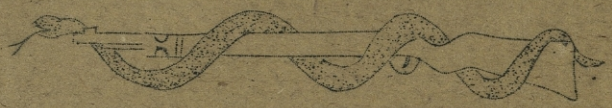
Partizanski

ZDRAVSTVENI VESTNIK



ŠT. 9-10 APRIL 1945

PARTIZANSKI

Z D R A V S T V E N I V E S T N I K

GLASILO SANITETNEGA ODDELKA
GLAVNEGA ŠTABA SLOVENIJE

Številka 9-10. urejuje dr. Magajna, april 1945

Major dr.Perušek Milan:

NEKAJ NALOG ZDRAVSTVENE SLUŽBE V BLIŽNJI BODOČNOSTI

Vojaško zdravstvo je v teku narodno osvobodilnega boja doprineslo dovolj dokazov,da je kos svojemu delu. Stotine ranjencev je oskrbelo in jih vrnilo enotam. Že od prvih začetkov dalje je bila glavna in skoraj edina naloga zdravstvene službe v enoti hitro evakuiranje ranjencev iz bojne črte v zaledno bolnico.Težka organizatorna naloga se je posrečila kljub izrednim težavam.Kakih pomembnejših epidemičnih bolezni med vojaki ni bilo.Enote so bile majhne in na obsežnem prostoru je zaradi tega bila možnost infekcije manjša. Sožitja s civilnim prebivalstvom ni bilo v taki meri,kakor je danes. Nevarnost okuženja se je pomnožila zato, ker so vojaki prisiljeni stanovati po hišah in ne morejo biti skoncentrirani po vojašnicah. Še več! Pogosto zahteva vojaški položaj,da se vojaki gibljejo po krajih,ki so epidemično okuženi s kakšno kužno boleznijo. V vojsko so prišli tovariši,ki so bili pred kapitulacijo Italije doma. Mnogi od njih so bili doma bolni n.pr. za tifusom ter so ostali bacilonosci,drugi nosijo v sebi davične in druge kužne klice. Nevarnosti so postale torej večje, kužne bolezni so dobile v naši vojski večji pomen. Vojaška zdravstvena služba je bila zavoljo tega postavljena pred nova,težja vprašanja. Tega posla se je lotila z vso vnemo. Po kapitulaciji Italije sta nam grozili posebno dve bolezni: pegavica, zaradi večjega prometa s Hrvaško in trebušni tifus,ki je v naših krajih endemičen. Zaradi tega je bilo potrebno v vojski uvajati najosnovnejša higijenska načela. S propagando ter poučevanjem,odredbami in uvajanjem novih enot,ki se ukvarjajo samo s higijeno, smo premostili prve, največje težave. Posrečilo se je preprečiti vdor pegavice

med naše enote in med civilno prebivalstvo. Vsi vojaki so bili cepljeni proti trebušnemu tifusu in paratifusu. Kljub izredno težkim razmeram nismo doživeli epidemije trebušnega tifusa, ki bi jo v takih razmerah lahko pričakovali. Zdravstvena služba se je morala razdeliti. Samo bolničarji niso več zadostovali, prav tako ne zdravniki, ki bi se bavili z ranjenci. V bojni enoti, kot v zaledni vojski so se morale osnovati higijenske ekipe, za katere usposabljajo higijeničarske šole. Zdravniki v zaledni vojski in civilni zdravniki pa so se morali vedno bolj posvečati takoimenovanemu preventivnemu delu. Tako je današnje stanje.

Vojna se približuje koncu. Zgodovina vseh vojn pa dokazuje, da se ob koncu vojne in v začetku premirja pojavljajo v veliki meri kužne bolezni. Nenormalno stanje, ki je posledica vojne, izmozga ljudstvo tako v zaledju, kot na bojnih poljanah. Organizem je manj odporen, škoduje mu vsaka večja sprememba. Na drugi strani pa higijenske razmere globoko padejo, ljudje postanejo polagoma brezbrižni za higijenska vprašanja in posledica je strahovit porast kužnih bolezni. Zato nam mora biti vedno v spominu izrek kirurga Pirogoff-a, ki je pred skoraj 60 leti rekel: "Vsako vojno začne kirurg, konča pa jo epidemiolog." Zgodovina nam to tudi potrjuje. Spomnimo se samo konca prejšnje vojne. Pegavica, kolera, trebušni tifus, koze, pljučnica itd. so morile ljudi. Največ pa jih je pobrala gripa, ki je obšla ves svet.

Kakšne naloge torej čakajo naše zdravstvo? Na našem osvobojenem ozemlju je udomačen v precejšni meri trebušni tifus. Potek te bolezni nam kaže, da ga je največ po vaseh ob Kolpi, sporadične primere pa smo vedno imeli tudi v notranjosti. Posebno na Dolenjskem, v Suhi Krajini, v nekaterih predelih Štajerske in na Primorskem, se je pojavljal vsako leto. Higijenske razmere se niso izboljšale ampak nasprotno močno poslabšale. Torej moramo že sedaj misliti na profilaktično odklanjanje vzrokov trebušnega tifusa. Tudi civilno prebivalstvo in vojake moramo cepiti, da bodo nekoliko bolj odporni proti tej nevarni bo-

lezni. V Beli Krajini je razsajala zadnjič kolera okoli l. 1873 in 75. in je zahtevala veliko žrtev. Danes ni udomačena nikjer, je pa zelo verjetno, da jo bodo ob zadnjem premikanju različnih vojsk prenesli tudi k nam, kakor so jo po koncu svetovne vojne voja ki zanesli na Primorsko. Po zadnji svetovni vojni so se pojavile koze v nekaterih krajih Štajerske /okolica Brežic/, dalje v Beli Krajini in na Primorskem. Ali naj mislimo tudi na to, v normalnih časih nepoznano bolezen? Da! Že pod italijansko zasedbo o troci niso bili cepljeni! Tudi na Hrvaškem otrok ni so cepili že po več let in je torej možnost, da se koze pojavijo in hitro razširijo, zelo velika. Pri zadnjih obolenjih v Beli Krajini so umirali posebno starejši ljudje zavoljo tega, ker je njihova odpornost po zadnjem cepljenju v otroških letih popustila. Zato je bilo potrebno cepiti vse prebivalstvo v ogroženih krajih, posebno pa dojenčke in mladino, ki je najbolj občutljiva za koze in jih tudi raznaša.

Endemično se pojavlja v Beli Krajini posebno griža, dalje v nekaterih krajih na Gorenjskem; lansko leto se je pojavila v večjih primerih v Beli Krajini in je zahtevala nekaj smrtnih žrtev. Pojavlja se najbolj pogosto v krajih, kjer primanjkuje dobre pitne vode in kjer so higijenske razmere slabe.

Misliti moramo še na druge bolezni, ki pa v naših krajih sicer niso pogoste. Mnogo naših vojakov je živelo v južnih krajih Italije na Sardiniji in Siciliji, kjer so se okužili z malarijo. Na severu, v naših krajih podnebje zaradi premrzlih noči ni ugodno za anophelese, vendar je v Beli Krajini malarija že udomačena. Ker je zelo veliko tovarišev z juga okuženih z malaričnimi klicami, z gotovostjo lahko pričakujemo porasta malarije. Tudi amebna griža nam bo v primeru prihoda naše vojske z južnih krajev, internirancev in izgnancev, ki so morali živeti v južnih predelih države ali v Italiji, delala veliko težav. Ena glavnih nalog zdravstva čez poletje bo temeljito razuševanje vojakov in civilnega prebivalstva, posebno v krajih, kjer danes besni pegavica. Le tako

se bomo jeseni in pozimi, ko pegavica prevladuje vse druge bolezni, rešili epidemije. Če pa čez leto ne bomo razušili najubpžnejšega prebivalstva in posled njega pastirja v hribih, bomo lahko doživeli katastrofo.

Kako je okoli nas? V Jugoslaviji smo doživeli mo čno epidemijo pegavice, a največja invazija kužnih bolezni nam bo grozila iz Nemčije. Strahotno bombardiranje nemških mest, preseljevanje prebivalstva iz kraja v kraj, prenatrpanost, podhranjenost in ve likansko pomanjkanje zdravil in zdravnikov nam ja sno kaže na bodoče zdravstveno stanje Nemčije. Nemčija je danes že sprejela pomoč mednarodnega Rdečega Križa, katero je dosedaj odklanjala. Poročila iz Nemčije navajajo, da se je v Nemčiji že pojavila epidemija pegavice, trebušnega tifusa in griže. Nemogoče bo v stanju, v katerem je danes Nemčija, zajeziti te bolezni. Še več - pričakovati moramo izbruha še drugih kužnih bolezni.

Taka utegne biti slika bodočega razvoja kužnih bolezni v naših krajih. Jasno je, da se moramo pripraviti na vse te bolezni in da moramo iz tega napraviti zaključke, ki nam bodo kazali pot pri delu. Vzgojiti moramo čim več dobrega in vestnega pomožnega zdravstvenega osebja, dobrih higijenicarjev in higijeničark, ki bodo zmožne izpeljati vsa navodila pri pojavi neke epidemije. Pomagati bodo morali tudi civilnemu prebivalstvu. Za zdravstveno vzgojo civilnega zdravstvenega osebja pa morajo skrbeti tudi civilne zdravstvene oblasti. Higijenske ekipe morajo delati načrtno, zato, da si bodo pridobile izkušenj že sedaj, ko še nimajo nikakih težjih epidemij. Zdravniki moramo takoj proučiti bolezni, ki smo jih zgoraj našteli ter se posebno seznaniti z njihovo epidemiologijo, profilakso ter njihovo desinfekcijo. Opazovati moramo vestno vse kraje, kjer so navedene bolezni endemične, in nadzirati področja, ker bi mogle vdreti v neokužene kraje v Sloveniji. Poglobiti moramo obveščevalno zdravstveno službo. Ta je v začetku epidemije najvažnejša; z dobro zdravstveno obveščevalno službo mobiliziramo ves zdravstveni apa-

rat, opozorimo ostale kraje na pretečo nevarnost, seznanimo sosednje zvezne države, da se pripravijo na boj, prosimo pravočasno za potrebna sredstva centralne oblasti in zaveznike. Na obveščevalno službo se moramo že sedaj pripravljati, da bomo v primeru nevarnosti že dobro izurjeni! Uporabiti moramo vsa sredstva, ki so nam na razpolago: od kurirjev, do telefona in radio-telegrafije.

Predvsem pa je treba podučevati borce v higijeni. Pouk ne sme biti mrtev! Seznaniti jih je treba z najosnovnejšimi nauki posebno iz osebne higijene. Higijena je pri preprečevanju vseh epidemij najvažnejša. S popolno pravico imenujemo črevesne bolezni - bolezni umazanih rok! Zavedati se moramo, da je večasih bolezen lahko omejiti z najbolj enostavnimi sredstvi. Vedeti pa moramo tudi, da je to mogoče samo s sodelovanjem vseh borcev in vsega civilnega prebivalstva. Če ga ne bomo znali aktivizirati, tudi epidemij ne bomo mogli preprečiti.

Poleg aktivizacije vsega prebivalstva, pravilnega razmeščanja zdravstvenega osebja moramo začeti s tako imenovano najnujnejšo malo asanacijo. V krajih ki so najbolj zapuščeni in zanemarjeni ter nevarni za kako epidemijo, je potrebno napraviti stranišče, urediti gnojne jame, očistiti vodnjake ali jih zapreti, če so izvor okuženja. Napraviti moramo čimvečje število zasilnih kopalnic za vojsko in civilno prebivalstvo itd.

Zdravstveno delo v bližnji bodočnosti in po končani vojski mora biti usmerjeno v pretežni meri v preventivno delo. Tudi kasneje se bomo morali veliko bolj baviti s preventivnim delom kot je bilo v Jugoslaviji. Ves narod bo treba dvigniti na višjo higijensko stopnjo in s tem bomo dosegli, da se bo nevarnost kužnih bolezni občutno zmanjšala.

Podpolkovnik dr. Leonov V.T.

PROFILAKSA INFEKCIJ RAN TER OSNOVNI PRINCIPI ZDRAVLJENJA GNOJNIH RAN

/Predavanje na sestanku zdravnikov "Slovenske centralne vojne partizanske bolnice in kirurških divizijskih ekip z dne 20.II.1945/.

Tovariši! Namen mojega predavanja je podvreči kritičnemu pregledu delo kirurških ekip našega korpusa v razdobju od 1. XII. 44. do 20. II. 45. Gotovo vas bo zanimalo slišati o usodi ranjencev, katerim ste nudili svojo strokovno pomoč. Na ta način bo današnje predavanje služilo izboru enotne kirurške doktrine /metodike/ na vseh etapah evakuacije. Nedopustno je, da bi za dobo trajanja vojne v eni in isti armadi bile različne metode, bodisi primarne kirurške obdelave, bodisi poznejšega zdravljenja. Samo enotna vojna kirurška doktrina lahko uspešno osigura izvršitev kirurške pomoči ranjencu, zmanjša umrljivost, % invalidnosti, ter usposobi čim večji % ranjencev za nadaljne borbe, ki so potrebne do končnega poraza sovražnika.

Preden preidem na pregled našega materiala, si dovoljujem zadržati še kratek čas na vprašanju profilakse, infekcije in zdravljenja gnojnih ran. Preprečitev razvitja ter borba z razvijajočo se infekcijo, predstavlja najvažnejše poglavje vojne kirurgije. Mere, podvzete proti infekciji ran, so prav tako važne kot one proti krvavitvam in šoku. Če govorimo o infekciji ran, moramo razlikovati med prvotno in drugotno infekcijo. Poizkusi dokazati sterilnost pri gladkih kanalih ranitve, povzročenih po krogljah so se pokazali za neuspešne; visoka temperatura krogljе ne prepreči infekcije. Mogoče je postaviti na podlagi poslednjih ugotovitev sklep: Vse strelne rane so prvotno inficirane. Pozneje se lahko rana še drugotno inficira.

Nastanek primarne infekcije bojne ognjestrelne

rane zavisi od pogojev ranitve ter splošnega stanja vojaka. Koža vojaka je nečista ter bogatejša na mikrobih,kakor bi sicer bila pod normalnimi razmerami. Nič manjšega pomena zaradi mikrobov ni oblika in obutev. Mikrobi v zemlji, prehajajoči od ekstrementov ljudi,predstavljajo nevarnost infekcije za rane, pri ranitvah z drobci min,granat,bomb,ter odbijajočih se krogelj.Deformirana krogla po odboju in na poljubnem telesu se le malo razlikuje od drobcev mine. Ona tudi povzroči obširno razdejanje tkiva, ustvarja mošnjice in nosi s seboj na vsej svoji poti še mikrobe z zemlje ali obleke,marsikdaj tudi kose same obleke, bogate na patogeni mikroflori.

Sekundarna infekcija ran se v vojni prenaša na različne načine. Omenjam dotik površine rane z obleko in zemljo. Možnost prenosa infekcije na omenjeni način je tem večja, čim dalj časa poteče od ranitve do prve obveze. Zato je precejšnjega pomena odstranitev obleke z ranjenca. Razrezanje obleke nad rano zmanjšuje verjetnost sekundarne infekcije rane. Važna je tudi čistoča rok medicinskega osebja,ki nudi prvi povoj,katerega pravilna uporaba je zaradi možnosti razvitja sekundarne infekcije posebno važna. Iz navedenih podatkov sledi,kako važno vlogo ima za profilakso sekundarne infekcije vojnih ran hitra in kvalificirana prva pomoč že v območju čete.Od tega, kedaj in kako je bila uporabljena prva obveza,bo za visela nadaljna usoda ranjenca ter značaj infekcijskega procesa v rani. Vprašanje: ali primarna ali sekundarna infekcija ima prvobiten značaj, ni pa principialnega pomena. Glavni pomen v vprašanju zmanjšanja sekundarne infekcije ran,leži v dobri organizaciji strokovne pomoči. Na podlagi našega znanja primarne in sekundarne infekcije rane se postavlja vprašanje nujne vzgoje bolničarjev in to ne na dolgotrajnih kurzih, temveč v kratkih seminarjih v brigadah in divizijah o pravilnem izvrševanju prve pomoči.

Izkušnja je pokazala, da nimamo pri navzočnosti mikrobov v rani v vseh primerih kliničnih znakov infekcije. Hitra celitev nekaterih bakteriološko infi

ciranih ran nas sili podčrtati pomen lokalnih in splošnih faktorjev. Glavni pogoj, ustvarjajoč ugodno podlago za infekcijo ognjestrelnih ran je: uničenje krvotoka, razsekanje in raztrganje tkiva, kar povzroča nastanek nekroze, pa tudi izlivi krvi ter hematomi v globini in žepnih ranah. Očividno se ti pogoji jasneje izražajo pri ranitvah z drobci, pri čemur pa ne smemo misliti, da bi nekatere ranitve s krogljo ne imele teh predpogojev. Pomisliti moramo, da imamo poleg zone grobe narušitve tkiva še pas molekularnih sprememb ter lokalni šok tkiva, kjer je značilna zvišana sposobnost za infekcijo. Posebno je šetreba opozoriti na hematome, ki povzročajo izhemijo tkiv vsled pritiska ter uničenja prehranitve. Ne smemo pozabiti tudi na imobilizacijo pri transportu brez katere se pospešuje infekcija. Končno pa je tudi pomemben značaj ranitve same. Tako stoje, kakor dokazujejo statistike, ki govore o pogostih komplikacijah ran v zavisnosti od mesta ranitve, mišična tkiva v prvem redu:

Lokalizacija ranitve	Težke komplikacije v %
bedro	26.6 %
golen	17.1 %
leht	14.5 %
podleht	11.4 %
stopalo	6.8 %
pest	4.1 %

Od splošnih faktorjev, važnih za razvitek infekcije je izguba krvi najvažnejši. Vsled tega moramo smatrati transfuzijo krvi za važno profilaktično sredstvo. Moramo pa tudi upoštevati nervno - psihološke faktorje, fizično iznemoglost in prezeblost. Ohlajanje telesa je tudi faktor, ki pospešuje razvitek infekcije, kar je ugotovljeno tako eksperimentalno kakor klinično. Čim hitrejši prevoz ranjencev iz bojišča ter njih pravilno ogrevanje, predstavlja važen faktor za preprečitev razvitka infekcije rane.

Na podlagi kliničnih ugotovitev delimo infekcije na dve osnovni skupini.

1. Gnojne infekcijske rane, nastopajoče kot gnojne ali gnilobne infekcije.

2. Anaerobne infekcije. Sem spadata plinska flegmona ter tetanus. Gnojne infekcije povzročajo razne bakterije, predvsem streptokoki, stafilokoki, proteus, kolibacili itd. s čimer niso izčrpani vsi povzročitelji gnojnih infekcij. Inkubacijska doba razvitja infekcije je podana po času, ki je potreben do razvitka in seganja v globino tkiv. Že leta 1880 je bilo ugotovljeno po Friedrichu, da se nahaja infekcija tekom prvih 6 ur v latentnem stadiju, ter se šele po preteku 6 do 8 ur razširi v globino tkiva. Klinično se pojavlja drugi, tretji ali šele četrti dan. Gnojne infekcije se v rani razvijajo hitrejše, ako so te polne nekrotičnih delcev, ki predstavljajo ugodno hranivo za bakterije.

Skorajšnja inkubacijska doba je značilna za posebno težak potek infekcije. Te razvojne dobe, lokalno klinične slike, predpisujejo povsem določene organizacijske mere, katerih znanje je važno za posamezne točke etapne evakuacije.

Niso redki primeri, posebno pri širokih okvarah mehkega tkiva, kostnih prelomov bedra, ter ranah velikih sklepov, ko gre infekcija preko mej lokalizacije rane ter popravi ves organizem. Iz lokalne imamo splošno infekcijo. Značilno je uboštvo kliničnih pojavov ran, zato pa so jasno izraženi splošni simptomi: suh jezik, pulz višji od temperature, pogosto bruhanje ter diareje. Najpogostejši povzročitelji teh infekcij so streptokoki različnih vrst. Visoka smrtnost vsled komplikacij ran po splošni infekciji /Banaitisu 50 %/ daje podlago smatrati te komplikacije za zelo težke. Navedena dejstva govorijo dovolj dokazilno, da lahko trdim: Usoda ranjenca je odvisna od časa v katerem dobi ranjenec prvo pomoč, to je uporaba prvega povoja, ki preprečuje infekcijo rane, način dobre imobilizacije pred transportom v slučaju obširnih ran mehkega tkiva ali kostnih prelomov in končno od tega, kako skrbno z ozirom na potrebe sedanje vojne kirurgije je izvedena primerna kirurška obdelava rane. Moramo si zapomniti, da večina ranjencev ne umira od ran, temveč zato, ker jim ni bila nudena bodisi pravočasna prva pomoč ali pa je bi,

la ta pomoč nezadostna z ozirom na zahteve sedanje vojne kirurgije.

Podajam le kratek pregled zdravljenja gnojnih ran, ker bi široko razmotrivanje porabilo preveč časa. Mislim, da bo za vas vse koristno, saj ima večina navzočih opravka z gnojnimi ranami. Vendar, da bi pravilno zdravili, je treba preštudirati in pregledati vse komplikacije, potekajoče v rani, kar nam omogoči izvršitev zdravljenja ran po določenem načr tu, pri čemer moramo upoštevati dinamiko v rani razvijajočega se procesa zdravljenja, /vse momente, ki ovirajo odnosno pospešujejo proces/. Z nastankom ra ne tečeta v njem dva nasprotna procesa, asimilacija celic in tkiv, poteka reakcija kot odgovor žive tkanine ter vsega organizma na nasilno vzburjenje po traumi. Smrt tkiva na mestu ranitve je povzročena ne samo po okvarah pri ranitvi, temveč predvsem zara di uničenja cirkulacije krvi ter limfe. Ne bom se spuščal v podrobnosti, dodam le, da obstoji osnovni princip pri zdravljenju ran v sledečem.

1. Mir ranjenega organa. Upoštevanje miru ne zmanjša samo bolečine, marveč pomaga ustvariti barie re, obstoječe iz sesedenega fibrina leukocitov, trombina ter razvijajočih se granulacij.

2. Poznanje najboljših pogojev odtoka rane. Pri kirurški obdelavi se rana široko razkrije; v tem slučaju priporočam obdelovanje rane brez tamponov. Prednost te metode obstoji v dejstvu, da pustimo v miru vneto tkivo rane, onemogoči se osušenje rane itd. V slučajih, kjer je veliko nekrotičnega tkiva, obstoji nevarnost zlepljenja robov rane ter nastanka zadržkov izcedka. V tem slučaju je ugodnejša metoda tamponov, namočenih z vsesalnimi raztopinami. Ne smemo pa rane trdo "zabiti" s tamponi. Priporočam u porabo polovične drenaže ali drenaže z gumijastimi trakovi, ki se pripravijo iz neuporabnih rokavic. Če globina rane ni bila razkrita pri primarni kirurški obdelavi, je prva naloga široko razkritje rane.

3. Izboljšati pogoje cirkulacije krvi v območju rane. Potrebne mere so sledeče: Omogočiti prost odtok izcedkov ter zmanjšanje otekline z izboljša-

njem pritoka arterialne krvi ter cirkulacije /zastojna hiperemija po Bieru - lokalno segrevanje/.

4. Uporaba antiseptikov za zdravljenje gnojnih ran. Teoretične spore smatram v tem slučaju za končane. Uporaba antiseptikov v tej vojni za zdravljenje gnojno inficiranih ran kakor tudi v profilaksi infekcije, se je pokazala za upravičeno. Ne smemo računati na efektivnost teh sredstev brez podvzema kirurških mer. Antiseptiko moramo uporabljati v kompleksu kirurške obdelave ran. Dobro so se izkazali sulfamiditer klor vsebujoči preparati. Ne bom izgubljal časa na metodi, ki vam je vsem dobro poznana, omenjam samo, da je metoda Karela še sedaj v veljavi Poleg kemičnih antiseptikov so se v tej vojni pojavili tudi biološki preparati: bakteriografi ter penicilin. Ti preparati še nimajo splošnega priznanja nadaljne izkušnje pa bodo nad njimi izvedle končno veljavno sodbo. Zadostuje da opozorim na uporabo antigangrenoznih bakteriografov za zdravljenje plinske gangrene. Njih uporaba zniža /po mnogoštevilnih sovjetskih avtorjih/ nad polovico smrtnost pri zdravljenju plinskih gangren. Profilaktična uporaba pa zniža celo na tretino komplikacije ran pri plinski infekciji, primerjajoč s primeri, kjer bakteriografi niso bili uporabljeni.

5. Uporaba močnih sredstev, učinkujočih bodisi splošno na organizem, odnosno na proces vnetja v rani sami. Sem spadajo zdravljenja z vakcinami, fizio in vitaminska therapia, dijeta z vitaminom C itd.

V tem kratkem pregledu osnovnih principov zdravljenja gnojno inficiranih ran, se še iz daleč niso izčrpale vse možnosti zdravljenja. To so le osnovni postopki zdravljenja gnojno inficiranih ran. Za zaključek dodajam, da predstavlja osnovno in glavno zdravljenje gnojnih ran pravočasna, zadostna, pri pravilni indikaciji postavljena ter izvršena radikalna kirurška intervencija. Vse ostalo je samo faktor, ki podpira zdravljenje. Nobene konservativne mere, vključno antiseptiki ne morejo odstraniti infekcije, če je bila rana nezadostno kirurško obdelana. Na takega ranjenca čaka sepsa. Mislim, da sem vas zadostno upo

znal z nekaterimi predpogoji infekcije ran ter njih zdravljenja, tako, da preidem k pregledu našega materiala. Istočasno se dotikam osnovnih pravil primarne kirurške obdelave ran v luči napak, ki so bile izvršene v kirurških ekipah in ki smo jih zamogli ugotoviti.

Tabela 1 daje pregled materiala, ki je dospel v bolnico. Januarski boji so se odlikovali po ranah, povzročenih po krogljah - 69 %. Ran vsled drobcev je bilo le 31 %, kar kaže na malo artilerijsko aktivnost sovražnika; vsled tega je bilo le malo v kirurških ekipah obdelanih ran, ker mnoge rane, povzročene po krogljah, niso potrebovale kirurške intervencije. V kirurški ekipi je bilo obdelanih 37 % in neobdelanih 63 % vseh primerov. Od primerov brez kirurške obdelave, je prvi dan po prihodu v bolnico rabilo kirurško intervencijo 31 %, to je tretina vseh primerov, za katere v kirurški ekipi ni bila postavljena indikacija za aktivno kirurško obdelavo. Preostali dve tretini predstavljajo primere za katere ni bilo indikacije za kirurške intervencije v ekipi; potreba aktivne intervencije se je pojavila šele v razdobju med potovanjem iz ekipe v bolnico, to je med transportom. Razvoj infekcije gre v teh primerih navaš odsotnosti imobilizacije ran mehkega tkiva, ali je transport povzročil hitrejši klinični nastop infekcije. Od 37 % vseh v bolnico prispelih primerov, ki so že dobili aktivno kirurško pomoč v kirurških ekipah, so pri prihodu v bolnico potrebovali dopolnilne kirurške intervencije: povečanje že obstoječih razrezov, razširjenje ran z vzleplenimi robovi, napravo kontrapertur itd. /v 32 % vseh primerov/. Ti podatki opozarjajo na nezadostno izvršitev primarne kirurške intervencije.

V nekaterih primerih smo ugotovili nepravilno izvršitev primarne kirurške obdelave. Pogosta napaka je nepravilno razrezanje kože okoli rane v obliki kroga: kožne petice /pjatačok/, brez razširjenja kanala ranitve. Namen tovarišev, obdelati rano, se je končal v obdelavi kože. Posebno pogosto smo to napako ugotovili pri prestrelu /kroglja, drobec/ medeni-

ce ter ran beder z večjim številom drobcev. Namesto da bi razrezali rano v skladu s topografskimi razmerami, so ustvarjali kožne petice, pri čemer so ostale cele celo fascije, da ne govorim o nedotaknjenem kanalu rane v globini z raztrganimi mišicami. Druga pogosta napaka je nezadostna imobilizacija kolenskega sklepa. K napakam moram šteti tudi velik % neoperiranih v ekipi, za katere je bila podana indikacija aktivne kirurške obdelave /32 %/. Ta napaka izvira iz nepravilne ocene prestrelov in zastrelov. Ne zadostuje pregled odprtine rane, tudi če ima samo gladki rob; moramo pregledati tudi kanal ranitve, če ne vsebuje pokvarjenih mišic, žil ter hematomov. Samo to je način pregleda ranitve, ki nam omogoča odločitev za ali brez intervencije. Iz analize po meni pregledanega materiala prihajam do sledečih zaključkov: Vsem tovarišem še ni jasno, kaj je primarna kirurska obdelava rane in kako jo izvršujemo. Moramo razumeti, da primarna kirurška obdelava rane ni identična z izrezom rane po Friedrichu. Kaj pomeni izrezati rano po Friedrichu? To pomeni izrezati rano, kot bi predstavljala "tumor", z drugimi besedami: spremeniti ognjestrelno rano v sterilno, aseptično operacijsko rano, kar pa pri večini ognjestrelnih ran ni mogoče. Nobene ognjestrelne rane ni mogoče z izrezanjem spremeniti v aseptično operacijsko rano; še večja napaka pa je šivanje ognjestrelne rane, po takozvanem izrezanju "ran po Friedrichu". Na srečo nismo opazili, da bi kdo od naših kirurgov šival te rane, ako izvzamemo kožne šive na glavi, ki smo jih ugotovili. V principu pa se kožne rane na glavi ne smejo šivati. Zaključki, ki jih je mogoče izvleči iz izkustev poslednjih vojn ter bogatih izkušenj sovjetske vojne medicine tekom velike domovinske vojne so sledeči:

1. Izrezanje ognjestrelnih ran ni mogoče; ako pa delno razrezanje še ni izgubilo popolnoma svojega pomena, se v vseh primerih izvede ne toliko za "sterilizacijo z nožem" temveč v svrho zmanjšanja množine nekrotičnega tkiva v rani, ki so gnojišče mikroorganizmov.

2. Večjega pomena je razrezanje kanala ranitve odtoka zaradi omogočitve/vsebine rane ter profilakse zaradi nevarne komplikacije z anaerobno infekcijo.

3. 70 % vseh ognjestrelnih ran na bojišču/v območju divizij/ spada v aktivno kirurško obdelavo z nožem.

4. Ne spadajo pod aktivno kirurško obdelavo rane.

a/ Male površine rane kož in sluznic,

b/ prestreli s kroglo z gladko vhodno in izhodno rano, ako v kanalu ranitve ni večje množine razcefranega tkiva, sesedene krvi itd.

c/ pri številnih malih ranah od min in granat,

d/ prestreli prsnega koša brez odprtega pneumotoraksa.

Tehnika primarne kirurške obdelave ran je sledeča:

a/ Koža okoli rane se umije ali z bencinom ali z amonjakom ter se namaže z jodom. Popreje obrijemo dlake okoli ran.

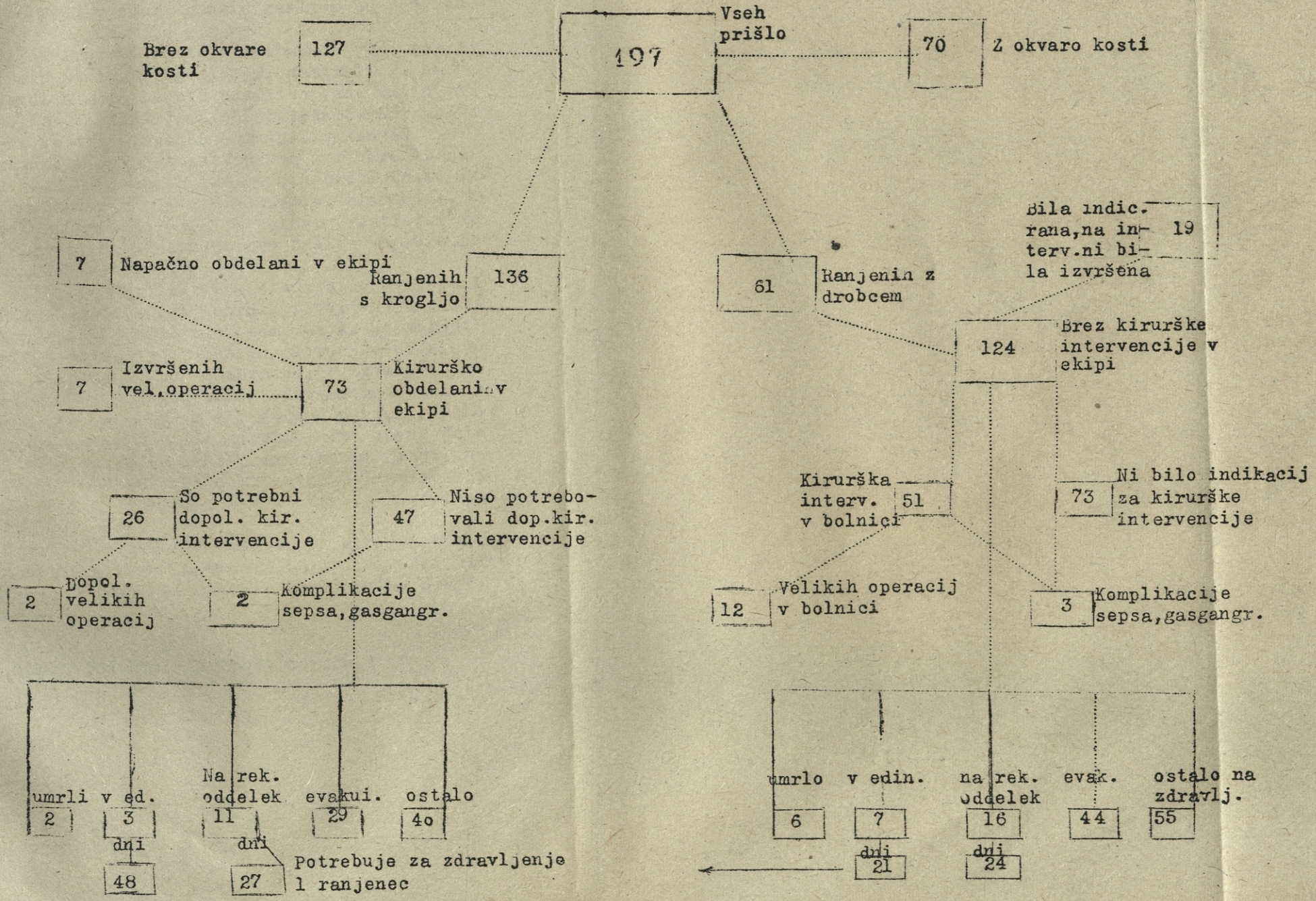
b/ Izvršimo anestezijo z 0,5 % novokainom. Infiltracija se izvrši v smeri k rani.

c/ Z upoštevanjem topografsko anatomskih razmer rane se razreže koža fascije ter mišice v smeri kanala ranitve /revizija rane/.

d/ Odstranijo se tujki /drobci, kovinski, kostni, koščki obleke/ tekoča kri /koagula/. Dokončno ustavimo krvavitev s prevezom žil v rani, odnosno, ako se nam to ne posreči, v podaljšku žile. Ranjena plast se pregleda ali je tkivo nahajajoče se pod dejstvom izstrelka še sposobno za življenje.

e/ Vsi deli razbitega in raztrganega tkiva, nesposobnega za življenje, posebno mišice, se izrežejo z nožem ali ostrimi škarjami. Podobno izrežemo tkanine, ki bi sicer zapadle nekrozi. Kožne robove ran izrežemo le v slučajih, kjer je koža in podkožno tkivo oplazeno, vsebuje hematome in je obsojeno na propad. Izreza robov zdrave kože ne vršimo, ker bi sicer samo povečali velikost rane. Žile, ki krvave ligiramo. Kane, v katero segajo velike žile, živci in kite ne izrežemo.

DIAGRAM RANJENCEV OD 1. XII. 44.do 20. II. 45.



f/ Fascije /bedra, goleni/ razrežemo poleg podolžnega razreza v smeri kanala ranitve še povprečno.

g/ Pri nevarnosti zastoja izcedka v rani napravimo kontraaperturo, /pogosto pri zastrelih/. Na koncu intervencije mora ležati površina rane dobro vidna, posebno če je razširjena z lopaticami. Mora biti sestavljena iz tkiva, sposobnega za življenje.

h/ Rane posipljemo s sulfamidom ter narahlo napolnimo z gazo, odnosno s tamponi, napravljenimi iz gaze in namočenimi v 1 - 2 % raztopini kloramina.

i/ Pri primarni brez kirurški obdelavi prestrelov velikih sklepov okvare/kosti, moramo zašiti kapsulo. Kožo pa pustimo brez šiva.

Rane se ne izreže le v tem slučaju, če v njej ni za življenje nesposobnega, nekrozi podvrženega tkiva

Čim popreje obdelamo rano, tem manjša je verjetnost razvitja infekcije. Aktivno kirurško obdelavo rane potom razrezanja ter izrezanja, pa izvedemo nezavisno od dobe, ki je potekla od ranitve. Tudi v primerih, ko je že poteklo 12, 24 do 36 ur, kirarško intervenirano na že omenjeni način. Pri oceni dela kirurških ekip na podlagi materiala, ki mi je bil na razpolago v naznačenem času, ugotavljam naraščanje dobrega kirurškega pomladka med tovariši, ki delajo v kirurških ekipah.

Končujem moj referat v upanju, da bodo navedena dejstva koristila vsem navzočim tovarišem, ter jih prosim, da mi oproste, ker sem jim vzel toliko dragocenega časa.

Smrt fašizmu - Svobodo narodu !

Podpolkovnik dr.Naumov Nikolaj:

PRVA POMOČ RANJENIM V BOJU

Prvo pomoc ranjenim v boju in prenos iz bojnega polja izvršujejo bolničarji - redovi in bolničarji--podoficirji,t.j. nižje sanitetno osebje: Bolničarji,bolničarji - nosači = nosilci ranjencev in bolničarski instruktorji /bolničarski podoficirji = dobro izvežbani bolničarji/. Prva pomoč pa se tudi lahko vrši v obliki samopomoči ali vzajemne pomoči, kadar si ranjenec sam pomaga ali pa mu pomaga tovariš. Vse bolničarsko osebje si mora trdno zapomniti,da je od vztrajnosti, s katero izvaja vse kar je potrebno za prvo pomoč, v temelju odvisna ohranitev zdravja, delazmožnosti, pogosto pa tudi življenja ranjencev, a od ohranitve življenja in zdravja ranjencev je odvisno povečanje bojne sposobnosti vojske. Da pravilno in pravočasno nudijo ranjencem prvo pomoč, je neobhodno potrebno, da se bolničarji, bolničarji - nosači in bolničarski instruktorji spretno plazijo k ranjencem, izkoriščajoč terenski relief in jih na vse možne načine vlačijo v najbližje zaklonišče, kjer jim nudijo neobhodno potrebno in možno pomoč. Ranjencem,ki se lahko giblje jo brez tuje pomoči, pa pokažejo najbližjo in najbolj varno pot do najbližjega previjališča. Če se ranjenec ne more kretati samostojno,poskrbijo,da ga spravijo v najbližje zaklonišče pred sovražnikovim ognjem. Oni tudi pokažejo bolničarjem - nosačem,kje se nahajajo ranjenci, ki jih je treba najprej odnesti. Prenašajo ranjence na nosilih in brez nosil,na kakršnemkoli terenu, pod kakršnimikoli klimatičnimi pogoji in ob kakršnemkoli dnevnem času in hkrati skrbe,da ne odkrijejo sovražniku niti ranjenca niti sebe. Polagajo ranjence in bolnike na sanitetna prevozna sredstva. Organizirajo najpreprostejša sredstva,da se ranjenci in bolniki kar najudobneje prevažajo. Izpolnjujejo po navodilih svojega neposrednega starešine mere za ohranitev zdravja borcev in

za profilakso proti širjenju infekcijskih bolezni. Razen tega mora bolničarsko osebje znati pravilno nuditi zdravstveno pomoč leže; tudi se mora znati zakopati. Vse to ne daje samo možnosti, da se pribli ža izpolnitvi naloge, da hitro nudi pomoč, ampak vse to je tudi potrebno, če hočemo zmanjšati izgube med bolničarskim staležem. Bolničar, bolničar - nosač in bolničarski instruktor so dolžni v vsaki situaciji in pri vseh, celo najbolj kompliciranih primerih, nuditi zdravstveno pomoč. Vsi se morajo zavedati, da je mirno, odločno, samozavestno in vztrajno postopanje temeljni pogoj za uspeh pri njihovem delu. Nasprotno pa ne more bolničar, ki izgubi duhaprisotnost in leta iz kraja v kraj, nikoli pravilno nuditi prve pomoči, temveč položaj temeljito poslabša ter s tem često povzroči ranjencu nepopravljivo škodo. Zdravstveni delavec je torej dolžan, da pred prihodom zdravnika mojstrsko obvlada vse potrebno, zavedajoč se temeljnega pravila, da ne stori ničesar, kar bi lahko škodilo ranjenemu ali drugače poškodovanemu borcu. Treba si je trdno zapomniti, la lahkih ran ali takih ran, ki ne bi bile nevarne ni. Vse rane so za ranjenčevo zdravje in življenje nevarne.

Obseg prve pomoči, ki jo ranjencem nudi nižje bolničarsko osebje, vsebuje tri elemente:

1. Zaščito rane s prvim povojem.
2. Ustavitev krvavitve.
3. Preprosto imobilizacijo.

Kar se tiče prvega povoja, je treba upoštevati one težave, ki nastanejo, kadar imamo opraviti z razsežnimi ranjenimi ploskvami, ko se pokaže, da je ena obveza nezadostna. Vse nižje bolničarsko osebje mora obvladati tehniko, kako se naredi primarna, masivna zaščitna obveza iz dveh ali več "paketov" prvega povoja. Aplikacija takih povojev se mora vršiti pod pogoji vseh splošno priznanih pravil, kako se ohrani jo povoji sterilni v trenutku, ko jih apliciramo. Ko razkrijemo rano pozimi, da apliciramo prvi povoj, povzročimo s tem znatno ohlajenje ranjenčevega telesa. Zaradi tega je treba posebno paziti na to, da zna bolničar rano hitro razkriti in spet pokriti in da

se zna hitro orientirati in naglo ravnati pri minimalnem razkritju ranjenčevega telesa.

Za ustavitev krvavitve sta važni dve metodi:

1. Aplikacija Esmarchovega traka.
2. Aplikacija kompresivnega povoja.

Vojna izkušnja je pokazala, da je bil Esmarchov trak pri znatnem številu primerov apliciran brez zadostne indikacije. Jasno je, da si to dejstvo lahko razlagamo z okolnostmi dveh vrst. Po eni strani je važna zahteva, da se tudi v težki bojni situaciji krvavitev naglo ustavi. Po drugi strani pa igra brez dvoma važno vlogo pomanjkanja presoje, kdaj je aplikacija Esmarchovega traku nujna. Potrebno je, da se v bolničarskih šolah osebje z večjo pazljivostjo pouči o indikacijah, ki zahtevajo zdaj ta, zdaj oni način začasne ustavitve krvavitve. Treba je tudi paziti, da se osebje nauči tehnike ustavitve krvi.

Nespomo je, da je imobilizacija okončin neobhodno potrebna. Imobilizacijo smatrajo za indicirano v prvi vrsti pri strelnih prelomih okončin. Pozabiti pa se ne sme, da jo je treba izvršiti čimprej tudi pri obširnih poškodbah mehkih delov.

Prenos ranjencev z bojnega polja vršijo bolničarji s pomočjo šotornin kril, odsekanih vej, smuči, ki jih povežejo, ribiških čolnov, oprt itd.

Naglica s katero nudimo ranjencem prvo pomoč in prenos z bojnega polja, garantira, da borec prispe čim prej do kvalificirane kirurške pomoči.

Zato se mora vsak bolničar zavedati, da je njegovo delo častno delo, da se tudi on s tem, da rešuje življenje borcev in komandirjev, udeležuje zaščito svoje domovine pred nemškimi fašističnimi psi.

Kapetan dr. Magajna Bogomir:

SULFAMIDI

Zadnje leto nam je bilo tudi v partizanski medicini omogočeno uporabljati na široko sulfamide, Zaradi pomanjkanja literature pa vlada še tu in tam nejasnost, kateri izmed teh preparatov bi bil za to in to bolezen najprimernejši. Ta članek je pisan večinoma iz članka Heinricha Gerbhardta iz l. 1942. in pa iz navodil za uporabo angleških zdravil /Izdal štab baze NOV v Italiji/. Ker se je izraz sulfamid zelo udomačil, ga bom rabil namesto sulfonamidov.

Do l.1932. nismo praktično poznali pravih hemoterapevtičnih sredstev za bakterijske infekcije /Zdravil proti spirohetom in malariji ne štejem v ta krog/. Tudi z akrinskimi derivati: tripaflavinom in rivanolom nismo dosegli dosti več kot globinsko desinfekcijo. Prvi naskok na mikrobe v telesu samem smo dosegli s sulfamidnimi a z o - barvili /Zaradi pomanjkanja prostora naj odpadejo v tem članku vse komplicirane kemične formule in njih izpeljave/. Prontosil rubrum in prontosil solubile sta bila dva prva taka junaka iz prve vrste borcev proti bakterijam v krvi sami. Kmalu pa se je izkazalo da azo-veza ni važna za terapevtski efekt in da leta pripada prstanu sulfamida /sulfamid = prontosil album=prontalbin/. To je tisti beli motor v rdeči karoseriji, ki ga je mogoče najti po parenteralni aplikaciji rdečega prontosila v likvorju in pleuralnem eksudatu. S acetiliranjem pa dospemo naprej od prontalbina do albunida, ki se je odlikoval z možnostjo maksimalnega doziranja in z intravenozno aplikacijo kot zdravilno uspešnejši. S spajanjem po dveh sulfamidov so dosegli do disulfonamidov ali diseptalov /prav v teh pojmih vlada velika zmeda/ in sicer do

diseptala A ali ulirona
diseptala B ali neoulirona in
diseptala C ali ulirona C

Prav ti trije borci, ki so v začetku doživeli toliko

slavo, pa so se izkazali marsikdaj škodljivi - pomislite samo na okvare živcev po uliron u. Zato smo iskali novih poti in ustvarili sulfapyridin. Prej smo že vedeli, da ima pyridin že sam hemoterapevtični uspeh. Industrija v bivši Evropi je znala na škodo človeškega rodu takoj izrabiti vsako znanstveno dognanje, tako tudi tukaj v veliko zmago zdravnikov in bolnikov. Zato so začeli takoj prodajati sulfapyridin /delo znanstvenika/ tudi pod slavnimi imeni eubasin in dagenan. Tako se je zgodilo, da je kak zdravnik najprej predpisal sulfapyridin in ker se ta ni izkazal, je predpisal še eubrasin in potem dagenan. To je bil škandal stare dobe in ropanje bolnikovega žepa. Isto pomislite pri mnogih ostalih sinonimih. Sulfapyridin se je izkazal zlasti pri gemini, krupozni, lobarni pljučnici, manj pa pri branhopneumonijah z mešano infekcijo s stafilokoki in streptokoki. Prav dobro se je postavil pri infekcijah z meningokoki. Sploh ga še danes lahko postavimo kar v prvo bojno črto. Naročajte torej pri "trebovanjih" tudi sulfapyridin.

Važen marš naprej smo storili s sulfathiazolom, ki je že manj toksičen sulfapyridin in ga je lažje prenašati. Industrija je takoj planila po novem izsledku in ga je začela za bogate denarje prodajati pod imenom eleudron in cibazol, Koliko denarja je samo cibazol požrl nasim ljubljanskim mamicam! Prav tako učinkovit je tudi sulfamethylthiarol ali z drugim, veliko bolj slavnim imenom ultrasptyl.

Znanstveniki se niso ustrašili korupcije zdravilne veleindustrije in so iskali naprej. Na sulfamidno molekulo so navezali thiodiazolov prstan in tako so bili ustvarjeni sulfathiodiazoli, izmed katerih je poznan zlasti sulfaethylthiodiazol ali globucid.

Različni sulfoni, sulfini in sulfoksidi se še preizkušajo na živalih. Eksperimenti so še nadalje v teku in zdi se, da bo mogoče doseči pri sulfamidih tem blagoslovom človeštva, še večjo učinkovitost z nadaljnimi substitucijami.

Sulfamidi se dajejo bodisi per os ali intramu-

skularno ali intravenozno. Nikakor se ne smejo dajati intralumbalno, ker bi se utegnili v likvorju izkristalizirati /O uporabi sulfrodiazina pri meningitisih po ranitvah ter v nekaterih komplikacijah po sulfadiazinu in sulfapyridinu glej članek angleškega majorja dr.Rogersa v 8.št. PZV/.

Na splošno je treba dajati od sulfamidov čimprej velike doze, n.pr. pri globucidu dnevno 6.0 g, 4.5 g 4.5 g v takoimenovanih porivih / "štosih" /. Nič ni bolj napačnega, kot rabiti majhne doze dalj časa. Če z enim sulfamidom ne uspeš takoj, počakaj raje nekaj dni in poizkusi z drugim.

Vedno pa se sulfamidi jemljejo z mnogo tekočine

V primeru z drugimi hemoterapevtičnimi sredstvi je toksičnost sulfamidov sorazmerno majhna. Najpogostejše se pojavljajo slab tek in bruhanje, posebno pri sulfamidu, diseptalih in pri sulfapyridinu. Tudi izpremembe v krvi so možne, a jih niso opazili pri thiodiazolih. Te izpremembe v krvi pa je mogoče lahko obvladati. Zelo redke so komplikacije z agromulocitozo, ki bi utegnile postati nevarne, če bi jih ne opazili pravočasno. Možni so tudi precej obširni eritemi. Pri diseptalih je bilo do pomladi 1941. opisanih 40 primerov neuritisov.

Sedaj pa še nekaj praktičnih migljajev!

Pri infekcijah vseh vrst s streptokoki: eleudron, albucid in globucid posebno i.v. - Prontosil rubrum per os in prontosil solubile i.m.

Pri infekcijah s stafilokoki: eleudron, globucid

Pri infekcijah z anaerobnimi klicami: globucid i.v.

Pri infekcijah z gonokoki: eleudron, globucid, albucid, lubasin, neoulizon, sulfathiazol.

Pri meningokokih: albucid, globucid i.v., eubasin in eludron per os.

Pri infekcijah sečnih in žolčnih cevi: albucid, eleudron, globucid, prontosil.

Pri ulcus molle in lymphogranuloma inguinale: eleudron, globucid, albucid.

V svoji partizanski praksi sem videl najlepše uspehe s sulfanilamidno mastjo pri zdravljenju pio-

dermij. Samega me je presenetil zelo hiter uspeh pri primerih obširnih ekcemov, kjer se niti nisem oziral na pravilo: mokro na mokro, suho na suho. Ugnal sem tudi nekatere sycosis barbae, čeprav so se mekaj časa trdovratno upirale. Pravtako sem doživel lepe uspehe pri stomatitisih in anginah. Pri gastro enterocolitisih sem doživel s sulfagnanidinom tako lepe uspehe, kot z nobenimi drugimi preparati poprej v jugoslovanski stari vojski. Tako je bila tudi moja stara skepsa marsikdaj premagana. Doživel sem pa včasih tudi tako silovito bruhanje, da sem raje zdravil naprej po starih metodah.

Po "Priručniku za upotrebu engleskih i američkih lijekova" dodajam še sledeče:

Sulfadiazin je eden od najnovejših in najboljših sulfamidov. Uporabljamo ga z uspehom zlasti pri abdominalnih in kranialnih operacijah v obliki injekcij za preprečitev infekcij. Rabi se pa tudi peroralno pri infekcijah s peumokoki. Sulfadiazin ointment je mazilo s sulfadiazinom. Uporablja se zlasti pri rzjedah, pa tudi pri drugih boleznih kože.

Sulfagnanidin rabimo specialno za zdravljenje dizenterij, tudi krvavih. Pri težjih grižah začnemo zdraviti naenkrat z veliko dozo 6 - 8 g, potem pa 2 dni vsake 4 ure po 2 - 3 g. Če je potrebno, podaljšamo zdravljenje dokler ne dosežemo rednih stolic. Pri navadnih driskah pa dajemo trikrat dnevno po 2 tableti. Treba je paziti na eventualne komplikacije.

Sulfamid /še enkrat: streptazol, ambesid, prontalbin/ uporabljamo zlasti za zdravljenje streptokoknih infekcij /šen, puerperalna mrzlica, tonsilitis, itd./, pa tudi pri trahomu, lymphogranuloma venereum in pri infekcijah genito - uretralnega trakta. Uživamo ga v tabletah: najprej 2 g naenkrat, potem pa vsake 4 ure po 1 g, dokler vročina ne upade. Da bi se ne pojavile komplikacije, ni treba v prvi kuri porabiti več kot 20 g /40 tablet po 0,5 ali 60 tablet po 0.325 g/. Sulfamid v prašku posipamo na rane, ki so že inficirane ali pa da bi preprečili infekcijo. Rano je treba potem prekriti z vazelinom in gazo ali pa samo z vazelinom. Ne smemo uporabiti na en-

krat več kakor 5 g praška. V mažo dodamo 10 % tega praška in uporabljamo potem mažo za razjede in infekcije kože.

Sulfapyridin ali sulfamidopyrin /plurazol,dagenan in angl, preparat M.G.B.693/ rabimo za zdravljenje pljučnice,influence,meningitisa in drugih infekcij s koki. Začetna doza 2 g, a potem vsake 4 ure 1 g, dokler vročina ne upade. Celokupna doza ne sme prekoračiti 20 g. Sulfathiazol /cibazol,ultraseptil/ se daje pri vseh primerih,ki so indicirani za sulfapyridin,od katerega je manj toksičen in uspešnejši. Z njim dosežemo najlepše uspehe pri zdravljenju gonoreje,pljučnice, meningitisa ter drugih infekcij s pneumokoki,stafilokoki in streptokoki.

Zdravnik naj zdravi bolnika s sulfamidi pod svojo kontrolo. Če se pojavijo komplikacije,n.pr,: Leukopenia,anemia,hematuzija, naj takoj preneha dajati sulfamide. Komplikacije ponavadi hitro izginejo,ker se sulfamidi hitro izločijo iz telesa.

Komplikacije se pojavijo navadno tam,kjer se nekateri zdravijo sami /G.O./ in jemljejo prevelike doze v premajhnem časovnem razdobju brez velike količine tekočine.

V najnovejši dobi je prišel v promet še večji junak,ki je po svojem delovanju še močnejši od sulfamidskih preparatov,t.j. penicillin,ker je njegovo terapeutsko delovanje še nepreizkušeno in je pridobivanje samo zelo omejeno, prihaja v promet v zelo majhnih količinah.

Major dr. Južnič Marjan:

ETAPNO ZDRAVLJENJE IN ENOTNA VOJNO - KIRURŠKA DOKTRINA

/Nadaljevanje/

III. Brigadno previjališče

je oddaljeno od bojne lineje cca 2 do 4 km, torej približno 1 uro. Distanca pa je seveda zelo spremenljiva in zavisi od vojne situacije in terena. Delo na brigadnem previjališču je različno, če je brigadni sanitetni referent zdravnik in če ni zdravnik, in dalje spet drugačno, če je to zdravnik z določenim kirurškim znanjem ali brez njega. Zdravnik lahko na brigadnem previjališču daje potrebne injekcije in če ima kirurško znanje, lahko vrši neobhodno potrebne nujne operacije in druge intervencije pri ranjencih, ki so potrebni urgentne kirurške pomoči zaradi vitalne indikacije. Še važnejše je vprašanje zdravnika na brigadnem previjališču glede trijaže. Kdo naj bo trijažer? Tu je več možnosti. 1./ Če v brigadi ni zdravnika, je treba vse ranjence, tudi lažje, poslati naprej na divizijsko previjališče, kjer je kirurška ekipa, kirurg. 2./ Če je v brigadi zdravnik, se vrši trijaža na brigadnem previjališču. 3./V slučaju, da je kirurg zaposlen z operacijami in v brigadah ni zdravnikov razen v eni, lahko ta brigadni zdravnik na divizijskem previjališču prevzame funkcijo trijažerja. 4./ Četrta možnost je postaviti posebnega kirurga - trijažerja, ki vrši samo to funkcijo na divizijskem previjališču. V bodočnosti se odpirajo dve možnosti: a/ Na vsak način je treba stremeti za tem, da bo v vsaki brigadi zdravnik in bo ta lahko vršil trijažo in nujne intervencije. b/ V slučaju, da bo na razpolago dovolj izvežbanih kirurgov, je najboljše postaviti izvežbanega kirurga trijažerja.

Tudi v pogledu dokumentacije so razlike z ozirom na to, ali je v brigadi zdravnik ali ga ni. Če je v brigadi zdravnik, izpolni na karti ranjenca tudi diagnozo, če ga ni, izpolni samo ostale podatke.

a/ Evakuacija: se vrši po možnosti z vozovi, če dopušča situacija, sicer pa s pomočjo brigadnih vodov in divizijske sanitetne čete, ki transportira ranjence do divizijskega previjališča, do divizijske /premične bolnice, oz. do korpusne nepremične bolnice

b/ Zdravljenje: I./ V slučaju, da je na brigadnem previjališču zdravnik:

1./ Na brigadnem previjališču da zdravnik vsakemu ranjencu injekcijo protitetaničnega seruma, razen tega daje injekcije morfija ranjencem, ki trpe od bolečin, ki so v stanju šoka itd., potem injekcije kardiakov ranjencem, katerih stanje to zahteva.

2./ Zdravnik je dolžan kontrolirati prvi zavoj, Esmarchovo cev ter imobilizacijo in vse to popraviti oz. znova izvršiti, če ne odgovarja.

3./ Ranjencem, potrebnim urgentne pomoči zaradi vitalne indikacije nudi odgovarjajočo kirurško pomoč. V kirurške intervencije spadajo seveda, upoštevajoč kirurško znanje zdravnika in pogoje dela /instrumentarij, sterilizacijo, strateška situacija/:

a/ Fiksacija jezika z varnostno zaponko ali šivom v slučaju asfiksije, če jezik pada nazaj pri poškodbah lobanje in čeljusti.

b/ Traheotomija,

c/ Tramponada pri poškodbah čeljusti z močno krvavitvijo.

d/ Ligatura arterije, aplikacija Esmarchove cevi, kompresivni zavoj, tamponada pri močnih arterijalnih krvavitvah.

e/ Ogrevanje, morfinizacija, kardiaka, fiziološka raztopina, glukoza ranjencem, ki so v šoku.

f/ Odstranitev tujih teles, ki jih je možno brez težave odstraniti.

g/ Punkcija in aspiracija zraka z brizgalko pri ventilnem pneumotoraksu.

h/ Kompresivni zavoj, tamponada po Mikuliču, ali šivanje pri odprtem pneumotoraksu.

i/ Kateterizacija pri poškodbah hrbtnega moz
pri prepolnem mehurju.

j/ Punkcija mehurja nad simfizo pri prepolnem mehurju v slučaju poškodbe uretre,

II./ V slučaju, da ni zdravnika na brigadnem previjališču, dela brigadni referent samo ono, kar je na značeno pod točko 1. in 2.

c/ Trijaža:

I./ V slučaju, da je na brigadnem previjališču zdravnik, razdeli ranjence v tri grupe. 1./ Grupa lažjih ranjencev, ki so ali sposobni vrniti se v edinico, ali pa gredo lahko direktno v divizijsko premično bolnico. Pregledu teh je treba posvetiti vso pažnjo, ker je to glavni vir, iz katerega se rekrutirajo ranjenci, ki se bodo vrnili v vojsko in bodo spet sposobni za borbo. Treba jih je točno pregledati; če je potrebno, sneti prvi zavoj, ker je znano, da se včasih takozvani lažji ranjenci izkažejo kasneje kot težki. Tudi težki ranjenci dajejo včasih vtis lahkih ranjencev, n.pr. znana je euforija, ki včasih nastopi pri poškodbah trebušne votline in ranjenci v takih primerih hodijo ter delajo vtis lahkih ranjencev. Te lažje ranjence pošlje zdravnik ali v divizijsko premično bolnico ali jih zadrži v brigadni ambulanti, od kjer se vračajo v edinice.

2./ Grupa umirajočih, ki ostanejo na brigadnem previjališču. 3./ Grupe ranjencev, katerim je potrebna kirurška pomoč. Te je treba zopet sortirati in evakuirati do kirurške ekipe po stopnjah nujnosti kirurške pomoči. Stopnjo nujnosti je treba označiti na ranjenčevi karti. Razlikujemo tri stopnje nujnosti.

Prva stopnja nujnosti:

a/ Neustavljena arterialna krvavitev /Esmarch/,

b/ primeri asfikacije,

c/ primeri težjega šoka in kolapsa,

d/ slučaji plinske gangrene, zlasti pri istočasni poškodbi krvnin žil,

e/ odprti pneumotoraks,

f/ poškodbe čeljusti in sapnika, ko pada jezik nazaj in je ranjenec v nevarnosti, da se zaduši,

g/ trebušne poškodbe.

Druga stopnja nujnosti:

a/ Poškodba lobanje, možganov,

b/ odprte poškodbe sklepov,

c/ poškodbe hrbtnega mozga in mehurja z retencijo urina,

d/ poškodbe oči,

e/ prelomi kosti in multiple velike poškodbe.

Tretja stopnja nujnosti:

Vse ostale poškodbe

II./Kadar ni zdravnika v brigadnem previjališču se morajo vsi ranjenci v svrho trijaže poslati kirurgu. Pri velikem navalu ranjencev se lahko lažji ranjenci zadrže na brigadnem previjališču oz. v brigadni ambulanti in jih kirurg pregleda po končanem delu, nikakor pa ne sme izostati kirurška kontrola.

d/ Dokumentacija: Dokumentacija bi se morala pričeti praviloma na četnem previjališču, ker le na ta način, če bomo registrirali vse, kar se zgodi z ranjencem že na prvih etapah evakuacije, bodo podatki zanesljivi in uporabni za proučevanje. Vendar je to v naših razmerah težko in se dokumentacija prične šele na brigadnem previjališču. V naši vojski je sprejeta enotna "ranjeniška karta NOVJ" za vse edinice NOVJ.

I./ Če je na brigadnem previjališču zdravnik, izpolni ranjenčevo karto takole: a/ Ime, priimek, čin in edinica, dan in ura poškodbe, kje je rana, vrsta orožja. b/ Nato izpolni rubriko: "Što je učinjeno", "kada i gdje", to je vse, kar se je zgodilo z ranjencem na četnem, bataljonskem in brigadnem previjališču: kje in kdaj /dan in ura/ je dobil ranjenec pr-

vi zavoj, Esmarchovo cev, imobilizacijo, serum proti tetanusu in ostalo/injekcija morfija itd./. c/ Sledi opisrane, diagnoza in navedba komplikacij, d/ Zdravnik označi stopnjo nujnosti zdravniške pomoči /"hitnost"/ z rimskimi številkami I,II,oz. III. /Prva, druga, tretja stopnja nujnosti/ in način transporta ali gre lahko ranjenec peš, ali jaha /Transport sede/ ali se mora nositi oz. voziti /transport leže/. Če je ranjenec potreben stalne kontrole pri transportu, napiše zdravnik, na kar je treba pri transportu paziti. e/ Sledi čitljiv podpis, čin in funkcija zdravnika.

Kaj se zgodi z ranjencem na četnem in bataljonskem previjališču, lahko izve zdravnik, seveda samo na podlagi anamnestičnih podatkov bolnika in njegove okolice. Ti podatki niso vedno zanesljivi, zato je dobro, da četni, oz. bataljonski bolničar informira zdravnika pismeno, kakšno pomoč, kedaj in kje je nudil ranjencu.

II./ Če ni zdravnika na brigadnem previjališču, izpolni brigadni sanitetni referent vse podatke, razen diagnoze.

IV. Divizijsko previjališče - kirurška ekipa

Kirurška ekipa divizije sme biti oddaljena od bojne linije največ pet ur, če hočemo, da pride ranjenec pravočasno do kvalificirane kirurške pomoči. Kirurška ekipa divizije je edino mesto, kjer lahko ranjenec pride do pravočasne kvalificirane kirurške pomoči. Distanca zavisi v veliki meri od situacije tudi v regularni vojski, še mnogo bolj pa v partizanski vojski, kjer moramo računati s slabimi komunikacijami in transportnimi sredstvi, s stalno pripravljenostjo na premik. Razen tega je včasih težko najti primerno mesto za kirurško ekipo, če je več brigad v akciji in morajo vse pravočasno transportirati ranjence na isti kirurški center. Naloga bodočnosti bo, preskrbeti za vsako divizijo več kirurških ekip. Pet ur je maksimalna distanca za bojne linije,

kar se pa danes večinoma redko doseže. Stremeti moramo za tem, da kirurško ekipo čimbolj približamo bojni liniji. Tendenca približevanja kirurške pomoči prvim etapam evakuacije je našla svoje opravičilo v preteklih vojnah. Vzemimo primer rdeče armade. Po podatkih Oppela je znašal procent kirurško zdravljenih ranjencev za časa prve svetovne imperialistične vojne:

Na preobvezovališčih ruske armade .... 3.3 %
V lazaretih divizije ..... 5.4 %
V armijskih bolnicah ..... 13.3 %
V zalednih bolnicah ..... 26.8 % do 30.7 %

V zadnji rusko - finski vojni je bila slika sledeča:

Na DMP /Divizioni medicinski punkt/ je bilo operiranih..... 59.3 %
Na DG /Divizioni gospital/ ..... 32.0 %
Na PPG /Polevoi peradvižni gospital/ ... 10.2 %
V bolnicah armije ..... 3.1 %

Primerjava teh procentov jasno kaže utemeljenost približavanja kirurške pomoči prednjim bojnim linijam. V Rdeči armadi je DMP, kjer delujejo kirurške ekipe /Mesanbad - medico sanitarni bataljon ima tri kirurške brigade/, oddaljen od bojne linije 8 km V nemški vojski je prva etapa, kjer se nudi ranjencem kirurška pomoč takozvani Hauptferbantplatz, ki je oddaljen od bojne linije 4 do 6 km. V partizanski vojski ne moremo računati distance, ki se stalno spreminja z ozirom na situacijo, na slabe komunikacije in transportna sredstva v km in je boljše računati v urah. Pet ur je oni kritični čas, v katerem mora priti ranjenec do kirurške ekipe. Izkušnja kažejo, da bo mogoče ta problem rešiti samo z izboljšanjem transportnih sredstev, to je s sanitetnim avtomobilom, ker kirurške ekipe ni mogoče tako približati, da bi ranjenec prišel z vozom ali z nosili ob pravem času in da pri tem kirurške ekipe ne bi izpostavili nevarnosti napada s strani sovražnika in ji onemogočili delo.

a/ Evakuacija z divizijskega previjališča v divizijsko premično bolnico, oz. v korpusno bolnico

izvrši divizijska sanitetna četa. Noben ranjenec ne sme biti evakuiran v bolnico brez podpisa kirurga,ki je odgovoren za to, da je ranjenec oskrbljen tako,kot zahteva njegova poškodba in transport.

b/Zdravljenje: Vse kirurške intervencije se vrše na mestu, kjer je kirurška ekipa divizije. Delo kirurga v KE je torej sledeče:

1. Kirurško zdravljenje ran in vse nujne operacije,
2. Preobvezovanje, če je potrebno,
3. Injekcija profilaktičnih serumov,
4. Transportna imobilizacija,
5. Injekcija raznih medikamentov,
6. Transfuzija.

Največja ovira uspešnih intervencij je dejstvo, da ranjencev običajno ni mogoče obdržati par dni na miru po končanih operacijah, ki to nujno zahtevajo, kot so n.pr. operacije lobanje,prsne in trebušne votline. Na to je treba vedno misliti, kadar obstoja možnost pardnevne hospitalizacije in postavljati indikacije temu primerno bolj široko. Primeri,ki zahtevajo mirovanje po operaciji so sledeči:

1. Po trepanaciji,
2. Po operaciji odprtega pneumotoraksa in pri težkem hematotoraksu,
3. Po laparatomiji,
4. Šok /trumatični ali postoperativni/,
5. Močna anemija in srčna slabost,
6. Ranjenci z znaki splošne intoksidacije pri anaerobni infekciji.

Prav tako seveda kirurg ne bo transportiral naprej moribundnih.

Ravno v pogledu kirurškega zdravljenja trebušnih poškodb bodo morali zavzeti naši kirurgi enotno stališče,kako se ravnati v vsakokratni situaciji.

c/ Trijaža: Če je na brigadnem previjališču zdravnik,opravlja glavni trijažni posel brigadni referent; kirurg v tem slučaju sortira samo ranjence, potrebne kirurške intervencije,in sicer v one,ki so potrebni intervencije prej in v one, ki so potrebni intervencije kasneje. Nato odredi,kateri naj se eva

kuirajo naprej in kam naj se evakuirajo,v divizijsko premično bolnico ali v korpusno bolnico.Če zdravnika na brigadnem previjališču ni,potem je seveda glavni trijažni center KE divizije.

d/ Dokumentacija: Vse kirurške intervencije se morajo registrirati na ranjenčevi karti in sicer: datum,ura intervencije, vrsta in kratek opis intervencije,vrsta in kratek opis operacije, kratek opis stanja ranjenca s točno kirurško diagnozo in kratka navodila za nadaljno zdravljenje. Obenem mora kirurg označiti na karti,kam naj se evakuira ranjenec, v divizijsko premično bolnico ali v korpusno bolnico.Sledi čitljiv podpis kirurga,njegov čin in funkja. Vsaka kirurška ekipa mora voditi bolniško knjigo s podatki ranjenca in razen tega knjigo,v katero se vpisuje vse operacije. Ti podatki služijo za statistiko in proučevanja kirurškega zdravljenja poškodb.

V. Divizijska premična bolnica

a/ Evakuacija: V divizijsko premično bolni evakuirajo po možnosti samo lažji premični ranjenc V slučaju, da se nahaja divizijska bolnice na poti,po kateri se transportirajo težki ranjenci/korpusno bolnico, lahko služi divizijska bolnica,zlasti v slučajih,ko je KB zelo oddaljena kot relejna postaja,kjer se ranjenci odpočijejo in kjer se jim nudi potrebna strokovna nega.

b/ Zdravljenje: V divizijski premični bolnici se zdrave vsi oni ranjenci,ki so bili poslani direktno z brigadnega previjališča,če se je že tam izvršila trijaza in oni, ki jih je poslal kirurg po izvršeni kirurški intervenciji in ki po svoji mobilnosti in značaju poškodbe ne spadajo v korpusno bolnico.

c/ Trijaža: Divizijska bolnica mora imeti sprejemni oddelek,ki služi obenem lahko tudi kot evakuacijski oddelek. Na sprejemnem oddelku se izvrši potrebna depedikulacija in toaleta ranjencev,ki pridejo nato na kirurški oddelek divizijske bolnice. Nuj

no je potrebno, da se ranjenci separirajo od bolnikov, zato mora imeti divizijska bolnica kirurški in interni oddelek ter infekcijski oddelek za nalezljivo bolne. Po končanem zdravljenju se ranjenci vrnejo v edinico, oz. gredo na komisijski pregled k sanitetnemu referentu divizije.

d/ Dokumentacija: Zdravnik v divizijski bolnici opiše na ranjenčevi karti stanje, v katerem je ranjenec prišel in zabeleži datum sprejema. Nato registrira nadaljni razvoj bolezni, rane, kasnejše komplikacije in kasnejše intervencije /z navedbo datuma in kraja/. Ob odhodu ranjencev iz bolnice je treba označiti na ranjenčevi karti datum odhoda in stanje, v katerem se ozdraveli nahaja: ali je popolnoma ozdravljen ali je invalid /stopnja invalidnosti, oznaka sposobnosti/. V slučaju, da ranjenec umre, je treba vpisati datum smrti, čas in kraj pokopa, kdo ve za njegov grob. Sledi čitljiv podpis upravnika in divizijske premične bolnice, njegov čin in funkcija. Ranjenca je razen tega treba vpisati v bolniško knjigo, ki jo vodi vsaka divizijska bolnica. Rubrike v tej knjigi so: tekoča številka, ime in priimek, edinica, čin, funkcija, vstop v NOV, rojstni podatki, zadnje bivališče v civilu, datum sprejema, diagnoza s katero je bil ranjenec napoten v bolnico, naknadna diagnoza v bolnici, terapija, datum odpusta, v kakšnem stanju je ranjenec odpuščen, kam je bil napoten, opazka /če je umrl, datum smrti, dan in kraj pokopa, kdo ve za njegov grob./

Vsak bolnik dobi ob odhodu iz bolnice odpustnico s sledečimi rubrikami: naslov sanitetne ustanove, /divizijske bolnice/, datum, ime in priimek, edinica, čin in funkcija, datum sprejema v bolnico. Podatki o bolezni in zdravljenju, diagnoza, navedba sposobnosti za službo, kdaj naj se ranjenec ponovno pregleda, datum odpusta, podpis upravnika divizijske bolnice, čin in funkcija.

VI. Korpusna bolnica

Evakuacija, zdravljenje, trijaža.

V korpusno bolnico se evakuirajo vsi nepokretni ranjenci in oni pokretni a težji ranjenci, ki potrebujejo daljšega zdravljenja in kontrolo kvalificira nega kirurga, kajti tu je možnost zdravljenja, ki v divizijski bolnici ni mogoče. Tudi korpusna bolnica ima kirurški, interni ter infekcijski oddelek. Na kirurškem oddelku se separirajo oni težji ranjenci, ki so potrebni posebne nege in katerih prisotnost slabo vpliva na psiho drugih ranjencev, na primer ranjenci s poškodbami centralnega nervnega sistema in uropoetičnega sistema, ki trpe za inkontinencijo alvi et urinae.

Kirurško delo v korpusni bolnici vrši korpusna kirurška ekipa. Korpusni kirurg pa ne deluje samo v bolnici, marveč je organizator celokupne kirurške službe korpusa in sodeluje tudi pri akcijah. V večjih akcijah, ko se pokaže potreba po večih kirurških ekipah, sodeluje tudi korpusna kirurška ekipa. Korpusni kirurg je dolžan proučevati organizacijo kirurške pomoči na posameznih etapah evakuacije in na to zasledovati nadaljno usodo ranjenca v bolnici in kirurško zdravljenje v bolnici. Samo tako bo lahko prišel do pravih zaključkov in dvignil organizacijo kirurške pomoči, samo tako bomo prišli do enotnega gledanja na metode kirurškega zdravljenja. Dobljena izkustva se morajo pretresati na rednih konferencah kirurgov in sanitetnih referentov korpusa, ki jih vodi korpusni kirurg.

Dokumentacija: Karta ranjenca se izpolnjuje v korpusni bolnici prav tako kot v divizijski. Vse "ranjeničke karte" je treba pošiljati iz bolnice še fu sanitetnega odseka korpusa.

Korpusna bolnica vpisuje ranjence z točnimi podatki v bolniško knjigo pravtako kot divizijska bolnica. Prav tako se ranjencem izdajajo pri odhodu iz bolnice odpustnice. Razen tega pa se v korpusni bolnici za vsakega ranjenca vodi temperaturna lista,

kartoteka, vse operacije pa se vpisujejo v posebno knjigo. Na temperaturni listi se beleži vsak dan temperatura in puls, potek bolezni in zdravljenja /medikamentozna terapija, operacije, dieta itd./. V kartoteki, ki je urejena po abecednem redu, ima vsak ranjenec svojo karto z njegovimi podatki, na hrbtni strani karte pa se beleži potek bolezni in zdravljenja, v kakšnem stanju se nahaja ranjenec, opisi operacij itd. Temperaturna lista je obešena nad posteljo vsakega ranjenca, kartoteko pa vodi uprava bolnice. Knjiga za operacije je dvojna: Za septične in aseptične operacije.

Major dr. Kukovec Robert:

O ZDRAVLJENJU KOSTOLOMOV V NAŠIH PRILIKAH

V zadnjem času so se izgledi ranjencev, posebno onih s kostolomi, zelo izboljšali, zaradi tega, ker lahko danes tudi mi, kot vsaka druga moderna vojska, pošiljamo te ranjence z avijoni v bolnice, ki so opremljene s potrebno aparaturo za zdravljenje kostolomov. Kljub temu se mi zdi vredno, da opišem stanje, katerega sem našel pred letom dni in težave s katerimi smo se morali v tem razdobju boriti.

Principi zdravljenja kostolomov so ustaljeni ter jih ni potrebno menjati. Morali smo samo prilagoditi naša omejena sredstva tem principom, ki so sledeči: prava diagnoza, repozicija in fiksacija kostoloma. Če govorim o kostolomih, mislim pri tem vedno na komplicirane kostolome, ki predstavljajo ogromno večino vseh kostolomov v naših prilikah. Med njimi so spet frakture humerusa in femora na prvem mestu. Dve vrsti fraktur, ki nam že v mirnem času povzročajo mnogo skrbi in težave, v naših prilikah pa pomenijo često nerazrešljive probleme.

Znano je, da so komplicirane frakture značilne po tem, da rade podležejo infekcijam, ki so izvor os-

teteomyelitisa ki s svojim gnojenjem, mesece in mesece muči bolnika, zmanjša njegovo odporno moč, ga do vede do stanja amiloidoze, ali pa tudi do septične ga stanja, ki nitro dokonča življensko pot bolnika. Mnogokrat se pojavljajo velike flegmone, kakor n.pr. tista, ki zavzema po kanalu Hunteri vso nadkolenico. Slične flegmone vidimo tudi na nadlaktnici. Menim, da vsa ta gnojenja ne izvirajo vedno iz osteomielitisa ampak da često nastanejo vsled mnogih kostnih črepinj, ki so pa stalni spremljevalci vsakega kostoloma v vojni ter predstavljajo za tkivo tuja telesa. Nadalje so ti kostolomi podvrženi nevarnosti primarnega in sekundarnega krvavenja. Najhujše pa je, da se ti kostolomi nikakor nočejo konsolidirati, prvič vsled gnojenja, ki ovira vstvarjenje kalusa, drugič pa zaradi stalnega previjanja, ki neprestano mobilizira fragmente, ki bi morali biti strogo imobilni. Končno pomanjkanje najpotrebnejših pomagal, kakor opornic in mavca, ki bi naj osigurala imobilizacijo kostoloma. Da ne govorim o tem, da je neznanje sanitetnega osebja često bilo vzrok slabih rezultatov.

Kako se torej postavlja problem zdravljenja kostolomov? Odgovoril bi tako: oskrba rane, začasna imobilizacija, ter transport, dokončna obskrba nastalnem mestu in zdravljenje rane.

Pri strelnih ranah so frakture popolne ter so znaki frakture tako jasni, da je diagnoza enostavna. V nejasnih primerih bomo postopali tako, kakor če bi bila fraktura. Kar se tiče repozicije, tudi ona v mnogih primerih ne napravi težav in to vsled tega, ker je manikljaj v kostnem tkivu tako velik, da se ud često lanko postavi v pravilen položaj. Izjemo tvorijo tu kostolomi gornjega dela nadlaktnice in kostolomi nadkolenice, ki jih moramo zdraviti z eksten zijami, o katerih bomo kmalu spregovorili nekaj besed.

Ali naj pri kostolomih, nastalih vsled strelnih in eksplozivnih ran postopamo aktivno kirurško? Da in ne! Če imamo majhne ustrelne in izstrelne rane, jih bomo konservativno zdravili. Šele v slučaju, če

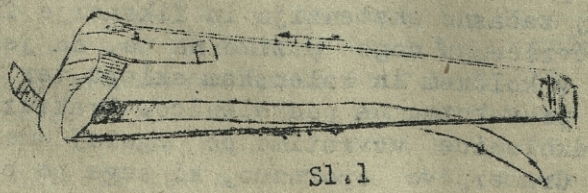
so poškodbe mehkega tkiva velike, če je koža na široko pdprta, če so se napravile v tkivu mošnjice in če se je pojavila večja masa nekrotičnega in v svoji vitaliteti poškodovanega tkiva, ki so za razvoj infekcije jako ugodni, šele v teh primerih bomo operativno nastopali. Toda ne v svrho primarne ekscizije in šivanja rane, temveč z namenom, da odstranimo vse nekrotično tkivo, da široko odpremo mošnjice ter odstranimo kostne črepinje, toda tudi samo one, ki so brez vsake zveze z velikimi kostnimi fragmenti in z okolišnim mehkim tkivom. Če pre širokogrudno odstranimo kostne črepinje, lahko nastane prevelik defekt v kontinuiteti kosti in s tem možnost pseudoatroze. Nadalje je tudi znano iz del ki jih je priobčil Leriche, da je kalcij iz teh črepinj neobhodno potreben za tvorbo kalusa. Zato je boljše, da pričakamo nekaj časa z odstranitvijo črepinj, ki so v zvezi s tkivom, dokler se one končnoveljavno ne demarkirajo kot sekvestri, ki jih sedaj pod novimi pogoji v zavezniških bolnicah lahko rentgenološko ugotovimo. Rane vsekakor ne šivati, tudi če toaleto rane lahko napravimo v prvih 6 - 10 urah. To se pravi, da popolnoma odstopamo od mirnodobskega principa: iz komplicirane frakture napraviti navadno podkožno frakturo. Na drugi strani pa moramo postaviti načelo, da to toaleto izvršimo tudi še po 24 - 36 urah, ker na ta način vsekakor zmanjšamo možnost infekcije.

Pride sedaj na vrsto vprašanje imobilizacije, ki je lahko začasna ali pa dokončna. To zavisi od prirode kostoloma in pa od materiala, ki nam je na razpolago. Kar se tiče mavca, smo vsaj mi v Slavoniji bili na slabem. Pač pa smo si v kratkem času v naših delavnicah napravili potrebno količino Cramerjevih opornic, tako da so vse edinice bile z njimi preskrbljene. Res je, da niso bile tako prožne in gibke kot mirnodobske, vendar so se v največji meri izkazale. Primanjkovalo nam je često materiala, da te opornice dobro podložimo. V večini primerov smo se torej poslužili teh opornic. V skrajnem slučaju pa je služil vsak trd predmet, ki je omogočil učvrstitev

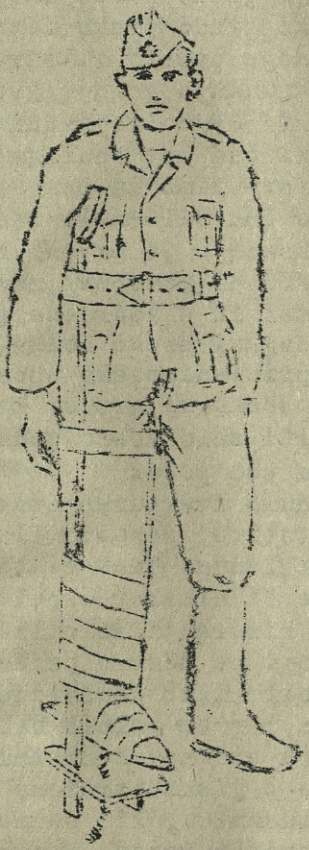
kostoloma. Saj je improvizacija glavna odlika parti zanskega zdravnika! Kljub bujni fantaziji pa moramo vedno slediti nekim pravilom. In ta pravila so: vsa ko frakturo moramo imobilizirati vsaj v obeh sosednih sklepih. To se pravi v sklepu pod in nad frakturo. Ravno v tem se je mnogo grešilo, največ pri frakturah nadlaktnice in nadkolenice. Poleg tega je treba udu dati vedno položaj, ki najbolj odgovarja sredini izmed ekstremne fleksije in ekstenzije ter položaj, v katerem se sklepi najbolje odpočijejo.

Pri frakturah podlaktnice moramo torej vedno imobilizirati tudi ramenski sklep z opornico, ki gre preko ramena do vrata. Ta opornica pa naj se na drugi strani konča na metakarpo - falangealnih sklepih, tako da so prsti in palec vedno prosti, da lahko z njimi stalno gibljemo. Izjema v tem pravilu so seve da kostolomi samih prstov. Položaj roke pri frakturah nadlaktnice je abdukcija v horicontali v kotu od 30° pred frontalno ravnino. Ta položaj uresničimo v abdukcijsko opornico, katero zložimo iz Cramerjevih opornic. Ker je pa za transport neprikladna, jo lahko uporabimo šele v bolnici. Za transport je roka imobilizirana v navadni Cramerjevi opornici, ki je v laktu upognjena v kotu 90°. Podlaktnica mora biti vedno v supinaciji, v nobenem slučaju pa ne sme biti pričvrščena v pronaciji, kakor to mnogokrat vidimo. Če slučajno nimamo opornic lahko roko začasno fiksiramo tudi v povoju po Desault - u. Frakture podlaktnice in prstov smo fiksirali navadno tako, da smo skozi končne členke prstov z iglo povlekli močno svilo. To svilo smo pričvrstili na majhne žeblje ki so bili zabiti na kraju deske. Ta je bila nekoliko daljša kot podlaktnica in roka skupaj. To desko smo čvrsto privezali na podlaktnico in ta način osigurali vsaj začasno ekstenzijo in fiksacijo frakture. Pri učvrščenju noge pazimo na to, da je lahno flektirana v kolčnem in kolenskem sklepu, ter da stoji stopalo pravokotno na podkolenico. Frakture stopala in podkolenice učvrstimo po zgoraj omenjenih pravilih s Cramerjevo opornico, ki sega po potrebi do kolena ali pa nad koleno. Najtežje vprašanje pri

zdravljenju kostolomov je vprašanje frakture femora. Že sama fiksacija zahteva precejšnje materiala, časa in znanja. Vsekakor velja ravno za njo v največji meri pravilo, da moramo fiksirati sosednje sklepe. Zaradi tega je neobhodno potrebno, da gre vsaka opornica preko kolka do prsnega koša. Če nimamo drugih, specialnih opornic, se bomo poslužili Cramerjevih, katere tako nadovežemo, da sežejo lateralno od stopala do pazduhe. Obenem moramo nogo učvrstiti z drugo opornico, ki fiksira notranjo stran od stopala do simfize. Vse specialne opornice se opirajo na zamisli Thomasa, ki je predlagal, da se noga obenem ekstendira in fiksira. To doseže na ta način, da tvori gornji kraj njegove opornice obroč, skozi katerega gre noga in ki se opira na medenico ter tvori na ta način kontraekstenzijo. Opornica sestoji nadalje iz dveh stranskih železnih gred, ki so pomakljive. Te grede so na kraju pričvrščene na železno stopalo /Glej sliko št. 1./ Na to stopalo dobro fiksiramo nogo; ker so grede, kot smo omenili pomakljive, lahko z njimi izvajamo ekstenzijo noge. Te opornice niso zadostile in to iz vzroka, ker je bil kolk premalo učvrščen. Vsled tega smo se mi služili z Diteriksovimi opornicami, ki smo jih tudi sami proizvajali. Diteriksova opornica sestoji iz sledečih delov: 1. Notranja greda dolžine noge, ki se na vrhu konča v obliki opornice pri bergljah. Ta opornica se opira na simfizo in glutealno regijo. 2. Na zunanji strani imamo dve gredi, ki se sestavljajo ter se po potrebi podaljšajo in skrajšajo. Gornja greda ima opornico, ki se naslanja v pazduhi in dve luknji za opasač. 3. Na distalnem kraju je deska, ki se pričvrsti na zunanjo in notranjo gredo. V sredini ima luknjo. 4. Na nogo pričvrstimo desko v obliki podplata. Potom vrvi, ki

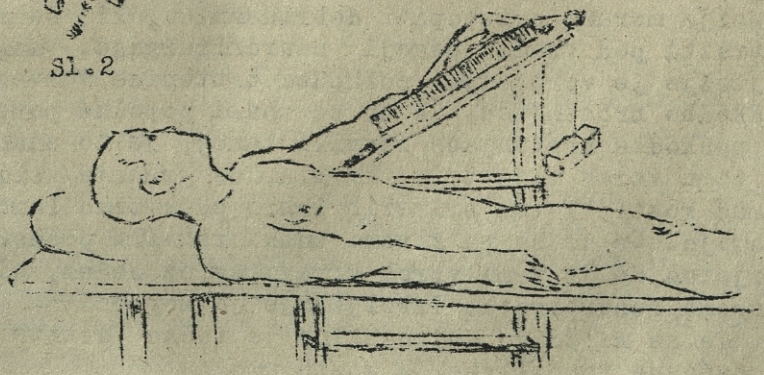


Sl. 1



Sl.2

Sl.3



Sl.4

se nahaja na tej deski in ki jo potegnemo skozi luknjo deske, ki se nahaja na kraju grede lahko izvajamo močno ekstenzijo. Z zavoji, ki gredo preko notranje in zunanje grede in okoli noge, čvrsto fiksiramo nogo. Z opasačem pričvrstimo zunanjo gornjo gredo okoli prsnega koša. /Glej sl. št. 2/ Najbolje je, da obleke sploh ne slečemo, ker služi ona kot podlaga gre dam. Samo na mestu rane obleko razporimo in rano obskrbimo. S tem načinom fiksacije smo bili zelo zadovoljni. Tretji način začasne fiksacijo je mavčni zavoj. Zahteva ogromno materiala /30-40 povojev/, mnogo staničevine za podlogo, mnogo časa in 4 izurjene pomagače. Te mavčne hlače morajo segati preko kolka do prsnega koša. Precej mavca si prihranimo, ako uporabljamo namesto dorzalne longete desko, ki gre od kolka do pete. Jasno je, da mora biti zelo dobro podložena pod kolkom, pod kolenom in pod peto.

Še nekaj besed o kompliciranih frakturah prstov. Če so v teh primerih potrgane tetive, posebno fleksorjov, je vsaka terapija brezizgledna. Tudi če bi do segli konsolidacijo frakture ne bi nikakor uspeli s šivom tetive. Že v mirnodobski kirurgiji so bili uspehi skromni. Pod vojnimi pogoji ne moremo pričakovati nobenega uspeha; prst bi bil kljub konsolidaci ji fragmentov trd in nepremičen, ter bi bolnik nakna dno zahteval amputacijo. Iz teh vidikov bomo takoj amputirali. Pri frakturah glave z jasno izraženo im presijo moramo pristopiti debridemnt-u, ki se mora izvršiti pod vsemi pogoji neurokirurgije. Mogoče najtežje je vprašanje poškodbe hrbtenice v zvezi s poškodbo hrbtenjače. Če so se znaki popolne povpreč ne poškodbe hrbtenjače razvili takoj, je to znak, da je temu vzrok tuje telo /krogla, kos granate/ ali pa komad kosti. V teh primerih lahko poskusimo laminektomijo. Če so se pa živčni znaki razvili počasi, je verjetno, da je temu vzrok krvavitev, oz, oedem, ki se sčasoma resorbirata. Izboljšanje je mogoče.

Te se mi zdijo najznačilnejše točke oskrbe ran in začasna imobilizacija kostolomov.

ad b/ V bolnici smo imeli spet z drugimi proble mi posla. Glavna naloga je bila v najkrajšem času

doseči konsolidacijo zlomljenih fragmentov v dobrem položaju. Tu moram takoj priznati, da čas ni bil naš zaveznik. Nekateri kostolomi se gnojijo brez konca in kraja in to iz vzrokov, ki smo jih navedli v začetku članka. Ker sem smatral kostne sekvestre glavnim vzrokom teh neskončnih gnojenj, sem se odločil, da sistematično vse komplicirane frakture, ki se po 1 1/2 - 2 mesecih še gnojijo ravdiram. V tem razdobju je organizem iz črepinj prevzel potrebni mu kalcij in so te črepinje postale brezvredni sekvestri, ki so samo podpirali gnojenje. Kakor je ta zamisel enostavna pod normalnimi okoliščinami, tako je težka v naših prilikah, kjer nimamo Röntgena. Kljub temu sem v omami te rane čistil, in sicer pod kontrolo prsta, tako da sem bil vedno točno informiran o položaju sekvestrov, katere sem z ostro žlico odstranjeval. Seveda se je tu in tam zgodilo, da je ostala kaka majhna koščica v telesu. Napravil sem svojih 25--30 revizij. Ker sem delal vedno pod kontrolo prsta, se mi je samo enkrat zgodilo, da sem poškodoval nervus peroneus in to tudi samo začasno /4 mesece/. Močnejšega krvavenja nikoli ni bilo. Stanje se je vsem bolnikom zelo izboljšalo. Nekaterim je fistulacija popolnoma prenehala, pri drugih je bilo gnojenje tako zmanjšano, da so lahko zapustili bolnico. Mnogokrat smo pri revizijah našli tudi ostanke granat, krogle in slično. Fragmenti so se po teh operacijah hitro konsolidirali.

Kot rečeno nam je Röntgen v bolnicah najbolj primanjkoval. Kot pri repoziciji, tako tudi pri ekstenzijah, smo se morali opirati samo na klinični čut. K temu spada točno primerjanje zdravega in bolnega uda, ki po repoziciji ne sme pokazati nobene deformacije. Os kosti mora biti popolnoma ravna in odgovarjati osi zdrave kosti. Točno merjenje in primerjanje dolžine zdravega uda in bolnega uda je posebno pri spodnji ekstremiteti najvišje pravilo. Samo noga iste dolžine in zarasla v dobrem položaju bo osigurala bolnemu tovarišu dobro hojo, naši vojski pa spet sposobnega borca. Dolžino noge merimo od dolnjega roba malleolus i.t.d. do spina iliaca ant. sup.

Obenem mora biti noga v takem položaju, da lahko postavimo ravno črto od palca preko patele do spina iliaca ant. sup. Kot sem že omenil, je bilo pomanjkanje mavca zelo veliko, vsled česar naša imobilizacija ni bila vedno na višini. Ker nismo imeli mavca, smo se v mnogih primerih poslužili Cramerjevih opornic tudi za trajno imobilizacijo. Če je rana ležala na takem mestu, da je opornica pritiskala na njo, smo v veličini rane odstranili iz opornic povprečne tanke žice, tako da so ostale samo krajne podolgovate žice.

Za vsakega bolnika s težjo frakturo, je neobhodno potrebno, da ima svojo posteljo, ki mora biti pomakljiva. Nad posteljo smo pričvrstili trapez, s katerim so bili posebno zadovoljni bolniki, ki so imeli frakture na spodnji ekstremiteti. Za te smo v začetku delali 110 cm široke postelje. Potem smo te postelje tako uredili, da smo stranski rob postelje od sredine naprej pa do nog odstranili. Zadnja deska pri nogah je pa bila daljša od ostalih in štrlela na stran. Na ta način smo mogli Braunove opornice poljubno abducirati na ven, ker ji je zadnja dolga deska služila za oporo, stranski rob pa pri tem ni oviral, ker je bil odstranjem. Pri frakturah gornje ekstremitete smo imeli v postelji napravo kot v bolnicah, tako da so bolniki lahko ležali v polsedečem položaju. Za vse kostolome spodnjih ekstremitet smo se poslužili Braunovih opornic, katere smo napravili ali iz lesa ali pa iz železa. Težje je bilo najti sredstvo za nadomestitev Kirschnerjevega aparata, oziroma Schmerzovega peresa za ekstenzijo. Namesto, Kirschnerjeve igle smo uporabljali železne palice za čiščenje pušk. Navidezno in resnično grozno debel instrument! Tega smo na enem kraju lepo naostrili in v lokalni anesteziji smo ga z kladivom zabijali ali v tuberozitatibiae ali pa v calcaneus. Pri tem se je pokazalo, da je kljub svoji debljini premehak, ter se je često v kosti zavil. Trajalo je včasih tudi 1/4 ure dokler smo ga pravilno namestili. Dr. Žarkovič mi je omenil nato mnogo enostavnejši način. Na enem koncu se palica naostri, na drugem pa

se izobliči v obliki četverokota. Napravi se temu odgovarjajoči ključ/slično kot pri drsalkah/, ter se žebelj ne zabija, temveč zavrti v kost in to ne v samo tuberositas, temveč malo distalnejše in globlje kjer je kompakta kosti tanjša. Na ta način se še bolj pričvrsti v tren oka brez vsakih težav. Na ta žebelj pričvrstimo debelo železno žico v obliki podkve. Oba kraja sta zavita. V teh zavojih stoji žebelj /slika št.3/. Na žico pričvrstimo vrv, ki teče preko kolesa na Braunovi opornici ter na njo obesemo eno do dve opeki. Osteomyelitisa tibiae vsled žeblja nikoli nisem videl. Ko pride do konsolidacije fragmentov, se žebelj s kleščami odstrani. Jasno je, da moramo dvigniti rob postelje, da dosežemo kontraekstenzije. Braunovo opornico postavimo po potrebi v abdukcijo. Kontrola položaja in merjenja dolžine mora biti stalno in se vrši po prej omenjenih pravilih. Važno je, da ekstenzija ni niti premočna niti preslaba. Ker je izguba kostnega tkiva navadno velika, bi vsaka premočna ekstenzija privedla do pseudoartroze. Po 4 - 6 tednih lahko zmanjšamo uteži, vendar pod stalno strogo kontrolo dolžine bolnega uda. Ko pride do klinične konsolidacije, lahko nadaljno imobilizacijo izvršimo z mavcem ali pa s Cramerjevo opornico. /Seveda imobiliziramo tudi kolk/. Noge same najmanj 3 mesece ne smemo obtežiti! Na ta način se nam je posrečilo v mnogih primerih doseči ozdravljenje teh težkih fraktur in to brez skrajšanja, oz. z skrajšanjem od 1 - 2 cm. Prej smo videli skrajšanja do 10 cm.

Vsi kostolomi nadlaktnice spadajo na abdukcijsko opornico. Sestavili smo jih sami iz Cramerjevih. Vsled svoje neprožnosti se slabo priljubijo ob telo. Treba jih je močno podložiti z vato, oz. staničevino ter fiksirati z mavčnim povojem. Enega in drugega nam je manjkalo. Vsled/se bolniki težko prenašali te opornice in zahtevali da se jih često menja. V mirnih časih smo ekstenzijo nadlaktnice osigurali z leukoplastom, katerega smo fiksirali na medijalno in dorzalno stran nadlaktnice. Tu se nahaja v mnogih primerih rana, kar onemogoča fiksacijo leu-

koplasta. Leukoplasta je tudi primanjkovalo. Če ni bilo prevelike dislokacije, smo roko fiksirali enostavno na obdukcijsko opornico brez ekstenzije. Ako je doslokacija bila močno izražena ter rana ni dovolila uporabe leukoplasta na nadlaktnici, smo se odločili za sledeči način ekstenzije: na podlaktnico smo pričvrstili leukoplast v obliki črke U, ki gre preko prstov. Na vrhu leukoplasta je pričvrščena deščica in pa vrv. Roka počiva na deski, ki sloni v poševni ravnini na postelji tako, da je roka v abdukciji in anteponirana. Vrv gre preko kolesa na kraj deske in tu se obesi utež /slika št. 4/. Neugodna stran tega zdravljenja je, da mora bolnik ležati v postelji. Roka je iztegnjena ter počiva na deski v antepoziciji in abdukciji. Če namesto deske uporabljamo okvir kot pri Braunovi opornici, potem lahko pod rano izpustimo zavoj in gnoj svobodno pada v posodo, ki stoji pod rano. Ta način nam omogoča zdravljenje rane brez povoja.

Hotel sem v tem članku brez vsakega doktrinarstva in teoretiziranja pokazati one najbolj bolne točke v zdravljenju kostoloma in naznačiti, kako smo se mi z njimi borili, čeprav uspeh ni bil vedno na naši strani. Izbral sem samo najbolj pogoste primere ter podčrtal način, kako smo se skušali v danem slučaju prilagoditi danim prilikam, ne da bi se preveč oddaljili od klasične medicine ali pa na drugi strani padli v brezdelen konservativizem.

D R O B T I N E

ZANIMIVI KIRURŠKI PRIMERI

V časih, ko ni bilo mogoče vsled pomanjkanja instrumentarija, prostora in asepse operirati, sem doživela par kirurških primerov, ki so bili zdravljeni konservativno, da-si je bila indikacija operacije velika.

Tov. B.A. je bil ranjen v desno aksilo od mine. Izstrelne rane ni bilo. Hemotoraks se je čez par dni zagnojil in se je izpraznjeval skozi vstrelno rano. Ogromna sekrecija, visoke temperature in pripadanje pacienta so bile indikacije za resekcijo reber, ki pa jo ni bilo mogoče izvršiti. Narava je nadomestila kirurški nož: V višini osmega rebra se je stvoril "furunculus", ki sem ga indicirala, ko je bil zrel, in pri tem začudena ugotovila, da to ni "furunculus" ampak spontano stvorjena fistula, skozi katero se je spraznjeval piotoraks. Pacient je bil odpuščen; ostale so mu le običajne zarastline v toraksu.

Drug način spontanega izpraznjevanja gnoja je bil pri tov. Markotu. Ranjen je bil zadaj v desno lumbalno regio /od mine/. Izstrelne rane ni bilo. Prvotno sem mislila, da je drobec obtičal v muskulaturi. Pojavil pa se je peti dan difuzni perionitis, ki se je nato lokaliziral v apendikalni regiji, odnosno višje v subhepatični. Pac. bi skoro podlegel peritonitisu. Tretji dan tega peritonitisa pa me kliče bolničar pogledati ogromno gnoja, ki se je nenadoma izpraznil iz strelne rane, ki se je medtem skoro že zacelila. Gnoj, ki je smrdel tipično po coli - infekciji, je torej našel pot po strelnem kanalu iz abdomna. Pacient je ozdravel. Tretji primer: Pacient B.R. je bil ustreljen v desno stran toraksa v aksilarni liniji v višini sedmega in osmega rebra. Izstrelne rane ni. Tudi pri njem je zgodaj nastal piotoraks, ki se je izpraznjeval skozi strelno rano. Potek strelne rane se je dal približno ugotoviti le iz bolečin od želodca, oz. pod jetri. Nastopil je tudi difusni peritonitis z največjo občutljivostjo v ipigastrični regiji. Apces je bil torej siguren in kaj bi bilo boljše kot operativna drenaža, posebno, ker se je peritonitis začel lokalizirati. Za čuda pa je pri nekem nadaljnem prevezovanju postala obve za nenadoma živorumena in smrdeča. Gnoj, pomešan z žolčem je od tedaj naprej secerniral iz torakalne rane. Pacient je ozdravel in ima le pri težji hrani motnje prebave. Abdominalni apces se je izpraznil skozi tor. rano.

Opišem naj še nek zanimiv, bolj redek primer. Pacient Semulič je bil ranjen po obeh glutealnih regijah od mine. Skozi dve teh ran se je izpraznjeval urin v toliki meri, da je pacient le redko uriniral kakih 50 ccm urina normalnim potom. Kljub stalnemu prevezovanju streptazo-urotropin kuri, hladnim oblogam, je skoro pretila urinflegmona. 15. dan po poškodbi pa je ostala obveza nenadoma suha; urin se je izpraznjeval odslej normalnim potom. Fistula ves. urinarije se je sama zacelila. Pacientu je ostala le mala anomalija pri uriniranju.

Poročnik dr. Jerina Pavla

O DIFERENCIALNI DIAGNOSTIKI PRI OČESNIH TRAUMAH

Če oskrbujemo ranjenca s poškodbo očesa, se nam kot prvo vrine vprašanje, ali je poškodba površna? Ali je tujek penetriral v globino očesnega zrkla? Ali imamo torej pred seboj samo okvarc roženice in skleree, ali pa so okvarjeni tudi globlji deli očesa: leča, iris, chorioidea, retina, corpus vitreum, nervus opticus. Odgovor na to vprašanje je eminentne važnosti tako v pogledu prognoze, kakor tudi za način zdravljenja.

Ker nam ni mogoča specialistična preiskava z vsemi optičnimi pripravami, si pomagamo pač z enostavnimi preiskovalnimi metodami, ki nam lahko mnogo povedo. Že iz samega načina ranitve lahko marsikaj sklepamo: Poškodba očesa z drobcem mine je verjetno globoka, dočim udarec veje povzroči le površno ranico na roženici ali beločnici. Še več razvidimo s točno inspekcijo same rane. Pri globokih poškodbah je večinoma v rani ukleščena iris, corpus ciliare; skozi rano na skleri prolabira retina /črne barve/ ali pa izteka steklovina. Včasih opazimo tudi prolabirano lečo, ki izgleda kakor kaplja olja. V vseh teh primerih je tujek sigurno prodrl v globino. Zaradi tega, ker skozi rano odteče komorna voda ali steklovina, je intraokularni pritisk pri vseh globo-,

kih poškodbah močno zmanjšan. Intraokularni pritisk merimo takole: pacientu rečemu, naj gleda navzdol /ne sme mižati/, nato položimo oba kazalca na zgornjo veko in pritiskamo tako, kakor bi preizkušali fluktuacijo. Vedno moramo primerjati pritisk obeh oces!

Tudi globina prednje komore nam lahko da migljaj, ali je tujek penetriral ali ne. Ker odteče komorna voda, če je rana v območju prednje komore, je slednja plitva. Toda male ranice se hitro zalepijo, komorna voda se zopet nabere in komora se restituira, le prolapsus iridis ali traumatska katarakta nam pričajo, da je bila rana globoka. Pri poškodbah skle re, kjer odteče steklovina je pa prednja komora globoka, ker je znižan pritisk izza irisa.

Če je poškodovana leča, nastopi hitro traumatska katarakta. Pri starejših ljudeh moramo biti previdni pri postavljanju diagnoze. Cataracta traumatica, ker ima leča že normalno siv refleks, oz. obstoja že senilna katarakta. V splošnem nebi smeli nikdar postavljati diagnoze katarakta iz sivega refleksa leče, temveč samo s pomočjo očesnega zrcala.

Enostavna, toda zelo važna metoda za ugotovitev okvar globokih slojev očesa, posebno retine, je preiz kušnja projekcije. Zdravnik se postavi izza bolnika kateremu zavežemo zdravo oko, bolno pa ima usmerjeno v daljavo. Nato se približamo v vidno polje z gorečo svečo od desne, leve, zgoraj in spodaj; bolnik mora pa vsakokrat pokazati v kateri smeri je luč. Tako lahko ugotovimo približno mesto, kje je retina ne občutljiva za dojem svetlobe, ker je okvarjena. Seve da je retina okvarjena vedno na kontralateralni strani od smeri iz katere bolnik luči ne zaznava. Posebno važnost polagamo, če je projekcija navzgor oslabljena, kar govori za okvaro ali ablatio retinae v spodnjem delu očesnega fundusa. Ta pojav je pri penetrantnih poškodbah z malimi drobci mine ali peska zelo pogost, ker tujek zgubi pri prehodu skozi sloje očesa na svoji brzini in pada v krivulji navzdol, ter tam poškoduje retino.

Popolna amaurosa, ko bolnik ne dojema nikake sve

tlobe in pupila ne reagira, govori za poškodbo očesnega živca.

Za prakso je važna ugotovitev bolečine rane zaradi tega, ker lahko površne nepenetrirujoče rane po zdravimo v nekaj dnevih z aplikacijo 5 % Targezina, 1 - 2 % Unc. hidrarg. pp. albi in z obvezo, dočim je treba biti pri globokih ranah, posebno kjer sumimo, da je železen tujek v zrklu, zelo previden v zdravljenju in stavljanju prognoze. Če tujka ne moremo odstraniti in če se kljub konzervativni terapiji vnetje bulbusa ne omili, nastopi nevarnost simpatične oftalmije in oko je neizbežno zapisano - enukleaciji.

Poročnik dr. Pišot Vaclav

O UPORABI PENTOTHAL - NATRIUMA /angl. Sodium/

Ta angleški preparat iz barbitorne skupine odgovarja nemškemu preparatu Evipan in ruskemu Heksenal Angleži nam pošiljajo Pentothal prašek v ampulah po 1.0 gr in po 0.5 gr. Ta prašek moramo raztopiti v destilirani vodi, katera je v velikih zavojih priložena v količini po 50 ccm. Za narkozo se poslužimo 5 % in pa 2.5 % raztopine. To se pravi, da moramo 1 gr prahu raztopiti v 20 ccm /5 %/, oz. v 40 ccm /2.5 %/ majhno ampulo praška z 0.5 gr pa v polovični količini vode. Tik pred uporabo je treba zmešati vodo in prašek tako dolgo, da je raztopina popolnoma bistra. Raztopina naj se uporablja sveža, ter je po 4 urah na noben način ne smemo uporabljati. Pentothal se daje strogo intravenozno.

Kakor pri vsaki narkozi, tako velja tudi za intravenozno narkozo princip, da skušamo v krvi dobiti optimalno koncentracijo narkotika, ki nam garantira spanje, arefleksijo in pa brezčutnost. Ker pa razpolagamo za določitev koncentracije v krvi samo s kliničnimi simptomi, zahteva vsaka narkoza izkustva in pa obvladanje teh kliničnih simptomov od strani narkotizerja. Pri intravenozni narkozi enkrat vbrizgane

količine organizem ne more tako hitro eliminirati, kakor pri inhalatorni narkozi, ter bi vsled tega vsako prehitro injiciranje sredstva lahko privedlo do toksične koncentracije v krvi in vsled slabe eliminacije narkotika iz telesa do paralize dihalnega centra.

Tehnika oddajanja pentothala

Angleži priporočajo, da se pred narkozo da injekcija atropina, da nebi vsled prevelike salivacije prišlo do motnje pri dihanju. Ne priporočajo pa hipnotika pred narkozo. Iz lastnega izkustva in iz izkustva drugih partizanskih kirurgov pa sledi, da je delovanje pentothala mnogo boljše in hitrejše, če damo pol ure pred narkozo 0.02 Mo. Bolje je uporabljati 2.5 % raztopine pentothala, ker je nevarnost hiperdoziranja mnogo manjša. Tudi je znano, da povzroča 5 % raztopina včasih thrombophlebitis.

Z injekcijo začnemo tik pred operacijo. Vbrizgamo 2 - 3 ccm 5 % raztopine, oz. 4 - 6 ccm 2.5 % raztopine zelo hitro, to je v 15 minutah. Nato počakamo da injekcija učinkuje, kar se zgodi običajno v pol do ene minute. Bolnik neha šteti, čeljust mu pade na zaj, mišice popustijo. Če se to ni zgodilo, lahko še enkrat ponovimo injekcijo z isto količino in z isto brzino. Zelo redke so potrebne še večje količine za dosego brezčutnosti. Kadar smo enkrat dosegli brezčutnost, potem je samo od časa do časa še potrebno nadaljevati z ubrizgavanjem pentothala. Vendar so sedaj potrebne mnogo manjše količine in sicer 1/2 - 1 ccm za nadaljevanje narkoze. Seveda nadaljujemo z ubrizgavanjem samo takrat, kadar bolnik zopet pokaže znake občutljivosti. Po vsakem ubrizgavanju moramo napraviti odmor od najmanj 1 minute, ker bi sicer lahko prišlo do akumulacije in toksične koncentracije narkotika v krvi. Maksimalna doza, ki se naj uporabi je 20 ccm 5 % ali pa 40 ccm 2.5 % raztopine. Če ta količina ne zadostuje za izvršitev posega, potem je boljše nadaljevati inhalatorno narkozo.

Pri intravenozni narkozi ne nastopi popolna are fleksija. Tetivni refleksi se izgube istočasno z zavestjo. Pupilarni refleks izgine šele mnogo pozneje,

Pupile se ne zožijo ter reagirajo, četudi slabo, na svetlobo. Kornealni in konjuktivalni refleksi ostanejo ohranjeni. Četudi oni ne izginejo, je to ne povoljen predznak grozeče smrti. Trebušna muskulatura ne popusti tako popolnoma, da bi se priporočale v tej narkozi izvršiti laparatomijo.

Pentotnal v previsoki dozi povzroči paralizo dihalnega centra. Vsled tega moramo med narkozo najbolj paziti na dihanje. Če ono postane nepravilno, bolnik pa cianotičen, je treba takoj prenehati z nadaljevanjem injekcije. V takem slučaju moramo začeti z umetnim dihanjem ter injicirati lobelin in kofein intravenozno. Bolnik se zbudi navadno 10 do 15 minut po aplikaciji pentothala. Ostal pa bo zaspan nekaj časa ter je vsled tega najboljše, da ga pustimo na miru. Glavobol in bruhanje vidimo samo v redkih slučajih kot posledice te narkoze. Pač pa večkrat opazimo po narkozi dokaj močno ekscitacijo.

Komplikacije. Če bolnik v začetku narkoze reagira s kihanjem, kašljem ali celo s tremorjem, je treba odnehati z injekcijo.

Pentothal dobro služi za vse krajše posege, ki trajajo od 5 do 20 minut. Uporabljamo ga pri amputacijah, pri enukleacijah očesa, za sekvestrotomije, pri oskrbah ran, posebno pri kompliciranih frakturah. Pentothal tudi dobro služi kot uvodno sredstvo pri kombiniranih narkozah, katere nadaljujemo s kakim drugim inhalatornim sredstvom. Vendar je pri kombiniranih narkozah potrebna posebna previdnost, ker se pri njih rade pojavijo komplikacije dihanja. In tramuskulaturno uporabljamo pentothal za daljše spanje kot je to potrebno pri manifestnem tetanusu. Znano je, da vsa narkotika, ki jih apliciramo intravenozno, znižujejo krvni pritisk. Zaradi tega njihova uporaba ni priporočljiva pri močno izkrvavljenih ranjencih in pri onih z nizkim krvnim pritiskom. Pri ranah, ki otežujejo dihanje /vrat, čeljust/ ga je treba dati z oprezom, ker njegova uporaba sama povzroča dihalne težave, ter bi se na ta način povečala možnost komplikacij.

Major dr. Kukovec Robert

PRIPOMBA K SUHI STERILIZACIJI

Vlaga in plesen bi lahko pokvarila sanitetni material, ki si ga sami pripravimo v kontenerjih. Tu je treba paziti na nekatere malenkosti oz. popraviti napake, ki so se naredile pri izdelavi takega sterilizatorja. Praksa jih je še bolj povdarila in zato navajam izboljšavo, da čim bolj zmanjšamo napake.

Najvažnejše je, da se košek in lesen obod ne dotikata, to je, da je med njima vsaj 1 cm prostora, kajti upoštevati moramo, da se pri steriliziranju les napne. Zato si prav v tem oziru popravite obod in dno, ki je v pločevinasti posodi, ker koška ne moremo zmanjšati. Lesene deščice, ki tvorijo vložek, zamenjajte s tanjšimi, tako, da se bo notranji premer sterilizatorja povečal. Deščice naj bodo razmaknjene druga od druge 1 - 2 cm. Tudi na leseno dno pritrdite še 2 - 4 količke, nekaj cm visoke, tako, da se dno koška ne bo dotikalo z lesenim dnom sterilizatorja. S temi popravami olajšamo pari dostop v košek in s tem zboljšamo steriliziranje. Obenem pa se bo košek sam, pleteni del in preobleka, lažje osušil, ker se ne bo napil toliko vlage, kot če bi se dotikal lesenega dela sterilizatorja. Obenem si pripravite vrečo iz gostega platna. V to vrečo postavite po končani sterilizaciji košek in ga dobro osušite. Tako bo odstranjena nevarnost plesnobe, obvezila bodo ostala sterilna, dokler bo potrebno.

Kavčič Pavla

O VZGOJI SANITETNEGA OSEBJA IN O NOVIH KADRIH

Sanitetna služba v vojski nima dolge zgodovine. Sicer poznamo že v antični dobi za časa Julija Cezarja primere evakuacije ranjencev, ki so bili evakuirani v Rim in okolišne vasi, s čemer se je vojska osvobodila ranjencev, tem pa je bilo zasigurano zdravljenje, vendar se omenja prva organizacija sanitetne službe šele za časa Napoleona in je vezana na ime Larrey-a francoskega kirurga. Pod vplivom razvoja vojne tehnike in velikih vojnih operacij Napoleona se je razvila tudi kirurška pomoč ranjencem in evakuacija, ki jo je organiziral Larrey. Prvič v zgodovini se pojavljajo nosila in sanitetni transport, prvič v zgodovini je evakuacija ranjencev zvezana z zdravljenjem. Od Larreya dalje se je vedno bolj razvijala sanitetna služba v vojski in Pirogof v svoji knjigi "Vojeno vračevanje delo" obširno govori o evakuaciji in zdravljenju ranjencev na bojnem polju.

Od teh časov pa do danes je sanitetna služba v vojski dosegla silen razvoj. V vseh velikih armadah sveta imamo danes razvito sanitetno organizacijo, ki odgovarja sodobni vojni tehniki in sodobnemu načinu bojevanja. Nedvomno je dosegla organizacija sanitetne službe eno najvišjih oblik v Rdeči armadi tako v pogledu evakuacije, kot zdravljenja ranjenca. Dokaz so ogromni uspehi in nešteti primeri heroizma medicinskih delavcev v času velike domovinske vojne SZ. Važno je povdariti da je sanitetna služba dosegla v tej vojni novo razvojno stopnjo. V čem je ta korak naprej?

Dva faktorja sta bila predvsem odločilna, da je doživela, sanitetna služba v vojski nov progres.

1. Boj z infekcijo in izkušnje prejšnje svetovne vojne, ki so pokazale, da zavisi vse nadaljne zdra

vljenje ran od časa, kdaj je ranjenec prejel prvi za
voj in da je nesreča, ki nastopajo radi prekasno iz-
vršene prve pomoči, težko popraviti v nadaljnem zdra
vljenju tudi z najmodernejšimi metodami in sredstvi

2. Sodobna kirurgija je postavila zahtevo: vse ranjence je treba kirurško zdraviti že na bojnem po lju, vsem ranjencem je treba čimpreje nuditi kvalifi cirano kirurško pomoč. Zato je treba kirurga čimbolj približati bojni liniji, na drugi strani pa do maksi muma pospešiti evakuacijo. Ta dva faktorja sta prvi predpogoj za osnovno nalogo in za sonovni namen me- dicinske službe vsake armade: usposobiti mase ranjencev zopet za borbo in vrniti vojski najdragocenejši, v borbi prekaljeni kader. Zaradi teh zahtev sodobne vojne medicine, se je premaknilo delo sanite te neposredno v bojno linijo. Sanitetni aparat /bol ničarji, nosilci, sanitetni referenti/, morajo slediti poteku borbe in spremljati svojo edinico v vseh ope racijah. Pri napadih, juriših, pri umiku in obrambi, na maršu.

Zdravljenje ranjencev in evakuacija v pogojih boja, zantevata od sanitetnih kadrov vojaške usposob ljenosti, discipline in borbenosti, strokovnega zna- nja, visoke politične zavesti, požrtvovalnosti in he- roizma. Sanitetno osebje danes neposredno sodeluje v borbi; njegova služba, njegova vojaška usposoblje- nost ga postavljata na isto raven z vsakim drugim borcem. Zdravnik danes ni več in ne sme biti civi- list, ki bi čakal v zaledju, da mu prinesejo ranjen- cev, marveč vojak, organizator evakuacije in zdravlje nja ranjencev na bojnem polju. Primeri požrtvovalno sti in heroizma medicinskih delavcev v Rdeči armadi najbolj dokazuje borbeno vlogo medicinske službe v današnji vojni in kažejo na ugled in pozornost, ki ga uživa medicinska služba v RA. Vzemimo samo en pri- mer. V "Rdečearmejcu" čitamo: Lina Kovaljčuk se je prostovoljno ponudila, da gre branit domovino, ko je sovražnik stal pred Moskvo. Ker je bila medicinska delavka, je njeno orožje postala medicinska torba. Lina je bila vedno v prvih vrstah v bojni liniji je zdravila ranjence in rešila sto in sto borcev. Za

njen heroizem jo je odlikovala domovina z redom Lenina, z rodom. Rdečega znamenja, z redom Domovinske vojne II.stopnje in z redom Rdeče zvezde. Torej z najvišjimi odlikovanje SZ. Lina Kovaljčuk je danes "Guardni staršina medicinskoj službi". Spomnimo se dalje žrtev, ki so jih doprinesle naše bolničarke v težkih obdobjih narodno osvobodilne borbe. Spomnimo se tistih požrtvovalnih sanitetnih delavcev,ki so dali svoje življenje pri izvrševanju svojih dolžnosti v prvih bojnih vrstah. Spomnimo se naših bolničark, ki so do zadnjega vztrajale pri ranjenih borcih in jih je okupator pobil skupno z ranjenci.

Te misli nas morajo voditi pri vzgoji novih kadrov. Na kaj moramo paziti pri tej vzgoji in šolanju sanitetnih kadrov?

1. Za sanitetno službo je treba izbrati fizično in psihično kvalitetni kader, ker ta služba zahteva naporov ter inteligence. Tu moramo predvsem opozoriti na napačno mnenje v nekaterih naših edinicah, kjer smatrajo,da se za to službo lahko uporabi slabši kader. Ne pozabimo,da je v rokah sanitetnega kadra življenje sto in sto borcev in da je od tega kadra odvisno ali se bodo ti ranjeni borci zopet vrnili v vojsko ali bodo spet sposobni za borbo.

2. Vojaška izvežbanost.. Vsak bolničar nosilec mora slediti svoji četi tudi v najtežjih situacijah in vršiti svojo dolžnost,vsak čas mora biti pripravljen da brani sebe in ranjenca. Vsak sanitetni referent mora biti danes komandant podrejenih sanitetnih delavcev in jih voditi v težkih situacijah, ko je treba reševati ranjence. Zato sanitetno osebje ne sme biti oddvojeno od vojaškega dela,od vojaškega šolanja svoje edinice,/vojaške vežbe,pouk v orožju itd./,marveč mora skupno z drugimi borci napredovati tudi v vojaškem pogledu in disciplini.Vse sanitetno osebje je treba vzgajati v duhu discipline /hitro izvrševanje povelj, raportiranje itd./.Napačen je vidik,da so lahko bolničarji in sanitetni referenti nekako ločeni od vojaškega dela. To delo sicer ne sme škodovati njihovi osnovni nalogi, vendar pa se mora sanitetno osebje ravno tako udeleževati

vojaških vaj in če to ni na škodo njihovega dela tu di vojaške službe. Komandni kader mora vojaški izgradnji sanitetnega osebja posvetiti prav tako vso pažnjo, kot drugim borcem.

3. Strokovno dviganje kadra. Naše sanitetno osebje ne sme ostati na stopnji prvih začetkov partizanske medicine, marveč si mora pridobiti takšno znanje, da bo sposobno svoje delo vršiti po načelih sodobne vojne medicine in sodobnih metod zdravljenja in organizacije. Vse sanitetno osebje mora biti šolano. Sistematično ga je treba pošiljati na tečaje, ne samo bolničarje, tudi nosilce ranjencev, sanitetne referente bataljonov, brigad, divizij. Zato imamo da nes divizijske in korpusne sanitetne šole. Sanitetno šolo za sanitetne oficirje /sanitetne referente brigad, divizij, za šefe kirurških ekip/. Medicina se neprestano razvija, nenehno je treba slediti njenemu razvoju, še posebej pa velja to za vojno medicino. Vojna medicina zahteva od posameznika ne samo mnogo znanja, marveč tudi praktične izvežbanosti, kajti težje je delati v pogojih boja, pod sovražnikovim ognjem, v nevarnosti, kot pa v mirnem času v operacijskih sobah z vsemi tehničnimi pripomočki. Vojna medicina zahteva iniciative, smelosti, organizatornega čuta, improvizacije in rutine; tudi v težkih situacijah mora delo teči naprej po istih metodah, po istih principih.

4. Politična izgradnja. Kot za vsakega drugega borca NOV je tudi za bolničarja nosilca, san. referenta politična izgradnja predpogoj za vrednega pripadnika narodno osvobodilne vojske. Predvsem novim kadrom je treba posvetiti vso pažnjo in jih pritegniti k političnemu delu, skrbeti za njihovo politično vzgojo, na političnih urah z osebnim kontaktom ter individualnim delom nenehno dvigati politično zavest. To vprašanje se v naših edinicah s strani sanit. referentov večkrat zanemarja. Vedeti je treba, da bo samo tisti sanitetni delavec dvigal svojo strokovno vojaško usposobljenost in moralne vrline, bo politično zgrajen, ki bo poznal cilje našega dela se bo zavedal važnosti pridobitve narodno osvobodil

ne borbe in njenih demokratičnih teženj, ki se bo zavedal pomena naših borb in žrtev za bodočnost slovenskega ljudstva.

Večkrat se opaža zlasti pri novincih neinformiranost in ozko gledanje na našo borbo, včasih malodušje, zlasti v težkih situacijah. Takim tovarišem je treba odpreti oči in jim prikazati naš položaj s stališča vse Jugoslavije. Prikazati vrednost naših žrtev za bodočnost, prikazati, da je zmaga že dobljena. Posebej individualno se je treba baviti s tovariši, ki so živeli dolgo pod fašističnim nasiljem, /primorski tovariši/ki večkrat tudi ne obvladajo jezika. Na sestankih s sanitetnim osebjem je treba na dnevni red vsakič postaviti tudi politično temo.

Kako naj vršimo vse te naloge, kako naj zgrajujemo nove kadre? Zato je potreben oseben kontakt, stalna povezanost s temi kadri. Le tako je mogoče kader izobraževati strokovno in politično. Le tako je mogoče dobiti pregled nad kadrom in sposobnostmi ter razvojnimi zmožnostmi posameznika. Sestanki s sanitetnim osebjem se morajo vršiti stalno. Dnevni red teh sestankov mora biti: politično predavanje, strokovni referat in kritika dela in napak. Kdor posveča rednim sestankom dovolj pažnje, ta bo imel uspeh pri dviganju kadra. Vsakemu predavanju mora slediti diskusija, predavanja morajo odgovarjati nivoju sanitetnega osebja in ustvarjati možnost, da se po predavanju v diskusiji vsi udejstvujejo, ne pa da so samo poslušalci.

Samo s stalnim kontaktom, z rednimi sestanki, je mogoče odpraviti napake v sanitetni službi. Kdor ne organizira rednih sestankov, ne bo imel pregleda nad delom, ne bo opazil napak, ne bo jih analiziral in odpravil, ker je izgubil kontakt s svojim kadrom. Na sestankih je treba analizirati delo vsakega posameznika in napake v delu, dognati, kdo je odgovoren za te napake in na podlagi te analize dati smernice za bodoče delo. Brez sestankov se čutijo tovariši osamljeni in trpi njihovo delo in iniciativa.

Vsakemu je treba na podlagi kritika njegovega dela, dati konkretne naloge, ki jih mora do prihodnje

ga sestanka izvršiti. Brez konkretnih nalog, s samo diskusijo prav tako ne bomo dvignili kadra.

Posameznika, ki kaže veselje do dela, zanimanje in željo po znanju ali ki kaže posebne sposobnosti, je treba dvigati in mu omogočiti razvoj. Če njegovo delo ovira samo strokovna šibkost to še ni razlog, da ga pustimo zaspati, ampak ga je treba poslati na tečaj in po povratku z njim individualno delati. Čim pa je dovolj usposobljen, dati mu odgovorno mesto.

Na sestankih je treba skrbeti za literaturo. Če ni mogoče vseh poklicati na sestanek, je treba dotični referat razmnožiti in jim poslati. Tako bo stalno vse sanitetno osebje povezano in se bo neprestano razvijalo. Tako bomo dvignili nove kadre na tisto višino, ki jo zahteva sodobna vojna medicina in interesi naše borbe. Tako bo delo sanitetnih kadrov na višini, ki jim bo priborila tisto pozornost in ugled, katerega uživa medicinska služba v Rdeči armadi.

Major dr. Južnič Marjan

TRDNEJŠI OD BRONA

S tem zvezkom zaključimo P.Z.V. Po gozdovih in pa na težkih marših je bil pisan. Povedali smo tekom dobe skoraj vse, kar je važnega za partizansko medicino. Ni imel naš list namen gojiti visoke znanosti, a glej, mimogrede je pokazal, kako je mogoče pomagati svojemu bližnjemu v najtežji dobi naše zgodovine. Marsikdaj je bilo treba pisati hitro, hitro, kajti preblizu so prepevale strojnice, da bi bilo mogoče iskati kdove kakšnih virov. Viri so bili življenje samo, težko in naporno življenje in ob peresu piscev je oprezovala smrt. Padli so trije sotrudniki.

Bilo bi res mogoče v listu povedati še marsikaj toda zaradi konspiracije je bilo treba molčati, kajti tudi sovražnik je pridno segal po PZV, da bi iz njega zavohal, kje so temelji naše znanstvene organizacije. O tej organizaciji bo govorila zgodovina po

zneje in govorila bo s ponosom. Tisočerim je bilo rešeno življenje, tisočerim in tisočerim je bilo pomagano v najtežjih urah. Niso našli samo zdravniške pomoči, ampak tudi povečini varne domove, ki bi jih ne našlo kraguljevo oko in pozimi so volkovi s svojim tuljenjem zabavali ranjence. Rešena je bila uganka, kako je mogoče iz nemogočega napraviti mogoče. Marsikdaj je bilo treba premagati težave, ki bi se včasih zdele pisateljem le bujna domišljija in samemu Jack Londonu, ki je osebno prestal toliko težav in naporov, bi se zdelo kaj takega le sanje. Dostikrat se je bilo treba povzpeti do velike umetnosti, kako ustvariti iz nič nekaj - to pa, kar je bilo ustvarjeno, je bilo za čuda veliko. - Bilo je zdravljenje po predpisih moderne medicine in moderne kirurgije v času, ko so med operacijami kirurgov zaman krožila sovražna letala skoraj tik nad operacijskimi mizami.

Vestnik bi moral pisati o zdravnikih, bolničarjih in bolničarkah, ki so žrtvovali svoje življenje v naročje večne Caritas in za svobodo in silno bodočnost svojega ljudstva. Kdo naj jih prešteje vse? Kako radi bi že sedaj pisali o njih, toda hranili smo prostor za pomoč tistim, ki so bili še potrebni pomoči. Pisali bomo o njih v krasnih medicinskih revijah v mirni dobi in jim postavili spomenik, trdnejši od brona. Koliko zlatih besed smo, vi padli tovariši in tovarišice, pretresali med seboj za veliko lepo in slavno bodočnost našega ljudstva in o zidavi velikega templja naše Higijene. Ko bomo zidali veliki tempelj, boste s svojimi dušami med nami, kajti padli ste, a umreti ne morete nikdar.

Urednik, kapetan dr. Magajna Bogomir