atveju — 70—80% atsitikimų ir 40—50%, 2-uoju atveju. Neabejotinas esąs hormoninio gydymo sėkmingumas kriptorchizmo atsitikimais. *T. Goldbergas.*

6. N. Vondra (Budapeštas): **Ueber d. durch Sulfamid - Praeparate verursachten Schädigungen.** (Apie žalą nuo sulfamido preparatų) („Z. Urol." XXX. 7 nr).

Šitų preparatų veikimas šiuo metu nagrinėjamas dviem požiūriais. Vieni matą juose baktericidiškumą; antri autoriai, pagal analogiją su arsenobenzoliu, juos laiką preparatais, kuriuose susitelkiančios organizmo apsaugojamos jėgos, padidinančios leukocitų sugebėjimą fagocituoti.

Autorius sumini sulfamido preparatų tuos trūkumus, apie kuriuos iš šitos klinikos (prof. Illyés) dar nebuvę pranešta. Smulkesni trūkumai buvę nurodomi beveik kiekvieno autoriaus pranešimuose. Didesnė simptomų dalis tačiau pranykdavusi be pėdsakų, paliovus vaistą davus. Gydymas vėl galima buvę toliau tęsti be komplikacijų. Dažniausiai būną galvos skausmai, svaigimas, šleikštulys, vėmulys, bloga savijauta; jie pranykstą paliovus davus vaistą, arba tatai buvę besiartinančių sunkių simptomų ženklai. Autoriaus atsitikimais po ulirون'o atsirasdavusi smarki diarrhoea, pranykdavusi paliovus preparato davimą; tačiau, pradėjus jį duoti, vėl atsirasdavusi, todėl preparato davimas tekdavę nutraukti. Sunkesnės komplikacijos esančios odos išbėrimai: tymų, skarlatinos, urtikarijos, papulių, makulių ar vezikulių pavidalo. Be to, buvę stebima ir inkstų susirgimų. Kraujo vaizdas pasikeisdavęs eritrocitų, Hb ir limfocitų kiekio sumažėjimo prasme. Krisdavę į akis smarkus tokių ligonių išblyškimas ir nagų cyanozė. Prie sunkesnių reiškinių autoriai priskirią neuritus, nes jie esą reikalingi ilgo gydymo ir, antra vertus, sukliudą verstis savo profesija. Ypač būdinga vieta neuritui esanti n. peroneus (iš 35 atsitikimų 31). Paskutiniais atvejais gydymui vartojamos B-vitamino injekcijos. Apsinuodijimo reiškiniai, literatūros duomenimis, atsirasdavę, davus sulfamido preparatų vidutiniškai 40,0; pasak autorių gi — davus 23,25 g medikamento bendro kiekio. Susirgimo 2-oje savaitėje pakakdavę ir mažesnių davinių (pvz., ulirono) geram efektui, norint išvengti žalingų padarinių. Kadangi ir maži sulfamido preparato daviniai galį sukelti pašalinius reiškinius, tai ligonis, visą laiką preparatą gaudamas, turįs būti gydytojo kontroliuojamas. *T. Goldbergas.*

AKUŠERIJA IR GINEKOLOGIJA.

7. Engelhart, E., doc.: **Über die Auswertung eines peroral wirksamen Gelbkörperhormonpräparates bei der kastrierten Frau.** („Zbl. f. Gyn." 1940 mt. 3 nr., 98 p.).

Iki paskutinio laiko visi gelton. kūnelio pagamintieji preparatai, vartojami per os, buvę neveiklūs. Tačiau neseniai Holweg'o ir Inhofen'o pagamintas testosteron'o derivatas, vadinamas pregnenino-

lon'u arba C-proluton'u, turįs panašų gelt. kūnelio hormonui veikimą ir, vartojamas per os, esąs veiklus.

Autorius šitą preparatą išmėginęs su subrendusiais triušiais ir gavęs gerų rezultatų; po to vartojęs jį kastruotoms moterims. Iš viso buvę gydytos 7 ligonės, iš jų 2-iem po pusantrų metų pertraukos gydymas pakartotas. Empyriškai autorius priėjęs išvadą, jog po parengiamųjų injekcijų B-progynon oleosum 30 mg per 16 dienų, mažiausias davinys galįs sukelti sekretorinę fazę, esą 100 mg kasdien per 5 ar 10 dienų. Geriau veikiąs 150 mg davinys, duodamas kasdien. Nutraukus C-proluton terapiją, po 2 dienų pasirodančios mėnesinės, o tiriant gleivinę, randama tipiška sekretorinė fazė.

Pasak autoriaus, sunkiais gelt. kūnelio funkcijos sutrikimų atvejais, pvz., abortus imminens, kraujavimai iš hipertrofuotos gleivinės ir kt., kai reikalingi dideli hormono kiekiai, geriau tinkančios progesteron'o injekcijos. Lengvesnių gi sutrikimų atvejais, kaip, pvz., abortus habitualis, mėnesinių anomalijos, spazmiška dismenorėja ir kt., sėkmingai galįs būti taikomas C-proluton per os.

J. Petrauskaitė-Meškauskienė.

8. W. Lüttge (Bambergas): **„Zur Therapie der Mastitis.** („Zbl. f. Gyn." 1939 m. 31 nr.).

Krūties uždegimo galimumai yra įvairūs. Infekcija galinti patekti iš išorės, iš vidaus, be to, mastitis išsivystyti turį didelės reikšmės krūties trauma, pieno sąstovis krūtyje ir chroniškas krūties dirginimas. Svarbu esą profilaktika.

Todėl nėštumo metu reikią krūtis plauti šaltu vandeniu, panaudojant labai minkštą šepetuką; gi per paskutines 4-rias savaites reikią vieną kartą per dieną speneliai aptepti Franzbrant'o vynu ir kiek riebalais. Jei gaunama suskilimų (ragadų, fisurų), reikią panaudoti dezinfekuojamųjų priemonių: 45% alcohol-glycerini āā, arba alcohol 50% ir oleum oliv. āā. Šitie vaistai būtinai nuo krūties pašalintini prieš kūdikio maitinimą su 2% boro rūgštimi, nes kūdikis nežindąs. Jei spenelis skaudus, vartotinas stiklinis čiulptukas.

Infekcija iš organizmo galinti patekti į krūtį, kai jame esą chroniškų vočių, tat prieš gimdant jos būtinai pašalintinos.

Kraujo išsiliejimai traumos metu esą linkę supūliuoti.

Pieno sąstovis galįs įvykti esant chroniškam krūčių spaudimui stipriai uždedamųjų antkrūčių, esant dideliam pieno kiekiui krūtyse, blogiems latakams, aukštiems arba įdubusiems speneliams, randams iš ankstyvesnių inicijų, arba staiga atskyrus kūdikį.

Gydymas. Mėginti nutraukti pieną; jei tai nepavyksta, tai esą tikslu visiškai uždaryti krūtis, ją subintuojant, uždedant ledų pūslę ir duodant Karlsbado druskos.

Taip pat, esant per mažam pieno kiekiui, per dažnas kūdikio maitinimas arba dažnas pieno nutraukimas pientraukių pagalba pieno sekrecijos nepadidina, tik sudarą pagrindą išsivystyti uždegimui. Esant per maža pieno, reikią kūdikis primaitinti dirbtinai arba visiškai krūtis uždaryti, tik pirmiau reikią pamėginti pieno sekrecija sužadinti vaistais.

Rubor, tumor, dolor, calor esą klasiški prasidedančio mastitis simptomai. Uždegimo pradžioje dėtina ledų pūslė, esant sąstoviui nutrauktinas pienas, šalti liquor aluminii acet. kompresai, pariebinimas ir Karlsbado druska. Tokis gydymas tęstinas ne ilgiau kaip 3 dienas. Ilgiau pritaikant šaltį galima esą gauti difuzinė infiltracinė krūties induracija. Tokiam krūčių stoviui esant, tinką šilti remunėlių kompresai, kas priveda prie supuracijos. Ledu gydyti tinką tik tada, kai esą vilties, kad infiltracija gali rezorbuotis. Priešingu atveju panaudotina šilima. Prinokus vočiai (abscesui), darytinos incizijos. Del pjūvių dydžio ir vietos esą daug skirtingų nuomonių. Angerer pataria daryti 10—15 cm pjūvį. Bardeheuer daro pjūvius lanko pavidalo žemutinėje krūties dalyje,

kur krūtį atidalina nuo m. pectoralis ir iš krūties užpakalio atidaro votis (abscesus). Jaschke siūlo mažus, 2—3 cm pjūvius, kartu uždedant ant krūties Bier'o čiulpiamąjį varpą. Į voties tuštymą reikia įdėti suvilginta rivanoliu vioformininė gazelė. Praslinkus 24 valandoms po incizijos, reikią daryti 20—30 min. muilo vonios. Muilo vonios padedančios abscesui greitai išsivalyti, kadangi gerai atsidalinančios nekrozinių audinių dalys. Be to, ištekantieji pūliai palieką ne krūtyje, o yra nuplaunami ir tuo būdu esą pašalinamas sąlytinis infekcijos pavojus. Muilo vonių pagalba autoriui yra pavykę vidutiniškai sumažinti ligonių klinikoje buvimo dienų skaičius iki 14,8, o Bödiker'io vidutiniškas dienų skaičius siekiąs iki 25,5, Steichele — iki 26 dienų. Vogt muilo vonias taiko bepradedančių supūliuoti krūčių atveju. Del kūdikio maitinimo, esant krūties uždegimui, nesą nuomonių vienodumo. *J. Stankaitis.*

ODOS IR VENER. LIGOS.

4. H. Pičard: **Uber die Verwendung von Urotropinpräparaten zur Behandlung der Arthritis gonorrhoica.** (Gonartritų gydymas urotropino preparatais) („Dermatologica" 1939 m., 80 tom. 6 nr.).

Gonartritis yra viena iš nemaloniausių gonorėjos komplikacijų. Jų gydymui tikrų ir greitai veikiančių priemonių iki šiol neturima.

Norint išvengti sąnario sukietėjimo ir visiško funkcijos pranykimo, reikalinga ko greičiausiai veikti uždegimo reiškiniai, mažinti skausmai ir pradėti sąnarys judinti. Priemonės turinčios būti nežalingos ir lengvai prieinamos. Rg., diatermijos ir trumpųjų bangų diatermijos prietaisai esą sudėtingi, sunkiai visiems prieinami ir kaipo terapinės priemonės esą mažai už kitas pranašesni.

Iš kitų gydymo būdų vartojama:

1. Vietinis gydymas: šilima, kraujo sąstoviu (stasis) pagal Bier'ą.

2. Imunoterapinis gydymas: specifiškos vakcinos, nespecifiškos vakcinos, baltymų preparatai, terpentinas, autohemoterapija, malarija.

3. Chemoterapija, tiek anksčiau vartoti per os atophanas, gyvsidabrio derivatai, tiek ir dabar pradėti vartoti sulfonaminai.

Pasisakydamas atskirai apie minėtas gydymo priemones, autorius pastebi, kad šilima veikianti negreitai ir vartojama kaipo priedas prie kitų priemonių.

Imunoterapinis veikimas esąs taip pat lėtas, ligoniui nemalonus ir dažnai pavojingas.

Iš vartojamų gydymo metodžių naudingiausia esanti hemoterapinė. Seniai žinomas atophanas ir atochinolis neretai sumažindavę skausmus. Sidabro derivatai taip pat parodę neabejotiną veikimą.

Tarp 1927 ir 1932 metų gon. artritų gydymui vartota neosilbersalvarsan'as. Gautais rezultatais ligoniai dažnai būdavę patenkinti. Šituo preparatu buvę gydyta 19 ligonių, iš kurių keletas turėję gana sunkius gonartritus ir 2 — tendovaginitus. Duodant 0,1 iki 0,3×2 kartus per savaitę, liga užsitęsusi vidutiniškai 33,2 dienas. Iš 19 ligonių 2 likę su pastoviai sužalotais sąnariais. Vadinasi, gydymo priemonė esanti nevisiškai gera. Didesniais daviniais ir dažniau duodant injekcijas, rezultatai galima esą pagerinti, bet esąs intoksikacijos pavojus.

Sulfamidų veikimas gonartritinėms komplikacijoms esąs dar neištirtas. Keletas gerų gydymo efektų, gautų gydant cylotropin'u ir amphotropin'u atkaklius erythema exsudativum multiforme atsitikimus, davę impulsą išbandyti šitų vaistų veikimą gonorojiniams artritams. Tarp 1932 ir 1938 metų minėtais urotropino derivatais buvę gydyta 30 ligonių, sirgusių poly- ir monoarthritis gonorrhoica, 2 ligoniu turėjusius tendovaginitis, ir 1 ligonį, sirgusį bursitis gonorrhoica. Cylotropin'as ir amphotropin'as vartota 40%. Cylotropin'as turi 16% salicylinės rūgšties natrio ir 4% kofeino. Amphotropin'as yra hexamethylentetramino ir kamforinės rūgšties

junginys. Cylotropin'as vartotas ampulėmis po 5,0, amphotropin'as — po 20,0. Jų veikimo skirtumo nepastebėta. Kiekvienam ligoniui reikėję sunaudoti vidutiniškai 46,6 g. per 23,75 dienas. Injekcijos daromos iš pradžių 2 kartus per savaitę. Sąnarių gijimas vykęs iš lėto ir jokių pacientams nemalonumų nebuvę stebėta. Be pagrindinės terapijos, vartoti vietiniai šildomieji kompresai ir kartais Bier'o kraujo sąstovis. Sumažėjus skausmams pradėta vartoti pasyvūs, vėliau ir aktyvūs sąnario judesiai.

Gydant urotropino preparatais, pastebėti šie gijimo momentai: 1) skausmų sumažėjimas ir pranykimas, 2) temperatūros kritimas iki normos ir 3) funkcinis sąnario atsistatymas.

Padarius bendrą gydymo apžvalgą, gauti šie rezultatai: iš 33 ligonių 28 (84,9%) pasveikę, 4 (12,1%) pasitaisę, 1 (3%) pagijęs su defektais. Sulyginus gydymo rezultatus su kitomis metodėmis, gauta: skausmingumo ir temperatūros sumažėjimas 19 (57,8%) per 20 dienų nuo pradžios gydymo urotropino preparatais. Iš jų 2 lengvesniems ligoniams 5-tą dieną; 11 ligonių (33,3%) per 14 dienų ir 8 ligoniams (27,3%) per 30 dienų. Temperatūra greičiau ligoniams nukrintanti apyūmioje ligos stadijoje negu ūminėje.

Juo vėliau ligoniai pradedami gydyti, tuo greičiau ir dažniau gaunama sąnarių obliteracijų, kapsulės surandėjimų ir kontraktūrų. Jaunesnio amžiaus ligoniai greičiau sveikstą negu senesnio. Medikamentų veikimo rezultatai vyrams ir moterims esą vienodi.

Kartu su intraveninėmis urotropino preparatų injekcijomis duodant per os atophan'ą, greičiau nukrintąs karštis ir sumažėją uždegiminiai sąnario reiškiniai. Prontosilio įjungimas į urotropino preparatais terapiją ligos eigos nesutrumpinąs, tik atsirandąs pavojus pakenkti inkstams.

Absoliučiai urotropino terapijos vertinti esą negalima, nes nesąs pakankamai didelis skaičius gydytų atsitikimų, kad galima būtų tiksliai sulyginti su kitų gydymo priemonių rezultatais. Pasitenkinama daugiau tuo, kas knygose aprašyta, būtent: labai ilga ligos eiga ir nemažas skaičius pasiliekančių ankilozių. Autorius palygina urotropino preparatų terapiją su neosilbersalvarsano terapija ir pastebi, kad gydant pastaruoju liga užsitęsianti vidutiniškai 10 dienų ilgiau, negu gydant urotropino preparatais.

Urotropino veikimas esąs nespecifiškas audiniams, pereinąs greitai ir skildamas išvystąs intensyvų veikimą. Gydant nepastebėta jokių toksiškų reiškinių. Išvadoje pažymima, kad, pradėjus gydyti urotropino preparatais, vidutiniškai pasidarę galimi sąnarių judesiai per 12,9 dienų, nukritusi temperatūra per 15,9 dienų ir visai pranykę skausmai per 22,4 dienų.

A. Gulbinas.

AKIŲ LIGOS.

2. Prof. G. G. Bursuk: **Skausmų malšinimas absoliutinės glaukomos atveju.** („Viestn. Oftalm." XVI t., 1 nr.).

Autorius savo straipsnyje kalba apie skausmų ir jų raminimą absoliutinės glaukomos atveju esmę. Skausmai, kaip žinoma, esą labai aštrūs, įkyrūs ir trunką ilgą laiką, o absoliutine glaukoma sergančių akių intraokulinis spaudimas esąs, kaipo taisyklė, aukštas. Ligoniui atpalaiduoti nuo tų kančių esą įvairių chirurgiškų priemonių bei operacijų.

Vienos jų paremtos tuo, kad norima nutraukti skausmo pravedamųjų takų saitas iš akies obuolio į centrą, būtent, nukerpant optiko-cilinius nervus užpakalyje akies obuolio arba paralyžiuojant juos įšvirkštus į tą sritį alkoholio. Abi priemonės praktikoje esančios gana plačiai taikomos, bet bloga pusė jų esanti ta, kad skausmai aptylą laikinai, o po kelių mėnesių ar net kelerių metų vėl pasikartoją. Skausmų grįžimas aiškinamas cilinių nervų regeneracija, kuri pagal Kraus'ą pastebima po operacijos ketvirtame mėnesyje, o po 2 metų naujai ataugusių nervų šakučių negalima esą atskirti nuo normalių.

Be to, optiko-cilinė reakcija ir alkoholio švirkštimai gana dažnai duodą nemalonių padarinių po operacijos, kaip, pvz., Averbach iš 330 absoliutinės glaukomos atsitikimų, kur buvę daryta cilinių nervų rezekcija, turėjęs 20-čiai ligonių vokų sutinimą, pas 18-ka liko sumažėjęs akies obuolio judrumas, 5-iems atsiradusios pūlinės opos, 1-nam — iritas, dviem — sausgyslių ir skleros nekrozės. Kiti autoriai dar mini žvairakumą, vokų ptozę, akies obuolio atrofiją, kraujavimą orbitoje ir net simpatinę oftalmiją. Retrobulbarinė alkoholio injekcija techniškai nors labai lengva operacija, bet ji dar nemaloni esanti tuo, kad suleidus alkoholį būną labai smarkūs skausmai, trunką 4—5 val. ir, be minėtų galimų nemalonumų, sumažinanti veido jautrumą.

Golovin patariąs visuomet, prieš darant optiko cilinę rezekciją, perspėti ligonį, kad operacija galinti baigtis enukleacija, kas praktikoje dažnai pasitaiką.

Kitų operacijų, daromų absoliutinės glaukomos atveju, tikslas esąs sumažinti akislėgį ir tuo būdu tikimasi sušvelninti jaudinimas iš periferijos į smagenų atitinkamus centrus. Čia minima priekinės kameros perforacija, ciklodializė, iridektomija, skleros trepanacija pagal Elliot'ą ir užpakalinė sklerotomija. Nurodoma keletas pavyzdžių, iš kurių matoma, kad viena ar kita priemonė yra davusi vieną kitą atsitikimą, kur po operacijos skausmai aprimę (nors akislėgį sumažinti nevisuomet pavykdavę), bet dauguma skausmai atkritę tuojau po kelių dienų arba visai nesumažėję.

Autorius daugiausia dėmesio kreipia į užpakalinę skleros trepanaciją, žinomą jau 1872 metais Teylor'o, Frölich'o, Parinaud'o darbų dėka. Techniškai operacija esanti lengva: daromas pjūvis konjunktyvoje, ji atpreparuojama nuo episkleros, trepanu 1,5—2 mm diametro viršutiniame užpakaliniame kvadrante netoli ekvatoriaus pragręžiama skleroje skylutė, į kurią ir įstringąs chorioidejos kamštelis ir filtruojąs skysčius iš akies obuolio. Operacija baigiama konjunktyvos siūle. Autorius stebėjęs 42 ligonius, kuriems buvę padaryta minėta operacija (Stebėjimo laikas 2 mėn. po operacijos). 28-iems iš jų skausmai išnykę, 14-ai vėl pasikartoję. Daugumai jų skausmai pasikartoję po 3—4—5—6 dienų, vienam iš tos grupės skausmai visai nesumažėję, dviem pasikartoję po 13-os dienų, o dar vienam buvę padaryta 2 kartus trepanacija ir visuomet skausmai pasikartoję po keleto dienų.

Komplikacijų šita operacija duodanti maža. Iš 42 atsitikimų 3 kartus operacijos metu pasirodęs stiklakūnis, vienam po kurio laiko atsiradęs iritas, nuo kurio susidarė akies obuolio atrofija ir enukleacija, o dar vienu atsitikimu stiklakūnyje susidaręs abscesas.

Minimos operacijos geroji pusė esanti dar ir ta, kad ji lengvai pakartojama ir neduodanti pakitimų priekinėje akies obuolio dalyje, kas esą svarbu kosmetikos atžvilgiu. *L. Griniūtė.*

PATOLOGIJA.

1. R. Hasche-Klünder: **Ueber Peritonitis fibrosa et arenosa.** („Zbl. f. allg. Path. u. path. Anat." 1940 m., 4 nr., 113 p.).

Autorius, trumpai aptaręs bendrinius ir vietinius (antrinius ir pirminius) chroniškus peritonitus ir jų priežastis, smulkiau aprašo ir mikrofotografijomis pavaizduoja peritonitis fibrosa et arenosa atsitikimą.

Pagal Virchow'ą ir Borst'ą peritonitis arenosa vadinami tokie peritoneum'o pakitimai, kai jame susidaro panašūs į smėlio kūnelius padarai. Borst'o manymu, tat būną, endotelinėms celėms koncentriškai susigrupavus į apvalius kūnelius, kurių centre celės miršta ir sukalkėja.

Lubarsch įrodė, kad tat būną del kraujagyslių sienų hyalininės degeneracijos ir vėlesnės inkrustacijos kalkėmis. Straipsnio autorius, pritardamas pastarajai pažiūrai, aprašo tokį atsitikimą: 28 mt. vyrui, mirusiam del dizenterijos, be kit ko, buvo atviras ingvinalinis kanalas, kuriame rasta omentum'o viršūnė, nusėta iki 0,5 cm diametro pakilimais. Pats

omentum buvęs kiek storesnis už pergamentinį popierį. Pjūvyje pakilimai pasirodė esą koncentriški audinių padarai, kurių centre įžiūrimas mažytis spindis.

Histologiškas vaizdas: visur žymus kiek paburkusio kolageninio jungiamojo audinio padaugėjimas ir palyginti maža jungiamojo audinio celių. Ypač tat stipriai pasireiškę apie kraujagysles, kurios apsuptos lyg kokiomis makštimis. Vietomis matomos lymfocitų ir plazmocitų krūvelės. Vienur kitur fibroziniame audinyje matomi kalkiniai kūneliai, kurie būną čia kriaujagyslių makštyse, čia lyg nė kiek nesusiję su makštimis. Tik nudažius elastiką įsitikinta, kad turima reikalo su mažytėmis užakusiomis hyalinizuotomis bei sukalkėjusiomis kraujagyslėmis.

Panašų makroskopišką vaizdą galinti duoti fibroma ar fibroendothelioma. *K. Valteris.*

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Gydymas colitis ulcerosa chron. neoprontosiliu.**

Brown ir jo bendradarbiai aprašo rezultatus, gautus vartojant neoprontosilį (per os) colitis ulcerosa chronica gydyti. Iš viso tuo būdu gydyti 48 pacientai, iš kurių 29-iems buvęs duodamas vien tik neoprontosilis (A grupė), o likusiems 19, be neoprontosilio, buvę duodama dar serumo ar vakcinos (B grupė). A grupės 44,8% pacientams kliniški rezultatai buvę labai geri, kitiems 44,8% pacientų rezultatai geri ir 10% menki ar net nepavykę rezultatai. B grupės 42% pacientų rezultatai buvę labai geri, 32% — geri ir 26% — menki ar visai nepastebimi.

Autoriai tvirtina, kad būnąs didžiausias kliniškas reagavimas ir pasiekiama geriausių rezultatų, vartojant neoprontosilį pačioje ligos pradžioje. Staigūs pagerėjimai priimant neoprontosilį parodą, kad tai vertingas esąs vaistas colitis ulcerosa chr. gydyti. Tačiau nereikią pamiršti, kad liga turinti tendencijos atkristi, ir todėl patariama po pertraukos gydymo kursas vėl pakartoti, net tada, kai liga pasirodo simptomiškai ir objektyviai neaktyvi net keletą mėnesių. Nebuvimas toksiško veikimo reiškinių vartojant neoprontosilį, apskritai verčia pripažinti jį priimtinu vaistu colitis ulcerosa chron. gydyti. *Kazys Paltanavičius.*

× **Hipogenitalizmo gydymas kumelės serumu pas vyriškos lyties individus.**

R. Kunstadter, pastebėjęs smarkų lyt. liaukoms dirginamąjį nėščios kumelės serumo veikimą eksperimenduodamas su įvairiais gyviais, pamėgino tai panaudoti ir savo pacientams hipogenitalizmui ir kriptorchizmui gydyti. Keturiolika berniukų tarp $6^1/_2$ ir $14^3/_4$ metų amžiaus, turį hipogenitalizmą ar kriptorchizmą, ar abudu požymius kartu, buvę gydyti intramuskulinėmis nėščios kumelės serumo injekcijomis. Galutinis pagerėjimas pastebėtas, pradėjus genitalijoms augti, pasirodžius antriniams lyties požymiams ir bent kiek ar visiškai nusileidus iki tol nenusileidusiems pauteliams. Toks veikimas pastebėtas aštuoniems berniukams, kas sudaro $66^2/_3$%. Kriptorchizmą turėję vienuolika iš 14 pacientų. Iš jų pseudokriptorchizmą turėję 4 ir tikrą kriptorchizmą — 7. Pastarojoje grupėje gautas visiškai vieno ar abiejų pautelių nusileidimas trims pacientams, o dviem pacientams susidaręs dalinis nusileidimas. Du kriptorchidai nepasidavę išgydomi. Šiaip begydant nepastebėta jokio pakitimo bet kuriam pacientui nei riebalų apykaitoje nei svorio prieauglyje.

Manoma, kad kumelės serumas esąs tikrai vertinga priemonė hipogenitalizmui ir kriptorchizmui gydyti. Optimaliai veikianti dozė dar nenustatyta, bet autorius tiki, kad nuo 50 iki 100 pelės vienetų įšvirkštas į raumenis 3 kartus per savaitę tikrai duotų geresnį veikimą, negu jo panaudoti iki šiol tik 10 ar 20 pelės vienetų 3 kartus per savaitę savo pacientams. Reikia tikėtis, kad su didesnėmis dozėmis rezultatai būtų pasiekiami per trumpesnį laiką. („Endocrinology", Los Angeles, 25 nr., 1939 m.).

Kazys Paltanavičius.

× **Ekstratireoidinės kilmės proteinai miksedemos atveju.**

Lerman ir Salter rašo, kad tiroksino izoliacija (Kendall) sukėlusi mintį, jog svarbiausia gūžio liaukos funkcija esanti šitos medžiagos gamyba in toto. Šitos studijos tačiau rodo, kad paprastas jodo sujungimas su neaprašytu dar proteinu suaktyvinąs gl. thyreoidea.

Kraujo serumo proteiną amoniakiniame tirpinyje paveikus su sudėtiniu jodo tirpiniu (pagal Wormall'į), trumpu laiku kaip rezultatas gaunamas jodproteinas. Šitas jodproteinas buvo panaudojamas gydyti pacientams, turintiems atireozę, nuo ko jie staiga ir visiškai pasveikę, žinoma, gavę atitinkamas dozes. Kontroliniai pacientai, kuriems buvo duotas nejodinuotas serumo proteinas, neparodę jokio efekto. Jodinuotas proteinas galįs būti frakcijos būdu, su enzimų ir alkalinės hidrolizės pagalba pervestas į tiroksinui (T) ir į dijodotirozinui (D) panašius elementus. Iš jų pirmasis esąs neveiklus, o antrasis tiek pat veiklus, kaip ir jodproteinas.

Stebėjimai parodo, kad tiek paprastas jodproteinas, tiek jo hidrolizatai puikiai gydą miksedemą. Šitas įrodymas, kad gl. thyreoidea aktyvumas galįs prasidėti per paprastą koloidinės molekulės jodinaciją, sukeliąs abejojimą įsigalėjusia pažiūra, jog gl. thyreoidea gaminanti tiroksiną in toto ir tada verčianti jį į proteiną, kraudama atsargai. Gal būt, jodinuotame koloide savaime galį rastis tireoidejos aktyvumo pradmenys. („Endocrinology", Los Angeles, 25 nr., 1939 m.). *Kazys Paltanavičius.*

× **Still'io ligos gydymas pieno injekcijomis.**

L. Maldague, kartą pastebėjęs, jog Still'io ligos metu atsiradęs endokarditas pagerinęs ligos eigą, nusprendė, kad tas pagerėjimas buvęs nuo to, kad kaip komplikacija atsiradęs endokarditas sužadinęs organizmo apsigynimo jėgas, kurios ne tik nugalėjusios komplikaciją, bet net pagerinusios pirminės ligos eigą. Dar daugiau paskatinti gynimosi jėgas, autorius nusprendė panaudoti pieno preparatų injekcijas, kurios duoda didelį efektą ūminių sąnarių uždegimų metu. Pradžioje jis panaudojo sterilizuotą pieną, iš kurio nereikalingi riebalai buvo pašalinti. Vėliau panaudojo jis preparatą, kuris susidėjo iš pieno ir iš methenamin'o ir procain'o. Jis mano, kad abi medžiagos sudarančios lygius efektus. Injekuoti į sėdimuosius raumenis, jie nesukelią jokių vietinių dirginimų, tik sukelią temperatūros pakilimą iki 38° — 39°C. Šita febrilinė ataka, kuri trunka nuo kelių valandų iki 2 dienų, esanti sukeliama kartą per savaitę injekuojant nuo 0,5 iki 1,5 ccm sterilizuoto pieno arba nuo 3 iki 5 ccm pieno preparato, turinčio dar ir methenamin'o ir procain'o. Iš viso injekcijų, kuriomis galutinai pasisekę išgydyti du pacientus, buvę padaryta kiekvienam po 20. Pirmasis pacientas, kuris buvo 8,5 metų amžiaus, kai autorius jį pirmą kartą aplankė, dabar jau turi 19 metų ir atrodo visai normaliai išaugęs. Trečias autoriaus pacientas jau yra gavęs 14 injekcijų ir visai gerai sveiksta.

Turėdamas galvoje iki šiol buvusį didelį mirtingumą Still'io ligos atveju, autorius mano, kad jo išmėgintas būdas rasiąs gausų pritaikymą sėkmingam ligos gydymui. (L. Maldague: „Revue Belge de Puériculture", Brussels, 1939 m., 4 nr.). *Kazys Paltanavičius.*

× **Dieta kraujo ligose.**

Seniau, o ypač dabar dėka Minot, Murphy ir Whipple tyrimų esąs nustatytas neabejotinas sąsyjis tarp kraujo gaminamųjų organų ir virškinamųjų takų, pvz., anaemia perniciosa atveju esanti achylia gastrica. Šiandien esą nustatyta, kad, pvz., anaemia perniciosa atveju kraujo gaminamuosius organus (hemopoetinę sistemą) teigiamai veikiančios skrandyje, dvylikapirštėje žarnoje, net seilėse randamos medžiagos, bet taip pat turinčios įtakos ir kitos medžiagos, kaip antai: bilirubinas, histaminas, cholinas, vario junginiai ir, pagaliau, vitaminai, ypačiai C, B_1, B_2.

Užtat įvairių anemijų dietinis gydymas ir reikalaująs atsižvelgti į minėtų medžiagų maiste kokybę. Kadangi anemijų atveju esą sutrikę visi virškinamieji takai, pvz., skrandis duodąs achiliją, tai reikia neužmiršti

ligoniams duoti HCl + pepsino; jeigu dar sutrinkąs riebalų virškinimas, tai pridėtina ir kasos fermento. Be to, pastaraisiais laikais esą gausiai vartojami ir vitaminai.

Ypatingai gerai veikiąs ne tik perniciozinės anemijos, bet ir paprastos del nukraujavimo ar kitų anemijų atvejais gydymas kepenimis (Whipple, Robscherdt - Robbins). Kepenys vartotinos ypač raguočių; gi kitų gyvulių kepenys del per didelio riebalingumo blogiau esą pakeliamos. Vartojant kepenis pagerėjąs kraujo vaizdas ne tik cirkuliuojančiame kraujyje, bet ir kaulų smegenyse (čiulpuose); įvykstanti greita ir žymi remisija. N. v. Jagič pataria ilgą laiką vartoti kepenis. Castle, Sturgis ir kiti pasiekę remisiją perniciozinės anemijos atveju vartodami kiaulės skrandį.

Hipochlorinėse anemijose, k. a., chlorozė, achilinė chloranemija, anemijos po nukraujavimo, pasak Heilmeyer'io, esąs sumažėjęs geležies (Fe) kiekis kraujo serume ir ypač pas moteris del netekimo kraujo mėnesinių metu. Užtat ir hipochlorinės anemijos pasitaikančios dažniausiai moterims. Geležies stoka papildytina duodant vaisių, daržovių, kepenų, mėsos, kiaušinių, net ir vandens, nes juose visuose daugiausia Fe ir yra.

Eritremijos (polycythaemia) atveju taip pat reikią kreipti dėmesys į dietą, nes, matyti, su maistu patenkąs per didelis kiekis endogeninio faktoriaus, kurs ir veikiąs kraujo gaminamuosius organus. Esą, net vartojama dalinė skrandžio rezekcija, norint sumažinti skrandyje sulčių veikimą, jų tarpe ir endogeninio faktoriaus gaminimąsi, ir esą gauta kraujo eritrocitų kiekio susinorminimas. Ekzogeninis gi faktorius jau galima reguliuoti dieta, pvz., vengtina gyvulių baltymų ir t. t. (N. v. Jagič: „Wien. Kl. Wschr." 1940 m. 1 nr.). *K. Ambrozaitis.*

× **Foetor ex ore gydymas.**

Foetor'ui ex ore gydyti patariamas šis receptas: Rp. Tinct. Myrrhae, Tinct. Lavandulae āā 10,0, Glycerini 30,0, Aquae ad 100,0. S.: 1 valg. šaukštas į 1/2 stiklinės vandens skalauti burnai. Be to, reikalinga ieškoti priežasties burnoje, dantyse, bronchuose, virškinamuosiuose takuose. („Journ. d. prat." 1939 m. 16 nr.). *N. Indrašius.*

× **Chroniško gastrito su opos įtarimu gydymas.**

Doc. Scheiner (Praga) įrodinėja, kad kraujavimas galįs pasitaikyti ir paprasto gastrito, ne tik opos atveju. Gydymui svarbiausias dalykas esąs gulėjimas. Su dieta reikią laisviau elgtis (daržovių sriubos, daržovės, arbata su grietine, žali arba minkštai išvirti kiaušiniai, minkšta mėsa, obuolių arba kriaušių musas). Iš vaistų patartinos gleivės, kurios išklojančios skrandžio gleivinę, absorbuojančios druskos rūgštį ir neleidžiančios skrandžio sultims veikti gleivinės. Todėl giriamas contracid (Norgine), kurio kasdien suvartojami trys kaviniai šaukšteliai prieš 1/2—3/4 val. prieš valgant. Kad augalinės gleivės išteptų visą skrandžio gleivinę, jų suvartojus reikią po 5 minutes pagulėti aukštininkam, kniūpščiam ir ant abiejų šonų.

Gerai gydančios bismuto druskos (bismutum carbonicum ir subnitricum), ypač hipersekrecijos atsitikimais. Nuo tokio gydymo pavojaus nesą, jei dieninis davinys neprašokąs 20 g ir jei pacientas stebis savo išmatas, kurios nusidažančios juodai; o kai jau išmatos, tęsiant tokį gydymą, prašviesėjančios, bismuto druskų davimas nutrauktinas. Obstipacijos atveju toks gydymas kombinuotinas su magnezija. („Ars Medici" 1939 m. 10 nr.). *N. Indrašius.*

× **Pyodermijų gydymas.**

Pyodermijų atsitikimais vietinės priemonės nedaug tepadedančios; vartotinas bendrinis gydymas. Atsisakytina nuo vienašališko baltymų (mėsos) vartojimo. Gerai veikią kalcio švirkštimai į venas. („Ars Medici" 1939 nr. 10 nr.). *N. Indrašius.*

× **Tetanus gydymas.**

Moore ir Singleton (John Lealy Hosp. Galvestone) išgydą 50% tetanus'o atsitikimų (iš viso buvę 102 atsitikimai) šiuo būdu: 1) var-

tojami barbitūrinės rūgšties preparatai: luminal, luminalnatrium, amytalnatrium; 2) sistemingai švirkščiama magnesiumsulfat'o po 2—6 ccm 25% kas keturios valandos po oda arba į raumenis, 3) sunkiais atsitikimais maitinama pro zondą ir parenterališkai duodama skysčių, 4) vartojamas tetanusantitoxin, maždaug 140.000 E; 5) daroma radikali žaizdos ekscizija; 6) rūpestingas slaugymas, nuolatinė gydytojo kontrolė. („Surg., Gyn. and Obst." 1939 m. 2 nr.). *N. Indrašius.*

× **Steriliškumo atveju vaginos plovimas soda.**

J. Milton Singleton ir J. L. Hunter (Kansas City) pataria plauti vaginą 2,4% natr. bicarb. skiediniu 15 minučių prieš coitus'ą visais tais atvejais, kai Huhner'o testas (vaginos sekreto tyrimas per valandą po coitus'o, ar gyvi spermatozoidai) rodąs silpnai bejudančius, ar nebegyvus, ar visai neberodąs spermatozoidų. Plovimas (irigatorium) daromas gulint aukštienikam su nedideliu spaudimu. Po to pacientei liepiama atsistoti ir pajudėti, kad išbėgtų skiedinys. Plovimas šarminiu skiediniu neutralinąs rūgštį vaginos sekretą, kuris tirpdąs spermatozoidus. Neigiamas Huhner'o testas rodąs, kad vaginos sekretas kliudąs spermos aktyvumui. („Amer. Journ. Obst. Gyn." 1939 m. 5 nr.). *N. Indrašius.*

Mediciniškųjų organizacijų veikla.

I.

KAUNO MEDICINOS DRAUGIJOS SUSIRINKIMAS 1939 M. GRUODŽIO MĖN. 15 D.

Susirinkimą pradėjo Draugijos pirmininkas dr. J. Staugaitis, pateikdamas susirinkimui šią darbotvarkę:

1. Ligonių, patologinių preparatų ir rentgenogramų demonstravimas.
2. Gyd. A. Garmus: Tuberkuliozė ir nėštumo nutraukimas,
3. Priv. doc. dr. L. Gutmanas: Skausmo problemos klausimu,
4. Einamieji reikalai.

I.

Ligonių, rentgenogramų ir patologinių preparatų demonstravimas.

1. Doc. dr. J. Kupčinskas demonstravo **ulcus ventriculi** atsitikimo rentgenogramas. Ulcus net buvęs perforavęsis, bet operuoti buvę vėlu, nes po perforacijos buvo praėję keletas dienų. Ligoniui nebuvo duota jokių vaistų ir injekcijų, sugijo vien tik gulėjimu.

Prof. dr. V. Kuzma: Kai perforacija atsitinka daug prisivalgius, tai tada jau esti blogiau, nes kartu pakliūva ir infekcija. Pasitaiko, kad skrandžio perforacijos sugyja ir pačios: suremia diegliai, paguli, ir niekas nežino, kad buvo prakiuręs skrandis.

2. Prof. dr. V. Kuzma demonstruoja **ulcus'o su didele cisterna** preparatą. Į šitą cisterną maistas įeidavo ir išeidavo. Totalinė skrandžio rezekcija mirtinga, todėl mes išpjauname ne visą skrandį, o tik du trečdalius. Galop priėjome išvadą, kad esti dar geresnių rezultatų, kai išpjaunama mažiau kaip du trečdaliai.

Gyd. J. Skliutauskas: Ar ulcus ventriculi atveju būtinai reikalinga operuoti, ar ne?

Prof. dr. V. Kuzma: Žinoma, operuotina. Pasitaiko, kad ulcus sugyja ir be operacijos, bet tai tik išimtys.

3. Gyd. J. Runkevičius demonstruoja: a) **plaučių džiova sergančio ligonio rentgenogramas.** Matoma aiški **kaverna.** Ligoniui buvo primygtinai siūlyta operacija, bet jis neturėjo pinigų. Kai po 3½ mėnesių, pardavęs karvę, atvažiavo operuotis, tai rentgenograma parodė,

kad plaučiuose jau viskas yra sugiję. Taigi, jei būtume anksčiau ką nors darę, tai būtume gyrę metodę.

b) Vienas ligonis visur apvažinėjo ir visur buvo nustatyta **plaučių džiova.** Viena sanatorija jį jau buvo nusiuntusi į ligoninę, manydama, kad mirsiąs. Mūsų sanatorijose rentgenogramos rodė bilateralinį sunkų procesą, bet bacilų skrepliuose visą laiką nebuvo randama. Skiepijome ir jūrų kiaulytei, bet rezultatai buvo neigiami. Pasirėmę tyrimų duomenimis, ligoniui pasakėme, kad jis serga ne džiova. WaR buvo neigiama. Galop ligonis mirė. Buvo padarytas skrodimas. Patologiškai—anatomiškai buvo nustatytas **lues.**

Gyd. A. Garmus papasakoja apie vieną senį — bacilų nešiotoją, kurio tonsilėse visą laiką buvo randama difterijos bacilų.

Vienai mergaitei taip pat vis randama tonsilėse difterijos bacilų. Norėčiau pediatrų paklausti, ar ji galima leisti į mokyklą?

Gyd. A. Matulevičius: Teoriškai galvojant leisti į mokyklą negalima, bet imant praktiškai, tai galima.

Gyd. J. Skliutauskas: Persirgęs difteriją paprastai po trijų savaičių jau galima leisti į mokyklą. Prancūzijoje po difterijos 50 dienų dar niekur neišleidžiama, nes kartais pasitaiko, kad tuo metu įvyksta staigi mirtis. Po 50 dienų jau nebemirštama.

Gyd. A. Matulevičius: Šita pažiūra jau pasenusi, jei per mėnesį nieko nepasidaro, tai toliau jau nieko nebepasidarys.

Prof. dr. V. Kuzma: Kai susergama žaizdų diffterija, tada reikalinga izoliuoti.

Gyd. E. Šafas: Norėjau pakalbėti del pirmojo dr. J. Runkevičiaus atsitikimo. Nereikia perdaug skubėti su kolapsine terapija. Reikalinga stebėti, palaukti.

Prof. dr. P. Gudavičius: Pirmuoju dr. J. Runkevičiaus atsitikimų kaverna sugijo ir greit todėl, kad ji yra ne viršūnėje, ir kad buvo gera vaskuliarizacija.

Prof. dr. V. Kuzma: Aš turėjau taip pat plaučių džiovos atsitikimą su kaverna. Tam ligoniui prof. dr. Gudavičius patarė gerti grietinėlę. Ligonis sugijo, kavernos nebebuvo.

Prof. dr. P. Gudavičius: 30% kavernų pačios be gydymo sugyja.

II. Pranešimai.

Gyd. A. Garmaus pranešimas: **„Tuberkuliozė ir nėštumo nutraukimas".**

Mūsų motinos daug gimdė, tuo išgelbėdamos mūsų tautą nuo pražūties. Mūsų jaunosios motinos kratosi nuo gimdymo, tesirūpinančios tiktai „panem et circenses". Pas mus plačiu mastu eina abortų beveik atviras nebaudžiamas darymas, ypač pasirėmus džiovos buvimu. Praktika rodo, kad džiova kaip tik greičiau suserga tos, kurios yra dariusios keletą kartų abortus, mat, gamta keršija už priešgamtiškus veiksmus. Labai dažnai ftiziatrai, pasirėmę tik savo klausos duomenimis ir rentgeno nuotrauka, kuri terodo „dėmėtus hilius", pataria moterims nutraukti nėštumą. Gydytojai moterims neretai įvaro phtisiophobia, ir jos bėga darytis abortų. Dr. Bunning („Deutsch. Tuberkulose Blatt". 1939 m. 10 nr.) tvirtina, kad jo praktikoje iš 234 nėščių moterų, sergančių džiova, iki 6 mėnesių tik apie 6% davę kiek žymesnių pablogėjimų po gimdymo, 20% atsitikimų praėję beveik be pablogėjimo. Tie iki 6 mėnesių pablogėjimai galėję būti ir del kitų priežaščių, visai ne del nėštumo. Dr. Bunning del džiovos nepataria daryti abortų. Galimas nėštumo nutraukimas tik tuo atveju, kai aktyvaus džiovos proceso atsitikimu gali hematogeniniu keliu džiova įsisėti į naujas plaučių vietas. Pasidarius del sukalkėjusių, surandėjusių pirminių reiškinių, plaučiuose nevei-

kliam procesui, nėštumas paliktinas. Leistina nėštumas nutraukti plaučių viršūnių atvirų džiovos formų atveju, esant kavernoms, jei jos nepagydomos pneumatoraksu.

Gyd. A. Garmaus pranešimą keliolika rentgenogramų pavaizdavo gyd. E. Vesputaitė-Makauskienė ir gyd. J. Šabanas.

Gyd. J. Runkevičius: Kartais gyvenime pasitaiko, kad nuo džiovos gydomi ir sveiki.

Gen. Bulota: Nėštumas moterų nesusargdina. Nors ir daug kartų gimdoma, bet nuo to nesusergama. Gyd. A. Garmaus pranešimas reikalinga atspausdinti dienraščiuose.

Gyd. A. Matulevičius: Aš siūlyčiau prie rentgenogramų nepridėti jokių paaiškinamųjų raštelių, kurie tiktai teplatina ftiziofobiją. Be to, tenka priminti, kad tie pridedamieji rašteliai neretai būna ir klaidingi.

Gyd. A. Garmus: Siūlyčiau įvesti naują įstatymą, kai leidžiama statyti naują fabriką, tai turėtų būti privaloma įrengti darbininkams higieniški bendrabučiai.

Pasibaigus laikui, priv. doc. dr. L. Gutmano pranešimas: „Skausmo problemos klausimu" atidėtas kitam susirinkimui.

III. **Einamieji reikalai.**

Pirmininkas dr. J. Staugaitis pranešė, kad gyd. Jankus yra įteikęs prašymą priimti jį draugijos nariu.

II.

KAUNO MEDICINOS DRAUGIJOS SUSIRINKIMO, BUVUSIO VIDAUS LIGŲ KLINIKOJE 1940. II. 8 D., PROTOKOLAS.

Susirinkimą pradėjo Draugijos pirmininkas dr. J. Staugaitis, pateikdamas šią darbotvarkę:

1. Ligonių, rentgenogramų ir patologinių preparatų demonstravimas.
2. Priv.-doc. dr. J. Kupčinsko pranešimas: **Širdies ligos ir nerviniai sutrikimai.**
3. Einamieji reikalai.

I. Ligonių, rentgenogramų ir patologinių preparatų demonstravimas.

1. Gyd. J. Elvikis demonstravo ligonį, sergantį chroniška **lymfine leukemija.**

Prieš tris mėnesius atsiradę gumbelių kakle, pažastyse, kirkšnyse. Greitai pavargstąs. Sirgęs drugiu Rusijoje. WaR neigiama. Hb 60: rasta 200.000 leukocitų, kas šitais atsitikimais retai pasitaiko. Taikoma rentgenoterapija.

2. Gyd. J. Adomavičius demonstravo:

a) **Cerebrospinalinio meningito atsitikimą.** Bakteriologiškai buvę rasti meningokokai. Žastuose simetriškai yra didokos nekrozės, kurios pūliuoja. Gydoma liumbalinėmis punkcijomis, urotropinu, meningokokiniu serumu ir prontosiliu. Pastaruoju laiku, darant liumbalinę punkciją, liquor'as pradėjęs eiti gabalais, su pūliais. WaR su liquor'u ir krauju po ++++. Tokiuo atsitikimu teigiama WaR galinti būti ir ne sifilinės kilmės, o vien tik del meningito. Kitų tokių stebėtų atsitikimų WaR buvusios neigiamos. Ligonio stovis truputį pagerėjo.

Priv.-doc. J. Kupčinskas: Šiais metais Vidaus ligų klinikoje stebėta keletas meningito atsitikimų, lydimų trofiniais pakenkimais. Gal šių metų klimatinės sąlygos turi reikšmės susirgimų ypatumams. Kiti atsitikimai žymiai geriau gyja, bet meningitai su trofiniais pakitimais duoda blogą prognozę.

b) **Polyarthritis rheumatica.** Rankose ar kojose yra pavienių gumbelių. Westergreen per 1 val. — 102, per 2 val. — 126. T°-ra normali. Ligonė turinti 24 metus amžiaus; jau 10 metų, kai ją kamuoja reumatiniai

skausmai. Minėti gumbeliai buvę ištirti patologo-anatomiškai ir rasta granuloma. Dabar Westergreen 80. Mazgeliai nuo antireumatinės terapijos (natr. salicylic.) nykstą.

Priv.-doc. J. Kupčinskas: Šito atsitikimo reumatiniai mazgeliai yra netipiškose vietose, būtent, toli nuo sąnarių ir sausgyslių.

c) **Empyema.** Ligonė serga 2 metus. Visą laiką esanti pakilusi t°-ra. Hb. 40; leukocitų 5.000; Westergreen 1 val. — 105. Pūliuose rasta streptokokų. Atvažiavus svėrusi 43 kg. Gydoma pleuros punkcijomis ir rivanolio plovimais. Rezultatai geri: temperatūra nukrito, svoris pakilo 10 kg.

3. Priv.-doc. J. Kupčinskas demonstruoja **elektrokardiogramas** vieno ligonio, kurio tvinksnis per minutę 46—48. Yra prieširdžių sklezdėjimas: prieširdžiai plaka keturis kartus dažniau už skilvelius. Yra kairiosios Hiss'o šakos blokas. Atrodo, kad seniau yra buvęs myokardo infarktas. Kadangi retas tvinksnis, tai dekompensacijai gydyti geriau tinka strofantinas kaip digitalis.

Gyd. A. Čeičys: Strofantinas ne tiek veikia ritmą. Dekompensacijai gydyti mėginama kartu vartoti digitalis ir strofantinas.

4. Gyd. A. Čeičys demonstravo:

a) **Šonkaulių kremzlės caries** atsitikimą. Moteriai po persileidimo pradėjęs skaudėti dešinysis šonas. Padarius punkciją, ištraukta kraujo. Plaučiai sveiki. Iš nesveikosios vietos ištrauktuose pūliuose rasta streptokokų.

b) **Cirozinės pneumonijos (pneumonia chronica)** atsitikimą. Galima buvo įtarti džiova. Kai tik atsirasdavo temperatūra, tai pasirodydavo epilepsija. Westergreen pradžioje pirmąją valandą buvo 80, dabar 20.

Priv.-doc. L. Gutmanas: Ar gerai buvo ištirta nervų sistema?

Gyd. A. Čeičys: Gyd. V. Kutorga tyrė.

Priv.-doc. L. Gutmanas: Turi būti glioma, jei priepuolis prasideda nuo rankos.

5. Gyd. J. Adomavičius demonstravo galvos plaukų **kaltūną.** Pacientė menkos inteligencijos. Vos pavyko prikalbėti, kad duotų nukirpti kaltūną, nes ligonė buvo įsitikinusi, kad, nukirpus kaltūną, galėsianti apakti.

Prof. P. Gudavičius: Alytaus ir Vilniaus krašte dar pasitaiko kaltūnų, kurių del įvairių prietarų neliečia. Šitą ligonę asistentas prikalbėjo nukirpti kaltūną šiuo būdu: įleido į veną kalcio ir pasakė, kad, jei pajus karštį, vadinasi, nuo nukirpimo neapaks ir kaltūnas bus nukirptas; o jei nepajus, tai kirpimas pavojingas ir kaltūnas nebus liečiamas. Ligonė tuo patikėjo ir leido plaukus nukirpti.

6. Gyd. J. Elvikis demonstravo **židininės infekcijos** atsitikimą su **endokardito ir polyartrito** reiškiniais. Infekcijos židiniais buvę du kariozinėi dantys. Kai tik buvę pašalinti tie dantys, tuojau kritęs karštis ir dingusi absoliuti aritmija. Ligonis pasveiko.

Priv.-doc. J. Kupčinskas: Panašiais atsitikimais, kai pašalinus židinį, ligonis staiga taisosi, židininės infekcijos reikšmė yra aiški; tačiau, kai, tonsiles ar nesveikus dantis pašalinus, ligonis pradeda taisytis tik po kelių mėnesių, tokiu židinių patogenezinė reikšmė yra abejotina.

7. Gyd. A. Garmus demonstravo **salvarsaninio dermatito** atsitikimo fotografiją. Nuo vienos neosalvarsano 0,3 injekcijos išsivystęs sunkus dermatitas.

II. Priv.-doc. J. Kupčinsko pranešimas:

Širdies ligos ir nerviniai sutrikimai (įdėtas šiame „Medicinos" num.).

Diskusijos:

Gyd. Kavaliauskas: Ar ekstrasistolės gali būti nervinės kilmės?

Priv.-doc. J. Kupčinskas: Ekstrasistolės gali būti ir nervinės kilmės, jei elektrokardiografiškai jos randamos.

Gyd. A. Garmus: Ar prostatos hipertrofija turi įtakos širdies susirgimams?

Priv.-doc. J. Kupčinskas: Prostatos padidėjimas gali neigiamai veikti širdį, jei sulaikys šlapimų nutekėjimą arba jei prostatoje bus infekcijos židinys.

Gyd. A. Matulevičius: Ar B_1-vitaminas turi įtakos širdies veikimui?

Priv.-doc. J. Kupčinskas: B_1-vitaminozės atveju stebėta širdies funkcijos nusilpimas ir patologiški elektrokardiogramos pakitimai. Jei širdies ligų atsitikimais įtariama B_1-vitamino stoka, kas gali atsitikti del blogo maisto ar alkoholizmo, tada B_1-vitaminas yra indikuotinas. Tokie atsitikimai mūsų sąlygose yra gana reti.

Dr. J. Staugaitis, Kauno Med. Dr-jos pirmininkas.

Dr. A. Garmus, Kauno Med. Dr-jos sekretorius.

Bibliografija.

„MEDICINOS" ŽURNALO REDAKCIJA YRA GAVUSI ŠIUOS MEDICINIŠKUS ŽURNALUS, LEIDINIUS IR SPAUDINIUS:

1. **Eesti Arst.** Tartu. 1940 m. 1, 2 ir 3 nr. nr.
2. **Latvijos Arstū žurnals.** Ryga. 1940 m.
3. **Veterinarija ir Zootechnika.** Kaunas. 1940 m. 1, 2 ir 3 nr. nr.
4. **Farmacijos Žinios.** Kaunas. 1940 m. 1—2 nr.
5. **Sveikata ir Darbas.** Kaunas. 1940 m. 1, 2, 3, 5, 6 nr. nr.
6. **Gesundheit u. Wohlfart.** Ciurichas. 1940 m. 1 nr.
7. **Tautas Labklājības Ministrijas Menešraksts.** Ryga. 1939 m. 12 nr.
8. **Vračebnoje Dielo.** Charkovas. 1939 m. 9, 10—11 ir 12 nr. nr.
9. **Riedel Archiw.** Berlynas. 1940 m. 1 nr.
10. **Therapeutische Berichte.** 1940 m. 1 nr.
11. **Die Vitamine.** Roche. 1940 m. 1 nr.
12. **Münch. med. Wochenschrift.** Miunchenas. 1940 m. 1—15 nr. nr.
13. **Die Aerztliche Praxis.** Viena. 1940 m. 1, 2, 3 ir 4 nr. nr.
14. **Ars Medici.** Bazelis. 1940 m. 1, 2 ir 3 nr. nr.
15. **The Tohoku Journal of Experimental Medicine.** Sendai (Japan). 37 t. 3—4, 5, 6 nr nr.
16. **Bulletin International des Services de Santé des armées deterre, de mer et de l'air.** Liège (Belgique). 1940 m. 1, 2 ir 3 nr. nr.
17. **Archives Belges du Service de Santé de l'Armée.** Liège - Bruxelles. 1940 m. 1, 2 ir 3 nr. nr.
18. **Motina ir Vaikas.** Kaunas. 1939 m. 12 nr. ir 1940 m. 1, 2, 3 ir 4 nr. nr.
19. **Sargyba.** Kaunas.
20. **Atti della Società Medico - Chirurgica di Paduva.** Padova. 1939 m. 4. 5 ir 6 sąs.
21. **Société des Nations.** (Commision consultative du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles): **Résumé des transactions illicites et des saisies.** Genève. 1940 m. I. 1 d.
22. B. Zacharinas: **Immobilisation et extension de cuisses fracturées pour le transport dos blessés du champ de bataille. Kaunas.** 1939 m. 46 psl. in 8°.
23. F. Grüneisen: **Das Deutsche Rote Kreuz in Vergangenheit u. Gegenwart.** 1939. 290 psl. in 10°.
24. G. Goniondskis: **Die diffuse Hirnsklerose im Kindesalter.** Inaugural - Dissertation. Zürich. 1939. 39 psl. ir 8°.
25. **GerMaPo: Katalogas.** Kaunas. Rotušės aikštė 3. VIII laida. 1940 m. 359 psl. in 16°.
26. **V. D. Un-to Medicinos Fakulteto Darbai.** Kaunas. 1939 m. VI t. 1—2 kn.

Turinys:

1. A. Vaškevičiūtė: Apie kai kurių vabzdžių akis . . . 1
2. Gyd. R. Masalskis: M ir N kraujo tipai ir jų pasiskirstymas lietuvių tarpe 43
3. Prof. dr. J. Žilinskas: Lęšio pasaitų klausimu 87
4. Dr. J. Mackevičaitė-Lašienė: Morfologinė endrokrininių liaukų studija. II pranešimas. Endokrininės liaukos ir tuberkuliozė 89
5. Prof. Vl. Lašas ir Ig. Gasiūnas: Ar motina anafilaksinę būklę perduoda vaikams? 161
6. Prof. dr. Vl. Lašas ir chem.-vaist. Alf. Gabrėnas. Kiek mes suvartojame vitaminų? 173
7. Gyd. V. Avižonis: Capillaropathia retinalis 203
8. Prof. dr. P. Avižonis: Beskylio tinklainės atšokimo prognozė 215

Kronika.

NEKROLOGAI.

× **Mirė:** 1) d-rė Hedwig Bleuler Waser, psichiatro Bleuler'io žmona, žymi kovotoja už abstinenciją, 71 m. amžiaus. — 2) Dresdene — dr. Walter Haenel, žymus ausų, nosies ir gerklės ligų gydytojas; — 3) Prof. dr. med. et phil. hc. Alfred Ploetz, 80 metų amžiaus. — 4) Vienoje — dr. Gabrielė Posanner, pirmoji ir seniausioji Austrijos gydytoja, 81 metų amžiaus. — 5) Miunchene — prof. Stubenrauch, chirurgas, 75 metų amžiaus. — 6) Paryžiuje — prof. Alexander Besredka, Mečnikovo įpėdinis Pasteur'o institute. — 7) Miunchene — prof. Leo Ritter von Zumbusch, ilgametis odos ir venerinių ligų klinikos Miunchene vedėjas, 66 metų amžiaus.

AUKŠTASIS MEDICINOS MOKSLAS

× **Med. gydytojo diplomą** yra gavę šie asmenys: Elza Gerulaitytė, Chasa Sorė Nevijaskytė ir Valerija Šidiškytė.

× **Disertacija medicinos daktaro laipsniui gauti.** Gyd. Ant. Starkus įteikė V. D. Un-to Medicinos Fakulteto tarybai disertaciją med. daktaro laipsniui gauti šia tema: **„Karcinomos ir prekarcinomos klausimu“.** Recenzentais paskirti prof. E. Vinteleris, prof. V. Kuzma ir doc. Br. Sidaravičius.

× Gyd. L. Griniūtė išrinkta 3 metams Akių klinikos jaun. asistente.

× **Ruošiamas Universitetinių klinikų statutas.** Švietimo Ministerijos Kultūros Reikalų Departamentas ruošia Universitetinių klinikų statutą. Smulkesnis klinikų tvarkymo darbas bus nustatytas atskiru reguliaminu.

× **Antroji ftiziologinė katedra įsteigta Neapolio un-te, Italijoje.** Pirmoji jau veikianti nuo 1928 m. Romoje.

× **Medicinos fakultetas parengti jūrininkų gydytojams** įsteigtas praėjusiais metais Leningrade.

KONGRESAI, DRAUGIJOS, ĮVARENYBĖS.

× **Liet. Chirurgų Draugijos visuotinis suvažiavimas Kaune buvo 1940 m. kovo mėn. 30 dieną šia programa:** Pradėtas 8,30 val. 1) Prof. V. Kuzma: Skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opos ir vėžio chirurginio gydymo klausimu; 2) Gyd. A. Maciūnas: Tuo pačiu klausimu; 3) Gyd. St. Kudirka: Neaiškios etiologijos intestini ilei daugybinių perforuotų opų atsitikimas; 4) Gyd. St. Kudirka: Difuziškai pūlingo colibacilla-

rinio peritonito atsitikimas be virškinamojo trakto perforacijos; 5) Gyd. J. Žemgulys: Ambulatorinis hemoroidų gydymas; 6) Gyd. V. Tumasonis: Fissurae ani gydymas dekstrozės-glicerino injekcijomis; 7) Gyd. B. Zacharinas: Lumbalinės simpatektomijos klausimu; 8) Gyd. L. Feldšteinas: Mūsų patyrimas su operacinės rizikos nustatymu Miles'o metodu; 9) Demonstracijos: a) Gyd. J. Žemgulys: Operacinės ir rentgeno priekabų demonstracija, b) Gyd. B. Zacharinas: Exarticulatio interscapulothoracica atsitikimas; c) Gyd. S. Rabinavičius: Fract. colli femoris operuoti atsitikimai, d) Gyd. Z. Rudaitis: Luxatio coxae cong. 4 konserv. pagydyti atsitikimai, e) Gyd. St. Mačiulis: Granuloma gigantocellulare femoris (Schüller-Christian'o susirgimas), f) Gyd. St. Stonkus: Širdies sužeidimo atsitikimas, g) Gyd. J. Šegamoga: Reto senumo smegenų abscesas, h) Gyd. J. Jaržemskis.

Po pietų pertraukos 16—17 val. įvyko administracinis posėdis tiktai nariams: Įstatų pakeitimo svarstymas. Po posėdžio: 10) Gyd. J. Žemgulys: Vietinės žaliavos pakaitalai marlei, vatai ir ligninui; 11) Gyd. V. Burba: Operatyvus fraktūrų gydymas teorijoje ir praktikoje; 12) Gyd. B. Zacharinas: Mūsų vartojamoji šlaunikaulio amputacijos technika; 14) Gyd. P. Kusa: Varices cruris gydymas 66% vynuoginio cukraus injekcijomis; 14) Gyd. L. Feldšteinas: Furunkuliozės gydymo bandymas glikokolio intraveninėmis injekcijomis; 15) Gyd. Čiburas: Mentės navikai; 17) Gyd. K. Pautienis: Apie žaizdų atvirą gydymą.

× **Naujoji L. Chirurgų Draugijos valdyba,** išrinkta suvažiavimo š. m. kovo mėn. 30 d., yra šios sudėties: Gyd. J. Žemgulys — pirmininkas, prof. V. Kanauka ir gyd. B. Zacharinas — vicepirmininkai, gyd. St. Šakenienė — kasininkė, gyd. Z. Rudaitis — sekretorius ir gyd. St. Stonkus — valdybos narys.

× **Lietuvos Aboliucijonistų Dr-jos naujoji valdyba** pasiskirstė pareigomis šiaip: J. Kairytė-Kauneckienė — pirmininkė, dr. A. Ragaišienė-Biliūnienė — vicepirmininkė, Br. Jatulienė — sekretorė, dr. Š. Matusevičius — užsienio sekretorius, V. Tomkienė — iždininkė, E. Pauliukonienė — knygininkė ir J. Končius — narys.

× **Kaizerio Vilhelmo vardo biologinis institutas** Berlyne atšventė 25 metų įkūrimo sukaktį.

× **Vokiečių pediatrinių draugijų suvažiavimas,** įvyks kartu su medž. apykaitos, neurologų ir farmakologų draugijų sužiavimu Vienoje š. m. rugsėjo 1 d. pirmininkaujant prof. Birk'ui iš Tiubingeno.

× **Vokiečių vidaus ligų draugijos posėdis** įvyks Visbadene š. m. gegužės 6—9 d.

× **Italų dermatologinės draugijos posėdis** įvyko š. m. kovo 28—31 d. Bolonoje dalyvaujant kartu tokios pat vokiečių, pirmininkaujamos prof. K. Zieler'io iš Viurcburgo, draugijos nariams.

× **Vokiečių teisminės, socialinės ir kriminalinės medicinos draugijos posėdis** įvyksta š. m. gegužės 15—18 d. Insbruke. Bus skaitomi šie pranešimai: 1) dr. Freisler (Berlynas) „Die arbeit der Sondergerichte bei der Aufklärung der polnischen Greueltaten und der Aburteilung der Täter"; 2) Dr. Panning (Berlynas): „Der Bromberger Blutsontag"; 3) Doz. Dr. Hallermann (Berlynas): „Die Todesopfer der Volksdeutschen Geiselzüge aus dem Warthegau"; 4) Dr. jur. Wehner (Berlynas): „Kriminalistische Ergebnisse bei der Aufklärung der polnischen Greuel an Volksdeutschen"; 5) Prof. Dr. B. Müller (Heidelbergas): „Schussverletzungen, ihre Beurteilung von gerichtsärztlich-kriminalistischen Standpunkt; 6) Doz. Dr. Specht: „Die Tatortschau, ihre wissenschaftliche Auswertung"; 7) Prof. Dr. Többen (Miunsteris): „Forensisch-psychiatrische Erfahrungen während des Weltkrieges".

× **Vokiečių oftalmologų draugijos 53 posėdis** įvyksta š. m. rugpjūčio 5, 6—7 dienomis Heidelberge. Posėdis bus pradėtas prof. Comberg'o referatu: „Störungen der Dunkeladaption".

× **Leono Berard'o premija** už geriausią dar nespausdintą darbą kovos su tuberkulioze srityje 1940 m. del ištikusio karo nebus skiriama. (L'Union Internationale contre la Tuberculose. (6*) Paris, Boulevard Saint-Michel 166).

× Prof. dr. v. Pfaundler išrinktas vengrų pediatrijos draugijos garbės nariu.

× Prof. W. Birk išrinktas vengrų pediatrų draugijos garbės nariu.

× **Sukaktuvės:** 1) Dr. Franz Brunner, žymus Miuncheno gydytojas chirurgas susilaukė 90 metų amžiaus. — 2) Prof. dr. Ernst Hertel emeritas, oftalmologas, susilaukė 70 metų amžiaus. — 3) Prof. Georg Hohmann, Frankfurto ortopedas, susilaukė 60 mt. amžiaus. — 4) Tiubingene prof. dr. Karl Hürthle, fiziologas, Breslaujos fiziologinio instituto direktorius, atšventė 80 metų sukaktuves. — 5) Prof. dr. Martini, jūrinių ir tropinių ligų instituto entomologinio skyriaus vedėjas, susilaukė 60 metų amžiaus. — 6) Prof. dr. Th. Lochte, emeritas, teismo ir socialės medicinos žinovas, parašęs 1914 m. „Gerichtsärztliche und polizeiärztliche Technik" ir 1938 m. „Atlas der menschlichen und tierischen Haare", atšventė 50 metų doktorizavimosi sukaktuves. — 7) Dr. Georg Sticker, žymus medicinos istorininkas ir epidemiologas Viurcburge atšventė 80 metų sukaktuves. — 8) Prof. Fritz Suter, šveicarų urologas Bazelyje, atšventė 70 metų sukaktuves. — 9) Dr. Aloys Lantenschläger, Berlyno otolaryngologas, susilaukė 70 metų amžiaus. — 10) Prof. dr. Emil Gotschlich, Ankaros (Turkijoje) centrinio Higienos instituto vedėjas, 70 metų sukaktuvių proga apdovanotas Goethe's žymeniu už nuopelnus menui ir mokslui.

GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Reikalingi med. gydytojai:**

1. **Kretingos apskr. ligoninei gydytojas stažistas.** Atlyginimo 180 lt. mėnesiui.
2. **Meškuičių sveikatos punktui.** Duodama subsidija ir butas.
3. **Šiluvos sveikatos punktui.**
4. **Kretingai ausų, nosies ir gerklės ligų specialistas.**

× **Medicinos gydytojo praktikos teises** yra gavę šie med. gydytojai: Taubė Zlata Chaimovičiūtė, Juozas Petras Dagilis, Adomas Jonas Daugirdas, Anelė Ona Dučmanienė-Palubinskaitė, Gercas Golandas, Borisas Jackus-Jackevičius, Jonas Jocius, Aleksandras Kamberis, Antanina Kaminskienė-Saladžiūtė, Abromas Kleinas, Gilelis Kupricas, Maksimas Levinas, Michelis Levitanas, Berta Levitanienė-Bliumbergaitė, Mejeris Lichtenšteinas, Antanas Makauskas, Stasys Markevičius, Geršonas Mileris, Mykolas Minkevičius, Kazys Neniškis, Albertas Stančius, Alvina-Olga Šabanienė - Pipinytė, Stasys Šernas, Naftalis Šimecas, Mauša Šterlingas, Napoleonas Tarasevičius ir Julija Trojanienė-Kajutytė.

× **Ligoninių ir gydytojų žiniai!** Labai pigiai **parduodamas chirurginių, stomatologinių, ginekologinų ir kt. instrumentų rinkinys.** Taip pat parduodami **baldai chirurginei operacinei įrengti.** Kreiptis: Gyd. Anat. Zarcyna, Vilnius, Kosciuškos g-vė 14a, bt. 4. Tel. 16-56.

× Gyd. V. Bagdonas, buv. Marijampolės apskr. gyd., paskirtas Vilniaus srities vyr. gydytojo padėjėju. Marijampolės apskr. gyd. paskirtas gyd. Vl. Lelevičius.

× **Latvijoje šiuo metu yra 1412 med. gydytojų** (iš jų Rygoje — 730), 725 dantų gydytojai (iš jų Rygoje — 439), 82 dantistai (iš jų Rygoje — 48).

Iš Latvijos persikėlė į Vokietiją 176 med. gydytojai, 10 dantų gydytojų ir 1 dantistas.

× **13.500 gydytojų Prancūzijoje pašaukta į kariuomenę;** o iš jų 7.500 paskirstyta į dalis, o 2.200 paleisti civiliams aptarnauti.

DANTŲ GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Reikalingi dantų gydytojai:**

1. **Laižuvoje,** Mažeikių apskr., nes čia tokio visai nėra.
2. **Pabradėje,** Švenčionėlių apskr., nes čia tokio visai nėra.

× **Lietuvių Odontologų Draugijos susirinkimas** įvyko 1940 m. kovo mėn. 16 d. Darbotvarkėje buvo numatyta prof. Stančiaus paskaita šia tema: Dantų ortodontijos klausimas. Į prof. P. Stančiaus paskaitą buvo pakviesta ir Kauno Dantų gydytojų draugija, kurios nariai gausingai buvo apsilankę.

Prof. P. Stančius savo paskaitoje labai vaizdžiai pranešė apie dantų ir sukandimo nukrypimus nuo normos ir tų nukrypimų atitaisymus. Buvo pademonstruota daug preparatų ir paskaita buvo sekama dideliu susidomėjimu; Liet. Odontologų draugija šia proga nuoširdžiai dėkoja prof. Stančiui už taip įdomią paskaitą.

Po paskaitos buvo Draugijos valdybos ir revizijos komisijos pranešimas apie metinę Draugijos veiklą, o po to — naujos valdybos ir revizijos komisijos rinkimai. Susirinkimo vienu balsu išrinkta ta pati Draugijos valdyba ir revizijos komisija, kurios buvo praeitais metais, būtent: valdybos pirmininke d. gyd. M. Jasulaitienė, vicepirmininke — d. gyd. M. Kregždienė, sekretore — d. gyd. E. Balčiūnienė, iždininke — d. gyd. B. Krikščiūkaitienė, nare — d. gyd. A. Trimakienė. Kandidatėmis išrinktos: d. gyd. A. O. Mikuckaitė ir d. gyd. A. Matulionienė.

Į revizijos komisiją išrinktos: d. gyd. A. Balčiūnienė, d. gyd. K. Žilinskienė ir d. gyd. Š. Čerkeliūnienė.

Po to susirinkimas buvo baigtas.

SVEIKATOS REIKALAIS.

× **Rūkymas gatvės traukiniuose** ir sunkvežimiuose Darmštate, Duisburge, Ruhrort'e, Hamborne ir kaimyninėse vietose visai uždraustas.

× **Lėktuvai yra pavojingi kai kurių ligų pernešėjai.** Entomologinio instituto Vašingtone pranešimu, lėktuvai perneša gana gausiai įvairius vabzdžius. Chartume iš lėktuvų surinkta 227 įvairios rūšys žmogaus, gyvulių ir augalų ligų pernešėjų. 1938 m. lėktuvu iš Sudano į Braziliją buvo perneštas maliarinis uodas, kuris sukėlęs epidemiją su 50.000 susirgimų (10% mirę). Todėl yra gan svarbi sanitarinė lėktuvų priežiūra.

× **Sveikatos Rūmai Krokuvoje** įsteigti okupuotųjų kraštų gen. gubernatoriaus parėdymu.

× **Pirmoji aviacinė ligoninė Vienoje atidaryta.** Jos pastatai netoli Turkų Šančių parko, iš kur princas Eugenijus išsirengė į žygį prieš turkus.

× **Nesuvartotus vaistus (tabl., piliules) ir buteliukus** d-ras Irmgard Müller ragina savo straipsniu viename Žem. Saksonijos laikraštyje taupyti ir sunešti į ligoninę, kur jie bus sunaudojami.

× **Zudetų vasarvietėse,** kaip Franzensbade, Karlsbade, Joachimsthale, Marienbade, Teplitz-Schönau atsilankantiems gydytis maitinimas yra užtikrinamas.

× **Degtinės pardavinėjamas ir pirkimas** Vokietijos keliuose miestuose policijos parėdymu kai kuriomis dienomis yra uždraustas.

× **Taupymo paakstinimai vokiečių jaunuomenės tarpe.** Jaunuoliai raginami, ypač gen. maršalui Goering'ui ir jaunimo vadui Baldur v. Schirach'ui pritariant, susilaikyti nuo išlaidų skanėstams, tabakui, alkoholiui pirkti.

× **Rasiniais klausimais paroda Romoje** bus surengta dar šiais metais. Joje bus nagrinėjamas italų rasės susidarymo klausimas.

× **Naujagimių prieglauda Neapolyje** įsteigta įvairių socialinės globos draugijų lėšomis sosto įpėdiniui dukters pagimdymo proga.

MEDICINIŠKOSIOS MINTYS.

× **Jaunatvė ir senatvė.**

Kūdikio valanda yra ilgesnė už senio dieną. Vaikystėje kiekviena valanda žymi sąmonėje visus daiktus ir nuotykius, todėl ir diena atrodo be galo ilga. Tat pat kartojasi ir keliaujant, kai vienas kelio mėnuo prilygsta keturiems išgyventiems namie. Senių laikas visada trumpas, jų dienos bėga strėlės greitumu todėl, kad jų protavimo gabumai kiek atšimpa ir įspūdžiai pradeda praslinkti pro juos mažiau palikdami juose savo pėdsakų. Priešingai yra su vaikystės amžiumi, jame įspūdžių įvairumas ir vaikystės savokumas padaro tai, kad penkiolika metų jaunatvės atrodo visų ilgiausias gyvenimo laikotarpis. *Schopenhauer.*

× **Ligos.**

Kai ligonis nustoja gyvenęs ir visą savo gyvybe sutelkia gydymuisi, jam būtų žymiai patogiau, ne tik neišgydomoje ligoje, bet ir išgydomose ligose, nekreipiant dėmesio į ligą, gyventi paprastą kasdienį gyvenimą, kuris, kad ir sutrumpėtų del to (kas labai abejotina), bet tai būtų gyvenimas, o ne nuolatinė baimė ir rūpinimasis savo kūnu.

L. Tolstojus.

Nėra tokios ligos, kuri neleistų eiti žmogaus pareigas. Negali tarnauti žmonėms savo darbais, tarnauk jiems meile — kančių pavyzdžiais.

L. Tolstojus.

Nebijok ligos, bijok gydymosi, ir gydymosi ne nuodingų vaistų prasme, bet ta prasme, kad nepripažintumei savęs ligoniu ir tuo neatsipalaiduotumei nuo dorovės reikalavimų. *L. Tolstojus.*

Ligos yra natūralus reiškinys; jaučiant jų artėjimą reikia mokėti su jomis apsieiti. *L. Tolstojus.*

„Mens sana in corpore sano", gal būt, šitas posakis buvo kada pateisinamas. Mūsų laikais jis veikia atvirkščiai: tik sveika siela daro kūną sveiką; doras gyvenimas turi savyje visas higienos sąlygas: darbas, paprastas valgis, susilaikymas, kūno skaistybė.

Nepaisymas kūno sveikatos atima galimumą žmonėms tarnauti. Nereikalingas rūpinimasis savo kūnu, veda prie to paties tikslo. Tam, kad rastume išeities viduri, yra vienas receptas: rūpintis savo kūnu tose ribose, kurios nepakenktų kitiems tarnauti. *L. Tolstojus.*

× **Įvairios mintys.**

Minties ligos pragaištingesnės ir dažniau sutinkamos už kūno ligas.

Ciceronas.

Nuotaika yra viskas gyvenime. Ji padaro iš akmenų auksa, iš auksc akmenis. *H. Leube.*

Kai kūnas subyra į dulkes, dar lieka gyventi taurus vardas.

Schiller.

Melancholikui jau iš pat ryto nusileidžia saulė.

Vertheimer.

Protingas žmogus neprivalo geisti mirties, bet ir neprivalo jos bijoti.

Arabų patarlė.

Meilė ir romantika yra geros priemonės prieš senatvės raukšles.

Amerikiečių patarlė.

Išmintingas žmogus daugiau galvoja apie gyvenimą, kaip apie mirtį.

Spinoza.

Šovinio padaryta žaizda — išgydoma, o liežuvio padaryta — neišgydoma. *Persų priežodis.*

Įsigyti sau turtų sveikatos sąskaiton — reiškia atpjauti sau koją, kad už ją nusipirktum porą pusbačių. *P. Mulford.*

Mirti nebijo tas, kurio gyvenimas yra daug vertas.

Šv. Tomas Kempietis.