

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

KEMIKA D.D. — ZAGREB

za kemično in farmacevtsko industrijo

priporoča svoje preizkušene domače preparate:

Živalskega oglja za zdravljenje vseh motenj prebavil

- CARBO-ANIMALIS** „Kemika“ tablete po 0·40 g in prah za recepturo
- CARBOACID** „Kemika“ tablete po 0·40 g Carbo animalis impregnirane s 2% solno kisl. (H CL). Izborno učinkuje pri hipaciditeti in aciditeti.
- CARBOPEPSIN** „Kemika“ tablete s 0·25 g Carbo animalis in 0·25 g pepsina. Izborno delovanje pri anaciditas ventriculi.
- TANNOCARBON** „Kemika“ tablete s 0·20 g Carbo animalis in 0·20 g Tannin. albuminat.
- CARBOLAX** „Kemika“ tablete s 0·45 g Carbo animalis in 0·05 g Extract. Sennae sicc. — Blag laxans.
- MAGNOCARBON** „Kemika“ tablete s 0·25 g Carbo animalis, 0·25 g Magnozona in 0·005 g Extract. Belladonnae.
Pri kolitidah, spastičnem stanju črevesa itd.

Imenovane kombinacije omogočajo natančno individualiziranje in energičnejšo ter hitrejšo terapijo želodčnih in črevesnih motenj.

Dajte prednost domačim izdelkom!

Naslov uredništva in administracije:
Zdravniški Vestnik • Golnik.

Vsebina: Glej stran X.

Elastični Hansaplast



D. R. P., Jugoslov. patent.

Elastični brzi povoj za rane v mali kirurgiji

Elastični Hansaplast je indiciran pri vseh vrezninah, vtrganinah, odrgninah in opeklinah, pa tudi pri umazanih ranah. V zaščitnem povoju služi kot zdravilni obliž pri furunklih itd.

Hidrofilna kompresa je antiseptično impregnirana z YXIN-om. Bakteriološka lastnost Yxina je utemeljena po oligodinamičnem učinku ionov srebra. Yxin ima močan in trajen učinek tudi v globino in niti najmanj ne draži. Poleg tega dezodorira in je sam popolnoma brez duha. Vpliva dobro granulirajoče in epitelizirajoče.

Elastični Hansaplast ne ovira gibanja na noben način. Nekaj kvadr. cm pogostoma zado-
stuje popolnoma mesto voluminoznih in dragih povojev

Kdor rabi elastični Hansaplast, znatno prihrani na času, delu in povojnem materialu

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH
ORGANOV IN PREOSNOVE

ROGAŠKA SLATINA

ima v svojih treh vrečah „TEMPEL“
„STYRIA“ in „DONAT“ izvanredno
lekovito slatino, ki s svojo silno trans-
mineralizacijo organizma najugodnejše
upliva na organske funkcije, njih ve-
getativno in hormonalno regulacijo.
Indikacije: Vse bolezni želodca, čre-
vesa, jeter, žolčnih kamnov, ledvic.
Sladkorna bolezen in giht. Letna in
zimski sezona. Glavna sezona: maj
— oktober. — Gospodje zdravniki!
Zahtevajte prospekte in vzorce vode
pri direkciji zdravilišča
ROGAŠKA SLATINA!

Uspešna hormonalna terapija
s preparatom

P R O L A N

Standardizirani hormon prednjega režnja hipofize za aktiviranje ovarij. funkcij.

Pri menoragiji, metroragiji, juvenilnih krvavenjih, infantilizmu, amenoreji, oligomenoreji, dismenoreji, persistenci folikla in steriliteti; nadalje hipofizerni kaheksiji in vnetju v medenici.

V ampulah in kot dražeje.

Pri ovarijalnih disfunkcijah

U N D E N

Standardizirani folikularni hormon za substitucijsko terapijo pri težavah v klimaksu, amenoreji, oligomenoreji kakor tudi pri motnjah v izmenjavi snovi ovarijalne geneze.

Ampule po 100, 1000, 10.000 in 50.000 m. ed.

Dražeje po 100 m. ed.

Rektalne kapsule po 500 m. ed.

L U T R E N

Standardizirani hormon corporis lutei za zdravljenje hipomenoreje in dismenoreje (persistenca folikla z glandularno cistično hiperplazijo endometrija). Za preprečenje pretečega abortusa.

Ampule po 1 ccm = 2 ed. kunca

»Bayer«

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Leverkusen a. Rh.



ZASTOPSTVO ZA
JUGOSLAVIJO:

„JUGEFA“ K. D.
BEOGRAD ZAGREB

PANTHESIN BALSAM

odpravi bolečine
in vnetja

pri solnčnem eritemu, revmi,
nevralgijah, tvorih, pruritus,
opeklinah itd.

(Panthesin-Balsam se mora večkrat na
dan intenzivno vdrgniti).



Chemische Fabrik vorm. Sandoz, Basel, Švica

PHILIPS

JUGOSLOVENSKO TRGOVAČKO A. D.
MEDICINSKI ODDELEK

OPOZARJA NA

Philipsove kremenčne svetilke (višinsko
sonce) tipa BIOSOL.

BIOSOL Model B

za množinsko obsevanje (bolnice, ambu-
latoriji, dispanzerji). Eritem nastane že po
enominutnem obsevanju iz razdalje 50 cm.

BIOSOL Model A

za privatne ordinacije — Čas obsevanja
približno trikrat daljši kot pri modelu B

POJASNILA DAJE

PODRUŽNICA LJUBLJANA
NEBOTIČNIK (GAJEVA UL. 1.) - TEL. 35-79

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA
V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO IN ADMINISTRACIJA: DR. R. NEUBAUER — GOLNIK

Štev. 6.

30. junija 1936.

Leto VIII.

Upravičujte upanje domovine*

I. P. PAVLOV

Kaj bi hotel želeli moje domovine mladini, ki se namerava posvetiti znanosti?

Predvsem doslednost! O tem najvažnejšem pogoju plodonosnega znanstvenega dela ne morem nikdar govoriti brez razburjenja. Doslednost, doslednost in doslednost! Od vsega začetka svojega dela priučite se stroge doslednosti pri nabiranju znanja.

Naučite se abecede znanosti, predno se hočete povzpeli na njen vrh. Nikoli ne začnite sledeče, dokler si niste usvojili predhodno. Nikdar ne prikrivajte nedostatke svojega znanja bodisi s še tako smelimi hipotezami. Pa da bi tudi skušali doseči svoj vzor z milnimi mehurčki svojih teorij — nekoč neizbežno počijo in nič ne ostane v vas razen zmede.

Naučite se vztrajnosti in potrpežljivosti. Naučite se najhujšega dela v znanosti. Učite se, sestavljajte, zbirajte dejstva. Naj ima ptica še tako dovršena krila, nikdar se ne bi dvignila v višine, ako se ne bi opirala na zrak. Dejstva, to je zrak učenjaka, brez njih nikdar ne boste vzleteli. Brez njih so vse vaše teorije vzgrajene na pesek.

Toda pri proučevanju, eksperimentiranju in opazovanju ne ostanite na površini dejstev. Skušajte pronikniti v tajno njihovega nastanka. Ne prestando iščite zakone, po katerih se dejstva ravna.

Drugo pa skromnost! Nikoli ne mislite, da veste že vse in naj vas še tako visoko cenijo, imejte vsikdar možatost priznati: „nič ne vem“.

Ne dajte, da vas navdaja domišljavost! Radi nje boste našli upor, kjer je potreben sporazum. Radi nje se odrečete pametnemu nasvetu in prijateljski pomoči. Radi nje zgubite mero objektivnosti.

* Pričujoča razprava je del članka, ko jo je slavní učenjak napisal tik pred svojo smrtjo za zbornik: „Pokolenje zmagovalcev“ o priliki X. kongresa delavske mladine. Zato nam je članek prava oporoka akad. Pavlova. Ruski izvornik nam je ljubeznivo prepustil asistent beograjskega fiziološkega instituta dr. Stevan Djelíneo, ki se mu zanj najtopleje zahvaljujemo.

V tej naši zajednici, ki je poverjena mojemu vodstvu, vse dela atmosfera. Vsi delamo za eno splošno nalogo in vsak prispeva po svojih močeh in zmožnostih. Pri nas nikdo ne bi mogel reči, kaj je „moje“ in kaj je „tvoje“. Prav radi tega je naše delo toliko uspelo.

Tretje pa je strast. Zapomnite si, da zahteva znanost od človeka vse njegovo življenje. Pa da bi imeli dve življenji, še teh ne bi bilo dovolj za njo. Silno napora in mnogo strasti zahteva znanost od človeka. Zato bodite strastni v svojem delu in v svojih raziskavanjih.

† Ivan Petrovič Pavlov

Pol leta po zaključku sijajno uspelega 15. mednarodnega kongresa fiziologov, ki se je vršil v avgustu 1935 v Leningradu in Moskvi, je svetovno biološko interesirano javnost razgibala vest o smrti predsednika tega kongresa, akademika Ivana Petroviča Pavlova. Za udeležence kongresa, ki so imeli priliko občudovati nenavadno živahnost in svežost 86 let starega znanstvenika, je bila ta novica gotovo nepričakovana, tembolj ker so mogli vpogledati v snovanje njegovih novih načrtov za delo na celih generacijah poskusnih živali in ker je zanje ob tem poznanju pridobilo ime Pavlov še novo, v prihodnost usmerjeno vsebino.

Umril je zares velik znanstvenik, ki je tudi preko svoje ožje stroke zavzemal tako nesporno visoko, od vseh rade volje priznavano vodilno mesto, da bi bilo težko, najti kaj podobnega v katerikoli drugi panogi prirodoslovne znanosti. Pavlov je bil po Orbelijevem izreku otec in ljubi deduška svetovne fiziologije, angleški biokemik Barger ga je v svojem poliglrotnem zahvalnem govoru ob zaključku kongresa imenoval „princeps physiologorum mundi“.

Naj bo tudi na tem mestu dovoljena skromna beseda v spomin velikemu možu.

Ivan Petrovič Pavlov se je rodil 27. septembra 1849 v Rjazanu kot sin ubogega vaškega duhovnika. Učil se je v samostanski šoli in v teološkem seminarju, pozneje je študiral v St Petersburgu prirodoslovje, nato na vojno-medicinski akademiji, promoviral je l. 1879.

Med njegovimi učitelji sta bila znana kemika Mendelejev in Butlerov, velik vpliv na mladega Pavlova je imel fiziolog E. Cyon. Pavlov je bil najprej asistent-fiziolog na kliniki slovitenga internista S. P. Botkina. L. 1884 je prejel komandirovko za dveletni studij v Nemčiji. Delal je v laboratoriju C. Ludwiga v Leipzigu in R. Heidenhaina v Bresslau. Nato je bil 10 let laboratorijski šef pri Botkinu. Kot resnični vodja mnogovrstnega dela številnih učencev Botkina, ki se je za potek dela manj zanimal, se je Pavlov seznanil z najrazličnejšimi problemi in metodami fiziologije in farmakologije. V tem času se je v kirurgiji uveljavila antisepsa in asepsa, ki jo je Pavlov kmalu uporabil v fiziološki praksi.



† IVAN PETROVIČ PAVLOV

PO POSNETKU PISCA NA FIZIOLOŠKEM KONGRESU V MOSKVI

L. 1890 je bil Pavlov imenovan za profesorja farmakologije v Tomsku, skoraj istočasno je bil pozvan na izpraznjeno mesto farmakologije na vojno medicinski akademiji, kjer je tudi ostal. L. 1896 je prešel po odstopu J. L. Tarkhanova na katedro fiziologije na isti akademiji.

Ne prav dobro opremljeni laboratoriji niso nudili dosti prilike za eksperimentiranje. Pač je bilo srečno naključje, da je ravno tedaj, v l. 1891, osnoval princ Aleksander P. Oldenburg institut za eksperimentalno medicino, v katerem je prevzel Pavlov vodstvo fiziološkega oddelka. Tu je ustanovil prvi aseptični fiziološki laboratorij, iz katerega je kmalu izšla cela vrsta razprav o fiziologiji prebave. Pavlov je z njimi kmalu zaslovel in l. 1904 je prejel Nobelovo nagrado kot prvi sploh nagrajeni fiziolog za uspehe na polju fiziologije prebave in izločevanja prebavnih sokov.

Gotovo je bilo že v tem času njegovo zanimanje usmerjeno drugam, na živčno regulacijo izločevanja. Študij pogojnih refleksov in sistematska izgraditev potrebne eksperimentalne metodike, ki omogoča s čisto fiziološkimi metodami razjasnitev dogajanj v najvišjih možganskih centrih, je bila odslej velika naloga njegovega dela. Kot je bil pri študiju izločevanja prebavnih sokov uspeh odvisen predvsem od strogo izvedene asepse, tako se je tudi pri proučevanju pogojnih refleksov pokazala potreba po nekaki biološki eksperimentalni asepsi, po najstrožji izolaciji živali in po precizni kontroli dražljajev, ki zadenejo žival. Vsa nadaljna prizadevanja Pavlova bi mogli označiti kot borbo za doseg laboratorija, ki bi nudil primerne pogoje za njegove poskuse. L. 1910 je bil izbran za člana ruske akademije znanosti. V okviru akademije je polagoma dosegel zgraditev potrebnega laboratorija. Skoraj trmoglavo in uporno je šel do cilja. Carski vladi in pozneje sovjetski vladi je naznanil svoj takojšnji odhod na inozemske institute, ko mu niso hoteli v vsem ugoditi. Obakrat je pomagalo. Kljub skrajno neugodnim razmeram v času revolucije in pozneje je vzdržal na svojem mestu in gojil svoje pse v stanovanju s sodelovanjem družine. Pozneje so mu dale sovjetske oblasti vse možnosti neoviranega dela (na treh znanstvenih zavodih s 40 asistenti) ne oziraje se na njegovo „reakcionarno“ mišljenje. Po Wellsovem pričevanju je bil Pavlov edini človek v S. S. S. R., ki je smel brez ozirov in brez kazni povedati svoje mnenje. Ko so l. 1925 pregnali z vojno-medicine akademije dijake, ki so bili sinovi duhovnikov, je odločno protestiral — Pavlov in njegova žena sta bila otroka vaškega popa — in odložil profesuro na tem zavodu.

V zadnjih letih so zgradili Pavlovu posebno biološko poskusno postajo v Koltušah blizu Leningrada. V lepem, skrbno negovanem parku stoji velik, dobro opremljen laboratorij z napisom: Eksperimentalna genetika višjeje nervnoj dejatelnosti. Visoko na stolpu je napisano geslo, ki je za Pavlova tako značilno: Nabljudatelnost i nabljudatelnost (opazovanje). Več obširnih, skrajno čistih, dobro zračenih in temperiranih hlevov je za pse, za vzrejo generacij psov, na katerih bodo proučevali dedovanje refleksov. Za šimpanze je poseben velik steklenjak in laboratorij. V bližini je stanovanjska hiša

profesorja Pavlova, zgrajena v živahnem slogu ruskih podeželskih hiš, gradi se še cela vrsta podobnih hišic za sodelavce in tuje znanstvenike-goste.

Institut v Koltušah je bil med najlepšimi zanimivostmi, ki so jih videli številni udeleženci fiziološkega kongresa. Ves potek kongresa je bil pod mogočnim vtisom osebnosti I. P. Pavlova, bil je obenem najlepše, največje počaščenje in iskreno, hvaležno, naravnost obožujoče priznanje in potrdilo vsega življenskega dela, kakršnega gotovo še ni bil deležen noben znanstvenik malo pred zaključkom življenske poti.

Nekateri nepozabni trenutki kongresa ostanejo v spominu vedno žarko osvetljeni, tako vihar navdušenja, ki je pretresel veliko dvorano v dvorcu Urickega po prvem kratkem stavku predsednika Pavlova. Čutilo se je, kako se je v vseh sprostila neka napetost, ki je bila tako razumljiva, saj je bilo za mnoge potovanje zelo dolgotrajno, vrh tega še v večini udeležencev nepoznan nov svet. Sijajna neformalna recepcija prejšnji večer v etnografskem muzeju je to napetost le še stopnjevala. Tedaj pa je v trenutku preprosta pozdravna beseda sivolasega mojstra nekako odčarala vse te spone in hipoma je vsa pisana družba iz tako različnih krajev postala ena velika družina ene misli, enega hotenja. Mnogo delegatov se je ob tej priliki spomnilo povabila, ki ga je sporočil v imenu ruskih fiziologov Pavlov pred tremi leti na kongresu v Rimu. Takrat je rekel, da jih po treh letih verjetno sam ne bo mogel več pozdraviti — sedaj pa je pred njimi zdrav in živahen. — In malo kasneje trenutek tišine in molka, ko se je Pavlov spomnil fiziologov, ki so umrli izza prejšnjega kongresa. Vse stoji mirno, za predsedniško mizo ob strani A. V. Hill in L. Lapicque vzravnana, negibna, v sredi Pavlov s povešeno glavo. Občutkov, ki so takrat prevevali vso to dvatisočglavo družino, gotovo ne bi mogel nikdo opisati, vem pa, da se je gotovo vsakdo od tedaj navzočih spomnil tega trenutka ob sporočilu o smrti Pavlova.

I. P. Pavlov je umrl 27. februarja 1936 v Leningradu za hripo, v času, ko je val hripe v Rusiji zahteval 700.000 žrtev. Pokopali so ga 1. marca z velikimi častmi. Njegovi vdovi so določili častno pokojnino, njegova dela bo izdala državna založba.

Dela I. P. Pavlova bi mogli uvrstiti v tri velika poglavja fiziologije. Sprva je delal Pavlov na živčevju srca in na cirkulatoričnem sistemu. L. 1886 je istočasno z angleškim fiziologom Gaskellom, neodvisno od njega, obrazložil živčno regulacijo osnovnih funkcionalnih svojstev srca. Zanimivo je, da se je Pavlov dosti pozneje, po 34 letih, zopet vrnil k temu vprašanju in da sta oba fiziologa zopet istočasno in neodvisno razvila skoraj docela enake misli o trofični funkciji srčnih živcev.

Izrednega pomena za fiziologijo prebave je fiziološka kirurgija prebavnega trakta, ki jo je uvedel v eksperimentalno tehniko Pavlov. Ostro je kritiziral do tedaj običajne akutne eksperimente, v katerih je stanje živali komaj še normalno. Šele z metodo trajnih fistul na slinavkah, želodcu, črevesu, žolčevodu in pankreatski žlezi, z izolacijo žlez ter njihovih delov je bilo možno dobiti čiste prebavne soke v nespremenjeni kvaliteti. Izredne



ENERGIN

TONICUM ROBORANS

(*Chininum ferrociticum,*
Natriumglycerinophos-
phoricum, Extr. chinae
Nanning)

Dosis: Odrasli 3 likerske ča-
šice na dan

Otroci 3 male žličke na
dan

Rešenjem Min. Soc. Pol. i Narodn. Zdravlja Sanitetsko
odelenie 5 Br. 27905/35

Energina

po 250 gr. zavitek za bolniške blagajne 20 Din

Proizvaja laboratorij Alga, Sušak

ZDRAVILIŠČE TOPLICE

DOBRNA PRI CELJU

kratoterma 37° C, radioakt. naravne
ogljikovo kisle kopeli. Izborni zdravilni učinki pri boleznih sroa in živcev in pri ženskih boleznih

Zdravilni pripomočki: naravne termalne ogljikovo kisle kopeli, kopeli v vročem zraku, solnčne zračne kopeli, diatermija, višinsko solnce. Solux obsevanje, masaže, dijetetično zdravljenje. Specialitete: zdravljenje s kozjim mlekom, jogurtom in ležalne kure

Krasen park, divna okolica s smrekovimi in jelkovimi gozdovi, lepe, številne izletniške točke. Godba, 220 sob, prvovrstna kuhinja, dijetetična kuhinja, lov in ribolov v najbližji okolici

V spomladanski in jesenski sezoni kompletno 20-dnevno zdravljenje za znižano ceno Din 1.200,- (oziroma Din 1.380,-)

Sezija od 15. aprila do 31. okt. Prospekti na zahtevo!

Radio-Therma, Laško

Odprto celo leto

Radiotermalne kopeli 37.5° C. Elektroterapija, ogljikokisle in kisikove kopeli, masaža in dietično zdravljenje. — Najučinkovitejše zdravljenje išijasa, revmatičnih obolenj, ženskih bolezni, rekonvalescenca, znižanje krvnega tlaka i. t. d.

Sezona traja od 15. junija do 15. septembra. Izven sezone od 16. septembra do 14. junija se nudi popolnoma oskrba za 20 dni za pavšalno ceno Din 1.100.—, za 10 dni za Din 600.— (štirikrat dnevno hrana, stanovanje, zdravniška preiskava in kopel. Vštete so tudi vse takse). Prospekte in informacije na zahtevo od

UPRAVE ZDRAVILIŠČA

Za rentgenske snimke uporabljajte samo

GEVAERT Super Rapid Special na modri, nevnetljivi podlagi
GEVAERT dentusfilm na modri podlagi
GEVAERT rentgenpapir PARIX 8 za kontakt
GEVAERT Ridax papir za povečave
GEVAERT Orthobrom

KEMIKALIJE:

GEVAERT rentgen razvijalec v dozah po 4 $\frac{1}{2}$, 9, 13 $\frac{1}{2}$ in 18 lit.
GEVAERT rentgen fiksirna sol v dozah po 5, 10 in 20 lit.

K A T G U T

znamke Dr. Ruhland A. G. Nürnberg popolnoma sterilni, prvovrstne kvalitete s popolnim jamstvom za uspešno uporabo pri operacijah dobavljajo glavno skladišče za Jugoslavijo:

„SPHINX“ Mr. Ph. Josip Bemski
ZAGREB, Ilica 17.

uspehe teh poskusov je omogočila čudovita spretnost operaterja Pavlova in pa skrbno negovanje živali. Poznanje dejstev, ki jih je Pavlov odkril s temi metodami, se pričakuje danes že v obsegu najelementarnejšega znanja fiziologije. S temi študijami je Pavlov utrdil eksaktne temelje za klinično proučavanje obolenj prebavnega trakta.

V poskusih na žlezah opazovana „psihična sekrecija“ sokov je vedla Pavlova do tega, da je metodo fistul in merjenja izločenih sokov uporabil kot dobrodošel in uporaben indikator za študij reflektoričnih dogajanj sploh in posebej še možganskih hemisfer. Zares velik trenutek v zgodovini biološkega raziskavanja: najbolj zamotana dogajanja v organizmu se osvetle ne več z metodami fizike in kemije, temveč v luči preprostih, lahko preglednih bioloških dogodkov — najelementarnejši vegetativni procesi postanejo objektivno kazalo in merilo za najbolj komplicirane animalne procese. S to genijalno koncepcijo Pavlova je fiziologija dobila trdno oporo in adekvatna sredstva za proučavanje najvišjih živčnih dogajanj. Do tedaj je bila vedno prisiljena h kapitulaciji pred temi najtežjimi problemi, če jih pa je že naskočila, je že zapustila tla eksaktne znanosti in prešla na čisto psihološko polje, operirala s pojmi psihologije, torej nekako preskočila iz realnega prostora v svet brez razsežnosti. Pavlov je Descartesovo mehanistično pojmovanje refleksa kritično preoblikoval in ga uporabil za razlago dogajanj v najmanjših enotah centralnega živčevja. Šele Pavlov je ustvaril fiziologijo hemisfer in odkril v njihovem delovanju dva osnovna mehanizma: mehanizem začasnega stika poti med pojavi zunanjega sveta in reakcijami organizma na te pojave in pa mehanizem analizatorjev. Omenjeni začasni stiki poti so pogojni refleksi. Bistveni pogoj za tvorbo pogojnega refleksa je enkratno ali večkratno časovno sovpadanje kakega indiferentnega vzdraženja z nekim brezpogojnim dražljajem.

Najvišje živčno delovanje obstoji v menjajočem se ravnomočju treh osnovnih procesov: vzburljenja, zavore in odvore. Drugi osnovni mehanizmi, analizatorji, so komplicirani živčni mehanizmi, ki segajo od vključno receptorjev v možgane. V njih se odigravajo procesi transformacije zunanjih energij v živčna dogajanja, in sicer stopnjema, najprej bolj splošno, šele kasneje diferencirano.

Ni mogoče tu niti v medlih obrisih podati ves Pavlovljev nauk o pogojnih refleksih ali celo navajati eksperimente. Le nekaj momentov naj bo omenjenih iz novejših ugotovitev njegovih učencev. Metoda pogojnih refleksov ne da samo slike o živčnih zvezah v velikih možganih, temveč omogoča tudi ostro fiziološko karakteristiko funkcionalnih lastnosti elementov možganske skorje. Celice velikih možganov imajo zmožnost reagiranja na močne, dalj časa trajajoče ali ponovne dražljaje z odgovarjajočimi močnimi vzburljenji in zaviranjem. Važna je tudi njihova funkcionalna gibčnost, labilnost, hitro prehajanje od vzburljenja do zavore in obratno. Procesu pozitivne in negativne indukcije in irradijacije se morejo razložiti s prej omenjenimi osnovnimi lastnostmi. Na teh osnovnih lastnostih uteme-

ljuje Pavlov svoj nauk o različnih tipih najvišjega živčnega delovanja ali temperamentih in pa svoje fiziološko pojmovanje duševnih motenj. Pomen rezultatov, ugotovljenih z metodo pogojnih refleksov, sega tudi na področja psihologije, psihiatrije, pedagogike in psihologije.

Pavlova kot raziskovalca odlikuje predvsem njegov način gledanja na organizem. Kakor so različna področja, na katerih je raziskoval, je vendar v vseh njegovih delih isti osnovni ton, ista ideja. Pavlov gleda na organizem kot na celoto in vse njegovo podrobno analitsko proučevanje življenjskih pojavov je zavedno usmerjeno na razumevanje organizma v zvezi z njegovim svetom, z njegovim dražljajnim okoljem in na ugotovitev mnogoterih ravnomočij ter odvisnosti od drugih funkcij, ki vse skupaj šele omogočajo potekanje tudi najpreprostejših procesov v organizmu. Pred njim je francoski fiziolog Claude Bernard stopil na to pot ter započel novo smer v gledanju na fiziološke probleme. To smer so imenovali sintetsko ali integralno fiziologijo, v nasprotju z analitsko fiziologijo, ki se zadovoljuje le s kemijsko, fizikalno-kemijsko in fizikalno analizo substrata in pa mehanizma življenjskih pojavov. Gotovo je Pavlov s svojim delom največ prispeval k zgradbi metodike sintetske fiziologije.

To delo je bilo tako uspešno radi izrednih osebnih lastnosti, ki so krasile Pavlova: velika spretnost v eksperimentiranju, posebna zmožnost za koncentracijo mišljenja, neumorna ostra analiza, silna potrpežljivost v zbiranju dejstev, v opazovanju in raziskavanju. V nasprotju z mnogimi fiziologi, ki so v starosti nekako obupali nad možnostjo mehanistične razlage življenjskih pojavov in prešli v vitalizem ali celo v metapsihologijo, je Pavlov vseskozi in dosledno trdno veroval v možnost vedno novega odkrivanja dejstev, v postopno približevanje idealu prirodoslovnega raziskovanja, k resnični mehanični razlagi pojavov. To je po Pavlovu tudi največji praktični cilj človeštva, kot je to svoje verovanje ponovno izpovedal, tako v knjigi o pogojnih refleksih: „Globoko in nepremakljivo sem prepričan, da se bo po tej poti (namreč z metodo pog. refleksov) mogla izvojevati končna zmaga človeškega duha nad najbolj vzvišenimi problemi: znanje o postanku in nehanju človeškega žitja. Edino iz tega se more poroditi velika prava trajna sreča. Naj hiti duh od zmage do zmage nad naravo vsepovsod. Z njim bo človek zavladal ne le nad površjem zemlje, temveč nad vsem, kar je v globini morij in v skrajnih plasteh atmosfere. Duh daje človeku možnost za polet od enega dela vesoljstva do drugega, on mu omogoča zmago nad vsemi zaprekami — saj človeška kultura sama, zapeljevana od temnih sil v vojske in revolucije z vsemi strahotami, prizadene sebi neizmerne izgube in neizrekljive bolečine ter se vrača v živalsko stanje. Samo znanost, eksaktno znanje o človekovi naravi in resno borenje za spoznanje s pomočjo vsemogočnih znanstvenih metod bo osvobodilo človeštvo od teme, ki ga obdaja in bo porušilo mejnike, ki še stojijo med človekom in človekom.“

Slovanski publicisti radi povdarjajo pripadnost Pavlova k največjemu slovanskemu narodu. V resnici se v vsem delu I. P. Pavlova kaže nekaj

tako v najboljšem pomenu ruskega, prav tisto pojmovanje življenja in človeka, ki se razodeva v ruski umetnosti. Tesna povezanost življenja z zemljo, rast človeka iz tal v vrtoglave višine, zasledovanje temnih tokov življenja, ki zapleteno peljejo iz vsakdanjih materialnih osnov v najvišjo duševnost — ali ni tudi v delu Pavlova nekaj podobnega? Najbolj elementarni vegetativni procesi ga vodijo do razumevanja najvišjih animalnih procesov in tudi pri razpravljanju o najglobljih vprašanih človeškega žitja se ne ustraši pred razkritjem njihove zakoreninjenosti v elementarnih mehaničnih dogajanjih. Značilne so njegove besede, ki jih je govoril na sprejemu v Detskem selu: „Človek je najvišji produkt zemljine prirode, človek je najnatančnejši sistem. Zato da more človek uživati zaklade prirode, je dolžan biti zdrav, močen in pameten. Tudi fiziolog je obvezan, da uči ljudi, ne samo o tem, kako je treba pravilno, t. j. koristno in prijetno delati, počivati, hraniti se itd., temveč tudi kako je treba pravilno misliti, čuvstvovati in želeti. Fiziologija mora dati trdne osnove psihologiji. To delo je že načeto in pred fiziologi se odpirajo obširne nove oblasti.“

Ali je način Pavlovljevega gledanja na biološke probleme, njegova celoto obsegajoča sintetska fiziologija nekaj za slovansko znanstveno mišljenje sploh značilnega? Mislim, da more biti odgovor na to vprašanje pri-trdilen, kljub temu, da je v slovanskih narodih biologija in fiziologija večinoma le podružnica znanosti sosedov. V tistih maloštevilnih primerih, kjer je samoniklo vzrasla, je pokazala izrazito rast v smer, ki je v Pavlovu doživela svoj najvišji vzgon. Ogromno in mnogostransko delo, ki ga je izvršil češki fiziolog J. E. Purkyně (1787—1869) je ravno v svoji metodični univerzalnosti dokaz za celotno pojmovanje organizma. Zanimivo je tudi Purkyněvo mišljenje o individualnosti čutov, ki spominja na Pavlovljeve analizadorje. V zoofiziologiji je Slovenec prof. J. Regen s svojimi znanimi raziskovanji o slišanju murna prvi uveljavil metodo, ki je — dasi originalna — v svojem bistvu Pavlovska. —

V parku Instituta za eksp. medicino v Leningradu stoji spomenik — psu Pavlova. Vrh podstavka lep lik psa, spodaj ob straneh reliefi z značilnimi laboratorijskimi prizori in izreki Ivana Petroviča. Gotovo nikdar me ni noben spomenik tako osupnil in tako prevzel kot ta. Spomnil sem se besed iz *Vendidad*, — govoril je Zaratustra: „po pameti psa obstoja svet.“ Temne, nam že komaj razumljive besede. Čudovita vizija vstaja ob njih: časi, ko je z domestikacijo živali započela civilizacija, ko si je človek ustvarjal svoj dom in pričel osvajati svet. In sedaj, na visoki stopnji kulture, služi človeku zvesto še vedno ista žival, pes, ki mu z brezmejno vdanostjo in žrtvovanjem bistveno pomaga pri novem prodiranju v spoznavanje največjih skrivnosti človeškega bitja. Svetlo in daljne vidike odpirajočo pot do tega cilja je začrtalo genijalno mišljenje in delo Ivana Petroviča Pavlova.

Albin Seliškar

Flegmone*

Ogromni napredek kirurgije v 50 letih je narekoval jako oster tempo raziskavanj in znanstvenih razprav, kar je imelo za posledico, da so nekatera poglavja ostala prikrajšana in manj raziskana. Med ta vprašanja spada poglavje piogene infekcije, za katero nimamo klasičnega in enotnega naziranja niti v terapevtskem, niti v diagnostičnem pogledu, kar nam pokaže pregled literature predzadnjega decenija.

Šele v zadnjem času posvečajo večjo pozornost temu problemu. Tako vidimo na zadnjih kongresih referate iz tega področja, ki so pokazali upravičeno zahtevo po razčiščenju in sistematiziranju terapije, diagnostike in indikacije pri kirurškem zdravljenju piogene infekcije.

Med najtežje piogene infekcije štejemo proces, ki je vsemu organizmu nevaren in ki tudi lokalno zapušča težke defekte. Poznamo ga pod imenom flegmone. Če bi hoteli definirati pojem flegmone, bi mogli reči: Flegmona je vnetje podkožnega tkiva. To vnetje ima poleg običajnih znakov infekcije (nekroze, eksudacije, infiltracije in proliferacije), še tendenco hitre in obsežne propagacije. Navadno se širi po limfatičnih potih in preide na fascije, muskulaturo in periost. Seveda obstajajo tudi neke vrste flegmon, ki so nastale na podlagi drugih infektivnih procesov v globočini in se potem od primarnega žarišča širijo v okolico in proti površini (peritiflitične in retroperitonealne flegmone). V obeh slučajih podležejo flegmonoznemu procesu tudi organi z visoko diferenciranim tkivom, kot n. pr. živci, arterije, vene. Razen omenjenih lokalnih sprememb izziva flegmona reakcijo celega organizma, ki v borbi proti infekciji oslabi, mnogokrat pa tudi podleže.

Flegmonozne procese shematično, radi boljšega pregleda lahko razdelimo v dve vrsti in sicer na topografični in bakteriološki bazi.

Topografična razdelitev je prikladna v toliko, ker nam naznači mesto procesa in s tem dostikrat tudi način nastanka flegmone in bakteriološko vrsto infekcije (flegmona na vratu, Plaut Vincentova angina, periproktalna flegmona).

Bakteriološka razdelitev pa nam služi največkrat za postavljanje prognoze in poteka infekcije („Gasphegmon“, anthrax).

Bakterielna flora, ki povzroča flegmonozne procese je kaj mnogobrojna. Naj naštejemo samo glavne:

1. Staphylococcus (albus, aureus, flavus, citreus). Najdemo ga pri osteomijelitidah, karbunklih, furunklih, paranefritičnih abscesih itd. Ima tendenco lokalne kolikvacije tkiva in posebno rad dela metastaze v drugih organih. Živi kot saprofit na koži in sluznicah. Posebno je virulenten, če prihaja iz aktivnega gnojnega ognjišča v odprto rano drugega individua.

* Predavanje na mariborskem sestanku oktobra 1935.

2. Streptococcus je sličen saprofit in karakteriziran s tem, da povzroča močno lokalno eksudacijo in da rad izziva septične procese (endokarditis). Redkokdaj povzroča metastaze.

3. Pneumococcus najdemo največkrat pri postpneumoničnih empijemih in flegmonoznih procesih stene prsnega koša.

4. Gonococcus povzroča periuretralne flegmonozne procese.

5. Grupa bact. colli je tudi mnogokrat povzročitelj flegmon, zlasti v družbi z drugimi bakterijami (subfrenični absces, retroperitonealne flegmone po apendicitidah).

Razen teh najvažnejših bakterij naletimo še na b. pyocyaneus, microc. tetragenes, proteus).

Aktinomyces naj omenim samo mimogrede.

V drugo vrsto bakterij, ki povzročajo flegmonozne procese, spadajo one, ki v tkivu izzivajo zanje karakteristično in specifično reakcijo. Po večini so to anaerobi. Sem spadajo Fränkelov bacil phlegm. emphys., bac. oedemat. maligni, anthrax. Infekcije nastale na podlagi invazije teh zadnjih bakterij, so posebno malignega značaja.

Diagnostika flegmone ni težka, zlasti ne tedaj, če jo dobimo v roke po par brezuspešnih incizijah in z jasnimi znaki lokalnega procesa. Kadar pa je proces šele v začetku, je diagnostika že težja. Razen vestne klinične preiskave pokličemo v takih slučajih na pomoč laboratorij, ki nam pomaga (s krvno sliko, sedimentacijo krvi, pregledom ekskrementov, hemokulturo), do pravilnega sklepa. Topično dobro diagnosticirati začetno flegmono, to se pravi, klinično ugotoviti do kam se je proces razširil in v katerem prostoru se nahaja, je čestokrat nemogoče, dasi za terapijo največje važnosti. Sploh je diagnoza in iskanje piogenega žarišča v telesu problem, ki spada med najtežje v kirurgiji. Eminentne važnosti je dognati pri flegmoni n. pr. na roki, ali gre za subfascialno, sinovialno, pretendinozno ali retrofendinozno flegmono. Od tega že zavisi indikacija in metoda kirurškega posega in tudi prognoza posebno z ozirom na invalidnost.

Potrebna je seveda bakterio-serološka preiskava gnojnega sekreta, ki ga vporablamo dostikrat tudi v terapevtske svrhe (vakcina).

Potek flegmone je odvisen od virulence in vrste bakterije, od odporne sile organizma, lokalne in splošne ter od pravilne terapije. Quoad vitam moramo staviti slabo prognozo, če je terapija začela jako pozno in tedaj, če je proces malignega značaja, to se pravi, da se silno hitro širi. Prognozo nam pove prvič lokalni izvid, dalje splošno stanje bolnika, tretjič sekundarne toksične spremembe parenhimatoznih organov. Indikator za te toksične spremembe nam je krvna slika in pregled ekskretov.

Terapija je eminentno kirurška. Na lanskem kirurškem kongresu v Berlinu je Lexer, ki je imel glavni referat o piogeni infekciji, postavil tale terapevtski program:

1. Podpirati splošne odporne sile.
2. Podkrepiiti lokalni obrambni proces.

3. Operativno odpreti infektivno žarišče.

4. Fiksirati oboleli del.

Te splošne zahteve sigurno veljajo in tvorijo bit naše terapije; vendar ne smemo prezreti še dveh neobhodno potrebnih zahtev, 1. profilaktično vplivati na patološke procese tako, da do flegmonoznega procesa ne pride in 2. popraviti vse defekte, nastale na podlagi infekcije in s tem zmanjšati invalidnost ter na ta način približati organizem 100% delazmožnosti.

Profilaksa. Znano nam je, da največ flegmonoznih procesov nastane na podlagi poškodb, ki niso pravilno zdravljene. Spomnimo se Volkmanove metode, ki so jo posebno cenili med vojsko in ki je uporabljala vsa mogoča kemična antiseptična sredstva pri oskrbovanju ran. Ta metoda je danes precej napuščena.

Fridrich je s svojimi poskusi dokazal, da šest do osem ur staro infekcijo v tkivu lahko zatremo, ako okolno tkivo skupaj z infektom ekscidiramo. V tem roku se bakterije še ne množe in tudi infekcija se ne širi. Na tem dejstvu temelji novi način oskrbovanja ran in poškodb, ki obstoja v eksciziji zamazanega in zmečkanega tkiva. Mogoče je celo zaceljenje per primam. Tam, kjer je poškodba oz. rana bila dalje časa v dotiku z zunanjim svetom, in kjer nismo sigurni, da smo z ekscizijo radikalno odstranili infekt, tam nam ekscizija tudi zmanjša možnost infekcije, toda prepustiti moramo rano granuliranju. Pravtako je neobhodno potrebno, da pri svežih poškodbah popravimo vse poškodovane organe, živce, arterije, vene, mišice, kite, defekte kože pa pokrijemo s koščki kože iz okolice. To je seveda mogoče samo tam, kjer imamo priliko, da delamo v miru, med narokozo in s pomočjo vsega potrebnega sterilnega materijala. Polovično delo tudi tukaj samo škoduje. Pravtako je pravilno novejšo naziranje, da suh povoj pri poškodbah ni zadosten, ker se tkivo močno posuši in povoj prilepi na rano, kar pri prevezovanju škoduje rani in povzroča bolečine. Po navodilih Orr-a in Löhra uporabljamo ali čisto vazelino ali pa vazelino zmešano z ribjim oljem. S tem načinom smo na našem oddelku imeli najboljše rezultate.

Kako podpiramo splošno obrambo organizma? V to svrhu nam je na razpolago nepregledno število kemičnih sredstev: Od koloidalnih spojev srebra, težkih metalov in raznih antiseptičnih sredstev, ki jih moremo aplicirati na vse mogoče načine, pa do serumov.

Mi se poslužujemo teh-le načinov:

1. Dijeta je lakto-vegetabilna. Kardijaka uporabljamo samo tam, kjer je kardialna insuficienca v ospredju. Da posvečamo posebno skrb diabetikom — v sporazumu z internistom — ni treba posebej poudarjati.

2. Z zelo dobrim uspehom uporabljamo pri flegmonoznih procesih, zlasti pri onih s septičnim značajem, transfuzije krvi v presledkih od 8 do 14 dni in v količini po 300 ccm. Imunizirane krvi nismo transfundirali, ker zato nismo imeli prilike.

3. Pri septičnih procesih stalno kontroliramo hemokulturo. V takih slučajih apliciramo vsak drugi ali tretji dan po 150 do 200 ccm 33% raztopine alkohola intravenozno. Uspeh je zelo zadovoljiv in ima še to prednost, da deluje antiseptično in sedativno.

4. Seroterapijo uporabljamo vedno, vendar ne z najboljšim uspehom. Edino izjemo poznamo v polivalentnem koli-serumu pri infekcijah s to vrsto bakterij. Razume se, da uporabljamo pri vseh poškodbah profilaktično tetanus in serum „gasedema“. Splošno odporno silo organizma podpiramo tudi tedaj, če moramo flegmonozni del tako radikalno odstraniti, da pri tem žrtvujemo del ali pa celo ekstremiteto. Tudi ta moment igra v terapiji velike važnosti.

Ligatura vene ima smisla samo tam, kjer odvaža kri iz vsega inficiranega področja. Tako trdi Lexer. Mi se te metode nismo poslužili.

Kako podpiramo lokalni obrambni proces? Z rentgenskim obsevanjem začetne flegmone, katero priporočajo mnogi avtorji, nimamo izkušenj, ker takih flegmon skoraj ne vidimo. Jirasek trdi, da s to metodo ni imel posebnih uspehov.

Läwenova metoda obbrizganja lokalnega procesa z lastno krvjo je baje dobra pri furunklih in karbunklih, toda mi je nismo uporabljali.

Za Bierovo hemostazo pravi Lexer, da bolj služi propagaciji, kot pa lokalizaciji.

Nekolikokrat smo z dobrim uspehom rabili infiltracijo s polivalentnim serumom, brez uspeha pa avtovakcino. Z bakteriofagi nimamo nobenih izkušenj.

Operativno zdravljenje flegmone. V vsej terapiji flegmone je to zdravljenje najvažnejše.

Lokalno anestezijo, infiltrativno in provodno, odklanjajo Jirasek, Iseilin in Lexer kot nedovoljno in nevarno za propagacijo procesa. Pri flegmonah lokalna anestezija sploh ne pride v poštev, česar smo se tudi mi držali in uporabljali samo splošno narkozo, bodisi inhalacijsko, rektalno ali intravenozno. Za inhalacijsko narkozo rabimo eter, za intravenozno evipan, za rektalno avertin in rektidon. V zadnjem času svarijo pred uporabo evipana pri incizijah flegmonoznih procesov na vratu, ker je bilo nekaj smrtnih žrtev. (Reschke).

Jirasek priporoča tkvz. zgodnjo incizijo, ko še ni nastala kolikvacija tkiva. Pravi, da ima ta incizija prednost dekompresije in zmanjšanja infekcije. Škode za organizem po taki inciziji ni videl. Te metode smo se do stikrat poslužili zlasti pri infekcijah na vratu.

Incizija flegmone mora biti na onem mestu, kjer smo ugotovili, da je proces najbolj razvit in kjer leži najbližje površini, upoštevajoč pri tem topografijo važnih organov in možnost, da sekret odteka. Incizija naj odpre žarišče v polnem obsegu. Ne sme biti prevelika, še manj pa premajhna. Napačno je po inciziji ekskohleirati, izbrisati in maltretirati rano. Najlažje

se v tkivu oprezno orientira prst. Radi tega tudi ne uporabljamo Bierove metode, pri kateri se flegmonozno tkivo paklenizira in ekskoleira. Zapomniti je treba, da incizija ali drenaža skozi zdravo tkivo propagira infekcijo.

Drenaža z gumijastimi ali steklenimi cevkami, naj bo rezervirana samo za izredne slučaje. Dren draži okolico in izziva močnejšo sekrecijo. Lexer priporoča drenažo, (ne tamponado) z vlažno gazo, ki je namočena v vazelino. Na našem oddelku uporabljamo za drenažo trak, namočen v vazelino, ali pa sploh ne dreniramo, temveč pokrijemo flegmonozno tkivo z vazelino (po Orru) ali pa z mešanico vazeline in ribjega olja (po Löhru). Rezultati so zelo povoljni. Rane ne previjamo 5 do 6 dni, razen, če zahtevajo klinični znaki drugače (visoka temperatura, mrzlica itd.)

Bärovo metodo z ličinkami navadne muhe nismo uporabljali. Pravtako je še popolnoma nova metoda uporabe ozona pri zdravljenju inficiranih ran. (Payr).

Fiksacija ekstremitete je potrebna tako dolgo, da je infekcija lahko popolnoma ponehala, kar sklepamo iz kliničnih znakov lokalnega in splošnega procesa. Predolga fiksacija ekstremitete vodi neminovno do omejitve ali izgube funkcije dotičnega dela, zato je potrebna izredna previdnost. Takoj ko je infekcija omejena in ko rana začne granulariti, moramo začeti z aktivnimi in pasivnimi kretnjami, sicer sprva zelo previdno, nato pa bolj energično in to s hidroelektričnimi in ortopedskimi pripomočki tako dolgo, dokler ni funkcija popolna.

Velike defekte, ki granularajo, pokrivamo s plastiko po Thierschu ali Krausu ali Reverdinu.

Ko se je flegmonozni proces popolnoma pomiril, ko so defekti pokriti in ko je cikatrizacija popolna, tedaj moramo vse defekte v funkciji popraviti, sprva s konservativno ortopedsko, če pa ta nima uspeha, s kirurško plastično metodo.

Ako bi to zadnjo zahtevo v naši terapiji flegmonoznih procesov vsi bolj vpoštevali, bi imeli veliko manj invalidov.

V teh kratkih besedah sem hotel povdariti in pokazati samo to, da je flegmona zelo težko obolenje, ki ogroža posamezne dele in celi organizem. Terapija flegmone je tako važna in mnogobrojna, da ne spada niti v ordinacijo praktičnega zdravnika niti v ambulantno zdravljenje sploh. Vsaka flegmona spada na dobro opremljen kirurški oddelek. Tam pa mora priti v roke najbolj izkušenemu zdravniku, ne pa najmlajšemu sekundariju.

Literatura:

Jirasek: Rozhledy v chirurg. a gynecologiji 1934, č 3.

Kanavel: Infections of the hand London 1925.

Klapp - Beck: Das Panaritium 1923.

Lexer: Chirurg 1934. H 9.

Marc Iselin: Chirurgie de la main 1933.

Payr: Zentralblatt f. Chirurgie 1935 H No 27.

M. z. Verth: Zentralblatt f. Chirurgie 1935 H No 27.

ANALEPTIKUM
EKSPKTORANS

CALCIO-CORAMIN

(Di-piridin- β -karbonska kislina dietilamid-Kalciumrodanid)

„CIBA“

Tablete po 0,4 gr za oralno uporabo pri

BRONHITIDAH
BRONHOPNEUMONIJA
PLJUČNIH EDEMIH

KATARIH VSLED STAZE
EMFIZEMIH
PLJUČNIH ABSCESIH itd.

Cevke po 20 komadov à 0,4 gr.

Ojačeni ekspektorativni učinek in stimulans krvotoka in dihanja

GESELLSCHAFT FÜR CHEMISCHE INDUSTRIE IN BASEL



ZASTOPNIK ZA JUGOSLAVIJO:

Mr. Ph. Kaiser Dragutin, Zagreb, Mažuranićev trg 4

ROBOR M. i K.

za ojačenje živčne in telesne moči. Jako posrečena kombinacija glicerofosfata, arsena, mangana, oreha Kola in strihnirovega oreha. Orig. stekl. 130 gr. Sirup prijetnega okusa.

SKALIN M. i K.

proli kašlju in prsnim boleznim. Sigurno in zanesljivo zdravilo za vsa obolenja dihalnih organov. Orig. steklenica 140 gr. Sirup prijetnega okusa.

REAL M. i K.

pilule - Kombinirani rastlinski in organski laksans. Dovršeni regulator prebavnih organov. Orig. zavilki: škatlja z 25 pilulami.

CAMPHOSOL M. i K. injekcije

10% - vodena raztopina sulfoniranega preparata japonske kafe. — Subkutano, intravenozno in intramuskularno. V ampulah po 1,1; 2,2; 5 in 10 ccm.

CAMPHOSOL M. i K. draže

sulfonirani preparat naravne japonske kafe v subst. Orig. zavilki: škatlja z 20 dražejami a 0.10.

HIDROGEN M. i K. tablete

Hydrogenium hyperoxidatum v močnem stanju vsebuje 35% H₂ O₂. Pakirano v cevkah po 10 in 20 tablet a 1 gr.

Kemijsko-farmaceutski laboratorij
MISKOVIĆ in KOMP. Beograd, Sarajevska 84.

UROLOGIJA

Po enoglasnem mnenju avtoritet vpliva vestno in indiv. aplicirana toplota uničujoče na gonokoke.

Pri zdravljenju



**Epididymitis,
Lymphadenitis,**

**Prostatitis,
Cystitis,**

**Orchitis,
Urethritis,**

kakor tudi v vseh slučajih, kjer nam je važen učinek aktivne hiperemije, se nam obnese

ANTIPHLOGISTINA,
antiseptično termogenetično ne draži.
VZORCI IN LITERATURA BREZPLAČNO
THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEW YORK, U. S. A.
ANGLEŠKA DROGERIJA UNION,
BRATJE J. JOVANOVIĆA, BEOGRAD

Antiphlogistine



ZDRAVILIŠČE IN KOPALIŠČE



SLATINA RADENCI

Kraljevski dvorski dobavitelji

najmočnejše prirodne oglj.-kisle (CO₂) kopelji v Jugoslaviji. Izredni uspehi pri zdravljenju bolezni srca, ledvic, želodca, jeter, protina, kamnov in notranjih žlez

Sezona se prične s 1. majem

Radenske prirodne mineralne vode

Zdravilna,
Kraljeva,
Gizela,

najjačje litijske vode v Jugoslaviji
najjačje po ogljikovi kislini v Jugoslaviji
edine vode s težkimi minerali v Jugoslaviji

Gg. zdravniki imajo 50% popusta na stanovanju, kopelji brezplačno. Mineralna voda ad usum proprium vedno gratis!

Prospekti, brošure gratis!

Težave po operacijah želodca*

Ni dvoma, da z boljšo klinično in rentgenološko dijagnostiko narašča število bolnikov, pri katerih ugotovimo čirno bolezen („Ulcuskrankheit“). Prvotno postajajo radi boljše tehnike operacije na želodcu manj nevarne in radi tega češče. Operacija želodca seveda še dolgo ni ideal zdravljenja čirne bolezni, kajti vsaka operacija na želodcu je pri tej bolezni samo paliativno sredstvo, ki odstrani le komplikacije, nastale po čiru n. pr. stenosis pylori organica, ventriculus segmentatus, profuzne krvavitve vsled penetrirajočega ulkusa itd., ne odstrani pa pravega etiološkega vzroka bolezni. Čirna bolezen je vezana na konstitucijo bolnika. Radi tega tudi ostane pri bolniku nagnjenost k čiru. Radi tega pa se prav pogosto kljub operaciji ulkus tudi povrne in to posebno na mestih, kjer je sluznica v najožjem stiku z želodčno vsebino in kislino. Do danes še ne vemo pravega etiološkega vzroka za nastajanje čirne bolezni. O različnih teorijah, na tem mestu ne bom razpravjal. Danes vemo, da je bolezen vedno vezana na poseben tip človeka, t. j. na konstitucijo, ki jo imenuje Bergmann Basedow-tip, ker liči zunanost bolnikov zunanosti bolnikov, ki imajo Basedow bolezen. Ta konstitucija bolnika je dedna. Navzlic taki konstituciji pa ne more vznikniti ulkus v želodcu oziroma v duodenu, ako je izgubil želodec iz kateregakoli vzroka želodčno kislino, to se pravi, da je nastopila ahilija. Preiskave, ki so pokazale ulkus tudi pri ahilični sekreciji želodca, so zmotne. Pa tudi v normalnem primeru nastaja ulkus samo tam, kjer imamo želodčno kislino. Porajanje peptičnega ulkusa je vezano le na dele želodca in duodena, kamor sega kislina. Brez solne kisline pod nobenim pogojem ne nastane peptičen ulkus.

Moderne radikalne operacije po Billrothu I. in II. že težé k temu cilju. S tem, da odpravijo čir, istočasno resecirajo tudi del želodca, ki reflektorno oz. hormonalno povzroča sekrecijo želodca. To je zlasti antrum ventriculi in spodnji del želodčnega fundusa. Ta del želodca ima žleze, ki secernirajo neki sekretin, ki šele aktivira druge žleze v fundusu k sekreciji solne kisline in pepsina. Z resekcijo tega dela želodca po Billrothu I. in II. oz. po vseh drugih modifikacijah dosežemo umetno ahilijo, ki preprečuje vsako ponovno porajanje ulkusa. Poleg teh radikalnih operacij je bila tik po vojni v modi Eiselsbergova operacija. Ta operacija je enostavna gastroenteroanastomija, pri kateri se izloči pylorus. Skoraj z matematično rednostjo se je pojavil pri tej operaciji ulcus jejuni pepticum. Radi tega so to operacijo opustili. Najlažji poseg in v prejšnjih časih skoraj edina operacija v naših krajih pa je bila gastroenteroanastomija v različnih modifikacijah. Pri tej operaciji napravimo samo novo anastomozo s črevesom, pri čemer pa pustimo ulkus na mestu.

* Predavanje na mariborskem sestanku.

Težave, ki nastopajo po teh operacijah na želodcu, vodijo bolnika sprva nazaj h kirurgu; pozneje pa prihaja najrajši k internistu, oziroma k praktičnemu zdravniku, ker se boji ponovne operacije.

Bolezni, ki nastopajo po želodčnih operacijah, lahko ločimo v 3 skupine.

Težave, ki nastopajo tik po operaciji, oz. še za časa zdravljenja trebušne rane, spadajo v delokrog kirurga. Te komplikacije so ponavadi posledica, bodisi bolnikove konstitucije, bodisi slabe operativne tehnike, n. pr. cirkulus vitiosus, zaraščenje anastomoze in dr.

Iz lastne skušnje lahko poročam o takem nesrečnem bolniku, ki je bil radi svoje edinstvene konstitucije v dveh letih štirikrat na želodcu operiran. Radi skoraj popolne stenoze pilora je bil bolnik prvič operiran po kirurgu, ki se radi bolnikove slabosti ni upal izvesti resekcije želodca, ampak je napravil samo gastroenteroanastomijo. Toda že osmi dan po operaciji so videli, da ta anastomoza ne funkcijonira več. Radi trajnega bruhanja in acidoze v telesu je bila takojšnja operacija potrebna. Napravili so ponovno gastroenteroanastomijo z Braunovo anastomozo. Po tej operaciji je anastomoza dobro funkcionirala in bolnik se je dobro popravil; že tretji mesec po tej drugi operaciji pa so nastopile zopet ponovne čirne bolečine. Ker so te vedno bolj naraščale, je bil bolnik, ki se je med tem dobro popravil, v tretje operiran. Pri tej operaciji so našli, da je prva anastomoza ploščato zarasla. Na vходу anastomoze in pa na Braunovi anastomози so se našli povesod ponovni čiri (ulcus jejuni pepticum). Resekcija je bila izvršena po metodi Billroth II.; odstranjene so bile vse prejšnje anastomoze z več kot polovico želodca. Bolnik se je po tej tretji operaciji 12 dni počutil zelo dobro. 12. dan po operaciji pa so pričele ponovne težave in bruhanje; rentgenološka preiskava je pokazala, da se anastomoza le malo odpira in da se želodec zelo slabo spastično izpraznjuje. V pričakovanju zboljšanja funkcije želodca smo počakali pol leta. Po preteku tega časa se pa funkcija ni mnogo izboljšala. Enostranska prehrana pa je povrh povzročila toksično polineuritis, zaradi katere se bolnik ni mogel gibati. Ker se tudi po enem letu stanje ni izboljšalo, sta se operater in bolnik odločila za onovno operacijo, pri kateri so našli zopet ploščato adhezijo, ki je stenozirala izhod želodca. Po tej zadnji operaciji, pri kateri so adhezije popolnoma ločili, se bolnik počuti sedaj dobro. Upanje je, va bo vsaj po četrti operaciji dosegel trajno ozdravljenje.

Taki primeri so redki in dokazujejo, da je potrebna skrajna previdnost pri indikaciji za želodčne operacije. Take komplikacije spadajo nedvomno v delokrog kirurga, nas pa zanimajo zlasti težave, ki nastanejo šele dalj časa po operaciji, torej ki sledijo stadiju po operaciji, v katerem bolnik že lahko zavžije vsako hrano brez težav.

Pri gastroenteroanastomiji nastopata lahko dve možnosti:

Prva možnost je, da se po preteku 3—6 tednov, včasih pa šele po 3—6 mesecev povrnejo bolečine, ki so karakteristične za čirno bolezen. Pri preiskavi najdemo običajno občutljivost na pritisk na mestu anastomoze in pa včasih bolečine, ki izžarevajo v levi hypochondrium. Tiščajoče bolečine v želodcu 2—3 ur po jedi, event. bruhanje hrane, oz. velikih množin želodčnega sekreta karakterizirajo sliko ponovnega ulkusa na mestu anastomoze tako zvani ulcus jejuni pepticum. Rentgenološka preiskava nas pri navadnem pregledu pusti na cedilu. Serijske slike včasih podajo pravo diagnozo. Več nam v takih primerih pove frakcionirano črpanje želodčnega soka.

Ako najdemo pri tej preiskavi supersekrecijo in superaciditas, potem je diagnoza — ulcus jejuni pepticum — pravilna.

Druga možnost je, da nastopajo težave po nekaki zdravi fazi kot tiščajoče bolečine po jedi, občutljivost na pritisk v epigastriju, večkratno bruhanje neprebavljenih jedi, obstipacija, ki jo včasih zamenjuje diareja. Rentgenološka preiskava v takih primerih ponavadi pokaže, da je anastomoza dobro prehodna, na mestu anastomoze in pa v želodcu samem najdemo zelo močne gube, ki so karakteristične za gastritis. Frakcionirano črpanje podá ponavadi ahilijo s supersekrecijo. Ta ahilična gastritis, ki je vzrok vsem gornjim težavam, je pa za trajno ozdravljenje ulkusa in za preprečenje ulcus jejuni pepticum nujno potrebna; kajti le na podlagi te gastritide nastopa ahilija, ki ozdravi star ulkus in preprečuje novega. O vzroku te gastritide vemo malo. Ponavadi je ta gastritis v želodcu že pred operacijo, po operaciji se zaradi boljšega izpraznjevanja želodca zopet nekoliko popravi, poslabša pa se takoj, ako bolnik ne posveča potrebne pažnje prehrani po operaciji.

Iste možnosti kot pri gastroenteroanastomiji najdemo tudi pri bolnikih po resekcijah. Pri Billrothu I. in II. v prvi vrsti gastritis in achylia. Ulcus jejuni pepticum pa nastaja pri Billroth I. v večjem številu kot pri Billroth II. Diferencijacijo ahilične gastritide in ulcus jejuni pepticum daje zopet frakcionirano črpanje želodca. Poleg tega nastopajo pri teh radikalnih operacijah, kjer resecirajo včasih več kot polovico želodca, težave v prebavnem traktu, zaradi prehitrega izpraznjevanja in zmanjšane površine želodca. Na ta način nastajajo kronične gastrogene diareje in enteritide. Takih težav ima operacija po Billroth I. manj kot operacija po Billroth II., ker se pri prvi izprazni želodčna vsebina per vias naturales v duodenum.

Po vseh operacijah na želodcu pa se lahko pojavijo anemije, včasih sekundarnega, včasih hiperkromnega tipa.

Terapija je pri ulcus jejuni pepticum edino le ponovna operacija in to radikalna resekcija. Kajti do danes nimamo sredstva, da bi internim potom ozdravili ulcus jejuni pepticum. Za dober uspeh take operacije je pa nujno potrebno, da čimpreje postavimo dijagnozo.

Edino zdravljenje gastritične ahilije je dolgotrajna dietetična terapija, ta pa je dolgotrajna. Več nego terapija pa premore pri želodčnih operacijah profilaksa, to se pravi pravilen dietetični režim po operacijah. Ta režim je na internem oddelku občé državne bolnice v Ljubljani sporazumno s kirurškim oddelkom tale: vsak bolnik se javi po odhodu iz kirg. oddelka za kontrolno klinično in rentgenološko preiskavo na internem oddelku. Tam dobi bolnik pri odhodu iz bolnice naročilo naj se javi k ponovnemu pregledu čez 6 mesecev. S seboj pa dobi sledeča navodila: Prehrana bodi razdeljena na več majhnih obrokov čez dan. Poleg tega ne sme uživati sledečih hranil:

1. Surovo sadje, marmelada, malinovec.
2. Svež kruh, posebno ržen, sveže kvašene močnate jedi.

3. alkoholne pijače, posebno žganje in kislina vina (dovoljeno dalma-tinsko črno vino), črna kava, kajenje in žvečenje tobaka.
4. Ojstre začimbe: poper, paprika, gorčica (zenf), mesni ekstrakti, ma- stna goveja juha.
5. Prekajeno meso, klobase, salame.
6. Fižol, leča, grah (pasirano dovoljeno), surovo sočivje, kislo zelje, kumare in ohrovt.
7. Preveč mastne, oz. preveč sladke močnate jedi, n. pr. torte itd.

Po teh navodilih se mora bolnik ravnati pol do enega leta. Anemije zdravimo s krvno transfuzijo in jetrnimi preparati.

Ako se bolnik ne more ali noče pokoravati dijetetičnim navodilom, potem je skoro neizbežno, da nastopajo gastritične težave. Dietetično zdravljenje gastritide pa je dolgotrajno in mučno za zdravnika in bolnika. Včasih pripomoremo k boljši prebavi z umetno solno kislino oz. pankreatičnimi fermenti.

Težave, ki nastopajo po operacijah na želodcu, lahko, kakor sem ome-nil, pravočasno preprečimo oz. omilimo. Vendar je še danes operacija na želodcu brez striktno indikacije tvegana. Radi tega je pri vsaki želodčni operaciji dobro, da delata internist in kirurg roko v roko pred in po ope-raciji. Praktičnemu zdravniku pa moramo nujno nasvetovati, da bolnika v prvem letu brzda glede prehrane in pa da ga ob večjih težavah pošlje čim- preje v svrhu točne ugotovitve v bolnico. Na ta način bo žela visoka ki- rurška tehnika res tiste uspehe po operacijah na želodcu, ki jih zasluži, dokler se ne bo našla boljša, fiziološka pot za zdravljenje čirne bolezni.

Primarij Dr. MINAŘ FRAN, šef ortop. oddelka obče državne bolnišnice v Ljubljani

Mehanizem poškodb meniskov in operativne indikacije*

(Nadaljevanje in konec)

Mehanizem lezij meniskov ni torej enoličen, odnosno tipičen. Njegove razne fiziološke ter dinamične komponente povzročujejo tudi raznovrstne anatomske poškodbe, ki jih lahko uvrstimo v več tipičnih skupin.

- A) Longitudinalne abrupcije celega meniska od kapsule.
- B) Poševne raztrganine v sredini meniska v „locus min. resistentiae.“
- C) Abrupcije zadnjega odnosno sprednjega konca meniska.
- D) Trajna labilnost (nestanovitnost) meniska vsled kronično raztegnje-nih in ohlapnih vezi v kolenu.

Izmed poškodb je longitudinalna ruptura meniska najtežja. Meniskus se odtrga v celi svoji dolžini od kapsule in skoči v notranjščino kolena. Ta

* Predavanja na mariborskem sestanku oktobra 1955.

ZANESLJIVI DOMAČI
STANDARDIZIRANI EKSPEKTORANS
s 100%-nim delovanjem radix ipecacuanhae

RADIPON

in Radipon c. codeino tablete

vsebuje alkaloide rad. ipecacuanhae (emetin), liq. ammon. anis. v suhi obliki in pri varianti 0,02 g cod. phosphor. po tableti.

Izboljšana forma medikacije, ki za razliko od infusum ipecacuanhae deluje stabilno, je neomejeno trajna, ima za uporabo praktično in ugodno obliko ter se odlikuje z nizko ceno.

Kot ekspaktorans pri tuberkulozi, bronhitidi, pleuritidi, bronhopneumoniji, emfysemu, oslovskem kašlju, influenci in vseh boleznih, pri katerih se pojavlja kašelj.

CENA ZA PUBLIKO :

RADIPON

cevka z 10 tabletami Din 15.—

Radipon c. codeino

cevka z 10 tabletami Din 20.—

Vzorce in literaturo pošilja na zahtevo

DR. A. WANDER D. D. ZAGREB

TVORNICA FARMACEVTSKIH IN DIETETSKIH PREPARATOV

TVORNICA TELOVADNEGA ORODJA

J. ORAŽEM

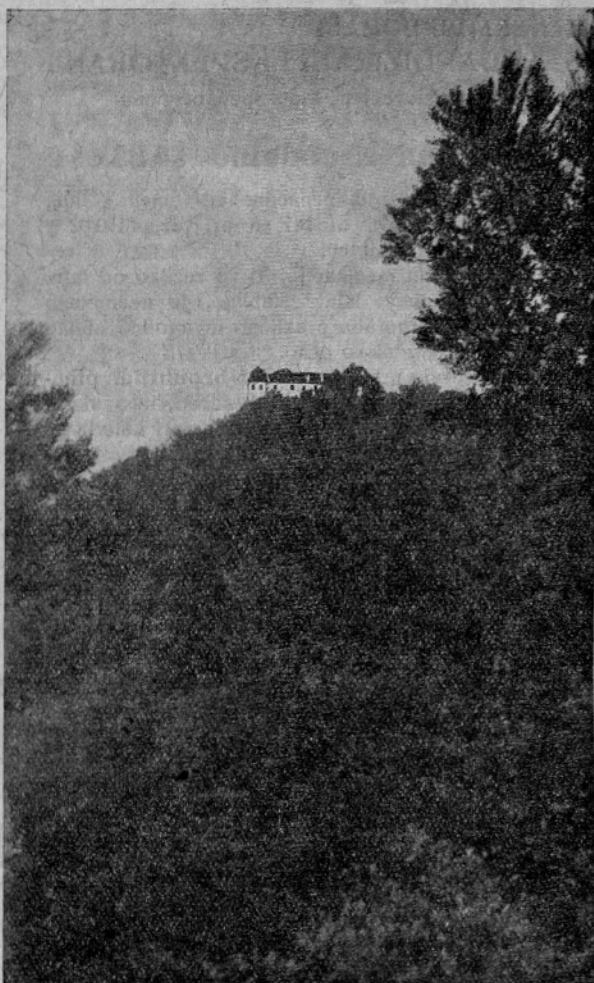
RIBNICA
NA DOLENJSKEM

Proizvaja ordinacijsko naprave, kakor: Ordinacijske mize in stole za splošno in zobno, stolčke na vijak, irigatorje, mizice za instrumente itd. dovršene instrukcije. — Zahtevajte ponudbe. — Cene izredno nizke. — Na razpolago najboljše reference.



GOSPOD TOVARIŠ,

tvrdke, ki oglašujejo v Zdravn. Vestniku, so v vsakem oziru posebno priporočljive, zato krijte svojo potrebo pri teh tvrdkah! Vedno pa, kadar kaj naročite pri kaki tvrdki, pa bodisi tudi samo vzorce in literature — se sklicujte, prosim, na Zdravniški Vestnik! S tem koristite sebi in svojemu glasilu.



ZDRAVILIŠČE VURBERG

sprejema celo leto
bolne na pljučih. —
Zdravilišče je oprem-
ljeno z vsem, kar je
za zdravljenje pljučne
tuberkuloze potrebno.

Izredno ugodna lega,
sijajen razgled.

CENE:

v sobi z 1 posteljo

Din 100.—

v sobi z več postelj.

Din 55.—

Državni in banovinski
nameščenci 10% pop.

Informacije daje

UPRAVA ZDRAVILIŠČA

pošta VURBERG pri Ptuj

Röntgen

FILMI - PLOŠČE - PAPIRJI

Röntgen

Cene nizke, postrežba točna!

Zahtevajte ponudbe:

DROG. ADRIJA — LJUBLJANA — ŠELENBURGOVA

oblika spada v skupino poklicnih poškodb n. pr. pri rudarjih in vrtnarjih, ki vršijo svoj poklic kleče odnosno v počepu. Smučanje in drugi sporti, pri katerih se koleno ritmično flectira in ki so zvezani z istočasno abdukcijo kraka, povzročajo slične poškodbe; prav tako naporni fizični prigibi, posebno, če se jim pridruži padec in s tem forsirana ekstenzija. Pogostoma tiči vzrok abrupcije v sumaciji več poškodb, ki povzročajo zaporedoma pokline meniskov v obliki „meniscus bipartitus“ ali „meniscus multifissus“. Vsled ponavljajočih se traum se razpoke polagoma povečajo, tako da ne ostane od srednjega dela meniska nič drugega kot ozka zveza med obema perifernima deloma v obliki „vrvice na loku“ (lokovičasti meniscus [Frejka], meniskus v obliki ročaja košarice [Jirásek], Buckel-, Handleform, en anse de seu). Ta patološki meniskus predisponira k luksacijam bodisi akutnega, bodisi kroničnega značaja.

Poškodbe skupine B in C, namreč razpoke v sredini meniska, nastanejo vsled nagle rotacije na vznotraj, odtrganine sprednjega oziroma zadnjega konca meniska nastanejo pri drsanju kondila v trenutku „zaključne rotacije femorja“, posebno če je bila ekstenzija nekoliko nagla in nepričakovana. Te lezije prihajajo pri sportnikih odnosno pri nezgodah v dnevnem življenju na primer: pri odskoku iz višine, pri padcu po stopnicah itd.

Poškodbe meniska omenjene v skupini D nastanejo polagoma pri insuficienci kolenskih vezi pod kvarnim vplivom raznih poklicev (težki socialni poklici, naporni sporti). Labilen menisk ne dela nobenih posebnih bolečin, ampak povzroča labilnost in gugalno hojo v kolenu. Z operacijo (ekstirpacija celega meniska) se patološko stanje kolena popravi (Bircher, Wittek, Frejka).

Klinična simptomatologija lezije meniska ne spada v okvir našega predavanja, toda moram jo vsaj na kratko omeniti že radi logične zveze med mehanizmom in terapevtičnimi indikacijami patologije traum meniska, ker bi nastala sicer pomanjkljiva vrzel v kontinuiteti v temi določenega predmeta.

Simptomi akutnih lezij meniska so sledeči:

1. Zanesljivi anamnestični podatki, ki nam omogočajo rekonstrukcijo mehanizma poškodbe.

2. Izliv v kolenu.

3. Bolečine v špranji pod medialnim odnosno lateralnim kondilom, to je na mestu, kjer je meniskus običajno lediran.

4. Blokirana ekstenzija kolena.

5. Negativen skiagrafičen izvid, ki eliminira eventualno drugo poškodbo takozvanega „dérangement interne.“

Diagnoza akutnih poškodb meniska ne more torej povzročati posebnih težav, če se anamnestični podatki in klinični znaki pravilno razumevajo in tolmačijo.

Klinični simptomi kroničnih lezij meniskov (luxatio menisci recidivans) so nekoliko drugačni.

1. Anamneza vsebuje resno poškodbo meniska, ki je trajala 3—6 tednov. Tej sledi ponavadi še večkratna luksacija v različno dolgih presledkih z manj intenzivnim potekom in majhnimi težavami. Karakteristično je še to, da nastanejo ponovne luksacije vsled neznatnih povodov (hoja po neravnem terenu, nagla rotacija stegna pri plesu ali pri odklepanju vrat s ključem in slično).

2. Bolečine se pojavijo samo v trenutku luksacije meniska in poenjajo takoj, ko je bil meniskus reponiran odnosno, ko je skočil sam nazaj.

3. Izliv v sklep je pri ponovnih luksacijah minimalen.

4. *Musc. quadriceps* izkazuje močno atrofijo.

5. Pri eksperimentu rekonstruiranja mehanizma luksacije čutimo palpatorično prasketanje in slišimo pokanje v sklepu.

Vrednost artroskopije v diagnostične svrhe (Bircher, Burman) je minimalna. Artroskopija je po mnenju drugih celó nevarna (Jirasek). Skiagrafična diagnostika s kontrastnimi sredstvi je v sedanji obliki komplicirana in brez prave praktične vrednosti.

Nekoliko težji problem je druga točka naše teze, to je: vprašanje pravilne indikacije zdravljenja lediranih meniskov.

Zdravljenje akutnih in svežih poškodb meniskov je neoporečno konservativno iz razloga, ker s konservativnimi načini veliko število slučajev popolnoma ozdravi. Bircher navaja 80 %, Frejka in večina drugih 75 %, samo Mandel poroča o nižjem procentualnem številu izlečenja cca 35 %.

Konzervativno zdravljenje vršimo s punkcijo izliva v kolenu, repozicijo meniska in fiksacijo kolena v sadreni obvezi.

Repozicija prihaja v poštev največ pri luksaciji medialnega meniska (lokovičasti meniskus), ki se je zataknil na medialnem kondilu stegenice. Repozicija nastane večinoma avtomatično, če se pacient vleže in miruje. Če se meniskus avtomatično ne reponira, mora izvršiti repozicijo zdravnik. Repozicija je razmeroma lahka. Pacient se vleže na hrbet in koleno preganemo do popolne fleksije. V tem slučaju je sklep zadostno odprt. Zdravnik pritiska s palcem ene roke na tipično mesto in rotira z drugo roko krak na zunaj odnosno na znotraj. Nato potisne menisk v notranjščino kolena. Počasna ekstenzija, ki sledi dovrši repozicijo.

Repozicija se posreči običajno brez vsake anestezije. V izjemnih slučajih je potrebna lokalna anestezija. Le izjemoma je potrebna narkoza. Payr ima posebno metodo, ker injicira 0,5 % raztopino novocaina v sklep. Novocain pomiri bolečine in povzroča popolno anestezijo sklepa tako, da pacient lahko hodi in pri hoji luksiran menisk polagoma reponira.

Prosto gibanje v sklepu in odjenjanje bolečin so dokaz pravilne repozicije.

Po repoziciji sledi fiksacija kolena za dobo štirih tednov. Pacient ostane v postelji samo dva do štiri dni in nato lahko hodi odnosno vrši brez nadaljnega svoj redni poklic, posebno če je intelektualec in ima delo samo v pisarni.

Zgodovina poškodb v kolenu navaja, da so bile lezije meniskov dobro znane že pri grških in rimskih atletih in da sta jih že Hipokrates in Vesalius uspešno zdravila (Fisher). Tudi v zibelki sporta, namreč v Angliji, kjer so poznali poškodbe meniskov že v drugi polovici prejšnjega stoletja, je bila repozicija dotičnih popolnoma navadna zadeva. Z repozicijo meniskov se niso pečali zdravniki, temveč poklicni „bone setters“, ki so bili naravnost virtuozni v tem posegu. Izlečili so baje v kratkem času tudi težke slučaje luksacij meniskov, pri katerih so se brezuspešno trudili renomirani kirurgi (Frejka).

Za radikalno operacijo pridejo torej v poštev slučaji poškodbe meniskov, ki se niso s konservativnimi načini pozdravili in ki povzročajo trajne bolečine odnočno, pri katerih je kapsula tako zrahljana in šibka, da se meniskus trajno reluksira. V ostalem ne bo nezanimivo pripomniti, da mnogi poskušajo tudi še pri kronično recidivujočih primerih luksacije meniska uveljaviti konservativno zdravljenje z večtedensko fiksacijo v sadreni obvezi ter naknadnim faradiziranjem in masiranjem atrofičnega kvadricepsa. Bircher navaja, da se posreči s tem načinom preprečiti recidive pri 28 % neoperiranih slučajev. Angleški in ameriški strokovnjaki čakajo z operacijo približno 1 leto — Kostlivý priporoča vsaj eno leto karence. Predolgo čakanje in odlašanje z operacijo ni priporočljivo, delno iz socialnih razlogov, delno pa radi nevarnosti artritičnih komplikacij, ki so pri takih kolnih na dnevnem redu.

Radikalno operativno zdravljenje v obliki ekstirpacije meniska ni novo. Zgodovina medicine omenja, da je prvo operacijo na meniskih izvedel prof. kirurg v Edinburgu Thomas Anneridale v l. 1879. Prvo monografijo o poškodbah meniskov in operaciji je napisal v l. 1889 Herbert Alldigham. V Franciji je izvršil prvo operacijo na meniskih Michon (1906). V naši dobi vršijo operacije meniskov povsod. Robert Jones jo je vršil redno že več kot 30 let. Bircher in Wittek razpolagata s slučaji, pri katerih je poteklo od operacije 20 do 25 let.

K tehniki operacije je treba pripomniti, da je stroga asepsa, menjanje instrumentarija tekom operacije in operiranje z instrumenti brez lipanja s prsti absolutno potrebno.

V zadevi zareze niso operaterji složni. Anglosaksonski kirurgi se poslužujejo parapatelarnih longitudinalnih zarez v dolžini 6—8 cm. Izmed priporočenih incizij pridejo v poštev sledeči:

1. Parapatelarna zareza, 3 cm dorzalno in medialno od pogačice.
2. Poševna zareza od epikondila femurja k inzerciji lig. pat. proprium (Bragard, Petřivalský).
3. Zareza v obliki črke S po Payeru.
4. Lokovita zareza v longitudinalnem pravcu (Fisher).
5. Transpatelarna zareza (Kostlivý).

Zareze od Bragard-a in Payer-a, kakor tudi druge parapatelarne zareze so uporabljive samo za operacije na sprednjem in srednjem delu meniska.

Romanska šola (Tavernier, Mouchet) rabi transverzalno zarezo na medialni strani kolena v višini pregiba. Ta zareza ima bajé to prednost, da se lahko odstrani ves meniskus. Vzrok, da je anglosaksonska šola zoper to zarezo, je bajé težka lezija kapsule in sprednjega dela lig. coll. tibiale. Tavernier ugovarja tem razlogom trdeč, da so samo teoretičnega značaja. (Aussi ne puis je comprendre qu'on se prive des avantages de cette incision par une crainte purement théorique).

Pri odprtem kolenu pride v poštev zelo važno vprašanje, ki ni do danes končno veljavno rešeno namreč: koliko meniska naj odstranimo pri operaciji? Italijanska šola (Donati) priporoča ekstirpacijo vsega meniska, zagovarjajoč ta poseg z možnostjo recidive, če meniska radikalno ne odstranimo. Anglosaksonska šola (Bristow, Robert Jones, Bircher, Henschen, Jeselin) meni, da je potreben odstranitve samo ta del meniska, ki je patologičen ali odtrgan. Zadnji del meniska, ki je solidno priraščen na kapsulo in ligamentum, ni potreben ekstirpacije, če ni longitudinalno odtrgan. Koleno brez meniska bajé predisponira k sekundarnim artritičnim obolenjem. Zahradniček trdi, da so ostanki meniska funkcionalno zelo koristni, ker delujejo pri hoji kot elastičen odbijač. Pacijenti, pri katerih je bil zdravi del meniska ohranjen, občutijo subjektivno večjo sigurnost pri lokomociji, kot ti, pri katerih je bil ves menisk odstranjen.

Ime operaterja:	Pacijent ostane po operaciji v postelji dni	Pacijent prične hoditi v sadreni obvezi po dnevih	Pacijent poslan za delo in spori fizično popolnoma sposoben po dnevih
Wittek, Hass, Kostlivý, Frejka	8	8	28—42
Boppe, Braine, Galleazi, Sherman, Peřivalski	10—12—14	—	42—56
Puti, Galli, Erlacher	14	14	—
Tavernier, Turner, Mouchet	10	—	21—40
Henderson	5	5—7	7
Robert Jones	7	—	—
Porter	3—4	3	21—28

Radi popolnosti je treba omeniti, da Katzenstein uporablja lastno metodo, ki obstoji v fiksaciji odtrganega konca meniska s svilnatim šivom na kapsulo. Šivanje kolena mora biti zelo natančno v dveh odnosno treh plasteh. Kot material uporabljamo konjsko žimo, svilo in silkworm.

Glede imobilizacije kolena po operaciji so mnenja zelo deljena. Naši operiranci ostanejo 10 dni v postelji. Po 10 dnevih odstranimo šive in pacient dobi še lahko škrobovo obvezo za dobo 10 dni. Nato sledi fizikalno zdravljenje še 2—3 tedne. Torej doba zdravljenja računajoč od dneva operacije traja pri naših bolnikih 5—6 tednov. Od leta 1933 je bilo sprejetih na ortop. oddelek 42 bolnikov z lezijo meniska, izmed katerih je bilo 13 operiranih in 29 konzervativno zdravljenih.

Glavni urednik časopisa „The Journal of Bone and Joint Surgery“ Brackett je razposlal v letu 1932 svojim čitateljem več važnih vprašanj v odgovor. Odgovore posameznih strokovnjakov je objavil v istem letniku. Številke, ki so navedene v tabeli, so povzete iz posameznih pisem tega članka in bodo služile vsakemu kot kažipot ter navodilo gledé načina in trajanja postoperativnega zdravljenja.

Iz poročil posameznih operaterjev je razvidno, da sta doba, ki jo smatrajo kot potrebno za zdravljenje po operaciji in rekonvalescenca zelo različni. Angleški in ameriški ortopedi, kakor je iz statistike razvidno, pustijo pacienta ležati le nekoliko dni. Pacient prične hoditi že v prvem tednu in je po preteku 3—4 tednov fizično za prejšnje delo sposoben. Večina operaterjev se drži normalnega termina, ki je potreben za celitev rane namreč 8—12 dni in tudi še po preteku tega časa dovoljujejo hojo samo s fiksno obvezo, približno istotoliko časa. Še markantnejša je razlika mnenj, kdaj postane pacient fizično sposoben za sport, delo in druge napore. V tem pogledu so velike difference, ker doba rekonvalescence, ki jo odredjujejo posamezni ortopedi, traja od 21 do 56 dni. Vzrok tiči morda v tehniki operacije posameznih strokovnjakov.

V kratkem informativnem predavanju sem podal najbolj aktualne podatke tega perečega in modernega vprašanja nezgodne in sportne medicine v luči in naziranju, ki je za današnje stanje merodajno. S tem studij o tem predmetu ni definitivno zaključen in upam, da bom imel priliko še enkrat poročati o tem važnem poglavju ortopedske kirurgije bodisi po lastnih skušnjah, bodisi na podlagi publikacij odličnih specialistov te stroke na prihodnjem internacionalnem kongresu za ortopedsko kirurgijo v Rimu, ki bo morda pripomogel obrazloženju več važnih vprašanj klinične patologije meniskov, ki so do danes nezadostno pojasnjena.

Zusammenfassung:

Dr. Franz Minaš, Chef der orthopädischen Abteilung des Staatsspitals in Ljubljana: **Meniskusverletzungen, Mechanismus ihrer Entstehung und therapeutische Indikationen.** -- Meniskusverletzungen bilden ein wichtiges Kapitel sowohl für die allgemeine und orthopädische Chirurgie, als auch für jeden Arzt, der mit Sport- und Unfallverletzungen zu tun hat. Autor erörtert zwei wichtige Fragen, nämlich die Entstehung der Verletzungen und ihre therapeutische Indikationen.

Die Rekonstruktion des Mechanismus der Meniskusverletzungen bietet einen wichtigen diagnostischen Behelf. Auf Grund eigener Beobachtung in 42 Fällen und des Resümées des letzten orthopädischen Kongresses in Brno betrachtet er als das wich-

tigste Moment für die Entstehung der Verletzung die innere Rotation des Oberschenkels während der extremen Flexion des Knies. In diesem Momente werden die Ligamente des Meniskus äusserst gespannt, wobei das freie Ende des Meniskus leicht reissen kann, weil die rückwärtige Hälfte an die Kapsel fest angewachsen und deshalb unbeweglich ist. Durch diesen Mechanismus kann man die totale Ruptur des Meniskus, seine Querruptur, sowie auch die Abruptio des vorderen Endes gut erklären. Die Luxation entsteht dadurch, dass in der oben beschriebenen Kniestellung der Meniskus aus dem Knie heraustritt, sich am Kondylus fängt und dadurch reisst oder luxiert (Robert Jones, Bristow). Manche Autoren schreiben der gleichzeitigen Abduktion des Unterschenkels eine wichtige Rolle zu (Skifahrer), Es ist nicht ausgeschlossen, dass die nachfolgende bruske Extension die in der Flexion vorbereitete Vorletzung des Meniskus vollendet.

Zur Frage der therapeutischen Indikation ist wichtig zu bemerken, dass nach der Erfahrung der meisten Fachleute 75 bis 80% der Meniskusverletzungen auf konservativem Wege (Punktion des Exudates, Reposition des Meniskus und Fixatio im Gipsverband) zu heilen sind. Für die übrigen 25 bis 20%, welche chronisch rezidivieren, gilt die radikale Operation als einzige therapeutische Indikation. Es werden zweierlei Inzisionen angewendet. Die angelsächsischen Chirurgen (Robert Jones, Payer etc.) führen einen longitudinalen Schnitt von cca 10 cm Länge an der medialen Seite der Knie-scheibe. Durch diesen Schnitt sollen Kapsel und Ligamentum angeblich nicht beschädigt werden. Die romanische Schule (Tavernier, Mouchet) bevorzugt den transversalen Schnitt an der medialen Seite des Knies, welcher angeblich übersichtlicher ist und aus dem man ohne Schwierigkeit den ganzen Meniskus beseitigen kann. Die italienische Schule empfiehlt die totale Exstirpation des Meniskus, wogegen die meisten Fachleute den Standpunkt vertreten, möglichst konservativ vorzugehen und nur den verletzten, oder abgerissenen Teil des Meniskus zu exstirpieren.

Sehr wichtig ist die Nachbehandlung, wobei die Meinungen auch sehr verschieden sind. Die Amerikaner begnügen sich mit einer 3 bis 7 tägigen Bettruhe nach der Operation (Turner, Henderson), während sonst die Patienten meist 8 bis 14 Tage im Bette belassen werden. Die Erwerbs- und Sportfähigkeit ist nach Angabe amerikanischer Aerzte in 3 Wochen erreicht, wogegen sonst allgemein 6 bis 7 Wochen als für die Rekonvaleszenz notwendig betrachtet werden.

Dr. LEO ŠAVNIK, ginekolog, Ljubljana

O Ogino-Knaus-ovi teoriji

(Nadaljevanje)

Kako določimo plodne in neplodne dni po Ogino-Knaus-u?

Kakor smo že razvideli iz prvega dela mojega predavanja, ne more več držati hipoteza, da bi bila žena v vsakem času intermenstruuma plodna. To vedo mnoge popolnoma preproste žene iz lastne izkušnje in se zlasti večkrat na deželi skoro bi rekeli podzavestno po tem ravnaajo. Posebno jim je znana sterilnost v zadnjem tednu oz. zadnje dni pred menstruacijo.

Če pogledamo nazaj v zgodovino ali celo v predzgodovino človeštva, najdemo že v babilonskem Talmudu in v Mojzesovih zakonih mnenje, da more žena koncipirati samo kmalu po kopelji, kakor je predpisana po Mojzesovih zakonih o menstruaciji. Židi imajo namreč po svojem ritu koitus prepovedan 1. najmanj 24 ur pred menstruacijo, 2. med menstruacijo naj-

manj 5 dni, tudi če že konča poprej, n. pr. v 2. ali 3. dneh in 3. še nadaljnih 7 dni, torej vsega skupaj 12 dni od začetka menstruacije. Če pa traja menses delj kot 5 dni, pa najmanj še en teden potem, ko je menses končala.

Po tem računu vidimo, da padejo prvi za koitus dovoljeni dnevi baš v optimum za koncepcijo. Po vsem tem izgleda, da so v starem veku že poznali periodično plodnost žene, ki jo je bilo treba našemu modernemu času še enkrat iznajti, žal pa še vedno ne pripisujemo temu problemu one važnosti, ki jo zasluži.

V preteklem stoletju l. 1845 sta opozorila dva francoska avtorja na podlagi opazovanj novoporočencev, da obstoja v antemenstruumu fiziološka sterilnost. Opažala sta namreč, da je prišlo pri onih ženah, ki so se poročile 10—12 dni po menstruaciji, vedno še najmanj 1 krat do menstruacije, predno je žena koncipirala. Interesantno je, da navaja podobno statistiko Ogino v svoji knjigi, ki je izšla koncem lanskega leta 1935.

Tudi že Pouchet leta 1842. in Th. Bischof leta 1843. obravnavata v svojih monografijah o fiziologiji spočetja premenstrualno sterilnost žene. Vse te izsledke so pa iztrgala iz pozabljenja šele raziskavanja zadnjih par decenijev, ki so nam po zaslugi R. Mayer-ja, Schröder-ja, Fraenkel-a in drugih prinesla jasno sliko o fiziološkem ustroju ženskih spolnih organov in dovedla tako nujno do problema plodnosti, ki je razburkal v zadnjih letih vse ginekološko strokovno časopisje.

Po tem majhnem pogledu v zgodovino moramo preiti nazaj k določitvi plodnih dni. Dokazano je, da je jajčece po ovulaciji samo prav malo časa plodno, najbrž celó samo na dan ovulacije, nekoliko dalje časa je pa ploden sperma. Zato izgleda, da mora spermij takorekoč že čakati na jajčece. Ker pa tudi spermij izgubi po vseh dosedanjih izkušnjah v toploti ženskega genitala in vsled kemizma vaginalne sluzi v manj kot 48 urah svojo oplodilno zmožnost, mora priti kvečjemu v zadnjih 2 dneh pred ovulacijo v žensko spolovilo. Iz tega sledi, da more biti žena plodna komaj 3 dni v ciklu in to je na dan ovulacije in 2 dni poprej.

Ovulacija nastopa redno in spontano 15. dan pred menstruacijo, torej pri 26-dnevnem ciklu 12. dan, pri 28-dnevnem 14. dan, pri 30-dnevnem 16. dan računši od početka zadnje menstruacije.

Če smo si torej zapisovali menstruacijske termine enega leta, smo našli n. pr. nihanje ciklusa med 28 in 30 dnevi. Termin ovulacije bi bil v tem slučaju med 14. in 16. dnevom. Ker ostanejo spermiji 48 ur plodni v ženskem genitalu, moramo vzeti za plodna oba dneva pred ovulacijo. Knaus je dodal tej svoji izračunani koncepcijski možnosti zaradi fizioloških sprememb v ciklusu tekom enega leta še dva dni pred ovulacijo in en dan po ovulaciji. Tako smatra on teh pet dni za fertile, vse druge v ciklu pa za sterilne za dotično ženo.

V podkrepitev navaja Knaus tu slučaj, kjer je bilo izvršenih 50 normalnih koitov v sterilnih dneh, ki niso nikdar pripeljali do nosečnosti, med-

tem ko je 51-emu, izvršenemu dan pred ovulacijo, takoj sledila nosečnost. V poznejših publikacijah navaja Knaus še več takih slučajev in tudi slučajev drugih zdravnikov iz vseh krajev sveta, ki sem jih imel priliko sam pregledati.

Začetek menstruacije	Trajanje menstrualnega cikla													
	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28
7. III. 1932														
4. IV.														
3. V.														
30. V.			×		×									
28. VI.			×		×									
25. VII.														
22. VIII.														
19. IX.														
15. X.			×											
13. XI.					×									
12. XII.			×		×									
7. I. 1933														
4. II.			×		×									
3. III.														

||| = Ovulacija × = Kohabitacija

Tabela kaže menstruacijski seznam 22-letne žene, ki je menstruovala prvič z 15. letom. nato naslednji 2 leti neredno, potem pa redno na 26—29 dni. Deflorirana 31. marca 1932. — Tabela nam pokaže, kako si najbolje registriramo menstr. date koitov ter event. predvidne termine vsakomesečne ovulacije. Iz zaznamkov moremo jasno videti, da so vsi koitusi, ki so bili izvršeni v času izven optimalnih dni, ostali sterilni in to brez vsakega preventivnega sredstva.

Razvoj cikličnih sprememb pri oplojenem in neoplojenem jajčecu in reakcijo maternične sluznice prav lepo in pregledno prikaže Knaus shematično v svoji knjigi.

Na podlagi teh dveh shem moremo videti, kako kronološko pravilno potekajo posamezne faze plojenja, ki začne s koitom, ovulacijo in koncepcijo (impregnacijo s spermo), potom katere dobi jajčece šele možnost nadaljnega razvoja. Prvih 24 ur se nahaja jajčece v stadiju dvoceličnega sistema, koncem 2. dneva že v štadiju troceličnega sistema in je obdan od že omenjenega beljakovinastega plašča, ki mu služi za prehrano, dokler se ne naseli v maternici. V tem stadiju potuje jajčece skozi jajcevod (tubo) v maternico, kamor pride šele 6.—8. dan po ovulaciji kot gladka napeta kroglica. Vsled procesov delitve v notranjščini jajčeca počni mrena, ki obdaja jajčece in šele sedaj je jajčece zrelo za implantacijo, ki se izvrši 10. dan po ovulaciji. S tem momentom stopi jajčece v organično zvezo z maternim organizmom in izpremeni po hormonih horionskega epitela corpus luteum metooestrum (spurium) v corpus luteum graviditatis.

Če pa jajčece ni bilo oplojeno (kar nam kaže drugi shema), potem ne pride do implantacije jajčeca v maternično sluznico in jajčece, ki hitro

degenerira, odide iz žene najbrž še nerazpadlo tik pred ali z menstruacijo. Tukaj funkcionira corp. luteum 14 dni, nato pa brž degenerira in dovede na ta način, da izloča vedno manj svojega inkreta, do razpada hipertrofične sluznice in tako do menstruacije. To razdobje med ovulacijo in naslednjo menstruacijo je torej stalno in se more izpremeniti samo pod patološkimi pogoji n. pr. pri corpus luteum persistens ali pri luteinskih cistah, pri horioepiteliomu, moli in tumorju hipofize. Redko je razdobje spremenjeno radi takozvane pozne ovulacije (Spätovulation), ki nastane pri oškodovanjih ali boleznih ovarija.

Take žene tvorijo tudi gotov kader onih sterilnih ženâ, ki ne morejo koncipirati, čeprav ne najdemo na genitalu niti anatomsko niti funkcionalno ničesar, ali pa ki zelo težko koncipirajo in so podvržene habitualnim abortusom. Tudi če pride pri taki ženi do koncepcije, je dosegel jajček impregnacijo po 8 dneh že v času, ko je corpus luteum spurium s svojo funkcijo že skoraj prenehal in je menses že izzval.

Na podlagi najrazličnejših preiskavanj je Knaus v zadnjem času tudi trdil, da eksistirajo pri ženi, posebno v mladosti in po 40. letu, krvavitve brez ovulacije in brez tvorjenja rumenega telesca. On smatra za vzrok tem krvavitvam degeneracijo folikla v preseniju ali mladosti in torej za fiziološki pojav, lahko pa tudi kot izraz napačnega razvoja ovarijev, različnega oškodovanja po akutnih in kroničnih vnetjih ali izčrpanosti celega organizma vsled težkih bolezni, dolgotrajne laktacije, nosečnosti in podobnih oškodovanj.

V živalstvu najdemo podoben pojav pri opicah. Tu najdemo dve vrsti cikličnih sprememb in sicer: pozimi menstruacijo z ovulacijo in tvorjenjem rumenega telesca, poleti pa krvavitve brez ovulacije in brez rumenih telesca. Seveda so tudi anatomske spremembe tako ovarija kot maternične sluznice pri obeh tipih teh krvavitve različne. Pri prvem razpad prave sluznice, ki je vsled foliklovega hormona hipertrofirala in bila nato po corp. lut. hormonu izpremenjena v sekrecijsko fazo, pri drugem pa nastopajo krvavitve samo iz sluznice, ki je hipertrofirala potom dražljaja foliklovega hormona. Te krvavitve so torej samo krvavitve iz proliferirane sluznice, ne pa iz pravega, ciklično delujočega endometrija.

Pomen Ogino-Knaus-ove metode

Ogino-Knaus-ova metoda ni nova, ampak je v tej formi, kot ste jo slišali, že v opazovanju in rabi 5—6 let. Sprejeta je bila od znanstvenega sveta zelo skeptično, vendar ji je pa uspelo, da se je v teh letih uveljavila in pokazala, da ji bo usojena v življenju žene zelo važna vloga.

Poglejmo malo v bodočnost, kaj nam obeta sistematično in pravilno izvajanje Ogino-Knaus-ove teorije. Oglejmo si najprej pozitivno stran: Človeku je dana možnost, da dobi potomstvo takrat, kadar si ga želi, ko sta oba partnerja na višku svojega zdravja in življenskih sil. Eliminiral bo poprej vse nokse, ki slabijo zarod, kot alkohol, lues, status po različnih krvnih boleznih ali boleznih, ki so oslabili organizem itd. Mogel bo vplivati celo

v tem oziru na rojstvo otroka, da se ne bo rodil ravno v najhujših poletnih mesecih, ko so črevesni katarji pri dojenčkih zelo pogosti in ko je tudi umrljivost večja.

Znanje ovulacijskega termina je tudi važno, ker sta takrat jajčece in sperma takorekoč na višku in teoretično je popolnoma verjetno, da je v takem slučaju zarodek boljši in odpornejši kot pa, če se razvija iz jajčeca, ki je že tik pred degeneracijo.

Tudi sterilni zakoni, katerim je vzrok zmanjšana potenca od strani moža, se morejo eventuelno uspešno preprečiti, če partnerja vesta za konceptijski optimum in se po tem ravnata.

Prav tako ovira koncepcijo, kakor vemo po Neuberger-j u, hiperacidna sekrecija vagine. Znanje konceptijskega optima in skrb za zmanjšanje hiperacidne sekrecije potom par irigacij s kakim bazičnim sredstvom pripelje včasih do cilja, ki ga poprej leta in leta ni bilo mogoče doseči.

Toda ne samo pozitivna stran tega problema nas mora interesirati, ampak tudi negativna in to najbrž še v veliko večji meri, ker se bodo pod današnjimi težkimi gospodarskimi prilikami ljudje predvsem zanimali za čas, v katerem žena ni plodna. Mogoče je celo, da bo to spoznanje privedlo enkrat do tega, da bo regulacija porodov preveč rigorozna, kar bi seveda s časom privedlo do depopulacije in nazadovanja naroda. Tukaj pa se že dotaknem mej, ki niso več strogo medicinske in jih prepuščam drugim, ki so za to poklicani.

Mi zdravniki se moremo pečati le z vprašanji, ki se nanašajo na zdravje in življenje žene in njenega zaroda in moramo skušati preprečiti kolikor mogoče vse nevarnosti, ki ji pretijo od te strani. Šele pred dobrim mesecem Vam je bila podana na tem mestu od šefa ženske bolnice prof. Zalokarja slika, kako se v zadnjih letih množijo splavi in koliko žen plača splav z življenjem. (Leta 1920. je bilo sprejetih v to bolnico 153 splavov, leta 1934. pa 506 splavov, tako da pride približno 1 splav na 4 porode v Ljubljani, v Beogradu pa skoro 1 splav na 2 poroda. Umrlo je pa pri 4629 sprejetih splavih 58 žena).

To je samo par števil iz ene bolnice, koliko žen se pa zdravi s posledicami splava zunaj ali pa po drugih bolnicah in pod drugimi diagnozami, nam ne more nobena statistika povedati, prepričani smo pa lahko, da jih je mnogo. Ta nesorazmeren odstotek med porodi in splavi bi se dal zmanjšati z regulacijo koncepcij, zmanjšal bi se pa obenem tudi procent porodnih in poporodnih komplikacij, ki so večkrat posledice prejšnjih splavov. Tudi število sekundarnih sterilitet bi se zmanjšalo, saj je že vsak zdravnik v svoji praksi naletel na ženo, ki je pred leti imela abortus z vnetljivimi komplikacijami in ne more sedaj več koncipirati. Tukaj razumem psihični trauma, ki ga dotična žena doživlja vsak mesec na novo, ko se pojavi toliko nezaželjena menses.

Temporerna zdržnost, ki bi jo morala žena, ki noče koncipirati, izvajati, traja izračunana po točnih beležkah in pri razmeroma rednem ciklu

5 dni, drugače pa par dni več. Vsakdo mi bo priznal, da je tak način preprečenja zanositve prvič naraven, drugič zdrav, tretjič cenen in — estetičen v primeri z vsemi onimi tisoči mehaničnih in kemičnih antikoncepcijskih sredstev, ki imajo poleg večje ali manjše opasnosti za zdravje žene še to najslabšo lastnost, da so draga in da večkrat — odpovedo. Omenil bi tu še prekinjen koitus (coitus interruptus), ki je vzrok tolikim nervoznim težavam ženskih spolnih organov, krvavitvam, krčem in bolečinam, nerednostim v menstrualnem ciklu in večkrat onemu tako neprijetnemu belemu toku. Kvarnega vpliva takega spolnega življenja na moškega partnerja tu niti ne omenjam.

Vsaka metoda ima seveda tudi neuspehe, ki bodo pa tem redkejši, čim točneje se bomo držali vseh izsledkov in zahtev, kakor jih postavlja Knaus: 1. najtočnejše spoznanje individualnih nihanj menstrualnega cikla ter ovulacije in konceptijskega termina, ki se iz teh izračuna; 2. v času konceptijskega optima je vsako kakršnokoli spolno približanje prepovedano; 3. vpoštevati je treba, da metoda ne drži, če se iz kakršnegakoli razloga ciklus izpremeni.

Po dosedanjih izkušnjah se ciklus izpremeni po splavih in porodih, v laktaciji, po fizičnih in psihičnih traumah, operacijah in težkih boleznih, ki splošno oslabijo telo. Nadalje je treba upoštevati dolga potovanja posebno pri ženah, ki teh niso vajene, dalje dolge utrudljive ture ali popolno izpremembo načina življenja ali izpremembo zraka. Tudi preveč intenzivno športno udejstvovanje more vplivati in izpremeniti menstrualni ciklus, posebno kaki rekorderski napor in v zadnjih letih tudi smučanje. Pri tem seveda ne mislim običajno smučanje, nego napore in ture, katerim se danes izpostavlja mladi ženski svet, ki hoče za vsako ceno izdržati toliki napor kot njen moški sošolec ali tovariš.

Izpremembe v ciklu obstojajo v skrajšanju ali podaljšanju intermenstruuma. V splošnem velja pravilo, da pride do podaljšanja cikla, če je delovala noksa v času med menstruacijo in ovulacijo, torej v prvi polovici intermenstruuma, do prezgodnje menstruacije pa, če je prišlo oškodovanje šele po ovulaciji, torej po pretoku prvih 14 dni. (Nadaljevanje sledi)

S. I. kirg. oddelka spl. bolnice v Ljubljani. — Šef dr. R. Blumauer
Dr. BAJC OTON, asistent oddelka

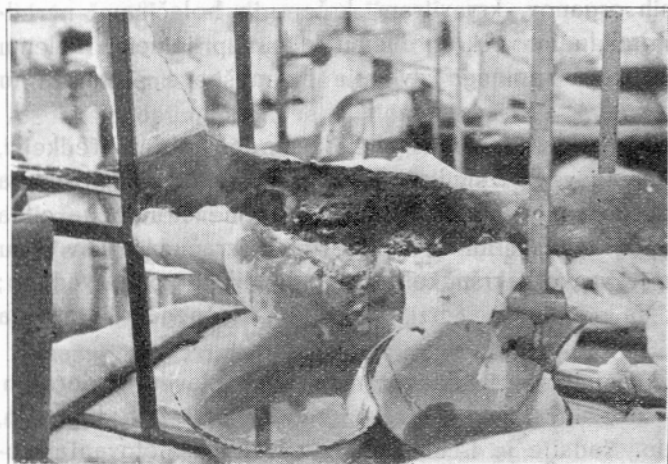
Odprto zdravljenje ran

Ena najboljših zdravilnih metod, ki sem jih mogel opazovati na svojem študijskem dopustu, je odprto zdravljenje ran, posebno ognojenih. Vedno se mi je namreč zdelo, da na tem polju pri nas ne dosežemo najboljših uspehov, posebno, da se zdravljenje preveč zavleče. Zato sem se za to panogo posebno zanimal. Takoj lahko povem, da v tem oziru na drugih zavodih, tako n. pr. na berlinskih klinikah razmere niso nič boljše kot so

bile pri nas. Septična obolenja obravnavajo še vedno kot drugovrstna in nazori o njih zdravljenju so podobni našim prejšnjim. Zato tudi nezadovoljstvo z uspehi, zato nebroj poskusov z najrazličnejšimi mazili lokalno, in najrazličnejšimi zdravili parenteralno.

Metoda, ki jo hočem opisati in čije uspehe imam namen s tem spisom predočiti, se

bistveno razlikuje od našega dosedanjega zdravljenja. Videl sem jo pri L. Böhler-j u na Dunaju ter jo mogel v teku svojega opazovanja v nezgodni bolnici spoznati za delo smiselno in zelo uspešno. Uporabljajo jo v zdravljenju ran in sicer čistih, kakor tudi prav posebno za gnojnih.



Slika 1

1 teden po ekstenziji in odprtem zdravljenju

Metoda seveda ni nova. Prvi so

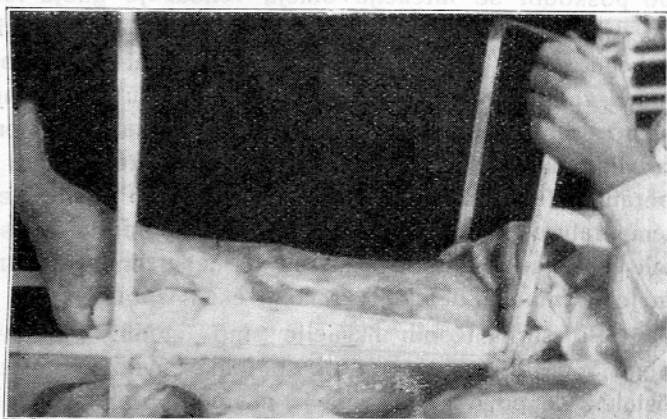
jo oznanjali Burow, Heller in Braun, vendar se ni tako vdomačila, kot bi vsled svoje uspešnosti zaslužila.

Njeno bistvo obstoji v popolnoma pasivnem zadržanju zdravnika po operaciji in v skrbi za prost odtok gnoja. Ne uporabljajo nobenega mazila, sploh nikakih zdravil. Rano ne zavezujejo ampak jo prepustijo vplivu zraka. Seveda jo je treba zavarovati proti onesnaženju iz okolice. To dosežemo s šotorom iz gaze. Gnoj pustimo prosto odtekati in na ta način preprečimo maceracijo kože, ki nastopi pri zavezanih ranah pogosto kljub največji pažnji in mazanju okolice rane z raznimi zaščitnimi mazili. Vrhovno načelo tega načina zdravljenja je absoluten mir. Oboleli ud fiksiramo in ga potem po možnosti ne prekladamo več, kar je lahko doseči, ker pri novi metodi odpade vse previjanje. Iz do sedaj navedenega je razvidno, da so za ta način zdravljenja najprikladnejše spodnje ekstremitete. Na trupu je žalibog ta način zdravljenja pri nas, ki se moramo tako boriti s pomanjkanjem prostora nemogoč, kajti le redko more bolnik ves čas svojega zdravljenja ležati sam na svoji postelji. Zato so tudi vse kombinacije in improvizacije, ki bi omogočale odprto zdravljenje ran trebuha ali toraksa za enkrat neizvedljive. Kljub temu smo imeli z metodo povsod, kjer smo jo mogli uporabljati, ugodne uspehe.

Na kratko naj opišem potek zdravljenja, n. pr. osteomielitide tibije. Po dognani diagnozi je seveda prvo operacija. Delamo čim daljše incizije, od-

stranimo po možnosti takoj vse mrtvo tkivo potem, ko smo, če je bilo potrebno trepanirali kost ali pri starejših procesih odstranili sekvester. Po operaciji obvežemo nogo za 48 ur. Po tem času jo pa, ker je nevarnost krvavitve minula, odvežemo ter prosto fiksiramo stopalo. Na mestu, kjer je rana podlogo izrežemo tako, da ima gnoj prost odtok v podstavljeno taso. Vse skupaj pokrijemo z gazo v obliki šotora. Na ta način obvarujemo rano pred onesnaženjem od zunaj.

Kakšne prednosti ima opisano zdravljenje pred drugimi metodami? Prva in poglobitna je — absolutni mir. Ponovno smo imeli priliko opazati, da je bolnik, ki je bil prej visoko febrilen, takoj ko smo mu nogo fiksirali izgu-



Slika 2

1 teden pred odpustom iz bolnice z hodilno mavčevo obvezo

bil vročino in jo v teku celega zdravljenja ni več dobil. Kar je za spodnjo ekstremiteto Braunova podloga, je za zgornjo abdukcijska šina, ki ima še to prednost, da bolnik kljub absolutni fiksaciji gornje ekstremitete lahko hodi. Seveda je odprto zdravljenje na ta način otežkočeno, vendar pa se da doseči z improvizacijo tudi pri takih bolnikih.

Sledi naj zgled, ki je bil tako težkega značaja, da mu je grozila izguba noge: 2. 9. 1935 je bil sprejet na oddelek 29 let stari delavec N. F., ki je pri eksploziji mine zadobil težke poškodbe desne noge obeh rok in levega očesa. Takoj po sprejemu je bila uravnava in z mavcem oskrbljena komplicirana fraktura desne goleni, ter ostale rane po rokah in obrazu. Radi težke očesne poškodbe pa je bil še isti dan premeščen na okulistični oddelek. Ker ga je noga začela boleti, je bila drugi dan mavčeva obveza po celi dolžini prerezana, vendar je bolečina v nogi popustila le za kratek čas, noga je začela ponovno zatekati. Drugi dan po enukleaciji očesa, ki je bila izvršena takoj po sprejemu na okulistični oddelek, smo bolnika dobili nazaj z neznosnimi bolečinami v nogi in s parestezijami v prstih, ki so bili edematozni in popolnoma anemični. Takojšnja odstranitev mavca. Pokaže se ogromen hematoma goleni, ki je privedel do ishemije. Napravimo takoj več širokih incizij, nakar se izcedi velika množina umazane in smrdeče vsebine. Tudi miškulatura je umazane barve. Bolnik dobi Schmerzovo kljuko v peto, nogo položimo na Braunovo podlogo ter obtežimo s 3 kg.

V treh dneh je sekrecija iz hematoma gnojna, mehki deli se kar tope in koža odmre cirkularno v razsežnosti polovice dolžine krače, oba fragmenta kosti ležita prosto, skratka noga je zrela za amputacijo. Ker pa je bolnik kljub visoki temperaturi še razmeroma krepak in je proces še vedno lokaliziran pod kolenom, odložimo amputacijo. Par dni nato, to je ca 14 dni po poškodbi se infekcija omeji, vendar je gnoja toliko, da je treba tase po dvakrat dnevno podlagati. Na površini se napravi trda skorja iz posušenega gnoja, ki jo odstranimo le enkrat tedensko, kajti prav ona nam jamči za dva važna činitelja pri tem načinu zdravljenja. Ker je za zrak le slabo prehodna, so granulacije pod njo zaščitene pred izsušenjem in se razvijejo kot v vlažni kameri, posebno še ker gnojna skorja zadržuje temperaturo tako, da temperatura pod skorjo nikdar ne pade pod normalno temperaturo tkiva, kljub temu, da je rana odprta izpostavljena zraku. Uspeh teh činiteljev lahko opazimo že po nekaj dneh, ko granulacije kar klijejo in je eventualni defekt v kratkem času izpolnjen.

Po štirih tednih fiksacije smo ugodili bolnikovi želji, da povežemo nogo v čevlji, v katerem bi se lahko malo več gibal. Posledice niso ostale. Že po nekaj dnevih je nastopila zopet temperatura in se je sekrecija, ki je postajala že manjša, zopet povečala. Svoje so napravile še prevezave, kajti nogo, ki je ležala kar v gnoju, je bilo treba najmanj vsaki drugi dan očistiti. Da to ne gre brez premikanja, je jasno. Stanje se je v splošnem poslabšalo, koža je postala macerirana. Kmalu je tudi bolnik sprevidel napako in je sam prosil za ponovno fiksacijo in ponovno zdravljenje. Uspeh je bil frapanten kot v eksperimentu, že po dveh dneh je bil afrebilen in sekrecija se je hitro zopet manjšala. Kakor hitro je maceracija kože izginila, smo nogo spravili v mavčevo obvezo z mostom, ker nismo mogli ponovno zabiti Schmerzove kljuge v peto, z manšeto pa nismo mogli noge toliko obtežiti, da bi ne nastopila dislokacija še prosto gibljivih fragmentov tibije. Kakor rečeno je rana ostala tudi tukaj prosta. To je bilo v sredini tretjega meseca po poškodbi. Sekrecija se je še hitreje zmanjševala, kmalu se je pojavil tudi kalus. Po nadaljnih treh tednih je preostala le še majhna fistula in bolniku smo mogli napraviti hodilno obvezo. Po nadaljnih 14 dneh je bil mavec premenjan, kalus že čvrst, sekrecija iz fistule minimalna. Noga je bila rešena in bolnika smo poslali za 6 tednov v domačo oskrbo. Prvotno stanje in končno stanje pred hodilnim mavcem sta razvidni iz pričujočih slik 1 in 2.

To za ta slučaj, ki sem ga radi prvotnega težkega stanja nalašč izbral, ki pa je kljub 4-mesečnemu zdravljenju, vendar pokazal uspeh metode, kajti dvomim, da bi zdravljenje na drug način v razmeroma tako kratkem času dosegel isti efekt. Omenim naj, da nam osteomielitide na tak način zdravljene izgranulirajo tudi po velikih sekvestrotoomijah v 6 do 8 tednih, kar je vsekakor zelo kratka doba. Še bolj pade v oči skrajšanje zdravljenja pri ranah mehkih delov: n. pr. pri podkožnih abscesih zagnojnih žlez.

Najbolj je zazviden uspeh ene metode v primerjavi z drugo. V sledeči tabeli so zbrani slučajji dveh let in sicer enakih razdobj, to je od 1. maja do 31. decembra 1934. leta in od 1. maja do 31. decembra 1935. leta. V letu 1934 smo zdravili še dosledno zaprto, v letu 1935 po 1. maju pa večinoma odprto.

Tabela.

Bolezen	Število bolnikov		Vsota oskrbnih dni		Povprečno število oskrbnih dni	
	1934	1935	1934	1935	1934	1935
Osteomyelitis	51	41	1711	890	33,5	21,7
Phlegmonae	42	61	367	509	8,7	8,3
Abscescus	41	67	238	226	5,8	3,38
Carbunculi	11	23	68	137	6,2	5,9
Furunculi	16	18	55	107	3,4	5,9 <small>1 slučaj 57 dni</small>
Panaritita	49	53	190	194	4,3	3,6
Bursitis	16	18	106	164	6,6	9,1
Thylomata	17	11	41	36	2,4	3,5
S k u p a j	243	292	2776	2263	11,4	7,75

Iz tabele je takoj razvidno, da se je zdravilo radi istovrstnih obolenj leta 1935 v istem razdobju 50 bolnikov več kot leta 1934. Da pa so se ti bolniki kljub za 1/6 povečanem številu zdravili 500 oskrbnih dni manj kot oni v letu 1934. Da številk niso slučajne, je jasno že iz višine razlike. Tudi radi povečane frekvence eventualni hitrejši odpust ne more doseči tako visoke razlike, ker že nekaj let sem odpuščamo bolnike čimpreje in v tem oziru ni mogoče več doseči, kajti odpust bolnika v domačo oskrbo je itak že 5 let stalno na skrajni meji dopustnega. Še bolj nam pokaže razliko v oskrbnih dobah primerjava po skupinah bolezni. Z izjemo furunklov je povsod povprečno število oskrbnih dni v letu 1935 znatno manjše, kot v letu 1934. Pri furunklih pa je to zmanjšanje zamaskirano vsled enega slučaja, ki je ležal na oddelku 57 dni, prešel v splošno furunkulozo in sepso, kateri je tudi podlegel. Če tega izvzamemo, ker kot izjemen slučaj res ne spada v tako statistiko, se pokaže tudi tukaj znatno znižanje oskrbnih dni v preteklem letu.

Da poleg tega prihranimo še velike vsote na zdravilih in obvezilnem materialu, ki ga sedaj rabimo mnogo manj kot preje, je iz povedanega tudi razumljivo.

Pa ne samo gospodarski efekt metode, temveč tudi zdravstveni je tak da ga ni mogoče utajiti. Radi krajše dobe bolezni posameznih udov bo nji-

hova funkcija manj trpela, kajti dejstvo je, da je funkcija sklepov in njena restitucija tem slabša, čim dalje mirujejo. Vsako dolgotrajno obolenje pa je tudi trauma za psiho bolnika. Tudi bolečin bolnik po tej metodi skoro ne občuti, ker odpada vse prelaganje bolnih udov pri prevezovanju, kakor tudi udevanju trakov itd. S teh vidikov moremo metodo odprtega zdravljenja ran le priporočati, posebno še, če je mogoče zdravljenje urediti tako, da ima vsak bolnik svojo posteljo, kar žalibog v našem zavodu že dolgo ni več mogoče. Vsled tega pa tudi te metode ne moremo striktno izvajati, kakor bi to radi, ampak nam ostane le za težje slučaje.

Za prijazno sodelovanje in zbiranje statistike se zahvaljujem ge. dr. Prošekovi.

Resumé:

Seit 1. Mai des vergangenen Jahres wird auf der I. chirurgischen Abteilung die offene Wundbehandlung ausgeführt. Die schon von Burow, Heller und Braun aufgesetzten Grundsätze der vollkommenen Ruhestellung und des passiven Verhaltens des Arztes, sind wichtige Heilfaktoren. Nach kurzer allgemeiner Beschreibung der Methode wird ein Fall einer komplizierten Unterschenkelfraktur mit Ischaemie und nachfolgender Phlegmone des Unterschenkels in offener Wundbehandlung beschrieben. Das amputationsreife Bein konnte erhalten werden. In einer Tabelle werden die entsprechenden Fälle gleicher Zeitabschnitte des Jahres 1934 und 1935 zusammengestellt und die Durchschnittszahl der Verpflegungstage verglichen. Es zeigt sich, dass trotz 50 Mehraufnahmen im Jahre 1935, die Zahl der Verpflegungstage um 500 geringer ist als im Jahre 1934. Auch einzelne Krankheitsgruppen beider Jahre verglichen, zeigen einen Unterschied der Durchschnittsverpflegungstage zu Gunsten der neuen Behandlung. Mit einem Hinweis auf den wirtschaftlichen und gesundheitlichen Vorteil wird die neue Methode wärmstens empfohlen.

Dr. STACUL — Ljubljana

Sušeni zmetki kot zdravilna hrana zoper prebavne motnje otroka

Zmetki (pinjenec, putrovka; nemški: Buttermilch) so že dolgo v rabi kot sredstvo zoper razna dispeptična obolenja otroške dobe, posebno v prvem letu.

Nizozemec Ballot je bil že leta 1865 priporočal zmetke kot hrano zdravim dojenčkom, nakar so na Nizozemskem uporabljali v velikem obsegu v to svrhu, toda na otroško kliniko jih je uvedel šele Španec Texeiro de Mattos; v Nemčiji jih je na dojenčkih preizkusil kot prvi Salge (1900) in kmalu žel velike uspehe.

V zvezi s temi poizkusi in sledeči temu pravcu, so uporabljali polnomastno mleko s citronovo, mlečno ali solno kislino (Scheer).

Od vseh teh kislih hran so se zmetki še najbolj obnesli ter se tekom let v tolikem obsegu uporabljali, da sta danes že popolnoma jasna pregled in sodba o vrednosti ali nevrednosti te hrane.

Zmetke pripravljamo iz smetane, katero cepimo z kulturami bacilov mlečne kisline ali pa, če pustimo, da se sama skisi; ako odstranimo sedaj presno maslo po temeljitem tolčenju, nam ostanejo zmetki, katerih sestava je približno sledeča:

maščobe	0,5 — 0,6%
beljakovine	3,7 — 4,1%
mlečnega sladkorja	3,5 — 3,8%
vode	cca 90%

kisline je približno 28 — 32% $n/4$ Na OH na 100 cm³.

Zmetki, ki ostanejo kot odpadki pri industrijalni izdelavi presnega masla, vsebuje celó le 0,1 — 0,2% maščobe.

Izdelava zmetkov iz smetane je precej težavna in zahteva uporabo stroja za maslo. Zato se je udomačil drug način pripravljanja zmetkov in sicer: polnomastno mleko pustimo, da stoji 8 ur na toplem (v bližini štedilnika ali peči). Nato posnamemo smetano, ki se je na vrhu nabrala, mleko pa, ki ostane in vsebuje malo maščobe, skuhamo, da vre in ga shladimo. Potem mu dodamo na 1 liter 1 jedilno žlico kislega mleka in pustimo, da tako dolgo stoji, dokler se ne zasiri, nakar so zmetki gotovi. Na ta način pridobljeni zmetki imajo to prednost, da vsebujejo več maščobe nego na prvi način pripravljeni i. s. približno 1,5%. Izkazalo se je namreč, da ni koristno, če dajemo zalivančku (umetno hranjenemu otroku) za daljšo dobo hrano, ki vsebuje tako malo maščobe, kakor jo predstavljajo zmetki pridobljeni pri izdelavi presnega masla.

Seveda se razlikujejo vsi zmetki v sestavi med seboj, to je glede maščobe in kisline, ker zavise od sestave izvirnega mleka, načina izdelave, letnega časa, vladajoče temperature itd. Če se še ni vdomačila uporaba zmetkov tako, kakor bi to zaslužila, obstojajo za to razni tehtni razlogi.

Težko dobimo popolnoma sveže zmetke, posebno v slučaju potrebe, bodisi, da so prekisli, bodisi da vsebujejo premalo maščobe, bodisi da v bakterijelnem oziru niso prvovrstni, tako da utegnejo še kvarno vplivati na občutljivo in po enteritidi ledirano črevesje.

Čeprav je priprava zmetkov možna v marsikaterem gospodinjstvu, se zdravnik vendar ne more popolnoma zanesti na kakovost in sestavo izdelka, ker zahteva priprava absolutno natančnost, vajo in dovolj časa, česar pa navadno ne zmore gospodinja, ki se loti prvič tega dela. Razen tega v začetku terapije običajno uporabljamo samo male količine zmetkov, dočim ne bo mogla otrokova mati pripraviti tako malih količin, da ne govorim o težavah razlaganja materam, ki stoje pod depresivnim vplivom otrokove bolezni.

Temu zlu se lahko izogibljemo dandanes z uporabo sušenih zmetkov v obliki praha (Buttermilch in Pulverform), pridobljenih po Krause-jevem postopku.

Iz prvovrstnega mleka alpskih krav pridelani zmetki razpršijo pod visokim pritiskom skozi drobne šobe v prostor, kjer se nahaja skrajno izsušen topel zrak; voda trenutno izhlapi, zmetki padajo v obliki prahu ali kosom na tla. Pri tem ne prihajajo zmetki v dotiko z razbeljenimi kovina-

stimi ploščami — kakor pri starejših postopkih — tako, da se prvotni naravni okus v ničemur ne spremeni.

Tak mlečni prah — kakor prihaja v promet v kovinskih škatljah — pomešamo enostavno v razmerju 1 : 10 z mlačno vodo $\frac{1}{2}$ minute in zmetki v vedno konstantni sestavi so gotovi.

Zmetki, pripravljene iz sušenih zmetkov v poljubni količini po potrebi vsakega bolezenskega primera, je idealna rešitev problema — naravnost kolumbovo jajce.

Lahko bi kdo ugovarjal, da je nesmisel uporabljati in propagirati mlečne produkte iz inozemstva, ko živimo v agrarni državi, kjer je mleka in mlečnih izdelkov v izobilju; poleg tega imamo nekako vkoreninjeno averzijo napram konzervnim hranam za dojenčke, kar bi bilo le opravičeno glede vitaminov.

Temu nasproti stoji dejstvo, da sezajo celo v državah kakor v Švici in na Holandskem po sušenih zmetkih in celo po nemških dečjih klinikah pripravljajo — kakor sem se mogel osebno prepričati — vsakodnevno potrebno količino zmetkov iz omenjenega preparata že dolga leta z najboljšim uspehom, čeprav so prejšnja leta delali zmetke po kliničnih mlečnih kuhinjah v lastni režiji — pač najboljši dokaz, da nadkriljujejo sušeni zmetki prejšnji izdelek.

Preparat je seveda tudi v bakterijološkem oziru brezhiben. — Sušeni zmetki prihajajo v promet iz 2 tovarn i. s. od švicarske družbe Nestlé pod imenom „Eledon“ in od bavarskih Edelweissmilchwerke pod značko „Edelweissbuttermilch“ na razpolago so v Ljubljanskih lekarnah po zmerni ceni.

Zmetki so indicirani in žanjejo uspehe v 4 tipičnih primerih:

1. pri driski dojenčka
2. pri driski zalivančka
3. pri griži
4. pri kron. ekcemu dojenčka in zalivančka.

Vedno pa uporabljamo zmetke z dodatkom 3—4% redilnega sladkorja in pogosto 1—2—3% moke.

Zmetki z 5% sladkorja vsebujejo 62 kalorij, torej so skoraj enakovredni polnomastnemu mleku.

Ad 1.) Vsaka dyspepsia ad mammam (številne, redke, sesekljane stolice, nemirnost in slabo uspevanje) je bila dosedaj mučna za zdravnika, ker je moral izbrati med dvema opasnostima; ali odtegne otroku začasno del materinega mleka in ga nadomesti s čajem, (tedaj se driska lahko ustavi, a navadno usahne pri tem še materino mleko, ali se poleg vsega tega še prsa vnamejo) ali pusti dojenčka pri materinih prsah, tedaj je rezultat slabo uspevanje skozi daljšo dobo in primerni očitki s strani nesrečne matere, ki mora poslušati bolnega otroka; v obeh slučajih ne more biti zdravnik zadovoljen s svojim ravnanjem.

Z dodatkom zmetkov v primerno malih količinah po vsakokratnem dojenju se dojenček umiri, blato postaja kompaktno, krivulja teže krene kvišku, skratka zmetki rešijo situacijo v splošno zadovoljstvo vseh prizadetih.

Ad 2.) pri dispepsiji zalivančka vplivajo zmetki na bakterijelno floro v črevu v smislu acidoze, podpirajo razvoj kisle bifidne flore na škodo gnilobe in koli-bakterijev.

Po določeni čajni pavzi pričenjamo z malimi obroki zmetkov, ki jih postopoma zvišujemo po teku in potrebi kalorij do največ 150 — 160 kalorij na kg teže; navadno se blato normalizira tekom nekaj dni do 1 tedna, nakar se pričinja teža dvigati.

Ad 3.) pri dizenteriji učinkujejo slično, a ne tako eklatantno, kakor v prejšnjem primeru, ker igra tu vlogo tudi toksičnost bacilov dizenterije.

Ad. 4.) pri recidivirajočih ekcemih je očividni vpliv hrane, posebno zmetkov, seveda ne tako siguren kakor v primerih pod 1.) in 2.).

Zmetke lahko uporabljamo pri najmlajših otrokih in celo pri prezgodaj rojenih; nikdar niso opažali simptome kake A — ali C — avitaminoze. Vsekakor pa še ni priporočljiva uporaba zmetkov za trajno hrano zdravih otrok.

Zmetki brez dodatka — sladkorja ali moke — utegnejo celo toksično vplivati na organizem otroka, ker ni potrebnega ravnovesja med poedinimi sestavnimi deli t. j. med ogljikovimi hidrati, beljakovino in maščobo. Razvija se lahko alimentarna intoksikacija z ominoznimi simptomi (somnolentnost, vročina, trdovratno bruhanje, naglo padanje teže, driska in glikozurija).

Že dejstvo, da gre tu za naraven izdelek, da so se obdržali v zdravilnem arzenalu pedijatrije že nad 30 let in da so kljubovali številnim konkurenčnim hranam, govori za vrednost zmetkov. Z iznajdbo preparata, ki dopušča takojšnje pripravljanje zdravilne hrane, je le storjen zadnji korak, ki dopušča uporabo sredstva v najširšem obsegu.

V kolikor sem imel priliko videti učinek sušenih zmetkov — uporabljal sem jih le v primerih driske srednje in najhujše stopnje — niso mi odpovedali v nobenem slučaju. Dočim je pri zdravljenju dispepsije vedno potrebno absolutno ali relativno stradanje za uvod zdravljenja, se ob tej hrani omejuje stradanje na znosni minimum.

Skratka, sušeni zmetki utegnejo biti v roki zdravnika izborna zdravilo zoper driske dojenčka, zalivančka in malega otroka ter je pripravljanje istih tako enostavno, da tvorijo idealno sredstvo, predvsem vpricho težav, proti katerim se ima vedno boriti otroški zdravnik v privatni praksi.

Zusammenfassung:

Bericht über günstige Erfahrungen mit aus Trockenbuttermilch erzeugter Buttermilch bei Darmstörungen des Säuglingsalters.

Literatura

- György, Handbuch d. Kinderheilkunde Pfaundler-Schlossmann 1931, Bd. I.
- Gierthmühlen, Deutsche med. W. 1928, No. 40.,
- Engel, D. m. W. 1930, No. 11.,
- Putzig, D. m. W. 1929, No. 26.,
- Studer, Schweizer med. W. 1935, No. 38.,
- Bauer u. Schein, Fortschritte d. Therapie, 1928, No. 13.

Šef: Dr. Demšar Jernej

Novejše zdravljenje garij

Dr. DEMŠAR JERNEJ

Dobro leto sem imamo na oddelku epidemijo garij. Brezposelni delavci, uslužbenci, mnogi iz srednjih slojev, posamezni kakor cele družine pribeže na oddelek se zdraviti. Odkod se jemljejo garje v taki množini kakor še nikoli preje, je-li vsa beda, brezposelnost, stanovanjska mizerija vzrok epidemiji, ne moremo presoditi, ker o njihovi epidemiologiji sploh ne vemo ničesar. V svetovni vojni so bile tako pogoste, da smo zanje imeli posebne štacije, a po vojni so zopet upadle. Postale so tako redke, da so bili na klinikah v nemali zadregi: niso imeli prilike, dijakom garje demonstrirati. Pinkus (Berlin) piše, da jih ni bilo tudi med najbolj revnimi in umazanimi, ki so bili v prav taki revščini kakor pred vojno, „bei denen sich die Krätze von selbst verstand und mit zur Bekleidung gehörte.“ Sedaj pa smo lahko potolaženi, imamo jih zopet v izobilju, v precejšnji izbiri in naša skrb je, da jih hitro odpravimo.

Za zdravljenje garij imamo celo kopo zdravil in moderni kemični industriji moramo dati hvalo, da imamo za vsak primer tudi primerno zdravilo. Vendar pa poslednje med njimi, žveplo, ki ima to lastnost, da zmehta in zrahlja rožene in napol zroženele kožne plasti in da s tem pokonča razne glive in parazite. Že Celsus je priporočal za garje pri ovcah Sulfur pixis liquidae mixtum. Obrajtamo ga prav posebno v družbi imenovani Ungt. sulfurat. Wilkinsoni, ker spravi poleg garij tudi njih stalno tovarišijo ekcema in gnojne infekcije sigurno s pota. Zato ga še sedaj uporabljamo na oddelku — privatno ne — za zastarele t. j. ekcematozne in impetiginozne garje s polnim uspehom.

Gg. kolegi, ki so poslušali dermatologijo na Dunaju, se bodo spomnili slike v predavalnici, ki je kazala mlajšo damo, močno pigmentirano, ekskoriirane kože in ranjki Kaposi je s ponosom pravil o nji — bila je iz Egipta — da je prišla po dolgotrajnem, brezuspešnem zdravljenju po različnih sanatorijih na Dunaj k njemu in jo je s Wilkinsonom rešil nadležne bolezni (garje).

Za zdravljenje garij en masse so „kure na hitrico“ na mestu. Po 2-3-urnem mazanju z žveplenimi mazili ali napleski zapusti pacient z dezficiranim perilom bolnico.

Najstarejša je Hardy-jeva kura, katero še sedaj uporabljajo v Hospital St. Louis v Parizu. V Belgiji je Vlemingkovo zdravljenje v rabi. (Sol. Vlemingk. — Sol. calcii oxysulfurat. po gen. štabnem zdravniku von Vlemingku) Na Dunaju je vodil prof. Pappenheim med vojno oddelek garjevcev, ki jih je zdravil po nekoliko spremenjeni pariški metodi.

Pred dobrim letom je pa na moskovskem dermatološkem kongresu poročal Demjanović o novem načinu hitrega zdravljenja garij, pri katerem on uporablja dvoje zdravil: Natrii hyposulfurosi 100·0, Aque dest. 150·0 in Sol. acidi muriat. 5 % —250·0.

Prvo se vtira $\frac{1}{4}$ ure s platneno krpo v kožo posebno na predilekcijskih mestih. Nato se preneha deset minut in potem se maže z drugim zdravilom zopet četrt ure. Po desetih minutah odmora se oboje ponovi. Ko se aplicira drugo mazilo, se razvija dušljiv duh po žveplu.

Pri nakisanju hiposulfitov nastaja primarno hidrožveplasta kislina, ki je precej intenzivno oranžno-rumeno barvana. Izločena kislina pa je podvržena hitrim spremembam, v čijih poteku pride do izločenja žvepla. Cepitev proste kisline je verjetno slična oni, ki je opazovana pri segrevanju raztopin hiposulfitov: $2 \text{Na}_2 \text{S}_2 \text{O}_4 + \text{H}_2 \text{O} \rightleftharpoons \text{Na}_2 \text{S}_2 \text{O}_3 + 2 \text{NaHSO}_3$.

Iz oranžno barvane raztopine kislina namreč ne izloča le S, temveč se pojavi tudi duh po SO_2 (po Ephrain-u). O tej metodi so na omenjenem kongresu mnogo debatirali pro in kontra in ugotovili so, da je najboljša in najenostavnejša Vlemingkova kura in takoj njej sledi kot enakovredna Demjanovičeva in nazadnje Hardyjeva po varijaciji prof. Oppenheima.

Mi smo z Demjanovičevim zdravljenjem skoraj poldrugo leto prav zadovoljni. Doslej nismo doživeli nobenih recidiv; zdravljenje je enostavno, kratko in jako poceni. Perila nobenega ne uporabljamo.

Podeželskim bolnicam jo toplo priporočamo.

Zusammenfassung:

Die Schnellkur der Scabies nach Demjanović hat volle Berechtigung, als wirksamste Behandlung auf den Abteilungen eingeführt zu werden.

Dr. ČERNIČ MIRKO*

Zamisel planinskega zdravilišča za kirurgično tuberkulozo v Sloveniji

Moj ceterum censeo:

V Sloveniji se mora osnovati planinsko zdravilišče za kirurgično tuberkulozo. Dokler se to ne zgodi, nista sedanji zdravniški in planinski rod izvršila važne sodobne svoje naloge.

Menda ga ni bolnika pod božjim soncem, pri katerem ne bi tudi zdravniku tako zastala sapa, kot pri mladem človeku z odprto kostno in sklepno jetiko, o katerem se pač lahko trdi, da ne more ne živeti ne umreti.

Ameriški pisatelj in zdravnik Paul de Kruif opisuje pod zaglavjem „Rollier, sončni zdravnik“, takega bolnika takole: „Bil je fantek z Dunaja,

* Predaval za časa drugega profituberkuloznega tedna na znanstvenem sestanku mariborskih zdravnikov 22. maja 1934.

ki je bil s svojimi silami popolnoma pri kraju. Najboljši kirurgi dunajske splošne bolnice so obupali nad njim. Bilo mu je 5 let. Tehtal pa je samo 22 funtov (11 kg — povprečna teža normalnega petletnika pa je 18 kg). Ko je prišel v Leysin, je bil njegov obraz bel kot apno, ustnice plave, koža prosojna, da so se videle na čelu plave vene. Na vratu, pod pazduhama, v dimljah so bile velike, gnoja se cedeče jetične bezgavke! Obe nogi in desna roka so bile po mnenju dunajskih kirurgov zgubljene. Na levih pljučih je imel razvito jetiko vršičkov, prsi so mu bile vdrte in zveržene. Na 34 različnih mestih njegovega telesa mu je tekkel tuberkulozni gnoj, zadnji člen njegovega palca . . .

Toda tega ni mōči pripovedovati, to je prestrašno!

Tako končuje Paul de Kruif svoj opis.

In vendar je Rollier-ju uspelo, da je temu fantku rešil življenje in ga usposobil za delo in samostojnost. 25 let po zgoraj opisanem stanju ima takratni tako težki bolnik lastno vrtnarijo in se preživlja z istimi rokami in nogami, za katere mu niso mogli najti prvi dunajski zdravniki nobenega zdravila več.

Čarobno zdravilno sredstvo, ki ga je uporabil Rollier pri njem, pa je bilo sonce.

Zdravilno moč sonca so poznali še najstarejši narodi in oboževanje sonca je bila menda prva religija. Bog sonca se je imenoval pri Egipčanih Ammon-Ré, pri Feničanih Baal-Melkart, pri Irancih Mithras, pri Grkih Helios, pri Rimljanih Sol (Appollo), pri Germanih Wodan-Odin, pri Slovanih Dažbog (Dajbog). Vsi narodi so verovali, da jim Bog sonca s sončnimi žarki pošilja na zemljo toploto, ki je vir vsemu življenju in vsemu dobremu na svetu. Blagodati sonca, da pospešuje preosnovo in poživlja telo in dušo, to čutijo ljudje in živali in sploh vse živi na zemlji instinktivno. Le opazujemo živali in rastlinje, pa se bomo kaj kmalu prepričali, da so sončni žarki tisti talisman, h kateremu se vse obrača, od katerega se vse poživlja. In vendar so bile mračne dobe v zgodovini človeštva, ko je človek pred soncem bežal, skrival pred njegovimi žarki sebe, svojce in svojino. Ali si morete misliti večjo nepojmljivost od one, da še dandanes najdete cele pokrajine, kjer so hiše v senci kostanjev in drugih košatih dreves, da jih nikdar ne doseže žarek sonca, in ostanejo takó večno v mraku in vlagi. Če je nepojmljivo mračni srednji vek, ki je sledil sončnemu staremu veku, ni nič manj nepojmljivo dandanes tisti, ki dela tako, ko mora vendarle videti, kaj prinašata današnjemu človeku zrak in sonce.

Razborite kirurģične glave so sredi prejšnjega stoletja spoznale zdravilno moč sonca in so jo začele uporabljati pri kirurģični tuberkulozi. Menda prvi, ki je začel zdravljenje kirurģične tuberkuloze s soncem, je bil Bonett v Lyonu v letu 1845. Pol stoletja za njim — 1893 — je Finsen uporabljal skope sončne žarke svoje severne domovine Danske za zdravljenje kožne jetike. Ker so sončni žarki na Danskem tako izredno redki, da jih je moral Finsen naravnost loviti, je dobil častni priimek „sončni lovec“. V našem stoletju se je pollej začelo, plaz pa sta sprožila Bernhard, ki je 1902 v St. Moritzu ustanovil kliniko za sončno zdravljenje v višini 1775 m, in skoro istočasno z njim — 1903 — je v Leysinu vstal „sončni zdravnik“ Rollier in ustanovil v višini 1300 m „Prvo kliniko zgolj za sistematično zdravljenje eksterne tuberkuloze s helioterapijo v višini.“ Pod Rollier-jevimi vplivom, ki je dejansko in teoretično postal pravi oče sončnega zdravljenja kostne in sklepne jetike, je francoski ortoped Calot v Berck-sur-mer ob Rokavskem prelivu združil helioterapijo s prehrano ter

dosegel velike uspehe pri zdravljenju kirurškične tuberkuloze. Berlinski kirurg Bier je v Hohenlychenu v nemški ravnini v zvezi s svojim znanim umetnim zastojem krvi in jodom dokazal, da se tudi v nižinskih krajih da do doseči znatni uspehi, torej tudi tam, kjer se je bolnik okužil in zbolel. Dunajski profesorji Escherich, Pirquet, Spitzky so napravili v svojih bolnicah sončilišča sredi Dunaja, dočim je graški profesor Wittek skušal posnemati svojega vzornika Rollier-ja čimbolj in je ustanovil pred in med vojno na Stolz-Alpe v višini 1300 m znano sončno zdravilišče, kamor zahaja tudi mnogo Slovencev in Jugoslovanov, ker v naši državi imamo pač primorsko zdravilišče za kirurško jetiko v Kraljevici, manjka nam pa planinsko, kljub temu, da se naša država, prav posebno še Slovenija, ponaša z mnogimi planinami, ki bi bile primerne za to.

Prve začetke za ustanovitev takega planinskega zdravilišča za kirurško tuberkulozo imamo pač že tudi pri nas.

Na seji banovinskega sveta v Ljubljani 20. februarja 1936. je o tem poročal banovinski svetnik dr. Anton Brecej takole: „Hoteli smo v Triglavskem pogorju izrabiti bohinjsko elektriko in nameravali smo tamkaj (na Velem polju) postaviti turistovski in zimskošportni hotel; hotelu naj bi bil pridružen sanatorij že radi dovoza po električni železnici oziroma vzpenjači. Turistika in zimski šport bi krila stroške za občilo, obratovanje visokogorskega zdravilišča bi tako ne bilo znatno dražje od golniškega. S tema napravama bi oživel tudi Bohinj, ki sedaj samo živočari ob kratki letni sezoni.“

To se nanaša na dobo oblastnega odbora pred letom 1929.

Dočim je ostalo vse to do zdaj zgolj v idejnih zamislih, mi sporoča kolega dr. Zupan z Vrhnike, da je Društvo za narodno zdravje v Borovnici leta 1927 postavilo barako za kirurško tuberkulozo na Rakitni, 20 km daleč od Ljubljane, tik pod Krimom v višini cca 800 m in da je imelo pri svojih začetkih izredno zadovoljive uspehe. Žal je društvo kmalu postalo pasivno in je moralo barako prodati; prevzel jo je Higijenski zavod v Ljubljani, ki pošilja tja slabotno mestno deco.

Ko sem leta 1932 prevzel kirurškični oddelek državne bolnice v Ljubljani in s tem idejno vodstvo kirurgije v Sloveniji, sem v svoj idejni program postavil tudi prizadevanje za planinsko zdravilišče za kirurško tuberkulozo. Že izza mlada zavzet za vodo, zrak in sonce, sem se že pred vojno kot klinični operater na vseučiliščni kliniki prof. Hochenegg-a na Dunaju na lastne oči prepričal o, skoraj bi rekel, čudežnem vplivu sonca na nekatera kirurškična obolenja, zlasti na tuberkulozno vnetje mrežnice, potlej na razne gnojne rane z divjim mesom, ki se niso brigale za prav nobeno drugo inace zdravilno sredstvo. V tem prepričanju me je še prav posebno potrdil obisk leta 1931. na Stolz-Alpe na Štajerskem, ko smo po končanem „Tuberkulose-Tag“ v Grazu pod vodstvom ustanovitelja prof. Witteka zleteli na Stolz-Alpe in si ogledali naprave tega sončnega zdravilišča za kirurško tuberkulozo. Reči moram, da nas je vse, kar smo videli, zadivilo, na drugi strani pa moram priznati, da smo se čutili osramočene, saj smo našli tam obilo bolnikov Slovencev in Jugoslovanov in smo v tem dejstvu spoznali testimonium paupertatis za svojo uvidevnost in zmožnost.

Na to točko v svojem idejnem kirurškičnem programu tudi po vrnitvi v Maribor nisem mogel pozabiti. Pri vsaki priliki sem jo omenjal in lani, ko se je vršil prvi profilituberkulozni teden v naši državi, sem si jo zapisal kot nekak svoj kirurškični ceterum censeo: „V Sloveniji se mora osnovati planinsko zdravilišče za kirurškično tuberkulozo. Dokler se to ne zgodi, ni sta sedanji zdravniški in planinski rod izvršila važne svoje naloge.“

In tako sem priobčil v Planinskem vestniku št. 1 leta 1936 in v Zdravniškem vestniku št. 4 „Prošnja planincem“, da mi pomagajo najti v naših planinah primeren kraj v višini nad 1000 m, ki bi imel potrebne lastnosti za tako sončno zdravilišče. Dobil sem povoljne odgovore iz Julijskih in Savinjskih alp, iz Loškega in Krimskega pogorja. Moj namen je sedaj te kraje v družbi zdravnikov-planincev, inženjerjev in klimatologov čimprej obiskati, si jih ogledati ter izbrati najprioravnejšega. Tej začasni izberi bi sledilo sistematično proučevanje kraja, zlasti njegove klime. Potlej bo potreba zbirati sredstva za nakup potrebnega zemljišča, za napravo načrtov, za izobrazbo specializiranih zdravnikov itd. itd. Kakor razvidno, pred nami ni baš kratka, toda tudi ne obupno dolga pot. Fortes fortuna juvat povsod, tudi tu ne bo delala izjem, če ne bomo klonili pred vsako sapo, pa se tudi viharjev ne bali.

Naj pri tej priliki na kratko obrazložim idejo sončnega zdravljenja, ki je že prešla prvotne stopnje, ko se je uporabljala samo za kirurgično tuberkulozo. Leta 1910. jo je sam Rollier razširil tudi na krepitev slabotne dece in zdaj najdemo že na več krajih zdravilišču za kirurgično tuberkulozo priključeno tudi okrevališče za slabotne otroke. Leta 1915. je Bernhard, soustanovitelj helioterapije, ustanovil v Dürreheimu v Schwarzwaldtu sončilišče za ranjene vojake z gnojnimi ranami. Leta 1919. je začel Huld-schinsky obsevati s soncem angleško bolezen ali rahitis. Vsi trije so imeli pri svojem postopku izredno srečo in presenetljive uspehe.

Kakor znano, združujejo sončni žarki tri vrste izžarevanja: na enem koncu sončnega spektra najdemo rdeče žarke — toplotne, na sredi rumene — svetlobne, in preko drugega konca ultravijoletne — kemično delujoče žarke.

Dognali so, da so ultravijoletni, torej kemično delujoči žarki, najbolj zdravilni za kirurško tuberkulozo in da je teh žarkov največ na planinah in sicer največ pozimi, dočim jih je v dolini manj, pozimi najmanj. Vsled tega dejstva je bolnik v dolini primoran pozimi sončenje prekiniti, dočim mu tega na planinah ni treba, marveč narobe, na planinah ga lahko ravno pozimi še bolj in še z večjim pridom uporablja. Ultravijoletne žarke namreč propušča čisti zrak v največji meri, dočim jih gostejši zrak in sapa v njem uničita. Na planinah je zrak čistejši kot v dolini, pozimi najčistejši, dočim je v dolini baš pozimi najgostejši.

Kako učinkujejo ti ultravijoletni žarki na naše telo?

Na to vprašanje do vseh globin odgovoriti, je prav tako težko kot na ono, kako učinkuje na nas elektrika. Nekaj stvari vidimo, n. pr. da elektrika povzroča toploto, da toplota kot vsako stvar tako tudi človeške celice in tkivo razširja, to razširjenje zavzame tudi žile, krvni obtok po njih se poživi, s tem se pospeši dovoz kisika itd. in odprava razkrojkov. Toda kaj je električna energija, tega ne vemo. In vendar je res, da mora biti v učinku elektrike na naše telo še kaj drugega kot sama toplota.

Podobno je s sončno energijo. Vemo in vidimo, da sončni žarki zadenejo površino našega telesa, kožo, da prodirajo do žil kapilark v koži, kjer razkroje krvna telesa, katerih barvilo kožo porjavi in počrni. Drugi razkrojki pa delujejo kot mogočni vzpodbudniki na vse organe in vse njihovo delovanje ter sčasoma ves organizem preosnujejo in takorekoč prerode.

Na tej predstavi je zgradil Rollier svoje zdravljenje s sončnimi žarki, rekši: „Operacija (s katero so pred njim in tudi on sam kot asistent mojstra kirurga Kocherja v Bernu izrezavali tuberkulozna kottišča v kosteh in

sklepah in tako maličili mlade bolnike) nič ne predrugači konstitucije bolnika in ne more preprečiti recidive, niti poznejših pojavov jetike. Naša prizadevanja morajo biti torej taka, da okrepe celoto, zdraveči tako lokalno obolenje z zdravljenjem celega organizma. Neprestano vse leto možno zdravljenje naj povzroči poleg popolnega ozdravljenja kostne in sklepne jetike tudi preroditev celotnega organizma.“

To so osnove Rollierjevega načina zdravljenja s sončnimi žarki, kratke in jasne, kot se za učenca mojstra kirurga Kocherja spodobi.

Na nas zdravnikih in planincih je, da to jasno in preprosto misel presadimo v naše planine, v korist našim bolnikom in prospem domačega blagostanja.

Uporabljeni viri:

Rollier: „Die Heliotherapie der Tuberkulose.“

Bernhard: „Die Sonnenlichtbehandlung in der Chirurgie.“

Kisch: „Diagnostik und Therapie der Knochen- und Gelenktuberkulose.“

Paul de Kruif: „Kämpfer des Lebens.“

IZ ZDRAVNIŠKIH DRUŠTEV

SPORED

V. Vseslovanskega zdravniškega kongresa v Sofiji 11.—15. sept. 1936

I. Znanstveno delo:

11. septembra predkongresni dan: zasedanje izvršilnega komiteja Vseslovanske zdravniške zveze.
12. septembra I. kongresni dan: ob 10. uri slavnostna otvoritev kongresa v Narodnem gledališču. Ob 15. uri splošno zasedanje: predavanja: 1. Tuberkuloza v slovanskih državah; 2. Zdravstvena služba na vasi v slovanskih državah.
13. septembra II. kongresni dan: Zasedanje znanstvenih sekcij: 1. Notranje bolezni; 2. Kirurgija; 3. Ginekologija in porodništvo; 4. Otroške bolezni; 5. Kožne in venerične bolezni; 6. Očesne bolezni; 7. Bolezni ušes, nosu in grla; 8. Rentgenologija in radiologija; 9. Fiziologija, zgodovina medicine, anatomska patologija, sodna medicina. Vsako predavanje bo predvidoma trajalo 30 min.
14. septembra III. kongresni dan Zasedanje znanstvenih sekcij. Natančne podatke o delu v sekcijah daje centralni komite v Sofiji (prof. dr. Kirov, Aksakova ul. br. 23). Teme predavanj je treba javiti in hkrati poslati kratko vsebino predavanja Centralnemu komiteju v Sofiji.

II. Izleti:

Po kongresu so na sporedu (neobvezno) sledeči zanimivi izleti:

1. Z avtom (3 dni) Sofija—Karlovo (Dolina rož)—Hisar (mineralna kopelj)—Plovdiv—Kostenc—Čamkorija (klimatično zdravilišče)—Dvorec Carska Bistrica—Samokov—Sofija. Prenočevanje v Hisarju in Kostencu. Stroški: avto, hotel, hrana (zajutrek, obed in večerja) 800 levov.
2. Z avtom (3 dni): Sofija—Pernik (državni rudnik)—Dupnica—Rilski monastir—Oblatno—Dupnica—Samokov—Čamkorija—Dvorec Carska Bistrica—Sofija. Stroški 700 levov.

3. Z železnico (5 dni): Sofija—Plovdiv—Stara Zagora—Kazanlik—preko Balkana—Trnovo—Varna (en dan odmora)—Oblatno Varna—Plevna—Sofija. Prenočevanje v Plovdivu in Trnovem. Stroški: železnica II. razreda, hotel, hrana 1300 levov.
4. Z železnico (4 dni): Sofija—Plevna—Varna (en dan odmora) in nazaj. Stroški: železnica II. razreda, hotel in hrana: 900 levov. Prilikom tega izleta se more napraviti 5-dnevni izlet po morju iz Varne v Carigrad. Stroški tega izleta znašajo: vožnja na parobrodu v I. razredu 2000—2500 levov, v II. razredu 1600—2000 levov.
5. Z avtobusom (5 dni): Sofija—Solun—Atene (z vlakom) 2 dneva odmor nato nazaj v Sofijo. Stroški (vožnja, hotel in hrana): v II. razr. 2600 levov, v III. razr. 2200 levov.

Cene za hotelske sobe v Sofiji: Hoteli I. reda: za sobo z eno posteljo dnevno 80—100 levov; za sobo z dvema posteljama dnevno 100—150 levov. Hoteli II. reda: za sobo z eno posteljo dnevno 60—80 levov; za sobo z dvema posteljama dnevno 80—100 levov.

Luksuzni hoteli v Sofiji so: Bulgarija, Union palace in Imperijal. V teh hotelih stane soba z eno posteljo dnevno 150—200 levov; soba z dvema posteljama dnevno 180—300 levov. Sobe se lahko na željo rezervirajo za vsakega udeleženca, ki se je pravilno prijavil ter položil predpisano vsoto 150 Din Kreditni sanitetni zadrugi, Zeleni venec br. 1—3, Beograd ali pa dr. Vladimirju Bazali, Zagreb, Vlaška 95.

Kongresne legitimacije se bodo poslale vsakemu udeležencu, čim se je pravilno prijavil in položil vsoto 150 Din.

Udeleženci kongresa naj si sami preskrbe potni list zase in za svoje rodbinske člane. Bolgarski vizum je brezplačen; na bolgarskih železnicah dbe udeleženci kongresa 75% popust, pri voznih cenah na jugoslov. železnicah pa 50% popust. Pravico do tega popusta imajo udeleženci kongresa, ki imajo kongresno legitimacijo (rešenje Vseslovenskega zdravniškega kongresa v Pragi l. 1928). Kongresno legitimacijo pošlje Jugoslovenski narodni odbor Sveslovenskog lekarskog saveza v Beogradu. Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani je že stopilo v stik z omenjenim odborom ter bo v dnevnem časopisu obvestilo udeležence kdaj in kam naj plačajo takso za kongresno legitimacijo.

Zdravniki — uradniki ministrstva soc. politike in narod. zdravja (O. Br. 6688 od 8. maja 1936) in ministrstva prosvete (P. Br. 16458 od 12. maja 1936) imajo dovoljen dovoljen dopust od 10.—30. septembra t. l. v svrhu udeležbe na kongresu v Sofiji. Ta dopust se ne šteje v redni letni odmor.

IZ MEDICINSKIH ČASOPISOV

„Ruskij vrač“ v Čehoslovakiji

Štev. 1. in 2. Leto 1936

Dr. V. Stepin (sanatorij „Albertinum“ v Žamberku): Nastanek pleuralnih zarastlin, njihova vloga pri zdravljenju s pneumotoraksom. Torakoplastika in njeni rezultati. A. navaja, da pri njih uporabljajo torakoplastiko v slučajih, kjer je pneumotoraks brezuspešen. Torakoplastiko delajo ekstrapleuralno, redko intrapleuralno. Z uspehom so zadovoljni. Eksudat je nastopil v 33,5%. Komplikacije so redke. Navaja slučaj bronhogene diseminacije na dozdej zdravi strani in empijema na bolni strani. Do empijema pride navadno 3—5 mesecev po operaciji, če obstoja eksudat. Zdravijo ga z 1% Rivanolom 1—2 krat tedensko. V pleuralni votlini puščajo do prihodnje aplikacije 50—150 ccm Rivanola. Od 20 operiranih bolnikov je bil pri 13 uspeh odličen, pri dveh zadovoljiv, pri treh slab in pri ostalih dveh brez efekta. Operacijo smatra za zelo delikatno.

Dr. B. Citovič, Tallin, Estonska: O inhalacijski metodi aplikacije organskih preparatov, serov in vakcin. Aplikacija serov, vakcin in org. preparatov z elektroinha-

latorjem ne zaostaja po učinku za peroralno in parenteralno aplikacijo. Inhalacija ekstrakta jajčnikov je dala isti uspeh, kot zdravljenje s tabletami. Inhalacija ene ampule Insulina, „Leo“ je znižala krvni sladkor za 0,01–0,08 in je to delovanje trajalo 12–15 ur. Zelo uspešna je bila inhalacija sera proti davici in paratifu B. Posebno priporočljiva je ta metoda za imunizacijo mas in zdravljenje več oseb istočasno.

Po informacijah iz sovjetskih časopisov primanjkuje v tamkajšnjih bolnicah perila in inventarja.

Od leta 1917 do leta 1923 je bilo justificiranih v Sovjetski Rusiji 8.800 zdravnikov („Ruskij vrač“ štev. 12/35).

Dr. Kenig (Petrograd) je napisal bibliografijo o transfuziji krvi. Knjiga našteva 4425 knjig in monografij o transfuziji krvi.

Dr. Blinov: Priprost način določitve krvnih podskupin A_1 in A_2 . Ko je dognano, da spada kri k skupini A, dodajemo kaplji, kjer ne nastopa aglutinacija z standardnim A serom eno kapljo standardnega B sera, razredčenega napol z fiziološko raztopino. Nato narahlo gibljemo predmetno steklo, na katerem delamo poizkus. Če tekom 2–3 minut nastopa aglutinacija, potem pripada kri podskupini A_1 . Če tekom 5–6 minut ni aglutinacije, potem pripada kri podskupini A_2 .

Prof. dr. Gesse: **Komplikacije pri transfuziji krvi.** Podlago tega dela tvori 1300 lasnih opazovanj. Da se ognemo napakam pri določevanju krvne skupine, moramo vpoštevati sledeče: Hraniti moramo standardna sera pri $+4^{\circ}$ do -6° C. Pod vplivom narkoze zdravil in rentgena sera lahko menjamo titer. Redko, a vendar nastopa panaglutinacija ali autoaglutinacija. Določevanje krvnih skupin A priporoča pri 20° C. Pri temperaturi $10-15^{\circ}$ pogosto nastopa panaglutinacija, pri višjih temperaturah (40°) pa eventualno do aglutinacije sploh ne pride in na ta način napačno doženemo skupino O. Dalje a. svari da naj ne jemljemo krvi od ljudi mlajših od 18 let in od žensk z Sahli-Jem izpod 85% oz. z manj kot 4.5 milijona eritrocitov. Transfuzijo moramo izvršiti počasi — ne več kot 100 ccm krvi v petih minutah. A. je mnenja, da citrati znižujejo fagocitarni in opsonični indeks krvi. Glede citrata priporoča kratko kuhanje. Raztopino ne smemo dalje shraniti od 24 ur. Uporablja ga ali 1. Natr. citr. 4,0; Natr. chlorat. 0,85; Aq. dest. 100,0 ali 2. Sol. Natr. citr. 30% — 5 ccm na 500 ccm krvi. Letalna doza Natr. citr. je 10–25 gr. Antidot je Calc. chlor. intravenozno apliciran. Komplikacije deli na rane in kasne. Pri kasnih komplikacijah nastopi hemoliza po 24 urah. Do eksita pride običajno med 3. in 14 dnev. Največ komplikacij nastopa s strani ledvic, zato jih moramo pred transfuzijo pregledati. A. je opazoval nekaj slučajev herpes labialis, cianoze in hemoptoe 4. dan po transfuziji.

V ČSR opažajo strašno krizo lekarn. Nekako pred enim letom je izšel zakon, s katerim so dovoljene bolniškim blagajnam lastne lekarne. Vsled tega stoji do 50% lekarn tik pred konkurzom. Zadolženost lekarn iznaša 120 milijonov Kč. Velika je brezposelnost med farmacevti.

V Moskvi je bil kongres o borbi proti revmatizmu. Navajajo, da so dosegli velike uspehe z zdravljenjem reumatikov s transfuzijami krvi in novim salicilnim preparatom „Acesal“.

V sovjetski Rusiji mnogo poskušajo operacije v protiplinskih maskah. Maske imajo bolniki in medicinski personal.

V vseh večjih mestih Rusije se bavijo najboljši ginekologi s problemom nebolnosti poroda. Doseženi so že veliki uspehi. V tek. l. mislijo provesti 300.000 brezbolnih porodov.

Prof. Bogoraz in prof. Galperin se bavita s problemom transfuzije bikove krvi na človeka. Baje doseženi so že dobri uspehi.

Odontolog dr. Hartmann, profesor Kolumbijske univerze (USA) priporoča za brezbolno vrtnje zob sledečo tekočino: Thymoli 5,0 Spiriti vini rect. 4,0 Aether. sulf. 8,0. Vato, namočeno v tej tekočini pustiti 2 min. v kariozni votlini. Dr. Novoselskij

NOVE KNJIGE

Dr. Reiner Müller: *Lehrbuch der Hygiene für Aerzte u. Biologen* — J. F. Lehmanns Verlag — München 1935. — Cena broš. RM 6'80 vez. RM 8'50

Prof. Reiner Müller je izdal novi učbenik za higijeno. Novost knjige je v tem, da je avtor ločil higijeno v ožjem smislu besede od nauka o povzročitelju nalezljivih bolezni in njih pobijanju. Avtor namreč smatra, da je to poglavje tako važno, da zasluži posebno knjigo. V tem se loči ta učbenik higijene od nam vsem že znanih knjig. Obširno snov je pisatelj obdelal na skoraj 300 straneh res lepo in sodobno tako, da se knjigo zelo lahko čita in je vsa prepletena s številnimi praktičnimi zgledi. Očividno avtor ne polaga posebne važnosti na naštevanje raznih statističnih tablic, ki napravijo vsako knjigo težko prebavljivo, če niso res te tablice nujno potrebne in prepričevalne.

Pri poglavju „o zraku“ mislim, da je preveč površno obdelal poglavje o strupenih plinih, s katerimi mora biti pač dobro seznanjen vsak, ki se s sodobno higijeno bavi. Zelo lepo in izčrpno je obdelano poglavje o vodi in hranilih. Seveda je obdelal precej obširno in iz najnovejših vidikov poglavja o rasni higijeni, kateri predvsem v današnji Nemčiji posvečajo posebno pozornost in nam poda kratek, značilen vpogled v novo tozadevno nemško zakonodajo, od katere si obeta mnogo blagoslova za nemški narod v nekoliko desetletjih.

Dr. Simoniti

E. Haeger: *Die Verwendbarkeit des Röntgenpapiers auf dem Gebiete der Lungentuberkulose*. Vlg. d. aerztl. Rundschau-München. 36 str. 7 rentg. tabel. Cena br. RM. 2'40, vez. RM. 3,25 (za Jugosl. 25% manj).

Pisec podrobno razlaga vse prednosti in senčne strani rentgenskega papirja napram filmu. Ni dvoma, da film papir znatno prekaša v diagnostični zanesljivosti. Mala knjižica pa nudi poleg tega še mnogo več, ker podrobno pojasnjuje fototehnično plat vprašanja. Prav radi tega je jako priporočljiva za vsekega zdravnika, ki se bavi z rentgenom. Zelo podučno in praktično koristno pa je tudi poglavje o tehniki razvijanja rentgenskega papirja, s katero rezultate lahko znatno izboljšamo.

Neubauer

NEMŠKE KNJIGE ZNATNO CENEJŠE

KNJIGARNA KLEINMAYR & BAMBERG, LJUBLJANA

Miklošičeva cesta 16, vljudno naznanja, da so se knjige iz Nemčije pocenile za inozemstvo za celo četrtno in da se do nadaljnega pre-računava **nemška marka** (torej osnovna cena po katalogih) z Din 14.— Poslužite se našega posredovanja in **ne naročajte pri inozemskih tvrdkah in potnikih**. Novitete so vedno na razpolago na ogled. Vsa naročila se izvršujejo najhitreje.

Dr. Edmund Schneeweis: „Grundriss des Volksglaubens und Volksbrauchs der Serbokroaten“ — (Založba Družbe Sv. Mohorja v Celju, 1935).

Pisatelj, jezikoslovec, ki se je vrnil po šestletnem bivanju v Beogradu (kamor ga je zaneslo kot lektorja nemškega jezika) v Prago kot etnolog, nam je sedaj podaril to delo, ki je tehten doprinos k srbohrvaškemu narodopisju.

Knjiga, ki obsega 267 strani in nam podaja pregled celokupne tozadevne literature (ki ni baš majhna in zbrana), je iz dveh ozirov zanimiva za nas slovenske zdravnike. Prvič nas seznanja z vsemi običaji naših bratov (kot n. pr. krsna slava, Božič, svadba pri Srbih itd.), ki nam zelo dobro služijo za medsebojno spoznavanje, drugič pa naletimo na vsaki strani na probleme in elemente obče-človeškega čustvovanja, o katerih ima zdravnik na deželi mnogo priložnosti za razmišljanje. Posebno zanimiva so v tem pogledu poglavja o bolezenskih demonih, duhovih v naravi, obrambi pred čaranjem, ter o vražah ob nosečnosti, porodu, otroški postelji, krstu, negi otrok, smrti, pogrebu itd.

Studij narodoslovja je imel že od nekdaj mnogo privlačnosti za marsikaterega zdravnika, kar nas uči že dejstvo, da se ima etnologija kot znanost in nauk mnogo zahvaliti bivšim zdravnikom. Ni zgolj slučaj, da je bil osnovelec modernega znanstvenega narodopisja in ustvarilec ogromnega berlinskega muzeja Adolf Bastian (1826 — 1905) prvotno ladijski zdravnik. Ravnatelj berlinskega etnogr. muzeja Karl von den Steinen (1855 — 1929) je bil popreje nevrolog. Tudi utemeljitelj pariškega Musée d' Ethnographie du Trocadéro Dr. Th. J. Ernest Hamy (1842 — 1908) in sedanji direktor muzeja v Parizu Dr. Paul Rivet (roj. l. 1876) sta bila svojčas zdravnika itd. itd. (glej letošnji Ciba-Kalender!).

Škoda le, da se avtor ni dovolj oziral tudi na vpliv ciganov, ki igra veliko vlogo pri presoji ljudskega verovanja pri Srbohrvatih (vraže, uroki, čaranja, odganjanje demonov itd.).

Kolegom, ki se v literaturi radi sprehajajo po „mejnih ozemljih“ knjigo topla priporočam. Tudi etimolog bo prišel v tej knjigi na svoj račun.

Dr. M. Karlin

C. Levaditi: *Prophylaxie de la Syphilis*. Založba Librairie Maloine, Paris. (230 str.)

V uvodu razpravlja avtor o obsegu našega znanja o kemičnih preventivnih ukrepih pri sifilidi, problemu, ki ga v teku svojega dela skrbno razvija in v katerem zasleduje tri glavne smeri antiluetičnih preventivnih ukrepov. Prvič uporaba lokalnih sredstev, ki uničijo klice, drugič dovajanje arsenikovitih derivatov per os in tretjič preventivni ukrepi z vbrizganjem bizmuta, telurja, živega srebra, zlata ter arzena.

Vporaba lokalnih sredstev ima po mnenju pisca velik uspeh. Pri tem se opira na obsežna raziskavanja o predorni hitrosti treponeme pallidum itd.

V drugem poglavju obravnava pisec profilakso luesa po tom vporabe arsenikovitih derivatov per os. Preventivna metoda dajanja spirilicidnih sredstev preko želodca naj bi bila učinkovitejša in koristnejša kot injekcije ali lokalno zdravljenje. Pisec poroča o svojih poizkusih in uspehih s stovarsolom (ali 190) kot „agent curatif“. Tudi kot „agent préventif“ prizna stovarsolu najsigurnejši učinek. Po mnenju ref. še ni popolnoma pojasnjeno, v koliko prihaja preparat v poštev kot profilaktikum, vendar je večina avtorjev zavzela odklonilno stališče. Temu nasproti pa izgleda, da je preparat, zlasti po poročilih Oppenheime, velikega pomena pri otroški sifilidi in prav tako pri mnogih drugih boleznih n. pr. pemphigus vulgaris, lichen ruber planus, malaria.

V tretjem poglavju pride pisec do sklepa, da povzroča preventivno zdravljenje sifilide s kovinami kot so telur, bizmut, zlato in živo srebro ugodno obrambo stanje organizma. Sazerac in Levaditi sta ugotovila, da bizmut celó preprečuje spirohetno infekcijo. Proteotelurski derivati delujejo v obliki kovinskih rezerv v tkivu. Take rezerve moramo torej ustvariti, ako hočemo doseči očuvanje pred sifilido ali zdravljenje iste.

Vporaba atoksila in njegovih derivatov (arsenobencolov) v obliki injekcij, preprečuje infekcijo, ako jih dajemo v dobi inkubacije. Levaditi in njegovi učenci so dognali, da ustvarja intravenozna uporaba novarsenobencena Billon pri kuncih antisifilitično obrambno stanje, ki traja 7 dni, kasneje pa postane prenosljivost zopet normalna.

Omembe vredni so dr. Sonnenberg-ovi (Lodz, 1935) poizkusi praktičnega preventivnega lečenja z bizmutom pri človeku. To zdravljenje naj bi izvajali mesece in leta, ne da bi pri tem trpeli funkcija ledvic ali splošno stanje.

Mnenje pisca je torej, da preprečuje preventivno lečenje z bizmutom, pravilno uporabljeni in voden — razmnoževanje sifilide in da bi bilo potrebno, da bi imeli sifilidologi in higijeniški isto vero v njegove profilaktične metode zlasli, kar se tiče preventivnega zdravljenja z bizmutom.

Ponovno moram pripomniti, da je za sedaj zavzela večina avtorjev napram stališču Ledevatitija odklonilno stališče in da tudi abortivno zdravljenje odklanja.

Hammerschmidt

Dr. Fr. Ickert: Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei Lungentuberkulose. Vlg. d. Aerztl. Rundschau-München. 59 str. Cena br. RM. 1'50, vez. RM. 2'25. Pisec, ki ima izredno dobro ime med nemškimi fitzeologi, podaja kratek pregled o glavnih vidikih za presojo vzročne zveze med pljučno jetiko in nesposobnostjo za delo. To vprašanje zasluži vso pozornost tudi pri nas in bi zahtevalo podrobno obdelavo z ozirom na prilike v Jugosl. socialnem zavarovanju. Knjižica namreč vpoštevava seveda samo nemške prilike, zakone in predpise. Vkljub temu pa bo dobro služila vsakemu zdravniku, posebno zdravniku socialnega zavarovanja.

Neubauer

I. izseljeniški kongres v Ljubljani, dne 1. julija 1935. Društvo sv. Rafaela je spomladni letošnjega leta izdalo v obliki male brošurice razprave I. izseljeniškega kongresa v Ljubljani. Ni dvoma, da zasluži izseljeniško vprašanje kot eno najvažnejših socialnih in narodno-gospodarskih vprašanj vso pozornost tudi širših zdravniških krogov. Zato na malo knjižico na tem mestu opozarjamo.

Neubauer

IZ SOCIALNEGA ZAVAROVANJA

Umrljivost zavarovanih delavcev in nameščencev v mesecih januarju, februarju in marcu 1936.

(Prva številka velja za januar, druga za februar, tretja za marec).

V mesecih januarju, februarju in marcu 1936 je po dospelih prijavih umrlo 214 — 220 — 202 delavcev in nameščencev, od teh 172 — 178 — 157 m. in 42 — 42 — 45 žensk.

Za nalezljivimi boleznimi je umrlo 92 — 105 — 81 oseb, od tega 76 — 97 — 73 na tuberkulozo (35.5% — 44.1% — 40.1%), od tega 73 — 92 — 70 za pljučno tuberkulozo, 2 — za tuberkulozo kosti, — 3 — 3 za Tbc. meningitis, 1 — — za Tbc. peritonitis, — 1 — za tuberkulozo grla, — 1 — za tuberkulozo hrbtenice. Za trebušnim tifusom je umrlo 8 — 2 — 2 oseb, za piemio 5 — 1 — 2, za šenom 1 — 1 — 1, za angino 1 — —, za venerično boleznijo 1 — 1 —, za malarijo — 1 —, za gripo — 1 —, za spinalno paralizo — — 1, za davico — — 2, za ošpicami — 1 —.

Za ostalimi boleznimi je umrlo 122 — 115 — 121 delavcev in nameščencev, od česar odpade 20 — 26 — 28 na srčne bolezni, 17 — 11 na bolezni prebavil, 16 — 13 — 17 na bolezni dihalnih organov, 11 — 12 na novotvorbe, 11 — 18 — 15 na bolezni možgan in živcev. Samomor je izvršilo 9 — 10 — 7 delavcev, ponesrečilo se jih je pri delu 10 — 8 — 7, a izven posla 5 — 8 — 7.

Z ozirom na poklic je bilo od umrlih — 27 — 20 — 19 uradnikov, 88 — 72 — 61 kvalificiranih delavcev, 21 — 29 — 19 vajencev in 78 — 99 — 103 nekvalificiranih delavcev. Največje število umrlih odpade na trgovske nameščence (14 — 22), za tem sledijo delavci kovinske industrije (21 — 15 — 16), delavci gozdno — lesne industrije (17 — 14 — 20), delavci pri javnih delih (18 — 44 — 15), zatem hišna služničad (17 — 14 — 16), delavci tek-

stilne industrije (14 — 13 — 12), nameščenci v gostilniških obratih (— 14 —), delavci industrije jedi in pijače (14 — 12 — 12), nameščenci pri denarnih zavodih (11 — —) in delavci industrije kamna (— 11 —).

Delavci ostalih strok so zastopani z manjšim številom umrlih izpod 10 (n. pr. grafični delavci (4 — 6 — 6).

Največje število umrlih je bilo zavarovanih z mezdo Din 48. — in to 36 — 41 — 34 delavcev in nameščencev.

Rodbinam umrlih delavcev in nameščencev v mesecih januarju, februarju in marcu 1936 je bilo izplačano za pogrebne skupaj Din 161.227. — — 164.032. — — 147.676.50. Od te vsote odpade na bolezensko zavarovanje Din 154.291 — — 157.084 — — 143.608.50 a na zavarovanje za slučaj nesreče Din 6.936. — — 6.948. — 4.068.

Naknadno je prijavljenih še 63 — 77 — 34 umrlih delavcev iz prejšnjih mesecev (od tega 51 — 69 — 33 moških in 12 — 17 — 1 žensk). Rodbinam teh umrlih delavcev je izplačano za pogrebne Din 39.401. — 45.065. — — 18.999. —).

Število naknadno prijavljenih umrlih delavcev v mesecih januarju, februarju in marcu 1936 bo objavljeno v naslednjem poročilu za april.

Suzor

DROBNE NOVICE

Mednarodna zveza evgeničnih organizacij je imenovala urednika naše priloge „Evgenika“, prvega evgeničnega časopisa na Balkanu in edinega v Jugoslaviji, za svojega člana in zastopnika Jugoslavije v zvezi. Ministrstvo socialne politike in narodnega zdravja je izvolitev že potrdilo. Veselimo se zasluženega priznanja našega odličnega sodelavca in mu častitajo v upanju, da bo njegovo neumorno delo tudi v Jugoslaviji našlo več odziva.

Pred kratkim je obiskala **skupina avstrijskih zdravnikov** zdravilišča na Štajerskem. Gostje so bili s sprejemom, kakor tudi z vsem, kar so videli, izredno zadovoljni.

Zdravniški sestanek v Slatini Radencih o binškošnih praznikih je bil v vsakem oziru posrečen. Predavali so: Doc. Dr. V. Vuletič Zagreb, o temi: Značenje i indikacije balnoterapije kod bolesti pluća i kardiovaskularnog aparata. Doc. Dr. B. Stanojević, Beograd: Terapija najvažnijih bubreznih oboljenja u praksi. Doc. Dr. D. Borić Beograd: Diagnostička i terapeutska vrijednost duodenalne tubaže. Doc. Dr. J. Matko, Ljubljana: Diagnoza početne insuficijence srca. Odzvalo se je okoli 120 zdravnikov, iz Zagreba, Ljubljane, predvsem pa tudi iz Maribora in iz Štajerske sploh. Bil je skupen obed, kjer je padlo precej lepih govorov — govorili so prof. Botteri, dr. Šarić, pokojni g. Zemljic, bivši poslanec in župan Radenske občine ter podpredsednik Mariborskega zdravniškega društva. Z velikim aplavzom je bil pozdravljen medicinec Bolgar, ki je tudi prinesel pozdrav tovarišev iz Bolgarije. Popoldne razgledovanje vrelcev in kopanje v kopaljšču, ena polovica zdravnikov je odšla v nedeljo, drugi so pa ostali do prihodnjega dneva.

Dr. Fras

Mnogo važnosti polaga nemška država na vzgojo in zveščito mater. **Državna materinska služba** (Reichsmütterdienst) je ustanovila nič manj kot 120 šol za matere, v katerih se vršijo tečaji. Že v prvem letu je v 12.000 tečajih prejelo pouk 350.000 mater, v drugem letu celo več kot 700.000. (M. med. Wchscht.)

Tvrdba Bayer je te dni vabila vse gg. zdravnike, ki mislijo obiskati olimpijske igre v Berlinu, na izlet v Leverkusen. Tvrdba, ki skrbi za brezplačen prevoz udeležencev iz Berlina v Köln in event. tudi nazaj, namerava gostom prirediti odličan sprejem in razkazati tovarno, ki je menda največja te vrste na svetu. Kolegi, ki bodo šli v Berlin, naj ne zamudijo te edinstvene prilike. Informacije daje „Jugefa“ Zagreb Preradovičeva 16, za časa olimpiade: „Bayer“ Pharma Büro, Berlin W. 15, Kurfürstendamm 179.

Zdravniki kot parlamentarci. V novi angleški skupščini sedi 23, v novi francoski skupščini pa 15 zdravnikov.

V Grčiji so odredili obvezno prijavo tuberkuloznih.

Švedska skupščina je sklenila, da bo odslej prejemal 250 švedskih kron letno vsak državljan, ki je postal nesposoben za delo.

Zbližanju zdravnikov vseh narodov naj bi služila nova klinika v bližini London-a „Medical Association of the international Clinic“. Vsak zdravnik sme delati v znanstvenih laboratorijih te klinike, treba se mu je samo prijaviti sekretarijatu klinike, Sherwood-Park, Tunbridge-Wells. (M. med. Wchscht.).

IZ UREDNIŠTVA

Za tiskovni sklad Z. v. so prispevali:

Po Din 200— dr. Meršol V., Ljubljana.

Po Din 150 — dr. Eržen I., Kranj.

Po Din 100— dr. Ješe L., dr. Jamar T., dr. Šavnik L., dr. Demšar I., dr. Švajger D., dr. Stacul V., Ljubljana; dr. Kukovec K., dr. Pihler J., Maribor; dr. Blanke W., Ptuj; dr. Benedik J., Bled; dr. Lovšin I., Laško; dr. Arnšek A., Hrastnik; dr. Černe J., Slov. Bistrica; dr. Treuz F., Dobrna.

Po Din 70— dr. Pucelj F., Kamnik

Po Din 60— dr. Hronovsky A., Poljčane.

Po Din 50— dr. Verčon I., dr. Volavšek-Abram V., dr. Tavčar J., dr. Ješe I., dr. Kansky E., dr. Mis F., Ljubljana; dr. Lutman S., dr. Sekula J., dr. Kac L., Maribor; dr. Kühar A., Ptuj; dr. Konvalinka K., Dol. Toplice; dr. Globočnik-Jeglič S., Trbovlje; dr. Savinšek B., Topolščica; dr. Klar F., D. Lendava; dr. Matjašič M., Kamnik; dr. Ramšak A., Črna; dr. Rituper A., Križevci; dr. Bežek J., Kranj; dr. Fišer Z., Bled; dr. Šabec F., Vrhnika.

Po Din 40— dr. Fedran J., Stična; dr. Kogoj F., Jesenice; dr. Pirnat L., Sv. Lovrenc na Pohorju.

Po Din 30— dr. Jamšek M., Ljubljana; dr. Martinec I., Sv. Marjeta niže Ptuja; dr. Benedičič F., Senovo; dr. Demšar D., Kranj; dr. Šeber D., Ribnica na Poh.; dr. Češark A., Bled; dr. Orel V., Litija; dr. Aschenbrenner, Prevalje; dr. Mrgole M., Ptuj; dr. Lorger V., Šmarje pri Jelšah; dr. Kramberger L., Sv. Lenard.

Po Din 20— dr. Geršelman E., Ljubljana; dr. Novak L., Maribor; dr. Schwischay, Štore; dr. Ivič S., Celje; dr. Zorec A., Ruše.

Seznam zaključen dne 25. junija 1936. — Pristrčna hvala!

Prihodnja (7.) številka Z. v. bo izšla koncem julija t. l., sledeča pa šele koncem oktobra kot trojna številka.

Errata corrige — V članku dr. Černiča, v 5. številki Zdrav. Vestnika na str. 187 v 14 vrsti od zgoraj naj se glasi razmerje gomoljčastih golš napram debelemu vratu pravilno 1:5 : 1.

Na str. 185 pod črto moramo popraviti, da na mariborskem sestanku kirurgov ni predaval dr. Čičin, temveč dr. Zalokar.

Urednik in izdajatelj: Dr. R. Neubauer — Golnik.
Tiskarna „Sava“ d. d. v Kranju — Za tiskarno: Vilče Pešl, Kranj.

EPHETONIN MERCK

pri asthma bronchiale in drugih
alergičnih boleznih, nadalje pri
bronhiditi in
oslab. krvotoku

Oblike in zavitki:

EPHETONIN v tabletah po 0,05 g
originalni zavitki z 10 in 20 kom.

EPHETONIN v perlah po 0,01 g
originalni zavitki s 50 kom.

EPHETONIN v ampulah po 0,01 g
originalni zavitki s 5 in 10 kom.

EPHETONIN mazilo 3%
originalne tube s približno 10 g se
obnese tudi v magistralnem
predpisu

Zastopstvo za Jugoslavijo:
Dr. LEO NEUMANN Zagreb Mešinsk. 14.

E. MERCK

MALI OGLASI

Na prodaj je izredno dobro ohranjena, prvovrstna rentgenska naprava-Siemensov „Heliopan“. — Cena in plačilni pogoji jako ugodni.

⌘

Informacije daje: Uprava „Zdravniškega vestnika“.

Priporočam se kolegom za vse medicinsko-kemične analize, ki jih vršim po priznanih eksaktnih metodah.

⌘

Dr. Ladislav Klinc, doc. za medic. kemijo
Ljubljana, Fiziološki zavod medic. fakultete.

VSEBINA:

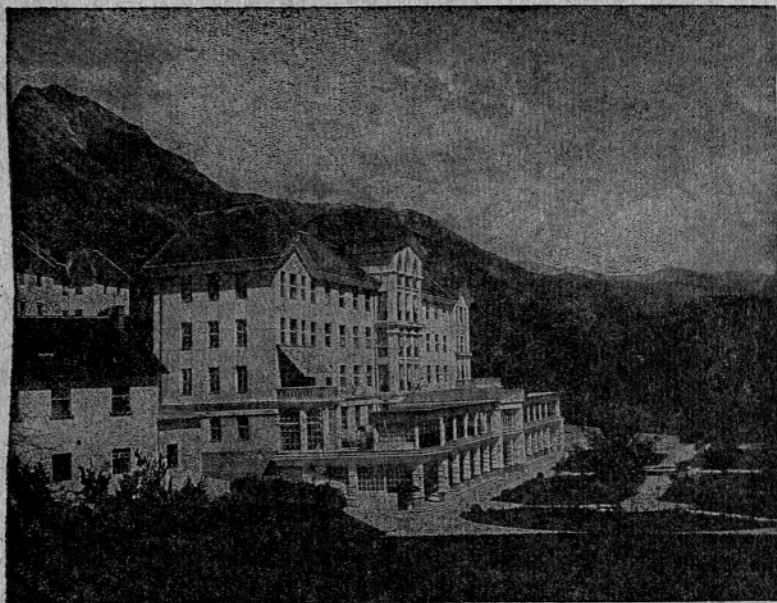
	Stran
I. P. Pavlov: Upravičujte upanje domovine	233
Dr. Albin Seliškar: † Ivan Petrovič Pavlov (s sliko)	234
Dr. Božidar Lavrič: Flegmone	240
Dr. Ljudevit Merčun: Težave po operacijah želodca	245
Dr. Minař Fran: Mehanizem poškodb meniskov in operativne indikacije (konec)	248
Dr. Leo Šavnik: O Ogino-Knaus-ovi teoriji (nadaljevanje)	254
Dr. Bajc Oton: Odprto zdravljenje ran (2 sliki)	259
Dr. Stacul: Sušeni zmetki kot zdravilna hrana zoper prebavne motnje otroka	264
Dr. Demšar Jernej: Novejše zdravljenje garij	268
Dr. Černič Mirko: Zamisel planinskega zdravilišča za kirurgično tuberkulozo v Sloveniji	269
Iz zdravniških društev: Spored V. vseslovenskega zdravniškega kongresa v Sofiji 11.—15. septembra 1936	273
Iz medic. časopisov: „Ruskij vrač“ v Čehoslovakiji	274
Nove knjige	276
Iz socialnega zavarovanja	278
Drobne novice	279
Iz uredništva	280

VSEBINA PRILOGE „EVGENIKA“:

	Stran
B. Škerlj: Koliko imaš neposrednih prednikov?	33
Iz prakse: Zakaj je evgenični pokret potreben?	36
Čemu zahtevamo rodovnike?	37
Dr. L. Löffler: Niti pol odstotka umrljivosti po sterilizaciji pri ženskah	38
Genetični seminar:	
G. Tomažič: Pomen in vloga plazme (živi) pri dedovanju	39
Zakonodaja: Norveški zakon o sterilizaciji z dne 1. junija 1934	42
Drobne vesti	44
Književnost	46

Zdravilišče Golnik

za bolne na pljučih.



Sprejema odrasle bolnike (moške in ženske) s tuberkulozo pljuč in grla v še ozdravljivem štadiju.

3 oskrbni razredi

Vsi moderni diagnostični pripomočki na razpolago! — Higijenično-dijetetično zdravljenje, tuberkulin, avroterapija, pneumothorax artificialis, phrenicoexairesis, thoracoplastica, Jakobäusova operacija.

Vse informacije daje uprava zdravilišča Golnik.

Pošta — telefon — brzojav: Golnik.

Železniška postaja za brzovlake Kranj, za osebne vlake Križe - Golnik na progi Kranj - Tržič. Avto pri vseh vlakih.

PROCYTHOL

„SANABO-KAŠTEL“
PRO INJECTIONE

Perniciozna in težka sekundarna anemija
1 ampula odgovarja po svojem kliničnem učinku približno 500 g
svežih jeter

PROCYTHOL FORTE

1 ampula odgovarja po kliničnem učinku približno
5000 g svežih jeter

Intramuskularna raba!

Vzorci in literatura na zahtevo

NOVO odlično sredstvo

PROTI HIPERTONIJI

CHOLPARIN »KAŠTEL« TABLETE

(Vsebujejo HOLIN, aljodan, perparin i teobromin)

Orig. fiole z 20 tabletami 3 tablete dnevno

 **Kaštel d.d. ZAGREB**

„Zdravniški Vestnik“ izhaja 10krat na leto (meseca julija in septembra ne izhaja).
Naročnina za nezdravnike Din 90— celoletno, Din 50— polletno;
za medicince Din 50— celoletno, Din 25— polletno.