Eina kartą per mėnesį | 1943 m. | XXIV METAI

Nr. 11-12 | Lapkričio-Gruodžio mėn. | Nr. 11-12

LIETUVIŠKOJI MEDICINA

MEDICINOS MOKSLO, PRAKTIKOS IR GYDYTOJŲ PROFESINIŲ REIKALŲ LAIKRAŠTIS

Redakcinė Komisija:

Med. d-ras K. Grinius, prof. med. d-ras V. Kanauka ir med. d-ras J. Staugaitis.

LEIDĖJAI:
Liet. Sveikatos Valdyba ir V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas

Redaktorius
Med. d-ras J. Staugaitis

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, tel. 2-15-07

PRENUMERATOS KAINA:
metams 20 RM, pusmečiui 10 RM

Šio numerio kaina 6 markės.

TURINYS.

A. Garmus, doc.: Robert'as Kochas 493
J. Elvikis, doc.: Slaptoji limfohematogeninė tuberkuliozė ir jos reiškiniai 496
V. Paprockas: Plaučių tuberkuliozės chirurgiško gydymo indikacijos ir kontraindikacijos . 507
J. Mikužis: Moters vidaus lyties organų tuberkuliozės klausimu. 542
V. Vaičiūnas, doc.: Tuberkuliozė ir neuropsichinė sveikata . 553
N. Indrašius: Džiovininkų konstitucinė analizė ir jos reikšmė . 560
M. Petkūnienė: Tuberkuliozinių meningitų susirgimų padažnėjimas 567
St. Čepulis, doc.: Tuberkuliozės susirgimai stomatologijoje . . 571
A. Garmus, doc., ir A. Vileišis: Statistiniai duomenys apie mirtingumą nuo tuberkuliozės Lietuvoje 581
A. Garmus, doc., ir A. Vileišis: Truputis statistinių duomenų apie tuberkuliozę Kaune . . 590
I. Hansenas: Fizinis lavinimas, kaip profilaktinė ir gydomoji priemonė kovojant su plaučių tbc. 600
K. Grinius: Palinkimas susirgti ūmine soradžiove 607
V. Kuzma, prof.: Džiovos perspėjimas (profilaktika) ir gydymas skiepais 609
Ir. Garmūtė: Biologiška kova su Koch'o bacilu 613
Referatai iš tuberkuliozės srities 614
Prieštuberkuliozinė veikla . . 619
V. Tercijonas: Rusijos Lygos kovai su tuberkulioze Kauno skyrius . . . . . viršelio 3—4 psl.

INHALTSVERZEICHNIS.

A. Garmus, doz.: Robert Koch.
J. Elvikis, doz.: Die schleichende lymphohaematogene Tuberkulose und ihre Symptome.
V. Paprockas: Indikationen und Kontraindikationen chirurgischer Behandlungsmethoden der Lungentuberkulose.
J. Mikužis: Zur Frage der Tuberkulose der inneren Geschlechtsorgane der Frau.
V. Vaičiūnas, doz.: Tuberkulose und neuropsychische Gesundheit.
N. Indrašius: Konstitutionsanalyse der Tuberkulösen und ihre Bedeutung.
M. Petkūnienė: Zunahme der tuberkulösen meningitischen Erkrankungen.
St. Čepulis, doz.: Tuberkulose in der Stomatologie.
A. Garmus, doz., und A. Vileišis: Statistik der Tuberkulosesterblichkeit in Litauen.
A. Garmus, doz., und A. Vileišis: Eine kleine Statistik der Tuberkulose in Kaunas.
I. Hansenas: Leibesübungen als prophylaktische u. Behandlungsmethode im Kampf gegen die Lungentuberkulose.
K. Grinius: Neigung zu akuter Miliartuberkulose.
V. Kuzma, prof.: Prophylaxe und Impfbehandlung der Tuberkulose.
Ir. Garmūtė: Biologische Bekämpfung des Tuberkelbazillus.
Referate aus den Gebiet der Tuberkulose.
Tuberkulosebekämpfung.

Nuo „Liet. Medicinos" Redakcijos--Administracijos.

1. **„Liet. Medicinos" prenumeratos sumokėjimo reikalu.**

Kas iš Gerbiamųjų „Liet. Medicinos" ėmėjų ligi šiol dar nėra sumokėjęs šito žurnalo 1943 metų prenumeratos, maloniai prašoma kuogreičiausiai kalbamąją prenumeratą sumokėti.

Taippat prašoma likviduoti ir 1942 m. bei dar senesnių laikų prenumeratines skolas.

2. **Adresų pakeitimo reikalu.**

Pakeitus savo gyvenamąją vietą, maloniai prašoma tučtuojau pranešti „Liet. Medicinos" Redakcijai-Administracijai naująjį savo adresą, kad del šito adreso nepranešimo nebūtų sutrukdytas žurnalo siuntinėjimas.

ALp 205

LIETUVIŠKOJI
MEDICINA

Medicinos mokslo, praktikos ir gyd. prof. reik. laikraštis

XXIV met. | 1943 m. lapkričio-gruodžio mėn. | Nr. 11-12

Šitas numeris skiriamas tuberkuliozės klausimams nagrinėti.

Šito numerio redaktorius
Med. d-ras K. Grinius.

Robertas Koch'as.



Išleidžiant „Liet. Medicinos" specialinį numerį, skirtą tuberkuliozės klausimams nagrinėti, negalima tylomis praeiti pro vieną didžiausių kovotojų su džiova, kuris tiek daug metų pašventė tuberkuliozės klausimams spręsti ir nuo kurio gimimo dienos yra suėję 100 metų. Taigi, bent trumpai tenka paminėti apie šito garbingo vokiečių mokslininko gyvenimą ir jo darbus, ypač taip daug nusipelniusio tuberkuliozės srityje.

Robertas K o c h'as, gimęs 1843 m. XII. 11 d., miręs 1910 metų V. 27 d., yra vienas iš svarbiausių mokslininkų, kuris su P a s t e u r'u ir kitais sukūrė dabartinę bakteriologiją. Jo var-

VALSTYBINĖ BIBLIOTEKA
L 9620

das yra labai arti susijęs su džiovos bacilu, kurį jis atrado ir padarė didelę pažangą kovoje su džiova.

Rob. Koch'as, baigęs Goettingen'o medicinos fakultetą 1866 metais, apsigyveno provincijoje, Wolstein'o miestelyje, Posen'o srityje, kaip apskrities gydytojas — „Kreisphysicus".

Čia jis ir pradėjo savo moksliškus tyrimus bakteriologijos srityje, naudodamasis visų paprasčiausiomis metodėmis. Vietoje termostato jis naudojosi paprastomis lėkštėmis, kurios buvo pripildytos drėgno smėlio ir buvo šildomos iš apačios žibalo lempa. Taip primityviai dirbdamas jis surado anthrax'o bacilą ir nustatė, kaip tie bacilai besivystydami sudaro sporus. Jo pirmas moksliškas darbas ir buvo „Aetiologie der Milzbrandkrankheit begründet auf der Entwicklungsgeschichte d. Bac. anthracis". Situo darbu R. Koch'as išaiškino bakterijų reikšmę. Be to, R. Koch'as ištyrė, kaip iš anthrax'o bacilų susidaro sporai.

Kitas R. Koch'o darbas, atliktas primityvioje laboratorijoje, buvo žaizdų infekcijos etiologija „Untersuchungen über die Aetiologie der Wundinfektionskrankheiten", Leipzig, 1878.

R. Koch'o nuopelnas buvo mikroskopo technikos patobulinimas. Su pagelba Abbe's prietaiso jis patobulino apšvietimą ir, užlašindamas tarp linzų lašą kedro aliejaus, sudarė naują epochą mikrobams geriau pažinti. Dar didelis jo nuopelnas, kad jis pirmas pradėjo dažyti anilino dažais fiksuotas bakterijas. Taippat reikia žinoti, kad jis pradėjo daryti bandymus su gyvais gyvulėliais, ypač panaudodamas mokslo reikalams jūros kiaulytes ir kitus smulkius gyvulėlius.

R. Koch'o darbai atkreipė viso pasaulio mokslininkų dėmesį ir Vokietijos vyriausybė, tinkamai įvertinusi jo darbus, pakvietė jį dirbti į Berlyną. Čia jis aukščiausioje higienos įstaigoje (Berlin. Kais. Gesundheitsamt) pasirodė naujais dideliais darbais. Nuo 1880 iki 1885 metų R. Koch'as išleido daug darbų, kaip atliktina dezinfekcija ir kt. Bet vienas svarbiausias šito laikotarpio jo darbas liečia tuberkuliozės etiologiją. „Beitrag zu Aetiologie der Tuberkulose" („Berl. klin. Wochenschrift" 1882 m. 15 nr.) pasidarė pagrindu naujiems tolimesniems tbk. klausimo tyrimams. Suradus tuberkuliozės bacilą, pavadintą R. Koch'o bacilu, atsidarė naujos problemos. Teko padėti daug darbo, kol R. Koch'ui pavyko sudėtingu būdu nudažyti tuberkuliozės bacilus ir juos dirbtiniu būdu išauginti. Tuberkuliozės klausimams išspręsti R. Koch'as nenuilstamai dirbo apie 30 metų. Tiesa, jam nepavyko surasti tuberkuliozės gydymo būdą. Jo surastas) *tuberkulinas teigiamų padarinių tuberkuliozei gy-*

*) Lenkų autoriai (Szumowski, Hystorya Medycyny) rašo, kad tuberkuliną suradęs anksčiau už Koch'ą Krokuvos prof. O. Buivydas.
Dr. K. G.

dyti nedavė. Bet šitas tuberkulinas, vėliau pakeistas, kitų mokslininkų išmėgintas ir praktiškai pritaikytas, padėjo diagnozuoti latentinę tuberkuliozę.

Kaip tuberkuliozei, taip ir kitoms infekcinėms ligoms R. Koch'as pašventė nemaža jėgų. Čionai paminėtini jo darbai, liečią choleros etiologiją. Jo darbas pavadintas „Bericht über die Tätigkeit z. Erforschung d. Cholera in Aegypten u. Indien" („Deutschen Reichsanzeiger" 1883).

R. Koch'as, norėdamas susipažinti su epideminių ligų šaltiniais, vykdavo į tolimiausias keliones. Del choleros buvo nuvykęs į Egiptą ir Indiją, del miegamosios ligos, galvijų maro, pyroplasmozės, maliarijos ir grįžtamosios šiltinės — į Pietų Afriką. Iš šitų ekspedicijų R. Koch'as parsivežė daug įdomios ir naudingos medžiagos, kuri sudarė pagrindą naujiems moksliškiems išradimams.

R. Koch'as buvo šalininkas kovoti su epidemijomis vietoje ir ta jo kova pasireiškė nauja metode — ne gintis nuo epidemijos, bet ją pulti vietoje. Jis reikalavo sudaryti epideminius būrius, kurie turėjo vietoje viską ištirti ir tenpat nuslopinti epidemijos židinius. Pirmutinės tokios ekspedicijos buvo suorganizuotos kovai su vidurių šiltine Elzas-Lotaringijoje, Rein'o srityje, Italijos kaikuriose salose.

Vokietijos vyriausybė 1891 m. Berlyne įsteigė R. Koch'ui ir jo mokiniams specialinį institutą kovai su užkrečiamosiomis ligomis. Šitas institutas pavadintas R. Koch'o vardu.

Kartu su C. Flügge R. Koch'as 1886 m. įkūrė specialinį žurnalą, pavadintą „Zeitschrift für Hygiene u. Infektionskrankheiten" (Leipzig—Berlin). Šitas žurnalas ir dabar tebeeina.

R. Koch'as pats nemėgo mokytojo-profesoriaus darbo ir greitai nuo jo atsisakė, pasišvęsdamas vien mokslo darbams. Bet jo mokiniai buvo žymiausi universitetų profesoriai. R. Koch'o protas daugiau buvo pripratęs prie analizinio darbo. Jis kiekvieną mikrobą tiksliausiai išanalizuodavo, pastebėdavo visas jo smulkmenas, kas nepavykdavo pastebėti kitiems. R. Koch'as surasdavo kiekvieno mikrobo savumus, kurie jį atskirdavo nuo panašių mikrobų. Tuo būdu jis surasdavo kiekvieno mikrobo svarbiausias pagrindines veikimo žymes.

R. Koch'as buvo plačiai žinomas ir visų gerbiamas. Daugelis valstybių jį apdovanojo ordenais ir kitais atžymėjimo ženklais. Taippat ir mokslo institutai įvertino jo darbą ir 1905 metais jam buvo paskirta Nobel'io premija.

R. Koch'o darbai buvo išleisti jau po jo mirties. Jo darbai: „Robert Kochs gesammelte Werke". 1—2 B. (Leipzig, 1912).

Svarbesni jo mokiniai buvo: Loeffler — difterijos bacilo atradėjas, Gaffky — vidurių šiltinės bakterijos atradėjas.

Be to, paminėtinas prof. W. Kolle, kaip dalyvis Koch'o ekspedicijose Afrikoje ir kitur.

Dabartinė Reich'o vyriausybė, pagerbdama R. Koch'ą jo 100 metų nuo gimimo dienos proga, be mokslišku jo minėjimų, išleidžia pašto ženklą su R. Koch'o atvaizdu, kuris bus apyvartoje 1944 m. kovo—balandžio mėnesiais. *D-ras A. Garmus.*

Doc. med. d-ras J. Elvikis.

Slaptoji limfo-hematogeninė tuberkuliozė ir jos reiškiniai.

(Iš V. D. Un-to Vidaus ligų klinikos. — Vedėjas prof. med. d-ras J. Meškauskas).

Pagal Ranke's, Assmann'o, Hübschmann'o, Redeker'io ir kitų patologo-anatomų arba klinicistų tyrimus, po pirminio užsikrėtimo tuberkulioze susidaręs židinys vystosi dviem kryptimis. Jei tuberkuliozės bacilai labai virulentingi, o žmogaus organizmo atsparumas menkas, tai pirminis židinys plečiasi, užimdamas naujus plaučių plotus, pagaliau didesnę dalį arba visą skiltį. Židinio centras suvarškėja, toliau nekrozėja, suskystėja ir masės, pragraužusios broncho sienelę, prasiveržia į jį, sudarydamos aspiracinius bronchogeninius pasėlius. Šitie savo rėžtu progresuodami užima didokas plaučių dalis ir žmogus žūva nuo apsinuodijimo tuberkuliozinių bacilų produktais.

Antru atveju, kai tuberkuliozinė infekcija nėra tokia virulentiška, žmogaus organizmas atsparesnis, tai tuokart pirminiame židinyje vyksta daugiau produktyvūs reiškiniai: pirminis židinys, perauges jungiamuoju audiniu, sukalkėja, net sukaulėja.

Nepaisant gerybinio pirminio židinio gijimo proceso, tuberkuliozinė infekcija limfiniais keliais plečiasi toliau. Iš židinio plaučiuose ji sudaro išilgai limfinių takų plaučiuose tuberkuliozinius židinėlius (lymphangoitis tuberculosa) ir persimeta į hilus'o limfines liaukas, sukeldama ten uždegiminius reiškinius. Limfinėje liaukoje taippat procesas gali apsiriboti, peraugti jungiamuoju audiniu, o vėliau sukalkėti. Procesui nenurimus ir neapsiribavus, Koch'o bacilai iš vienos limfinės liaukos persimeta į kitą liauką ir tuo būdu infekcija plečiasi užgriebdama ne vien tik hilus'o liaukas, bet pagal limfos srovę ir tolesnes. Tuo būdu ji užgriebia limfines liaukas pagal trachėją ir, pasiekusi v. subclavia sin., įsilieja. Infekuota limfa patenka į veninę kraujo apytaką.

Antras kelias yra, kai tuberkuliozinė infekcija eina ne vien tik pro hilus'o liaukas, bet išilgai aorta abdominalis, susisiekia su limfinėmis liaukomis pilvo tuštyme, eina pagal kasą, inkstus, mesenteriųm ir infekuota limfa įsilieja į cysterna chyli, iš ku-

rios taippat patenka į veninį kraujo ratą (Ulrici, Redeker ir Walter, Anders, Engel ir kit.).

Tuberkuliozinė infekcija gali plisti vienu arba abiem keliais, kaip ascendentiniu pro hilus ir pretrachejines, taip ir descendentiniu pro paraaortines limfines liaukas ir cysterna chyli. Antru atveju, infekuotos limfos įsiliejimas į kraujo srovę įvyksta nevienodu laiku: ascendentiniu keliu greičiau, o descendentiniu keliu vėliau. Prasiveržus infekcijai į veninį ratą, bacilai vėl atsiduria plaučiuose, o kaikuriais atvejais, esant ypatingam organizmo palinkimui, pralenda pro plaučių kapiliarus, atsiduria didžiajame rate ir sudaro tuberculosis miliaris (Liebermeister ir kit.). Jei to palinkimo nėra, infekcija nelabai virulentiška, į kraują bacilai pakliūva mažais kiekiais, tuokart jie sukelia ne tuberculosis miliaris, bet visą eilę reiškinių ne vien tik plaučiuose, bet net atokiai nuo jų. Į kraujo srovę kartais patys bacilai nepatenka, bet tik jų toksiniai produktai, kurie savo rėžtu vėl kitokius reiškinius sukelia. Vis vien, ar infekuota arba intoksikuota limfa į veninį kraujo ratą įsiliejo, atėjusi iš hilus pro pretrachejines ar pro abdominines limfines liaukas, abiem atvejais įvyksta limfo-hematogeninė tuberkuliozė.

Ranke, Redeker ir kt., skirstydami tuberkuliozinės infekcijos eigą į stadijas, pirmajai stadijai priskiria tą laikotarpį, kai susidaro pirminis židinys ir kartu su juo limfinių liaukų uždegiminis kompleksas. Antrajai stadijai skiria generalizacijos periodą, kai Koch'o bacilai arba jų veiklos produktai pakliūva minėtais keliais į kraujo srovę. Taigi, limfo-hematogeninės tuberkuliozės patogenezė yra dalis iš bendrinės tuberkuliozės patogenezės, būtent, iš to laikotarpio, kai pirmoji stadija pereina į antrąją.

Pirminis židinys plaučiuose, tuberkuliozei keliaujant limfiniais keliais, gali būti kartais visai sugijęs. Tuberkuliozinis procesas tuokart pasilieka tik pačiose liaukose, kurių vienos gali būti jau sugijusios, kitos smarkiai, o trečios ką tik proceso paliestos. Tuberkuliozinio proceso paliestose liaukose, panašiai kaip plaučiuose, vyksta uždegiminiai reiškiniai su suvarškėjimu bei nekroze. Gijimo stadijoje nekrozinės masės taippat inkapsuliuojamos jungiamojo audinio ir sukalkėja. Uždegiminių reiškinių metu pačios liaukos gerokai padidėja. Nepaisant to, tiesioginė šitokių padidėjusių limfinių liaukų diagnostika yra beveik neįmanoma (Staemmler ir Otto, Engel ir kit.).

Del savo anatominės padėties išperkutuoti hilus'o limfinių liaukų pasirodė beveik negalima. Koranyi pasiūlius, de la Camp'o ir Michailowitsch'o (cit. Simon ir Redeker) buvo išdirbta stuburo slankstelių per processus spinosus perkusija. Padidėjus hilus'o liaukoms, jie gaudavę trachėjos išsišako-

jimo aukštumoje paduslėjusį, o kartais ir visai duslų garsą. Petruschky, sutrenkdamas stuburo slankstelius, tokiais pačiais atvejais rasdavęs tų liaukų sritį skausmingą. De la Camp rasdavęs skausmingumą ne vien vaikų, bet ir suaugusių asmenų tarpe. D'Espine, auskultuodamas padidėjusių liaukų aukštumoje stuburą, ligoniui kalbant patylomis rasdavęs garsą pakitusį. Vieni autoriai, tikrindami Koranyi, Petruschky, d'Espine simptomus, pasisakė jų neradę, kiti juos patvirtino. Teisinga gali būti vienų ir antrų autorių nuomonė, nes, kaip Ulrici teigia, kad net menki stuburo iškrypimai, ar nedidelė krūtinės raumenų asimetrija žymiai pakeičia perkusinius ir net auskultacinius reiškinius. Be to, tokiems silpniems reiškiniams išskirti yra reikalinga nepaprastai gera klausa. Kiek daugiau pagelbėti gali rentgenodiagnostika, bet tik tuokart, kai liaukos yra ypatingai didelės, turi savyje jungiamojo audinio arba yra apkalkėjusios. Esant šviežiems uždegiminiams reiškiniams, liaukos duoda labai neryškų, dažnai neįžiūrimą, šešėlį.

Turėdamas galvoje minėtus negausius, dažnai sudarančius šaltinį įvairioms klaidoms, simptomus, Starlinger pasiūlė šitąjį tuberkuliozės periodą pavadinti slaptuoju arba prisidengusiu įvairių kitų organų susirgimų kauke. Šitasis periodas tenka spėti pagal netiesioginius reiškinius, kuriuos sukelia: 1) pačios padidėjusios liaukos, ar čia spausdamos, ar čia įtraukdamos į savo aplinkžidininį uždegimą, bei gydamos į suaugiminius procesus, greta esančius audinius; 2) toksinės tuberkuliozinės infekcijos medžiagos, kurios laikas nuo laiko pakliūva iš limfinių liaukų į kraujo apytaką.

Peržvelgdami reiškinius, kuriuos sukelia padidėjusios limfinės liaukos, tenka atsižvelgti į jų lokalizaciją, nes vienokius reiškinius duos padidėjusios hilus'o, o kitokius — pilvo liaukos.

Padidėjus hilus'o limfinėms liaukoms, paliečiami čia gretimai esą organai: gerklė, stemplė, n. vagus, stuburo slankstelіai ir t. t. Liaukoms spaudžiant gerklę, kyla sausas, lojamas, kokliušiškas, kosulys. Dėliai uždegimų įvyksta pleura mediastinalis suaugimai ties hilus'u, ties perikardu, aplink čia einančių nervų ir venų kamienus ir t. t. Del to susidaro ištemptiniai stemplės divertikulai, o jeigu įdegimas paliečia stuburo slankstelių priekinių dalių antkaulę, ligoniai jaučia duslius skausmus su iradiacija į tarpupetį. Suaugimams palietus vv. azygos ir hemiazygos ir susiaurinus jų spindį, paryškėja veninis krūtinės odos piešinys. Be to, minėti suaugimai veikia čia einančias n. vagus ar n. sympathicus šakutes, kurios savo rėžtu turi įtakos alsavimui, širdies plakimui, rijimui, net vyziuko išsiplėtimui (Simon u. Redeker, Starlinger ir kit.). Del to sušidaro skausmai nugaroje, užpakalyje krūtinkaulio ar širdies srityje, pana-

šūs į stenokardijos skausmus, tachikardiją, kiek sunkesnį rijimą ir kt.

Nemažiau reiškinių sukelia padidėjusios limfinės liaukos pilvo srityje. Čia reikia turėti galvoje, kad cysterna chyli yra labai artimoje gretimystėje su plexus solaris. Susirgimas limfinių liaukų cysterna chyli srityje į aplink židininį uždegimą įtraukia plexus solaris. Šitasai, jau šiaip būdamas jautrus įvairiems pakitimams greta esančių įvairių virškinimo organų, greitai reaguoja įvairiais skausmais bei negalavimais į aplinkžidininį limfinių liaukų uždegimą. Nemažas skaičius asmenų, besiskundžiančių skausmais po krūtine be matomos priežasties, priklauso šitai ligonių kategorijai.

Daug gausesnė sritis reiškinių, kurie kyla del toksinių tuberkuliozinės infekcijos produktų pakliuvimo į kraujo apytaką.

Jei žmogaus organizme nėra tuberkuliozinės infekcijos ir jam pirmą kartą tenka susidurti su tuberkuliozės bacilų nuodais, tai jis į tai visai nereaguoja. Taip, pvz., kūdikis, neužsikrėtęs tuberkulioze, net į didelius tuberkulino davinius visai nereaguoja. Žmogaus organizmas yra anergijos arba normergijos stovyje.

Kartą Koch'o bacilai apsigyveno žmogaus organizme, tai jo visi narveliai pakinta ta prasme, kad pasidaro jautresni tuberkuliozinių bacilų toksinėms medžiagoms. Jautrumas pasireiškia uždegiminiais reiškiniais tuberkulino pavartojimo vietoje, tuberkulioziniame židinyje ir bendriniais reiškiniais. Žmogus yra alergijos stovyje.

Yra atvejų, kur tuberkulioziniai nuodai iš žmogaus organizme esančio židinio pakliūva į kraujo apytaką mažais daviniais tam tikrais laikotarpiais. Tuokart organizmas sensibilizuojamas, jo jautrumas tuberkulinui labai padidėja, jis yra hiperergijos (disergijos) stovyje. Tada pakanka nedidelių kiekių Koch'o bacilų toksinų medžiagų gana didelei reakcijai žmogaus organizme sukelti. Tokius atsitikimus mes turime slaptosios limfo-hematogeninės tuberkuliozės metu, kai infekuota limfa laikas nuo laiko patenka į veninę kraujo apytaką.

Jei į jautrų minėtoms medžiagoms organizmą iš jame esančio židinio patenka iškarto dideli kiekiai naujų tuberkuliozės toksinių produktų, tai įvyksta jomis apsinuodijimas — žmogaus organizmas „palūžta" ir visai į tai nebereaguoja. Susidaro anergijos stovis, pvz., šuolio metu, miliarinės tuberkuliozės ir t. p. atvejais.

Pagaliau, tokiais atvejais, kai žmogaus organizmas yra toksinių medžiagų ilgesnį laiką veikiamas, jis pasidaro nebetoks joms jautrus — įvyksta relatyvi anergija (euergija) arba hipoergija. Ji įvyksta: a) po kiekvieno sunkaus tuberkuliozinėmis

toksinėmis medžiagomis apsinuodijimo atsigavus organizmui, jis jau į mažus davinius nebereaguoja, nes, nugalėjęs didesnį davinį, mažesnis nebesudaro tokio veiksnio, į kurį reikėtų reaguoti; b) jei tas šaltinis, iš kurio žmogaus organizmas buvo sensibilizuojamas, užgijo, naujų toksinių medžiagų nebeišskiria, tai, pranykus sensibilizacijai, pranyksta ir alerginiai reiškiniai; pagaliau, c) jei žmogaus organizmas yra veikiamas toksinių medžiagų nuolat didėjančiu kiekiu. Tuokart jis išmoksta šitas medžiagas iš dalies sunaikinti, iš dalies prie jų prisitaikinti ir jos, įvestos mažesniu kiekiu, negu organizmas yra išmokęs skaldyti, reakcijos nebesukelia (Liebermeister, Pagel ir kit.).

Esant limfo-hematogeninei tuberkuliozei, toksinės medžiagos, nuolat pakliūdamos į kraujo apytaką, sukelia žmogaus organizme eilę būdingų sindromų įvairiuose organuose arba audiniuose, dažnai atokiai nuo ligos židinio.

Serozinis sindromas. Jau pačios liaukos, būdamos arti pleuros, perikardo ar peritoneum'o, į savo aplinkžidininį uždegimą įtraukia serozinius apdangalus. Tai dar nėra grynai toksinis veikimas. Jis susidaro tuokart, kai uždegimas įvyksta liaukoms tiesiogiai serozinių apdangalų neliečiant (Hübschmann, Bruns, Bruns ir Ewig, Elvikis ir kit.). Šitas pasitaiko dažniau negu del tiesioginės liaukų įtakos. Serozinių apdangalų uždegimas gali būti ar vien sausas ar eksudatyvus, taippat gali paliesti kurį nors vieną serozinį apdangalą, kelis jų arba visus iškarto. Čia priklauso reiškiniai, sukelti tuberkuliozės toksinių produktų pleuroje, peritoneum'e, smagenų apvalkaluose, akių junginėje (konjunktyvoje) ir įvairiose kitose gleivinėse. Taip smagenų apvalkalai duoda gėrybinės eigos priskiriamus meningitis serosa grupei. Akių junginė (conjunctiva) suserga pradedant paprastu uždegiminiu paraudimu ir baigiant įvairaus laipsnio sunkumo fliktenomis. Pamažu uždegimų su neaiškia etiologija galima susekti ir kituose organuose, kurie turi serozinį apdangalėlį. Kad tie susirgimai yra limfo-hematoginės tuberkuliozės kilmės, jie privalo sutapti su didžiausia organizmo hiperergija, rikiuotis kartu su kitomis tikromis hipererginės kilmės audinių reakcijomis, atitikti laiko atžvilgiu šviežius ir objektyviai randamus pasėlius. Kitu atveju, be abejo, tų uždegimų, ypač įvairių toli nuo židinio esančių organų, nėra įmanoma atskirti nuo banalinės ar kitos kilmės infekcijos sukeltų uždegimų.

Reumatoidinis sindromas. Reumatinių susirgimų etiologija dar tebėra ginčų objektu, bet ir čia įvairūs alerginiai reiškiniai turi didelį vaidmenį (lit. žiūr. Kupčinsko). Löwenstein, tirdamas reumatikų kraują, radęs jame tuberkuliozinių bacilų, kas davė jam pagrindo teigti tai esant tuberkuliozinį susirgimą.

Liebermeister, nors Koch'o bacilų ir neradęs, vis delto teigia, kad tuberkuliozės atveju gali būti įvairūs sąnarių skausmai, labai panašūs į polyarthritis rheumatica.

Sąnarių susirgimo reiškiniai pasitaiko, tiek pačiame sąnaryje, tiek ir periartikuliariai ar čia sausų uždegimų ar čia kartais net serozinių eksudatų pavidalu. Paliečiami dažniausiai mažesnieji sąnariai, k. a.: plaštakoje, stubure, pėdoje ir t. t.

Vykstant įvairių tuberkuliozinių eksudatų rezorbcijai, susidaro myozitiniai reiškiniai. Kliniškai jie pasireiškia skausmais, sukietėjimu ir judesių pasunkėjimu. Susirgimas paliečia daugiausia šonkaulių tarpų raumenis, rečiau šlaunies, dilbio ir t. t.

Prie reumatoidinio sindromo priskirtinas ir rheumatismus Poncet.

Odos srityje turime erythema nodosum ir acne vulgaris.

Kad erythema nodosum yra Koch'o bacilų toksinių medžiagų padarinys, apie tai daug ginčytasi ir dabar dar tebesiginčijama. Reikia manyti, kad tuberkuliozinės kilmės šalininkai turėjo nemaža pagrindo, nes daug yra aprašyta atsitikimų, kur erythema nodosum sutampa su pirmaisiais hematogeniniais pasėliais (Klotz, Schwenkebecher u. Eimer ir t. t.).

Acne vulgaris yra staphylomycosis gl. sebaceae. Bet yra žinoma, kad tai ligai turi būti kelio paruošėjas. Be endokrininių veiksnių, čia dar dalyvauja ir hipererginiai pakenkimai. Starlinger stebėjęs, kad ligoniai su limfo-hematogenine tuberkulioze yra paliesti acne ir kad ji pagausėja kartu su specifiniais šuoliais, taip kad net pagal acne gausumą spręsdavęs apie ligos eigą.

Įvairūs neuritai bei neuralgijos yra dažnai pasitaikąs susirgimas įvairiose tuberkuliozės stadijose. Mūsų klinikoje man 1939 metais teko stebėti vienas ligonis, sirgęs ischias'o reiškiniais, kurio neveikė jokia tokiais atvejais taikyta terapija. Susekus, kad pas jį esama tuberkuliozės, imtasi atitinkamo tuberkuliozės gydymo ir ischias pradėjo staiga ir sparčiai gerėti.

Vegetatyviai endokrininis sindromas. Endokrininių liaukų sistema yra reguliuojama vegetatyvinės nervų sistemos. Savo rėžtu padidėjusi ar sumažėjusi kurios nors vienos endokrininės liaukos veikla greitai atsiliepia ir į kitų liaukų veiklą. Taippat nenormali endokrininių liaukų veikla atsiliepia į vegetatyvinę nervų sistemą. Tuberkuliozinės infekcijos metu tenka stebėti skydliaukės hiperfunkcinė veikla. Šitoji hiperfunkcija pasireiškia tuberkuliozinio susirgimo pradžioje. Jau patys pradiniai džiovos simptomai, kaip, pvz., tvinksnio padažnėjimas, suliesėjimas didesnis, negu galėtų būti del pablogėjusio apetito, pagyvėjusi medžiagų apykaita, sujaudinta psichika ir įtempta visa vegetatyvinė nervų sistema rodo, kad čia turime hipertireoidiz-

mo stovį. Tiktai tretinėje tuberkuliozės stadijoje, skydliaukės veikimas eina silpnyn ir pereina į hipotireoidinį stovį (Lašienė). Lašienės tyrimų duomenimis tik nedidelis skydliaukių procentas (10,8%) buvo pačios tuberkuliozės paliestas; šiaip jos buvusios paveiktos toksiniais Koch'o bacilų produktais.

Be to, yra reiškinių ir iš kitų endokrininių liaukų. Antinkstinė liauka yra hipofunkcijoje, kuri pasireiškia pavidalu sumažėjusio kraujo spaudimo, padidėjusio odos pigmentacijos ir t. p. Lyties liaukos irgi yra hipofunkcijoje ir bręstančiame organizme pasireiškia išsivystymo bei augimo atsilikimu.

Psicho-neurozinis sindromas. Jau vien hipertireoidizmo reiškiniai suteikia ligoniui savotišką psichinį stovį. Čia dar prisideda toksinė simpatinei nervų sistemai įtaka. Kaip to viso padarinys, pas ligonius atsiranda aibės įvairių skundų, kuriems rasti pagrindo nėra įmanoma. Šitie skundai kas ruduo ir pavasaris kartojasi ir taip išvargina ligonį, jog tas netenka noro dirbti, pasidaro hipochondrikas ir neurastenikas.

Ligoniui, predisponuotam šizofrenijai ar ciklofrenijai, tokia intoksikacija gali būti momentu, sukeliančiu minėtų dviejų psichinių susirgimų priepuolius.

Hematopoetinis sindromas paliečia ne vien tiktai leukopoetinę, bet ir eritropoetinę sistemas. Iš leukocitų srities pakitimai nėra tokie stambūs, kad tuojau kristų į akis. Jie įvertinti galima geriau tik tuokart, kai šito ligonio kraujo vaizdas yra žinomas prieš susirgimą. Leukocitų kitimas nėra vienodas šuolio arba remisijos metu. Šuolio metu yra daugiau sudirginta myeloidinė sistema: tuokart padaugėja granuliocitų, atsiranda daugiau nepribrendusiųjų formų, o limfocitų procentas sumažėja. Remisijos metu priešingai: vyksta limfocitozė, net su limfinių liaukų padidėjimu, kurios apčiuopiamos kaklo srityje, pažastyse ir kitur. Kartais apčiuopiama blužnis. Leukocitų skaičiaus padidėjimas yra labai nežymus, gali neperžengti aukštutinių normos ribų (Bacmeister).

Susirgimo pradžioje eritrocitų skaičius nėra sumažėjęs, net priešingai, yra dargi padidėjęs. Kai nuo toksinių medžiagų eritrocitai griūva, tai savo griuvimo produktais skatina naujų eritrocitų gamybą, o jų pasigamina ne tik tiek, kiek jų sugriūva, bet dar daugiau, tuo būdu susidaro nedidelė eritrocitozė, siekianti iki 6 milijonų eritrocitų su 100% Hb (Starlinger). Vėlyvesnėje stadijoje, kada tuberkuliozės toksiniai produktai pakenkia ne vien eritrocitus, bet ir kaulų čiulpus, tai eritropoezė sumažėja. Įvyksta hipochrominė anemija, kartais gana didelio laipsnio, primenanti net anaemia aplastica. Kartu su kraujo vaizdo pakitimu, kinta eritrocitų nusėdimo greitis. Šuolių metu

turime didesnį, o remisijos metu mažesnį eritrocitų nusėdimo pagreitėjimą.

Čia dar tenka paminėti keletas ligų, kurios šiaip gali išsivystyti be limfo-hematogeninės tuberkuliozės, bet yra atvejų, kai hipererginis žmogaus organizmo stovis yra tų ligų priežastimi.

Viena iš dažnesniųjų yra asthma bronchiale. Jau šiaip asthma bronchiale patogenezėje yra alerginis veiksnys ir į šitą susirgimą žiūrima, kaip į alerginę organizmo reakciją. Dažnai pavyksta tam tikros medžiagos susekti, kaip astmos priežastis, bet neretai matomi, prašviečiant rentgeno spinduliais krūtinės ląstą, sugijusieji buvusios tuberkuliozės židiniai plaučiuose. Jautrumas tuberkulinui astmos metu taippat yra nemažas. Čia nenoriu tvirtinti, kad vien tuberkuliozės toksinės medžiagos yra svarbiausia astmos priežastimi, bet vieną iš priežasčių noriu priskirti ir šitam susirgimui.

Kitas toks susirgimas yra ulcus ventriculi. Jau Hausmann ir v. Bergmann nurodo vegetatyvinės nervų sistemos, ypač n. vagus, įtaką ulcus ventriculi susidaryti. Hipererginis stovis, kur šuolis ir remisija kaitaliojasi čia vagus, čia sympathicus dirginimu, taippat gali būti viena iš priežasčių, padedančių ulcus ventriculi atsirasti. Dar dažniau tenka girdėti intoksikacijų tuberkuliozinių bacilų veiklos produktais atvejais ligonių skundų įvairiais virškinimo sutrikimais. Dažniausias skundas yra skausmai po krūtine, skrandžio srityje, susiję su valgiu. Skausmai dažnai yra tokie dideli, kad ligoniai vengia ką nors valgyti, bijodami juos padidinti. Vėmimo ar viduriavimo nebūna, viduriai dažniausiai kieti. Tirdami skrandžio sunką, randame rūgštingumą normos ribose, ręčiau nedidelį rūgštingumo padidėjimą. Tiriant rentgenologiškai taippat kurių nors patologiškų pakitimų nepastebima. Reikia pridurti, kad nemažas tos rūšies ligonių skaičius kreipiasi vien tik del skrandžio skausmo, visai nejausdami tuberkuliozės reiškinių. Čia taippat kaltas padidėjęs ligonio jautrumas į toksinius tuberkuliozės produktus.

Aukščiau aprašytieji sindromai gali pasirodyti paskiri, bet kartais grupuojasi po kelis arba net ir visi kartu. Pastaraisiais atvejais susidaro būdingas kliniškas vaizdas su savotiška anamneze ir status praesens.

Šitokie ligoniai atvyksta nusiskųsdami nervišku jautrumu, dideliu nuovargiu, dažnai su nemiga. Skundžiasi negalį nieko dirbti, nežiną, kas su jais pasidarę, nes nerandą sau vietos. Esą nedideli skausmai tarpupetyje, užpakalyje krūtinkaulio arba net širdies srityje. Skausmai dieglio arba deginimo pavidalu. Ligonis jaučiąs, kad jam stingą orò, o krūtinė lyg suveržta. Iš širdies

pusės skundžiąsi sunkumu širdies plote ir atrodo lyg širdis kartais sustojanti plakusi. Iš virškinamųjų takų skundų dažniausiu yra kąsnis, stovįs gerklės gale. Ryjant jaučią skausmą išilgai stemplės. Apetito ligoniai neturį, o jei kiek užvalgą, tai viduriai atrodą labai pilni. Po valgio dažnai ėdąs riemuo, o po kaikurio laiko užeiną skaudėti po krūtine. Viduriai čia kieti, čia skysti. Šiaip įvairiose vidurių vietose neryškūs skausmai. Moterų tarpe nestinga skundų del mėnesinių sutrikimo. Paklausus apie gimines ar pažįstamus, neretai pavyksta susekti tuberkuliozinis kontaktas su kuriuo nors iš jų.

Apžiūrint pirmiausia krinta į akis subfebrilė t°-ra, 37,5°, aukščiausiai iki 38,0°C. Ji pakyla vakarais, po kurio nors intensyvesnio darbo ar mėnesinių metu. Bendra vegetatyvinė nervų sistema įtempta: ligoniai nerviški, blogo ūpo, yra liežuvio ir rankų drebėjimas, veidas čia pabąla, čia parausta, ryškus dermografizmas, pagyvėję refleksai ir t. t. Vyziukai dažnai nelygūs, bet taisyklingi ir jautrūs į šviesą. Apžiūrint krūtinę Mohrenheim'o duobių srityje dažnai stebima, kad veninis tinklas vienoje pusėje labiau išryškėjęs negu antroje. Sutrenkiant stuburo slankstelius, nedidelis skausmingumas jaučiamas II ir III th. arba XII th., I ir II l. srityje. Perkutuojant ir auskultuojant krūtinės ląstą, patologiškų pakitimų negirdėti. Vyraujant seroziniam sindromui, kartais paliai stuburą ar ties širdimi girdimas silpnas pleuros trynimasis. Kartu paprastai pračiuopiamos padidėjusios kaklo ir pažasties srityje limfinės liaukutės. Auskultuojant širdies sritį girdima gyva jos veikla ir ties mitraliniais vožtuvais sistolinis ūžesys. Tvinksnis labai nepastovus — nuo mažiausio judesio jis greitai padažnėja, o ramybėje vėl greitai grįžta į pradinį stovį. Kraujo spaudimas taippat nepastovus, bet šiaip, kaip ir visais kitais tuberkuliozės atvejais, labai žemas, svyruoja aukštumoje apie 100 mm Hg., turi didelę amplitudę ir žemą diastolinį spaudimą.

Prašviečiant krūtinės ląstą r e n t g e n o s p i n d u l i a i s, dažniausiai patologiškų pakitimų nematyti. Ryškiais atvejais, prašviečiant l. įstrižoje padėtyje matyti retrokardialiniame tarpe padidėjusios limfinės hilus'o liaukos. Jos ryškesnės, kai vyksta kalkėjimas. Padidėjusių hilus'o liaukų susekimas diagnostikai yra svarbus reiškinys. Tikrinant rentgenologiškai stemplę kartais pasireiškia spazmai arba ištemptiniai divertikulai. Širdies šešėlis pseudomitralizuotas. Kartotinai rentgenologiškai kontroliuojant plaučius, kartais pavyksta šuolių metu pastebėti smulkių diseminacijos dėmelyčių, kurios remisijos laikotarpiu greitai vėl gali pranykti. Be to, kartais pavyksta pastebėti įvairių nedidelių interlobinių pleuritų arba jų likučių.

Tirdami vidurius, įvairiose pilvo vietose pračiuopiame skausmingus taškus. Labiausiai jie koncentruojasi epigastrium'o srityje, kiek silpniau mesenterium'o prisisegimo vietoje bei ileo-coecal'inėje srityje. Pilvo sienelės nėra įtemptos ir skausmingumas jaučiamas tik gilios palpacijos metu. Šuolių metu alsuojančiam pračiuopiama per porą pirštų iš po šonkaulių lanko išlendanti blužnis. Tiriant virškinamąjį aparatą rentgenologiškai, kaip jau minėta, patologiškų pakitimų nerandama, tik kartais dvylikapirštės žarnos srityje matyti bulbus duodeni deformacija. Žinoma, čia gali būti greta limfo-hematogeninės tuberkuliozės taippat ulcus duodeni arba appendicitis, bet jei turime bulbus duodeni deformaciją arba suaugimus be jokio ulcus, arba ileo-coecal'inėje srityje skausmus be apendicito, tai diferencialiai diagnozuojant reikia neužmiršti ir tuberkuliozės. Šitie suaugimai tuokart bus kilę iš pakitusių nuo tuberkuliozinės infekcijos limfinių liaukų cysterna chyli srityje.

Toksiniai ir hipererginiai tuberkuliozinės infekcijos veiksniai, be abejo, turi įtakos inkstams. Jie paveikia inkstų kamuolėlius sukeldami nedidelę albuminuria su mažais kiekiais eritrocitų šlapimuose. Tai pastebėjo francūzų klinicistai ir vykusiai pavadino albuminurie prétuberkuleuse. Jei, be tuberkuliozės, čia dar veikia židininė infekcija arba kurie nors kiti veiksniai, predisponuoją nefritams, tai jų visų įtakoje lengvai susergama židininiu nefritu.

Pirmoji ir antroji tuberkuliozės stadijos pagal Ranke's klasifikaciją praeina daugiausia vaikų amžiuje. Tuo būdu ir limfo-hematogeninė tuberkuliozė, kaip tų stadijų dalis, taippat turėtų tekti vaikystės laikotarpiui. Ištikrųjų, didelė dalis limfo-hematogeninės tuberkuliozės skaičiaus praeina vaikystės metais, bet tame stovyje atsiduria taippat ir suaugę žmonės.

Sugijus pirminiam židiniui plaučiuose, infekcija limfinėmis liaukomis dažnai eina labai išlėto. Infekcijos pirmyneigą kurioje nors liaukoje kaikuriam laikotarpiui sustoja, paskui del įvairių ar čia išorinių ar čia išvidinių priežasčių, susilpninančių žmogaus organizmo atsparumą, vėl įvyksta šuolis ir t. t. Net tretinėje tuberkuliozės stadijoje kartais tenka stebėti simptomų, primenančių limfo-hematogeninę tuberkuliozę. Starlinger ir kiti nurodo, kad limfo-hematogeninės tuberkuliozės susirgimams yra du predisponuoją periodai: brendimo laikotarpis, kai, pradėjus veikti lytinėms liaukoms, visa endokrininių liaukų sistema persitvarko, ir senatvės pradžioje, kai, joms nustojus veikti, endokrininės liaukos vėl persitvarko. Į senatvę, be to, prisideda dar įvairių veiksnių ar čia išoriškai ar išvidiškai susilpninančių žmogaus atsparumą tuberkuliozei. Pasak Staemmler'io ir Otto, iki 50 metų amžiaus pasitaiko 7% asmenų, kurių plau-

čiuose pirminis židinys yra sugijęs, o hilus'o liaukose jis progresuoja, o po 50 metų tokių asmenų pasitaiko net 32%. Nemaža jų matęs ir Anders po 45 metų, ypač, kai organizmas apsunkintas kuria nors kita liga, kaip, pvz., diabetes mellitus, nephrosclerosis ar carcinoma ir t. t. Atvaizduodamas limfo-hematogeninės tuberkuliozės simptomus, aš čia turėjau galvoje suaugusiųjų asmenų tuberkuliozę.

Kadangi slaptoji limfo-hematogeninė tuberkuliozė yra tik dalis tuberkuliozinių žmogaus susirgimų, dalis tos dramos, kuri dažnai prasideda kūdikystėje, tai pradžia jos, kaip ir visos tuberkuliozės, yra lėta ir visa eiga pasižymi savo lėtumu. Pradžioje nekreipiamas dėmesys nei į tuos neurasteniškus skundus, nei į menkus kliniškus reiškinius. Dažniausiai ligoniai laikomi neurastenikais, lanko vieną gydytoją po kito, ypač rudenį arba pavasarį, kada del vegetatyvinių bei endokrininių metinių svyravimų liga pablogėja. Kartais atskiri sindromai smarkiai išryškėja ir terapija nukreipiama tiesiai į juos. Pasitaiko taippat operatyvinių terapijos priemonių. Starlinger mini ligonį, kuris buvęs net 11 kartų operuotas be jokių rezultatų. Po operacijos, kaikuriam laikui praėjus, įvyksta desensibilizacija bei detoksikacija, ligonis pasijaučia keliems mėnesiams geriau, o paskui liga vėl grįžta iš naujo.

Diferencinė diagnostika limfo-hematogeninės tuberkuliozės nepaprastai sunki, o kartais visai neįmanoma ir tik, pavartojus ex juvantibus terapiją tuberkulinu, pavyksta įsitikinti, kurios ligos čia būta. Diagnostika dar labiau pasunkėja, kai prie tuberkuliozės susilpninto organizmo dar prisideda įvairūs kiti susirgimai su panašiais simptomais. Kelrodžiu diferencinėje diagnostikoje yra žmogaus organizmo jautrumas toksinėms tuberkuliozės bacilų medžiagoms — tuberkulinui. Seniau buvo priimta organizmo jautrumas mėginti su 0,1 mg tuberkulino. Liebermeister pastebėjo, kad šitasis davinys toli gražu perdidelis ir hipererginio arba, kaip Liebermeister pataria vadinti, diserginio stovio atveju pakanka daug kartų mažesnių davinių teigiamai intrakutaninei reakcijai gauti. Jis laiko, kad hiperergi nis stovis yra tuokart, kai organizmas reaguoja į 10^{-15} iki 10^{-7} gr tuberkulino, pavartoto intra cutem, o reaguojant į 10^{-6} iki 10^{-4} tuberkulino, tai hipoergija. Todėl susekus, kad ligonis su aukščiau išvardytais nusiskundimais yra hipererginiame stovyje, reikia manyti, kad jis serga slaptąja limfo-hematogenine tuberkulioze.

Baigdamas turiu dar pažymėti ir pabrėžti, kad visi minėtieji sindromai pasitaiko įvairių kitų toksiškai infekcinių susirgimų atvejais. Norint susekti, ar jie priklauso vien limfo-hematogeninei tuberkuliozei, reikalinga: 1) rūpestingai ištyrus ligonį,

išskirti visi toksiniai infekciniai susirgimai, kurie galėtų duoti panašų susirgimo vaizdą, ir 2) rasti žymių, iš kurių būtų galima spręsti, kad organizme esama aktyvaus tuberkuliozinio proceso.

Literatūra.

1) Anders H.: N. d. Klin. 1930 m. VI t. — 2) Bruns O.: N. d. Klin. 1932. IX t. — 3) Bruns O. u. Ewig W.: iš „Spez. Path. u. Ther. inner. Krankh." Kraus u. Brugsch. 1924 m. III t. — 4) Elvikis J.: „Liet. Medic." 1941, 9—12 nr. — 5) Engel St.: N. d. Klin. 1930. V t. — 6) Hübschmann P.: Pathologische Anatomie der Tuberkulose. — 7) Klotz: N. d. Klin. 1934, XII t. — 8) Kupčinskas J.: Ūminio reumato etiologijos ir patogenezės klausimu. Disertacija. 1937. — 9) Lašienė: Med. fak. darbai 1939, VI t. 1—2 kn. — 10) Liebermeister G.: N. d. Klin. 1931. VII t. — 11) Liebermeister G.: N. d. Klin. 1935, XIII t. — 12) Pagel: Die allgem. pathomorphologisch. Grundlag. der Tuberk. — 13) Ranke K. E.: Ausgewählte Schriften zur Tuberkulosepathologie. 1928. — 14) Redeker F. u. Walter V.: Enstehung. u. Entwichlung der Lungenschwindsucht des Erwachsenen. 1929. — 15) Schwenkebecher u. Eimer: N. d. Klin. 1929, III t. — 16) Simon G. u. Redeker F.: Kindertuberkulose. 1926. — 17) v. Staemmler u. Otto: M. m. W. 1939, 18 nr. — 18) Starlinger.: N. d. Klin. 1937, XIV t. — 19) Ulrici H.: Diagnostik u. Therapie der Lungen - u. Kehlkopftuberk. 1933. — 20) Bacmeister A.: Lehrbuch der Lungenkrankheiten. 1931.

Zusammenfassung.

Der Verfasser beschreibt Fälle von lymphohaematogener Tuberkulose, die sich unter dem Bilde anderer Krankheiten verbergen. Er teilt sie ein in seröse, rheumatoide, vegetativ - endokrinische, psycho - neurotische und haematopoetische Syndrome. Die erwähnten Syndrome kommen einzeln oder zusammen vor und zeigen charakteristische Krankheitsbilder. Bei der Differiantialdiagnose sind die ähnlichen Krankheiten zu beachten.

D-ras V. Paprockas,
buvęs Savitarp. Pagalbos sanatorijos gydytojas-chirurgas.

Plaučių tuberkuliozės chirurgiško gydymo indikacijos ir kontraindikacijos.

(Iš V. D. Un-to Hospitalinės Chirurginės klinikos).

A. ĮVEDAMASIS ŽODIS.

Moderniajame plaučių tuberkuliozės gydyme daug vietos skiriama chirurgiškai kolapsinei terapijai. Jos taikymo sritis ir galimumai nebetelpa tuose senuose rėmuose, kurie buvo sudaryti XX-tojo amžiaus pradžioje. Jeigu tuo metu torakoplastikos klasiškos indikacijos galima buvo apibūdinti vienu sakiniu, tai šiandien toli gražu to nepakanka. Kiek daug dėmesio mūsų laikais skiriama chirurgiškai kolapsinei terapijai, matyti

iš M. Kirschner'o „Allgemeine u. spezielle chirurgische Operationslehre“ (1940 metų), kame šitam klausimui nagrinėti pašvęsta 200 su viršum puslapių.

Chirurgiška kolapsinė terapija ypač pažengė priekin paskutiniame dešimtmetyje. Šių laikų vokiečių (Graf, Kremer, Sauerbruch ir kt.), prancūzų (A. Maurer, Dreyfus — Le Foyer, Bérard ir kt.), šveicarų (G. Maurer, Schuberth, Jessen ir kt.), italų (Morelli, Monaldi ir kt.), amerikiečių (J. Aleksander, Coryllos, O'Brien ir kt.), norvegų (Bull, Holst, Semb ir kt.) mokyklos įnešė naujų pradų į chirurgišką plaučių tuberkuliozės gydymą. Kilęs 1939 metais karas užkirto kelią juos platesniu mastu įvertinti ir išsamiau išnagrinėti.

Prieš pat šį karą ir jojo metu išvydusios pasaulį kelios chirurgiškos kolapsinės terapijos metodės bei modifikacijos sunarpliojo atskirų metodžių taikymo ribas; šiandien nelengva nustatyti, kur baigiasi vienos tų metodžių taikymo riba ir kur prasideda kitos kompetencija. Neaiškumo įneša dar tas faktas, kad vieni kiti autoritetai kaikurių naujoviškų gydymo būdų (pvz., Sauerbruch'as endokavitinės aspiracijos) atžvilgiu laikosi rezervuotai. Todėl terapiniu tikslu pasirenkant vieną ar kitą plaučių tuberkuliozės chirurgiško gydymo metodę, kaip stiprus elementas, figūruoja subjektyvūs samprotavimai. Čia gydytojas lieka ištikrųjų menininkas - individualistas. Tačiau tatai dar nereiškia, kad gydymo metodžių gausybėje negalėtume rasti taikymo dėsningumo.

B. TRYS KOLAPSINĖS TERAPIJOS RŪTULIAVIMOSI LAIKOTARPIAI.

Norint nagrinėti šių dienų chirurgiškos kolapsinės terapijos metodes, tenka peržvelgti jos rūtuliavimasis, kuris skirstomas į tris laikotarpius.

Pirmasis laikotarpis — ribota šonkaulių rezekcija. Pradžią jam davė Quincke (1887 m., Kiel), Spengler (1890 m., Davos) ir Turban (1896 m., Davos), siūlydami taikyti ribotą šonkaulių rezekciją išimtinai susirgusioje plaučių dalyje. Jie yra chirurgiškos kolapsinės terapijos pirmtakūnai. Operatyviam gydymui indikacijos išplaukė iš šio Carl Spengler'o apibūdinimo: *„Die Möglichkeit der Heilung fortgeschrittener Phthisen mit grossen Kavernen sei eben an die Bedingung geknüpft, dass sich dem Narbenzug der zur Heilung tendierenden Kaverne keine unüberwindlichen mechanischen Hindernisse in den Weg stellen“.*

Nuodugniai ir tiksliai išdirbtas intervencijos planas visų pirma susidūrė su menku techniišku prityrimu. Kaipo išdava,

buvo gautas per silpnas mechaniškas veikimas. Be to, dažnai įvykdavo iš tąja metode gydomos viršutinės skilties į proceso nepaliestą sveikąją plaučių dalį sekrecijos aspiracija ir diseminacija. Metodė, aplink kurią buvo susispietę gana daug šalininkų (Bier, Lander, Mikulicz ir kt.), nepateisino lūkesčių.

Pažymėtina, kad priešbakteriologiniame laikotarpyje diferencialinė diagnozė tarp plaučių absceso ir tuberkuliozinės kavernos buvo nepakankamai ryški. Tik Robert'ui Koch'ui 1881 m. atradus tbk. lazdelę, išvestas griežtas skirtumas tarp įvairių nespecifiškų ir tuberkuliozinių tuštimų susidarymo plaučiuose. Todėl iki tbk. lazdelės atradimo plaučių kavernų (kaip ir plaučių abscesų) gydymas buvo chirurgų žinioje. Įdomu tai, kad iš Zang'o darbo, rašyto 1818 m., matyti, jog jau tuo metu buvo skiriamas plaučių abscesas (absc. pulmonum internus) nuo empyemos (absc. pulmonum externus) ir abu šitie susirgimai buvo gydomi taippat chirurgišku būdu.

Antrasis laikotarpis — išplėsta šonkaulių rezekcija. Antrajam laikotarpiui pradžią davė Carlo Forlanini'o 1882 metais pasiūlytas dirbtinis intrapleurinis uždaras pneumotoraksas. Brauer pasinaudojo šiuo totalinio kolapso principu ir pritaikė jį torakoplastiniam krūtinės susiaurinimui, 1907 metais pasiūlydamas herojišką operaciją — ekstrapleurinę totalinę dekostaciją. Brauer'o pavedamas, tais pačiais metais šitą operaciją atliko Friedrich, tačiau tą pernelyg didelį įsikišimą nedaug ligonių pakeldavo. Be to, jei kurie iš jų ir išlikdavo gyvi, tai jų tarpe pasitaikydavo neigiamų reiškinių mediastininio virpėjimo bei švytuoklinio oro pavidalu, kas atsiliepdavo į antrųjų plaučių darbą. Pats Brauer galvojo, kad šitų šalutinių reiškinių priežastis glūdi tame, kad krūtinės siena ne vietoje ir neteisinga forma rezekuojama. Imta ieškoti mažiau pavojingų ir ne tiek kūną žalojančių metodžių.

Čia daug nusipelnė Sauerbruch, 1911 metais pasiūlęs paravertebrinę ekstrapleurinę totalinę plastiką ir suskaldęs ją į du arba daugiau etapų. Metodę autorius pagrindo gausia medžiaga, su kuria jam teko susidurti dirbant Zürich'e, Davos'e, München'e. Intervencijos principas — atpalaiduoti susirgusius plaučius ir suteikti jiems ramybę, tuo būdu pakeičiant kraujo bei limfos apytaką.

Apie tą laiką kitų autorių pasiūlytos torakoplastikos, k. a. Wilms'o piliorinė rezekcija, Brauer'o subskapulinė paravertebrinė torakoplastika, pagrįstos tais pačiais samprotavimais. Jais taippat remiasi kitos metodės, būtent, frenikotomija (Stuertz, Wilde, Sauerbruch, Goetze, Oehlecker), frenikoeksherezė (Felix ir Lebsche), ekstrapleurinis plombavimas (Tuffier, Baer), ekstrapleurinė tamponada (Schlange), skalenotomija (Harms

LTSR VALSTYBINĖ BIBLIOTEKA L9620

ir Grünewald, Löschke ir Rost), interkostalinių nervų perkirpimas (John, Alexander), jų alkoholizacija (Lunardi, Leotta) ir kt.

Iki I-ojo pasaulinio karo pabaigos Sauerbruch'o paravertebrinė totalinė torakoplastika ir Brauer'o subskapulinė paravertebrinė torakoplastika, kaip chirurgiškos kolapsinės terapijos metodės, buvo plačiai žinomos ir lygiai dažnai taikomos.

Totalinė torakoplastika esant ne visiems plaučiams proceso paliestiems aukoja didesnę ar mažesnę dalį funkciškai veiklių, praktiškai sveikų plaučių. Vadinasi, totaliteto principo pritaikymas gali būti pateisintas tik ten, kur ligos paliesta visa plaučių pusė arba tada, kada operacija ligoniui taikoma kaip ultimum refugium.

Totalinės torakoplastikos indikacijos bazavosi trimis veiksniais:

1. fibroplastine tuberkuliozės forma,
2. proceso griežtu unilaterumu,
3. pakankamai sustyrusiu mediastinum'u.

Tik nežymi dalis sergančių plaučių tuberkulioze ligonių turėjo tuos tris privalumus. Daugumai šita intervencija, palyginus su ribotu susirgimo židiniu, buvo pernelyg didelė — neretai tekdavo aukoti visa sveikoji apatinė plaučių skiltis.

Kilo noras mažesnių židinių nešiotojams pritaikyti atitinkamą chirurgiškos kolapsinės terapijos būdą. Didėjant kliniškiems patyrimams, gerėjant skausmų malšinamosioms priemonėms, tobulėjant rentgeninei technikai, žodžiu, iš pagrindų pakitusiomis sąlygomis, prasideda chirurgiško hiperaktyviteto atslūgimas. Vėl grįžtama prie senų Quincke's, Spengler'io, Turban'o idėjų...

Tretysis laikotarpis — grįžimas prie pirmajame laikotarpyje iškeltų minčių. Atsargiai, pamažu pradėta mėginti saugoti funkciškai veiklus plaučių audinys, tuo pačiu metu siekiant susirgimo židinyje visiško kolapso. Šitam laikotarpiui davė pradžią Sauerbruch kartu su Muralt'u, 1913 metais pasiūlydami paravertebrinę viršutinę dalinę torakoplastiką. Plačiu mastu imta atsisakyti nuo apatinės krūtinės dalies siaurinimo (Lembert ir Miller, 1924 m.; Alexander, 1924 m.; Lilienthal, Barry, 1929 m.), nes paaiškėjo, kad aspiracijos pavojus iš viršutinės plaučių dalies į apatinę nėra toks didelis, kaip kad pirmiau buvo įsivaizduota. Taippat griežtas reikalavimas, kad būtų unilateralinė tuberkuliozė pakeista „praktiškai unilateraline" sąlyga.

Iki 1924 metų gyvai diskutuotas klausimas, vienu ar keliais momentais darytina torakoplastika, buvo išspręstas dviejų mo-

mentų naudai. Šituo esminiu klausimu diskusijos buvo galutinai baigtos 1930 metais, kai Tarptautiniame Tuberkuliozės kongrese Osloje Bull statistiškai tatai įrodė.

Trečiojo laikotarpio pradžioje vien plaučių viršūne apsiribavusi operacija — „viršūnės plastika“ ilgainiui teko praplėsti į „totalinę viršutinės krūtinės dalies plastiką su selektyviniu kolapsu“. Vis daugiau stengiamasi siekti Brauer'o seniau reikalauto sergančios plaučių dalies totalinio kolapso, tuo pačiu metu saugant funkciškai veiklų plaučių audinį. Vadinasi, susidarė paradoksiškai skambanti definicija — dalinis totalinis kolapsas su optimalinėmis funkcijuoti sąlygomis sveikajai plaučių sričiai. Nuo 1929 metų sparčiai pradėta jieškoti šitam principui techniško išreiškimo. Stengiamasi rasti mažiausios ir greičiausios intervencijos tikslui pasiekti. Tretysis chirurgiškos kolapsinės terapijos laikotarpis pradėjo sparčiai rūtuliuotis. Graf, Bernou, Fruchaud, Bernard, Proust, Rolland, A. Maurer (Paryžius), G. Maurer (Davos), Thomsen, Kremer, Heller, Holst, Lilienthal, Lauwers, Monaldi, De Winter, Sebrenchts, Semb — tai vis vardai, kurie yra susiję su šituo laikotarpiu.

Iki šiol pasiūlyta daugybė chirurgiškos kolapsinės terapijos būdų, papildytų įvairiomis variacijomis ir kombinacijomis su ekstra- arba intrapleuriniu pneumotoraksu bei oleotoraksu. Suminėsime tiktai kaikuriuos iš jų: 1) subskapulinė paravertebrinė viršutinė dalinė plastika pagal Sauerbruch'ą-Kremer'ą, 2) seansais suskaldyta viršutinė dalinė plastika pagal Graf'ą, 3) viršutinė dalinė plastika pagal Heller'ą, 4) ekstrafascialinė apikolyzė pagal Semb'ą, 5) keturių arba penkių šonkaulių rezekcija su mentės intratorakine dislokacija pagal Gustav'ą Maurer'ą, 6) kombinuota pleurolyzės-viršūnės plastika pagal Graf'ą, 7) sub- arba ekstraperiostinė paravertebrinė torakoplastika pagal A. Maurer'ą (prancūzas), 8) ekstraperiostinė krūtinės viršutinės dalies mažoji plastika pagal Graf'ą, 9) ekstrapleurinis selektyvinis pneumotoraksas bei cleotoraksas pagal Graf'ą, 10) anterolateralinė elastinga plastika pagal Monaldi, 11) apikolyzė su viršūnės plomba pagal Baer'ą, Sauerbruch'ą, Heller'ą, 12) endokavitarinė aspiracija pagal Monaldi.

Trečiajam laikotarpiui daug yra nusipelnęs Graf, siūlęs įvairias metodes, į kurias, ypač į „Die callusfreie Obergeschosskleinstplastik“, pasiūlytą šito karo metu (1941 metais), autorius deda daug vilčių.

Ekstremistiškai gimusio individualistinio gydymo šiandien įvertinti neįmanoma, nes visų pirma nuo jo taikymo pradžios praslinko palyginti ne daug laiko, o, be to, jis tebėra rūtuliavimosi stadijoje. Tik dar kartą įsidėmėtina, kad šitoje rūtuliavimosi stadijoje grįžtama prie chirurgiško plaučių gydymo užuomazgoje iškeltų minčių. Grįžtama su žymiai didesniu kliniškų patyrimu, apsišarvavus moderniomis tyrimo metodėmis ir, kas svarbiausia, su gausiu žinių bagažu. Tai, ko negalėjo atsiekti Scharp (1769 m.), Krimer (1829 m.) arba kitas kuris anų laikų klinicistas, kad ir, pvz., gydydamas su troakaru tuberkuliozinę kaverną, tą atsiekia Monaldi ir jojo metodės šalininkai. Džiuginamieji rezultatai nėra vien patobulintos gydymo technikos nuopelnas ir nėra vien tobulos diagnostikos išdava. Svarbiausia — mūsų amžiuje į susirgimą pažiūrėta iš kito taško. Į plaučių tuberkuliozę nebežiūrima, kaip į vietinį procesą: ji yra bendrinis organizmo susirgimas su manifestiniu židiniu plaučiuose.

C. ATSKIRŲ CHIRURGIŠKOS KOLAPSINĖS TERAPIJOS VEIKSMŲ TAIKYMAS.

Patyrimas parodė, kad nė viena chirurgiškos intervencijos priemonių savo efektingumu negali konkuruoti su dirbtiniu uždaru intrapleuriniu pneumotoraksu, jei tiktai šitas laiku uždedamas ir teisingai pravedamas. Todėl bet kurios chirurgiškos kolapsinės terapijos priemonės pritaikymo klausimas gali kilti tik tuo atveju, kai pneumotoraksas yra negalimas, nesėkmingas arba kontraindikuotinas (pvz., esant didelei, sustyrusiomis sienomis, kavernai). Reikia pripažinti, kad operatyvinių intervencijų kiekis tuberkulioziniams ligoniams žymiai sumažėtų, pradėjus taikyti pneumotoraksą laiku, t. y. plaučių tuberkuliozės „pradinėse“ stadijose.

Chirurgiškos kolapsinės terapijos indikacijos žymia dalimi priklauso nuo: pleuros suaugimų lokalizacijos, plaučių kapaciteto, destruktyvaus židinio padėties, proceso pobūdžio ir ligonio bendrinio stovio. Lengva įsitikinti, kad chirurgiško įsikišimo parinkimas esant neefektyviam dirbtiniam pneumotoraksui svarbiausiai yra susijęs su mechaniško veiksnio apskaičiavimu: baigti spausti tą ar kitą plaučių vietą, atpalaiduoti plaučius nuo žalingo tempimo destrukcijos židinio srityje. Proceso pobūdžio

įvertinimas yra pagrindinis kriteriumas chirurgiškai intervencijai pritaikyti.

Prie internistinių kolapsinės terapijos veiksmų priskiriami: 1) pneumotoraksas, 2) oleotoraksas, 3) torakokaustika, 4) pneumoperitoneumas ir kt. Kaip chirurgiškos kolapsinės terapijos metodės, yra: 1) dirbtinis diafragmos paralyžius, 2) ekstrapleurinis selektyvinis pneumotoraksas bei oleotoraksas, 3) ekstrapleurinis plombavimas, 4) endokavitarinė aspiracija pagal Monaldi, 5) torakoplastika, 6) bridų perskėlimas atidarius krūtinę, 7) pneumotomija, 8) interkostinių nervų rezekcija, 9) susirgusiuose plaučiuose veninės hiperemijos sužadinimas stenozuojant veninę kraujo apytaką intrapleuriniu (Kirschner 1931 m.) arba transperikardiniu - ekstrapleuriniu (Valkanyj, 1938 m.) keliu, 10) viršutinių torakinių truncus sympathicus ganglijų rezekcija plaučių viršūnėje hiperemijai sukelti (Balanesco, Adamesteano ir Teodoreano, 1937 m.) ir kt. Kaikurios iš jų chirurgiškoje kolapsinėje terapijoje vaidina svarbų vaidmenį ir jųjų pritaikymo atvejus mes dabar panagrinėsime; kitas gi, rečiau taikomas chirurgiškos kolapsinės terapijos metodes, aplenksime.

I. Dirbtinis diafragmos paralyžius.

Dirbtinį diafragmos paralyžių, kaip savarankišką kolapsinės terapijos priemonę, pasiūlė 1911 metais Stuertz. Jis tikėjosi phrenicotomia paveiksiąs teigiama prasme izoliuotas apatinės skilties kavernas tais atsitikimais, kai pneumotorakso del pleuros lapelių sulipimo uždėti negalima. Kadangi intervencija nesudėtinga, tai ji labai greit paplito ir pradėta taikyti taippat viršutinės plaučių skilties židiniams. Tačiau pasėkos retai kada pateisino lūkesčius: diafragmos paralyžius dažnai vėl atsitaisydavo arba iš viso visiško paralyžiaus nebūdavo. Walter'o Felix'o (1920 m.) išsamios anatominės studijos parodė, kad dažnas frenikotomijos nepasisekimas glūdi nervo gausiuose variantuose ir komplikuotame kelyje. Willy Felix ir Lebsche tam, kad nutrauktų atitolusias ir šalutines šakas ir tuo būdu gautų pastovų diafragmos paralyžių, pasiūlė n. phrenicus išrauti; iš frenikotomijos buvo gauta frenikoeksherėzė.

Pradėjus taikyti frenikoeksherėzę paaiškėjo, kad, nepaisant visiško diafragmos paralyžiaus, vis delto intervencijos rezultatai nebūdavo vienodi. Įsitikinta, kad to priežastis glūdi pleuros sulipimų nevienodume. Gali būti sulipę: 1) interlobiniai plyšiai, 2) lateraliniai pleuros lapeliai, arba 3) bazaliniai pleuros lapeliai. Paaiškėjus, kad diafragmos veikimo išdavos pareina dar nuo kavernos struktūros bei pakitimų kavernos aplinkoje,

prieita išvada, jog ne vien kavernos padėtis nulemia jos reagavimą į diafragmos paralyžių.

Pasirėmus naujaisiais tyrimais (Keith ir Weber), sužinota, kad plačiai kvėpuoja ne kaip vienetas, bet suskaldyti į atskiras skiltis. Reikia skirti viršutinės skilties — kostovertebrinis mechanizmas nuo apatinės skilties — kostodiafragminio mechanizmo. Šeši viršutiniai šonkauliai priklauso viršutinės skilties judėjimo aparatui, kurs plaučius ventiliuoja svarbiausiai transversaline kryptimi; likusieji apatiniai šonkauliai priklauso apatinės skilties, kuri daugiau ventiliuojama sagitaline kryptimi. Šeštasis, kartais septintasis, šonkaulis sudaro ribą. Dešiniųjų plaučių vidurinė skiltis priklauso viršutinės skilties. Vadinasi, interlobinis plyšys vaidina „slidinėjančio surakinimo" vaidmenį. Šitame suskaldytame kvėpavimo mechanizme, kuris pastaruoju metu Weber'o kimografiškais tyrimais vaizdžiai įrodytas, reikia jieškoti priežasties, kodėl diafragmos paralyžius viršutinės skilties procesą tik tuo atveju teigiamai veikia, kai interlobinis plyšys yra suaugęs.

Trakcijos susilpninimas vertikaline ašimi yra vienas iš esminių momentų, nulemiančių diafragmos paralyžiaus indikaciją. Esant šoninei trakcijai (lateralinis suaugimas) nuo diafragmos paralyžiaus efekto laukti netenka.

Diafragmos paralyžius gali būti taikomas, kaip: a) savarankiška, b) pagalbinė ir c) paruošiamoji intervencija.

a) Pirmoji dirbtinio diafragmos paralyžiaus pritaikymo sritis — kaip savarankiška intervencija.

Savarankiškos intervencijos šalininkų tarpe yra Sauerbruch, Ernst, Siding-Larsen. Dauguma autorių (Deist, Alexander, Davies, Höring, Kremer ir kt.) laikosi tos nuomonės, kad diafragmos paralyžius, kaip savarankiška operacija, taikytinas labai siauruose rėmuose, būtent, tik esant apatinės skilties procesui. Geriausiai paveikiami vidutinio sunkumo arba sunkūs, bet neišplytėję židiniai, pirmiausia produktyvinio pobūdžio; taippat neblogai reaguoja eksudatyviniai židiniai su mažomis arba vidutinio didumo kavernomis. Sachs, Noak ir kt. pataria frenikoeksherėzę iš kavernos kraujavimui sulaikyti, nors kaikas (Kan, Bonime) gerų rezultatų iš to nėra gavę. Jeigu procesas lokalizuojasi vidurinėje arba viršutinėje plaučių dalyje, diafragmos paralyžius, kaip savarankiška operacija, retai kada taikytinas. Tačiau jis gali būti išmėgintas toms viršutinės arba vidurinės plaučių dalies linkusioms surumbėti kavernoms, kurios del pleuritinių suaugimų negali kolabuoti. Bet šituo atveju prieš intervenciją turi būti

konstatuota, jog diafragmos judesiai atsiliepia iki pat viršūnės; turi būti sulipę interlobiniai plyšiai, o taippat suaugusi su diafragma plaučių bazė. Taipgi diafragmos paralyžius leistinas taikyti po intrapleurinės torakokaustikos, kai viršutinės skilties suaugimai yra perskelti arba kai tatai padaryti neįmanoma.

b) Antroji dirbtinio diafragmos paralyžiaus pritaikymo sritis — kaip pagalbinė intervencija.

Diafragmos paralyžius gali būti taikomas kitoms intervencijoms papildyti, k. a. totalinei plastikai pagal Sauerbruch'ą, Brauer'į, viršutinei bei viršūnės plastikai, ekstrapleuriniam selektyviniam pneumotoraksui ir pan. Paralyžavus diafragmą, išjungiama jos trakcija ir tuo būdu sudaromos geresnės sąlygos kavernai subliukšti.

Gana plačiai taikomas diafragmos paralyžius, kaip pagalbinė priemonė dirbtiniam pneumotoraksui, kai kavernos yra apatinėje arba vidurinėje plaučių dalyje ir pneumotorakso veikimui rodo pasipriešinimą (Epstein, Zehner, Welles), nors kiti autoriai į tai žiūri abejingai (Alexander, Tingvald, Dumarest).

Dirbtinį diafragmos paralyžių kaikas (Epstein 1927 m., Rondoni 1928 m., Davies 1933 m., Mattina 1936 m.) pataria daryti baigus gydymą pneumotoraksu. Ypatingai tuo atveju, kai ligonis buvo gydytas del didelės kavernos apatinėje arba vidurinėje plaučių dalyje, kuri aplinkiniams audiniams randėjant gali būti tik tariamai išnykusi. Nustojus tokiems ligoniams taikyti pneumotoraksą, kvėpavimo judesių įtakoje susidaro pavojus vėl išsitempti kavernai. Dirbtinis diafragmos paralyžius pirmiau buvo rekomenduojamas taippat kartotinio pneumotorakso intervalams prailginti, tačiau šita indikacija, kaip neturinti pagrindo, yra atmesta.

c) Trečioji dirbtinio diafragmos paralyžiaus pritaikymo sritis — kaip paruošiamoji intervencija.

Sauerbruch dirbtinį diafragmos paralyžių taiko ligoniams prieš torakoplastiką norėdamas išaiškinti, kaip ligonis reaguos į palyginti mažą, nepavojingą intervenciją, siaurinančią plaučių kvėpuojamąjį paviršių. Ypatingai tatai rekomenduojama ligoniui, sergančiam bilateraline tuberkulioze, norint patikrinti, kaip sveikesni plaučiai reaguos į blogesnių plaučių dalinį kolapsą. Dirbtinis diafragmos paralyžius taippat daromas tais atsitikimais, kada pneumotorakso uždėti negalima, o plastikos pritaikyti neįmanoma del blogo imunobiologinio ir bendro organizmo stovio. Aprašoma nemaža atsitikimų, kada, pritaikius

dirbtinį diafragmos paralyžių, tik ką suminėtieji ligoniai žymiai pasitaiso ir net kartais būna nebereikalingi jokios kitos intervencijos; arba bendrinis jų stovis tiek pagerėja, jog be didelio vargo vėliau galima pritaikyti torakoplastika (Matson, 1930 m.).

Pirmiau Sauerbruch ir kt. labai mėgdavo dirbtinį diafragmos paralyžių, kaip paruošiamąją intervenciją torakoplastikai, ligoniui apsaugoti nuo aspiracijos pavojaus. Tačiau šitos indikacijos šalininkų skaičius kas kartas mažėja. Prieš šitą indikaciją gana griežtai yra pasisakęs Kirschner XIX-me Bavarijos Chirurgų D-jos suvažiavime 1934 m.*). Diskutuodamas tuo klausimu Kirschner pareiškė, kad frenikoeksherėzė, kaip paruošiamoji torakoplastikai intervencija, esanti ne tiktai ne naudinga, bet tiesiog žalinga. Ji išjungianti iš funkcijavimo dalį sveiko plaučių audinio. Kirschner'o manymu, tuberkuliozinių skreplių aspiracijos pavojus į apatinę plaučių dalį iš aukščiau esančios kavernos, nepadarius frenikoeksherėzės, esąs menkas. Pasak jo, teoriškai galvojant, turėtų būti kaip tiktai priešingai: gilesnės, ties diafragma esančios, plaučių vietos turėtų prisipildyti skreplių ir infekuotis juo daugiau, juo tos plaučių dalys mažiau paslankios, juo mažiau ekspektoruoja. Tuberkuliozinai skrepliai tokiu atveju susirenką žemiausioje vietoje, nelyginant vanduo stiklinėje. Jeigu gi plaučių paslankumas nesutrikęs, susidaro galimumas tiek daug skreplių iškosėti, kiek jų prisirenka inspiracijos metu. Semb taippat nepataria daryti frenikoeksherėzės prieš plastiką, nes dirbtinis diafragmos paralyžius kolapsui priešingą veikimą rodąs ir pasunkinąs plaučių komplikacijas.

Dirbtinis diafragmos paralyžius gali būti: 1) pastovus ir 2) laikinis.

Pastovus dirbtinis paralyžius gaunamas arba n. phrenicus išrovus, t. y., padarius pagal Walter Felix'ą ir Lebsche frenikoeksherėzę arba padarius radikalinę frenikotomiją pagal Götze (kuri dabar retai kada daroma).

Laikinis dirbtinis diafragmos paralyžius gaunamas n. phrenicus perspaudus (Friedrich, 1914 m.; O'Brien, 1929 m.), į jį injekavus anestezuojamojo skiedinio bei alkoholio (Henschen, 1916 m., Götze, 1920 m., Le Winter, 1933 m.), arba jį atšaldžius (Trendelenburg-Perthes). Atskirai pažymėtina, kad mano buvęs šefas a. a. prof. V. Kuzma yra pasiūlęs savo diafragmos paralyžiaus metodę — phrenicus'o dislokaciją, kurią jis L. Raud. Kryžiaus sanatorijoje ir savo klinikoje plačiai ir sėkmingai taikė**).

*) „Ztr. Bl. f. Ch." 1934 m. 38 nr., 2216 psl.
**) Penktojo Liet. Gydytojų Kongreso darbai, 216 psl.

Vienos ar kitos dirbtinio diafragmos paralyžiaus metodės taikymas pareina nuo to, kas norima atsiekti. Norint diafragmos paralyžių pritaikyti kaip savarankišką gydymo metodę, reikia daryti frenikoeksherėzė, taikant kaip pagalbinę intervenciją — darytina phrenicus'o dislokacija, alkoholizacija, atšaldymas, o taikant kaip paruošiamąją operaciją — pakanka net įšvirkšti į nervą novokaino skiedinio.

Kadangi dirbtinis diafragmos paralyžius praktiškai yra nepavojinga intervencija, tai šitai intervencijai kontraindikacijų kaip ir nėra, nors literatūroje aprašyta po jos net mirties atsitikimų. Todėl ligonis, turįs labilią kardiovaskularinę sistemą, prieš operaciją patartina atitinkamai paruošti.

II. Pleurolyzė.

Pleurolyzė, kitų vadinama ekstrapleurine pneumolyze, pneumonolyze, arba tiesiog pneumolyze, gali būti atliekama be plombavimo arba su plombavimu. Pleurolyzė be plombavimo taikoma ekstrapleurinio selektyvinio pneumo - arba oleotorakso pavidalu.

Mintis viršutinės skilties susirgimo židinį paveikti lokaliai paskatino Tuffier'ą (1891 m.) atidalinti nesveikoje vietoje plaučius kartu su pleura costalis nuo krūtinės sienos išvidinio paviršiaus, pripildant susidariusį ekstrapleurinį tuštimą oru. Pradžioje šita metodė maža kam buvo žinoma; ji pasidarė žinomesnė, Baer'ui 1913 metais pasiūlius plombavimui parafiną. Nuo to laiko pleurolyzės šalininkų skaičius žymiai padaugėjo. Iš pradžių ji buvo taikoma, kaip savarankiškas plaučių tuberkuliozės gydymo būdas, tačiau ilgainiui liko nustumta į pagalbinių priemonių vietą. Maždaug prieš dešimtį metų kaikuriems autoriams (Graf, A. Maurer ir kt.) vėl atkreipus dėmesį į ekstrapleurinį pneumotoraksą, kaip į savarankišką gydymo metodę, dalykas pasikeitė: vėl kartotinai imta ja domėtis ir plačiau taikyti. Šitas gydytojų prisirišimas prie pleurolyzės visai suprantamas; ji atlikti beveik visuomet lengva, todėl nuolat atsiranda chirurgų, jieškančių kelio pleurolyzę kuriuo nors būdu padaryti veiklią.

1. Ekstrapleurinis selektyvinis pneumo- -arba oleotoraksas.

1891 m. Tuffier'o aprašytas „Décollement pleuro- -pariétal" 1934 metais Graf'o nauja forma tapo atgaivintas ir po ketverių taikymo metų pasiūlytas, kaip savarankiška gydymo priemonė. 1938 m. Graf padarė išsamų pranešimą apie ekstrapleurinio selektyvinio pneumo - bei oleotorakso techniką. Jis pats ir nuo 1936 m. Walter Schmidt liko atsidėjusiais šitos

metodės šalininkais, siūlydami ją taikyti, nepavykus uždėti intrapleurinį pneumotoraksą. Be minėtų dviejų chirurgų, iki šio karo pradžios ekstrapleurinį pneumotoraksą plačiai taikė prancūzai A. Maurer ir Dreyfus-Le Foyer, kurie 1938 m. paskelbė savo pirmuosius stebėjimus. Tačiau jau tais pačiais metais pasigirdo priešingų balsų. Stegemann ir kt. ekstrapleurinio pneumotorakso taikymo atžvilgiu pareiškė rezervuotumą. Jų nuomone didesnėms kavernoms šitas gydymo būdas iš viso netaikytinas, nes susidariusiame nefiziologiniame tuštime susirinkęs eksudatas galįs virsti pūlingu ir tuo būdu ligoniui (ypač sunkesniam) labai pakenkti. Vėliau ir pats Graf pamatė, kad ekstrapleurinis pneumo - bei oleotoraksas vis delto gana dažnai duoda pooperacinių sutrikimų, o, be to, reikalingas išmokslinto, stropios prityrusio personalo pooperacinės priežiūros. Todėl 1939 metais, kaip šitos metodės pakaitalą, Graf pasiūlė vadinamą kombinuotą pleurolyzės-viršūnės plastiką, vis delto kartais neatsisakydamas nuo ekstrapleurinio selektyvinio pneumo - bei oleotorakso.

Iš visų kolapsinės terapijos metodžių intrapleurinis pneumotoraksas yra tobuliausias. Nekalbant apie tai, kad jis yra lengva ir praktiškai nepavojinga intervencija, primintina dar tai, kad intrapleurinis pneumotoraksas duoda visišką elastingą plaučių kolapsą, kuris, viena vertus, sudaro sąlygas plaučių randėjimui — teigiamas elastingas terapinis kolapsas, o antra vertus, plaučiams susitvarkius, pastarieji vėl atsipalaiduoja — neigiamas elastingas terapinis kolapsas. Be to, iš visų kolapsinės terapijos priemonių jis mažiausiai atsiliepia į krūtinės bei plaučių funkcijas. Net gi įvykus diagnostinei klaidai ir uždėjus intrapleurinį pneumotoraksą, ligonis nedaug nukenčia. Išeidamas iš šitų faktų ir pats Graf sako, kad intrapleurinis pneumotoraksas *„bis zur äussersten Grenze der Möglichkeit ausgewertet werden muss"*. Gal būt, vienintelis didesnis šitos metodės minusas — ilgai trunkąs juo gydymas.

Plaučių kolapsinėje terapijoje vyrauja šis dėsnis: juo didesnis chirurginis veiksmas, juo siauresnės to veiksmo indikacijos ribos. Ekstrapleurinis pneumo - bei oleotoraksas pagal padėtį yra tarp intrapleurinio pneumotorakso ir torakoplastikos. Todėl, viena vertus, jis gali būti taikomas ten, kur yra negalimas intrapleurinis pneumotoraksas, o, antra vertus, ten, kur indikuotina torakoplastika, bet esamomis sąlygomis ji negali būti pritaikyta.

Hartwig Schmidt ekstrapleurinio pneumo- bei oleotorakso idealia indikacija laiko daugybinius mikrokaverninius

uni- arba bilateralinius procesus. Prie šitos rūšies indikacijų jis taippat priskiria hematogeninius bilateraliai simetriškus procesus su multipline destrukcija, kurie į konservatyvią terapiją paprastai reaguoja labai gerai, bet nepaisant to neretai duoda recidyvų.

Išsamiau apibrėžia ekstrapleurinio pneumo- bei oleotorakso indikacijas savo monografijoje Walter Schmidt, todėl žymia dalimi mes čia pasinaudosime šito autoriaus mintimis.

Neabejotina, kad ankstyboms kavernoms intrapleurinis pneumotaksas yra patikimiausia gydymo metodė, kuri veda prie tikro kavernos panaikinimo ir tuo būdu prie visiško pasveikimo. Antra vertus, Hein, Kremer ir nemažas būrys kitų autorių siūlo sustyrusias, didesnes už mažą obuolį tercialines kavernas kaip taisyklė gydyti torakoplastika. Tarp šitų dviejų gydymo etapų yra didelė spraga. Nepaisant visų organizacinių priemonių, praktika parodė, kad žymi dalis ligonių kreipiasi į gydytoją, turėdami arba senesnes ankstybas kavernas, arba jaunesnes vėlybas kavernas, kada paprastai tarp pleuros lapelių sulipimas jau būna įvykęs faktas. Tokiais atvejais intrapleuralinio pneumotorakso uždėjimas, kad ir papildytas intertorakine kaustika, nieko gero negali duoti, o torakoplastika, atrodo, per anksti būtų taikyti. Čia, pasak W. Schmidt'o, kaip tik glūdinti ekstrapleurinio pneumo- bei oleotorakso pritaikymo absoliuti indikacija, ar čia būtų jis pavartotas kaip savarankiška intervencija, ar kaip paruošiamoji operacija torakoplastikai. Be šitos absoliučios indikacijos, gali būti taippat reliatyvių indikacijų. Tatai liečia procesus, kuriems taikytina kitokia negu ekstrapleurinė pneumotorakso gydymo metodė, tačiau ar čia del vietinių (bilateralinis procesas), ar čia del bendrų priežasčių (amžius, blogas širdies stovis) tas gydymas negali būti pritaikytas.

Vadinasi, pasak W. Schmidt'o, pleurolyzė su jąja lydinčiu ekstrapleuriniu pneumotoraksu bei oleotoraksu absoliučiai indikuotina kaip pakaitalas intrapleurinio pneumotorakso, kai pastarasis, kad ir papildytas torakokaustika, negali duoti teigiamų pasėkų. Tačiau tokiu atveju, anot to paties autoriaus, turinčios būti šios sąlygos:

1. Ligoniui prieš intervinciją turįs būti išmėgintas mažiausia 2—3 mėnesius konservatyvus gydymas higieniškai dietetinėje aplinkoje.

2. Tuberkuliozinis procesas turįs būti stabilizavęsis.

3. Visoms tercialinėms kavernoms (Ranke's prasme) ir sustyrusioms kavernoms ekstrapleurinis pneumotoraksas nederąs. Joms taikytinas permanentinis kolapsas, pvz., plastika.

4. Kavernos neturinčios būti žemiau VI-tojo šonkaulio užpakalinio apatinio krašto ir turinčios būti riboto didumo (ne didesnės už mažą obuolį).

5. Kontralateraliniai plaučiai turį būti laisvi nuo aktyvių židinių bei kavernų.

6. Kardio - respiratorinės sistemos funkciško veikimo tyrimo duomenys turi būti pakenčiami: vitalinis kapacitetas negalįs kristi daugiau kaip 60% (geriau, kai yra apie 2.000 ccm.); rezidualis oras neturįs padidėti daugiau kaip 100%; santykis tarp ventiliacijos ramybėje ir aukščiausiame įtempime negalįs būti mažesnis kaip 1:2,5. Širdies raumens stovis turįs būti geras.

Reliatyvinės ekstrapleurinio pneumotorakso indikacijos pagal W. Schmidt'ą ir Theiss'ą esančios šios:

1. Bilateralinė lokalizuota tuberkuliozė be sustyrusių bei tercialinių kavernų. Tokiu atveju gali būti pritaikyta bilateralinė pleurolyzė, arba pleurolyzė su kontralateraliniu intrapleuriniu pneumotoraksu, arba plastika su kontralateraline plomba.

2. Tercialinės kavernos, kurioms tiktų torakoplastika, tačiau del blogo bendro ligonio stovio arba funkcinės kardio - respiracinės insuficiencijos jinai kontraindikuotina.

Ekstrapleurinis pneumotoraksas gali būti kombinuojamas su intrapleuriniu pneumotoraksu. Tuo atveju pleuros sluogsnis, sudaręs abiejų pneumotoraksų ribą, neturi veikti kaip viržis ar būrės ir tuo būdu palaikyti atdarą kaverną.

Vietoje ekstrapleurinio pneumotorakso, gali būti pritaikytas ekstrapleurinis oleotoraksas. Friebel'iui ir Kleesattel'iui pasiūlius primarinį pripildymą ekstrapleurinio tuštimo su alyva, oleotorakso šalininkų skaičius žymiai pašoko. Kad neatsilieptų neigiamai ilgai trunkąs padidėjęs spaudimas, ekstrapleurinis tuštimas pripildomas tokia alyva, kurios tik mažesnė dalis sunkesnė už eksudatą, gi didesnė alyvos dalis už eksudatą lengvesnė ir plauko jojo paviršiuje.

Taikant ekstrapleurinį pneumotoraksą, galimos yra šios komplikacijos:

1. Kraujavimas (dažnai didelis) į ekstrapleurinį tuštimą iš kraujagyslių, sužalotų pneumolyzės metu.

2. Ekstrapleurinio tuštimo supuracija, nes jame visuomet susirenka tam tikras kiekis seroziškai hemoraginio eksudato, kurs infekcijai sudaro geras sąlygas.

3. Tuštimas neišklotas seroze, todėl yra didesnis pavojus smegenų oro embolijai atsitikti.

Be to, ekstrapleurinis pneumotoraksas sunkiau negu intrapleurinis kartotinai pripildyti oru, o taippat prideramai išlaikyti iki visiško pasveikimo.

Aukščiau išdėstyta indikacijų diapozona vienų klinicistų yra siaurinama, kitų — praplečiama. Tatai pareina nuo gydytojų nusistatymo vienos ar kitos metodės atžvilgiu, nuo proceso pobūdžio, ligonio socialinių sąlygų ir t. t. Pvz., Zorini nemato reikalo daryti skirtumo indikacijoms tarp bilateralinio ir unilateralinio procesų, jei tik šiedu yra vienodo (pvz., produktyvaus) pobūdžio. Reikia pastebėti, kad pats W. Schmidt savo klasifikacijos nelaiko nediskutuotina. Autorius sako, kad iki šiol ekstrapleurinio pneumotorakso indikacijų nagrinėjimo prasme nedaug kas nuveikta, todėl jis mėginąs sudaryti šitai metodei taikyti diskusijoms bazę.

2. Pleurolyzė su plombavimu.

Šita metodė dažniausiai taikoma plaučių viršūnėje esantiems procesams gydyti. Pleurolyzė, apsiribojanti viršūne, vad. apikolyzė, todėl dažniausia plombavimo forma yra apikolyzė su plombavimu.

Plombavimui įprasta vartoti parafinas; tačiau kaikurie autoriai susidariusį po apikolyzės tuštimą mėgino užpildyti taippat kitokiomis kietomis, skystomis arba dujų pavidalo medžiagomis.

Pradžią šitai metodei davė Tuffier 1911 m., pripildydamas po pleurolyzės susidariusį ekstrapleurinį tuštimą laisvai transplantuotu riebalų lopu, paimtu iš kito ligonio sėdynės. Nuo to laiko prasidėjo ieškojimas medžiagų susidariusiam po apikolyzės bei preurolyzės tuštimui užpildyti. Mėginta laisvai arba ant kojytės transplantuoti audiniai (Bull, 1916 m.; Lilienthal, 1918 m.; Holst, 1933 m.; Alexander, 1934 m.), arba tamponuoti negyvomis masėmis, k. a. gumine kempine (Schulze, 1933 m.), gumine tamponada (Lilienthal, 1936 m.; Welles), gumine pūsle (Gwerder, 1913 m.; Schoenlank, 1914 m.; Fonso, 1932 m.), kiaulės pūsle (Jachia), marle (Fossati), parafinu (Baer 1913 m.) ir pan. Šuolį priekin padarė plombavimas, kai 1913 m. Baer pasiūlė kaip plombavimo medžiagą parafiną.

Pažymėtina, kad tobulos plombavimui medžiagos dar ir dabar mes neturime, bet taippat įsidėmėtina, kad iki šiol parafino plomba jokia moderniąja plombavimo medžiaga neliko pakeista.

Rekomenduodamas savo paprastą ir pradžioje duodančią efektą plombavimo metodę, Baer nurodė šiuos josios privalumus: 1) techniškai nesudėtinga; 2) pooperacinė asepsinė eiga; 3) gaunamas ryškus skrepliavimo sumažėjimas; 4) atkrinta aspiracijos pavojus; 5) nuo pat pirmos po operacijos dienos nevarginąs atsikosėjimas, ir 6) geras kosmetikos rezultatas. Autorius tikėjosi, kad šita metodė daugeliu atvejų galės būti taikoma vietoje torakoplastinių operacijų su tuo pačiu indikacijoms diapazonu. Tad, į plombavimą Baer žiūrėjo, kaip į savarankišką gydymo metodę.

Lengvu ir iš pirmo žvilgsnio sėkmingu Baer'o plombavimu susižavėjo daugelis chirurgų bei ftiziatrų ir pradėjo jį kiek galėdami plačiau taikyti. Išryškėjo ilgainiui dar daugiau šitos metodės pranašumų. Būtent: 1) šita intervencija mažai kenkia bendriniam organizmo stoviui; 2) plombavimas gali būti taikomas ir tada, kai toje pačioje ar priešingoje pusėje gydoma pneumotoraksu bei plastika (Perera, 1933 m.); 3) žymiai mažiau atsiliepia į kardiovaskuliarinę sistemą negu plastika (Behrens, 1933 m.); 4) kvėpavimo mechanika lieka beveik nesutrikusi (Hanke, 1928 m.).

Tačiau jau 1914 m. Sauerbruch, išmėginęs plombavimą, pasipriešino Baer'o pažiūrai, nurodydamas, kad plombavimas negali atstoti torakoplastikos. Jis iškėlė principą, kad, gydant specifišką kaverną, reikia veikti ne tik ji pati, bet ir visi proceso paliesti plaučiai, nes, netgi teigiama prasme paveikus kaverną, tuberkuliozinis susirgimas gali plėstis. Tad, kaipo pagrindinį plombavimo minusą, Sauerbruch nurodė stoką veikimo visiems plaučiams: plaučiai suspaudžiami ribotoje vietoje, neišjungiant visų jų iš funkcijavimo ir nesuteikiant jiems ramybės.

Del tos metodės neigiamumų netrukus pasisakė taippat kiti autoriai. Paaiškėjo, kad pritaikius plombavimą yra galimos šios komplikacijos: 1) plombos nuslinkimas, 2) plombos perforacija (į kaverną ar išorę), 3) plombos guolio infekcija, 4) mediastinumo nustūmimas ir kt. Sauerbruch prileidžia taippat sekreto aspiracijos galimumą del riboto spaudimo į židinį. Krampf nurodė, kad plomba kartais gali vesti prie kavernos sekreto stazės, o Jessen sako, jog plomba beveik nedaro įtakos limfos apytakai, kuri visų plaučių kolapso metu pakinta, kas teigiamai atsiliepia į plaučių gijimą. Kaip plombos sunkaus svorio padarinys gali būti organizmo sutrikimai. Šitas mechaniškas veikimas gali atsiliepti, pvz., į kardiovaskuliarinę sistemą ir kaip to pasėka gali būti didelė tachycardia (Sebestyén, 1932 m.). Ta pati priežastis gali duoti Horner'o simptomų kompleksą bei pasunkėjusį rijimą. Plomba, nepakankamai lygiai uždėta, gali atitrūkti ir keliauti (Heller, 1936 m.).

Į plombos guolį infekcija gali patekti limfiniais takais. Šita infekcija dažniausiai nepavojinga ir plombos šalinti nereikia skubėti. Plomba gali pratrūkti į kaverną arba pneumotoraksą; tąsyk jinai turi būti nedelsiant pašalinta. Jeigu įvyko plombos guolio vadinamoji vėlyba infekcija, tai plomba bus savo vaidmenį jau atlikusi ir ji turi būti pašalinta.

Tad, plombavimo metodė turi savo teigiamumų ir neigiamumų. Paskutiniai tiek daug nusveria, kad kaikurie chirurgai nuo

šitos metodės taikymo visiškai atsisako, arba taiko tik ten, kur aiškiai matomas jos taikymo pranašumas. Todėl nesistebėsime, užtikę šiuos Omodei Zorini žodžius: *„Es sind bereits 10 Jahre vergangen, seit ich der Behandlung der tuberkulösen Spizenprozesse mit pleuralen Verwachsungen und der Technik der gewöhnlichen apikalen Paraffinspitzenplomben nach Baer widersprach, weil diese in ihren Voraussetzungen weder in ihren klinisch - anatomischen mechanischen Folgerungen noch in den fundamentalen Forderungen physiologisch war.“**).

Pasirėmus ilgesnio laikotarpio stebėjimų išvadomis ir atsižvelgus į intervencijos pliusus bei minusus, galima susiorijentuoti, kada indikuotinas plombavimas. Pleurolyzė su plombavimu, kaip savarankiška metodė, taikoma palyginti retai; dažniau ji taikoma, kaip paruošiamoji arba papildomoji intervencija.

Pleurolyzė su plombavimu indikuotina:

1. Ribotam viršutinės skilties procesui (Baer, Sauerbruch, Ascoli, Krampf, Sack, Roth), kai kaverna nėra labai didelė ir kai aplinkiniai audiniai neperdaug infiltravęsi (klasiška indikacija). Tatai liečia dažniausiai produktyviai ciroziską tuberkuliozę, kai pneumotoraksas negali būti pritaikytas, o torakoplastika del kurių nors priežasčių (amžiaus, bilateralinio proceso, sutrikusios širdies ir pan.) kontraindikuotina. Apatinėje plaučių dalyje arba apatinėje hilus'o srityje esančios atskiros kavernos taippat gali būti gydomos pleurolyze su plombavimu, kai diafragmos paralyžius neduoda rezultatų.

2. Bilateralinių procesų atsitikimais (Graf, Nissen, Waltuch, Winternitz, Ascoli, John, Trojan, Perera, Behrens). Tai pagrindinė plombos taikymo sritis. Pagal reikalą toje pačioje arba priešingoje pusėje galima taikyti pneumotoraksas bei torakoplastika. Sauerbruch pataria bilateralinio proceso atveju pirmiau plombuoti labiau proceso paliestą pusę. Brunner siūlo plombą taikyti pagrindinio židinio vietoje, samprotaudamas, jog jį išjungus kitur esą židiniai turėtų spontaniškai arba bent sanatorinėmis sąlygomis pasveikti. Tačiau gyvenimas parodė, kad tiktai smulkūs židiniai spontaniškai išnyksta, o ligonio likimas lieka priklausomas nuo kitose vietose užsilikusių židinių.

3. Kaip „reikalo operaciją“ iš kavernos kraujavimui stabdyti, kai pneumotoroksas neveiklus, o kraujavimo vieta yra tiksliai nustatyta (Sauerbruch, Denk, Behrens, Roth).

4. Vadinamajai „Restkavernai“ panaikinti. Tais atvejais, kai taikant pneumotoraksą yra viršūnės suaugimai, kurie nelei-

*) Zeitsch. f. Tbk. B. 89; H. 5—6 1942 m. 251 psl.

džia kavernai kaip reikiant subliukšti, arba kai, padarius totalinę torakoplastiką, kaverna išlieka, tada ekstrapleurinė pleurolyzė su plombavimu gali duoti visišką likusios kavernos subliuškimą. Šituo atsitikimu neina reikalas apie plaučių tuberkuliozės gydymą kaip tokį (kurs atsiekiamas tik kolapsinės terapijos pagalba), bet tik apie lokalizuotą spaudimą tam tikroje plaučių vietoje kavernos subliuškimui padidinti.

5. Peržengusiems 45 metus amžiaus ligoniams (Nissen), kuriems torakoplastika būtų sunkiai pakeliama intervencija.

6. Sunkiems eksudatyviniams procesams su griuvimo židiniais, kai intrapleurinis plyšys yra užakęs, o antrieji plaučiai nėra garantuotai sveiki. Ilgainiui, procesui aprimus, gali susidaryti sąlygos pritaikyti plastiką.

7. Sunkiems ligoniams su išplytėjusiais židiniais (bendra plombavimo indikacija), kurie plastikos negali atlaikyti.

Šiais laikais po plombavimo aspiracijos nebebijoma, nes paaiškėjo, kad šita intervencija krūtinės ląstos funkcijos nepakeičia ir iškosėjimas nesusilpnėja. Taippat ne tiek dažnai įvyksta mediastinum'o nustūmimas. Tatai pasitaiko tik tuomet, kai dedamos didelės plombos esant paslankiam mediastinum'ui, gi sustyrusi pleura mediastinalis atlaiko ir didelį apkrovimą.

Viršutinės skilties plombavimas savo veikimu panašus į ekstrapleurinį pneumo- bei oleotoraksą, todėl yra reikalas tarp šitų metodžių taikymo išvesti ribą. Pleurolyzė su jąją lydinčiu ekstrapleuriniu pneumo- bei oleotoraksu turi tą pirmenybę, kad pleura galima žymiai plačiau, nesivaržant taippat mediastinum'o kryptimi, atidalinti. Taikant gi plombavimą gali susidaryti plombos nuslinkimo į mediastinum'ą pavojus, todėl plačiai atidalinti vengiama. Be to, ekstrapleurinis pneumotoraksas gali būti pritaikytas ir tada, kai pleura yra tiek plona, jog uždėjus plombą ji galėtų prakiurti. Ekstrapleurinis pneumotoraksas, kaip ir intrapleurinis, išsaugo plaučių funkciją. Visos šviežios kavernos, kurioms torakoplastikos nenorima pritaikyti, patartina gydyti ekstrapleuriniu pneumo- bei oleotoraksu. Kai gi turima reikalo su sustyrusiomis kavernomis, storomis infiltruotomis sienomis ir tvirtais surandėjimais, — patartina daryti pleurolyzė su plombavimu.

III. Endokavitinė aspiracija pagal Monaldi.

Bandymai tuberkuliozinę kavernų gydyti chirurgišku būdu buvo pradėti 16 amžiuje (Schenk, 1584 m.). Pirmasis kavernos inciziją (pneumotomie) pasiūlė anglas E. Barry, 1763 m. Po jo panašią intervenciją pakartojo Sharpe 1769 m., Krimer 1829 m., Herff 1830 m., Stokes 1845 m. ir kt. Kaverna būdavo atidaroma arba peiliu, arba įkai-

tintu metalu, arba troakaru. Prieš intervenciją buvo reikalaujama, kad būtų sulipę pleuros lapeliai; jeigu gi to sulipimo nebūdavo, tai stengtasi tatai atsiekti dirginamosiomis pastomis (Krimer ir kt.), fontanelėmis ir pan.

Baglivi (1696 m.), Faye (1797 m.), Pepper (1874 m.), Gluck (1881 m.) ir kt. mėgino gautĮ kavernos pasveikimą injekcijomis į ją dezinfekuojamųjų skiedinių (pvz., karbolio rūgšties). Block (1881 m.), Tuffier (1891 m.), Doyen (1895 m.) ir kt. šviežiais plaučių viršūnės susirgimo atsitikimais viršūnę rezekuodavo. Tačiau XIX a. antroje pusėje pradedamas kelti balsas prieš chirurgišką kavernų gydymą. Antras Internistų Kongresas (1883 m.), kuriame Mosler darė pranešimą apie plaučių chirurgiją ir apie vietinį kavernų gydymą, priėjo išvadą, kad chirurgiškas kavernų gydymas nerekomenduotinas. Mat, tais laikais del ligos progresavimo po pneumotomijos mirdavo 50% ligonių. Tokio didelio mirtingumo priežasties tenka jieškoti anų laikų pažiūroje, jog plaučių tbc yra vietinis susirgimas ir todėl visas dėmesys buvo koncentruojamas vien į tą vietą.

Šiandien pneumotomija esant tuberkuliozinei kavernai kartais taippat daroma. Tas pats Sauerbruch kaikuriais atvejais (pvz., kai yra labai didelė, prisišliejusi prie krūtinės sienos kaverna) pneumotomiją rekomenduoja kaip gydymo priemonę*). Stojko aprašo vieną atsitikimą pneumotomijos, padarytos 1939 m. 14 metų amžiaus mergaitei, turėjusiai tuberkuliozinę kavernų, kuri po to pasveikusi**).

Kavernos drenavimas taippat nėra naujas dalykas. Pagal Kupką ir Benett'ą kavernas drenavo jau Hastings ir Storks (1845 m.) bei Céreneville (1855 m.).

Monaldi, pasiūlydamas 1938 m. endokavitinę aspiraciją, atgaivino senąją metodę nauja forma. Šita metodė per pastaruosius penkerius metus labai plačiai paplito. Josios tokis žaibo greitumu įvykęs išpopuliarėjimas galima paaiškinti nemažėjančiu visų gydytojų noru pritaikyti ligoniui sėkmingiausią ir švelniausia forma gydymą.

Kavernos gijimo problema, pritaikius Monaldi drenavimą, aiškinama šitaip: gimstančios kavernos didumas pareina nuo audinių griuvimo intensyvumo, plaučių audinio elastingos retrakcijos laipsnio ir oro spaudimo sąlygų kavernoje (spaudimas gerokai pakyla kosint, pilvo preso panaudojimo metu, kalbant). Atsiradusi kaverna, audiniams griūvant, paprastai didėja, nes, iš vienos pusės, krūtinės sienos respiracinė trauka tempia ją į išorę, o iš antros pusės — pozityvus ekspiracinis spaudimas šitą tuštimą plečia iš vidaus. Kaverną supa atelektaziniai audiniai. Atelektazė prasideda jau infiltrato susidarymo metu, iš kavernos išeinančiam bronchui uždegimiškai užakus arba užsikimšus kazeozinėmis masėmis. Infiltrato spaudžiama alveolinė sritis lieka atelektaziniame stovyje. Šitas atelektazinis audinys savo elastingumo dėka gijimo laikotarpyje užpildo deffektą, gi tą audinį pripildančios pirmosios oro porcijos įplėšia

*) Sauerbruch: „Chirurgie der Brustorgane" 1920 m. I T. 767—772 psl.

**) Stojko: „Problemy tuberkulioza" 1940 m. 9 nr., 55 psl.

alveoles ir jos pasidaro emfizeminės. Vadinasi, į parakaverninę atelektazę, kaip kad yra nurodę Argemi ir Müller, reikia žiūrėti kaip į audinių rezervuarą.

Kalbėdamas apie kavernos likimą, Schuberth nurodo, kad ypatingą vaidmenį čia vaidinąs išeinančio iš tos kavernos broncho stovis. Patologo - anatomiškai įsitikinta, kad kavernos išnykimas yra galimas, tik įvykus išeinančio iš kavernos broncho obliteruojančiam surandėjimui (Berblinger, Mille). Pasirėmęs Brokhorst'o ir Dijkstra tyrimais, Alexander, priešingai savo pirmykščiai pažiūrai, kuri taippat pripažino svarbų vaidmenį drenuojančiam kaverną bronchui, dabar sako, jog dominuojantį vaidmenį kavernos gijimui vaidinanti neuroraumeninė sistema ir antrinės kavernos aktyvi kontrakcinė galia; šitie veiksniai einą lygiagrečiai su imunobiologiniais savumais. Tačiau atsiminus, jog supantis kaverną plaučių prietiltis, o tuo būdu ir čia esąs neuroraumeninis aparatas būna sugriauti, galima prileisti, kad tokia kaverna gyvena „savitą gyvenimą", būdama dešimtimis metų priklausoma beveik grynai nuo mechaniškų dėsnių. Todėl kavernos likimas pirmiausia pareina nuo išvedamojo broncho stovio, neužmirštant taippat, kad tuberkuliozinio susirgimo eiga yra glaudžiai susijusi su organizmo imunobiologinėmis savybėmis.

Naujieji kvėpavimo fiziologijos tyrimai rodo, kad po gydymo pneumotoraksu, ypatingai, kai buvo atsiradęs eksudatas, dažnai prarandama kvėpavimo funkcijos daugiau, negu po viršutinės dalinės plastikos (Graf)*). Drenavimas nuo kolapsinės terapijos priemonių, be kitko, skiriasi dar ir tuo, kad jis idealiai atitinka kolapsinės terapijos reikalavimą — saugoti sveiką audinį. Dar daugiau, drenavimas ne tiktai saugo sveikąjį plaučių audinį, bet net jį padidina, atpalaiduodamas atelektazinį audinį. Ne mažiau teigiama prasme veikia organizmą drenavimas jį detoksikuodamas, nes, ištuštinant kaverną, pašalinami į išorę taippat toksinai, kurie pritaikius kolapsą pasilieka kavernoje. Drenavimas taippat geriau apsaugąs negu kolapsas nuo bronchogeninės diseminacijos. Štai tie svarbesni pranašumai, kuriais pagrįstas drenavimo taikymas.

Iš pirmo žvilgsnio atrodo, kad drenavimo veikimas yra diametraliai priešingas kolapsinės terapijos veikimui: jis nėra paremtas ramybės principu ir neduoda kraujotakos sulėtėjimo bei limfinės stazės — tų momentų, kurie nulemia tuberkuliozinio židinio fibrozinę inkapsuliaciją. Tačiau atsiminę, kad, pašalinus iš kavernos sekretą, išnyksta kosėjimo jaudiklis, o tuo pačiu

*) Gaubatz nurodo, kad po frenikoekzerėzės kvėpavimo funkcijos prarandama daugiau, negu po viršūnės plastikos.

ir plaučiams žalingas traumavimas, prieisime išvadą, kad drenavimas veikia plaučius vis tiktai ramybės principu; jis sudaro sąlygas žaizdai valytis ir granuliacijoms vešėti, kas chirurgiškai fiziologiniu požiūriu organizmui duoda naudos.

Monaldi kavernos drenavimas į kolapsinėje terapijoje viešpatavusią kaverninės plaučių tuberkuliozės gydymo atžvilgiu padėtį įnešė sąmyšį. Kolapsiniai terapeutai, ypatingai torakso chirurgai ne kartą kreipdavosi į naujosios metodės siūlytoją, prašydami ryškiai apibrėžti tos metodės indikacijų sritį. Tačiau ir Tuberkuliozės Kongrese 1941 m. Baden-Badene ir Berlyno Medicinos Draugijos posėdyje 1942. I. 28 d. Monaldi pasitenkino tuo pačiu pareiškimu, būtent: jog kavernos drenavimas esąs savarankiška, pasisekimą žadanti metodė, kuri turėtų būti kiek galima plačiau taikoma. Šiuo metu endokavitinės aspiracijos indikacijų atžvilgiu yra susidariusios dvi pažiūros. Vienai — atstovauja chirurgai, taikantieji įvairius kolapsinės terapijos variantus (Grass, Graf, Kremer ir kt.); jie siūlo drenavimą taikyti tik tiems atsitikimams, kurie nepasiduoda kitaip gydomi. Antrą pažiūrą reprezentuoja konservatiškumo šalininkai (Schuberth, Weber ir kt.), kurie į endokavitinę aspiraciją žiūri, kaip į svarbią kavernoms panaikinti priemonę ir ją taiko plačiu mastu.

Hartwig Schmidt, mėgindamas duoti rėmus Monaldi drenavimo indikacijoms, pasirėmęs esamais patyrimais, daro šias išvadas:

1. Monaldi drenavimu gali būti gydomos kavernos.

Eventualiai pasitaikantieji recidyvai netaria prieš šitos metodės taikymą. Patobulinus techniką, tie recidyvai pasitaikys rečiau, tačiau jų visuomet galima laukti del imunobiologinių organizmo savybių. Drenavimas kaip tik ir turi tą pranašumą, kad gali būti pakartotas.

2. Drenavimas gali kaverną išgydyti tais atvejais, kai prieš jį taikytos kolapsinės terapijos priemonės buvo nesėkmingos.

Šitas faktas iškelia drenavimo vertę ir duoda pagrindą svarstyti klausimą, ar kartais gydant kavernas iš viso gal būtų galima apsieiti be kolapsinės terapijos; gal pakaktų kavernoms gydyti vien drenavimo.

3. Drenavimas gali būti pritaikytas taippat tais atvejais, kai nebėra jokio galimumo pravesti aktyvios terapijos, t. y. grynai aziliniais atsitikimais.

Neretai pavyksta tokiais atvejais gauti iš dalies teigiamų arba net visiškai teigiamų rezultatų; pritaikius drenavimą vėliau gali susidaryti sąlygos papildomai kolapsinės terapijos intervencijai (Brunner, Graf, Kremer, Lemberger, Schu-

berth, Weber). Panašūs atsitikimai paprastai tenka stebėti pradedantiems taikyti šitą terapinę priemonę arba tiems terapeutams, kurie drenavimo atžvilgiu laikosi rezervuotai.

4. Monaldi tyrimai ir drenavimo fiziologiško veikimo interpretacija taria už tai, kad šita metodė imunitetą veikia teigiama prasme ir procesui gali suteikti ramybę bei reversibilitetą net gi eksudatyviniais atvejais.

Išeidamas iš šitų samprotavimų H. Schmidt mano, kad endokavitinė aspiracija indikuotina:

1. Visoms solitarinėms kavernoms (unilateralinėms, bilateralinėms, unilateralinėms multiplinėms), jeigu tik gydant pneumotoraksu negaunama teigiamų rezultatų.

2. Solitarinėms kavernoms esant sulipusiai pleurai, kai: a) pneumotoraksas yra neveiklus, b) neindikuotinas, c) kai pritaikius torakokaustiką, negaunama pagerėjimo ir d) kai torakokaustika taikyti pavojinga.

Endokavitinė aspiracija eventualiai gali būti papildyta atpalaidavimo plastika arba daline išjungimo plastika. Pasirėmus tais pačiais samprotavimais, ji gali būti papildyta laikiniu arba difinityviniu diafragmos išjungimu.

3. Kaip papildymas prieš tai darytos plastikos arba plombavimo solitarinės kavernos aplinkoje.

4. Kitokioms (ne solitarinėms) kavernoms, jei tiktai pagrindinę kaverną supa maži griuvimo židiniai bei kavernos, kai primarinė plastika neindikuotina dėl: a) ribotos kvėpavimo bei kraujotakos funkcijos, b) blogo imunobiologinio stovio esant labiliam arba išplytėjusiam procesui.

Tačiau tas pats H. Schmidt nepataria taikyti drenavimo netgi solitarinėms kavernoms, jeigu yra ideali indikacija plastikai arba plombai.

Neturėdami patys pakankamo kliniško patyrimo endokavitarinės aspiracijos taikymo atžvilgiu, nagrinėdami šitos metodės indikacijas, sąmoningai naudojomės vieno autoriaus — H. Schmidt'o nurodymais*). Tuo tarpu, pasirėmus šių dienų literatūra, sunkoka rasti endokavitinei aspiracijai taikyti aukso vidurys, juo labiau, kad pats Monaldi konkrečiai nenurodo šitos metodės taikymo ribų.

IV. Torakoplastika.

Torakoplastika yra pagrindinė chirurgiškos kolapsinės terapijos šaka, kuri apie pusę amžiaus figūruoja, kaip plaučių tuberkuliozės terapinė priemonė, pergyvenusi per tą laikotarpį didelę

*) „Zeitschr. f. Tbc." 1942 m. t. 89; S. 3—4; 131—144 psl.

evoliuciją ir iki šiol vis delto dar nepasiekusi viršūnių. Ji yra stambiausia chirurgiškos kolapsinės terapijos intervencija.

Plaučių tuberkuliozės chirurgija nuo bendrinės chirurgijos skiriasi tuo, kad čia netiesiogiai operuojamas susirgęs organas. Torakoplastikos metu operuojami ne plaučiai, bet krūtinė, kuri žalojama somatiškai, funkciškai bei kosmetiškai. Kadangi sykį padaryta intervencija palieka pėdsakus visam gyvenimui (pagrindinis skirtumas nuo pneumotorakso), tai norint ją pritaikyti, tenka atsitikimas išnagrinėti kruopščiai ir išsamiai. Šiandien torakoplastikos padariniai ne tiek pareina nuo jos technikos (kuri detaliai išdirbta), kiek nuo pasirinkimo vienos ar kitos operavimo metodės bei teisingų indikacijų (pasirėmus proceso pobūdžiu, jojo lokalizacija, imunobiologinėmis sąlygomis, amžiumi ir t. t.). Chirurgo darbas be glaudaus kontakto su ftiziatru čia yra neįmanomas.

Kiek svarbi chirurgui ftiziatro pažiūra intervencijos apimties ir požiūrio atžvilgiu, gali pailiustruoti šis epizodas, kurio liudytoju teko būti vienam mūsų kolegai besigydant Sansellemoz (Haut Savoie) sanatorijoje.

Kartą tos sanatorijos ftiziatras (Tobé) kreipėsi į A. Maurer'ą, prašydamas padaryti vienai ligonei torakoplastiką. Intervencijos apimties nagrinėjimo metu nesutapo šitų dviejų Eskulapo pasekėjų pažiūros del vieno šonkaulio rezekcijos laipsnio. Ftiziatras buvo nuomonės, kad tas šonkaulis reikalinga rezekuoti 6 cm. ilgio, o Maurer — 8 cm. Po ilgo svarstymo ir nuomonių argumentavimo Maurer vis tiktai ftiziatrui nusileido: atlikęs torakoplastiką tokią, kokią ftiziatras buvo numatęs.

Iki šiol įvairių kraštų autorių yra pasiūlyta daug torakoplastikos metodžių. Ne mūsų uždavinys jas nagrinėti — pasitenkinsime tik dažniau vartojamų metodžių suminėjimu.

Gali būti:

1. Totalinė torakoplastika.

1. Subskapulinė paravertebrinė torakoplastika pagal Brauer'ą.

2. Paravertebrinė torakoplastika pagal Sauerbruch'ą.

2. Dalinė torakoplastika.

1. Subskapulinė paravertebrinė viršutinė dalinė plastika 1—7 (8) šonkaulių vienu seansu (Sauerbruch, Kremer, Heller ir kt.).

2. Jeigu intervencija kuriais nors sumetimais nerekomenduotina, ji suskaldoma.

A. Intervencija suskaldoma keliais seansais:

a) Graf'o būdas: pirmas seansas — priekinė viršutinė krūtinės sienos imobilizacija; antras seansas — paravertebrinė 1—7 (8) šonkaulių plastika.

b) Heller'io būdas: pirmas seansas — 1 ir 2 šonkaulio rezekcija iš pryšakio ir užpakalio; antras seansas — 3—7 šonkaulių paravertebrinė rezekcija.

c) Semb'o būdas: pirmas seansas — ekstrafascialinė apykolizė su 1—4 (5) šonkaulių rezekcija; antras seansas — sekančių 5(6)—7(8) šonkaulių rezekcija.

d) A. Maurer'o (Paryžius) būdas: pirmas seansas — viso pirmojo šonkaulio bei visos kaulinės dalies antrojo šonkaulio pašalinimas (jei ligonis tvirtas, tai dar šalinami po ⅔ 3 ir 4 šonkauliai) ir stuburkaulių atitinkamų skersinių ataugų subperiostinė amputacija; antras seansas — sekančių kelių šonkaulių (po ⅔ kiekvieno) rezekcija ir atitinkamų skersinių ataugų subperiostinė amputacija.

B. Intervencija siekiama krūtinės tuštimo didesnio susiaurinimo.

a) G. Maurer'o (Davos) būdas: 1—4(5) šonkaulių rezekcija su intratorakine mentės dislokacija.

C. Intervencija suskaldoma seansais ir siekiama tuštymo didesnio susiaurinimo.

a) Kombinuota pleurolyzės-viršūnės plastika pagal Graf'ą: pirmas seansas — subperiostinė paravertebrinė (5)4—1 šonkaulių rezekcija su pleurolyze; antras seansas — parasterninė subperiostinė 2—3(4) šonkaulio rezekcija ir 1 šonkaulio likusios kremzlinės dalies pašalinimas.

b) Ekstraperiostinė krūtinės viršutinės dalies mažoji plastika pagal Graf'ą: pirmas seansas — paravertebrinė ekstraperiostinė 4—1 šonkaulio trumpų fragmentų rezekcija ir pleurolyzė; antras seansas (jei yra reikalo) — priekinė viršutinė ekstraperiostinė krūtinės sienos imobilizacija.

Iki pirmojo pasaulinio karo ir kurį laiką po jo vyravo pažiūra, kad ligoniui apsaugoti nuo pooperacinės aspiracijos pavojaus torakoplastika turi būti totalinė ir daroma iš apačios (nuo sveikosios plaučių dalies). Sauerbruch'o dviejų tomų veikale „Chirurgie der Brustorgane" randame tokį išskirtiniu šriftu pažymėtą teigimą: *„Die Aspirationsgefahr ist bei allen Oberlappenplastiken besonders gross"**). Ir dar žemiau seka paaiškinimas, kaip tasai pavojus galima žymiai sumažinti, būtent: *„Für die technische Ausführung aller einengenden Operationen gilt als Regel, niemals die Resektion der oberen Rippen auszuführen, bevor der Unterlappen zur Retraktion gebracht ist. Man wird darum immer mit den unteren Rippen beginnen... mit dem zehnten, und von dort weiter nach aufwärts vorgehen. Durch-*

*) F. Sauerbruch: „Chirurgie der Brustorgane". 1920 m. I t., 778 psl.

diese Massnahme ist die Möglichkeit der Aspiration von dem Oberlappen in den gesunden Unterlappen schon beträchtlich eingeschränkt".

Tad, aspiracijos pavojaus sąskaiton būdavo aukojama apatinė sveikoji plaučių dalis. Tais pačiais sumetimais prieš torakoplastikos operaciją buvo daromas tos pusės diafragmos paralyžius. Ir tiktai po ilgesnio kliniško stebėjimo bei eksperimentinių darbų prieita išvada, jog aspiracijos pavojus po dalinės viršutinės plastikos nėra toks didelis, kaip kad pirmiau buvo manyta. Šita išvada praskynė kelią dalinės torakoplastikos rūtuliavimuisi, nustumdama totalinę torakoplastiką į antrą vietą.

Aspiracija yra ypatingai pavojinga torakoplastikos komplikacija. Jos atsiradimo priežastis glūdi paradoksališkame kvėpavime bei švytuokliniame ore. Švytuoklinis oras susidaro šitaip: ekspiracijos metu esant tam tikram spaudimui (ekspiracinis spaudimas) apleidžiantis sveikuosius plaučius oras slenka bifurkacijos link, o iš čia keliauja ne tiktai trachea, bet ir kolabuotų plaučių pagrindiniu bronchu. Kosint*), kvėpavimo judesius forsuojant iš sveikųjų plaučių oras dar giliau į kolabuotus plaučius nuslenka išpūsdamas juos. Pasibaigus šitai fazei, sekančios inspiracijos metu sveikieji plaučiai siurbia orą ne tiktai iš trachejos, bet taippat ir iš pusiau išpūstų nesveikųjų plaučių pagrindinio broncho. Šitas, ypatingai blogos sudėties, suvartotas oras ties bifurkacija prisimaišo prie iš viršaus slenkančio inspiracinio oro, būdamas jo priekygalyje ir todėl patenka kuotoliausiai į sveikuosius plaučius. Tuo būdu oro srovė iš vienų į antruosius plaučius švytuoja, kas duoda dyspnoe reiškinius. Juo labiau dispnojinis žmogus forsuoja, juo daugiau jis įtraukia švytuoklinio oro. Paradoksiškas kvėpavimas dar daugiau prie to prisideda.

Susilpnėjus ekspektoracinei jėgai, skrepliai gali paslinkti tik iki bifurkacijos ir ligonis gali nepajėgti jų iškosėti. Tokiais atvejais taippat atsiras dyspnoe ir susidarys aspiracijos pavojus. Kaip angliarūgštimi prisotintas ekspiracinis oras inspiracijos metu iš sergančių plaučių įsiurbiamas į sveikuosius, taippat skreplių pėdsakai del ekspektoracinės jėgos stokos arba forsuotų kvėpavimo judesių metu (ypatingai trumpos, gilios dispnojinės inspiracijos arba kosulio metu) gali patekti į sveikuosius plaučius ir čia sudaryti pooperacinės pneumonijos pavojų arba, užsikimšus didesniam bronchui, gali privesti prie tos ar priešingos plaučių pusės atelektazės.

Jeigu viršūnėje yra nedidelė kaverna, tai aspiracijos pavojus po plastikos bus mažas. Pavojus didėja, kai kaverna siekia

*) Kosulio metu glottis laikinai uždaro spindį.

infraklavikulinę sritį ir po plastikos tik iš dalies kolabuoja. Juo kaverna didesnė ir juo ji daugiau secernuoja, juo yra didesnis aspiracijos pavojus, tuo labiau, kad plastika kaverną sudirgina. Todėl didelėms, smarkiai secernuojančioms kavernoms kaikurie autoriai siūlo taikyti totalinę plastiką. Hein išveda šią aspiracijos taisyklę: jeigu torakoplastikos pirmas seansas daromas apačioje, tai diseminacija įvyksta į kontralateralinį apatinį lauką, jeigu gi pirmas seansas viršutinis, tai diseminacija įvyksta į operuotos pusės apatinę skiltį ir rečiau į kontralateralinę pusę. Kadangi dažniausiai procesas lokalizuojasi viršutinėje plaučių dalyje ir jis tiesiogiai galima paveikti viršutine torakoplastika, kuri paprastai duoda pakankamą efektą ir, kas svarbiausia, nedidina aspiracijos pavojaus, tai naujoje literatūroje bemaž absoliučios daugumos išsitarta už torakoplastikos pradėjimą iš viršaus. Tuo atveju pagrindinis židinys paveikiamas optimaliai. Už tai yra pasisakę Alexander, Berry, Coryllos, Davies, Graf, Graversen, Holst, Kirschner, Lilienthal, O'Brien, W. Schmidt, Semb, Ulrici ir daugelis kitų autorių.

Sauerbruch'o mokykla yra suformulavusi šias totalinės torakoplastikos indikacijas ir kontraindikacijas:

Indikacijos:

1. Vienos pusės sunki vyraujanti produktyviai-cirozinė-kaverninė tuberkuliozės forma, kuri taikant kitokius gydymo būdus nėra davusi ryškesnio pagerėjimo. Jeigu randėjimo procesas tam tikroje riboje susilaiko, tuokart, kaip taisyklė, turi būti mėginama jis paskatinti gydant pneumotoraksu.

2. Torakoplastika rekomenduotina vidutinio sunkumo produktyviai cirozinei tuberkuliozei su didelio laipsnio mediastinum'o, dislokacija, kas anksčiau ar vėliau pasireikš širdies sutrikimu. Intervencija čia taikoma kardiolyzės prasme. Jeigu yra širdies sutrikimo reiškiniai, operacija atliekama seansais. Ji indikuotina taippat esant trachejos dislokacijai, kuri duoda stridor'o reiškinius. Po torakoplastikos organai ne kiekvieną kartą grįžta į pirmykštę padėtį.

3. Torakoplastika išmėgintina vidutinio sunkumo bei sunkiai progredijuojančiai (žymia dalimi unilateralinei), maximum subfebrilinei, iš dalies lobularinei kazeozinei tuberkuliozei, kai pneumotoraksas yra negalimas. Šituo atveju tam, kad patikrintume, kaip organizmas į intervenciją

reaguos, reikalinga pirma padaryti diafragmos paralyžius. Intervencija turi būti suskaldyta seansais, stropiai sekant antrųjų plaučių bei kūno temperatūros stovį. Pasireiškus mažiausiam pablogėjimui, šitas gydymas turi būti nutrauktas.

4. Jeigu gydant pneumotoraksu del pleuros sulipimų gerų pasėkų negaunama, patartina padaryti atpalaidavimas, pritaikant dalinę rezekciją suaugimų srityje. Kadangi suaugimai dažniausiai būna viršūnės srityje, tad paprastai iškyla reikalas dalinės torakoplastikos viršūnės srityje. Pneumotoraksas apatinėje plaučių dalyje, kai ji yra nesveika, paliekamas. Pasveikus apatinei plaučių daliai, pneumotoraksas nutraukiamas ir ji vėl lieka funkciškai veikli.

5. Ekstrapleurinė torakoplastika indikuotina visų pneumotoraksinių empyemų atveju. Plastika turi būti pritaikyta kiek galima anksčiau.

6. Kartotinis kraujavimas iš plaučių gali sudaryti indikaciją operacijai (dažniau dalinei plastikai), kai pneumotorakso uždėjimas yra negalimas, o diafragmos paralyžius neduoda rezultatų. Jeigu bendras stovis leidžia, intervencija turi būti atlikta tokios apimties, kad kraujuojanti plaučių dalis tikrai kolabuotų.

7. Esant tuberkuliozinіam ventiliniam pneumotoraksui, ekstrapleurinė plastika priveda prie tikslo, suglausdama abu pleuros lapelius tam, kad atsiradęs sulipimas ir suaugimas sudarytų sąlygas fistulei užakti.

Kontraindikacijos:

1. Antrųjų plaučių difuziškas susirgimas. Pritaikius torakoplastiką, galima šitiems plaučiams pakenkti. Prieš tai padarius diafragmos paralyžių, galima išaiškinti, kaip į intervenciją reaguos antrieji plaučiai. Daugelio mėnesių internistinis stebėjimas ir keliais seansais suskaldyta intervencija įgalina, eventualiai pablogėjus antrųjų plaučių stoviui, gydymą laiku nutraukti.

2. Plaučių tuberkuliozė, lydima aukštos temperatūros, ekskliuduoja torakoplastiką, nes tuokart dažniausiai turima reikalo su greit progredijuojančiu eksudatyviniu procesu. Diafragmos paralyžius gali būti pritaikytas. Jeigu karštis yra del kavernos mišrios infekcijos, tai torakoplastika rekomenduotina.

3. Ligoniai, sergą lobarine tuberkuliozine pneumonija, neoperuotini, nes nebus gautas kolapsas.

4. Chroniški netuberkulioziniai pakitimai antruosiuose plaučiuose.

5. Dekompensuotos širdies ydos.

6. Sunkus viršķinamųjų takų, inkstų ir kaulų sistemos tuberkuliozinis susirgimas. Gerklų tbc greičiau teigiamai yra paveikiama torakoplastikos, jeigu tik del progredijuojančio balso stygų griuvimo nebus apsunkintas iškosėjimas, kas gali privesti prie aspiracijos.

7. Nespecifiško pobūdžio albuminurijos kaip taisyklė operaciją pablogina. Lengvesni tuberkulioziniai ir toksiniai inkstų susirgimai, sveikstant plaučiuose procesui, pagerėja. Cukrinė liga intervencijai kontraindikacija.

8. Senyvas amžius. Viršutinė amžiaus riba — 50 metų.

Pirmiau buvo laikytasi tos pažiūros, kad torakoplastika taikytina nuo 18 iki 45—50 metų amžiaus (pabaiga brendimo laikotarpio — klimakteriumas). Šiuo metu literatūroje galima užtikti prieštaraujančių šitai pažiūrai nuomonių. Vieni autoriai (Bérard, Lilienthal, Wiese) sakosi yra gavę gerų padarinių, taikydami torakoplastiką vaikams, antri (Alexander, Bull, Nyström) — taikydami ją vyresniems kaip 50 metų ligoniams. Kadangi amžiaus diapozonos praplėtimas yra susijęs su padidėjusiu komplikacijų pavojumi, o tuo būdu ir su pavojumi gyvybei, todėl už kraštutinių amžiaus ribų išeiti reikėtų vengti.

Pagal Frimann-Dahl'į, Holst'ą ir Semb'ą*) 90% kavernų yra viršutinėje skiltyje ir nesti vien vidurinėje arba apatinėje skiltyje. Jeigu kaverna yra vidurinėje arba apatinėje skiltyje (10%), tai turi būti taippat viršutinėje skiltyje. Vadinasi, plastikos uždavinys 90% atsitikimų gauti kolapsą vien viršutinės plaučių skilties ir tik 10% atsitikimų gauti tą patį kolapsą viršutinės skilties ir apatinių skilčių kartu. Suskirsčius viršūnę į tris laukus: užpakalinį, vidurinį ir pryšakinį, tie patys autoriai teigia, kad 84% kavernų yra užpakaliniame lauke. Jeigu gi kaverna yra pryšakiniame arba viduriniame lauke, tai turi būti taippat užpakaliniame lauke. Tad, plaučiai paprastai tenka kolabuoti viršutinėje užpakalinėje dalyje.

Neturime šituo klausimu statistinių duomenų iš mūsų plaučių tbc gydymo įstaigų, tačiau nesuklysime teigdami, kad su tik ką suminėta pažiūra negalima sutikti. Ne kartą mums patiems teko matyti vien apatinės skilties izoliuotos bazalinės iki gero

*) M. Kirschner: Allgemeine u. Spezielle Chirurgische Operationslehre 1940 m. III t., III D. 575 psl.

obuolio didumo kavernos ir joms sėkmingai taikyti frenikoeksherėzė.

Kad ir kažkaip rezervuotai žiūrėtume į Frimann-Dahl'io, Holst'o ir Semb'o išvedžiojimus, vienas yra neginčytinas faktas, jog tuberkuliozinė kaverna dažniausiai esti viršutinėje skiltyje. Čia kaip tiktai ir pleuros sulipimai dažniausiai pasitaiko (pagal Diehl-Kremer'ą 95% visų atsitikimų). Todėl susidarius reikalui pritaikyti torakoplastiką, paprastai tenka operacija daryti viršutinės dalinės plastikos pavidalu.

Dalinės torakoplastikos indikacijos ir kontraindikacijos telpa į totalinės torakoplastikos indikacijų ir kontrindikacijų rėmus. Tiktai tas yra skirtumas, kad dalinė plastika paprastai yra daroma esant lokalizuotam procesui. Tačiau neekskliuduojamas galimumas pritaikyti dalinę torakoplastiką net gi unilateraliniam difuziškam procesui, kombinacijoje su pneumotoraksu, frenikoeksherėze ir kitomis metodėmis. Nedidelėms viršūnės kavernoms pakanka apikalinės intervencijos; infraklavikulinę sritį siekiančioms kavernoms taikytina viršutinės krūtinės dalies plastika; o infraklavikulinėms kavernoms tenka daryti bemaž subtotalinė plastika.

Ideali viršutinės dalinės plastikos indikacija — produktyviai cirozinis kaverninis procesas viršutinėje plaučių dalyje, kai pneumotoraksas del kurios nors priežasties (platūs viršūnės suaugimai, didesnė už obuolį kaverna ir pan.) yra neveiklus, negalimas arba kontraindikuotinas, jei tiktai yra pakenčiamas ligonio imunitetas ir geras bendrinis stovis.

Ascoli, Chiariello, Gaeta, Katyar, Monaldi ir kt. dalinę torakoplastiką kartais taiko produktyviai-eksudatyvinėms bei eksudatyvinėms tuberkuliozės formoms pagrindiniam susirgimo židiniui išjungti*).

Bremer ir Uhlenbruck ją indikuoja esant recidyvuojančiam kraujavimui, kuris įgauna pavojingą pobūdį ir kurio pritaikytas pneumotoraksas nesustabdo. Nors Ribboto kaverninį kraujavimą laiko intervencijos kontraindikacija, vis delto torakoplastikos pritaikymo klausimas, kaip gyvybę gelbinti priemonė, kartais gali kilti. Taippat ji indikuotina įvykus spontaniškam pneumotoraksui, kai esamų sulipimų torakokaustikos pagalba nepavyksta pašalinti.

Pagaliau, dalinė plastika gali būti taikoma, kaip nepakankamai veiklaus pneumotorakso papildymas (Sauerbruch, Carpi, Key, Sayogo, Dziembowski ir kt.).

Geresnių rezultatų gaunama, pritaikius intervenciją „plastikai pribrendusiam" tuberkulioziniam atsitikimui, t. y. kai pro-

*) Tuxen (Norvegija) nurodo, kad 20% eksudatyvinių kavernų spontaniškai pasveiksta.

cesas yra tiek aprimęs, jog po plastikos nėra pagrindo laukti židininio plaučių užsiliepsnojimo.

Del intervencijos pritaikymo laiko pažiūros skirtingos. Išeidamas iš patologo-anatominio taško Gräff laikosi tos nuomonės, kad, jeigu kaverna per 3 mėnesius spontaniškai neišnyksta, tai ji turi būti užakinta aktyvinėmis priemonėmis. Sauerbruch šitą konservatyvaus gydymo laikotarpį pailgina mažiausiai vieneriems metams. Atrodo, kad intervencijos pritaikymo laikas turėtų būti individualinamas. Jeigu tuberkuliozinis procesas nėra aprimęs, nematyti jokių randėjimo žymių, tai torakoplastika būtų perankstyba intervencija, ir, priešingai, ligoniams su tercialiniu kaverniniu procesu ji gali būti jau pavėluota. 1935 m. skaitydamas Kreuznach'o kurorte statistika paremtą apžvalginį referatą apie kolapsinės terapijos padarinius, Ulrici padarė šitokią išvadą: *„Kollapsbehandlung kommt oft zu spät, selten zu früh"*.

Jessen nurodo, kad gerų padarinių po torakoplastikos gaunama, pritaikius ją pirmąjį intoksikacijos penkmetį; praslinkus po intoksikacijos dešimčiai metų, prognozė labai abejotina. Todėl jis operatyvinės kolapsinės terapijos indikacijas tarp 5 ir 10 intoksikacijos metų gerokai suvaržo.

Vieni autoriai (Bacmeister, Davies, Gravesen, Naegeli ir kt.) prieš kiekvieną torakoplastiką pataria išmėginti gydymą pneumotoraksu, o kiti (Archibald, Brunner, Coryllos, Lilienthal) sako, kad torakoplastika gali būti indikuojama ir netaikius prieš tai pneumotorakso. Šitas klausimas sudaro šių laikų diskusijų branduolį. Tur būt, tektų sutikti su Kremer'u, Hein'u ir kt. nuomone, kad didesnių negu mažas obuolys tercialinių kavernų bei difuziško - produktyviai - cirozinio - tercialinio - kaverninio - unilateralinio proceso gydymas pneumotoraksu bei frenikoeksherėze esąs beprasmiškas ir tokiais atvejais geriausia iš karto pritaikyti torakoplastika (išlošiamas pagijimo laikas, užkertamas kelias kavernos sienų tolimesniam storėjimui ir t. t.).

Torakoplastikos pobūdį nulemia ne tiktai karvernos didumas bei ją supančios plaučių dalies stovis, bet ir kavernos padėtis krūtinėje, jos ryšio vieta su krūtinės siena, jos pobūdis. Brauer, Kremer ir kt. ypatingai akcentuoja tai, kad šonkaulių rezekuojamų fragmentų ilgis pareina ne vien nuo tuberkuliozinio židinio didumo, bet ir nuo jo struktūros. Dideli randėją židiniai dažnai turi tik mažas kavernas ir todėl reikalingi vien atpalaidavimo (Entspannung); maži gi židiniai gali turėti dideles kavernas ir, norint atsiekti jų kolapsą, tenka padaryti kiek galima pilnas tos vietos (dažniausiai viršūnės) išjungimas (Ausschaltung).

Plaučių viršūnės kolabavime ypatingai svarbų vaidmenį vaidina pirmasis šonkaulis. Bernard jį vadina *„la clef de la voûte du thoracique"*, Lilienthal — cupulae pleurae raktu, o Graf sako, jog pirmojo šonkaulio pašalinimas į plaučių viršūnės padėtį atsiliepia panašiai, kaip frenikoeksherėzė atsiliepia į plaučių bazės padėtį. Todėl darant viršutinę dalinę plastiką dauguma autorių pirmąjį šonkaulį visiškai pašalina.

Dalinė viršutinė plastika nežymiai apkrauna širdies darbą ir nesutrikdo kosėjimo mechanizmo, todėl ji gali būti pritaikyta bilateraliai. Atsižvelgiant į sąlygas ji gali būti pakeista plombavimu, ekstrapleurine apikolyze, pneumolyze, Monaldi'o drenavimu, frenikoeksherėze ir t. t.

1936 m. Brunner, duodamas plaučių tuberkuliozės chirurgiško gydymo apžvalgą, prieina šias išvadas: 1) saugant sveiką audinį, reikalinga proceso paliestas plaučių audinys, ypač kavernos srityje, kiek galima labiau suspausti; 2) totalinė paravertebrinė torakoplastika viršutinės skilties kavernoms daugiau nebevartotina, nes tas pats efektas galima atsiekti daline plastika; 3) pirmasis šonkaulis reikalinga visiškai, bent iki kremzlės, pašalinti.

V. Bilateralinės aktyvinės plaučių tuberkuliozės chirurgiškas gydymas.

Pasak Schröder'o, Heller'o ir kt., bilateralinei aktyvinei plaučių tuberkuliozei gydyti geriausiai tinka bilateralinis pneumotoraksas (selektyvinio pneumotorakso, apsiausto formos pneumotorakso arba įtempimo pneumotorakso - Spannungspneumothorax-pavidalu). Sergant abiems plaučių pusėms, kolapsas reikia taikyti iš abiejų pusių, nes vien sunkiau sergančią pusę gydant, tik retais atvejais gaunamas antrosios, sveikesnės pusės, pagerėjimas; dažniausiai gi nekolabuotos pusės židinys greitu tempu ima plėstis. Nesant galimumo uždėti bilateralinį pneumotorksą, tėnka mėginti tas pats tikslas atsiekti chirurgiškomis kolapsinės terapijos priemonėmis. Stengtis taikyti tik tos metodės, kurios kiek galima daugiau išsaugo funkciškai veiklų plaučių audinį, duodamos nesveikos vietos pilną kolapsą ir visišką ramybę. Be to, pooperacinis imuniteto sutrikimas turi būti kiek galima mažesnis; taippat turi būti nestaigi tuberkulino rezorbacija iš kolabuoto židinio.

Schröder yra pateikęs lentelę, iš kurios matyti, kokios yra galimos chirurgiškos gydymo metodės, esant bilateralinei aktyvinei plaučių tuberkuliozei:

Imuniteto pakenkimo ir praradimo funkciškai veiklaus plaučių audinio didėjimas.	Pneumotoraksas*). Kaustika. N. phrenicus operacijos. Plomba. Pleurolyzė (sekundariškai plastika). Viršūnės plastika. Viršūnės plastika su ekstrafascialine apikolyze.	Galimos kombinacijos visų metodžių, pakankamai saugant kvėpavimo funkciją ir imuniteto stovį, pritaikius, kad ir bilateraliai chirurgiškas metodes.
	Viršutinės dalies plastika. Semb'o ekstrafascialine apikolyzės plastika.	Būtinas ir vieninteliai galimas antros, aktyviai sergančios pusės, gydymas pagalba paraminio pneumotorakso.

Jeigu pneumotoraksas galima pritaikyti tik vienai pusei, tai tenka pradėti šitas gydymas už ketvirtadalio metų prieš antrosios pusės chirurgišką intervenciją. Tik po to atsargiai gali būti pritaikytą antrajai pusei kuri nors lentelėje nurodytų operatyvinių metodžių. Nėsant galimumo nė vienai pusei pritaikyti pneumotorakso, tenka mėginti taikyti abiem pusėm paprastesnės chirurgiškos kolapsinės terapijos metodės, kombinuojamos, pvz., frenikoeksherėzė ir plomba, arba bilateralinė plomba, arba plomba ir viršūnės plastika ir t. t. Intervencija patariama pradėti nuo sveikesnės pusės. Jeigu tik yra galima, pirmenybė paprastai duodama plastikai.

Pasak Heller'o, sunkiais susirgimo atsitikimais pirmenybė tenka duoti plombai, nes ji mažiausiai kenkia imuniteto stoviui ir tuo būdu mažai atsiliepia į kvėpavimą bei kraujo apytaką. Todėl Heller sunkiais bilateralinės aktyvios tuberkuliozės atvejais plombą laiko svarbiausia kolapsinės terapijos priemone. Ją jis rekomenduoja taippat taikyti vienai pusei bilateralinio proceso atveju tam, kad, išjungus pagrindinį susirgimo židinį (beveik nepakenkiant imunitetui), būtų gautas pagerėjimas. Ilgainiui, ligonio stoviui pagerėjus, plomba gali būti pakeista plastika.

VI. Intervencijos po plastikos ar plombavimo likusioms kavernoms gydyti.

Kartais po plastikos, ypatingai darytos keliais momentais, kavernos sienos nesusiploja arba ji nuslenka į vadinamą „negyvąjį tarpą“. Priežasties to tenka jieškoti nepakankamame

*) Nefigūruoja endokavitinė aspiracija, kuri tektų įterpti tarp kaustikos ir n. phrenicus operacijų (Aut.).

kolapse, kuris susidaro arba del krūtinės sienos sustyrimo, atsiradus šonkaulių regeneratams, arba nepakankamai rezekavus šonkaulius, ypatingai esant paslankiam mediastinum'ui. Negyvasis tarpas gali būti iš pryšakio — užpakalyje krūtinkaulio arba pirmųjų šonkaulių galų ir iš užpakalio — in angulo costovertebrali. Išlikusi kaverna sudaro pavojų diseminacijos, o, be to, pasak S t o e c k l i n'o bei B a e r'o, duoda taippat vietinius plaučių audinio dirginimo reiškinius (ypatingai, kai ji yra patekusi į kolabuotą plaučių audinį tik iš dalies). Todėl tokiais atvejais tenka padaryti papildoma intervencija tai kavernai iš negyvojo tuštymo išvaduoti ir jai kolabuoti. Tikslas galima atsiekti viena arba antra kryptimi nustūmus rezekcijos ribą ir pašalinus regeneratus.

Išlikusi kaverna gali būti gydoma taippat plombavimu arba endokavitine aspiracija. Kavernai sukritus ir ligoniui pasveikus, plomba pašalinama.

D. Pabaiga.

L e B l a n c į tuberkuliozę žiūri, kaip į chronišką sepsį. Vadinasi, gydant vietinį židinį, gydoma visame žmogaus organizme esama infekcijos metastazė. Kovai su šita negerove mes disponuojame gausiomis ir palyginti radikaliomis priemonėmis, bet kiekviena iš jų gali būti veikli tik tuo atveju, kai ligonio organizmo natūralinės jėgos yra pakankamai stiprios.

Vaduojantis dėsniu „primum nil nocere", gydytojui uždedama atsakinga pareiga — apsidrausti nuo negeistinų pooperacinių padarinių. Tatai jis gali siekti pirmiausia derindamas su kliniškais duomenimis intervencijos apimtį ir jos pobūdį bei analizuodamas veiksmui palankias ir žalingas sąlygas. Pernelyg didelis aktyvumas labai greit gali diskredituoti chirurgiškos kolapsinės terapijos, ypatingai torakoplastikos, metodę. Tačiau tiek pat nepageidautinas fanatiškas šitoje srityje konservatyvumas.

Mūsų krašte chirurgiškos kolapsinės terapijos metodės kultyvuojamos santūriai. Tam neabejotinai esama objektyvių priežasčių, kurių šitoje vietoje, del jau ir taip nesuderintos su „laiko dvasia" rašinio apimties, nesiryžtame nagrinėti.

Susirgimų leksikone nedaug rasime tokių ligų, kaip kad plaučių tuberkuliozė, kurioms būtų tiek daug sukurta terapinių metodžių. Konservatyvus higieniškai - dietetinis, medikamentinis, klimatinis, konservatyviai - chirurgiškas, chirurgiškas gydymas — tai ramsčiai, kuriais bazuojasi šių laikų modernusis plaučių tuberkuliozės gydymas. Jau vien kolapsinės terapijos turinys pasako, su kokiu terapijos atžvilgiu trapiu ir jautriu objektu mes turime reikalą: totalinis—arba selektyvinis pneu-

motoraksas, intra- ir ekstrapleurinis pneumo- arba oleotoraksas, difinityvinis arba temporarinis diafragmos išjungimas, totalinė, dalinė arba viršūnės plastika, plastika su arba be apikolyzės, pryšakinės krūtinės sienos dekostacija su arba be pneumolyzės, plombavimas kaip savarankiška arba papildomoji operacija ir t. t. ir t. t. Visas šitų metodžių rinkinys yra skirtas vienam tikslui — kovai su plaučių tuberkulioze. Pasirinkdamas vieną iš tų metodžių, gydytojas privalo apsvarstyti visus komponentus, nulemiančius tos metodės pritaikymą. Ligonio amžius, konstitucija, kvėpuojamojo bei kraujo apytakos aparato stovis, tuberkuliozinio proceso pobūdis, lokalizacija, apimtis, senumas, metastazių vieta, organizmo gynimosi jėgos, socialinė padėtis ir t. t. nukreipia veiksmo pobūdį viena ar kita linkme.

Ypatingai sunkina padėtį nenusistovėjusios, kartais diametraliai priešingos, pažiūros atskiros kolapsinės terapijos metodės atžvilgiu. Tai, ką Omodei Zorini daugiau dešimties metų nebetaiko, būtent, plombavimą, Sauerbruch gana plačiai iki šiol jį, kaip pagalbinę gydymo priemonę, vartoja ir dabar, ir šiais metais lankantis jo klinikoje mums patiems teko būti to liudininkais. Tą patį galima būtų pasakyti apie kiekvieną chirurgiškos kolapsinės terapijos metodę. Net gi tokia torakokaustika, kuri, atrodytų, yra neišvengiama pneumotorakso palydovė, ir tai ne visų lygiai vertinama. Pvz., Liebsche, Schulze, Sauerbruch, Forsée, Podlaha, Keitel suaugimų perskėlimą atdaru būdu tiek pat vertina, kiek torakokaustiką ir mielai vartoja nepaisant to, kad Decker'o straipsnio vokiškame referate skaitome, jog *„Briedenlosung bei offenem Thorax, ein Verfahren, das heute kaum mehr in Frage kommt"*.

Chirurgiška kolapsinė terapija plaučių tuberkuliozės gydyme užkariauja kaskart platesnius horizontus. Nuolat ieškoma naujų priemonių chirurgišku būdu užgniaužti plaučiuose manifestuojantį tuberkuliozės procesą. Kiek toli chirurgiška kolapsinė terapija pažengs ir ką ji žada ateityje, — nežinoma, bet viena aišku: kol tuberkuliozės proceso lokaliame gydyme vyraus mechanoterapija, kol nebus rastas biologinis plaučių tuberkuliozės gydymo būdas, tol chirurgiškos kolapsinės terapijos indikacijos galės tik plėstis.

Naudotosios literatūros dalis.

1. Brunner, A. u. Baer, G.: Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. Berlin, 1926. — 2. Čukanov: Chirurgičeskije vmešatelstva kak metod lečenija tuberkulioza legkich. „Problemy tub." 1940 m. 1 nr. — 3. Decker, P.: Les possibilités de la chirurgie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. „Rev. méd.

Suisse rom." 1938, 11 nr. Referat. „Scweiz. Med. Wsch." 1939 m. 37 nr. — 4. Gudaitis, K.: Torakoplastika pagal Maurer'ą plaučių tuberkuliozei gydyti. „Medicina" XXI t., 1940 m. — 5. Hein-Kremer-Schmidt: Kollapstherapie der Lungentuberkulose. Leipzig, 1938 m. — 6. Huebschmann, P.: Pathologische Anatomie der Tuberkulose. Berlin, 1928 m. — 7. Kleinschmidt, O.: Operative Chirurgie. Berlin, 1943 m. — 8. Kirschner, M.: Allgemeine u. spezielle chirurg. Operationslehre. III t., 3 dal., Berlin, 1940 m. — 9. Korth, J.: Die chirurg. Kollapsotherapie der Lungentuberkulose. „Med. Welt." 1943 m. 1 nr. — 10. Maurer, A. et Dreyfus-Le Foyer: Technique des thoracoplasties paravertébrales sous - et extra - périostées. „Journal De Chirurgie" 47 t., 5 nr. ir 48 t., 1 nr., 1936 m. — 11. Monaldi, V.: Versuche über den Verschluss der Drainagebronchien bei Anwendung des Verfahrens der Kavernensaugdrainage. „Ztsch. f. Tbc." 89 t., 3—4 sąs. 1942 m. — 12. Ranke, K. E.: Ausgewählte Schriften zur Tuberkulosepathologie. Berlin, 1928 m. — 13. Runkevičius, J.: Phrenicoexairesis plaučių tuberkulozei gydyti L. Raud. Kryžiaus Sanatorijoje. „Medicina" XVI t., 1935 m. — 14. Sauerbruch, F.: Chirurgie der Brustorgane. Berlin, 1920 m. — 15. Schmidt, H.: Wandlungen der Kollapstherapie durch die Indikation zur Kavernensaugdrainage. „Ztsch. f. Tbc." 89 t., 3—4 s. 1942 m. — 16. Šafas, E.: Endokavitarinė aspiracija pagal V. Monaldi. „Medicina" XX t., 1939 m. — 17. Vyšniauskas, K.: Tuberkuliozinių ligonių sanatoriniam gydymui atrankos klausimu. „Medicina" XX t., 1939 m.

Autoreferat.

In diesem Artikel werden die Indikationen u. Kontraindikationen verschiedener chirurgischer Behandlungsmethoden der Lungentuberkulose erörtert. In der modernen Tuberkulosebehandlung steht die chirurgische Behandlung an wichtiger Stelle. Ihre Anwendungsmöglichkeiten wachsen andauernd. Unklarheiten entstehen lediglich durch die wechselnden Ansichten betreffs der Anwendung der einen oder der anderen Methode. Zur Zeit ist es noch schwer zu entscheiden, wo die Grenzen zwischen den einzelnen Methoden der Kollapstherapie liegen.

Wenn man die zahlreichen Methoden und ihre verschiedenen Kombinationen sowie die Verschiedenheit der tuberkulösen Prozesse berücksichtigt, so scheint die Indikation und die Wahl der anzuwendenden Kollapsmethode vom subjektiven Ermessen des Arztes abzuhängen. Mehr als anderwärts tritt hier die ärztliche Kunst in Erscheinung.

In den letzten 10—15 Jahren hat die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose besondere Fortschritte gemacht. Die deutsche (Graf, Kremer, Sauerbruch u. a.), französiche (A. Maurer, Dreyfuss-Le Foyer, Bérard u. a.), italienische (Monaldi, Morelli u. a.), norvegische (Bull, Semb, Holst u. a.), amerikanische (J. Alexander, Coryllos, O'Brien u. a.), schweizerische (Schuberth, Jessen u. a.) Schule haben in die chirurgische Kollapstherapie viel Neues eingebracht. Bis jetzt sind die neuen Methoden jedoch noch nicht genügend analysiert u. endgültig gewertet.

Heute kehrt man zu den Ideen von Quincke, Spengler u. Turban zurück. Jedoch sind die klinischen Erfahrungen und Kenntnisse reicher und die diagnostischen Methoden zahlreicher. Wenn heute die Erfolge der chirurgischen Behandlung bessere sind als früher, so ist das nicht allein der besseren Technik oder genaueren Diagnossestellung zu verdanken; das Wichtigste dabei ist, dass wir heute die Tuberkulose nicht mehr als lokale sondern als Allgemeinerkrankung mit Manifestation in der Lunge ansehen.

Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose findet immer breitere Anwendung. Man sucht nach immer neuen chirurgischen Methoden, um den tuberkulösen Manifestationsherd in der Lunge zu ersticken. Wir wissen nicht, was die Zukunft in der chirurgischen Kolapstherapie uns noch bringen wird. Es ist jedoch klar, dass solange in der lokalen Behandlung des tuberkulösen Vorgangs die Mechanotherapie an erster Stelle steht, solange keine biologische Behandlungsmethode der Lungentuberkulose gefunden ist, die Indikationen der chirurgischen Kollapstherapie noch weiter zunehmen werden.

D-ras Jonas Mikužis.

Moters vidaus lyties organų tuberkuliozės klausimu.

(Iš V. D. Un-to Medicinos Fakulteto Ginekologinės klinikos)

1. Etiologija.

Nuo to laiko, kai R. Koch surado tuberkuliozines lazdelytes, laikoma, kad galima statyti diagnozė tbk tik tenai, kur šita lazdelytė yra tikrai rasta, arba kur bandymai su eksperimentiniais gyvulėliais ją patvirtino.

Plaučių, inkstų tuberkuliozėje tuberkuliozinių bacilų suradimas nesudaro ypatingų sunkumų. Skrepliuose, šlapimuose specialiai išdirbtomis metodėmis lengva surasti tbk lazdelytės.

Kitaip yra su moters vidaus lyties organų tbk. Sekrete, paimtame iš uterus'o okliuzyvinio pesaro pagalba, beveik nepavyksta rasti tbk lazdelyčių. Hanns Dietel dirbo su fluorescenciniu mikroskopu, bet taippat negavo patenkinamų rezultatų. Gimtuvės sekreto, gauto okliuzyvinio pesaro pagalba, skiepijimas jūrų kiaulytėms duoda kiek geresnių padarinių. Bet tiktai pusėje atsitikimų moters vidaus genitalijų tuberkulioze drauge yra paliesta ir gimtuvė (uterus). Todėl ir šita metodė nėra pakankama.

Punktuojant adnex'ų auglius pro cavum Douglasi, gaunama šiokių tokių padarinių irgi tiktai skiepijant gautą medžiagą jūrų kiaulytėmis. Bet ir čia dažniausiai gaunama punctio sicca.

Lieka tiktai histologiškas tyrimas ir bakterijų nustatymas histologiškai tiriant medžiagą, gautą per laparotomiam. Ir čia neretai susidaro didelių sunkumų ir kartais pavyksta nustatyti diagnozė tiktai dirbant su serijiniais pjūviais.

Čia taippat mėginama jieškoti naujų kelių. H. Much yra aprašęs specialine metode dažytas granules, kaip tam tikrą tuberkuliozinio antkryčio formą. A. Calmette jieškojo tuberkuliozinio ultravirus'o. Tačiau moters vidaus genitalijų tuberkuliozėje šitos metodės nieko nedavė.

Kuris iš žinomų 4 tbk lazdelyčių tipų, būtent, typus humanus, bovinus, gallinaceus ar poikilothermorum, vyrauja moters

genitalijų tbk etiologijoje, iki šiol neištirta. Kadangi peritonitis tbc daugiau kaip pusėje atsitikimų sukelia typus bovinus, o ryšiai tarp peritonitis tbc ir moters genitalijų tbk yra artimi, tai tenka manyti, kad typus bovinus gali figūruoti ir moters vidaus lyties organų etiologijoje. Dažniausiai vis delto turėtų būti typus humanus.

Paėmus pagrindan K. E. R a n k e's schemą tbk eigai, būtent, padalinimą visos tbk eigos į tris stadijas, moters vidaus lyties organų tbk tenka priskirti prie 3-iosios stadijos, būtent, prie vadinamos izoliuoto organo tuberkuliozės.

Moters vidaus lyties organų tbk yra antrinė tbk, lygiai kaip ir peritonitis tbc bei šlapiminių organų tuberkuliozė.

Klausimas, ar gali iš viso būti moters genitalijų pirminė tbk, iki šiol plačiai diskutuojamas.

S t o e c k e l, H e y n e m a n n ir daug kitų autorių yra tos nuomonės, kad moters vidaus genitalijų tbk esanti tipiška antrinė tuberkuliozė.

Tačiau visuomet buvo autorių, kurie nurodinėjo, kad tbk infekcija galinti pakliūti pro makštis (vaginą). Paskutiniu laiku P. C a f f i e r vėl iš naujo iškėlė šitą klausimą ir priėjo išvadą, kad, jeigu ir nėsą moters genitalijų pirminės tbk, tai bent ekzogeninė reinfekcija per vaginam neabejotinai galinti būti ir būnanti.

Reikia pripažinti, kad teoriškai moters genitalijų pirminė tbk yra galima. Pvz., vulvos tuberkuliozė gali būti pirminė, kaip ir kiekviena odos tuberkuliozė. Makščių, gimtuvės kaklelio pirminė tuberkuliozė teoriškai galėtų būti, jeigu tuberkuliozinės bakterijos su užkrėstais daiktais būtų įneštos į makštis. Teoriškai galėtų būti gimtuvės ir vamzdžių (tubų) tbk, jei prileisime, kad, darant abrasio uteri ar kitą panašią intervenciją, būtų įvestas į gimtuvės vidų (cavum uteri) daiktas, kuris yra užkrėstas tbk lazdelytėmis.

Bet tai tiktai prileidimai. Praktiškai, kol yra hymen, kol nėra buvę lytinių santykių (coitus'o), tokio galimumo iš viso nėra.

Nuo to momento, kai moteris pradeda lytiškai gyventi, ji kaip taisyklė jau yra persirgusi tbk kūdikystėje ir jau yra perėjusi pagal K. E. R a n k e's schemą pirmąją ir dažnai antrąja tbk stadiją.

Žinoma, lytinių santykių metu tbk lazdelytės gali būti įneštos į makštis. Vyrai, kurie serga urogenitalinių takų bei liaukų tbk, neabejotinai turi spermoje tbk lazdelyčių. Kaikurie autoriai prileidžia (J. A m a n n), kad vyrai, sergą sunkesne plaučių tbk forma, taippat turį spermoje tbk lazdelyčių.

Lytinių santykių metu į makštis įneštos bakterijos moteriai sudarys superinfekciją. Tokiu atveju užkrėtimui reikia daugiau bakterijų. Atrodo, kad moterys, ištekėjusios už tokių vyrų, turėtų dažniau sirgti genitalijų tbk. Tačiau stebėjimai to nepatvirtina. Pvz., M. Simmonds stebėjo 5 vyrus, kurie mirė del sunkios urogenitalinių takų tuberkuliozės ir už 4 savaičių prieš mirtį turėjo reguliarių lytinių santykių. Nei viena iš tų moterų nesusirgo genitalijų tbk.

Antra vertus, skrodžiant moters lavonus iki šiol nebuvo rasta tokio patologiškai anatominio vaizdo, iš kurio galima būtų spręsti, kad moters genitalijose būtų surastas pirminis tbk kompleksas, būtent, pirmoji tbk stadija pagal K. E. Ranke. Tai yra, kad moters vidaus lyties organuose būtų surastas pirminis tbk židinys ir regioninės liaukos būtų pakitusios, o jei kur nors kitur yra liaukos paliestos, tai kad moters genitalijų regioninės liaukos būtų labiau kazeoziškai degeneravusios, arba vienintelės sukalkėjusios, arba vienintelės suakmenėjusios — to nesusekta.

Kiek tas klausimas yra opus ir aktualus, parodo Th. Heynemann'o kreipimasis į ginekologus („Zentralblatt für Gynäkologie" 1937 m. 13 nr.), kuriame jisai kviečia tokius atsitikimus skelbti spaudoje, o jei kas neturi tam laiko, nors jam pranešti.

Moters genitalijų tbk dažnai kombinuojasi su peritonitis tbc. Maždaug 60% moters vidaus genitalijų tbk yra lydima labiau ar mažiau pasireiškusios peritonitis tbc. Tai lengvai paaiškinama, būtent, vamzdžių ir gimtuvės serozė yra ta pati pilvaplėvė (peritoneum) ir todėl perėjimas iš vienos formos į antrą yra lengvas.

Kas kita su šlapiminiais takais. Visai priešingai, negu kad pas vyrus, moters genitalijų tbk neturi jokių ryšių su šlapiminių takų tbk. Esant moters genitalijų tbk, dažniausiai kituose organuose nerandama tbk proceso ir net pirminis židinys, kuris turėtų būti plaučiuose arba žarnose, nevisuomet yra lengva rasti.

Moters vidaus genitalijų tbk gali kilti per continuitatem — tiesiog nuo gretimų susirgusių ląstelių. Pvz., peritonitis tbc gali pereiti ant vamzdžio paviršiaus, ant vamzdžio serozės, o vėliau persimesti į vamzdžio spindį, į vamzdžio vidinį paviršių. Tuo pačiu keliu bus perneštas tuberkuliozinis procesas, kai vamzdis yra suaugęs su mezenterine tuberkuliozine liauka arba su tuberkuliozine žarnų opa.

Antrasis kelias — per contiguitatem, kai procesas eina intrakanikuliariai — vadinasi, tiesiog iš tuberkuliozinės pilvaplėvės į vamzdžio spindį, pvz., trūkus folikuliui, kiaušinėlis (ovulum) pakliūva į vamzdžio spindį.

Trečiasis kelias — limfinis kelias. Šituo keliu tuberkuliozė gali eiti, kai yra tuberkuliozinis židinys ileo - coecal'inėje srityje, arba flexura sigmoidea srityje.

Ketvirtasis kelias — hematogeninis, dažniausiai iš plaučių. Th. Heynemann mano, kad 80% moteris genitalijų tbk yra hematogeninės kilmės ir tik likę 20% atsiranda iš tuberkuliozinės pilvaplėvės ir kitais būdais.

Visai atskirai hematogeniniu keliu gali atsirasti ir peritonitis tbc ir moters genitalijų tbk.

Ar yra galima, kad moters genitalijų tbk pereitų ant pilvaplėvės, nors yra žinoma, kad tolimesnis moters genitalijų tuberkuliozės plitimas yra descendentinis, eina pagal srovę žemyn, lygiai taip, kaip kad ir šlapiminių takų tbk. Tokis galimumas yra, nors kiti ir neigia. Yra įrodyta, kad vamzdžiai savo sekretą išlieja į pilvaplėvės tuštimą (cavum peritonei). Kadangi 50% tuberkuliozinių vamzdžių nėra užakę, tai jie gali išlieti tuberkuliozinę medžiagą į pilvaplėvės tuštimą. Toji medžiaga paklius ant kiaušdėčių (ovarium) ir gali sužadinti jų tuberkuliozę; taippat ji, pakliuvusi į cavum Douglasi, gali sukelti peritonitis tbc.

Pirmiausia ir dažniausiai, būtent, 80%, suserga vamzdžiai. Vis delto kuri nors šito reiškinio priežastis turi būti. Vieni aiškina tuo būdu, kad iš viso yra organų, kurie yra labai jautrūs tuberkuliozinei infekcijai ir prie tokių organų priklauso vamzdžiai ir ypač jų ampulinė dalis (Th. Heynemann). J. A. Amann aiškina anastomozėmis tarp art. ovarica ir art. uterina, kurios sulėtina kraujo srovę, kas gali palengvinti tuberkuliozinėms lazdelytėms sustoti vamzdyje.

Ar gali gonokokinė infekcija veikti predisponuodama moters genitalijas susirgti tbk, dar neišaiškinta. Pastebėta, kad hypoplasia uteri moters vidaus genitalijų tbk pasitaiko dažniau.

Po vamzdžių (80% iki 100%) pagal dažnumą tuberkuliozinis procesas paliečia gimtuvę (50%) ir kiaušdėčius (30%). Žymiai rečiau pasitaiko gimtuvės kaklelio tuberkuliozė (2%) ir makščių tbk (0,5%).

2. Kliniški reiškiniai.

Makroskopiškai tuberkulioziniai vamzdžiai gali būti nusėti mažų tuberkulių, arba serozė gali būti visai laisva, o tuberkuliozinis procesas gali būti lokalizavęsis vamzdžių gleivinėje ir raumeniniame sluogsnyje. Vamzdžiai 50% būna atdari, kitais atvejais užakę. Ampuliniai galai tada būna išsipūtę, suaugę su gretimais organais. Gali būti mažesni ar didesni pyosalpinx'ai ir saktosalpinx'ai, kurie aiškiai nesiskiria nuo gonorėjinių, ar kitokių pūlinių vamzdžio pakitimų. Kartais

po salpingografijos gali likti saktosalpinx'e kontrastinių masių ir perpjautas vamzdis imituoja kazeozinio vamzdžio vaizdą. Pyosalpinx ir hydrosalpinx gali būti labai didelis, pvz., kūdikio galvos dydžio. Bet gali būti ir paprastas salpingitis nodosa. Vamzdžiai gali būti suaugę su gretimais organais ir gali susidaryti fistulės į žarnas, į šlapiminę pūslę ir į pilvo paviršių.

Kiaušdėtyje dažniausiai būna mišri infekcija. Gaunamas pyovarium. Suaugimai būna dideli. Kartu su vamzdžio pyovarium'u ir pyosalpinx'u susidaro konglomeratas kumščio dydžio, net kūdikio galvos dydžio.

Gimtuvės tbk eina, kaip endometritis tuberculosa corporis; vadinasi, paliečiamas endometrium. Vėliau gali pereiti į myometrium. Gali prisirinkti kazeozinių masių ir gaunama tuberkuliozinė pyometra.

Anatominiai pakitimai pradžioje būna labai maži, procesas eina iš lėto, todėl ir eiga labai chroniška.

Pradžia dažniausiai praeina nepastebėta nei moters nei gydytojo. Tokioje stadijoje moteris kreipiasi į gydytoją tiktai del sterilitas, arba del skausmų. Vėliau atsiranda temperatūros svyravimai, bet jų gali ir nebūti. Tvinksnis visuomet atitinka temperatūrą. Kaikurios ligonės pradeda liesėti. Mėnesinių ciklas dažniausiai nepakitęs; amenorrhoea būna retai. Vėliau skausmai būna labai dideli, net dieglių pavidalu, bet būna ir be skausmų. Dažnai pasitaiko dysmenorrhoea.

Mišri infekcija pasitaiko neretai. Pagal P. Wetterdal'į iš 52 atsitikimų, operuotų del moters genitalijų tuberkuliozės, 21-u atsitikimu buvo mišri infekcija ir jų 5 atsitikimais — gonorėjinė.

Kai prisideda mišri infekcija — streptokokai, stafilokokai, bacterium coli, gonokokai ir t. t., tai gaunamas tipiškas adnexitis acuta vaizdas. Pradžioje jokio tbk įtarimo nėra. Tiktai vėliau, kai, nepaisant įprasto gydymo, temperatūros svyravimai per ilgesnį laiką nesumažėja, arba jei ir sumažėja, bet uždegimiškai adneksinis auglys, nepaisant viso konservatyvinių priemonių arsenalo, nepasiduoda įsisiurbiamas, tai pradedama galvoti apie tbk diagnozę. Tiktai laparotomia galutinai patvirtina diagnozę.

Jei kartu yra moters genitalijų tbk ir peritonitis tbc, tai pirmiausia iškyla peritonitis tbc kliniški reiškiniai.

Tuo atveju, ypač kai yra peritonitis tbc sausa forma, pasidaro žarnų su adneksiniais augliais suaugimai. Tarp tų suaugimų susidaro kazeoziniai lizdai, kurie pratrūksta į žarnas — pasidaro fistulės. Perforacija dažniausiai įvyksta į colon sigmoideum ir į rectum, rečiau į vesica urinaria. Kartais toks

kazeozinio lizdo pratrūkimas į žarnas gali duoti išgijimą. Dažniausiai susidaro susisiekimas tarp žarnos, viena vertus, ir pyovarium arba pyosalpinx, antra vertus, pasidaro nuolatinė fistulė — prisideda mišri infekcija. Moteris tampa amžina ligonė — invalidas, ir tiktai operatyviniu būdu moteris galima išgydyti. Tokios operacijos yra sunkios, pavojingos, dažnai įvyksta žarnų sužalojimai, neretai tenka daryti žarnos rezekcija.

Moters genitalijų tbk paprastai retai pereina į miliarinę tbk formą. Miliarinė tbk, kuri pasitaiko po gimdymo arba po aborto, greičiausiai yra kitos kilmės, būtent, iš plaučių tbk. Antra vertus, yra pastebėta, kad smulkios intervencijos, kaip kad gimtuvės zondavimas, vamzdžių prapūtimas, salpingografija, gimtuvės abrasio, moters genitalijų tbk atveju gali išprovokuoti miliarinę tbk formą.

Meningitis tuberculosa esant, moters genitalijų tbk beveik nepasitaiko.

Esant moters vidaus genitalijų tbk, kartu yra ir sterilitas. Keller griežtai pasisako, kad, jeigu buvo adnex'ų tbk, daugiau niekuomet nebūsią nėštumo. O jeigu po to, kaip buvo nustatyta adnex'ų tbk, moteris vis delto gimdo, tai jisai iš viso abejojąs, ar diagnozė tbk buvusi pastatyta taisyklingai. Pasak kitų autorių, vis delto ir esant moters vidaus genitalijų tbk, galįs įvykti apsivaisinimas ir gali prieiti prie normalaus nėštumo arba graviditas extrauterina. A. Mayer sekė moterų, sergančių genitalijų tbk, likimą ir nustatė, kad 92% tokių moterų daugiau nebepastojančios, bet 8% atsitikimų vis delto įvykstąs nėštumas.

Įdomu, kad peritonitis tbc forma, kuri eina izoliuotai, neužgriebdama moters genitalijų, neturi tokios blogos įtakos apvaisinimui ir nėštumui. Tokio peritonitis tbc atsitikimais tiktai 11,9% (A. Mayer) lieka moterys bevaikės, kas mažai skiriasi nuo paprasto bevaikių moterų skaičiaus, būtent, 10%.

Gali būti endometritis tbc, ir retkarčiais gali įvykti apsivaisinimas ir gali įvykti implantacija sveikoje endometrium'o vietoje. Tuo būdu pirmiau bus endometritis decidualis vera tbc, o vėliau procesas pereis ant decidua basalis ir gausime endometritis decidualis basalis tbc.

Dažniau įvyks apsivaisinimas dar sveikame endometrium'e, sveikoje gimtuvėje. Vėliau jau po implantacijos, arba nuo sergančio vamzdžio descendentiniu keliu, arba iš plaučių hematogeniniu keliu pakliūva tuberkuliozinis procesas į decidua ir sukelia endometritis decidualis vera tbc arba kartu ir endometritis decidualis basalis tbc.

Toliau gali įvykti vad. vaisiaus kongenitalinė tuberkuliozė.

Jei yra endometritis decidualis vera tbc, tai tuberkuliozinis procesas gali pro plėves pratrūkti į amnion'o tuštimą, tuomet tuberkuliozinės bakterijos paklius į amnion'o vandenis ir vaisius gali juos nuryti.

Jei yra endometritis decidualis basalis tbc, tai pirmiausia apsirgs vad. placenta materna. Vėliau tuberkuliozinis procesas pereina į placenta foetalis sritį. Pirmiausia bus paliesti interviliozinai tuštimai. Bus gautas placentinės tuberkuliozės vaizdas. Vėliau procesai pereina ant chorion'o gaurelių ir toliau yra užkrečiamas vaisius.

Esant placentinei tuberkuliozei, įvyksta dideli chorion'o gaurelių sunaikinimai, kas dažniausiai veda prie aborto. Paskirais atsitikimais gali įvykti ir gimdymas.

Vaisiaus germinatyvinė infekcija, būtent, kad su sperma tbk bakterijos užkrėstų vaisų jau spermovium'o stadijoje, nėra įrodyta, ir dauguma autorių germinatyvinės vaisiaus infekcijos nepripažįsta.

Vaisiaus kongenitalinė infekcija gali įvykti ir nėsant moters vidaus lyties organų tbk. Pvz., plaučių tbk atveju lazdelytės gali pakliūti į interviliozinius tuštimus ir čia pereiti ant chorion'o gaurelių ir duoti placentinės tuberkuliozės vaizdą.

3. Diagnozė.

Kliniška moters genitalijų tbk diagnozė yra labai sunki. Nėra nei vieno tikro simptomo. Manoma, kad tiktai ketvirtadaliui atsitikimų tokia diagnozė yra nustatoma, o trims ketvirtadaliams atsitikimų genitalijų tbk praeina po kita diagnoze.

Lengvesnė yra gimtuvės kaklelio, makščių ir vulvos tbk diagnostika. Čia šiaip ar taip bent matomos opos — ulcera tuberculosa. Makroskopiškai tos opos gali būti panašios į vėžio arba sifilio opas. Taip, kad vien inspekcija, net panaudojus kolposkopą, negalima nustatyti diagnozės. Ir čia svarbiausiai tenka remtis histologiško tyrimo duomenimis.

Esant vidaus lyties organų tuberkuliozei, palpuojant galima iš viso nerasti jokių pakitimų, arba jei pakitimai ir randami, tai jie nėra būdingi tuberkulioziniam adneksitui. Heynemann nurodo, kad adnexitis tbc atveju apčiuopiami piršto arba paišelio storumo kieti vamzdžiai. Sellheim teikia didelės reikšmės Hegar'o mazgeliams, būtent tiems smulkiems kietiems mazgeliams, kurie yra randami palpuojant per rectum apie lig. sacro - uterina ir šoninėse dubens sienelėse. Tačiau tokius pačius mazgelius gali duoti ir karcinomos metastazės ir endometriosis bei maži limfos folikuliai sėdimosios žarnos gleivinėje. J. Brande nurodo, kad pilvo įtempimas, kuris yra difuziškas, laikosi visą laiką ir palpuojamas

neduoda skausmingumo, dažnai būnąs genitalijų tuberkuliozės atveju.

Th. Brandes laiko hypoplasia uteri predisponuojamu veiksniu ir naudoja hypoplasia uteri, kaip pagalbinį reiškinį, moters vidaus genitalijų tbk diagnostikai. Bendriniai reiškiniai, kaip kad temperatūros svyravimai, naktiniai prakaitavimai, suliesėjimas, apetito nustojimas, kartais padeda nustatyti genitalijų tbk diagnozę.

Kraujo vaizdas tiktai tuo atveju leidžia įtarti tbk, kai yra aukšta temperatūra ir dideli uždegiminiai adneksiniai augliai, bet nėra leukocitozės.

Paskirais atsitikimais, kur yra jaunos mergaitės su hymen'u, su dideliais adneksiniais augliais ir su amenorrhoea, moters genitalijų tbk diagnostika yra lengva.

Remtis kitų organų tbk, ypač plaučių tbk, nustatant diagnozę negalima, nes kaip tik moters genitalijų tbk atvejais dažniausiai kitur nerandama tuberkuliozinių židinių.

Familiarinė anamnezė nieko neduoda. H. Dietel iš 82 genitalijų tbk atsitikimų tiktai 8 atsitikimais radęs familiarinėje anamnezėje plaučių tbk.

Okliuzyvinio pesaro pagalba gauto gimtuvės sekreto ir iš adneksinių auglių gautų punktatų tyrimai šiuo tarpu dar yra vystymosi stadijoje ir gerai išdirbtos ir patikimos tyrimų metodės dar nėra. Čia lengvai gali pakliūti makštinės lazdelytės, arba smegmos bacilai, kurie ne taip lengva histologiškai atskirti nuo tbk lazdelyčių.

Abrasio uteri galėtų duoti tinkamos medžiagos tyrimams, bet gali išprovokuoti miliarinę tbk formą, ir todėl, kaip diagnostinė priemonė, nenaudojama.

Senojo tuberkulino poodinė injekcija neduoda jokių patikimų padarinių ir būna dažnai teigiama gonorėjinių adneksitų atveju.

Nestigo mėginimų panaudoti serologines reakcijas moters genitalijų tbk diagnozei nustatyti. Tačiau nei Wassermann'o reakcija, nei reakcija pagal Besredka bei Wernes'ą nedavė jokių patikimų padarinių. Todėl beveik vienintelis tikras būdas moters vidaus lyties organų tbk diagnozei nustatyti lieka laparotomia probatoria. Daug geriau padaryti laparotomia probatoria, negu metais gydyti moteris, siuntinėti po įvairias sanatorijas, tiktai įtariant moters vidaus genitalijų tuberkuliozinį susirgimą.

Laparotomijos metu negalima pasitenkinti vien tiktai makroskopišku vaizdu, bet būtinai darytini histologiški tyrimai ir net serijiniai pjūviai. Pagal Wetterdal'į iš 52 laparotomijų — 19 atsitikimų makroskopiškai jokių pakitimų

visiškai nebūta, o keturiais atsitikimais diagnozė buvo nustatyta, tiktai panaudojus serijinius pjūvius.

4. Prognozė.

Dauguma autorių (Krönig, Wesseling, Heynemann) pasisako, kad prognozė quo ad vitam moters genitalijų tbk atvejais, nepaisant ilgos eigos, yra gera. Tačiau Keller, kuris reikalauja ilgo stebėjimo, nuo 5 iki 12 metų, apie prognozę yra blogesnės nuomonės. Ypač yra bloga prognozė, kai liga lydima aukštos sepsinės temperatūros, didelio ligonės sulie sėjimo ir bendrinio stovio pablogėjimo.

Bloga prognozė būna ir tais atvejais, kur tuojau po laparotomijos nėra pagerėjimo.

Atsitikimai su mišria infekcija, atsitikimai su fistulėmis taippat sunkina prognozę.

5. Gydymas.

Nuo to laiko, kai Spencer'o Wells'o 1882 m. buvo padaryta laparotomia probatoria peritonitis tbc atveju ir moteris po to 25 metus sveika išgyveno, laparotomia probatoria buvo pradėta vartoti, kaip metodė peritonitis tuberculosa gydyti. Moters genitalijų tbk atvejais buvo priimta ne tiktai operuoti, bet ir radikaliai pašalinti visas tuberkuliozinis audinys. Tačiau jau 1911 metais B. Krönig ir kartu su juo kiti autoriai pasisakė prieš radikališką operavimą.

Šiais laikais kalbama jau ne apie tai, ar radikaliai operuoti, bet klausimas statomas, ar iš viso verta moters genitalijų tbk atvejais operuoti. Operuojant yra pavojaus žarnos sužaloti ir gauti pooperacinių fistulių. Yra pastebėta atsitikimų, kad po operacijos tuberkuliozinis procesas pradeda plėstis. Mirtingumas po operacijos 10—15%; bet ten, kur operuojama labai radikaliai, mirtingumas siekia net 44%. Radikalinės operacijos technika yra labai sunki. Atmintini Stoeckel'io žodžiai: „Aš vieną kartą operavau radikaliai pagal Wertheim'ą tbk atveju ir neužmiršiu šitos, kaip savo gyvenime sunkiausios, laparotomijos. Parametrai buvo tokie kieti ir tokie nepaslankūs, kad galima sulyginti tik su įmūrytais akmenimis". Yra autorių, kaip O. Bernhardt ir A. Rollier, kurie visiškai atsisako operuoti.

Šiaip ar taip, dabar moterys vidaus organų tbk atvejais ne tuojau operuojama, bet tiktai pagal tam tikras indikacijas. Dažniausiai operuojama esant netikrai diagnozei. Tai bus svarbiausia ir dažniausia indikacija. Operuojama taippat esant dideliems, nepakenčiamiems skausmams, dideliems kraujavi-

mams, ileus'o reiškiniams, dideliam ascitui. Operuojama taippat esant dideliam paslankiam adneksiniam augliui.

Nepatartina operuoti esant aukštiems temperatūros svyravimams, esant aktyviniei plaučių tuberkuliozei, kacheksijai ir esant dideliems suaugimams.

Operuojama tiktai abdominaliai. Suaugimų nepatariama atpalaiduoti ir pašalinami tik tie organai, kurie yra palyginti laisvi. Ypač reikia saugotis žarnų sužalojimo. Su gimtuve elgiamasi įvairiai: vieni pašalina, kiti palieka. Kiaušdėčiai rečiau paliečiami tuberkuliozinio proceso, todėl stengiamasi bent vienas kiaušdėtis palikti.

Svarbu tuojau po operacijos pradėti konservatyvinis gydymas. Konservatyvinis gydymas geriausiai yra pravedamas sanatorijose — jūros arba kalnų klimate. Kartu, žinoma, pravedamas ir bendrinis tbk gydymas, būtent, gydymas gulėjimu, grynu oru, kvarco lempomis, specialine tuberkuliozininkų dieta ir t. t.

Ypač daug šalininkų turi moters vidaus genitalijų tbk gydymas rentgeno spinduliais. Švitinama labai mažais daviniais, po 5—10% H. E. D. Prireikus po 6 savaičių švitinimas kartojamas. Gydant rentgeno spinduliais gaunama puikių rezultatų — iki 81% išgijimo (Bickenbach). Padariniai iš tikrųjų geresni, negu operacijos duomenys. Tiktai labai jaunoms moterims, turinčioms dar labai mažus pakitimus, del galinčios įvykti amenorrhoea rentgeno spinduliais gydymas nepatartinas.

6. Mūsų ginekologinės klinikos medžiaga.

Per dvejus metus, būtent, 1942 ir 1943 m., V. D. Univ-to Ginekologinėje klinikoje laparotomijų metu buvo rasta 11 moters vidaus genitalijų tbk atsitikimų. Visais 11 atsitikimų buvo paliesti vamzdžiai; 2 atsitikimais procesas buvo ir ant gimtuvės serozės; 3 atsitikimais buvo rasta kartu ir peritonitis tbc.

Tuo pačiu laiku laparotomijų metu buvo rasta uždegiminių kitokio pobūdžio vamzdžių pakitimų — 80 atsitikimų. Vadinasi, vamzdžių tbk sudaro 13,7% visų uždegiminių tbk procesų. Užsienių statistikomis vamzdžių tbk sudaro miestuose 3—5%, o kaimuose 10—15% visų kitų uždegiminių vamzdžių procesų. Klinikos duomenys stovi arčiau užsienių kaimų gyventojų statistikos.

Pas ligones aktyvi plaučių tbk figūravo tiktai 3 atsitikimais. Familiarinė anamnezė figūravo tiktai 3 atsitikimais, būtent, vienu atsitikimu vyras sirgo gerklės džiova, 2-iem atsitikimais tėvas sirgo plaučių džiova. — Tiktai 3 atsitikimais buvo amenorrhoea; visais kitais atsitikimais ciklas buvo visiškai nor-

malus. Skausmais ligonės skundėsi visais atsitikimais. Sterilitas buvo 9 atsitikimais, visais pirminis. Trumpiausias nuo ištekėjimo laikas — 2 metai, ilgiausias — 10 metų, vidutiniškai — 4,5 metų. Palpuojant prieš operaciją buvo rasti 9 atsitikimais adneksiniai augliai ir tiktai 2-iem atsitikimais nieko ypatingo nebuvo pračiuopta ir operuota del sterilitas.

Visais atsitikimais buvo pašalinti vamzdžiai, kaikur kartu su tuberkuliozinių kiaušdėčiu. Gimtuvė visais atsitikimais buvo palikta.

Žarnų sužalojimai įvyko 2-iem atsitikimais — vieną kartą laibųjų žarnų, vieną kartą — colon sigmoideum. Visos ligonės buvo išrašytos be fistulių, ir del fistulės dar iki šiol nei viena negrįžo.

M i r ė — 1. Ji buvo persiųsta į moterų kliniką iš Infekcinės ligoninės, kur buvo gulėjusi, kaip įtarta sergant typhus abdominalis. Prieš operaciją turėjo aukštus temperatūros svyravimus; operacijos metu buvo rasta kartu su moters genitalijų tbk taippat toli nuženges peritonitis tbc. Mirtingumo procentas 9,1%.

Įdomesni buvo 2 atsitikimai:

1) Viena ligonė buvo operuota provincijoje prieš 2 metus, atsiųsta į kliniką su fistula recto-abdominalis tbc.

2) Antras atsitikimas: kumščio dydžio pyovarium sin., kuris buvo įaugęs į colon sigmoideum ir sudaręs jo priekinę sienelę. Išėmus pyovarium, colon sigmoideum srityse susidarė 2—3 skersų pirštų plyšys. Abidvi ligonės išrašytos iš klinikos pasveikusios.

6 ligonės buvo operuojamos antrą kartą, vadinasi, daugiau kaip 50%. Pirmą kartą 4 iš jų buvo operuotos del sterilitas, 2 del — adneksinių auglių. Pirmą kartą operuojant nei vieną kartą nebuvo nuktatyta tbk. Operuota antrą kartą, praėjus 2—5 metams nuo pirmos operacijos. Tenka įtarti, kad galėjo būti jau pirmą kartą operuojant tuberkuliozinis procesas, bet histologiško tyrimo nedaryta, o makroskopiškai liko nepastebėtas.

7. Išvados.

1. 1942—1943 metais Ginekologinės klinikos laparotomijų duomenimis vamzdžių tuberkuliozė sudaro 13,7% visų kitų uždegiminių vamzdžių pakitimų.

2. Kiekvienos laparotomijos atveju, kai randami uždegiminiai procesai adnex'ų srityje, darytinas histologiškas tyrimas ir, jei galima, serijiniais pjūviais.

3. Kadangi Lietuvoje klimatinis bei sanatorinis gydymas labai sunkiai prieinamas, brangus ir ilgas, turi trukti ne mažiau

kaip 6 mėnesius, o dažnai ir ilgiau, metais, tai taikytina rentgeno spinduliais švitinimas moters genitalijų tuberkuliozei gydyti ir sektina, kiek jis galėtų pavaduoti arba bent sutrumpinti sanatorinį gydymą.

Literatūra.

1. Dietel, H.: „Zbl. f. Gynäk." 1942, 2 nr.
2. Heynemann: Die Tuberkulose der weiblichen Genitalien und des Peritoneum. Handbuch der Gynäkologie von Stoeckel. Veit. Bd. VII, 1 nr., Bergmann, München, 1933.
3. Heynemann, Th.: „Zbl. f. Gynäk." 1937, 13 nr.
4. Keller: „Zbl. f. Gynäk." 1940, 9 nr.
5. Sperl, J.: „Zbl. f. Gynäk." 1942, 2 nr.
6. Weibel: Tuberkulose d. weibl. Genitalapparates, in Halban — Seitz. „Biologie u. Pathologie des Weibes", Bd. V, 1926, 1 nr.
7. Winkler u. Wegemer: „Zbl. f. Gynäk." 1940, 46 nr.

Autoreferat.

Nach einer kurzen Übersicht über Aetiologie, Klinik und Behandlung der Tuberkulose der inneren Geschlechtsorgane des Weibes, beschreibt der Verfasser 11 von ihm beobachtete Fälle. Aus seinen Beobachtungen geht hervor, dass 13,7% aller entzündlichen Tubenveränderungen tuberkulöser Herkunft sind. Eingehender werden behandelt ein Fall von Fistula recto-vaginalis tbc und ein anderer von Pyovarium sin., das mit dem Colon sigmoideum verwachsen war, 6 von 11 Fällen, also mehr als 50%, mussten zum zweiten Mal operiert werden, weil bei der ersten Operation die Tuberkulose nicht diagnosiert worden war. Der Verfasser rät diese Kranken konservativ zu behandeln, am besten mit Röntgenbestrahlung.

Doc. d-ras V. Vaičiūnas.

Tuberkuliozė ir neuropsichinė sveikata.

(Iš V. D. Un-to Nervų ir Psichikos Klinikos Kaune).

Nervų sistema yra labai jautri visokeriopiems pakitimams, kurie nuolat vyksta mūsų organizme. Kiekvienas jame susidaręs somatinis nukrypimas veikiai atsispindi mūsų neuropsichinėje sferoje. Yra žinomi įvairūs somatogeninės kilmės psichikos nukrypimai. Pvz., anemijos sukelia nuotaikos nepastovumą ir įvairius nemalonius jutimus, kachėksijos — psichinį silpnumą, depresiją, delirinį stovį ir haliucinacijas, kardiovaskuliarinės sistemos susirgimai — baimes ir jaudrumą ir t. t. Žodžiu tariant, įvairūs mūsų organizmo išsekimai ir susirgimai gali suardyti mūsų neuropsichinę sveikatą. Tad suprantama, kad ir tuberkuliozė taippat gali sukelti tiek nervų, tiek psichikos ligas.

Yra net autorių (Walfer ir kt.), kurie teigia, kad intoksikacijos, susidariusios organizme del tuberkuliozės, sukeliančios arba bent išprovokuojančios šizofreniją. Tuo atveju kalba-

ma apie šizofreniją, kaip apie metatuberkuliozę. Nors šizofrenikai dažnai serga tuberkulioze, bet, pasak prof. J. Blažio, pastaroji liga galima laikyti tik šizofrenijos palydove, o ne jos sukėlėja.

Tuberkuliozės atsitikimais susidariusi nervų sistemos patologija pasižymi beveik tomis pačiomis ypatybėmis, kurios esti ir kitais, netuberkuliozinės kilmės, toksemijos atvejais.

Normaliomis sąlygomis, kaip žinoma, nervų sistema tvarko ir koordinuoja įvairių organų funkcijas, o nenormaliomis sąlygomis, kaip, pvz., atsiradus organizme kurios nors infekcijos židiniui, ji dar dalyvauja šito organizmo apsisaugojimo reakcijų formavime. Tad suprantama, kad patologiškais atvejais, vadinasi, ir tuberkuliozės atsitikimais, nervų sistema, turėdama daug daugiau darbo kaip normaliai, veikiau pavargsta ir pavargusi veikiau tampa neatspari produkuojamiems organizme toksinams bei, pagaliau, pairsta. Tuberkuliozės atsitikimais nervų sistema veikiau pairsta dar ir todėl, kad šitoji liga paprastai esti sunki ir chroniška.

Iš nervų ligų, kurios dažnai pasitaiko sergantiems tuberkulioze, paminėtinos šios ligos: tuberkuliozinis meningitas, galvos smegenų tuberkuliozė, tuberkulioziniai mononeuritai ir polineuritai ir taippat paraplegijos, parezės, parestezijos ir hiperestezijos, įvykstančios pačiam tuberkulioziniam židiniui arba jo sukeltiems uždegiminiams procesams spaudžiant, bei vegetacinės nervų sistemos patologiški nukrypimai, kurie tuberkuliozės atsitikimais esti labiausiai pasireiškę.

Apie šituos nervų susirgimus čia plačiau nekalbėsiu, tik paminėsiu, kad šitos ligos savo simptomatologija ir eiga mažai tesiskiria nuo panašių nervų ligų netuberkuliozinės etiologijos. Sakysime, tuberkuliozinis meningitas, apskritai imant, reiškiasi panašiai kaip ir kitoks meningitas, tik išsiskiria kaikuriais jam būdingais savumais, kaip antai, prodromine stadija, sporadiškumu, cukraus ir chloridų sumažėjimu liquor'e, psichiniais reiškiniais ir bloga prognoze. Čia paminėtina, kad kaikurie autoriai (Roch ir kt.) tvirtina, kad tuberkuliozinė infekcija galinti turėti etiologinės reikšmės atsirasti ir serozinіams meningitams, kurių prognozė paprastai esti gera. Galvos smegenų tuberkuliozė, kuri, kaip ir tuberkuliozinis meningitas, dažniausiai pasitaiko vaikams ir jauniems žmonėms, paprastai sudaro tumor cerebri vaizdą, panašų į medulloblastomų atsitikimus, kurių prognozė yra bloga.

Tuberkulioziniai mononeuritai ir polineuritai savo eiga ir simptomatologija visai nesiskiria nuo pa-

našių ligų netuberkuliozinės kilmės. Jie gali skirtis tiktai savo prognoze, kuri pareis nuo to, kaip sunkiai paliestas tuberkuliozės apskritai visas organizmas.

Čia taippat paminėtina, kad tuberkuliozinė infekcija gali turėti etiologinės reikšmės ir neuralgijoms, pvz., ischias'ui atsirasti. Paralyžiai ir kūno jautrumo sutrikimai, įvykstą del tuberkuliozinių spondilitų, sukeltų procesų kompresijos į stuburo smegenis, taippat sudaro vaizdą, panašų į kitokios kilmės kompresijos sukeltus reiškinius.

Tuberkuliozės atsitikimais įvykusieji vegetacinės nervų sistemos įvairūs patologiški nukrypimai pasireiškia vazomotoriniais sutrikimais, kaip antai, paraudonavimu ir t. t., be to, prakaitavimu, silpnai pasireiškusiu dermografizmu, vyzdžių išsiplėtimu ir lėta jų reakcija bei jų nelygumu, tachikardija ir kt.

Tuberkuliozės atvejais taippat pasitaiko ir trofinių nervų sistemos pakitimų, kurie reikia vertinti tiek vietiniu, tiek ir bendru organizmo reagavimu į šitą ligą.

Trumpai čia paminėjus nervų ligas, sukeltas tuberkuliozės, reikia taippat paminėti ir tai, kad mediciniškoje literatūroje užtinkamas vienas, antras autorius, pvz., Gerhartz, kuris įtaria, kad ir sclerosis disseminata yra metatuberkuliozinis susirgimas. Tačiau iš analogijos su šizofrenija čia pakartotina tai, kas anksčiau šitame rašinyje pasakyta apie šizofrenijos sąsyjį su tuberkulioze, kad tuberkuliozė tiek šizofrenijos, tiek ir sclerosis disseminata atsitikimais yra tik palydovė, o ne sukėlėja.

Ta proga dar paminėtina, kad Stolze stebėjo, jog plaučių tuberkuliozė galinti sukelti refleksinę epilepsiją.

Del tuberkuliozės taippat gali įvykti ir psichikos nukrypimų, kurie esti laikino ar pastovaus pobūdžio ir kurie nesudaro specialių psichikos susirgimų vaizdo. Sergantieji tuberkulioze, ypač tie, kurie ilgai laikomi sanatorijose, ligoninėse ar kituose stacionaruose, dažnai pasižymi lengvamaniškumu, jaudrumu ir dažnu nuotaikos keitimusi — jie būva čia depresijoje, čia euforijoje. Be to, jie veikiau pavargsta ir išsenka, esti egocentriški, abejingi, apatiški ir t. t. Sergantieji tuberkulioze ir gyvenantieji sveikų žmonių tarpe bei turintieji sau tinkamą užsiėmimą, rečiau išsenka neuropsichiškai, kaip kad laikomi mediciniškose įstaigose. Gal tatai pareina nuo to, kad pastarieji lengviau pasiduoda psichinės indukcijos keliu dažnai jiems neigiamai ir svetimai aplinkos įtakai: stacionarų aplinka ligonius dažnai blogiau nuteikia, kaip namų sąlygos.

Sergantieji tuberkulioze esti itin atsparūs aukštai temperatūrai, kuriai pakilus iki 39—40°, jie gali dirbti,

nejausdami jokių nemalonių jutimų. Per temperatūrinę euforiją daugelis rašytojų, filosofų, poetų ir muzikų (Čechov, Chateaubrien, Kanț, Mozart, V. Kudirka ir kt.), kurie sirgo tuberkulioze, pastarajai paūmėjus, dažnai itin talentingai pasireikšdavo savo kūryboje, nes tada gyvi vaizdai, ryškios mintys ir nuojautos gilumas jiems būdavo itin suintensyvėję.

Dažnai minimas sergančiųjų tuberkulioze padidėjęs libido sexualis esti iš dalies susijęs su temperatūros pakilimu ir su pagerintu maitinimusi bei padidėjusiu jaudrumu ir daugiausia — su laisvu laiko praleidimu, kuris stacionaruose dažnai ir praktikuojamas.

Psichinių ligų etiologijoje tuberkuliozė nevaidina didesnio vaidmens ir nesukelia specialių psichozių, bet sudaro tarp tuberkuliozės ir įvairių nervingumo reiškinių tam tikrą koreliaciją. Sergantieji tuberkulioze esti daugiau linkę į įvairias neurozines reakcijas, kaip sveiki žmones. Suprantama, kad sergantiesiems tuberkulioze, lygiai kaip ir kitiems sergantiems kuria nors sunkia infekcine liga, gali išsivystyti infekcinis deliras ir pastarasis jiems gali pasireikšti aiškiu delirinio jaudrumo stoviu, įvairiais jutimų sutrikimais, persekiojimo bei didybės kliedėjimu ir t. t. Iliustracijai sakytų teigimų čia dedami iš L. Raud. Kryžiaus sanatorijos perkelto į mūsų kliniką 1938 m. birželio mėn. 27 d. ir pastarojoje gulėjusio iki tų pačių metų rugsėjo mėn. 1 d. sirgusio plaučių tuberkulioze karininko A-no jo paties ranka vaizdžiai surašytų išgyvenimų atsiminimai, kuriuos jis pagerėjęs ir išsirašydamas iš klinikos teikėsi mums palikti. (Ligos ist. 1938 m. Nr. 3830).

Atsiminimai.

Atvažiavau į kliniką su šiek tiek pairusia sveikata. Tuojau užėjau į raštinę ir užklausiau, kur esąs gydytojas. Gavau atsakymą, kad jis tuojau ateisiąs. Palaukęs keletą minučių, išėjau pats jo ieškoti. Sutikau jį ligoninės antrame aukšte bevizituojant ligonius. Priėjau prie jo ir, padavęs jam ranką, pasakiau, kad atvykau savo sveikatos ištirti. Gydytojas paprašė mane užeiti į ambulatoriją, kur aš jo gana ilgai laukiau. Pagaliau pasirodė ir tas pats gydytojas. Jis, paėmęs mano sanitarinį bilietą su surauktu veidu atliko tam tikrus užrašus ir paskyrė mane į palatą. Likęs vienas tuojau guliau į lovą ir po valandėlės pajutau, kad mano kojas pradeda kažkas nuo padų iki kelių šildyti. Mano kūnas buvo ištižęs, kaip pas mirštantį žmogų, ir apskritai man viskas gana keistai rodėsi, kvėpuoti darėsi sunku, širdis čia plakė, čia visai sustodavo ir tvinksnis silpnai mušė. Gretimose palatose sugulus ligoniams ir užgesinus šviesą, man pradėjo rodytis, kad mane kažkas iš specialiai pristatytų žmonių saugoja, ar aš dar nemirštu, ir kad paskutinę minutę jie galėtų man dar uždegti žvakę. Šita įsivaizduota mirties agonija truko gana ilgai. Jutau, kad kūnas visai suglebęs, girdėjau mažiausią judėjimą palatoje ir koridoriuje. Jutau, kad kažkas kėdę pastūmėjo ir girdėjau praeinančio žmogaus žingsnius. Rodėsi, kad tai yra daroma tam,

kad aš negalėčiau užmigti, kad mane tais bildesiais iš miego žadintų. Per visą naktį nemiegojau, iš ryto jaučiausi visai nuvargęs. Iš lovos nesikėliau ir rodėsi man, kad esu visai silpnas ligonis. Sanitarė atnešė prie lovos vandens nusiprausti. Prausiausi iš lėto ir su viena ranka. Paskiau bandžiau vaikščioti ir stebėjausi, kad galiu visai laisvai eiti. Stebėjausi, kad būdamas ligonis prie mirties, vis dar galėjau eiti. Bebandydamas vaikščioti, perėjau visą koridorių ir man nieko blogo neatsitiko. Sugrįžęs į palatą, atsiguliau vėl į lovą ir visą dieną joje išgulėjau. Kai man padavė pusryčius, tai paklausiau palatos sesers, ar aš galiu valgyti, ar nepateks valgis į kvėpuojamus organus. Gavau atsakymą, kad nepateks, ir dar buvau jos padrąsintas drąsiai valgyti. Nors ir padrąsintas, bet ja netikėjau ir sakiau, kad palauksiu gydytojo, kad sužinočiau jo nuomonę, ar tikrai galiu valgyti nebijodamas užspringti.

Visa diena praėjo be ypatingų įvykių, mažai vaikščiojau, visą laiką gulėjau lovoje. Rodėsi, kad mano balsas pasikeitęs. Kai paklausiau kitų žmonių, ar mano balsas tikrai pasikeitęs, gavau atsakymą, kad nepasikeitęs.

Antrą naktį vėl kankino mane toji pati nemiga. Rodėsi, jau noriu, noriu užmigti, bet juntu truktelėjimą, kaip elektros srovę, pereinančią per kojas, — ir vėl mano akys atviros. Paskui jutau vėl tą nesuprantamą man šilumą, kuri jau kilo nuo pėdų iki juosmens. Nakties metu kūnas vėl buvo visai sudribęs ir aš, visai neturėdamas jėgų, jutau ir laukiau vėl tos pačios šmėklos — mirties. Nors tą naktį mano palatoje buvo ramu, bet įsivaizdavau, kad iš gretimos palatos kažkurie žmonės kaitina mane su tam tikromis lempomis, kad neatšaltų mano organizmas ir, be to, kad nesustotų mano kvėpavimas, iš tos palatos pro pravertas duris slaptai pučia į mane per tam tikrą žarną deguonį. Taip besikankindamas ir nemiegodamas visą naktį, sulaukiau ryto.

Iš ryto nusiskutau barzdą, apsiprausiau, pavalgiau pusryčius ir vėl atsiguliau. Vizituodamas atėjo į palatą gydytojas. Man atrodė, kad jis yra supykęs už mano nemandagų kreipimąsi atvykus į kliniką. Vėliau, po vizitacijos, dienos metu gulėdamas palatoje, vėl jutau, kad iš gretimos palatos kažkas leidžia tą patį deguonį, kad aš neužtrokščiau.

Diena praėjo be ypatingų įvykių. Tačiau ramumo visą laiką neturėjau ir bijojau atsigulti į lovą, kad amžinai neužmigčiau. Vakare, atsigulęs į lovą, vėl pajutau tą pačią šilimą kojose ir juosmenyje. Nakties metu girdėjau kažkurių žmonių kalbas: „Jei negalima jo sudeginti, tai eisime jį sušaudyti“. Išsigandęs tų kalbų, pabėgau į kitą palatą, kur radau gulintį ligonį, kurio keliuose lyg būtų kažkas paslėpta. Kilo man mintis, kad jis turįs kažkokią mašiną, iš kurios per lubas į mano kūną leidžias rentgeno spindulius. Aš užklausiau to ligonio, kas jis per vienas, ir ką jis daras. Jis man nieko neatsakė. Kartotinai klausiamas, vis tylėjo. Bet, kai norėjau išeiti, tada jis sušuko: „stok“! Tačiau aš nestojau ir greitai išbėgau į koridorių. Manęs nuraminti atvyko sesuo ir gydytojas ir davė man gerti vaistų, kurių aš negėriau, nes bijojau, kad šitie vaistai mane neužmigdytų amžinai. Paskui kiek apramintas ir paguldytas savo lovon, vėl jutau, kad iš kažkokios paslaptingos lempos kažkas vėl šildo mano kojas, kad jos nesustingtų ir, bešildydamas, nori mane visai sudeginti.

Kitą naktį vėl jutau tą kaitinimą, kuris jau siekė pečius ir paralyžavo viso kūno raumenis. Tą naktį girdėjau lauke kažkokį bildesį, važinėjimą ir garvežių švilpimą bei atskirus garsus: „šauk, šauk“ — „pilk, pilk“. Aš gulėdamas varčiausi nuo vieno šono ant antro, kad būtų lengviau pataikyti man į širdį. Tačiau niekas nešovė, o tik girdėjosi balsai: „Ir taip pasimirs“.

Ilgą laiką kankinamas bauginančių vaizdų ir garsų, bijojau vienas pasilikti palatoje. Man atrodė, kad kažkas pro atvirą langą pila iš oro dulkių, kurios mane galėtų užtroškinti.

Šituose savo atsiminimuose kalbamas ligonis yra aprašęs ir daugiau įvairių savo liguistų išgyvenimų, kurie visi čia nededami del vietos stokos.

Baigdamas dar paminėsiu, kad gera neuropsichinė sveikata yra labai glaudžiai susijusi su viso organizmo sveikata. Tad suprantama, kad, kovojant už gerą neuropsichinę sveikatą, yra reikalinga pirmiausia dėti visas pastangas, kad galima būtų veikiau nugalėti tuberkuliozę, kuri itin silpnina ir ardo apskritai visą sveikatą.

Tuberkuliozė veikiai reikia nugalėti dar ir eugenikos sumetimais, nes yra pastebėta, kad sergančių tuberkulioze vaikai dažnai esti silpno kūno sudėjimo, neatsparūs įvairioms ligoms ir turi įvairių išsigimimo žymių.

Nors iki šiol dar neišrasti specifiški vaistai nuo tuberkuliozės, bet nūdienio medicinos mokslo yra nurodyti tikri ir racionalūs profilaktiško, gamtiško, medikamentinio ir chirurgiško gydymo būdai nugalėti šitai ligai, kuri kasmet pareikalauja tiek daug aukų.

Atrodytų, kad visi šitie medicinos žinomi būdai galėtų būti įgyvendinami. Ar jau tikrai neįmanoma būtų sudaryti visiems, bent atvira forma sergantiems tuberkulioze žmonėms, tokios gyvenimo sąlygos, kad jie visi galėtų būti šitais būdais gydomi ir kad jie visi galėtų turėti ramų, sotų, higienišką, tvarkingą ir prasmingą bei tikslingą gyvenimą. Bent profilaktikos srityje, kovojant su tuberkulioze, tikrai galima būtų daug gero laimėti, teisingai išsprendus tarpusavio žmonių sugyvenimo tiek medžiaginius, tiek dvasinius klausimus, del kurių, atrodo, nūnai ir vyksta didžiausios žmonių grumtynės, turinčios tikslo žūt-būt iškovoti sau visais atžvilgiais sveiką ir laimingą ateitį.

Literatūra.

1. Alström ir kt.: Über die Lungentuberkulose der Geisteskranken, insbesondere der Schizophrenen. Ihre Enstehung, Häufigkeit und Bekämpfung. Ref.: Zntrbl. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr." 1943, 104 Bd. H. 10, S. 463.

2. Brusilovskij, L.: Tuberkulez i nervnaja sistema. Bolšaja Medicinskaja Enciklopedija. Moskva, 1936, 33 t., 88—89 psl.

3. Ebstein, E.: Tuberkulose als Schicksal. Stuttgart, 1932.

4. Elvikis, J.: Slaptoji limfo-hematogeninė tuberkuliozė ir jos reiškiniai. Kaunas, 1943 (rankraštis, kuris atspausdintas šiame L. Medicinos numeryje).

5. Goralewski, G.: Ist die multiple Sclerose eine metatuberkulöse Erkrankung? „Zeitschrift für Tuberkulose". 1943, 90 Bd., H., 2—3, 113—118 psl.

6. Indrašius, N.: Apie paraplegijas del spondylitis tbc. „L. Medicina". 1941, 977—980 psl.

7. Kraepelin, E.: Psychiatrie. Leipzig, 1910, II Bd., I T., 249 psl.
8. Kupčinskis, J.: Neuropsichiniai veiksniai tuberkuliozės srity. „L. Medicina", 1942, 841—851 psl.
9. Luksch, F.: Die Tuberkulose bei Geistes-bzw. Gehirnkranken. Ref.: „Zntrbl. f. ges. Neur. u. Psychiatr." 1943. 104 Bd. H. 6, S. 274.
10. Stolze, H.: Reflexepilepsie bei Lungentuberkulose. Ref.: „Zntrbl. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr." 1943, 104 Bd., H. 6, S. 271.
11. Vaičiūnas, V.: Meningitis serosa. „Medicina", 1932, 96—108 psl.
12. Vaičiūnas, V.: Meningitis tuberkulosa. „L. Medicina", 1941, 933—937 psl.

Zusammenfassung.

In seinem Artikel „Tuberkulose und neuropsychische Gesundheit" erwähnt der Verfasser, dass das Nervensystem sehr empfindlich auf alle Veränderungen reagiert, die andauernd in unserem Organismus stattfinden, und erörtert dann die psychischen Veränderungen somatischen Ursprungs. So rufen Anaemien Unbeständigkeit der Stimmung und verschiedene unangenehme Empfindungen hervor, während Störungen im kardiovaskulären Nervensystem Angst, Empfindlichkeit u. a. erzeugen.

Im normalen Zustand leitet und koordiniert das Nervensystem die Funktion der verschiedenen Organe, während es bei Auftreten von Störungen, z. B. eines Infektionsherdes im Körper, sich auch an den Abwehrvorgängen des Organismus beteiligt. Daraus geht hervor, dass bei pathologischen Zuständen, so auch bei der Tuberkulose, das Nervensystem mehr zu leisten hat und daher auch schneller erschlafft und dann enfolge der hierdurch verminderten Leistungsfähigkeit den durch die Krankheit erzeugten Toxinen nicht mehr genügend Widerstand entgegenzusetzen vermag.

Durch die Tuberkulose wird das Nervensystem auch deshalb stärker angegriffen, weil die Krankheit meist schwer und chronisch verläuft.

Nachdem der Verfasser die bei der Tuberkulose am häufigsten vorkommenden Nervenkrankheiten (Meningitis tbc u. a.) erwähnt, erörtert er besonders die psychischen Störungen, die bei Tuberkulösen beobachtet werden und vorübergehend oder beständig sein können.

Dabei führt der Verfasser aus, dass zwar die Tuberkulose in der Aetiologie der psychischen Krankheiten keine besondere Rolle spielt und keine spezifischen Psychosen hervorruft, dass aber doch zwischen der Tuberkulose und verschiedenen nervösen Erscheinungen gewisse Beziehungen bestehen. Er weist darauf hin, dass in Fällen von Tuberkulose, wie auch bei anderen schweren Infektionskrankheiten, es zu Infektionsdelirien kommen kann, die als deutlich deliröser Reizzustand, Empfindungsstörungen Verfolgungs - und Grössenwahn zu Tage treten können.

Als Illustration zu seinen Ausführungen gibt der Verfasser die Tagebucherinnerungen eines seiner tuberkulösen Patienten wieder, die dieser freundlicherweise der Klinik überlassen hat.

Schliesslich betont der Autor noch, dass der neuropsychische Gesundheitszustand mit dem allgemeinen Gesundheitszustand eng zusammenhängt und dass bei der Bekämpfung neuropsychische Störungen in erster Linie die Tuberkulose bekämpft werden muss, welche den Organismus und damit das Nervensystem besonders schwächte.

Gyd. N. Indrašius.

Džiovininkų konstitucinė analizė ir jos reikšmė.

(Neurohumoraliniai svarstymai).

Džiova yra visų ligų karalienė. Vien tik plaučių džiova suserga maždaug dvidešimta dalis žmonių. O. Naegeli 1900 m. paskelbė, kad Ciuricho miesto 97% gyventojų yra paliesti džiovos (pagal skrodimo duomenis). Todėl kovai prieš džiovą turėtų būti viskas panaudojama. Norėtųsi šita proga iškelti keletas pamirštamų dalykų.

Svarbiausias dalykas numatyti pretuberkuliozinis stovis. Tenka dažnai girdėti peikimus tų gydytojų, kurie pergreit stato džiovos diagnozę. Nėra tai bloga, — geriau su diagnoze pasiankstinti, ne kaip pasivėluoti. Tik saugotis nepadaryti psichinės traumos, negąsdinti džiova, kada tik tėra pretuberkuliozinė stadija, kuri gal per visą gyvenimą tokia ir pasiliks. Nereiškia, kad žmogus yra sveikas, nors laboratoriniai ir kliniški duomenys yra neigiami, bet savijauta bloga. Tenka daug dėmesio kreipti į subjektyvius nusiskundimus, kurie yra organizmo autodiagnostika. Tada tik žmogus laikytinas sveiku, kada ne tik objektyvūs tyrimo duomenys nieko blogo nerodo, bet kai kartu ir savijauta yra gera, kada žmogus yra visiškoje pusiausvyroje — fizinių ir psichinių funkcijų harmonija, jaučiasi darbingas, sveikas, patenkintas.

Pakrikusi pusiausvyra dar nereiškia ligos (susirgimo). Liga yra kitas dalykas. Kai žmogus, pvz., užsikrečia kuria nors infekcine liga, tai turi praeiti tam tikras laikas, inkubacija, kol susergama. Inkubacijos metu visi tyrimai esti neigiami, bet negalima tvirtinti, kad tada žmogus sveikas, bet organizmo pusiausvyra yra sutrikusi, savijauta nekokia. Prieš dešimtį metų aš pats sirgau vidurių šiltine, kurios inkubacijos metu mano organizmo autodiagnostika kažką rodė, bet aš negalėjau suprasti, jaučiausi esąs nesveikas.

Yra ne tik infekcinė, bet ir medžiagų apykaitos negalavimo inkubacija. Ne iš karto atsiranda reumatas, podagra, ekzema ir t. t.; turi praeiti tam tikras laikas, kol išsivysto organizmo reakcija, liga, kuri stengiasi išlyginti sutrikusią organizmo pusiausvyrą. Sutrikusios pusiausvyros premorbidinė fazė kartais trunka labai ilgai, ištisus metus, pvz., anilininiam vėžiui 10—28 metus, parafininiam vėžiui 12—14 metų ir t. t.

Dabartiniais laikais gydytojui nebepakanka mokėti nustatyti diagnozę; reikia išmokti ir prodiagnostikos menas. Lahmann svarbiu dalyku laiko žmogaus kūno lygina-

mąjį svorį, kuris sveikų esąs 1065—1071. Jei, pvz., žmogaus kūno lyginamasis svoris yra 1040, tai žmogus vis tiek nėsąs sveikas, nors tyrimai nieko ypatingo nerodą. Lahmann tokiuos vadina pastoziniais, vandeningais, disemiškais, hidremiškais. Šitokie duomenys labai svarbūs proterapijai. Žmogus, turįs 1080 lyginamąjį svorį, taippat yra nesveikas, nes jo audiniai perdaug sausi.

Toliau prodiagnostikai svarbu odos, gleivinių, audinių, kapiliarų ir t. t. reakcijos gyvumas. Tokie duomenys rodo, koks yra žmogaus organizmo sąstatas, konstitucija.

Svarstant konstitucinius klausimus, esti daug subjektyvumo, nes čia daug lemia ir intuicija. Norint pažinti žmogaus konstituciją, reikia atkreipti dėmesys į: 1) habitus, 2) fiziologinius ypatumus, 3) reakcingumą (funkcinius ypatumus), 4) elgseną, 5) psichiką. Francūzų autoriai (Chaillon, Mc. Auliffe, Sigaud), italų (Viola, Pende), vokiečių (Brugsch, J. Bauer) skirsto žmones į tris tipus: 1) smegeninį, 2) raumeninį ir 3) ėdrųjį (digestyvinį). Ernst Kretschmer savo knygoje „Körperbau und Charakter" (1921 m.) aprašo: 1) raumeninį, 2) piknišką ir 3) astenišką habitus. Paprastai dabar nusistatyta žmones skirstyti į tris tipus: 1) raumeninis habitus, 2) digestyvinis arba pikniškas habitus ir 3) leptozominis habitus; šitai grupei priklauso asteninis, respiracinis ir cerebrinis habitus.

Džiovos prodiagnozei labai svarbu nustatyti, kurį iš šitų habitus'ų turi pacientas. Daugiausia nuo džiovos nukenčia asteninis habitus, o džiovai atspariausias yra pikniškas habitus.

Džiovos bacilai pavojingiausi tiems žmonėms, kurių organizmo reakcingumas ligai yra pavėluotas, lėtas. Organizmo reakciją prieš sutrikdytą pusiausvyrą vadiname liga, kuri yra savotiška organizmo autoterapija. Liga skirtina nuo negalavimo. Kai sutrinka organizmo pusiausvyra, tada žmogus negaluoja, esti neuroziškas. Neurozė yra sutrikusios organizmo pusiausvyros padarinys, inkubacinis perijodas, tvankumas prieš audrą, prieš ligos, reakcijos pasireiškimą. Jeigu astenikui, ypač brendimo metu, išsivysto neurozė, gydytojas turi susirūpinti, nepaisant, kad objektyvūs tyrimo duomenys yra neigiami. Nevartotini tada bromidai, bet stiprintinas įvairiais būdais organizmas. Negalavimas yra pathos, ne autoterapija.

Džiovai atsparesni yra tie žmonės, kurių yra gyvesnė audinių reakcija (hiperfunkcija), tokie vadinami hipermezenchimatikais. Tokie žmonės pasižymi gležna, jautria, šviesia oda, šviesiais, blondiniais plaukais, mėlynomis akimis. Tai tie patys invididai, kuriuos Czerny yra aprašęs kaip

eksudatyviškai limfiškais tipais. Prof. Kurt Klare tokius individus vadina dirgliosios konstitucijos žmonėmis, kurie pasižymi eksudatyvine bei limfine diateze, neurolimfatizmu, spazmofilija, vagotonija, alergine diateze, artritizmu. Visiškai priešingai esti su hipomezenchimatikais, diagnozuojamais asthenia universalis congenita.

Eksutatyviškai limfinės konstitucijos žmonės turi perdaug jautrią ir įvairiems uždegimams linkusią odą, gleivines ir limfinius organus, ypač vaikystėje. Vaikystėje linkę įvairioms banalioms infekcijoms, sunkiai užmiega, ryte pabudę jaučiasi pavargę, linkę lengvai sukarščiuoti, pasižymi vazomotoriniais negalavimais, asthma, urticaria; suaugę greit suserga podagra, reumatu, akmenligėmis, diabetu, alerginėmis ligomis, ulcus ventriculi, migrena, ateroskleroze.

Eksudatyviškai limfinės konstitucijos veiklumo kulminacinis punktas yra tarp 3—14 metų, bet diatezė vistiek pasilieka visam amžiui ir yra dažniausiai paveldima. Vaikų dirglioji konstitucija esti dviejų rūšių: pastozinio (riebaus) ir eretinio (liesaus) tipo.

Dirgliosios konstitucijos esmė dar nėra visai aiški. Tėra aišku, kad čia viskas pareina nuo vagohipertonijos, riebalų apykaitos ir vandeningumo, kuris priklauso nuo mineralų apykaitos (ypač nuo valgomosios druskos ir kalcio), kuri veikia vandens retencijos kryptimi (hidrolabiliškumas).

Asteniškoji konstitucija išryškėja tik po 10 metų, kulminacinį tašką pasiekdama tarp 15—30 metų. Jaunesnių kaip 10 metų asteniškų vaikų nėra, tėra tik eretiškojo habitus.

Astenikai džiovai nėra atsparūs todėl, kad jų audinių reaktingumas yra silpnas, ypač stoka reaktyvaus audinių augimo ir silpna priešk ūnių gamyba.

Lymphatismus yra didžiausias džiovos priešas. Limfatizmas ryškiausiai pasireiškia vaikams, todėl jie džiovai ir atsparesni. Brendimo metu limfatizmas sumažėja, tada ir atsparumas džiovai krinta. Maslov įrodinėja, kad limfinės konstitucijos žmonių kraujyje yra lipolitinių fermentų, ir tokių žmonių organizmas greit ir daug pasigamina priešk ūnių. Tokios konstitucijos individai greičiau suserga ekstrapulmonine džiova — skrofulioze, skrofuloderma, kaulų ir sąnarių džiova, meningitis tuberculosa, paratuberkuliozine plaučių infiltracija (seroziškai limfocitinė, praktiškai ne infekcinė, gerybinė), paratuberkuliozine sclerosis multiplex.

Svarstant džiovininko gydymą, prognozę, prisimintini šie faktoriai:

Brendimo laikotarpis blogina plaučių džiovos prognozę.

Apsunkintas džiova paveldėjimas atsiliepia dirgliosios konstitucijos individui.

Šviesiaakiai ir blondinai, turį jautrią, baltai rožišką odą, dažniausiai yra atsparūs džiovai, išskyrus tuos žmones, kurių oda diržinga, tamsesnė. Tamsios kompleksijos (tamsiaakiai, tamsiaplaukiai, tamsesnės odos) individai daugiausia yra džiovai neatsparūs, išskiriant pietų rasės žmones.

Gyvas, ryškus dermografizmas, vazolabiliškumas, stipri tuberkulino reakcija rodo atsparumą džiovai. Tokių žmonių psichika esti labili.

Iš anamnezės paaiškėjus, kad dažnai sirgta anginomis, tenka laikyti geru ženklu. Paburkę gerklės skliautai, limfinių liaukų padidėjimas, padidėjusios, grublėtos tonsilės, ryklėje matomos limfinės granulės rodo atsparumą džiovai.

Skydliaukės hiperplazija yra geras ženklas. Padidėjusi skydliaukės veikla didina atsparumą prieš džiovą.

Susirgus džiova dirgliosios konstitucijos individui, nesiskubintina su chirurgiškomis džiovos gydymo intervencijomis. Mat gydymas turi būti konstitucinis.

Kartais sunku esti susigaudyti konstitucinėje diagnozėje. Tam reikalui tenka smulkiai ištirti pacientas psichiškai ir fiziškai.

Pagal prof. H. L a m p e r t'ą žmonės skirstomi į dvi pagrindines konstitucijas: A-tipo (mikrokinetinis) ir B-tipo (makrokinetinis). A-tipui priklauso astenikai, racionalistai, abstraktininkai, introvertininkai melancholikai, flegmatikai. B-tipui priklauso dirgliosios konstitucijos individai, piknikai (ciklotimikai), empyrikai, praktikai, romantikai, ekstrovertininkai, sangvininkai, cholerikai. Žinoma, esti įvairių pereinamųjų formų: flegmatikai, cholerikai dažniausiai yra daugiau viduryje tarp A ir B.

Norint lengviau susigaudyti, kuriam tipui priskirtinas individas, galima pasinaudoti šia lentele (H. L a m p e r t) (žiūr. 564 psl.).

Gydant džiovininkus, labai svarbu nustatyti, A ar B-tipui pacientas priklauso. Atpenėjimo atžvilgiu svarbu, kad A-tipo pacientai būtų daugiau maitinami mėsiškais patiekalais, o B-tipo — alkališkais, lakto-vegetabiliniais patiekalais. Šito fakto nežinant pridaroma daug žalos.

G e r s o'n teigia, kad vartojant alkalinę dietą galima pagydyti net kaverninę plaučių džiovą. Čia daug teisybės, bet būdavo dažnai apsivylima, nes nebūdavo paisoma konstitucijos. A-tipo pacientams (šito tipo džiovininkai sudaro daugumą) tokia dieta dažnai daugiau pridaro žalos negu naudos. Tik B-tipo pacientams tinka bazinė, lakto-vegetabilinė dieta.

Mėginimas	A—tipas	B—tipas
Neurohumoralinis indų poveikis.		
1. Atvėsinimo mėginys.	Lėtas atšilimas.	Greitas atšilimas.
2. Dalinė vonia.	Nedidelis t° ir pulso pakitimas.	Didelis t° ir pulso pakitimas.
3. Konsensualinė odos reakcija.	Nėra arba neryški.	Ryški konsensualinė odos reakcija.
4. Dermographismus.	Ilgas latentinis laikas (neryškus paraudimas, dažnai ilgokai pasiliekąs).	Trumpas latentinis laikas (dažnai dermografizmas trumpai tetrunka).
Vegetacinės nervų sistemos tonusas.		
1. Respiracinė aritmija.	Nėra arba neryški.	Dažniausiai ryški.
2. Bulbus, vagus spaudimo mėginimas (Tschermak).	Dažnai nesti jokio pulso sulėtėjimo.	Ryškus pulso sulėtėjimas.
3. Visceralinis stuksenimo jautrumas (Goltz).	Dažniausiai nesti.	Dažnai ryškus.
4. Adrenalininis mėginys.	Silpnas t°, pulso dažnumo ir sistolinio spaudimo padidėjimas.	Ryškus t°, pulso dažnumo ir sistolinio spaudimo padidėjimas.
5. Insulininis mėginys.	Neryškus kraujo cukraus sumažėjimas.	Ryškus kraujo cukraus sumažėjimas.
Medžiagų apykaita.		
1. Specifiškai dinamiško veikimo tyrimas.	Neryškus specifiškai dinamiškas veikimas.	Ryškus specifiškai dinamiškas veikimas.
2. PH nustatymas.	Polinkis į alkalozę.	Polinkis į acidozę.
Joniniai kraujo ypatumai.		
1. K, Ca nustatymas.	Daugiau K.	Daugiau Ca.

A-tipui duotina daugiau mėsos, kuri daugiau organizmą tonizuoja. Rettberg (Saure und alkalische, Kohlensäure und Ammoniaknaturen. 1935 m.) rašo: „Jau bręsta įsitikinimas, kad netinka visiems ta pati gydomoji dieta ... Tos pačios ligos žmonėms ta pati dieta vieniems veikia gydydama, o kitiems žalodama. — Žmonės skirstomi į dvi kraštutines grupes, į rūgščiuosius ir alkalinius ... Rūgštieji linkę į nutukimą, cukraligę; alkaliniai — į džiovą".

Ano didžiojo karo metu išgarsėjo Hindhede, kuris teigia, kad žmonės perdaug vartoja baltymų; jisai puikiai jaučiąsis beveik visai nevartodamas mėsos ir kiaušinių, per parą tesuvartodamas 30—40 gr. baltymų. Tuo tarpu Süsskind („Ztschr. f. exper. Med." 1942, 5—6 s., 67 p.) taip pagyvenęs

25 mėnesius pastebėjo ryškų kritimą kūninių ir psichinių jėgų. Riebalais ir angliavandžiais savo susmukusio sveikatos stovio negalėjęs pagerinti, tik baltymų padidinimas atstatęs jėgas. Hindhede priklauso B-tipui, Süsskind — A-tipui. B-tipui pakanka kartais 30—40 gr. baltymų, o A-tipui reikia mažiausiai 70—80 gr. ir daugiau baltymų. Vogel apie tai yra parašęs disertaciją (1940 m., Frankfurte p. M.).

Yra pastebėta, kad prieš džiovos išsivystymą pirmučiausia sušlubuoja virškinamojo trakto veikla. Todėl džiovos gydymas ir turi nuo čia prasidėti. Ypatingai kreiptinas dėmesys į besireiškiantį meteorizmą, kas labai svarbu ankstyvąją diagnozę (ypač praediagnosis) nustatant.

Jau ir senovėje dieta būdavo taikoma, pasiremiant konstituciniais momentais. Pvz., garsusis gydytojas Christian Wilhelm Hufeland savo „Makrobiotikos" veikale (1796 m.) rašo, kad hipochondrikai ir turintieji silpną kūną, ypač netikusį virškinamąjį traktą, palinkimą į meteorizmą, turį daugiau valgyti mėsos, ypač keptos (259 p.). Mėsa netinkanti sangvinikams, cholerikams, aistringiesiems, o ypač sukarščiavus, bet gerai esanti ištižusiems, šaltiems, flegmatikams (264 p.).

Senovės Romos garsusis gydytojas Celsus rašo, kad silpną skrandį dažniausiai turį miestiečiai, ir beveik visi mokytieji. Nuo stokos judėjimo silpsta ne tik skersaruožiai raumenys, bet ir lygieji, nuo to nukenčia virškinamojo trakto veikla. Išsivysto skrandžio, žarnų atonija, skrandis nusileidžia net iki dubens, išsivysto kliuksintis skrandis, kuris savo negalavimą kompensuoja padidėjusiu rūgštingumu. O tokių pacientų gydymas priešopiškai stovį dar pablogina (išsivysto avitaminozės, išsekimas, dar didesnė atonija ir galop padidėjusi kompensacija — hyperaciditas: priešopinis gydymas sukelia ulcus'ą!). Blogą skrandį turi dažniausiai mikrokinetinės konstitucijos (A-tipo) žmonės, bet jie dažniausiai ir džiova serga. Todėl ftiziatrui labai svarbu skrandžio veikla. Tik skrandis tvirtintinas ne tik lokališkai, bet ir konstituciškai (neurohumorališkai).

Džiova dažniausiai griebia astenininkus, nes tokių organizmas nesugeba plaučių išlaikyti pakankamai gaivingais. Pastebėta, kad astenininkai turi nepakankamai funkcijuojantį virškinamąjį traktą, dažniausiai linkusį į atoniškumą. Pirmiausia sunegaluoja skrandis, o paskui pradeda vystytis pretuberkuliozinis stovis. Todėl džiovos profilaktikoje nepamirštinas skrandis. Kiek teko pastebėti, vėliau pasireiškusiųjų džiovininkų pirmiausia buvo skundžiamasi skrandžiu. Ir kas įdomiausia, kad skrandžio gydymas skubina susirgti džiova. Mat pretuberkuliozininkų skrandis esti daugiau ar mažiau atoniškas (del lygiųjų raumenų asteniškumo), ir maistas tokiame skrandyje ilgiau užsistovi. Sumažėjusi skrandžio peristaltika kompensuojama rūgštingumo padidėjimu. Tokiais atvejais įtariamas opos besivystymas ir

todėl taikoma dieta, rūgščių neutralinamieji ir skrandžio sedatyviniai vaistai. Visai be reikalo. Gydant skrandį, visuomet tenka pirmiau gerai diagnozuoti, diferencijuoti, žiūrėti bendro organizmo stovio. Toks atoniškas skrandis nuo košelių, pyragų, sedativa ir rūgščių neutralinimo dar labiau pasidaro atoniškesnis, o tuo pačiu dar labiau kompensuojasi rūgštingumo padidėjimu. 1934 m. vienas Kauno išgarsėjęs virškinamojo trakto specialistas tokios rūšies skrandžių hiperaciditetą aiškindavo skrandžio nervų hipertoniškumu, duodamas daug įvairių sedativa, košelių, lepinamo maisto, kurs gverina organizmą. Čia ir glūdi nelaimė. Nežinoma, kad tokį skrandį tonizuojant gaunamas paradoksas, vietoje laukiamo nuo to hiperaciditeto padidėjimo, gaunamas normaciditas — gerinant skrandžio peristaltiką hyperaciditas mažėja, mat sumažėjusi peristaltika yra atvirkščiai proporcinga rūgštingumui. Bereikalingas yra per daug didelis baiminimasis, kad neišsivystytų opa (ulcus). Gaila dietos ir priešopinio gydymo kankinių, kurie galop gauna avitaminozes ir ptosis ventriculi*). Juos teišgelbsti tonika, stomachica ir dirglioji dieta — gaivi duona, mėsa, bulijonai, prieskonių vartojimas. Žinoma, vengtina kraštutinumų, kiekvienas atsitikimas individualizuotinas. Labai svarbu sužinoti, kokie valgiai skrandininką vilioja, nes organizmo autoterapeuto nėra pralenkęs nė vienas terapeutas.

Pretuberkuliozinis skrandininkas yra kartu ir neurastenikas, neurozininkas. Antineurasteninis gydymas dažnai dar labiau blogina pretuberkuliozininką. Naujausia pažiūra neurozė yra organizmo fiksuotas pusiausvyros pakrikimas, kuris nėra toks didelis, kad sukeltų organizmo apsiginamąją reakciją — ligą, ir nėra toks sunkus, kad virstų patologija. Tenka skirti įgimtinis nervų asteniškumas nuo nervingumo, sukelto pakrikus organizmo pusiausvyrai. Neurozininkų gydymas sedativa'is jau yra pasenęs dalykas. Todėl netenka perdaug nusiminti, kad išseko bromo atsargos. Neurasteninkus bromas apramina, bet negydo, o net priešingai, dažnai sargdina. Neuropatologas turi būti kartu ir internistas — neurasteninkai gydytini internistiškai. Pretuberkuliozinių neurasteninkų negalima gydyti sedativa'is, o priešingai, tik tonica'is. Kada organizmas, gindamasis nuo organų asteniškumo, mobilizuoja visus savisaugos refleksus, ypač per vegetacinę nervų sistemą, tai nuo sedativa šitie refleksai nuraminami, ir tuo būdu daroma žala.

1934 m. aš pats turėjau didelį hyperaciditas net su pozityvia Weber'io reakcija. Nepaklausiau patarimo gydytis priešopiškai, pastebėjęs, kad pas mane yra ptosis ventriculi, kaip žmonės sako, kliuksintis skrandis. Pradėjau gydytis neurohumorališkai. Kepta mėsa, kopūstai, burokai, buljonai, prieskoniai, stomachica, kaimiška gaivi duona, rytais vakarais daug pieno, ypač rūgusio, padėjo atgauti sveikatą. Skrandis, o paskui ir visa sveikata gerai susitvarkė.

Padrąsintas geros neurohumoralinio gydymo sėkmės, dabar domiuos kiekvieno paciento virškinamuoju traktu. Neurastenikams, neurotikams, pvz., niekas taip nepadeda, kaip virškinamojo trakto funkcijos pagerinimas.

Šita proga tenka dar užsiminti, kad pretuberkuliozininkai yra linkę susirgti pleuritu, kuris paskiau paruošia dirvą plaučių džiovai išsivystyti. Juo greičiau išgydomas pleuritas, juo geriau su tokio paciento tolimesne prognoze. Pleuritas sėkmingiausiai pagydomas konstituciškai, t. y. gy-

*) Valgant nesėleningą duoną, t. y. stokojančią B_1-vitamino, mažinamas virškinamųjų takų tonusas, silpsta kasos (pancreas) veikla, mažta apetitas, blogėja diurezė. (Priv. doc. med. d-ras M. Vigante: Noverojumi par morbus Recklinghauseni ārstēšanu ar B_1-vitaminien. „Ārstniecības Žurnals". Rīgā. 1943. 7 nr.).

dant turėtinas galvoje visas organizmas visumume ir vieningume, kaip kad moko neurohumoralinė teorija. Niekas pleurito atveju taip gerai nepadeda, kaip vidurių paleidimas pro viršų ir apačią, prakaitinimas, limfos atitraukimas į odą.

Paprastai džiovininkams patariama daug gulėti (tat plaučiams gal gera, bet nukenčia skrandis, kurio sunegalavimas daugiau žalos pridaro negu nesinaudojant ramybe), vartoti daug pieno (pamirštama mėsa, kas A-tipui būtinai reikalinga). „Phthisicus saepe ex abdomine fit". Nereikėtų tiek daug pneumotoraksų, įvairių plaučių džiovos chirurgiškų gydymo priemonių, jei būtų nepamirštamas tonizuojamas skrandžio gydymas, atitraukimai per odą krūtinės srityje dielėmis, pūslinamais plėstrais, dirbtinėmis opomis, kaip kad dabar Francūzijoje daroma, ir kitomis neurohumoralinėmis priemonėmis.

Garsiojo Sydenham'o patarimas džiovininkams (žinoma, atrinkus) užsiimti jodinėjimo sportu yra gilus intuicinis žinojimas. Jisai rašo: „Tantum valere equitationem ad phthisim curandam quantum chinamchinam ad febres intermittentes". Jodinėjimas labai gerai tonizuoja vidaus organus. Ir Senojo Vilniaus universiteto prof. Andrius Sniadeckis jauniems džiovininkams patardavo stoti į kariuomenę ir ypač į kavaleriją.

Dabartiniais laikais vis dažniau kalbama apie konstitucinį džiovos gydymą, o toks gydymas neįmanomas, neįsigilinus į paciento konstitucinius ypatumus.

Zusammenfassung.

In seinem Artikel „Die Konstitutionsanalyse der Tuberkulösen und ihre Bedeutung" legt der Verfasser die Anschauungen von Prof. Kurt Klare und Prof. H. Lampert zur Konstitution des Menschen dar. Bei der Behandlung müssen die Konstitutionsverschiedenheiten der Kranken berücksichtigt werden, um gute Erfolge zu erzielen.

Gyd. M. Petkūnienė.

Tuberkuliozinio meningito susirgimų daugėjimas*).

(Iš Vilniaus Vaikų ligoninės).

Tuberkuliozinis meningitas, šitoji labiausiai dramiška vaikų amžiaus liga, vis dažniau ir dažniau pasirodo paskutiniu laiku, ką pastebime iš Vilniaus Vaikų ligoninės medžiagos, nurodytos 1-je lentelėje. Šitoje ir sekančiose lentelėse stebėtoji medžiaga suskirstyta į 2 grupes laikotarpiais: vienas laikotarpis nuo 1941. II. 1 d. ligi 1942. I. 31 d. ir antras laikotarpis nuo 1942. II. 1 d. ligi 1943. I. 31 d.

*) Šitas darbas atliktas pagal prof. d-ro W. Bujak'o nurodymus.

1-oji lentelė.

Meningitis tbc susirgimų amžius	0—1	1—3	4—6	7—10	11—14	Iš viso	Bendras ligonių skaičius	Meningitis tbc %
I laikotarpis 1941. II. 1 d. — — 1942. I. 31 d.		5	3	5	1	14	860	1,6
II laikotarpis 1942. II. 1 d. — — 1943. I. 31 d.	3	10	7	5	3	28	1086	2,5

Galima konstatuoti, kad meningitis tbc abiem laikotarpiais serga dažniausiai jauni vaikai, kas ir sutampa su didelėmis statistikomis, kur labiausiai disponuotas amžius pasirodo nuo 1 iki 3 metų (Engel, Hübschmann, Taillens, Walgren). Tat ir mano darbe, ypač antruoju laikotarpiu, yra aiškiai pažymėta. Palyginus abudu laikotarpius, pasirodo, kad paskutiniais metais meningitis tbc atsitikimų skaičius dvigubai padidėjo. Apskaičiuojant procentais, padidėjimas yra truputį mažesnis, o tai del to, kad tuo laikotarpiu ir bendrinis ligonių skaičius (vasaros metu del ūminio vidurių sutrikimo) padidėjo.

2-oji lentelė.

Mėnesiai	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I
I laikotarpis 1941.II.1 d. — — 1942.I.31 d.	1	2				2			2	1	4	2
II laikotarpis 1942.II.1 d. — — 1943.I.31 d.	1	3	4		2	4	3		3	1	5	2

Antrojoje lentelėje nurodytas meningitis tbc ligonių skaičius įvairiais mėnesiais. Yra įdomu pastebėti, kad abiem laikotarpiais didžiausias meningitis tbc susirgimų skaičius tenka gruodžio mėnesiui, tai yra tam laikotarpiui, kuriame paprastomis sąlygomis meningitis tbc susirgimų skaičius būna mažiausias. Normaliai visose statistikose žymus susirgimų padidėjimas tenka pavasario mėnesiams (Engel, Hübschmann, Taillens); pagal Jonscher'ą mūsų klimate gegužės mėnesiui. Maždaug panašų santykį sutikdavome pirmaisiais karo metais. Faktas, kad meningitis tbc susirgimų kreivė visiškai priešingai pasikeitė, tai ir verčia prileisti, kad ir patogeniniai veiksniai taippat turėjo pasikeisti.

Meningitis tbc susirgimų skaičiaus padidėjimas nėra nelauktas įvykis, nes panašus atsitikimas galima buvo pastebėti ir pirmojo pasaulinio karo metu, kada ypač 1916 metais pasirodė staigus susirgimų ir mirtingumų pagausėjimas del ūminių džiovos formų.

Šitokių atsitikimų priežastys gali būti dvejopos: arba padidėjęs džiovos užsikrėtimų skaičius, arba sumažėjęs užkrėstųjų atsparumas.

Pirmasis prileidimas, atrodo, negali būti turimas galvoje, nes iš ligos istorijų pastebėjome, kad teigiamo Pirquet'o tyrimo dažnumas paskutiniu laiku žymiai nepasikeitė. Taigi, reikėtų greičiau prileisti, kad susirgimų priežastis yra sumažėjęs užsikrėstųjų atsparumas. Šitas veiksnys yra sunku apibūdinti, juo labiau, kad jis yra priklausomas nuo įvairiausių įtakų. Nei paveldėjimu, nei kitais konstituciniais veiksniais negali būti paaiškinama meningitis tbc susirgimų pagausėjimas, nes tat negalėjo taip staiga pasikeisti. Išaiškinimo, atrodo, reikėtų ieškoti peristatinėse sąlygose — daugiausia reikšmės turi du veiksniai: butas, bendra higiena ir mitimas. Kai del pirmojo veiksnio, tai ypač Vilniuje paskutiniu laiku tos sąlygos pablogėjo tam tikro kiekio ir sluogsnio žmonių tarpe; kaimas vienok nesusitiko su didesnėmis permainomis, o nepaisant to ir ten pastebimas meningitis tbc susirgimų gausėjimas, ir net aiškiau negu miesto gyventojų tarpe. Tat parodyta III-je lentelėje.

3-oji lentelė.

	Iš miesto	Iš kaimo
I laikotarpis 1941. II. 1 d. — — 1942. I. 31 d.	11	3
II laikotarpis 1942. II. 1 d. — — 1943. I. 31 d.	16	12

Iš čia, atrodo, išvedama pateisinama nuomonė, kad žalingo elemento reikia ieškoti mitime. Tat patvirtintų taippat tam tikri eksperimentai.

Thomas ir Hornemann darė tyrimus su keturiasavaitiniais paršiukais, kuriuos, atskyrę nuo motinos, penėjo dirbtinai: palmino, bulvių, cukraus ir kazeino mišiniu. Paršiukai, įpratinti dirbtinai misti, buvo suskirstyti į 4 grupes, iš kurių pirmajai buvo didinamas baltymų ir riebalų kiekis angliavandenių sąskaiton, antrajai buvo dauginami riebalai, trečiajai — angliavandeniai, ketvirtoji pagaliau grupė gaudavo nepakeistą pirminį dirb-

tinai mišrų maistą. Reikia pastebėti, kad visos grupės gaudavo lygų kolorijų skaičių. Maitinimo keitimo metu buvo apkrečiamos 3 grupės lygiu kiekiu džiovos lazdelių, įvestų po oda. Kai tik po 3 savaičių pasirodė pirmieji kliniški susirgimo reiškiniai, gyvuliai buvo užmušti ir duoti ištirti. Pasirodė, kad gyvuliai, maitinti baltymingu maistu, rodydavo silpniausius tuberkuliozinius pakitimus atskirų gumbelių pavidalu, o gyvulių, maitintų didesne angliavandenių dalimi, visi vidaus organai, o ypatingai plaučiai, buvo nusėti gumbeliais. Gyvuliai, maitinti didesne riebalų dalimi, laikydavosi įvairiai, vieni rodydavo didesnius, kiti mažesnius pakitimus.

Kliniški A. Czerny'o patyrimai rodo, kad greitas vaikų svorio augimas, yra didesnės vandens retencijos padarinys, kas įvyksta maitinant daugiausia angliavandeniais, džiovos eigai veikia nenaudingai. Taigi, vaikams, užkrėstiems džiova, Czerny siūlo duoti dukart per dieną mėsos šalia daržovių ir truputį pieno. Taip maitinant, niekuomet nepasirodęs nei meningitis tbc nei tbc miliaris.

Įdomią observaciją paskelbė Jundel dėl dvynukų, kilusių iš dviejų kiaušinių, 9½ mėnesio ir užkrėstų džiova. Vienas iš tų vaikų buvęs maitinamas mišria dieta, o antrasis — maistu su smarkiai suredukuotu riebalų ir baltymų kiekiu. Abudu dvynukai vystęsi vienodai, tačiau po aštuonių stebėjimo mėnesių rentgenologiniai pakitimai buvę mažesni pas tą, kuris buvęs maitinamas mišriu maistu.

Kiti veiksniai, kaip tymai ir kokliušas, kuriems pripažįstamas tuberkuliozės aktyvavimo vaidmuo, mano stebėjimuose neįeina, nes tai anamnezėse nevisuomet buvo žymėta. Be to, del šitų užkrečiamųjų ligų reikšmės meningitis tbc išsivystymui paskutiniu metu Noeggerath, Eckstein ir Engel sukėlė daug abejojimų, paremdami tat plačia statistine medžiaga.

Normaliomis sąlygomis, tinkamai maitinant, galima dažnai pastebėti džiovos proceso aktyvavimas ir plitimas kalnų klimato įtakoje, kur be abejojimo pagrindiniu elementu yra stipri insoliacija. Šitam, taippat aktyviniam elementui, priskaitoma meningitis tbc susirgimų pagausėjimas pavasario metu. Bet mūsų atsitikimais šitas elementas taippat nevaidina vaidmens, nes susirgimų skaičius abiem laikotarpiais nerodo žiemos pusmetį aiškaus kritimo, kaip kad rodo II-oji lentelė.

Taigi, šiuo metu meningitis tbc susirgimų didėjančio skaičiaus priežastimi reikia laikyti sumažėjęs vaikų organizmo atsparumas, sukeltas baltymų stokos, o gal būt ir vadinamų papildomųjų elementų maiste. Tad apsaugos tikslais reikėtų pirmiausia kreipti dėmesys į užsikrėtusių džiova vaikų tinkamą maitinimą

ir į jų globėjų įsąmoninimą apie insoliacijos pavojingumą anksty-vais džiovos užkrėtimo laikotarpiais.

Išvados.

Paskutiniu metu tuberkuliozinių meningitų atsitikimai Vilniaus Vaikų ligoninėje yra žymiai padažnėję, būtent, net 28 atsitikimai, o praeitais metais buvo tik 14-ka. Daugiausia susirgimų tenka gruodžio mėnesiui. Meningitis tbc susirgimų padaugėjimo priežastimi reikėtų laikyti užsikrėtusių džiova vaikų nepakankamas maitinimas.

Literatūra.

1. Czerny, A.: „Arch. f. Kinderheilk." 60—61 t.
2. Eckstein, A. - Pfaundler - Schlossmann: Handb. d. Kinderheilk. 1931. 4 t.
3. Jundel: Ref. „Kinderärztl. Praxis", 1936.
4. Taillens, J. - Nobécourt et Babonneix: Traité de méd. des enfants". 1934. 5 t.
5. Wallgren, A.: Ref. „Kinderärztl. Praxis". 1936.
6. Zeyland, J.: Gruźlica płuc u dzieci. 1937.

Zusammenfassung.

Innerhalb des letzten Jahres ist die Zahl der an tuberkulöser Meningitis Erkrankten, die im Wilnaer Kinderkrankenhaus zur Behandlung kamen, deutlich gestiegen, nämlich auf 28 Fälle, während im vorigen Jahre nur 14 Fälle beobachtet wurden. Die Mehrzahl der Erkrankungen fällt auf den Monat Dezember. Die Ursache des Ansteigens der Erkrankungsziffer bezieht Verfasserin auf qualitativ unzulängliche Ernährung der tuberkulös infizierten Kinder.

Doc. med. d-ras Stasys Čepulis.

Tuberkuliozės susirgimai stomatologijoje.

(Iš Vilniaus Un-to Stomatologinės klinikos. Direktorius — doc. med. d-ras Stasys Čepulis).

Medicinos istorija žino daug epideminių ligų, kurios savo laiku buvo sukėlusios didelį žmonių sveikatai ir gyvybei pavojų, k. a.: maras (pestis), raupai, raupsai, sifilis, cholera ir kt. Bet tai jau praeities dalykas. Šiandien šitos ligos nėra taip plačiai paplitusios ir nesudaro visuotinio pavojaus, tačiau džiova dar ir dabar tebėra plačiu mastu kasdieninė grėsmė žmonių gyvybei, ir tūkstančius varo į kapus, o dar didesnį skaičių per anksti atitraukia nuo darbo.

Nėra nė vienos specialybės medicinoje, kur tuberkuliozės klausimas nebūtų aktualus, nes R. Koch'o bakterijos ar jų sukelti patologiniai reiškiniai gali būti kiekviename organe, taigi ir stomatologai, kad ir ne vieną svarbiausiąjį vaidmenį ski-

ria tuberkuliozei, tai vis delto nuolat turi su ja susidurti savo specialybėje praktiškai bedirbdami.

Stomatologinėje patologijoje džiovos susirgimai pasitaiko daugiausia, kaip autoreinfekcija iš kvėpuojamųjų takų, hematogeniniu ar limfiniu keliu užsikrečia burnos organai, be to, per continuitatem tbc persimeta iš gretimų organų. Reikia skaitytis ir su pirminės infekcijos galimumu, kuri išsivysto gleivinių paviršiuose, žandikaulių alveolėse ir gretimose limfinėse liaukose.

Džiovos rūšis burnos srityje, kaip ir kituose organuose, pareina nuo vietinio bei bendrinio atsparumo ir nuo to, ar patenka R. Koch'o bakterijos jau į tuberkulioze užsikrėtusį organizmą ar ne. Čia turi reikšmės organizmo alerginis stovis, persirgtos ligos (tymai, gripas, kokliušas, skarlatina), alkoholizmas, nikotinizmas ir kiti atsparumą mažinantieji reiškiniai ir bendrinis organizmo atsparumo stovis, kuris yra labiliškas, pareinąs nuo gyvenimo sąlygų.

Vietinės sąlygos irgi turi tuberkuliozei įtakos: burnos žaizdos, traumos, gleivinių opos, sudirginimai gangrenuotų dantų šaknimis, protezėmis, nukrypimai dantims augant ir dygstant, nikotinas, sifilinės opos ir t. t.

Tuberkuliozės susirgimai burnoje būna dažniau pas vyrus (83%), negu pas moteris (17%).

Dar viena bendra pastaba: burnos gleivinių tuberkuliozinių susirgimu vadinami tokie patologiniai reiškiniai, kurie išsivysto patekus R. Koch'o bakterijoms ar jų skilimo medžiagoms. Taigi, nėra būtina surasti bakterijas džiovos židiniuose, nes juos gali sukelti jų (bakterijų) produktai, ar skilimo medžiagos bei virus filtrans, kuris daugelio yra pripažįstamas. Kai kalbama apie bakterijų tipus, tai daugiausia apie typus humanus, retai apie typus bovinus.

Stomatologinėje patologijoje dažniausiai turime reikalo su šiomis tuberkuliozės susirgimo formomis:

1) tuberculosis mucosae propria s. miliaris ulcerosa,
2) lupus vulgaris,
3) tuberkulioziniai infiltratai arba gumos,
4) tuberkuliozinės opos,
5) lupus erythematodes, irgi priklausąs prie vadinamųjų džiovos susirgimų,
6) žandikaulių ir veido kaulų tuberkuliozė,
7) šaltieji abscesai,
8) tuberculosis cutis colliquativa,
9) lymphadenitis tuberculosa submaxillaris,
10) kitų organų tuberkuliozės sąsyjis su burnos patologija.

1. **Tuberculosis mucosae propria s. miliaris ulcerosa** savo opose turi labai daug džiovos bakterijų, bet histologiškas vaizdas tuberkuliozei nėra tipiškas. Šita liga serga daugiausia vyriškos lyties žmonės. Šitais atvejais organizmo atsparumas būna visai išsekęs, ar dar neišsivystęs. Ja serga vaikai iki 1 metų amžiaus, arba suaugusieji, kurie turi plaučiuose kavernas ir daug išspjauna skreplių su bakterijomis ir yra vadinamosios neigiamos anergijos periode. Būna paliestos lūpų gleivinės, oda, gomurio ir burnos gleivinės, uvula, gingyvos, liežuvis. Pradžioje atsiranda minkštas, pilkai baltos spalvos, kanapės grūdo dydžio, pro gleivines prasišviečiąs gumbelis. Jis labai greitai degeneruoja ir atsiranda negili opa. Šitas procesas paprastai užima platesnius gleivinių plotus ir tada pasireiškia didesnės, negilios, iškarpytais kraštais, lygiu dugnu ir pasidengusios pilkai balsvomis masėmis opos. Lūpų kampuose opos būna apvalios formos, dugnas kartais pasidengęs granuliacijomis. Liežuvio opos dažnai pasitaiko jo gale, kuris būna dirginamas aštrių dantų bei šaknų. Opos būna plyšiuotos, išilgai plintančios, o ant žandų gleivinių būna apvalios formos, negilios, karpytais kraštais.

Dažnai pasitaiko tuberculosis mucosae propria s. miliaris ulcerosa, kaipo gerklės tuberkuliozės tęsinys, vad. I s a m b e r t'o tipo. Tokiais atvejais būna paliesta uvula, minkštasis gomurys, kietasis gomurys, gingyvos. Gingyvų opos gali privesti prie alveolių osteomyelito ir dantų iškritimo.

Opos būna labai skaudamos. Ligonis, paprastai jau anksčiau būna džiovos iškankintas, o pastaroji liga dar labiau pablogina jau ir taip menką jo mitybą ir pagreitina mirtį.

Šita džiovos forma gali būti tik burnoje ir iš čia išsiplėsti į kitus organus.

Chancre tuberculeux — tai tos pačios kilmės susirgimas. Jis pasitaiko ant lūpų — gubrelio pavidalo židinys, pasidengęs rudu šašu, aplinkuma būna nežymiai infiltruota, o aplinkinės limfinės liaukos padidėjusios, skaudamos.

2. **Lupus vulgaris** būna pas žmones, kurie tuberkuliozei yra daugiau atsparūs. Gleivinių tuberkulai turi tokį patį histologišką vaizdą, kaip ir odos lupus. Dažniausiai pasitaiko jaunimui ir vaikams iki 16 metų, ir daugiausia mergaitėms.

Apskritai, šitas susirgimas būna retas. Paprastai pereina nuo lūpų odos ant lūpų gleivinių gingyvų, gomurio. Iš nosies per choanas persimeta ant minkštojo gomurio. Mūsų stebėjimais pas 17 metų mergaitę lupus išsivystė dentitio dificilis 8 - atveju.

Gleivinių lupus'ui, kaip ir odos lupus'ui, yra būdingas gumbelis, kuris yra kanapės grūdo dydžio, minkštas, prasišviečiąs pro gleivines pilkai balksva arba pilkai gelsva spalva. Paprastai lupus'o tuberkulai būna grupėmis ir sudaro iškilusį židinį, kuris kartais suopėja.

Opos kraštai atrodo iškarpyti, opa negili, pasidengusi pilkai balsva mase, bet visuomet židinio viduryje ar jo kraštuose galima rasti tuberkulų. Procesas vystosi ekscentriškai, kartais ant gingyvų paviršiaus galima pastebėti esančios su gyvai raudonu atspalviu ir lengvai kraujuojančios granuliacijos. Iš gingyvų paviršiaus procesas kartais persimeta į alveoles ir tuomet būna dantų judėjimo — iškritimo priežastimi.

Lupus vulgaris burnoje nėra skausmingas. Ligonio stovis geras. Liga trunka mėnesius, metus.

3. **Tuberkuliozinіai infiltratai - gumos** pasitaiko ant liežuvio, lūpų gleivinių ir ant žandų gleivinių, dažniausiai tose vietose, kur dirgina aštrios šaknys. Infiltratas nėra ryškiai atsiskyręs nuo aplinkumos, jis turi mažesnius ar didesnius nelygumus savo paviršiuje. Židinio spalva balsvai ruda. Kartais infiltratas viduryje būna paliestas kazeozinės degeneracijos ir atsiranda opos, kurios gali būti pasidengusios kraujuojančiomis granuliacijomis. Didesnių skausmų ligonis nejaučia.

4. **Tuberkuliozinės opos** užima paprastai didesnius gleivinių plotus: lūpas, liežuvio šonus, liežuvio galą, gingyvas, siekia iki pačių alveolių — pradeda kristi dantys, opų kraštai karpyti, dugnas darosi nelygus, rausvai balsvos spalvos, kraujuoja ir būna skausmingas. Ligonius vargina didelis seilėtakis. Kadangi jos paprastai pasitaiko pas džiovos iškankintus ligonius, tai šitie skausmai apsunkina maitinimąsi ir ligonis greičiau miršta.

5. **Lupus erythematodes** priklauso prie vadinamųjų džiovos susirgimų, kurių kilmė ar sąsyjis su tbc nevisuomet galima susekti; jo židiniai pasitaiko odoje ir burnos gleivinėse. Burnoje joms mėgiamiausia vieta — lūpų raudonumas. Atsiranda šiek tiek infiltruotos raudonos dėmės, pailgos formos, pasidengusios žvyneliais ar plonais — popieriškais, pilkai balsvos spalvos šašais. Nuo židinio į periferiją eina spinduliais suragėjusio epitelio juostelės. Dėmės žandų gleivinėse ir gomuryje būna gyvai raudonos, o jų viduryje atsiranda balsvos spalvos randas ar pilkos spalvos epitelio sustorėjimas.

Visas vaizdas primena leukoplakijas, tik aplink jas visuomet būna uždegimo kilmės žiedelis.

Lupus erythematodes serga dažniausiai subrendę, 20—40 metų amžiaus, žmonės, ir tai dažniau moterys negu vyrai (3:1).

Lupus erythematodes diagnozuojamas pradine ca forma ir leukoplakijomis. Kartais, kaip jo pasėka, pradeda augti carcinoma.

6. **Žandikaulių, os zygomaticum ir mandibula sąnario tuberkuliozė** — retas susirgimas ir tai pasitaiko pas vaikus iki 15 metų (60%). Mėgiamiausia lokalizacija yra žandikaulių alveolės ir apatinio žandikaulio kampas. Dažniausiai būna antrinė infekcija, einanti hematogeniniu keliu ir lokalizuojasi angulus mandibulae arba patenka limfiniais keliais. Infekcija nueina ir pro gangrenuotas dantų šaknis, pro suopėjusias gingyvas. Sukeliantieji momentai būna dantų traukimas, jų dygimas ir chroniški periodontito bei gleivinių uždegimai.

Žandikauliuose džiovos eiga pareina nuo lokalizacijos ir nuo įvairių kitų bendrinių ir vietinių organizmo infekcijų.

Alveolinė tuberkuliozės forma dažniausiai pasitaiko. Šituo atveju infekcija eina pro dantų kanalus, jau anksčiau banalinėmis bakterijomis užsiinfekavusius. Pradžioje tbc infekcija niekuo nuo kitų nesiskiria — pastebimos tik granuliacijos, bet vėliau plečiasi, užima platesnias alveolių dalis, viduryje atsiranda kazeozinės degeneracijos žymės ir gaunamas chroniškai progresuojančio uždegimo kilmės proceso vaizdas. Vieno ar daugiau dantų pašalinimas ir alveolės išvalymas tik sušvelnina osteomyelito vaizdą, bet nelikviduoja. Sekvestrai būna maži. Kartais procesas liaujasi plėtęsis. Pilnai tbc išsivysčius, žandikaulis būna išsipūtęs, kietas, paspaudus skausmingas, su keliomis nelygiais kraštais mėlynos spalvos fistulėmis; apvytusios granuliacijos, skysti pūliai, smulkūs sekvestrai. Retkarčiais paūmėja procesas, pūliams susilaikius; jiems nutekėjus, vėl nurimsta.

Centrinė žandikaulių tuberkuliozė pasitaiko dygstant krūminiams dantims tarp 6—12 metų srityje angulus mandibulae. Pradžioje liga mažai tepastebima, kartais atsiranda skausmai ir patinimas, kuris trunka mėnesius, bet odos ir gleivinių sudirginimas prasideda vėlai. Židinio srityje temperatūra pakyla, veidas darosi asimetriškas ir po kurio laiko prasiveržia fistulės. Įsimaišius kitai infekcijai, uždegimas įgauna ūmią eigą, kaip paprasto osteomyelito atveju. Vėliau eiga būna tokia pati, kaip alveolinės formos atveju; pro fistules teka skysti pūliai, lenda maži kauliukai.

Kartais fistulės užgyja ir procesas sustoja. Kaulas genda vienoje vietoje, bet pasitaiko ir keliose vietose židiniai. Prisijungus mišriai infekcijai, sekvestrai gali susidaryti dideli, tuberkuliozei visai nebūdingi.

Išsivysčius bendrinei kacheksijai, šalinant dantis tuberkuliozinio osteomyelito paliestoje mandibuloje dažnai įvyksta patologiškas lūžimas, kuris sudirgina vietoje ligą ir priartina mirtį.

Os zygomaticum tuberkuliozė būna bemaž išimtinai pas vaikus ir lokalizuojasi išorinio akies kampo srityje — tai būdinga vieta. Prasideda lėtai, patinimu, atsiranda fistulės, kartais susidaro po akim ir veide šalti abscesai, kurie dar padidina patinimą.

Os zygomaticum tbc būna viena iš daugelio bendrinės kaulų džiovos židinių.

Mandibula sąnario džiovos vaizdas panašus į kitų sąnarių tuberkuliozę: skausmai judinant mandibulą, taigi jau iš pradžių ligonis negali pajudinti mandibulos ir atidaryti burnos; retas, bet sunkus susirgimas.

Os palatum irgi būna paliestas, eiga ir vaizdas tipiškas tbc — dideli skausmai valgant.

7. **Šaltieji abscesai** — retas dalykas burnoje, liežuvio dugne ir po gomurio antkauliu. Liežuvio pagrinde renkasi labai lėtai pūliai, skausmų nesudaro, tik šiek tiek valgant ir kalbant kliudo. Jų priežastimi būna liežuvio infiltratai, opos.

Subperiostiniai gomurio abscesai greičiau yra pastebimi ir ligoniui suteikia daug nemalonumų, ypač valgant būna labai skaudami, ir apskritai organizmo stoviui turi blogos įtakos — pagreitina mirtį. Savo chroniška eiga tuberkulioziniai abscesai lengva atskirti nuo kitokios kilmės abscesų.

8. **Tuberculosis cutis colliquativa** paprastai randama požandikaulinių limfinių liaukų srityje. Liaukos būna paliestos tbc infekcijos, jose greitai įvyksta kolikvacijos procesas, kuris įtraukia poodinį sluoksnį ir odą ir išsivysto fistulė. Liga trunka chroniškai ir, kaip pasėka, palieka negražios formos — nekosmetiški randai. Pats procesas gali susilikviduoti. Kadangi dantų kilmės infekcija labai dažnai pasitaiko limfinėse liaukose ir duoda pūlinius, tai esant tbc, būtina ir apie mišrios infekcijos galimumą pagalvoti, o elgsena gydant yra visai kita; mišrios infekcijos atveju yra būtinos incizijos.

9. **Lymphadenitis tuberculosa** kaklo srityje būna apie 90%. Daugiausia sergama tarp 12—25 metų amžiaus. Infekcija patenka į liaukas iš nosies, burnos, tonsilių, adenoidų pro gangrenuotus dantis. Čia reikia pabrėžti, kad daugiau, negu paprastai manoma, turi įtakos limfinių liaukų tuberkuliozei dantys (Calot):

Starck surado dantų įtaką 41% — 1896 metais,
Morgan surado dantų įtaką 89,7% — 1899 metais.

Po 12 metų bemaž visi limfandenitai būna dantų kilmės, o anks-

tyvesniame periode pasitaiko ir nuo kitų susirgimų (Veyrassat).

Limfinių liaukų tuberkuliozė užima liaukas grupėmis, susidaro konglomeratai, kur paskiros liaukos būna įvairios konsistencijos ir dydžio — tai polimorfizmas. Vystosi laipsniškai; be skausmų ir temperatūros, kartais liaukos susijungia kelios į vieną židinį ir būna įtraukti gretimi audiniai.

Anatomopatologiškas vaizdas liaukose — pradžioje yra tuberkulai, kurie greitai būna paliesti kazeozinės degeneracijos. Patekus kitai infekcijai, pratrūksta ir susidaro fistulės. Limfinių liaukų tuberkuliozė gali duoti komplikacijų gretimuose organuose ir plaučiuose.

Burnoje esančios opos ar dantų kilmės granuliomos labai dažnai sukelia limfinių liaukų padidėjimą ir uždegimą, taigi išskyrimas šitais atvejais tbc infekcijos nuo paprastos yra sunkus. Sulikvidavus burnoje židinius, jeigu dar liaukų infekcija ilgesnį laiką trunka ir neturi sąsyjo su kitomis ligomis gretimuose organuose, tai reikia manyti, kad yra tuberkuliozinės kilmės.

10. **Tuberkuliozės sąsyjis su burnos ligomis** praktikoje yra glaudus. Džiovininkai, kurie guli ligoninėse del atviros tuberkuliozės, dažnai atvyksta pas stomatologą su burnoje esančiais periodontitais ar periostitais, kuriuos likviduojant dažnai atrandami šalti, kazeozinės degeneracijos paliesti, abscesai ar židiniai. Jų pašalinimas duoda gerų vietinių rezultatų ir bendrinis tbc stovis pagerėja. Pakilusi temperatūra kartais būna nuo dantų infekcijos, nors paprastai suprantama kaip džiovos simptomas. Bet čia temperatūros pakilimas gali būti nuo burnos tuberkuliozės, kuri pradžioje dažniausiai yra nepastebima, taigi šitos specialybės atstovams reikia ir apie tai pagalvoti. Dantų kilmės flegmona ar abscesas ne tik sudirgina vietinę tuberkuliozę, bet ir sužadina židinius kituose organuose ir išsivysto atvira, kartais miliarinė tuberkuliozės forma.

Kliniškas patyrimas neginčijamai rodo, kad oralinis sepsis, kartais bendrinės dantų kilmės ūminis sepsis išprovokuoja tuberkuliozę, **taigi bendrais organizmo stiprinamaisiais veiksmais reikia laikyti ir tinkama burnos sanacija su radikaliu oralinio sepsio likvidavimu.**

Tuberkuliozės specialistų būtų pareiga siųsti savo ligonius burnos stoviui patikrinti pas stomatologus, o stomatologų ir dantų gydytojų — mokėti surasti sąsyjį tarp bendrinio tuberkuliozės organizmo stovio ir vietinių ligų bei suteikti realią paramą.

Šito klausimo išryškinimas yra būtinas šitoms dviem specialybėms ir tai išaiškins, ne vien daugelį įdomių moksliniu atžvilgiu dalykų, bet ir įgalins be abejojimo praktikoje kovojan-

čiam organizmui sukaupti jėgas ir stabilizuoti procesą. Tinkama ir laiku pravesta burnos sanacija reikia laikyti labai svarbiu momentu kovojant su tuberkulioze, tiek paskirais atsitikimais, tiek ir socialiniu atžvilgiu.

Vilniaus stomatologinės patologijos surinktoje medžiagoje burnos tuberkuliozės atsitikimai sudarė 0,5%; tuberkuliozinių limfadenitų atsitikimų buvo daugiausia — 0,4%; lupus burnoje sudarė 0,05%; kitų tbc atsitikimų buvo irgi 0,05%.

Turint galvoje, kad nevisą laiką buvo tinkamai vedama ligonių registracija ir tam tikrais metais šlubavo diagnostika, reikia manyti, kad faktiškas procentas yra didesnis, siekiąs 0,8%, nes, paskutiniais metais pravedant nuoseklesnę diagnostiką ir smulkiau registruojant, skaičius padidėjo, ko vien karo meto sąlygomis negalima išaiškinti.

Apskritai paėmus, susirgimų daug nėra, bet vis delto pasitaiko. Reikia manyti, kad didelis procentas visai nesikreipia į stomatologus, o kur kitur, o iš ten yra siunčiami į tuberkuliozines ligonines.

Tuberkuliozinės Vilniaus ligoninės dar nėra tinkama plotme klausimą pastačiusios, nors tam tikrais metais jau turėjo savo dantų gydytojus — tai yra sveikintinas reiškinys.

Iš nemažo mūsų klinikos tuberkuliozės atsitikimų skaičiaus čia trumpai aprašysiu tik du:

1. 1938 metais gulėjo M. Y., 17 metų mergaitė, del phlegmone retromolaris dextra. Procesas išsivystė dygstant brandos dančiui. Prapjovus ir pašalinus 8-, temperatūra, kuri buvo pakilusi iki 39,5°C, nukrito, bet ilgesnį laiką žaizda nenorėjo gyti. Padarius biopsiją, buvo konstatuotas lupus. Taippat plaučiuose rastos kelios kavernos.

Ilgesnį laiką negyjančios žaizdos turi mus priversti pagalvoti apie tbc.

2. 1943 metais gulėjo L. V., 46 metų vyras, kuris buvo paguldytas del infiltrato ir opos liežuvio viduryje. Ligonis jau kelis kartus gulėjo ligoninėse ir vis buvo gydomas nuo reumato, bet pagerėjimo negauta. Prieš 2 mėnesius kalbamas židinys atsirado liežuvyje. Klinikoje buvo pravesti visi reikalingi tyrimai ir konstatuota tbc liežuvyje ir tbc miliaris plaučiuose. Židinio histologiškas vaizdas buvo būdingas tuberkuliozei, o plaučių rentgenas — plaučių tbc miliaris.

Pradžioje kliniškai nieko negalima buvo surasti, kaip kad nieko nesurado anksčiau kelis kartus padarytas tyrimas ligoninėse, be histologiško tyrimo ir rentgeno nuotraukos.

Pastarieji tyrimai reikia vertinti, nes jie gali išaiškinti dalyko esmę.

Tuberkuliozės burnoje ar žandikauliuose konstatavimas kartais nėra lengvas dalykas; reikalinga būna pravesti histologiški tyrimai, Wassermann'o reakcija, bakteriologiška analizė ir visuomet bendrinis organizmo ištyrimas.

Burnos tuberkuliozės konstatavimas jau mus įgalina pravesti bendrinį tuberkuliozinį organizmo gydymą.

Gydymas. Žandikaulių, jų sąnario ir kitų veido bei burnos kaulų tuberkuliozės gydymas yra toks pats, kaip ir kitų džiovos kaulų gydymas, tik čia reikia visuomet gangrenuotieji dantys bei jų šaknys pašalinti, židiniai išvalyti, antrinės infekcijos atveju platūs pjūviai padaryti ir sekvestrai pašalinti.

Vietinis burnos tuberkuliozės gydymas gali būti:

1) biologiškas, 2) chirurgiškas, 3) chemiškas ir 4) fiziškas.

1. Biologiška metodė remiasi atsparumo jėgų padidinimu, aplikuojant seną Koch'o tuberkuliną po oda ar į odą. Tuberkulino negalima vartoti kaulų džiovos, plaučių tbc, diabetes mellitus, graviditas, mažakraujingumo ir kacheksijos atvejais.

Gleivinėse lokaliai galima vartoti tuberkulinas, praskiestas vandeniu ar 0,85% NaCl (1:100.000), tuomet pavojaus sudirginti kitus židinius bemaž visai nebūna.

2. Chirurgiška metodė gali būti pavartota gleivinėse tik ankstyvose stadijose išpjaunant kartu didesnius gleivinių plotus. Šaltieji pūliniai prapjaunami, granuliacijos su židiniais, sekvestrais bei dantimis pašalinami. Limfinių liaukų gydymas yra dabar priimtas konservatiškas, o chirurgiškas, kaip vedantis prie ilgo pūliavimo ir randų, yra atmestas. Reikia pabrėžti, kad vis delto tuberkuliozinių liaukų išpjovimas yra patartinas, tik reikia operavimo būdas pakeisti — stengtis nesužeisti liaukų ir jų turiniu operacinių žaizdų neužteršti ir po to aklai užsiūti. Tokiais atvėjais, kaip praktika rodo, žaizdos gerai gyja ir randai būna kosmetiški.

3. Chemiškas gydymas gali būti pavartotas burnos lupus'ui gydyti. Pfannenstiel'io metodė ir lupus erythematodes — Hollaender'io metode. Aukso junginių įšvirkštimas į veną lupus erythematodes atveju taippat gerai veikia.

4. Fiziškas gydymas — lupus vulgaris atveju geriausiai veikia Finsen'o metodė. Taippat neblogai veikia kvarco lempa, jeigu dar būna kartu vartojamas tuberkulino gydymas. Maži rentgeno daviniai kas 8—12 dienų limfinių liaukų tbc taippat gerai veikia, tik kartu patariama dar įšvirkšti kefalino. Radis ir mezotoras vartojami lupus'ui gydyti. Diatermo - coagulatio, galvanocaustica ir elektrolizė gerai veikia lupus vulgaris.

Bendrinis gydymas turi būti nustatytas ftiziologo, o vietinis pradėtinas nuo burnos sanacijos, o po to lokaliniai ži-

diniai gydytini pagal džiovos rūšį, biologinėmis, chirurginėmis, cheminėmis ir fizinėmis priemonėmis, kartais pavartotinos ir kelios priemonės.

Naudotoji literatūra ir medžiaga.

1. St. Čepulis: Stomatologinių ligų klinika Vilniaus mieste ir krašte statistinių žinių šviesoje. Kaunas, 1942 m.

2. Ligos istorijos ir ligonių registracijos knygos stomatologijos skyriaus S. P. archyvas. Vilnius.

3. J. Szmurło: Choroby jamy ustnej gardła i przełyku. Vilnius, 1930 m.

4. J. Lenartowicz: Zarys chorób skóry. Krokuvas, 1936 m.

5. A. Limberg ir P. Lwow: Učebnik chirurgičeskoi stomatologii. Maskva, 1938 m.

6. Strauss Hermann: Über Gesichtsdeformationen nach Lupus vulgaris. In.-Diss. Hamburg, 1937.

7. Viethen, A.: Tuberkulose. „Mnschr, Kndhlk." 90, H. 1—2. 125 1942.

8. Zerosi, C. u. Bonezzi, P.: Ricerche sperimentali sull' infezione tubercolare per via transdentaria paradentale nella cavia. „Rass. Trim. Odont". 21 H., 1,2. 1940.

9. Brügger, H.: Die Behandlung der tuberkulösen peripheren Lymphknoten.

ZUSAMMENFASSUNG.

Tuberkulose in der Stomatologie.

In diesem Aufsatz beschreibt der Verfasser die Tuberkulose der Mundhöhle, gibt die öfter aufretenden Erscheinungsarten dieser Krankheit an und untersucht sie. Es werden statistische Angaben der Wilnaer stomatologischen Universitätsklinik angeführt und zwei Fälle von Mundtuberkulose beschrieben. Der Verfasser unterstreicht die Notwendigkeit einer engeren Zusammenarbeit zwischen Stomatologen und Tuberkulosespezialisten, denn die Mundtuberkulose und ihr Zusammenhang mit den Mundkrankheiten, besonders mit oraler Sepsis, wird nicht immer rechtzeitig erkannt.

Der Verfasser stellt fest, dass die Behandlung der Mund - und Zahnkrankheiten für eine erfolgreiche Bekämpfung der Tuberkulose unerlässlich ist, denn hierdurch werden die Vorbedingungen zur allgemeinen Kräftigung des Organismus geschaffen. Die Beseitigung der Mundkrankheiten wird als unerlässliche Bedingung zur Heilung von lokalen Tuberkuloseherden angesehen.

Zum Schluss wird die Heilung der Tuberkulose im allgemeinen behandelt. Besonders werden hier einzelne Erscheinungen der Mundtuberkulose und die Methoden ihrer Bekämpfung untersucht.

Doc. d-ras A. Garmus ir *gyd. A. Vileišis.*

Statistiniai duomenys apie mirtingumą nuo tuberkuliozės Lietuvoje.

(Iš V. D. Un-to Medicinos Fakulteto Biologijos katedros darbų. — Vedėjas doc. d-ras A. Garmus).

Viena labiausiai pasaulyje išsiplatinusių ligų yra tuberkuliozė, kuri savo aukų skaičiumi, bent Lietuvoje, gali drąsiausiai konkuruoti su karo nuostoliais žmonėmis. Štai 1923 metų Lietuvos visuotinio gyventojų surašymo duomenimis per pirmąjį pasaulinį karą mūsų tauta neteko 11.173 užmuštais ir dingusiais be žinios, 18.712 grįžo iš fronto paliegę, netekę rankų ar kojų, apakę ar apkurtę, apnuodyti dujomis, pamišę. Iš viso to karo metu yra nukentėję 29.885 žmonės, Lietuvos gyventojai. Tuo tarpu praėjus karui ir atsiradus Lietuvoje tobulesnei statistikai, pas mus nuo džiovos per metus mirdavo apie 3.500—4.000 žmonių. Vadinasi, per ketverius metus mirė 14.000—16.000, t. y. daugiau negu ano karo metu. Paliegėlių gi, kuprotų, šleivų, kreivų ir kitokių nuo tbc. liko ne mažiau negu anuomet.

Kiek Lietuvoje buvo ar yra sergančiųjų tbc., tiksliai nežinoma. Statistikos biuras įvairias žinias pateikia tik nuo 1924 metų. Prieš tuos metus duomenys išmėtyti po įvairias įstaigas, už kaikurį laiką jų ir visai nėra. Gi ir Statistikos metraščiuose paskelbtos žinios nėra 100% tikslios: nes mirimo metrikus surašydavo kaimuose pagal giminių nurodymus dažnai vargoninin-kai. Todėl senesni mirdavo senatve, nežinoma liga. Kartais tbc komplikuodavosi kitu susirgimu ir mirties priežastimi buvo nurodomas tas antrasis susirgimas. Bet vis delto, nepaisant daugelio statistikos ydų, nuo džiovos mirtingumą metais ir apskritimis galime matyti I lentelėje (žiūr. 1 lent.).

Pirmiausia reikia pastebėti, kad, pasak Statistikos biuro, mirtingumas nuo tbc 1941 m. nėra sumažėjęs. Duomenys yra mažesni del to, kad del karo veiksmų ir po jų įvykusios suirutės daug dokumentų žuvo: sudegė ar šiaip dingo. Atsižvelgiant į tais metais buvusias sąlygas mirtingumas turėjo tik padidėti.

1943 metų duomenys tėra tik už pirmus šešis mėnesius, būtent, iki liepos m. 1 d. Per ištisus metus mirti turėtų ne mažiau kaip 2.500 žmonių.

Didžiausias mirtingumas nuo tbc buvo 1927 metais; toliau mirtingumas visą laiką mažėjo; tik 1931 metais — krizės metais pašoko, ir tai nežymiai. Minimumą pasiekė 1939 metais. Šitų metų gale prasidėjo šis karas su visomis savo nelaimėmis, dau-

1-oji lentelė.

Mirusieji nuo tbc apskritimis.

(Ištrauka iš atitinkamų metų „Lietuvos statistikos metraščio").

	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932
Alytaus apskr.	Duomenų nėra	198	Duomenų negalima sudaryti, nes medžiaga archyve	Duomenų negalima sudaryti, nes medžiaga archyve	193	189	131	184	144
Biržų apskr.		161			110	115	90	114	106
Kauno apskr.		146			131	172	179	132	122
Kauno miesto		92			151	182	142	167	164
Kėdainių apskr.		132			130	144	155	127	111
Kretingos apskr.		209			160	164	157	188	151
Marijampolės apskr.		120			97	103	95	104	87
Mažeikių apskr.		114			98	136	105	120	81
Panevėžio apskr.		172			164	192	163	176	124
Panevėžio miesto		26			23	28	34	39	35
Raseinių apskr.		199			186	194	182	178	181
Rokiškio apskr.		121			94	113	109	103	86
Seinų (Lazdijų) apskr.		39			28	41	34	32	30
Šakių apskr.		78			80	60	55	63	50
Šiaulių apskr.		220			194	213	195	176	184
Šiaulių miesto		27			20	30	32	31	28
Tauragės apskr.		265			230	241	247	244	213
Telšių apskr.		156			147	161	128	157	109
Trakų apskr.		210			186	191	178	172	149
Ukmergės apskr.		241			205	207	171	171	161
Utenos apskr.		208			189	171	168	186	139
Vilkaviškio apskr.		68			67	87	95	95	74
Zarasų apskr.		68			50	50	47	51	53
Vilniaus apskr.		—			—	—	—	—	—
Vilniaus miesto		—			—	—	—	—	—
Švenčionių apskr.		—			—	—	—	—	—
Klaipėdos krašto		150			132	151	105	131	111
Ašmenos, Eisiškių, Svyrių apskr.		—			—	—	—	—	—
Iš viso		3.418	3.227	3.477	3.063	3.335	3.007	3.154	2.693

	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943*	Gyventojų skaičius 1940. I. 1 d.
Alytaus apskr.	134	123	113	133	128	115	110	116	58	61	34	141.106
Biržų apskr.	81	80	86	72	79	60	77	96	44	58	34	111.311
Kauno apskr.	120	141	121	100	114	254	104	102	64	71	36	81.989
Kauno miesto	132	204	162	139	156		180	202	151	200	111	154.109
Kėdainių apskr.	87	93	108	77	80	79	65	93	67	54	39	102.510
Kretingos apskr.	115	134	138	117	111	104	119	127	85	79	38	116.006
Marijampolės apskr.	75	78	84	109	79	55	92	100	41	67	42	120.059
Mažeikių apskr.	89	101	87	87	73	68	99	73	63	81	40	83.984
Panevėžio apskr.	125	125	108	120	98	138	103	93	83	117	49	152.867
Panevėžio miesto	30	31	25	25	26		41	35	33	54	25	26.653
Raseinių apskr.	184	150	157	131	134	138	116	127	71	91	56	130.314
Rokiškio apskr.	80	67	68	74	77	57	57	69	68	44	29	96.048
Seinų (Lazdijų) apskr.	41	31	21	26	33	31	31	34	25	16	23	48.577
Šakių apskr.	46	48	50	49	56	58	57	53	45	58	36	76.927
Šiaulių apskr.	147	161	172	180	140	195	150	176	120	173	84	209.176
Šiaulių miesto	38	27	37	47	44		41	60	35	42	36	31.641
Tauragės apskr.	180	209	221	192	193	199	172	176	147	121	71	137.588
Telšių apskr.	111	95	109	102	106	103	103	99	62	48	27	97.399
Trakų apskr.	130	149	119	92	79	91	100	154	80	90	38	100.427
Ukmergės apskr.	161	120	146	153	115	111	103	100	79	80	45	149.644
Utenos apskr.	124	136	137	110	118	84	74	59	60	57	32	128.954
Vilkaviškio apskr.	81	69	98	76	72	67	85	106	56	53	27	94.247
Zarasų apskr.	48	37	36	39	43	34	30	43	28	33	19	53.245
Vilniaus apskr.	—	—	—	—	—	—	—	114	97	110	74	
Vilniaus miesto	—	—	—	—	—	—	—	265	291	329	223	
Švenčionių apskr.	—	—	—	—	—	—	—	37	81	72	52	
Klaipėdos krašto	96	102	130	92	99	89	—	—	—	—	—	154.000
Ašmenos, Eisiškių, Svyrių apskr.	—	—	—	—	—					67	83	
Iš viso	2.445	2.511	2.523	2.342	2.253	2.120	2.081	2.729	2.034	2.318	1.403	

*) tik per 6 mėnesius

giau ar mažiau palietusiomis Lietuvą; kaip to viso pasėka sergančiųjų tbc mirtingumas žymiai pašoko. 1940 metais siekė 2.729 asmenų. 1941 metais, reikia manyti, buvus nemažesnį mirtingumą. Tais metais žymiai pablogėjo mityba, kainos pašoko, o darbininkų ir tarnautojų atlyginimai sumažėjo; atrodo, buvo stoka, nors ir nedidelė, medikamentų, smarkiai sumažėjo gydytojų skaičius. Mirtingumas, reikia manyti, 1942 metais buvo ne mažesnis negu 1940 m. O apie šiuos metus tai galima drąsiai pasakyti, jog jis bus jei ne didesnis, tai bent lygus anam. Tokie duomenys rodo, kad kova su džiova pas mus buvo jei ne gera, tai bent pakenčiama. Antra vertus, pasunkėjus gyvenimui, padidėjo džiovos aukų skaičius.

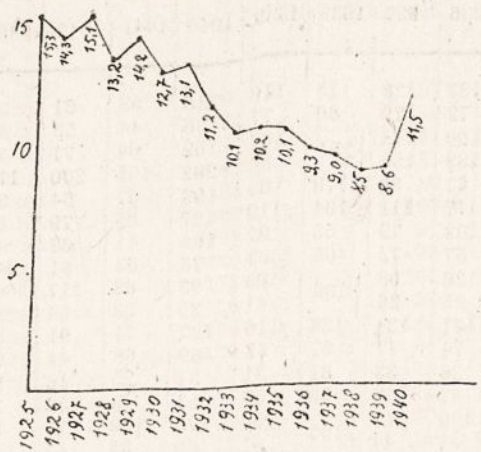
Mirtingumo vidurkis nuo 1924 iki 1940 metų imtinai sudaro 2.774 asmenis per metus.

10.000 gyventojų atitinkamą mirtingumą matome 3-iojoje lentelėje. (Žiūr. 3 lent.).

Iš šitos lentelės duomenų išeina, kad daugiausia nuo tuberkuliozės miršta balandžio mėn. — vidutiniškai 296,7 žmonės ir kovo mėn. — 294,7 asmenys. Pavasariop žmogaus organizmui pristinga įvairių vitaminų, jų tarpe labiausiai C-vitamino. Del šito vitamino stokos sumažėja organizmo atsparumas ir liga lengviau jį pribaigia. Žymią dalį sergančiųjų tbc sudaro materialiai nepasitūrį sluogsniai — darbininkai. Pastarieji kaip tik

2-oji lentelė.

Mirtingumo kreivė 1925—1940 m.



žiemą mažiau beturi darbo, miestuose jų didelė dalis yra bedarbiai ir del to blogiau minta — jų organizmas susilpnėja.

Vėliau saulė vis labiau šviečia, oro atmainų svyravimai mažėja, atsiranda žalio maisto, su juo daugiau vitaminų, gerėja ne

3-ioji

Atskirų metų mirtingumas

(Ištrauka iš atitinkamų metų

Mėnesiai:	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Sausis	Duomenų nėra	328	Ne visais atskirais mėnesiais buvo skelbiami	323	304	331	267
Vasaris		314		397	276	367	278
Kovas		348		424	290	361	292
Balandis		299		356	311	357	296
Gegužis		290		343	278	333	271
Birželis		268		241	236	275	238
Liepos		253		225	215	234	230
Rugpjūtis		264		236	222	187	208
Rugsėjis		223		208	183	197	152
Spalių		276		231	228	198	207
Lapkritis		268		216	209	241	228
Gruodis		287		277	211	253	340
Absoliučiais skaičiais		3.418	3.227	3.477	3.063	3.335	3.007
10.000 gyv. tenka mirusiųjų nuo tbc		15,3	14,3	15,1	13,2	14,2	12,7

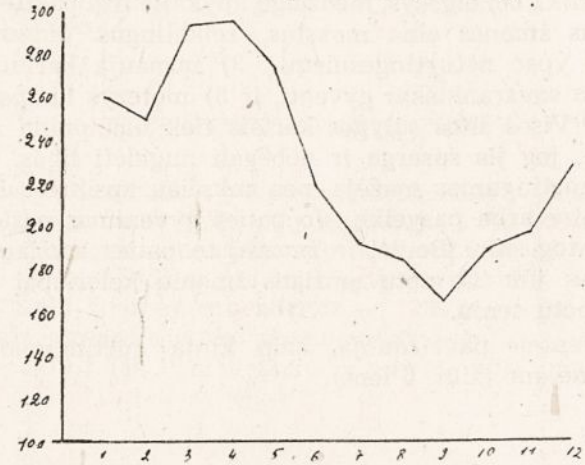
*) Be Klaipėdos Krašto.

tik darbininkų, bet ir visų būsena ir mirtingumas mažėja, ir mažiausias esti rugsėjo mėnesį — 165,5. Kitais mėnesiais visos aplinkybės blogėja ir mirtingumas vėl didėja. Visą mirtingumo kreivės svyravimą pavaizduoja 4-oji lentelė (žiūr. 4 lent.).

4-oji lentelė.

Gulščioje linijoje pažymėti mėnesiai, o statmenoje — mirtingumas.

(Vidurkis iš 13 metų absoliučių skaičių).



lentelė.

nuo džiovos mėnesiais.

„Lietuvos Statistikos Metraščio").

1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938*	1939	1940	1941	1942	1943
355	253	243	245	255	221	231	186	223	243		173	179
317	291	199	233	267	208	228	177	232	253		192	214
335	303	242	263	262	242	297	224	244	293		237	263
312	273	263	257	279	269	243	219	227	290		235	237
308	263	231	243	252	247	228	235	209	287		251	279
267	223	198	190	201	189	191	168	135	273		221	231
214	179	174	180	182	169	127	148	140	231		226	
204	175	181	177	157	150	125	136	}	188		184	
191	141	136	178	153	131	109	140	}	}		154	
205	169	163	174	147	158	156	147	} 671	} 671		146	
215	191	175	182	183	178	131	151	}	}		136	
141	234	240	189	183	180	187	189	}	}		167	
3.154	2.693	2.445	2.511	2.523	2.342	2.253	2.170	2.081	2.729	2.034	2.318	1.400
13,1	11,2	10,1	10,2	10,1	9,3	9,0	8,5	8,6			8,3	

5-oji lentelė parodo, koks mirtingumas nuo tbc kuriais metais amžiaus yra (žiūr. 5 lent.).

Iki 1931 metų duomenys amžiaus grupėmis nebuvo skirstomi.

Didžiausias mirtingumas esti tarp 15—29 metų amžiaus, būtent, 690,4 asmenų per metus. Šitie metai kaip tik ir pasižymi visa eile žymių pakitimų žmogaus gyvenime: 1) subręsta lytiškai, t. y. vienos vidaus sekrecijos liaukos liaunasi dirbusios; jų vietoje pradeda veikti kitos; pasikeičia ne tik jaunuolio išvaizda, bet ir psichika bei elgesys, medžiagų apykaita irgi pakitėja; 2) šito amžiaus žmonės eina mokslus, reikalingus didesnio jėgų įtempimo, ypač neturtingesniems; 3) tarnauja kariuomenėje; 4) pradeda savarankiškai gyventi, ir 5) moterys tampa nėščios ir gimdo. Visos šitos sąlygos kartais tiek nusilpnina žmogaus organizmą, jog jis suserga ir nebegali nugalėti ligos. Žmogui senstant mirtingumas mažėja, nes anksčiau apsikrėtusieji arba jau yra mirę arba pasveikę. Jo paties gyvenimas pasidaro ramesnis, patogesnis. Be to, ir žmonių to paties amžiaus darosi vis mažiau: juk 25 metų amžiaus žmonių keleriopai daugiau negu 80 metų senių.

6-oji lentelė pavaizduoja, kaip kinta mirtingumo kreivė žmogui senėjant (žiūr. 6 lent).

5-oji lentelė.

Mirusieji nuo tbc amžiaus grupėmis ir mėnesiais.

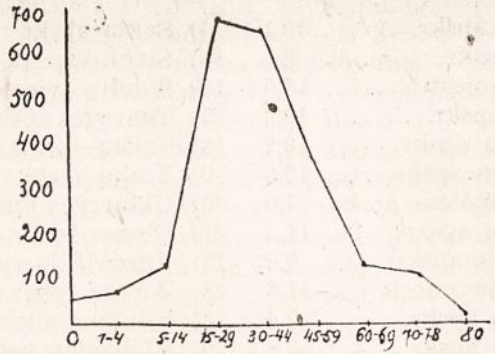
Amžiaus grupėmis:	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931
0								
1— 4								
5—14								
15—29								
30—44								
45—59								
60—69								
70—79								
80 ir daugiau								
Nenurodyta								
Iš viso:		3.418	3.227	3.477	3.063	3.335	3.007	3.154
Bendras visų mirusiųjų skaičius..	35.493	37.179	34.380	38.897	35.691	39.669	37.151	37.478

Duomenys iki 1931 m. pabaigos mirties priežastimis ir amžiaus grupėmis nebuvo skirstomi.

Amžiaus grupėmis:	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938*	1939	1940	1941	1942
0	66	73	100	61	48	42	35	37	57	26	32
1— 4	86	81	86	88	63	59	43	51	71	61	60
5—14	129	136	138	159	124	118	112	101	158	120	114
15—29	824	705	715	763	700	621	599	584	703	584	671
30—44	694	606	625	635	647	643	591	601	851	653	769
45—59	413	396	463	420	391	389	327	360	479	362	401
60—69	288	282	259	259	241	244	192	226	239	138	133
70—79	138	130	99	108	110	109	97	91	98	49	64
80 ir daugiau	28	25	21	26	15	20	30	25	25	8	12
Nenurodyta	27	11	5	4	3	8	3	5	48	33	62
Iš viso:	2.693	2.445	2.511	2.523	2.342	2.253	2.031*	2.081	2.729	2.034	2.318
Bendras visų mirusiųjų skaičius..	36.577	32.749	35.789	34.595	33.440	33.260	32.256	32.983	38.281	30.863	33.353

*) Be Klaipėdos Krašto.

6-oji lentelė.



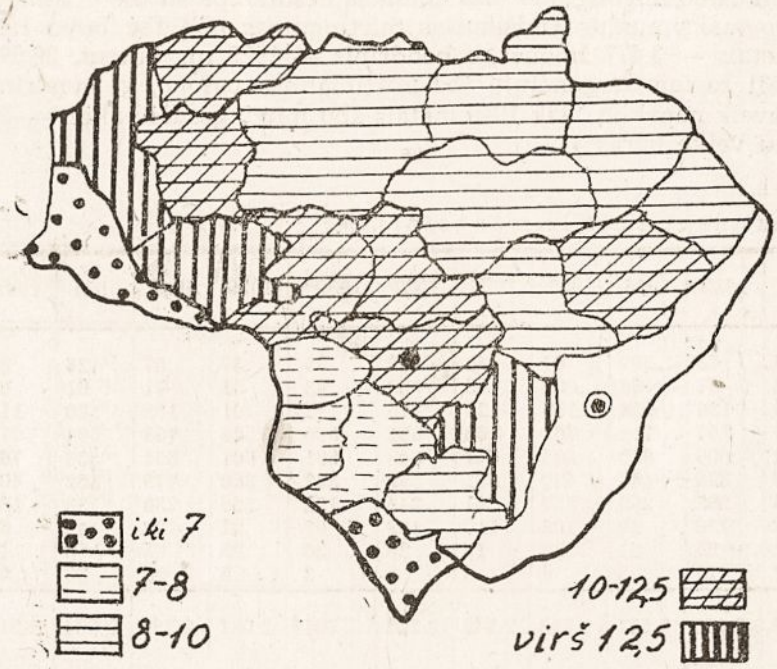
Lietuvoje vidutiniškai per metus miršta 35.631 asmuo. Taigi, mirusieji tbc sudaro 9,4% visų mirusiųjų. Pažymėtina, kad bendrinio mirtingumo maksimumas nesutampa su tbc mirtingumo maksimumu. Didžiausias mirtingumas nuo tbc buvo 1927 metais — 3.477 žmonės, o bendrinis — 1929 m., būtent, 39.669. 1931 metais sergančiųjų tbc mirtingumas pašoko, gi bendrinis beveik nepakito. Tik 1940 metais abu mirtingumai pakilo — čia jau veikė karas*).

*) Bendrinį mirtingumą pakelia epidemijos (gripas), kurių reikšmė tbk mirtingumui vėliau pasireiškia. Tai turbūt ir bus svarbiausia tų dviejų mirtingumų nesutapimo priežastis. *Dr. K. G.*

Mirtingumas nuo tuberkuliozės apskritimis 10.000 gyventojų 1925—1939 metais buvo šitoks:

1) Alytaus apskr.	10,1	14) Šakių apskr.	7,0
2) Biržų apskr.	8,5	15) Šiaulių apskr.	8,4
3) Kauno mieste	15,8	16) Šiaulių mieste	10,4
4) Kauno apskr.	10,3	17) Tauragės apskr.	15,4
5) Kėdainių apskr.	10,2	18) Telšių apskr.	12,3
6) Kretingos apskr.	13,3	19) Trakų apskr.	14,1
7) Marijampolės apskr.	7,0	20) Ukmergės apskr.	9,6
8) Mažeikių apskr.	11,3	21) Utenos apskr.	10,7
9) Panevėžio apskr.	9,0	22) Vilkaviškio apskr.	7,9
10) Panevėžio mieste	11,3	23) Zarasų apskr.	8,8
11) Raseinių apskr.	12,4	24) Vilniaus mieste	13,1
12) Rokiškio apskr.	8,6	25) Klaipėdos krašte	6,9
13) Seinų apskr.	6,8		

Mirtingumo nuo tbk žemėlapis.



Mažiausias mirtingumas buvo Seinų apskrityje — 6,8. Toliau sekė Klaipėdos kraštas; trečioje gi vietoje buvo Marijampolės ir Šakių apskrityse. Apskritai Suvalkijoje buvo mažiausias mirtingumas nuo džiovos. Antras toks centras yra Šiaurės

Lietuvoje: Šiaulių, Biržų, Panevėžio, Rokiškio, Ukmergės ir Zarasų apskrityse. Didžiausias mirtingumas yra Žemaitijoje: Kretingos, Mažeikių, ypač Tauragės ir Telšių apskr. Tauragės apskr. tas mirtingumas siekia maksimum'o — 15,4 žmonių iš 10.000. Reikia spėti, kad nemažesnis mirtingumas yra ir Vilniaus krašte, nes, pvz., Trakų apskr. jis siekia 14,1.

Mūsų didmiesčiai žymiai labiau kenčia negu tų pačių vardų apskritys. Štai Kauno apskrityje mirtingumas nuo tbc 10.000 yra 10,3, o Kauno mieste jau 15,8 (didžiausias visoje Lietuvoje; čionai ir Sunkiųjų darbų kalėjimas statistiką pablogina). Tą patį galima pasakyti apie Šiaulius, Panevėžį ir, gal būt, apie Vilnių.

Kodėl miestuose didesnis mirtingumas? Tam yra kelios priežastys: 1) miestų nepasiturintieji gyventojai blogiau minta, gyvena blogesniuose butuose, kuriuose yra suterštas oras; 2) miestiečiai darbininkai ir tarnautojai palaidžiau gyvena už kaimiečius — daugiau garbina Bachą (bet dabar ir kaime dar labiau geria), Venerą, daugiau rūko; 3) kaimiečio darbas sunkesnis negu miestiečio ir todėl jis susirgęs kraustosi į miestą, kad čia lengviau dirbtų; 4) didesniuose miestuose medicinos pagalba lengviau prieinama ir socialinė apsauga geriau pastatyta, todėl čia suplaukia ligoniai gydytis ir tuo būdu padidina mirtingumą; 5) statistika geresnė.

Išvados.

Baigiant tenka padaryti šios išvados:

1. Vidutiniškai per metus nuo tbc miršta 2.774 žmonės arba 11,6 iš 10.000.

2. Mirtingumas nuo tbc visą laiką mažėjo. 1925 m. jis siekė 15,3 iš 10.000, o 1939 — 8,6 arba absoliučiais skaičiais nuo 3.418 nukrito iki 2.081, t. y. sumažėjo 1,6 karto.

3. Sunkėjant materialinėms gyvenimo sąlygoms, mirtingumas nuo tbc didėja. Ypač jis padidėja karo metu.

4. Miestuose mirtingumas yra didesnis negu kaimuose. Didžiausias mirtingumas yra Kauno mieste.

5. Apskrityse, kur gyventojai turtingiau gyvena, mirtingumas nuo tbc yra mažesnis. Mirtingumas yra mažiausias Suvalkijoje, didžiausias Žemaitijoje ir Vilniaus krašte, kas neatitinka med. d-ro M i n e l g o s duomenų (Disertacija 1943 m.).

6. Blogesnės gyvenimo sąlygos yra žiemą ir pavasarėjant: žmogaus organizmas būna nustojęs atsparumo, todėl daugiausia sergančiųjų tbc miršta balandžio ir kovo mėnesiais, mažiausia — rugsėjo mėnesį.

7. Pavojingiausi susirgusiems tbc metai esti tarp 15—29 metai. Senesnio amžiaus žmonės atsparesni ir, be to, jų yra mažiau.

8. Nuo tbc Lietuvoje per metus miršta 9,4% visų mirusiųjų.

Literatūra.

1) Lietuvos Statistikos metraštis — tomai nuo 1924—1939 m.
2) „Medicina“ 1924—1943 m. (Žinios apie užkrečiamas ligas).

Zusammenfassung.

1. Im Durchschitt sterben in Litauen an Tuberkulose 2.774 Menschen, oder 11,6 auf 10.000 im Jahr.
2. Der Sterblichkeitssatz vermindert sich von Jahr zu Jahr. 1925 betrug er 15,3 auf 10.000, 1939 nur 8,6 auf 10.000 oder in absoluten Zahlen 3.418 und 2.081, also um das 1,6 - fache vermindert.
3. Mit der Verschlechterung der Lebensverhältnisse steigt die Tuberkulosesterblichkeit besonders in Kriegszeiten.
4. In den Städten ist die Sterblichkeit höher als auf dem Lande, besonders hoch ist sie in der Stadt Kauen.
5. In wohlhabenderen Bezirken ist die Tuberkulosesterblichkeit geringer, so z. B. ist der Sterblichkeitssatz im Suwalkigebiet am niedrigsten, in Szemaiten u. im Wilnagebiet dagegen am höchsten, was mit den Angaben von Dr. Br. Minelga nicht übereinstimmt.
6. Im Winter u. Frühjahr sind die Lebensverhältnisse schlechter der Körper ist weniger widerstandsfähig, deshalb sterben tuberkulöse Kranken am häufigsten im März u. April, am wenigsten im September.
7. Das gefährlichste Lebensalter für Tuberkulöse ist das 15—29 Lebensjahr. Die höheren Lebensalter sind widerstandsfähiger, ausserdem gibt es unter ihnen weniger Tuberkulöse.
8. In Litauen verursacht die Tuberkulose 9,4% aller Todesfälle.

Doc. d-ras A. Garmus ir *gyd. A. Vileišis.*

Truputis statistinių duomenų apie tuberkuliozę Kaune*).

(Iš V. D. Un-to Medicinos Fakulteto Biologijos katedros darbų. — Vedėjas doc. d-ras A. Garmus).

Per dvejetą paskutinių dešimtmečių Kaunas buvo ne tik didžiausias Lietuvos miestas, bet taippat medicinos centras, kuris gydė, bent diagnozuodavo nemažą džiovininkų skaičių. Bet kiek Kaune išsiplatinusi džiova, yra nelengviau nustatyti negu kitur Lietuvoje. Gydymo įstaigos apyskaitų visai neteikė šituo klausimu. Jei kartais ir pasirodydavo viena kita, tai dažnai apyskysti. O Statistikos biuras Kauno miesto savivaldybėje buvo įsteigtas tik 1934 m.

Pirmą tikslesnį bent įstaigos požiūriu tuberkuliozininkų skaičių Kaune užtinkame 1920 metų „Medicinos“ 2 nr. 62 pusl. patalpintoje Kauno miesto ligoninės 1919 m. apyskaitoje, būtent, 128 ligoniai arba 6,4% visų toje ligoninėje anais metais gulėjusių ligonių.

---

*) Skaitmenys 1), 2) nurodo šaltinį, iš kur imti duomenys. Žiūr. literatūrą.

Iš 1-osios lentelės matome, kiek kuriais metais buvo įregistruojama naujų džiovininkų Kauno ligoninėje (žiūr. 1 lent.).

1-oji lentelė.

Kasmet naujai įregistruojamų džiovininkų skaičiai*).

Metai	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Asmenys	128	—	—	477	327	331	237	418	174	190	201	294	193	286	432	393

Vadinasi, neskaitant 1919 m., mažiausia džiova sergančiųjų buvo Kaune 1929 metais — 174 asmenys, vėliau 1930 m. — 190. Šitie metai kaip tik Kaune buvo materialinio gerbūvio metai: tada daugiausia buvo darbo ir geriausiai gyveno darbininkai. Paskui užėjusi krizė pasunkino gyvenimo sąlygas ir naujų džiovininkų skaičius padidėjo. Per metus (1922—1930) buvo įregistruojami vidutiniškai 291,5 žmonės. Tuo metu vidutiniškai Kauno mieste gyveno 91.135 gyventojai*). Vadinasi, iš 10.000 įregistruota 31,7 asmenų, kaipo sergančių džiova.

Reikia atsiminti, kad po ano karo medicinos pagalba žmonėms buvo sunkiau prieinama negu dabar, nes buvo didelė gydytojų stoka. 1921 metais visoje Lietuvoje tebuvo tik 2 rentgeno aparatai (vienas jų Kauno miesto ligoninėje). Be rentgenologiško gi tyrimo tuberkuliozės diagnozė ne taip jau lengva. Eilinis darbo žmogus nekreipdavo dėmesio į kosulį, naktinį prakaitavimą ir eidavo pas gydytoją tik tada, kai jau būdavo labai bloga. Vėliau, padidėjus propagandai, net eilinis pilietis ėmė labiau rūpintis savo sveikata, ką ir pavaizduoja šitie duomenys: Kauno miesto visų rūšių gydyklas bei konsultacijas aplankė 1921 m. tik 4.471 asmuo; o jau 1923 m. — 50.152, 1925 m. — 65.700, 1930 m. — 56.101; 1932 m. — 62.135, 1936 m. — 63.584 asmenys (Kauno miesto Statist. Biulet. 1934, 1935, 1936 m.). Aišku, juo daugiau pacientų kreipėsi į ambulatorijas, dispanserį ar kitas įstaigas, juo daugiau buvo randama ir sergančiųjų džiova.

Dalis ligonių lankosi privačiuose gydytojų kabinetuose, pas juos privačiai gydosi ir todėl jie lieka statistikai nežinomi. O tokių pacientų galėjo būti ne mažiau kaip įregistruotųjų.

Antra vertus, Kauno miesto sveikatos įstaigos aptarnauja ne tik kauniečius, bet ir kitų vietovių gyventojus, pvz., Kauno

*) Pirmojoje lentelėje skaičiai už 1919 metus paimti iš „Medicinos“ 1920 m. 2 nr. 62 psl., o skaičiai už tolimesnius metus paimti iš Kauno Statistikos Metraščių.

**) Čia pažymėtas Kauno gyventojų skaičius (91.135) yra mažesnis už tikrąjį skaičių, nes nėra įtraukti imigrantai, pribuvėliai iš provincijos.

miesto ligoninėje 1920 metais gulėjo 2.257 ligoniai, iš jų 1.184 arba 56,8% ne kauniečiai; gi 1924 m. 1.988 pacientai, iš jų 1.308 arba 65,3% atvykę iš kitų vietovių (žiūr. atitink. metų „Medicinoje“ įdėtas apyskaitas). Reikia manyti, kad bent pačioje pradžioje buvo taip ir su sergančiais tbc. Vėliau vaizdas keitėsi, nes steigėsi sanatorijos ne tik prie Kauno, bet ir kitur. Dalis sergančiųjų tbc buvo siunčiami į Varėną, dalis kitur. Žydai turėjo savo sanatorijas, kur irgi tilpdavo nemažas ligonių skaičius. Į Kauną šitos rūšies ligoniai ėmė patekti tik iš artimų vietovių arba atvažiuodavo diagnozės patikrinti, pasigydyti ir iš dalies pasiduoti operacijoms.

Dalis sergančiųjų tuberkulioze patekdavo į sanatorijas ir čia gydėsi, kas, pvz., matomą iš 2-osios lentelės (žiūr. 2 lent.).

2-oji lentelė[1]).

Arti Kauno esančiose sanatorijose gulėta:

Metai	Ligon.	Metai	Ligon.
1930	128	1934	685
1931	238	1936	794
1932	519	1937	908
1933	701		

1932—1934 m. Lietuvos Raudonojo Kryžiaus A. Panemunės sanatorijoje gulėję ligoniai pagal verslą skirstomi šitaip: (žiūr. 3 lent.).

3-ioji lentelė[1]).

L. Raud. Kr. sanatorijoje gulėjusiųjų 1932—1934 m. džiovininkų suskirstymas pagal verslą.

Profesija	Vyrai	%	Moterys	%	Iš viso	%
Valdininkai	78	13,9	34	8,4	112	11,6
Kariai	156	27,8	—	—	156	17,8
Ūkininkai	47	8,3	18	4,5	65	6,7
Laisvosios profesijos	75	13,4	43	10,6	118	12,2
Darbininkai ir tarnautojai	162	28,9	137	33,8	299	31,0
Dvasininkai	11	2,0	2*	0,5	13	1,2
Namų ruošos darbininkai	—	—	100	24,7	100	10,7
Kiti	32	5,7	71	17,5	103	10,7
Iš viso.....	561	100	405	100	966	100

*) Vienuolės.

Daugiausia gulėjo darbininkų ir įvairių tarnautojų — 162 vyrai arba 28,9% visų sirgusių vyrų. To skurdžiojo luomo moterys, dar labiau užsikrėtusios tbc, sudaro dar didesnę tuberkuliozininkų dalį, būtent. darbininkės, tarnautojos, namų ruošos darbininkės (tarnaitės, virėjos, padavėjos) — 237 moterys arba 58,5% visų moterų, gulėjusių tais metais sanatorijoje. Iš viso darbininkų ir tarnautojų (vyrų ir moterų) sirgo 399 asmenys, kas yra lygu 41,2%. Darbininkai ir tarnautojai gaudavo iš ligonių kasų ar savivaldybės nemokamą gydymą.

Tų profesijų atstovai, kurie mažiau fiziškai dirba, daugiau uždirba ir higieniškiau gyvena, todėl mažiau serga.

4-oji lentelė[1]).

L. Raud. Kr. sanatorijoje gulėjusiųjų 1932—1934 m. džiovininkų suskirstymas tautybėmis.

Tautybė	Vyrai	%	Moterys	%	Iš viso	%
Lietuviai	493	87,9	342	84,4	835	86,4
Žydai	31	5,5	31	7,7	62	6,4
Rusai	21	3,7	20	4,9	41	4,3
Vokiečiai	11	1,9	6	1,5	17	1,8
Lenkai	2	0,4	5	1,2	7	0,7
Latviai	2	0,4	1	0,3	3	0,3
Kiti	2	0,2	—	—	1	0,1
Iš viso	561	170	405	100	966	100

5-oji lentelė.

Kauno m. gyventojų suskirstymas tautybėmis.
(Iš Kauno Statistikos Metraščių (1934—1937 m.).

Tautybė / Metai	Lietuviai		Vokiečiai		Lenkai		Rusai		Žydai		Kiti	
	asmens	%	asmens	%	asmens	%	asmens	%	asmens	%	asmens	%
1932	60.450	59,8	3.501	3,5	4.304	4,3	3.271	3,2	26.765	26,5	2.774	2,7
1933	61.725	60,1	3.528	3,4	4.292	4,2	3.346	3,2	27.012	26,3	2.847	2,8
1934	62.712	60,3	3.542	3,4	4.271	4,1	3.402	3,3	27.181	26,1	2.930	2,8
1935	63.805	60,6	3.567	3,4	4.253	4,0	3.445	3,3	27.301	25,9	2.999	2,8
1936	65.017	60,9	3.579	3,4	4.235	4,0	3.502	3,3	27.408	25,6	3.053	2,8
1937	66.146	61,1	3.613	3,3	4.218	3,9	3.544	3,3	27.580	25,5	3.095	2,9

Vidutiniškai 1932—1934 metais lietuviai sudarė 60,1% visų Kauno gyventojų (žiūr. 5 lent.). Lietuvių, sergančių tbc sanatorijoje, buvo 86,4% (žiūr. 4 lent.). Žydų Kaune buvo 26,3%, o

sirgo tik 6,4%. Toks mažas žydų % galėjo susidaryti del šių priežasčių: 1) žydai labai saugo savo sveikatą (jų talmudas to reikalauja); 2) jie, ypač turtingesnieji, galėjo gydytis privačiai, arba vykdavo į užsienius; 3) jie turėjo savo sanatoriją Romainiuose, Karmėlavoje ir kitur vasaros sanatorijas, turėjo didesniuose miestuose „Ozė" sveikatos centrus; 4) jie, kaip beveik išimtinai miestiečiai, kiek atsparesni prieš tbc palyginti su kaimiečiais.

Kiek kurio amžiaus žmonių suserga tbc, nepasisekė tiksliau susekti.

Įdomumo dėliai palyginsime tuberkulioze ir kitomis ligomis susirgimų dažnumą: (žiūr. 6 lent.)

6-oji lentelė[1] [2].

Tuberkulioze ir kitomis ligomis susirgimų dažnumas.

Liga \ Metai	1919	1933	1934	1935	1936
Tbc	128	193	286	432	393
Sifilis	150	260	503	235	255
Gonorėja	65	289	709	325	426
Infekcinės ligos....	673	799	839	712	813

Vadinasi, bent ankstyvesniais metais Kaune venerinėmis ligomis daugiau sirgdavo negu tbc. Bet iš tikrųjų taip nėra, nes venerinėmis ligomis užsikrėtęs greitai kreipsis į gydytoją, kadangi čia pradžia yra ryški. O tbc sergąs ilgą laiką laiko save sveiku.

Žymiai tikslesni yra mirtingumo duomenys.

„Medicinos" 1925 m. (446—454 psl.) yra įdėtas straipsnis „Mirtingumas tuberkulioze Kaune 1924 m.". Šitam darbui duomenys buvo paimti policijos nuovadose iš mirusiųjų registracijos knygų ir pasirodė, kad kalbamais metais nuo tbk Kaune mirė $30^0/_{000}$. Mes savo darbui medžiagą ėmėme iš Kauno Statistikos Metraščių. Ligonių kasų metraščio duomenis apdirbus, bus parašyta kitame numeryje.

Mirtingumas nuo tbc Kaune nurodytas straipsnyje „Statistiniai duomenys apie mirtingumą nuo tuberkuliozės Lietuvoje" (žiūr. „L. Medicinos" šio numerio pirmąją lentelę 582—583 psl.). Ten pat randame, kad tasai mirtingumas Kaune yra didžiausias iš visos Lietuvos.

7-oji lentelė pavaizduoja bendrinį ir atskiromis ligomis mirtingumą Kaune: (žiūr. 7 lent.).

7-oji lentelė[1]).

Mirties priežastis \ Metai	1924	1932	1933	1934	1935	1936	1937	Vidurkis	% nuo bendrinio mirtin.	
Bendrinis mirtingumas	1.259	1.451	1.320	1.550	1.550	1.403	1.469	1.429	100	
Mirė nuo:										
Tbc	210	164	142	204	162	139	156	171	11,9**)	
Lues visų formų	—	28	15	8	11	14	10	12,3	0,8	
Piktyb. navikų	94	85	106	111	112	107	116	104,4	7,3	
Širdies ir kraujotakos ligų	210	171	187	204	241	261	271	219,3	15,3	
Infekcinių ligų	203	53	55	76	62	53	49	77,3	5,5	
Kvėpuojamų takų ligų 1*)	209	165	165	213	190	167	149	177,5	12,5	14,5
Kvėpuojamų takų ligų 2*)	—	10	10	8	10	10	8	8	0,5	
Kvėpuojamų takų ligų 3*)	—	13	27	22	30	30	27	21,3	1,5	
Senatvės	55	87	68	73	68	75	70	71	5	
Viršknamųjų takų ligų	—	167	142	126	199	171	213	169,6	11,2	

Didžiausias mirtingumas Kaune yra nuo širdies ir kraujotakos ligų — 15,3; toliau eina kvėpuojamųjų takų ligos — iš viso 14,5; trečią vietą užima tbc — 11,9.

8-oji lentelė rodo, kiek mirė vyrų ir kiek moterų 1934—1937 m.

Metai \ Mirtingumas	Tbc		Bendrinis mirtingumas	
	Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys
1934	106	98	792	758
1935	105	57	712	691
1936	67	62	762	707
1937	90	66	817	728
Vidurkis	92	70,7	741	721
% nuo bendrinio mirtingumo lytimis	12,4	9,8		

**) Procentai čia nesudaro pilno 100%, nes neminimos visos mirties priežastys, k. a.: savižudybė, nelaimingi atsitikimai ir t. t.

*) 1) pneumonia, 2) bronchitis, 3) abscessus, gangraena pulmonum.

Vidutiniškai per metus džiova mirdavo 92 vyrai arba 12,4% visų mirusiųjų (vyrų). Moterų mirdavo 70,7 arba 9,8% visų mirusiųjų (moterų). Tais metais 52,4% gyventojų Kauno mieste buvo vyrai ir 47,6% moterys, arba 1,1 karto mažiau negu vyrų, mirdavo gi 1,3 karto mažiau.

Ligai nugalėti daug reikšmės turi organizmo atsparumas, kuris žymia dalimi yra susijęs su amžiumi.

Mirtingumas amžiumi matomas 9-ojoje lentelėje (žiūr. 9 lent.).

9-oji lentelė.

Mirtingumas amžiumi ir lytimis[1])*).

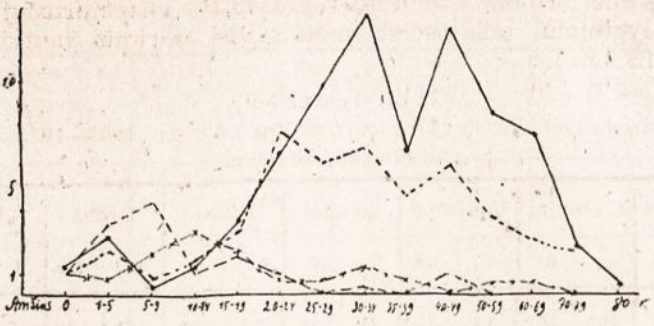
(Absoliučiais skaičiais).

Metai / Amžius metais	1935				1936				1937				Vidurkis			
	Plauč. ligos		Kitų org.		Plauč. ligos		Kitų org.		Plauč. ligos		Kitų org.		Plauč. ligos		Kitų org.	
	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.
0	2	1	1	1	1	—	2	—	1	2	—	—	1⅓	1	1	⅔
1— 4	3	2	5	4	3	—	3	1	2	4	2	1	2⅔	2	3⅓	2
5— 9	1	1	5	1	—	1	4	4	—	—	4	4	⅓	⅔	4⅓	3
10—14	—	1	—	1	2	—	1	2	2	4	2	4	1⅓	1⅔	1	2
15—19	3	3	1	—	4	5	—	1	3	1	4	1	3⅓	3	1⅔	⅔
20—24	9	8	—	1	6	4	2	1	5	11	1	—	6⅔	7⅔	1	⅔
25—29	16	5	—	1	5	7	—	1	8	7	—	2	9⅔	1⅓	—	1⅓
30—34	15	7	—	1	8	7	—	1	16	6	1	—	13	6⅔	⅓	⅔
35—39	9	6	—	—	7	6	—	—	4	2	—	—	6⅔	4⅔	—	—
40—49	17	3	1	—	10	9	1	—	11	6	1	1	12⅔	6	1	⅓
50—59	5	4	—	—	7	2	—	1	14	5	—	—	8⅔	3⅔	—	⅓
60—69	8	3	—	—	9	3	—	—	6	2	—	—	7⅔	2⅔	—	—
70—79	3	—	—	—	1	5	—	—	3	1	—	—	2⅓	2	—	—
80 ir daugiau	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	⅓			

Pirmaisiais gyvenimo metais mirtingumas yra mažesnis, nes kūdikis mažiau teturi progos užsikrėsti. 1—4 metų amžiaus mirtingumas pašoka iki 2⅔ berniukų ir 2 mergaičių; mokykliniame amžiuje mirtingumas nukrinta, o nuo brendimo periodo smarkiai paauga. Didžiausias mirtingumas vyrų tarpe būna apie 30—35 m. — 13 asmenų per metus ir antras maksimumas 40—49 m. Moterų tarpe maksimumas yra 20—24 m. — 7⅔ ir antras 40—49 m. — 6 asm. Šitie maksimumai yra grafiškai pavaizduoti 1-ojoje schemoje.

*) 9-ojoje ir tolimesnėse lentelėse **v.** = vyrai, **m.** = moterys.

1-oji schema.



Plaučių ligos: vyrai ————— ; moterys .....
Kitų org. ligos: „ — — — ; „ —×—×—

Kitų organų tuberkulioze mirtingumas jaunystėje, ypač mokykliniame amžiuje, viršija kvėpuojamųjų takų tbc mirtingumą. Didžiausias mirtingumas yra 5—9 metais amžiaus — 4⅓ berniukų ir 3 mergaitės (žiūr. 1 schemą).

10-oji lentelė[1]).

Mirtingumas tautybėmis nuo plaučių džiovos
(Absoliučiais skaičiais).

Tautybė	Lietuviai		Vokiečiai		Lenkai		Rusai		Žydai		Kiti	
Metai	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.
1935	63	37	3	—	3	—	3	2	18	6	1	—
1936	53	30	2	—	—	2	2	4	12	—	—	—
1937	61	45	—	—	2	—	4	2	3	2	—	—

Mirę lietuviai plaučių tbc sudaro 74,9% visų mirusiųjų tbc (žiūr. 10 lent.).

Kitų organų tbc buvo šitoks mirtingumas (žiūr. 11 lent.).

11-oji lentelė[1]).

Mirtingumas tautybėmis nuo kitų organų tbc.
(Absoliučiais skaičiais).

Tautybė	Lietuviai		Vokiečiai		Lenkai		Rusai		Žydai		Kiti	
Metai	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.
1935	12	12	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
1936	10	10	—	1	—	—	—	—	3	2	—	—
1937	13	11	—	—	—	—	1	—	1	4	—	—

Kitų organų tbc mirusiųjų 81,7% sudaro lietuviai. Bendras visomis tbc formomis lietuvių %yra 78,3% visų mirusiųjų.

Palyginimui tais pačiais metais visi mirimai tautybėmis: (žiūr. 12 lent.).

12-oji lentelė[1]).

Bendrinis mirtingumas Kauno m. 1935—1937 m.

(Absoliučiais skaičiais).

Tautybė	Lietuviai		Vokiečiai		Lenkai		Rusai		Žydai		Kiti	
Metai	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.
1935	593	497	12	19	12	12	31	29	163	168	6	3
1936	536	480	17	23	8	20	28	27	164	152	9	5
1937	494	484	17	15	10	18	32	36	151	140	10	8

13-oji lentelė.

Mirimai nuo visų džiovos formų mėnesiais (absoliučiais skaičiais) (žiūr. 13 lent.).

Metai ir lytis / Mėnuo	1935		1936		1937		Iš viso	
	v.	m.	v.	m.	v.	m.	v.	m.
1	9	5	6	4	10	3	25	12
2	18	4	7	3	8	8	33	15
3	12	6	5	5	9	10	26	21
4	9	8	15	5	16	3	40	16
5	11	3	10	3	3	9	24	15
6	4	4	2	10	6	7	12	21
7	7	6	5	5	4	5	16	16
8	8	4	8	2	4	2	20	8
9	4	4	—	4	4	1	8	9
10	9	3	9	9	12	5	30	17
11	6	5	6	1	7	4	19	10
12	8	5	4	11	7	7	19	23

Nors mirimų atžvilgiu operuojama tik 3 metų duomenimis ir iš jų sudaryti konkretesnių išvadų negalima, vis delto matoma, kad didžiausias sergančiųjų tbc skaičius miršta balandžio—kovo mėnesiais ir spalių mėn. Pavasarį miršta daugiau negu rudenį.

Kur žmogus, sergąs tbc, atsisveikina su šiuo pasauliu, matyti iš šių duomenų: (žiūr. 14 lent.).

14-oji lentelė.
Mirimo vietos[1]).
(Absoliučiais skaičiais).

Vieta ir lytis / Metai	Ligoninėje		Namie		Kitur*)	
	v.	m.	v.	m.	v.	m.
1935	62	27	39	27	4	3
1936	44	35	32	27	1	—
1937	45	40	41	26	4	—

Taigi, didesnė dalis miršta įvairiose gydyklose, mažesnė — namie, bet namuose vis delto mirštančių tbc yra didelis skaičius, kas sudaro aplinkiniams užsikrėsti šaltinį.

Kuriame miesto kvartale kiek miršta, nepasisekė susekti, bet žinant, kad tbc daugiau serga neturtingi, reikia manyti, jog daugiau yra mirusiųjų tbc darbininkų rajonuose, nes ten ir higienos sąlygos yra labai blogos, ypač blogi butai.

Išvados.

1) 41,2% visų žinomų tbc ligonių sudarė darbininkai, žemesni tarnautojai, namų ruošos darbininkės. Moterų darbininkių didesnis procentas serga tbc negu vyrų.

2) Lietuviai sudaro tiek absoliučiai, tiek reliatyviai didžiausią tbc ligonių dalį.

3) Mirtingumas nuo tbc yra 171 arba 11,9% visų Kaune mirusiųjų. Didesnis mirtingumas yra tik nuo širdies ir kraujotakos ligų bei kvėpuojamųjų takų, kitaip sakant, tbc užima trečią mirtingumo vietą.

4) Didžiausias vyrų mirtingumas tbc yra 30—34 ir 40—49 metais; moterų 20—24 ir 40—49.

5) Daugiausia miršta kovo—balandžio ir spalių mėn.

Literatūra.

1) Kauno miesto statistikos metraštis 1934—1937 metų.
2) „Medicina“ 1920—1943 m. numeriai.

Schlussfolgerungen.

1. Arbeiter, kleine Beamte und Hausangestellte bilden 41,2% aller erfassten Tuberkulosefälle. Der Prozentsatz der kranken Frauen übertrifft den der Männer.

*) Įvairūs nelaimingi atsitikimai.

2. Die Litauer stellen sowohl absolut, als auch relativ den grössten Teil der Tuberkulose.

3. Die Tuberkulosesterblichkeit beträgt in Kaunas 171 oder 11,9% aller Todesfälle. Höher ist die Sterblichkeit nur bei Herz-und Kreislauferkrankungen und bei den Erkrankungen der Atmungsorgane. Die Tuberkulose steht als Todesursache also an dritter Stelle.

4. Die grösste Sterblichkeit an Tuberkulose liegt bei Männern im 30—34 und 40—49-ten, bei Frauen im 20—24 und 40—49-ten Lebensjahr.

5. Die meisten Tuberkulosekranken sterben im März—April und Oktober.

Gyd. Iriö Hansenas.

Fizinis lavinimas, kaip profilaktinė ir gydomoji priemonė kovojant su plaučių tbc.

(KAS GYDYTINA?: LIGONIS AR LIGA?).

Teisingai yra manoma, kad džiovininko psichikos pažinimas yra ne tik gydytojo humanitarinis uždavinys, bet ir didelis talkininkas jo praktiškame darbe. Psichinis stovis ligonio, kuris serga ir gydosi sąmoningai ar nesąmoningai, turi milžiniškos įtakos ligos eigai. Yra daug ligonių sanatorijose, ligoninėse ir t. t., sergančių lengvesne plaučių džiovos forma, kuriems griežtas, vienpusiškas ir nuobodus sanatorinis rėžimas netinka. Kaip man pačiam teko įsitikinti, beveik visose mūsų tuberkuliozinėse sanatorijose egzistuoja tokios darbo programos, kurios savo griežtumu ir vienodumu ligoniui net yra įkyrios. Nei vienoje plaučių tuberkuliozinėje sanatorijoje neteko užtikti, kad ligoniai sanatorijų vadovybės būtų supažindinami su fizinio lavinimo įvairiais pratimais, kurie tas griežtas ir nuobodžias ligonių valandas galėtų paįvairinti, o taippat įgalintų susilaukti iš to ir apčiuopiamesnių vaisių pačią ligą gydant[1]).

Nors dauguma mano, kad fizinis lavinimas, kaipo toks, ligonio gydymui negali turėti jokios įtakos, tačiau, iš tikrųjų, daugeliui ligonių, kaip matysime toliau, specifinė gimnastika, rytmetinė gimnastika, įvairūs žaidimai ir paskiros sporto šakos ne tik paįvairins jų nuobodų sanatorinį gydimą, bet ir dideliu laipsniu prisidės prie pačios ligos greitesnio pagijimo. Savaime suprantama, kad esamas mūsų plaučių tuberkuliozinėse sanatorijose pagrindinis „pilno ramumo“ rėžimas turi būti visuomet pilnai vykdomas, tačiau reikia neužmiršti, kad racionalus poilsis

---

[1]) Raudonojo Kryžiaus plaučių tuberkuliozinėje sanatorijoje A. Panemunėje kartas nuo karto yra organizuojamos ligonių liuoslaikio valandoms paįvairinti demonstratyvinės krepšinio ir tinklinio rungtynės tarp paskirų Kauno miesto sporto klubų komandų; tačiau jose patys ligoniai nedalyvauja, todėl šito negalima laikyti pretekstu, kad čia ligoniai fiziniu lavinimu būtų gydomi.

drauge su fiziniu lavinimu sudaro pilną gydymo programą, kuri tik ir gali duoti trumpiausiu laiku ir įtikinamus gydymo efektus.

Plaučių džiovos eigoje didelės įtakos turi, viena vertus, vietiniai specifiniai uždegiminiai pakitimai plaučiuose, antra vertus, Koch'o bacilų išskiriamų toksinių produktų įtaka visam organizmui: nervinei, kardiovaskuliarinei ir endokrininei sistemoms.

Organizmas reaguoja dažniausiai į šituos toksinius produktus padidėjusiu jautrumu (sensibilizacija). Šitos reakcijos stiprumo vaizdas pareina nuo intoksikacijos intensyvumo, nuo laiko ir nuo pakitimų, kurie išsivysto nervinėje, kardiovaskuliarinėje ir endokrininėje sistemose. Pakitimai vidaus organuose taippat turi didelės įtakos sensibilizacijos vaizdui. Tyrimai aiškiai rodo, kad lipoidų ir riebalų apytaka pas džiovininkus yra sutrikusi[2]).

Sutrikusi taippat yra pas džiovininkus ir bendrinė medžiagų apykaita ir oksidacijos procesai. Įdomu yra tai, kad džiovininkų audiniai turi pakankamą kiekį deguonies, bet jie nesugeba jo tinkamai suvartoti. Organizmo bendrinė trofika sutrinka del vegetacinės nervinės sistemos susilpnėjimo. Tuberkuliozinis židinys yra vieta, iš kurios nuodai veikia taippat centrinę nervinę sistemą. Tuberkuliozinio proceso eigoje sensibilizacija gali keistis į vieną ar antrą pusę. Pasveikimas gali būti suprastas, kaip šito padidėjusio jautrumo sumažėjimas arba visiškas pranykimas. Organizmas, kaip sakoma, desensibilizuojasi. Desensibilizacija ir yra pagrindinis tikslas organizmo kovoje su tuberkuliozinių procesu. Kai del plaučių džiovos proceso, tai jis pasireiškia įvairiomis formomis ir duoda labai įvairių uždegiminių vaizdų.

Plaučių džiovos formos trumpa kliniška klasifikacija.

1. Pirmasis kompleksas — nedidelis infiltratas plaučių audiniuose.
2. Bronchinių liaukų tuberkuliozė.
3. Ūminė milijarinė tuberkuliozė.
4. Apyūmė, diseminacinė chroniška tuberkuliozė.
5. Aprėžta fibro-židininė tuberkuliozė.
6. Infiltracinė tuberkuliozė.
7. Kazeozinė pneumonija.
8. Fibro-kaverninė chroniška tuberkuliozė.

---

[2]) Riebalų apytakoje didelės įtakos turi plaučių funkcijos. Tyrimai rodo, kad kraujas, praėjęs pro plaučius, turi savybę — skaldyti riebalines medžiagas. Kuo daugiau pro plaučių audinius praeina kraujo, tuo didesnis kiekis cirkuliuojančio kraujo riebalų yra sudeginamas ir skaldomas plaučiuose. Šitie duomenys gražiai nušviečia priežastį — sergančių plaučių džiova žmonių tendenciją riebėti. Sėdimas darbas, susijęs su alsavimo funkcijų apribojimu, taippat predisponuoja tukimą.

Proceso, dinamika, pagal prof. Šternberg'ą, pasireiškia šiaip:

1. **Praktiškai sveiki**, kitaip sakant, žmonės, kurie yra turėję plaučių tuberkuliozinį procesą ir nepasireiškiantį jau per dvejus metus. Jie turi gerą savijautą ir yra visiškai darbingi.

2. **Kompensaciniai ligoniai „A".** Tai žmonės kliniškai sveiki ne mažiau kaip dvejus metus. Jų temperatūra normali.

3. **Subkompensaciniai ligoniai „B".** Tai žmonės, kurių organizmas nepajėgia visiškai įveikti ligos. Šitie žmonės yra mažai darbingi, silpni ir lengvai suserga. Temperatūra subfebrilinė (iki 37,5°). Nedidelis svorio kritimas. Lengvai pas juos pasireiškia nuovargis, o taippat nevienoda yra ir jų savijauta.

4. **Dekompensaciniai ligoniai „C".** Šitos grupės žmonių organizmas su infekcija kovoja labai sunkiai. Dažniausiai jie skundžiasi įvairiais sutrikimais: aukšta temperatūra, aiškiu svorio kritimu, kosuliu, skausmais krūtinėje ir t. t.

Kurios formos tuberkuliozinio proceso plaučių ligoniams galima taikyti gydomoji mankšta, rytmetinė mankšta, žaidimai ir sporto šakos?

1. Chroniškiems ir apyūmiems plaučių ir pleuros stoviams be tendencijos į griuvimą. Rezorbcijos ir organizacijos stadijose.

2. Pagal kompensacijos laipsnį (Šternberg'o) formos A ir B.

3. Pagal lokalizacijos ir proceso didumą: nedidelis ir vidutinio pločio, tik vienoje plaučių pusėje.

4. Radimas skrepliuose Koch'o bacilų nėra kontraindikacija užsiėmimams.

5. Esančios kavernos nerodo absoliutinės kontraindikacijos užsiėmimams.

6. Temperatūra negali būti aukštesnė kaip 37,5°.

Kontraindikuotini yra:

1) procesas, palinkęs progresuoti — plaučių audiniuose pasireiškia griuvimo tendencija, didelis kiekis kavernų ir vis kartojantisi haemoptoe;

2) gilūs distrofiniai organizmo pakitimai (astenija, kardio-vaskuliarinės sistemos sutrikimai ir kit.);

3) staigūs pakitimai kraujyje.

Fizinio lavinimo uždaviniai plaučių džiovą gydant.

Pagrindinis fizinio lavinimo uždavinys gydant plaučių džiovą yra desensibilizacija — grąžinimas organizmui sveikos pusiausvyros, organizmo atsparumo padidinimas, kas yra pasiekiama dviem etapais:

I-asis etapas. Veikiant vegetacinę nervinę sistemą stengiamasi sudaryti tos sistemos pusiausvyra. Toliau. Stengiamasi pagerinti medžiagų apykaita, turint galvoje baltymų ir riebalų skilimo produktų įtaką Koch'o bacilams vystytis. Veikiant kardio-vaskuliarinę sistemą, stengiamasi pakelti bendras organizmo tonusas ir pagyvinti visa medžiagų apykaita. Be to, dedamos pastangos pagerinti ekskrecinių organų (inkstų, odos, žarnų) funkcija, kad geriau būtų pašalinami toksiniai produktai, atsirandantieji organizme del sutrikusios medžiagų apytakos. Taippat stengiamasi atitinkamai palaipsniui suintensyvinti alsavimo funkcijos, pagerinti rezorbcijos, organizacijos ir medžiagų apykaitos procesai plaučiuose. Žodžiu, stengiamasi sportiniais užsiėmimais taip paveikti ligonio psichiką, kad ji būtų vitališka.

II-asis etapas. Minėtų pirmojo etapo tikslų gilinimas ir speciali alsavimo funkcijų treniruotė.

Fiziniu lavinimu gydymo metodika.

Fiziniu lavinimu gydymas nėra savaiminga plaučių džiovos gydymo metodė. Visiškas poilsis, atitinkamas maistas ir oras sudaro visuomet pagrindinę gydymo triadą. Fiziniai užsiėmimai drauge su racionaliniu poilsiu sudaro tokį gydymo vienetą, kuris įgalina sergantįjį greičiau, geriau ir pastoviau išgyti. Įvairi plaučių džiovos forma įpareigoja mus kreipti ypatingą dėmesį į kiekvieną ligonį, kuriam galima būtų leisti užsiimti fizinio lavinimo pratimais. Čia turi vyrauti griežta individualizacija.

Su ligoniais, sergančiais sunkios plaučių džiovos forma, bet stabilizacijos stadijose, užsiėmimus fiziniu lavinimu galima vykdyti tik individualiai, panaudojant visų lengviausias fizinio lavinimo formas. Griežta gydytojo priežiūra — būtina.

Gi su ligoniais subkompensacinėse stadijose — užsiėmimai galima vykdyti nedidelėmis grupėmis (po 10—15 žmonių), atskirai vyrams ir moterims. Pravedant užsiėmimus būtina atsižvelgti į gamtines ir klimatines sąlygas.

Šios fizinio lavinimo formos gali būti pavartotos plaučių džiovai gydyti:

1) gydomoji gimnastika,
2) rytmetinė gimnastika,
3) sportiniai žaidimai ir
4) kitos sporto šakos.

Individualiai fizinio lavinimo užsiėmimai galima pravesti izoliatoriuose arba sanatorijose; sunkiau sergantiems — galima net lovoje. Gi grupiniai užsiėmimai galima vykdyti tik sanatorijose. Grupės gali būti sudarytos iš ligonių, esančių pradedančios stabilizacijos formos. Jiems gali būti pavartota gydo-

moji gimnastika mažiausio apkrovimo (be bėgimų ir greičio pratimų).

Grupinė gimnastika sanatorijose arba ambulatorijose galima pavartoti ir kompensacijos arba subkompensacijos formų ligoniams. Jiems jau galima leisti atsargiai pasinaudoti sportiniais žaidimais ir greitį lavinančiais užsiėmimais. Užsiėmimai turi būti pradėti vidutiniu apkrovimu, palaipsniui šitą apkrovimą didinant.

Gydomoji gimnastika.

Šitos gimnastikos ypatybės yra lengvas, beveik nepastebimas, organizmo apkrovimo didinimas. Gimnastika tinka ir yra patogi pravesti ypač silpniems ligoniams. Ji turi būti pravedama pagal atitinkamą planą, kuris sudaromas individualiai ligonio būsenai. Štai tokio plano metmenys: a) įvedamasis etapas, trunkąs apie 5 min. laiko, b) pagrindinis etapas, trunkąs apie 20 min. laiko, ir c) baigiamasis etapas, trunkąs apie 5 min. laiko.

Įvedamojo etapo pagrindu gali būti ramus vaikščiojimas, lengvas prabėgimas, vaikščiojimas keičiant tempą, vaikščiojimas, siejamas su rankų judesiais, kamuolio mėtymu ir t. t.

Pagrindinio etapo užsiėmimai parenkami tokie, kurie pagerina bendrinę kraujo apytaką ir alsavimo funkcijas. Reikia stebėti, kad pirmosios 10 užsiėmimo minučių būtų labiau apkrautos, negu antrosios. Pastarųjų metu reikia duoti tokių užsiėmimų, kurie lavintų greitį ir koordinaciją, būtent: krepšinio ir tinklinio žaidimų paskiri elementai, užsiėmimai su mediciniškais kamuoliais, trumpos bėgimų estafetės.

Baigiamojo etapo užsiėmimą gali sudaryti ramus vaikščiojimas su muzika, auto masažo elementai ir atpalaidavimo pratimai.

Vedant gimnastinius užsiėmimus niekuomet negalima leisti ligoniams jais persisotinti. Geriau, kad tie užsiėmimai būtų nedadozuoti.

Rytmetinė gimnastika.

Ji pravedama kasdien prieš pusryčius. Keli (6—8) įdomesni pratimai, savo sudėtimi nesunkūs ir nevarginą, turi sukelti nežymų bendrinės apykaitos padidėjimą, suintensyvinti kraujo apytaką, alsavimo funkcijas ir, kas yra labai svarbu, pakelti bendrinę gerą ligonio nuotaiką. Labai gerai tokios gimnastikos metu panaudoti kamuolys, kas gerai veikia emociškai. Užsiėmimai, jeigu tik galima, reikia atlikti lauke.

Sportiniai žaidimai.

Gerai paruošus ligonius fiziškai gimnastikos užsiėmimais ir atsižvelgus į jų bendrinę būseną bei pakitimus plaučiuose, gali-

ma pavartoti užsiėmimams ir sportiniai žaidimai. Čia rekomenduotini krepšinio ir tinklinio žaidimai. Šitie žaidimai turi aiškią emocinę įtaką ligoniams, kurie užmiršta savo ligą. Greičio elementai tokiuose žaidimuose leidžia padidinti medžiagų apykaitą ir sukelia plaučių hiperemiją, kuri tam tikrose plaučių džiovos formose pasireiškia pozityviai. Sobelman apie tokius sportiniais žaidimais užsiimančius ligonius taip atsiliepia: „Jie tampa gyvesni, patenkinti gyvenimu ir jie išoriškai yra daugiau panašūs į sportininkus, negu į tuberkuliozinius ligonius. Jie beveik nesiskundžia nemiga, todėl netenka vartoti ir narkotikų. Taippat jiems nereikalingi ir apetito „lašai". Manoma, kad tokie milžiniški psichikos pakitimai eina drauge su somatikos pakitimais".

Dr. Lorentz savo veikalo „Biologiško sporto šakų vertinimo gairės" pirmame skyriuje rašo apie džiaugsmo išgyvenimą sportinių užsiėmimų metu. Jis sako, kad džiaugsmas turėtų būti dvigubas, būtent, paruošiamasis ir betrunkamas — ilgiau veikiąs. Tat jis iliustruoja vaizdžiu pavyzdžiu, sakydamas: „Valgis, prieš kurį jau man burnoje teka seilės bei blizga akys, bus visai kitaip suviršķintas bei asimiliuotas, t. y. paverstas į jėgą ir kūno substanciją, negu tas maistas, prie kurio aš einu nenorėdamas, ar net atstumiamas, liaudies žodžiais tariant, kurį valgysiu atvirkščiais dantimis".

Raumenys, plaučiai, kraujas, smegenys visiškai kitaip būna deguonies — jėgos medžiagos atgaivinti, jeigu jie atlieka šitą savo gyvybingą funkciją su išsiilgimu, džiaugsmingu veržimusi į tos funkcijos atlikimą. Priešingas efektas gaunamas, kai tie organai yra prieš jų norą verčiami tą funkciją atlikti arba ją atlieka su dvasiniu pasipiktinimu.

Džiaugsmo kreivė funkcijos metu turi būti privesta prie aukščiausio taško. Jei to nepasiekiama, tada patys sportiniai užsiėmimai yra apiplėšiami, jie netenka savo geriausios ir svarbiausios dalies, būtent, optimalaus organų pajaudinimo pajutimo bei jo išgyvenimo.

Džiaugsmas ir gera nuotaika turi dar ilgesnį laiką trukti po sportinių funkcijų. Žinoma, atgimimas per fizinio lavinimo funkcijas neįvyksta momentaliai. Mat, poilsio po sportavimo fazė kaip tik yra svarbių svarbiausia. Po sportinių užsiėmimų ilgesnį laiką turi viduje rusenti kaip naujai atgimusiojo jausmas.

Leidžiant ligoniams užsiimti sportiniais žaidimais, svarbu yra mokėti jie tinkamai vadovauti. Vadovas, kai reikalauja kliniški duomenys, diplomatiškai turi sustabdyti žaidimo tempą, duodamas paskiriems ligoniams techniško pobūdžio lavinimo uždavinius ir tuo būdu keisdamas apkrovimą. Niekuomet negalima parodyti ligoniui, kad jis del ligos žaistų atsargiau. Šitai

vadovaujantis žaidimais turi žinoti tik vienas ir tik jis vienas diplomatiškai (prireikus) ligonį iš žaidimo pašalina. Prieš ir po žaidimo ligoniai kliniškai turi būti tiriami.

Kitos sporto šakos.

Daugelis sporto šakų yra vertingomis priemonėmis plaučių tuberkuliozės ligonių profilaktikai ir gydymui. Tačiau jos gali būti pavartotos tik stipriems ligoniams. Suprantama, kad rungtynėse ligoniams dalyvauti beveik visuomet yra draudžiama. Galima padaryti išimtis tik vadinamiems praktiškai sveikiems, kurie galima prileisti prie lengvesnių sportinių rungtynių, kaip, pavyzdžiui, dailaus čiuožimo, ir tik specialiai gydytojui leidus. Ypatingai vertingi yra tie paskirų sporto šakų užsiėmimai, kurie yra vykdomi gryname, be dulkių, ore, geromis meteorologiškomis sąlygomis (pvz., turistika slidėmis).

Sportinis užsiėmimas gali būti koreguojamas dviem kryptim: tempo sumažinimu arba nuotolio sutrumpinimu. Ypatingai reikia kreipti dėmesys į higieniškas užsiėmimo sąlygas. Reikia saugotis nuo vadinamų peršalimo susirgimų, kreipiant dėmesį į apsirengimą, kuris turi atitikti meteorologines sąlygas. Taippat svarbios yra higieniškos sąlygos ir po sportinio užsiėmimo: persirengimas į sausus ir šiltus rūbus ir t. t.

Profilaktinis fizinio auklėjimo vaidmuo kovojant su plaučių džiova yra neabejotinas. Ypatingai mūsų žiemos ir ilgi pavasario laikotarpiai mažina žmonių atsparumą įvairioms peršalimo ligoms, kas turi didelės įtakos plaučių džiovai plėtotis. Priežasčių reikia ieškoti, be kitko, ir menkoje plaučių ventiliacijoje. Šaltis ir sniegas atbaido, ypač kaimo, žmones nuo buvojimo liuoslaikiu gryname ore. O tai, ypač jaunuomenei, yra žalinga. Ji juk ir taip didesnę dienos dalį praleidžia nehigieniškomis sąlygomis, kada jai tenka sėdėti mokyklos suole ir dar namie. Čia būtina rasti būdų tai jaunuomenei iš klasių ir tvankių patalpų išvilioti į gryną orą, nes nei klasėje, nei namuose sėdint plaučių negalima išvėdinti. Tam geriausiai tiks žiemos metu slidinėjimas pačiūžomis, slidėmis ir važinėjimas rogutėmis bei šiaip žaidimai gryname ore. Visa tai leis jaunimui ne tik išvėdinti savo plaučius bei apsisaugoti nuo gresiančio tuberkuliozės pavojaus, bet taippat ir fiziškai sustiprėti. Buvojimas gryname ore įgalins jauną jo organizmą pasisotinti saulės, oro ir vandens eleksyru.

Literatūra.

1. Bergman: Innere Krankheiten. 1935.
2. Dr. Louis Lamy: La Gymnastique Respiratoire et la Gymnastique Orthopedique. 1935.
3. Dr. Fr. Lorentz: Gesundheitswert der Sportarten. 1938.
4. K. Pelčar: Patologija ogólna. 1938.

5. Pinkus i Anikejev: Opyt lečebno-fizkulturnoj raboty v sanatoriji. „Problemy tuberkulioza“. 1938 m. 4 nr.
6. Sobelman, Rozanova i drugije: Sport i tuberkulioz.
7. Vorobjev: Zadači i metody terapiji tuberkulioza na osnovach kliničeskoj i eksperimentalnoj patofiziologiji. „Problemy tuberkulioza“. 1938 m. 5 nr.

Zusammenfassung.

Das einseitige Regime in den Lungensanatorien in Litauen übt einen ungünstigen Einfluss auf die Kranken aus, was sich auch auf den Krankheitsverlauf auswirkt. Zur Hebung der Stimmung der Kranken sowie auch zur Behandlung können bei einer Reihe von Kranken bestimmte Leibesübungen angewandt werden, und zwar Heilgymnastik, Morgengymnastik, Sportspiele und andere Sportarten.

Die Leibesübungen sollen in freudiger Stimmung ausgeführt werden. Auch für die Prophylaxe der Tuberkulose ist die sportliche Betätigung der Jugend unzweifelhaft von grossem Wert.

Med. d-ras K. Grinius.

Palinkimas susirgti ūmine soradžiove.

T. Kielianowski, apdirbęs Lviv'o (Lvov'o, Lemberg'o) universiteto patologinės anatomijos instituto skrodimų medžiagą iš 10.155 atliktų 1923—1932 m. skrodimų, rado džiovinių pakitimų 2.001 lavone. Čia yra įskaityti visokie džioviniai procesai, pradedant nuo sunkiausių ir baigiant menkais jau išgijusiais surandėjimais; liko neįtraukti plaučiaplėvių suaugimai ir išsunkos (eksudatai), kurioms džiovinės kilmės nebuvo galima pripažinti. Soradžiovės dažnumas pagal išskrostų numirėlių amžių atrodo šitaip:

Amžius metais	Džiovos paliestų lavonų skaičius	Ūminės soradžiovės atsitikimų
0— 1 (kūdikių amž.)	63	48 (76,19%)
1— 5 (priešmokykl. amž.)	189	121 (64,02%)
6—15 (mokykl. amž.)	186	93 (50%)
16—24 (jaunatvės amž.)	409	177 (43,27%)
25—40 (subrendėlių amž.)	533	174 (32,64%)
41—50 (vidut. amž.)	229	45 (19,61%)
51—60 (pagyven. amž.)	221	46 (20,81%)
61—87 (senatvės amž.)	171	31 (18,12%)
Iš viso:	2.001	735 (36,78%)

Matome, kad džiovininkų palinkimas susirgti ūmine soradžiove yra didelis, ypač pirmaisiais 12 gyvenimo mėnesiais; to-

liau tas palinkimas iš lėto mažta iki 40 m. amžiaus, po to jau laikosi pastoviame lygyje svyruodamas apie 20%.

Reikia manyti, kad soradžiovei sukelti turi reikšmės šios priežastys: 1) tbk. bacilų į kraujo arba į limfos apytaką patekimas, 2) organizmo apsauginio aparato silpnumas arba sutrikimas, nes vieno tbk bacilų kūno cirkuliacijoje buvimas nevisada sukelia liguistų reiškinių, 3) tbk. bacilų gausumas, piktybingumas arba abudu šituodu elementai. Apsauginio nuo džiovos bacilų aparato veikla gali būti sutrikdyta iš vienos pusės išorinėmis sąlygomis, k. a., ligomis, alkoholiu, nepakeliamu darbu, ilgu alkiu, plaučių įdulkėjimu (pneumoconiosis) ir kit. Šitie išoriniai įvairūs kenkimai padaro organizme vadinamą nesavitą palinkimą (dispositio) susirgti soradžiove. Suprantama, kad palankios išorinės sąlygos duoda organizmui atvirkščią anam nesavitą palinkimą nepasiduoti susirgimui soradžiove. Savo rėžtu patsai organizmas nuo džiovos bacilų įsigyja savo viduje tam tikrą palinkimą atsispirti soradžiovės susirgimams. Tai ir bus savitas arba specifiškas atsparumas arba imunumas (immuniškumas). Seniai žinomas faktas, kad sergantieji chroniškąja pažangiąja arba evoliucine plaučių džiova tik labai retai tesuserga soradžiove. Kaip rodo Lviv'o patologinės anatomijos instituto žemiau pateiktoji Kielianowski'o, lentelė, atsparumas pasiduoti soradžiovės susirgimui auga su amžiumi, vadinasi, su užsikrėtimo dažnumu ir didumu. Tai paaiškina aną seniai konstatuotą faktą del labai reto susirgimo soradžiove apimtų ilgybine progresuojančia plaučių džiova.

Kielianowski minėtoje studijoje iš 2.001 turėjusio džiovos pėdsakų lavono, konstatavo soradžiovę 735 atsitikimais, t. y. 36,78%. Šitąja liga, vadinasi, užbaigia dienas daugiau kaip trečdalis susirgusių džiova asmenų. (Žinios paimtos iš W. Orłowski: Patologia i terapia szczegółowa chorób wewnętrznych, 1938. I t. 2 d., 487 psl.).

Čia galima padaryti Lviv'o ir Kauno patologinių institutų duomenų sulyginimas. Dr. J. Mackevičaitė - Lašienė yra išspausdinusi ilgą studiją, vardu: Endokrininės liaukos ir tuberkuliozė („V. D. Un-to Medicinos Fakulteto Darbai", 1939. VI t. 1-2 sąs., 89—160 psl.). **(Glandulae thyreoidea ir parathyreoidea).** Beveik tuo pačiu laikotarpiu (1924—1937), kaip ir dr. Kielianowski. Dr. J. Mackevičaitė - Lašienė ištyrė V. D. Kauno universiteto patologijos instituto lavonų sekcijų protokolus ir preparatus. Be to, ji dar pasinaudojo V. D. Kauno Universiteto teismo medicinos instituto išskrostais lavonais; iš viso ji turėjo reikalo su apie dvylika šimtų lavonų (Kielianowski su 10.155 lavonais). Dr. J. Mackevičaitė - Lašienė rado tuberkuliozinių pakitimų 38,8%

visų lavonų, o pridėjus pleurų suaugimus — 58,7%, o Kielianowski'o rasta tik 19,70% tbk. pakitimų (2.001 iš 10.155).

Kiti autoriai kituose miestuose yra radę džiovos pėdsakų lavonuose daug dažniau. Naegeli Zürich'o sekcinėje medžiagoje rado 93,1% lavonų su džiovos pėdsakais, Reinhart — 96,3%, bet Lubarsch labai didelėje įvairiose vietose surinktoje medžiagoje suregistravo tik 60,6%, 57,7% ir net 36,2%. Duodama šituos duomenis dr. J. Mackevičaitė-Lašienė savo studijose prideda (90 psl.): Beitzke sako, kad jeigu neturėtume galvoje grynai didmiesčių gyventojų, tai įsigyvenusi nuomonė, jog visi suaugę kultūrinių kraštų gyventojai yra užkrėsti džiova, nebūtų teisinga*).

Nacker rado tuberkuliozę, kaipo pagrindinę ligą ir mirties priežastį, 43,15%, progresuojančią tbk., kaipo pašalinį radinį, 9,13%, lėtinės - gyjančios tbk. 17,93%, klaustuku pažymėjo 22,38% (90 psl.). NB! Nacker i'io čia duodamuose procentuose suma pasidaro ne 100, bet 92,59%; trūksta iki šimto 7,41% ir pasilieka nežinoma, kurias tuberkuliozės formas reiškia tie 7,41%.

Bet vis delto Nacker i'o statistika duoda suprasti, kad 43,15% pagal skrodimą tuberkuliozė buvo mirties priežastimi, o labai dažnai chroniškus džiovininkus numarina kaip tik ūminė soradžiovė. (Pagal Lviv'o patologinės anatomijos instituto Kielianowski'o duomenis 36,78%), tai tie Nacker i'o 43,15% turbūt ir reprezentuoja ūminę soradžiovę. Kuris buvo ūminės soradžiovės atsitikimų procentas Kauno patologijos institute, dr. J. Mackevičaitė-Lašienė nepaduoda, nes autorei rūpėjo kita tema.

Tas klausimas ir kiti Kauno patologijos instituto skrodimų aktuose pažymėti džiovos fenomenai dar laukia savo tyrinėjimo.

Prof. d-ras V. Kuzma.

Džiovos perspėjimas (profilaktika) ir gydymas skiepais**).

Patekus džiovos antkryčiams (Koch'o bacilams) į žmogaus kūną ir tuo būdu susirgus žmogaus organizmui džiova, paprastai žmogaus organizme atsiranda tuomet prieš džiovos

---

*) Taip išeina pagal skrodimus, bet tuberkulino reakcija, labai plačiai atlikta, kaip tik patvirtina senąjį Naegeli'o nustatymą, jog beveik visi suaugusieji gyventojai Europos didesniuose miestuose užkrėsti džiova.

**) Šitas straipsnis, rastas tarp prof. Vl. Kuzmos knygų bei raštų jau po autoriaus mirties, prieš keliolika metų buvo skaitytas per radiją. Kadangi šitas straipsnis dar ir dabar nėra nustojęs savo reikšmės, tai jis dedamas šiame „Liet. Medicinos" 1943 m. 11—12 tuberkulioziniame numeryje. Red.

antkryčių nuodus veikiančios tam tikros organizmo apsiginamosios medžiagos. Kitais žodžiais tariant, prieš džiovos antkryčių nuodus — toksinus organizme atsiranda savi naudingi vaistai — antitoksinai.

Jei organizmas laiku sugeba pasigaminti prieš džiovos antkryčių nuodus veikiančių savų apsiginamųjų medžiagų bei naudingų vaistų perteklių, tai jis gali sėkmingai pagyti iš džiovos susirgimo. Iš džiovos pagijusiame organizme pasilikęs apsiginamųjų medžiagų perteklius gali kitą kartą apsaugoti tą džiova sirgusį žmogų nuo kartotinių susirgimų ta pačia liga. Vadinasi, kartą persirgęs džiova ir pasveikęs organizmas gali įsigyti prieš tą ligą ypatingą atsparumą — imunitetą. Tas ypatingas atsparumas arba imunitetas prieš džiovą įgyjamas pačiam organizmui ligos metu veikliai, aktyviai kovojant prieš džiovos antkryčius bei jų nuodus ir užtat vadinamas aktyviniu imunitetu.

Daugelio mokslininkų tyrimais susekta, kad, patekus džiovos bacilams į žmogaus organizmą, pirmiausia su tais bacilais eina kovoti arčiausiai prie jų esantieji organizmo narveliai. Jei organizmas yra pakankamai stiprus, tai toje kovoje džiovos bacilai nusilpsta ir pasilieka tuomet lyg nežymiai glūdėti organizme. Aplink numalšintus džiovos bacilus susitelkia tuomet tokie organizmo narveliai, kurie yra įsigiję prieš džiovos bacilus ypatingą atsparumą arba imunitetą.

Taigi, jei tuomet džiovos bacilai atrodo lyg ir nugalėti organizme, tai tik del to, kad juos apsupa ypatingą atsparumą įsigiję organizmo narveliai, bet visas organizmas tam tikro atsparumo bei aktyvinio imuniteto prieš džiovą gali ir neturėti.

Vadinasi, įsigyti bendras atsparumas bei imunitetas prieš džiovą nėra taip lengva, kaip kad kaikuriose kitose užkrečiamose ligose. Kaikuriose kitose užkrečiamose ligose organizmui palyginti lengva įsigyti imunitetas kad ir dirbtiniu būdu, pvz., gavus skystosios kraujo dalies (serumo) iš kito gyvulio, kuris jau yra persirgęs arba tyčia persargdintas tam tikra liga.

Bet vis delto galima dirbtiniu būdu padaryti žmogaus organizmas mažiau arba daugiau atsparus ir prieš džiovą.

Radio klausytojai, girdėję mano paskaitas apie tuberkulinus, jau žino, kad tuberkulinais vadinamos iš tuberkuliozės bacilų pasėlių derliaus (kultūrų) įvairiais būdais pagamintos tam tikros nuodingos medžiagos. Kuri nors tų nuodingų medžiagų bei tuberkulinas, kad ir gana mažu kiekiu (pvz., $^1/_{10}$ miligramo) suleistas į džiova sergantį žmogaus organizmą, gali iškelti aikštėn nežymius džiovos susirgimo reiškinius: 1) toje organizmo vietoje, kur yra įskiepytas tuberkulinas (duodąs vietinę reakciją); 2) toje organizmo vietoje bei kūno dalyje, kuri esti žy-

miai nuo džiovos nukentėjusi (džiovos židinio reakcija), ir 3) apskritai visas organizmas pasižymi karščiavimu, apetito pablogėjimu, galvos skausmais ir t. t. (bendra organizmo reakcija).

Antra vertus, įskiepijus tuberkuliną, džiovos reiškiniai neišeina aikštėn tada, kada organizmas yra visiškai nesergąs džiova, arba kada organizmas yra tiek sunkiai sergąs džiova, jog pasilieka tos ligos nebepagydomai nualintas (nebetenka energijos kovoti prieš džiovą bei jos nuodus).

Vadinasi, įskiepytas žmogui tuberkulinas, iškeldamas aikštėn džiovos reiškinius, gali tuo būdu parodyti, kad organizmas yra tikrai sergąs džiova ir kad ta džiova dar nėra nualinusi žmogaus tiek, kad jis būtų nebepagydomas.

Įskiepydami džiovos bacilų nuodus bei tuberkulinus dar nenustojusiam energijos kovoti su džiova žmogaus organizmui, mes s k a t i n a m e tą organizmą gamintis daugiau apsiginamųjų medžiagų prieš džiovą ir tuo būdu galime gydyti džiovą tais tuberkulinais. Nenustojęs energijos kovoti su džiova organizmas smarkiai gaminasi prieš džiovą apsiginamųjų medžiagų perteklių. Būdamos pertekliuje apsiginamosios medžiagos smarkiau veikia prieš džiovos antkryčius bei jų nuodus ir duoda jau minėtus smarkesnius džiovos (uždegimo) reiškinius visų pirma toje vietoje, kur įskiepytas tuberkulinas, antra, toje vietoje bei kūno dalyje, kur daugiausia yra įsigalėjusi džiova, ir, trečia, smarkesnius džiovos susirgimo reiškinius visame organizme. Bet tuojau tenka perspėti, kad džiovai gydyti reikia gana atsargiai vartoti tuberkulino skiepymai, kurie kitą kartą gali greičiau apnuodyti organizmą, negu organizmas suspėtų pasigaminti prieš džiovą bei jos nuodus reikiamų apsiginamųjų medžiagų perteklių.

Suleisdami (skiepydami) į žmogaus organizmą kurį nors tuberkuliną, mes siekiame tikslo prieš tuos nuodus sukelti organizme apsiginamųjų medžiagų gaminimo perteklių.

Taigi, norėdami dirbtiniu būdu sukelti atsparumą bei imunitetą prieš džiovą, mes stengiamės padėti organizmui padaryti tą, ką pati jo prigimtis daro, gamindamasi prieš džiovą apsiginamųjų medžiagų perteklių.

Dauguma suaugusių žmonių, persirgę džiovą, įsigyja didesnį arba mažesnį atsparumą bei imunitetą prieš ją, ir tokių žmonių organizmui apsiginamųjų jėgų prieš džiovą dirbtinis padaugėjimas dažniausiai nebereikalingas. Dirbtiniu būdu padauginti apsiginamąsias jėgas prieš džiovą dažniausiai tenka arba džiova sergančiame organizme ir lengvai negalinčiam tos ligos nugalėti, arba mes stengiamės sukelti apsiginamąsias jė-

gas prieš džiovą dar nesirgusiame džiova organizme, bet esančiame džiovos susirgimo pavojuje.

Ypač didelis pavojus susirgti džiova gresia kūdikiams (ir jeigu turėsime galvoje dar veterinarijos sritį, tai tenka nurodyti dar į teliukus, kurie taippat greit suserga džiova). Užtat mums ypač turi rūpėti kūdikių bei vaikų perspėjimas nuo džiovos susirgimo arba džiovos profilaktika.

Iš to, kas čia mūsų pasakyta apie tuberkulinus, bus aišku, kad, bet kurie bebūtų tuberkulinų skiepymai, jie negali būti tikslingai pritaikomi džiovos susirgimams perspėti, nes jie, visiškai neserganėiame džiova žmoguje įskiepyti, neduoda džiovos susirgimo reiškinių ir todėl neskatina sveiko organizmo gamintis prieš džiovą pakankamo apsiginamųjų medžiagų kiekio. Kas kita yra, kai organizmas kad ir lengvai persirgęs džiova. Persirgusiame džiovą organizme visuomet gali pakankamai pasidaryti apsiginamųjų medžiagų prieš džiovą.

Užtat mokslininkams paskutiniųjų metų laiku kilo mintis, gal galima būtų pritaikyti skiepymams tiek nusilpnintų džiovos antkryčių, kurie, patekę į žmogaus kūną, nesukeltų sunkios džiovos ligos, bet lengvai susarginę žmogų, pagamintų pakankamai apsiginamųjų medžiagų prieš tikros džiovos sunkų susirgimą?

Jau pirmiau mokslininkų buvo susekta, kad, tam tikru būdu ir tam tikromis sąlygomis auginant džiovos bacilų pasėlius, galima gauti jų gana mažai nuodingas sekančias kartas (kultūras).

Jau pirmiau pradėta mažai žalingais džiovos bacilais džiovą gydyti. Vokiečių gydytojas Friedrich Friedmann siūlė sukelti atsparumą prieš džiovą (aktyviai imunizuoti organizmą) suleidžiant džiovininkams po oda gyvų vėžlių džiovos bacilų, kurie, ypatingu būdu daug kartų perskiepyti, yra tapę nežalingais žmogui.

Paskutiniuoju laiku Francūzuose žinomas mokslininkas Callmette kartu su savais bendradarbiais Boquet'u ir Guérin'u pagamino iš gyvų, tam tikrais persodinimo būdais nusilpintų, raguočių džiovos bacilų skiepymo medžiagų, kuri, įskiepyta žmogui, lengvai sargina jį džiova ir po to gali apginti žmogų nuo sunkių susirgimų tikrąja džiova. Tie skiepai pavadinti išradėjų pavardžių pirmomis reidėmis: BCG. Francūzijoje BCG skiepai Sveikatos Ministerijos leisti vartoti kaip nežalingi. Tų BCG skiepų ketverių metų vartojimas Francūzijoje parodė, kad jie, kaip tikros džiovos perspėjamosios priemonės, yra gana naudingi. Iš daugelio tūkstančių vaikų, skiepytų tais BCG skiepais, dažniausiai duodamais pro burną su pienu, gautas gana mažas procentas susirgimų tikrąja

džiova ir užtat mirtingumas iš džiovos žymiai sumažėjęs, nepaisant to, kad vaikai pasilikdavo džiovininkų aplinkose.

BCG skiepai gana naudingi yra ir raguočių džiovai perspėti.

Amerikoje, Belgijoje, Graikijoje, Ispanijoje, Kinuose, Olandijoje, Rusuose, Švedijoje, Vokietijoje ir kit. kraštuose pradėta taippat sėkmingai vartoti BCG skiepai prieš džiovą.

Yra stebėjimų, kad BCG skiepai naudingi ne vien tik džiovai perspėti, bet ir jai gydyti.

Neužilgo, kai tų skiepų neabejotinas naudingumas bus įrodytas mūsų klinikose, tai ir pas mus galima tikėtis, kad, Sveikatos Departamento leidžiami, ir mūsų gydytojai pradės plačiai juos vartoti.

Stud. med. Irena Garmūtė.

Biologiška kova su Koch'o bacilu.

Kaip žinoma, Koch'o bacilas pasižymi nepaprastu atsparumu įvairiems chemikalams. Nei sublimato skiedinys, nei kiti chemikalai Koch'o bacilo paprastai neveikia, nes jis yra apsaugotas tam tikro apvalkalėlio, susidariusio iš medžiagos, panašios į vašką. Toks apvalkalėlis neišlaiko saulės šviesos spindulių veikimo — greitai sutirpsta ir kartu žūsta bacilas. Juo stipresni spinduliai, tuo greičiau jis žūsta. Čia ir laimė, kad šitie saulės spinduliai leidžia kovoti su džiovos bacilais.

Kova su Koch'o bacilu eina jau seniai. Čia noriu priminti, kaip bandė kaikurie mokslininkai, kaip, pvz., Mečnikov, kovoti biologišku būdu. Jis atliko visą eilę tokių biolog. mėginių: Yra žinoma, kad vaškinės kandies, galleria mellonella, vikšrai gyvena ir veisiasi bičių aviliuose ir jos maistui naudoja bičių vašką. Tokį vašką jos suvirškina ir sunaudoja. Mečnikov, pasinaudojęs šitų vikšrų savumais, mėgino su jų pagelba sunaikinti Koch'o bacilų vaškinį valkalėlį. Bandymai nebuvo baigti, bet įdomūs.

Kitas biologas Metalnikov atliko tolimesnius bandymus. Jis pastebėjo, kad Koch'o bacilai, įvesti į šito vikšro organizmą, suvirškinami, sutirpsta jų apvalkalėlis. Čia veikia vikšro fagocitai. Iš vikšro gautas serumas įgyja ypatybę bacilų apvalkalėlį sunaikinti, ir tuo būdu galima būtų kovoti su džiovos bacilais, bet Metalnikov'o bandymai irgi nebuvo baigti. Visi sunkumai susidarė atliekant šiuos bandymus: gauti pakankamą serumo kiekį, kuris būtų galima pritaikyti bandymams su žinduoliais, galop gal ir žmogaus tbc gydyti.

Bandymai įdomūs ir verti gilesnių studijų.

Dar vertas susidomėjimo ir studijų kitas būdas. Kaip žinoma, pas mus Lietuvoje upėse bei ežeruose yra labai daug ano-

dontų*). Savo kiaukutui sudaryti jie turi specialią liauką, kuri ypač produktuoja daug kalkių medžiagos. Šitų liaukų ištraukomis, ekstraktais, fiziologiškai paruoštais, galima būtų atlikti visa eilė eksperimentinių darbų su jūrų kiaulytėmis — gydant jas nuo užkrėstos tbc.

Karo apystovos neleidžia šiandien tokį darbą atlikti, bet, sulaukus geresnių, ramesnių laikų, šituos biologinius eksperimentus turėtų atlikti jauni mokslininkai.

Referatai iš tuberkuliozės srities.

1. Asist. Dr. Mackevičaitė-Lašienė: **Morfologinė endokrininių liaukų studija.** II pranešimas: **Endokrininės liaukos ir tuberkuliozė. 3. Gl. suprarenales.** („Medicinos Fak-to Darbai" 1942 m. VII tomas, 2—3 knyga).

I.

Antinkstines liaukas pirmasis pastebėjo Eustachius 1513 m. Addison 1855 m. pirmasis aptiko antinkstinių liaukų fiziologinę reikšmę. Gyvuliams pašalinus antinkstines liaukas, greit prisiartina galas; gyvis išlieka tik tais atvejais, kai transplantuojama antinkstinės liaukos, arba paliekama viena, arba kai gyvuliai turi akcesorines liaukeles, kurios pajėgia hipertrofuotis; taippat nuo stipimo apsaugoma duodant flavino-fosforo rūgšties (Verzar, Laszt). Oliver ir Schäfer 1894 m. pagamino veiklų vazopresinį smegeninio antinkstinės liaukos sluoksnio ekstraktą. Abel 1899 m. izoliavo epinephrin'ą. Takamine ir Aldrich 1901 m. pagamino chemiškai gryną epinefriną, kuris buvo pavadintas adrenalinu. Stolz, Dakin ir Friedmann pagamino adrenaliną sintezišKai (pavadintas suprareninu). 1931 m. Swingle ir Pfiffner iškėlė žievinio antinkstinės liaukos sluoksnio reikšmę (adrenalinas — meduliarinės substancijos hormonas), jos hormonas apsaugo nuo Addison'o ligos. Hartmann pastarąjį hormoną pavadino „cortin'u". Kendall 1934 m. pagamino gryną kristalinį kortiną. Reichstein 1937 m. kortiną pagamino sintezišKai.

Antinkstinių hormonų gamyba vyksta adrenotropinio ir kortikotropinio hipofizio hormonų įtakoje. Pagal Jores nervinė reguliacija (n. splanchnicus) čia vaidinanti žymesnį vaidmenį negu hormoninė.

Adrenalinas — simpatinės nervų sistemos jaudiklis, per ją veikia pirmiausia kraujo apytaką, keldamas kraujospūdį, sutraukdamas venų, mažų arterijų, ypač arteriolių sieneles. Periferinės kraujagyslės ir splanchnicus srities kraujagyslės labai greit nuo adrenalino susitraukia, o plaučių arterijos, širdies vainikinės arterijos ir smegenų kraujagyslės arba visai nereaguoja arba net išsiplečia. Adrenalinas gerina dirbančio skersaruožio raumens kraujo apytaką, sutraukdamas nedirbančių raumenų kraujagysles, tuo tarpu dirbančiųjų turi tendenciją plėsti. Adrenalinas (antagonistas insulinui) skatina glikogenolizę jeknose (hyperglycaemia), bet mobilizuodamas glikogeną, mažina jo degimą (glycosuria).

Adrenalino sekreciją žadina psichinės reakcijos, asfiksija, kraujospūdžio kritimas, smegenų anemija, raumenų darbas, hypoglycaemia, šaltis, pakilusi kūno t°, kraujo nustojimas, apsinuodijimas CO (Tur-

*) Anodontų kiaukutus vaikai dažnai vadina varlių dėžutėmis. Red.

nade), morfis, kofeinas, nikotinas, cholesterinas, baltymų irimo produktai (nusiplikinus, nusideginus), infekciniai nuodai ir kaikurių organų ekstraktai (thyreoidea, thymus, neurohypophysis), askorbininė rūgštis. Sergant peritonitu, difterija — sekrecija sumažėja.

Thyreotoxicosis, nefritinė hipertonija, anaemia perniciosa, badavimas, kartais ir nėštumas didina organizmo jautrumą adrenalinui. Morbus Addisoni, diabetes insipidus, plaučių džiova tą jautrumą mažina.

Padidėjęs adrenalino kiekis antinkstinėse liaukose būna širdies ligų, arteriosklerozės ir nefrocirozės atvejais; sumažėjęs — esant mitybos sutrikimams, po operacijų bei narkozių, infekcinių ligų metu (Goldzieher).

Cholesterino kiekis antinkstinėse liaukose laikomas kraujo cholesterino „veidrodžiu" (Aschoff). Atnuodijąs cholesterino veikimas, pagal Reiss'ą, reiškiasi tuo būdu, kad fiksuotas audiniuose cholesterinas padeda normaliai medžiagų apykaitos eigai, ir todėl nuodų nepasidaro.

Antinkstinės liaukos žievės hormonas skatina fosforinimo reakcijas, nuo kurių pareina gyvybiškai svarbios sintezės (Verzar). Be žievės hormono, pvz., gaunamas su maistu laktoflavinas nesijungia su fosforo rūgštimi ir nevirsta B_2-vitaminu; del to nukenčia augimas.

Stingant žievinio antinkstinės liaukos sluogsnio hormono, tirštėja kraujas: jame daugėja plazmos proteinų ir kalio, tuo tarpu kaip natrio, chloro, bikarbonatų ir drauge vandens kiekis stipriai mažėja.

Konstitucijos atžvilgiu menkesnės vertės antinkstinės liaukos greičiau kinta nuo įvairių žalingų įtakų, pvz., alkoholizmo, badavimo, infekcijos, sifilio, tuberkuliozės ir kt.

II.

Ištirtos antinkstinės liaukos 206 džiovininkų, mirusių įvairiose džiovos stadijose — nuo pirminio komplekso iki tretinės tuberkuliozės. Detalesnio tyrimo pagrindu paimta antinkstinės liaukos džiovininkų, turėjusių tretinę tuberkuliozės stadiją, nes tokių daugiausia teko tirti. Pagrindinio tyrimo medžiaga suskirstyta į 2 grupes: I grupė: chroniška kaverninė plaučių arba iš plaučių einanti ulcerozinė kvėpuojamųjų bei virškinamųjų takų džiova. II grupė: protrahuota generalizacija, arba vadinamoji chirurginė tbc.

Makro - bei mikroskopiškai ištyrus I grupės antinkstines liaukas, rasta: 1) svorio vidurkis mažai tesiskiria nuo paprasto vidurkio (11,33 gr prieš 11,69 gr), 2) hypolipoidosis (žymesn.) 82,6%, 3) atrophia (žymesn.) 36,2%, 4) paratrophia (žymesn.) 76,8% (amyloidosis 11,6%), 5) adenomos (kapsulėje) 71,0%, 6) smegeninio sluogsnio vakuolizacija (žym.) 79,7%, 7) homogeniniai lašeliai 63,7%, 8) smulkių celių infiltracija (žymesnė) 20,3%, 9) fibrosis (žymesnė) 53,6%, 10 specifiški tuberkulioziniai pakitimai 11,6%.

Makro - bei mikroskopiškai ištyrus II grupės džiovininkų antinkstines liaukas, rasta: 1) svorio vidurkis mažai tesiskiria nuo paprasto vidurkio (12,38 gr prieš 11,69 gr), 2) hypolipoidosis (žymesn.) 85,3%, 3) atrophia (žymesn.) 23,5%, 4) paratrophia (žymesn.) 78,1% (amyloidosis 6,2%), 5) adenomos (kapsulėje) 2,9%, 6) smegeninio sluogsnio vakuolizacija (žymesn.) 74,2%, 7) homogeniniai lašeliai 12,8%, 8) smulkių celių infiltracija (žymesn.) 18,7%, 9) fibrosis (žymesn.) 27,3%, 10) specifiški tuberkuliozinia pakitimai 40,5%.

Literatūros duomenimis tuberkuliozės eigoje antinkstinių liaukų funkcija kliniškai neretai sutrinka ir atsiranda jų insuficiencija. Morfologiškai stebimas lipoidų sumažėjimas ir parenchimos atrofija bei paratrofija su didesniu ar mažesniu jungiamojo audinio išsivystymu. Taip-

pat pastebėtas visiškas C-vitamino deficitas, ypač sergantiems eksudacine—kavernozine tuberkuliozės forma. Todėl paskutiniu metu C-vitaminine džiovininkų terapija arba kombinuotas žievės hormonu ir askorbinine rūgštimi gydymas įmamas plačiai vartoti ir duoda teigiamų rezultatų. *N. Indrašius.*

Apie vitaminų nepriteklių Lietuvos gyventojams ir džiovą.

2. Prof. dr. Vl. Lašas ir chem. vaist. Alf. Gabrėnas: **Kiek mes suvartojame vitaminų?** (V. D. Un-to Med. Fak. Darbai". 1938. VI. 1—2 sąs., 173—201 psl.).

I. **A- vitamino** per parą sunaudoja: mūsų kaimietis (ūkininkas) — 5.990, amatininkas ir smulkus prekybininkas — po 10.770 ir proto darbininkas — 11.499 tarptautinių vienetų. Kaimietis A- vitamino gauna 69,9% iš pieno produktų, 23,5% iš daržovių bei vaisių ir 6,6% iš mėsos gaminių. Amatininkas - prekybininkas A- vitamino turi 62,5% iš pieno produktų, 24,5% iš daržovių bei vaisių ir 12% iš mėsos gaminių. Proto darbininkas — 74%, 15% ir 11%.

Svarbiausia A- vitaminui gauti Lietuvoje visoms trims gyventojų grupėms yra pieno produktai; daržovės - vaisiai ir mėsos produktai duoda to vitamino tik 26—30%; javai ir bulvės šituo atveju teturi nedaug reikšmės.

Kiek reikalinga vyrui A-vitamino, dar tikriau neišaiškinta. Pagal Jung'ą normaliai dirbančio žmogaus A-vitamino davinys laikomas: a) labai geras — 4.000 tarpt. vienetų, b) geras — 800—4.000, c) vidutinis — 200—800 ir d) silpnokas — 40—200 tarpt. vienetų. Pagal Tautų Sąjungos Higienos sekciją nėščioms ir krūtimis maitinančioms moterims reikalingas pakeltas davinys iki 8.700 ir vaikams — iki 7.300 tarptautinių vienetų.

Del A-vitamino apskritai imant reikia pasakyti, kad juo Lietuvos gyventojai yra labai gerai aprūpinti. Tik kaimiečių nėščios ir krūtimis maitinančios moterys gal jaučia to vitamino nedidelį trūkumą; taippat gal to vitamino permaža turi kaimo vaikai.

II. **B_1-vitamino** valstiečio (ūkininko) vyro paros maisto racionas turi 1.051 tarptautinių vienetų, amatininko bei smulkaus prekybininko — 860 ir proto darbininko — 577. Kaimietis to vitamino gauna: iš javų — 46%, iš bulvių — 29%, iš pieno produktų — 14,5%, iš daržovių bei vaisių — 6,5% ir iš mėsos — 4%. Amatininkas bei smulkus prekybininkas: iš javų — 46,5%, iš pieno — 19%, iš bulvių — 14%, iš mėsos — 13% ir iš daržovių bei vaisių — 5%. Proto darbininkui B_1-vitamino duoda: javai — 40%, pienas — 24%, mėsa — 19%, bulvės — 12% ir daržovės bei vaisiai — 5%.

Tautų Sąjungos komisija yra nustačiusi B_1-vitamino paros suvartojimą vienam suaugusiam vyrui 300, o Stepp pripažįsta optimum 500—1.000 tarptautinių vienetų. Lietuvos gyventojai kaimietis ir amatininkas su prekybininku turi B-vitamino optimum, bet proto darbininkas turi B-vitamino mažiau, nors iš optimum'o normos neišeina.

III. **C-vitamino** Lietuvos kaimiečio paros racionas turi 12 mg, amatininko - prekybininko — 83 mg, proto darbuotojo — 45 mg. Kaimiečio C-vitamino susirenkama: iš bulvių — 79%, iš daržovių bei vaisių — 15%, iš pieno — 5% ir iš javų — 1%. Amatininkas bei prekybininkas: 48% — iš bulvių, 42% — iš daržovių bei vaisių ir 10% — iš pieno. Proto darbininkas: 51,6% — iš bulvių, 33,6% — iš daržovių bei vaisių ir 14,7% — iš pieno. C-vitamino vienam vyrui per parą reikia 50 mg. Tad tik proto darbuotojas turi to vitamino nepakankamą kiekį (45 mg).

IV. **D-vitamino** kaimiečiui tenka 2,38γ, amatininkui bei smulk. prekybininkui — 5,88γ, proto darbuotojui — 7,35γ. D-vitaminų daugiausia gaunama iš sviesto, pieno ir kiaušinių. Visos trys gyventojų grupės gauna D-vitamino mažiau negu Stepp'o pripažįstamas optimum. Pagal Stepp'ą kūdikis ir mažas vaikas turi D-vitamino kasdien gauti minimum 2 γ, o optimum 10 γ, nors iki šiol to vitamino normos nėra tvirtai nustatytos.

Tautų Sąjungos sekcijos ekspertai skiria D-vitamino nėščioms ir žindyvėms 5,1γ, vaikams iki 15 metų — 4,5γ.

Ypač kuklus yra kaimiečio (ūkininko) D-vitamino davinys, nes jame yra tik mažo vaiko D-vitamino minimum'o kiekis. Jei laikysimės Tautų Sąjungos ekspertų D-vitamino normos, tai proto darbuotojas ir amatininkas su smulkiu prekybininku gali išsiversti su 7,35 ir 5,88, bet kaimiečio (ūkininko) davinio (2,38) D-vitamino kiekis organizmo patenkinti negali.

„Šita aplinkybė gerai paaiškina, del ko mūsų krašto vaikų, ypač ūkininkų, tarpe yra išsiplatinęs rachitas. Vaikų, nėščių moterų ir žindyvių davinys turi būti sustiprintas tais maisto produktais, kurie turi D-vitamino, arba reikia jiems duoti žuvų taukų arba grynų D-vitamino preparatų".

„Įvairūs, gana dažnai mūsų krašte pasitaikantieji susirgimai — kaulų, dantų, mineralinių medžiagų apykaitos sutrikimai, kurie būna tetanijoje, osteomaliacijoje, rachite, tuberkuliozėje, savo kilme yra, be abejo, susiję su D-vitamino hipovitaminoze". — Šitaip rašo tos studijos autoriai.

Toliau jie šiek-tiek nuramina skaitytojus, kad, be tų D-vitamino kiekių, kuriuos gauna Lietuvos gyventojai su maistu, D-vitaminas dar yra gaminamas žmogaus odoje saulės spindulių. Tad ištikrųjų D-vitamino gauna mūsų gyventojai kiek daugiau. Be to, organizmas D-vitamino kiek galėdamas kraujasi savo sandėliuose ir labai brangina. Iš to išvada, kad reikia ypač mūsų kaimui plačiau naudotis saulės spinduliais ir D-vitamininiu maistu; kitaip daugelio kaimiečių organizmai gerai netarps.

V. **E-vitaminas** yra pasireiškęs medicinos literatūroje tik nuo 1922 metų, del to jis yra mažiau ištirtas. Evans'o, Suve's, Bishop'o tyrinėjimai rodo, kad negaunančios E-vitamino žiurkių udrotos patelės neišnešioja vaisiaus, kuris nyksta ir rezorbuojasi. Ir patinai del E-vitaminozės nustoja veislumo. Kiek E-vitaminas yra reikalingas žmogui, dar neištirta. Galimas dalykas, kad žmogus, turėdamas maiste pakankamai E-vitamino, del to nenukenčia, arba gal ir iš viso žmogus gali išsiversti be šito vitamino.

E-vitamino randama jautienoje, kepenyse, placentoje, kiaulės taukuose, žaliose daržovėse, kiaušintrynyje, žirniuose, riešutuose, kviečių salykloje (dieguose), bananuose, mielėse. E-vitaminas nebijo karščio, rūgšties, šarmo, oro deguonio. Kiek žmogus jo gauna su maistu, kiek jo žmogui reikia, nenustatyta.

*

* *

Toksai maždaug tos prof. Lašo ir chem. vaistininko A. Gabrėno studijos turinys.

Iš jos matome, kad Lietuvos kaikurios gyventojų grupės chroniškai kenčia tam tikrą subvitaminozę. Taip, proto darbuotojai arba inteligentai permaža gauna C-vitamino ir gal del to kenčia nuo perdažno dantų

caries'o, palinkimo į įvairius katarus, į skorbutizmą, į nuovargį, ypač pavasarį. Prie tos studijos nuomonės galima pridėti, kad ta C-subvitaminozė gali padėti tarpti ir džiovai, kuri gana dažnai pakerta mūsų, ypač jaunesnius, inteligentus. Kaimiečiai (ūkininkai), anot autorių, turi aiškų D-vitamino nepriteklių ir del to daug patologinių reiškinių. Studijos autoriai pabrėžia, kad del D-subvitaminozės būna dažnesni susirgimai ne tik rachitu ir jam giminingomis ligomis, bet ir džiova.

Taigi, bekovojant su džiova profilaktiniais ir gydomaisiais sumetimais nereikėtų užmiršti ir chroniškai viešpataujančių mūsų gyventojų kaikuriose grupėse subvitaminozių, o kaikuriais metų sezonais (pavasariais) net avitaminozių.

Iš viso ko atrodo, kad ypač prof. L a š o bei jo mokinių mokslo rašiniais yra jau pakankamai nušviestas takas į mūsų gyventojų mitybos reformą, kuri gali, be kita ko, žymiai pagelbėti ir su džiova kovoti.

Su referuotąja čionai studija vertėtų susipažinti visiems, kam rūpi gyventojų mityba ir kova su jų ligotumu, kuriame džiova atlikinėja nemažą vaidmenį. *K. Grinius.*

3. I s e l i n ir A r p: **Torakoplastika, neduodanti deformacijos.** („Archives of Surgery". Chicago, 1939 m. 39 nr.).

Autoriai tvirtina, kad deformacija, kaip torakoplastikos padarinys, būnanti del trijų priežasčių: 1) del mentės vertikalinio nusileidimo, kurį sekdamas nusmunka ir petys; 2) del mentės įsmukimo į gylį ir jos lateralinę projekciją ir 3) del skoliozės su konveksija į tą pusę, kur buvo daryta operacija. Jų nuomone, žiūrint iš ortopedinio taško, stuburo processus transversus pašalinimas esąs didelė klaida, ir, norint išvengti deformacijos, torakoplastika neturinti paliesti musculus trapezius, angularis ir rhomboideus ar latissimus dorsi, kadangi šitie raumenys fiksuoja mentę. Autoriai, modifikuodami Picot'o pjūvį ir pjaudami tik kylančias m. trapezius skaidules, kurios neturi reikšmės peties fiksavimui, galėjo padaryti torakoplastiką, paliesdami net 6 šonkaulius ir padaryti ekstrafascialinę apikolyzę daug geresniais rezultatais, negu buvo gaunami darant įprastus pjūvius aplink mentę. Odos pjūvį daro įstrižą, pradėdami nuo septinto cervikalinio stuburkaulio (prominens) ir traukia net 3 cm žemiau angulus scapulae. Viršutinis pjūvio galas neturi visiškai siekti septinto cervikalinio stuburkaulio, bet prasidėti per 1 cm nuo jo; jei reikalinga, pjūvio apatinis galas gali būti pratęstas išilgai mentės spinalinio krašto. Toks pjūvis leidžiąs patogiai prieiti prie sunkiausio taško, vartojant chirurgišką plaučių tuberkuliozės gydymą: pirmojo šonkaulio ablacija — tai torakoplastikos raktas. Darant tokį pjūvį, šonkauliai galį būti apžiūrėti vienas po kito. Ekstrafascialinė apikolyzė esanti kurkas lengviau atliekama tokio pjūvio pagalba, kadangi plaučių viršūnė būnanti kaip tik žaizdos centre. Mentė galinti būti atsargiai atitraukiama, atsižvelgiant į raumenų išsaugojimą. Tat padaroma paguldžius pacientą ant pilvo ir keliant ranką, nes nuo to mentė atsistojanti sagitalinėn plokštumon ir visiškai atsitraukianti nuo torakso.

Šito pjūvio gerosios pusės dar tos, kad duodančios labai mažą kraujavimą ir, kadangi raumenys nebepjaunami, nesukelią šoko. Rekonstrukcija paprasta: reikią tik m. trapezius kylančios skaidulės, kurios buvo nupjautos, rūpestingai susiūti. Disocijuotos raumenų dalys suartinamos dviejų siūlų pagalba, kaip Mc Burney'o pjūvio metu. Rezultatai gaunami puikūs. Autoriai per paskutinius dvejus metus visoms torakoplastikoms ir ekstrafascialinėms apikolyzėms tevartoją tik šitą torakoplastikos būdą. *K. Paltanavičius.*

Prieštuberkuliozinė veikla.

I.

LIETUVOS TUBERKULIOZINIŲ SANATORIJŲ VEIKLOS VAIZDAS 1942 M.

Eil. nr.	Sanatorijų pavadinimai	Etatinių lovų	Gydėsi ligonių	Mirė	Vidutinis dienos ligonių skaičius	Išbūtų dienų metinis skaičius
1	Alytaus	150	742	40	109	16.811
2	Jurbarko	110	365	35	70	25.736
3	D-ro K. Griniaus..	90	203	6	70	25.450
4	Vaikų	130	233	1	99	40.240
5	Savitarp. Pagalbos	250	620	32	223	81.240
6	Romainių	150	362	71	90	29.091
7	Sargėnų	50	159	85	30	10.446
8	Vilniaus	220	639	112	130	48.907
9	Švenčionėlių	40	111	4	24	5.407
10	Vilniaus odos.....	65	146	4	60	19.443
	Lietuvos	**1.255**	**3.580**	**390**	**905**	**302.771**

Projektas.

II.

POTVARKIS KOVAI SU DŽIOVA (TUBERKULIOZE).

1. Kovą su džiova tvarko ir prižiūri Vyr. Sveikatos Valdyba.

2. Potvarkyje numatytam tikslui siekti Vyr. Sveikatos Valdyba:

a) steigia ir išlaiko džiovininkams sanatorijas, dispanserius, poilsio namus, izoliatorius, darbo kolonijas ir kitas džiovos gydymo bei profilaktikos įstaigas;

b) tiria gyventojų socialines sąlygas ir stengiasi jas gerinti bei daro galimų žygių šalinti visam tam, kas mažina žmogaus organizmo atsparumą džiovligei;

c) įtraukia visuomenę į prieštuberkuliozinį darbą ir remia šitoje srityje tinkamai dirbančias organizacijas bei asmenis.

3. Žmogus, kuris serga užkrečiamąja džiova, turi gydytis ir vykdyti visus sveikatos įstaigų viešus ir jam pačiam duotus patarimus, kad nekenktų savo sveikatai ir kad neužkrėstų kitų.

Tėvai ir globėjai turi rūpintis gydymu ir izoliacija savo vaikų, globotinių ir tarnautojų, kai šie serga džiova.

4. Džiovą gali gydyti turįs praktikos teisę medicinos gydytojas, geriausia, šitoje srityje specialistas.

5. Apskrities ar miesto gydytojas, susitaręs su miesto ar apskrities tuberkuliozinio dispanserio vedėju, turi teisę:

a) pareikalauti iš asmens, įtarto sergant džiova, kad jis pristatytų iš tbc dispanserio ar iš tbc sanatorijos savo sveikatos patikrinimo pažymėjimą;

b) privalomai patikrinti tbc atžvilgiu asmenį, kuris, pareikalautas pristatyti, sveikatos pažymėjimo skirtu laiku nėra pristatęs;

c) pareikalauti iš džiovininko, kad jis gydytųsi;

d) susitaręs su tbc dispanserio vedėju, gali priverstinai izoliuoti asmenį, kai jis, sirgdamas užkrečiama džiova, neklauso gydytojo nurodymų, kaip turi elgtis, kad neužkrėstų kitų.

6. Abiejų sutuoktinių prieš susituoksiant privalomas sveikatos patikrinimas pas tbc specialistą gydytoją, jog neserga užkrečiama džiova; raštas pristatomas metrikacijos įstaigai prieš susituokiant.

7. Valstybinėse tbc ligoninėse, sanatorijose, izoliatoriuose ir dispanseriuose tbc sergantieji ligoniai gydomi ir tiriami nemokamai.

8. Vietinės apskričių savivaldybės yra įpareigotos steigti tbc ligoniams prie tbc dispanserio izoliatorius — stacionarus.

9. Praktikuoją medicinos gydytojai, ligoninės ir kitos panašios įstaigos turi pranešti per apskrities ar miesto gydytoją apskrities tbc dispanserio vedėjui žinias apie naujus tbc susirgusius (ar įtariamus) ligonius, kurie pas tuos gydytojus ar tose įstaigose buvo apsilankę kaip ligoniai. Apie kartotinius tos rūšies ligonių apsilankymus pranešama kas mėnuo bendra tvarka. Pranešimo formą nustato Vyr. Sveikatos Valdyba.

10. Miesto ar apskrities gydytojai, tbc dispanserių vedėjai, o taippat ir kiti pareigūnai, žinias apie tbc ligonius gali naudoti tik šito potvarkio reikalams, kad būtų išlaikyta tradicinė medicinos paslaptis.

11. Butai, kuriuose gyveno tuberkuliozininkai, dezinfekuojami.

a) tbc ligonis, numatydamas pakeisti butą, privalo iš anksto už savaitės apie tai pranešti apskrities gydytojui per burmistrą arba viršaitį (seniūną);

b) miesto ar apskrities gydytojas įsako dezinfekuoti esamomis priemonėmis tuberkuliozininko butą ir kontroliuoja, kad įsakymas būtų vykdomas;

c) pats ligonis ir namo savininkas yra atsakingi už dezinfekcijos atlikimą.

12. Tuberkuliozininkui, kuris gydosi namie, saviškiai įpareigojami parūpinti atskirą kambarį, o savivaldybės kambarių skirstymo atžvilgiu turi teikti pirmenybę tbc ligoniui.

13. Sergąs tbc užkrečiama forma žmogus negali dirbti įstaigose, kur yra vaikų iki 15 metų, maisto įmonėse ir kitose įstaigose, kurias nurodys Vyr. Sveikatos Valdyba.

14. Šeimos ir asmenys, kurie negali dirbti savo profesijos darbo dėl tbc užkrečiamumo, vietos savivaldybės turi būti aprūpinami atitinkamu uždarbiu arba šelpiami būtinai reikalinga pragyvenimui, gydymui ir šeimos išlaikymui pašalpa.

15. Šitam potvarkiui vykdyti Vyr. Sveikatos Valdybos Generalinis Direktorius leidžia taisyklių.

16. Šito privalomo kovai su džiova potvarkio nevykdymas baudžiamas.

Dr. V. Tercijonas.

Rusijos Lygos kovai su tuberkulioze Kauno skyrius*).

Visuomenės sąjudis nukreiptas į kovą su tuberkulioze, apėmęs pirmaisiais šito šimtmečio dešimtmečiais visą kultūrišką pasaulį, su ypatingu pakilimu pasireiškė ir Kaune prieškariniais laikais. Žinomo veikėjo kovoje su tuberkulioze kauniečio d-ro F. Bliumentalio vieša paskaita 1911 m. pavasarį paskatino įsteigti Rusijos Lygos skyrių Kaune. 1911 m. gruodžio mėn. 11 d. įvyko pirmas steigiamasis susirinkimas, kuriame buvo nutarta organizuoti šitą skyrių.

Rusijos Lygos Kauno skyrius buvo autonominė Lygos dalis ir savo uždaviniams pasiekti turėjo visišką veikimo laisvę, kiek tatai neprieštaravo bendrinei instrukcijai skyriams, patvirtintai Visuotinio Lygos susirinkimo 1910 m. balandžio mėn. 25 d. ir 1911 m. gruodžio mėn. 18 d.

Kauno Skyriaus nariais galėjo būti abiejų lyčių asmenys, sumokėję 50 kap. metinio nario mokesčio. 1912 metų pabaigoje bendras narių skaičius siekė 934, iš kurių 2 buvo amžinieji, sumokėję po 25 rb. Draugijos reikalus valdė visuotinis narių susirinkimas, valdyba ir revizijos komisija. Valdybą sudarė 16 narių, tame skaičiuje 6 gydytojai. Valdybos nariai, kad geriau pasiskirstytų pareigomis, buvo sudarę 3 skyrius: 1) administracinį — iš pirmininko ir jo pavaduotojo, vyresnio valdybos nario ir dviejų sekretorių, vieno administracinei, antro — mokslinei daliai; 2) mokslo skyrius, kurio pareiga buvo nagrinėti priemones kovai su tuberkulioze ir prieštuberkuliozinių idėjų propaganda; į šitą skyrių įėjo 10 narių; 3) finansinis skyrius iš iždininko, jo pavaduotojo ir 2 valdybos narių. Prie valdybos buvo „Ponių Komitetas“, kuris susirinkdavo pradžioje išimtinai Baltosios gėlės dienai organizuoti (1912 m. balandžio mėn. 22 d. sen. kal.) ir rinkti tą dieną aukoms; vėliau visuotinis skyriaus narių susirinkimas nutarė palikti Ponių Komitetą nuolatine pagelbine organizacija prie valdybos, jam buvo pavesta gydymo labdaringa (socialinė) dalis, panaši į patronatą.

Kauno skyriaus veikimas pasireiškė pradžioje Draugijos idėjų bei tikslo populiarinimu ir lėšų rinkimu. Tam reikalui buvo suruoštos įvairiose miesto dalyse 5 viešos paskaitos vietinėmis kalbomis plačiajai visuomenei supažindinti su tuberkulioze, kaipo liaudies liga, ir nurodyti įvairias kovos priemones su ta žmonijos rykšte. Paskaitose buvo rodomi paveikslai ekrane, dalinami lapeliai ir brošiūros apie džiovą. Paskui vietiniuose laikraščiuose prieš baltosios gėlės dieną buvo atspausdinta ištisa eilė straipsnių, skirtų kovai su tuberkulioze. 1912 m. balandžio 22 d. buvo organizuota baltosios gėlės diena ir tą dieną surinkta Kaune 5.429 rb. 73,5 kap. Vėliau, prisidėjus skyriaus valdybai, buvo surengta baltosios gėlės diena Zarasuose ir tenai surinkti pinigai — 288 rb. 21 kap. įplaukė į skyriaus kasą ir pavesti šelpti Zarasų sergantiesiems džiova.

Norėdama padauginti Dr-jos lėšas, Valdyba dar prieš 1912 m. balandžio m. 22 d. išsiuntinėjo aukų lapus įvairioms visuomenės įstaigoms, o vėliau, leidus gubernatoriui, iškabinėjo valdžios, visuomenės ir priva-

*) Žinios imtos iš Pamiatn. Knižka Kovensk. gub. 1913 met., 2 dalis, 63—65 psl.

P Cp 5
1943. 11/12
LIETUVOS NACIONALINĖ
MARTYNO MAŽVYDO BIBLIOTEKA

čiose įstaigose dėžes aukoms rinkti, išleido a
šydama materialinės paramos, išsiuntinėjo l
tuvių savininkams, bankams, prekybos ir
nurodydama, kad ligonių dauguma yra ta
riems skyrius teiks nuolatinę pagelbą.

Iš surinktų baltosios gėlės dieną 5½ tūkst. rublių, skyrius atidėjo 5.000 rb. steigti sanatorijai sergantiesiems plaučių džiova, kaipo visų radikaliausiai, sykiu ir brangiausiai priemonei kovai su džiova; kiti pinigai paskirti socialinei pagelbai ligoniams, išdavinėti kas mėnuo pašalpas maisto produktais, prieš tai gerai ištyrus pacijentų mediciniška ir materialinį stovį. Be to, keliems asmenims išduota pašalpos pinigais iki 100 rb. kelionėms į sanatorijas.

Laikydama šitokią pagelbą tiktai laikiniu kovos įrankiu, Valdyba tuo pačiu metu stengėsi paruošti sanitarinių ir mediciniškų priemonių sistemą susirgimams perspėti, jiems lokalizuoti, gydyti pradinėje tuberkuliozės stadijoje ligoniams, chroniškus ligonius pavedant ligoninėms, taippat liaudyje žinioms apie kovą su tuberkulioze populiarinti.

Pastaruoju laiku buvo iškeltas svarbus klausimas atidaryti Kaune ambulatoriją, kurios uždaviniai buvo šie: 1) ankstyvas tuberkuliozės pažinimas; 2) prieštuberkuliozinio auklėjimo išplatinimas — propaganda; 3) ambulatorinių ligonių darbo ir gyvenimo sąlygų studijavimas; 4) ligoniams suteikimas, kas yra reikalingiausia jų sveikatai palaikyti; 5) ligonių gydymas; 6) ligonių paskirstymas į sanatorijas, vasaros kolonijas, pašalpoms iš Draugijos gauti; 7) ligonių butų ir daiktų dezinfekcija. Ambulatorinė pagelba nemokama. Prie ambulatorijos turi būti laboratorija analizėms daryti. Ambulatoriją turėjo vesti apmokamas gydytojas.

Šita ambulatorija buvo numatyta atidaryti Kaune sausio mėn. 1913 m.; iš pradžių ji turėjo nuomoti butą, o vėliau pereiti į nuosavus namus, kuriuos apsiėmė pastatyti savo lėšomis amžinas skyriaus narys p. R. Tilmans. Del namo statybai reikalingo pleciaus skyrius kreipėsi į miesto valdybą, prašydamas nemokamai suteikti 400 kv. sieksnių sklypą Kalno (dabartinėje Putvinskio) gatvėje.

Lėšos ambulatorijai išlaikyti buvo numatoma sudaryti: 1) iš miesto pašalpų ir gubernijos tvarkomojo (rasporiaditelnago) komiteto; 2) iš Lygos skyriaus sumų ir 3) iš aukų. Metinis biudžetas apskaičiuotas 2.000 rb. be buto.

Toliau iš eilės turėjo eiti kitų priemonių visuomeniškai kovai su tuberkulioze nustatymas: sanitarinių taisyklių išleidimas, sanatorijos ir vasaros kolonijų įsteigimas sausoje vietoje Panemunėje prie miško. Tų projektų vykdymas turėjo priklausyti nuo visuomenės prijautimo ir paramos Skyriaus darbams.

Baigiant reikia nurodyti, kad Kauno skyrius artimiausioje ateityje rengėsi įsigyti juridinio asmens teises, priimdamas „Draugijos kovai su tuberkulioze“ vardą ir paskui prisidėti į Rusijos Lygos narius, kaip tai buvo daroma kituose Rusijos miestuose.

Užsirašymas į Skyriaus narius ir aukų priėmimas buvo daromas Valdybos bute (Didž. Sodo, dabar Kęstučio, g-vė, Raco namuose).

Sp. „Varpas“, Kaunas, Gedimino g. 38.