

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA

OŽJI UREDNIŠKI ODBOR

R. Blumauer, M. Černič, F. Debevec, L. Ješe, A. Zalokar

Glavni urednik: S. Prevec, Ljubljana, Obča drž. bolnica, V.

Za konzorcij: O. Bajc, Ljubljana, Obča državna bolnica, I.

LETNIK XI

LJUBLJANA, MAREC 1939

ŠTEV. 3

ANALEPTIN „Kemika“

Dietilamid piridin-karbonske kisline v 25% ni vodeni raztopini. Raztopina za peroralno uporabo (à 10 gr) in ampule za injekcije (škafila s 5 amp. à 1'1 ccm in s 3 amp. à 5 ccm).

Zanesljiv analeptikum in ekscitans.

INDIKACIJE: akutna in kronična slabost kardiovaskularnega aparata, kolaps, zastrupljenja, infekcijske bolezni i. t. d.

DOZA: 1-3 ampule subkutano, intramuskularno ali intravenozno. Per os 15-40 kapljic večkrat dnevno.

PROSCORBIN „Kemika“

Čisti C-vitamin v formi tablet à 0'05 gr in ampul à 0'05 gr. Poleg tega Proscorbin forte à 0'5 gr v ampulah à 5 ccm. Proscorbin se uporablja za zdravljenje vseh pojavov C-avitaminoze in hipovitaminoze, pri hemoragični diatezi, krvavitvah i. t. d.

Ako hočete forej predpisati dober preparat čistega C-vitamina, potem izvolite vedno predpisovati Proscorbin „Kemika“.

B₁-VITAMIN „Kemika“

Tablete à 0'001 gr in injekcije à 0'002 gr. B₁-vitamin forte à 0'01 gr. Zanesljiv in cenen preparat B₁-vitamina, ki se daje z odličnim uspehom pri nevrítidah, nevralgijah, diabetesu, anoreksiji i. t. d.

Predpisujte domače preparate!

»KEMIKA« D. D. ZAGREB

Vsebina tretjega zvezka

Dr. J. Hebein: Holecistografija	81
Dr. S. Rakovec: Ekstravezikalna distopija ureternega ostija	89
Dr. V. Lavrič: Hypertrophia colli uteri kot porodna ovira	94
Dr. M. Kremžar: Prolapsus uteri parturientis	98
Dr. J. Demšar: Koliko časa živi semenska stanica po ejakulaciji?	100
Dr. V. Ferlan: Še o prenapoljenosti ljubljanske bolnice	102
Dr. M. Černič: Vejališče za naše strokovno besedje in izrazje	104
* * * † Dr. Maks Michelitsch	107
Vprašanja — Odgovori	108
Iz zdravniškega slovstva	110
Medicina in kultura	115
Iz zdravniških društev	116
Drobiž	120
Iz uredništva in uprave	120

Zdravniški vestnik izhaja mesečno (10 krat letno). — Naročnina znaša 100 din letno. Posamezna številka stane 10 din. Bolnični in zavodni zdravniki brez priv. prakse ter medicinci plačujejo polovico. — Avtorji dobe na željo do 30 posebnih odtisov svojih člankov brezplačno, večjo množino proti plačilu tisk. stroškov.

Uredništvo in uprava: Ljubljana: Obča državna bolnica, V.

Tiska tiskarna Merkur d. d. v Ljubljani (predstavnik O. Mihalek).

Elastični Hansaplast



D. R. P., Jugoslov. patent.

Elastični brzi povoj za rane v mali kirurgiji

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

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

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

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

VITAMIN

B₁

BETABION

Merck



= čisti, kristalizirani vitamin B₁ (Aneurin)

Pri nevralgijah (ishias itd.), herpesu zosteru, polinevritidah, funikularni mielozi in sladkorni bolezn

Tablete po 0.001 g, ampule po 0,02 g
„forte“-ampule po 0.01 g

E. MERCK — DARMSTADT

Zastopstvo: „ALKALOID“
ZAGREB, Mošinskoga ul. 14



ANERTAN

sintetični, točno
dozirani preparat

testikularnega
hormona

(Testosteronpropionat
v oljnati raztopini)

4 ampule po 5 mg din 110.—

4 ampule po 10 mg din 175.—

2 ampuli po 25 mg din 210.—

C. F. Boehringer & Soehne, G. m. b. H., Mannheim-Waldhof

Zastopstvo za Jugoslavijo:

„Alkaloid“ Zagreb, Mošinskoga ul. 14

Proti
Kašljat

Dicodid-Tabletten

«Knoll»

Kao sretstvo koje stišava kašalj i
dejstvuje sedativno, Dicodid »Knoll»
daleko je podesniji od Codeina.

Dicodid »Knoll» ako se ispravno
dozira ne izaziva gotovo nikakvih
nuzpojava (Nausea).

Vrlo retko uzrokuje opstipaciju.

Rp. Dicodid-Tabletten »Knoll»

Cevčice sa 10 i 20 tableta po 0,005 g.

Cevčice sa 10 tableta po 0,01 g.

Odrasli uzimaju: 2-3 puta dnevno 0,005-0,01 g.



KNOLL A.-G., kemičke tvornice, Ludwigshafen a. Rh.

Glavni zastupnik za Jugoslaviju:
Mr. Draško Vilfan, Zagreb, Ilica 204.

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA

LETNIK XI

LJUBLJANA, MAREC 1939

ŠTEV. 3

Iz rentg. odd. Obče drž. bolnice v Ljubljani (šef prim. dr. A. Kunst)

Holecistografija

Primarij dr. J. Hebein

Z 1 sliko

I

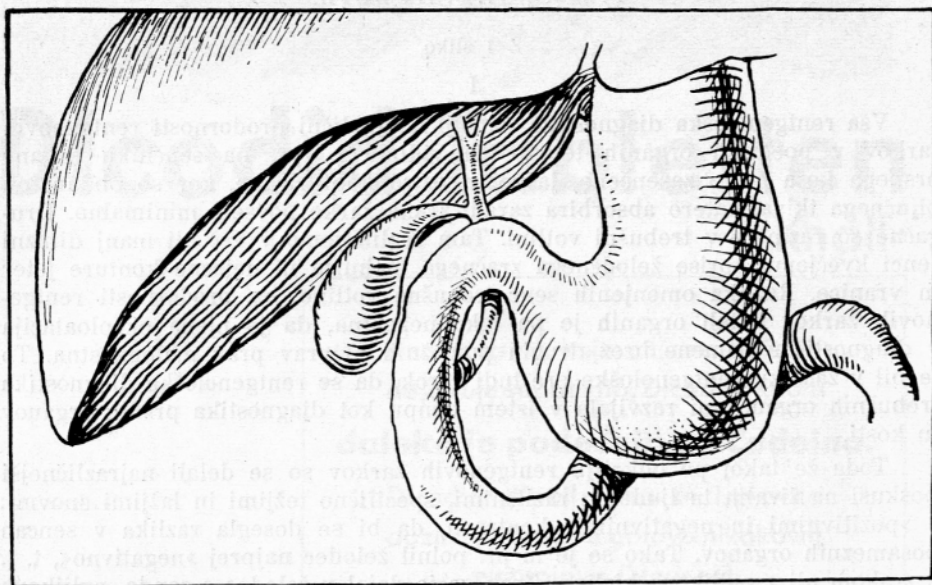
Vsa rentgenološka diagnostika temelji na različni prodornosti rentgenovih žarkov v poedinah organih telesa. Mi vidimo n. pr. na senčniku organe prsnega koša gosto zasenčene, jasno in ostro konturirane, ker so obdani od pljučnega tkiva, katero absorbira zaradi zraka žarke povsem minimalno. Drugačne so razmere v trebušni votlini. Tam razlikujemo v več ali manj difuzni senci kvečjemu obrise želodčnega zračnega mehurja in nejasne konture jeter in vranice. Razlika omenjenih senc trebušne votline, oz. prodornosti rentgenovih žarkov v teh organih je pa tako neznatna, da je njena eksploatacija v diagnostične namene brez drugih pomožnih priprav prav malenkostna. To je bil v začetku rentgenološke ere tudi vzrok, da se rentgenološka diagnostika trebušnih organov ni razvijala v istem tempu kot diagnostika prsnih organov in kosti.

Toda že takoj po odkritju rentgenovih žarkov so se delali najrazličnejši poskusi na živalih in ljudeh z različnimi, specifično težjimi in lažjimi snovmi: s »pozitivnimi in negativnimi« kontrasti, da bi se dosegla razlika v sencah posameznih organov. Tako se je n. pr. polnil želodec najprej »negativno«, t. j. z zrakom ali z ogljikovo kislino. Zrak se je dajal v želodec s sondo, ogljikova kislina pa bodisi v prašku ali pa v tekočini. Oboje je bilo za bolnika ne samo neprijetno, marveč tudi nevarno. Številni avtorji so doživeli pri takšni polnitvi želodca perforacije in exitus letalis pacienta. Drugi so zopet poskušali srečo s »pozitivnimi« sredstvi, n. pr. z želodčno cevjo, katero so napolnili s svinčnimi kroglicami ali z živim srebrom. Ali pa so dali požirati bolniku razne netopljive kapsule, napolnjene s kakšno težko kovinasto soljo. Toda diagnostična korist je bila samo pri aplikaciji plinov še nekaj vredna; omenjena pozitivna sredstva so bila razen za določevanje velike kurvature ali za ožine pri kaloznem ulcusu brez vsakega pomena.

Leta 1897. je fiziolog Canon primešal bismut v hrano, s katero je hranil svoje poskusne žabe in je opazoval motiliteto digestijskega trakta na rentgenskih ploščah. Omenjeni poskus je dal pobudo klinikom Balhasarju, Rouxu, Becherju in O. Krausu, da so prenesli to metodo tudi na človeka. Na podlagi njihovih, več let trajajočih eksperimentov se je leta 1904. končno posrečilo prof. Riederju sestaviti kontrastno kašo, s katero je mogel napolniti cel želodec in zasledovati pred senčnikom njegovo motiliteto

in izpraznitev. Toda tudi pri bismutovem kontrastu so se opazovale različne nevšečnosti in v slovstvu iz tistega časa najdemo od več strani javljene tudi smrtne primere, ki so bili pripisani učinku bismuta. Šele, ko je bil leta 1911. na pobudo prof. O. Krauseja zamenjan bismut s popolnoma nenevarnim barijem sulfuricum-om, je bilo najdeno pravo kontrastno sredstvo za diagnosticiranje digestijskega trakta. To sredstvo je v rabi še danes na celem svetu v najrazličnejših sestavinah.

Odkritje kontrastnega sredstva za prikazovanje želodca na senčniku in filmu pa ni samo epohalnega pomena za razvoj rentgenološke diagnostike digestijskega trakta, temveč je dalo tudi pobudo za eksploatacijo rentgenovih žarkov z namenom diagnosticirati celo vrsto drugih votlih organov telesa s pomočjo najrazličnejših kontrastnih sestavin. Med takšne organe sodi tudi žolčnik, oz. izvenhepatalni žolčevodi.



Slika 1.

Prva, ki sta poskusila napolniti žolčnik s kontrastno tekočino, sta bila Burckhardt in Müller leta 1921. Na mrličih in bolnikih sta punktirala žolčnik skozi trebušno steno. Izpraznila sta vsebino in jo nadomestila z 10 do 20 ccm collargola ali pyelona. Na ta način sta dobila negativne sence kamnov v pozitivni senci žolčnika. Toda radi prevelike nevarnosti nista našla posnemovalcev.

Leta 1924. sta presenetila dva Amerikanca, Graham in Cole, medicinski, predvsem rentgenološki svet z velikim odkritjem: našla sta kontrastno sredstvo za fiksiranje žolčnika na rentgenskem filmu. Pri poskusih funkcije jeter s fenoltaleini, za katere so pred njima Abel, Rowntree in Rosenthal dokazali, da jih jetra izločujejo, da se pa natrijeva sol tetraklorfenoltaleina pri raznih obolenjih jeter več ali manj zadržuje, sta izkoristila to dognanje za svoje cilje. Da bi dosegla na filmu večji kontrast, sta nadome-

stila klor z bromom ali jodom. (Atomska teža klora je namreč samo 35, dočim je broma 80 in joda celo 127.) S svojimi sodelavci sta poskusila 13 različnih preparatov in sta končno ostala pri dveh: pri phenoltetrajdophthaleinu in pri tetrajodphenolphthaleinu. Prvi je primernejši, kar se tiče sence, ker ga mremo v manjši količini aplicirati in je tudi organizmu manj škodljiv, je pa neprimerno dražji. Zato uporabljata Graham in Cole predvsem drugi preparat in sicer njegovo natrijevo sol kot najprimernejše kontrastno sredstvo za polnitev žolčnika.

IZ ANATOMIJE IN FIZIOLOGIJE ŽOLČEVODOV

Iz parenhima jeter, kateri je sestavljen iz majhnih krpic (lobulov), odvajajo žolč intralobularne kapilare v perilobularne kanalikule, kateri se združujejo v vedno večje in zato redkejša duktule, dokler se končno ne izlijejo vsi skupaj v dva večja duktusa, v ductus hepaticus sinister et dexter. Ta dva se zvežeta v hilu jeter v ductus hepaticus communis, ki je približno 3 cm dolg. Od njega se odloči ductus cysticus. Nadaljevanje ductus hepaticus communisa od odcepitve ductus cysticusa pa do papile Vateri se imenuje ductus choledochus. Ta je 5—7 cm dolg, njegov lumen pa meri 3 mm. Njega prvi del poteka ob desnem robu omentum minusa, srednji del leži v plitki vdolbini glavice pankreasa, distalni del pa poteka skupaj z ductus pancreaticusom poševno skozi vse plasti partis descendentes duodeni, kjer se izliva v papili Vateri v dvanajsternik.

Ductus cysticus je dolg 3—4 cm in prehaja polagoma v collum vesicae felleae. Zunaj ni med njima nobene vidne meje, v notranjosti ju pa deli neka cirkularna guba, s katero so v zvezi še nekateri poševno ležeči nabori, ki se vsi skupaj združujejo v spiralno zaklopko, v valvulo spiralis Heisteri.

Žolčnik je hruškasta vrečica, je 7—10 cm dolg in ima 30—50 ccm volumena. Fundus je najnižji del in sega v napolnjenem stanju nekoliko čez spodnji rob jeter. Corpus leži v fossi vesicae felleae in je spredaj z rahlim vezivnim tkivom pritrjen na jetra. S svojim spodnjim delom se dotika oralnega dela colon transversuma, z zadnjo steno pa pars descendens dvanajsternika. Včasih leži tik ob piloru ali ob pars superior duodeni. Collum leži v hilu jeter.

Žolčnik leži ali popolnoma v parenhimu jeter, ali pa je na jetra s kratkim mesocystom pritrjen in je zato premakljiv. Prevalira zadnja oblika.

Aplazija žolčnika ali pa vesica fellea duplex sta sicer zelo redka pojava, vendar jih omenjajo v svojih statistikah Boyden, Priesel in Haberer.

Med spoli ni glede oblike, velikosti in strukture nobene razlike.

Po Aschoff-u razlikujemo v žolčnikovi steni pet plasti. To so: tunica mucosa, muscularis, fibrosa, subserosa in serosa. Mucosa predstavlja drobno-mrežast sloj gub, ki je pokrit s plastjo cilindričnega epitela. Ta epitel secernira sluzast sekret in ima tudi sposobnost za resorbiranje, dočim sluznica hepaticusa in choledochusa samo secernira. Fibromuskularna plast corpora je sestavljena iz več slojev pretežno podolgovato in poševno ležečih, gladkih mišičastih vlaken, ki ležijo v elastičnem tkivu, dočim je ta plast v collum-u sestavljena pretežno iz cirkularnih elementov. Subserozna plast vsebuje skoro samo elastično tkivo.

Ductus hepaticus, cysticus in choledochus imajo tunico mucoso, submucoso in muscularis. Mukoza ima žleze, ki producirajo sluz in je pokrita s cilindričnim epitelom, ki pa, kot že rečeno, ne resorbira. Submukoza je močna plast vezivnega tkiva. Tretja plast — muscularis — je sestavljena iz več slojev

različno ležečih muskularnih vlaken. Ali ta plast je razvita samo v ductus hepaticusu in cysticusu. Po preiskavah Japonca Matsuno-a ima ductus choledochus v svojem ustju ob papili Vateri močnejšo plast cirkularnega tkiva, ki se imenuje sphinctor Oddi. Drugače je v svojem poteku sploh brez muskularnega sloja.

Inervacijo žolčnika in zunanjih žolčevodov oskrbuje pretežno simpatični živčni sistem po plexus hepaticusu.

Polnitev žolčnika s kontrastom je odvisna od gotovih fizioloških predpogojev jeter in zunanjih žolčevodov. Njihovo poznanje je za čitanje rentgenoloških slik pri holecistografiji neobhodno potrebno.

Jetra secernirajo v 24 urah pri normalni hrani pri zdravem človeku 1000—1500 ccm žolča. Sekrecija je močno odvisna od kvalitete in kvantitete hrane ter od količine krvi, ki se pretaka skozi jetra. Sekrecija žolča iz jeter (choleresis) se vrši nepretrgoma, dočim se pretaka žolč iz zunanjih žolčevodov v dvanajsternik (cholekinesis ali cholagogia) vedno le v presledkih.

Kakò se polni žolčnik? Pri polnitvi ima predvsem že omenjeni sphinctor Oddi ob ustju choledochusa regulatorni pomen; če se ta namreč kontrahira, prepreči odtok žolča iz choledochusa v duodenum. Radi nastalega pritiska zastaja žolč v hloedohu in hepatiku in se pretaka v žolčnik. Ker pokriva sluznico žolčnika plast epitela, ki ima resorpcijsko sposobnost, se voda in neke soli nabranega žolča resorbirajo, kar povzroča poleg zgoščenja žolča tudi zmanjšanje notranjega pritiska v žolčniku. To zmanjšanje pritiska povzroča nov dotok žolča in le na ta način se more žolčnik sploh polniti.

Razen mehanizma sfinktra ob ustju choledochusa so za polnitev žolčnika soodgovorni poleg drugih še kemični in nervozni vplivi. Hamrick je mogel eksperimentalno dokazati, da se izliva žolč v duodenum samo tedaj, če pasira slednjega hrana, dočim je pri strogem postu sphinctor Oddi zaprt. Do podobnih rezultatov sta prišla Brugsch in Horsters. Meltzer je podčrtal v svojem zakonu o recipročni inervaciji posebno vpliv nervoznega elementa za polnitev žolčnika, trdeč, da pade pri kontrakciji sfinktra ob ustju choledochus-a tonus žolčnika in narobe, kar mu je Lütgens potrdil.

Če pomislimo, da vsebuje žolčnik samo 30—50 ccm in da secernirajo jetra dnevno 1000—1500 ccm žolča, pomeni to, do sprejme žolčnik samo tridesetinko količine žolča. Radi lastnosti resorbiranja vode pa sprejme žolčnik, kakor se je dognalo, lahko eno četrtino vsega dnevnega žolča. Ta lastnost koncentracije žolča potom resorbcije je prav posebno važna za holecistografijo.

Koncentracija žolča se vrši normalno nepretrgoma predvsem radi gubitka vode po osmozi in difuziji. S poskusi na živalih se je dognalo, da se zgosti žolč v žolčniku že po par minutah do 4kratne koncentracije. S pomočjo takih poskusov na živalih in po podatkih raznih avtorjev se je dognalo, da se zgoščuje žolč v žolčniku od 7—10kratne koncentracije, kar ustreza 20 % suhe žolčne substance.

V splošnem je koncentracija odvisna od časa, kako dolgo se pač nahaja žolč v žolčniku, kar je zopet odvisno v prvi vrsti od uživanja hrane. Razen tega pa vplivajo na koncentracijo tudi drugi, nam neznani dražljaji, ki povzročajo izvestno kolebanje v gostoti žolča. Tako je po Daviesu gostota odvisna od momentane količine vode v posameznih organih telesa. V zvezi s tem je pri popolnoma zdravih ljudeh tudi intenziteta sence žolčnika na filmu podvržena nekim kolebanjem.

V zvezi s koncentracijo žolča predlaga Hoesch, naj bi govorili raje o resorpcijski sposobnosti žolčnika; to pa zaradi tega, ker se pri zgoščenju žolča resorbirajo poleg vode tudi neke soli, ki so v vodi topljive, dasi se ne pridru-

žuje stališču, ki ga zastopajo neki ekstremisti, kot Halpert, Sweet in Blond, ki trdijo, da je epitel sluznice sposoben resorbirati vso vsebino žolčnika z bilirubinom, holesterinom in žolčno kislino vred, torej s snovmi vred, ki se v vodi ne tope.

Kar se tiče izpraznitve žolča iz žolčnika, t. j. motilitete ali holecineze oz. holagogije, vladajo med vodilnimi avtorji še neenotna naziranja. Ta naziranja se dajo resimirati v tri skupine.

Prva skupina, v katero spadajo Bergmann, Lütken, Schöndube, Westphal, Whitaker i. dr., zagovarja mnenje, da je izpraznitev žolčnika nasledek zgolj aktivnega udejstvovanja fibromuskularne plasti njegove stene s sodelovanjem omenjenega sfinktra Oddi. Na številnih holecistogramih so mogli pokazati pri izpraznitvi holeciste polnitev, t. j. senco cysticus-a in choledochus-a; drugi so zopet opazovali peristaltične valove na žolčniku, napolnjenem s kontrastom. Kalk in Nissen sta opazovala kontrakcije žolčnika po injekciji hypophysina. Whitaker je nadomestil v eksperimentu žolčnik z gumijevim balončkom in je z rumenjacom dosegel izpraznitev žolča iz hepaticus-a in choledochus-a, ne pa tudi iz žolčnika. — Vsi ti izsledki naj bi služili za dokaz teze, da je izpraznitev aktivno dogajanje žolčne stene in da se izliva zgoščen žolč skozi cysticus v choledochus in v duodenum.

Drugo grupo zastopa Graham s svojimi sodelavci. Tudi oni menijo, da se izpraznjuje žolčnik po ductus cysticus-u in choledochus-u v duodenum. Ne smatrajo pa izliv kot nasledek zgolj aktivnega udejstvovanja njegovih sten, temveč kot rezultanto številnih, predvsem izven žolčnika ležečih komponent. Tako trdijo n. pr.: 1. da izplakuje mimo žolčnika tekoči žolč njegovo vsebino na način vodne sesaljke brez sodelovanja stenskih plasti žolčnika. 2. Da izpraznjuje peristaltika duodena žolčnik v smislu molzenja. Pri tem jim pomaga intraabdominalni pritisk, ki nastaja pri respiracijskem gibanju trebuha. V potrditev svoje teze navaja Graham sledeče eksperimente: tudi on je nadomestil žolčnik z gumijasto vrečico. To vrečico je dal, da izključi intraabdominalni pritisk, v celuloidni cilindru. Po intravenozni injekciji kontrasta se je umetni žolčnik napolnil. Po zaužitju rumenjakov se je promptno izpraznil. Pri drugem eksperimentu je podvezal ductus hepaticus, da se ne bi mogel napolniti žolčnik s svežim žolčem. Našel je žolčnik napolnjen s kontrastom še po 30 dneh, kar smatra za dokaz pravilnosti svoje teorije. Ta grupa ni mogla nikoli opazovati kontrakcije na žolčniku, napolnjenem s kontrastom in tudi ni videla peristaltičnih valov po injekciji hypophysina. Zmanjšanje žolčnika smatrajo za prilagodevanje tonusa žolčnika na izpraznitev. Tretja grupa, med njimi Halpert, Sweet in Blond pa sploh ne priznava izpraznitve skozi cysticus, temveč je mnenja, da resorbira sluznica ves žolč in da ga oddaja po svojih venah v veno portae. Oni namreč trdijo, da funkcija Heisterove zaklopke zadostuje, da prepreči odtok po cysticus-u iz žolčnika.

Iz teh različnih mnenj vidimo, da ostaja vprašanje izpraznitve še naprej nerešeno.

Glede učinka ekstraktov notranjesekretoričnih organov, medikamentov, drog in hrane na izpraznitev žolčnika so nam znani sledeči podatki:

Hypophysin (pituin) povzroča po Kalku in Schöndube-ju kontrakcijo žolčnika. Brugsch in Horsters trdita nasprotno zopet, da pituinin kontrakcijo paralizira.

Adrenalin, thyroxin, insulin in sekret pankreasa so za sekrecijo in odvajanje žolča indiferentni.

Po Ivy-ju in Oedbergu izziva preparat sekretina promptno izpraznitev.

Pilokarpin učinkuje v pozitivnem smislu, dočim atropin in morphium znižujeta tónus.

Tudi olivno olje učinkuje močno pozitivno. Solna kislina, alkohol in natrium bicarbonicum so indiferentni.

Magnesiumsulfat ima zopet slabo pozitiven učinek, kakor tudi 5—10% Witte-jeva pepton-ova raztopina.

Navadna mešana hrana povzroča vedno hitro izpraznitev. Najsigurnejše in najmočnejše kontrakcije in z njimi vred izpraznitev pa dosežemo po Whitakerju z maščobami in po Boydenu z rumenjacom. Učinek rumenjaka temelji na lecitinu, kateri vsebuje zopet holin, ki je po poskusih R. Magnusa in le Heuseja fiziološko sredstvo za draženje Auerbachovega črevesnega plexus-a. Po Boydenu je zopet najučinkovitejše sredstvo mešanica 4 rumenjakov in smetane, kar so potrdili tudi Bronner, Eisler in v. Bergmann.

Z mesno hrano dosežemo le malenkostno krčenje, še manj učinkoviti so ogljikovi hidrati.

Po vsem tem je količina žolča, ki se izliva v črevo, močno odvisna od vsakodnevne hrane. S holecistografijo se je moglo tudi konstatirati, da se izpraznitev ne vrši nepretrgoma, temveč periodično. Nadalje se je moglo dognati, da je izpraznitev glede časa prav različna. Tako se izprazni včasih žolčnik po rumenjakih že po 15—20 minutah (pri hipermotiliteti), včasih pa šele po 60—90 minutah. Pri ženskah se po Boydenu vrši izpraznitev veliko prej kakor pri moških.

Whitaker je mogel eksperimentalno dognati, da s hrano napolnjen želodec sam ne provocira izpraznitve žolčnika. To se zgodi šele, če pride kiseli chymus v duodenum. Pri tem se namreč tvori sekretin, ki je po Brugschu in Horstersu omenjeni fiziološki cholagogum oz. cholareticum, kar sta Ivy in Oldberg lahko eksperimentalno dokazala.

TEHNIKA IN METODIKA HOLECISTOGRAFIJE

Holecistografija po Grahamu in Cole-ju bazira torej na fiziološkem izločevanju kontrastnega sredstva z žolčem vred v žolčnik. Ko je Graham obelodanil rezultate holecistografije s phenoltetraiodphthaleinom in s tetraiodphenolphthaleinom, se je njegova metoda začela uporabljati kmalu tudi v Evropi.

Za polnitev žolčnika s kontrastom nam služijo lahko štirje načini aplikacije:

1. kontrastna substanca se vlije s pomočjo Einhornove duodenalne sonde v duodenum in jejunum;
2. substanca se aplicira v vodni raztopini v rectum;
3. sterilna raztopina kontrasta se vbrizga v veno;
4. kontrastna raztopina se vzame tudi lahko oralno.

Intraduodenalna in rektalna aplikacija sta danes opuščeni. Prva zaradi kompliciranosti, druga pa zaradi slabih rezultatov. Posluževali so se obeh v začetku razvoja intravenozne aplikacije, ker so imeli skoro vsi avtorji večje ali manjše neprijetne komplikacije pri skoro polovici primerov. Oralna metoda pa še ni bila znana.

Graham, Cole in Copher so uporabljali od samega početka samo intravenozne metode. Intravenozno apliciran pride kontrast najhitreje in najzanesljivejše v jetra.

V srednji Evropi in v naših krajih so uporabljali skoro izključno preparat nemške firme Merck iz Darmstadta, ki je znan pod imenom jodtetragnost. Dobimo ga v substanci in v ampulah. Substanca je cenejša, rabi pa sterilizacijsko napravo. 3 gr jodovega tetragnota v substanci se raztopijo v 40 gr destilirane vode. Raztopina se nato filtrira in 15–20 minut sterilizira. Enostavnejše so ampule. Vsebina ampule se filtrira najpreje skozi sterilno vato. Nato se doda 20 ccm sterilne vode in vse se vbrizga v veno počasi in pri telesni temperaturi. Najpogostejše komplikacije so flegmoni in nekroze ob vvodu v veno. Počasi se pa vbrizgava zato, da se ne povzroči šok v žilah, kajti znani so tudi smrtni primeri po injekciji.

Oralna metoda aplikacije kontrasta si je šele polagoma krčila pot do priznanja. Tudi pri tej metodi se uporablja tetrajodphenolphthalein. Prvotno se je namreč mislilo, da presnuje kisli želodčni sok natrijevo sol jodovega tetragnota v tem smislu, da odpade iz njega neka v vodi netopljiva kislina, katere črevo ne more resorbirati. Zato se je oralni tetragnost skozi leta apliciral v raznih kapsulah, ki naj bi ga obvarovale pri prehodu skozi želodec učinka želodčnega soka, katere naj bi se pa v alkalični sekreciji črevesja skupaj z vsebino z lahkoto raztopile in resorbirale. Priporočali so formaldehidaste, keratinaste kapsule, s salolom, stearinom in smolnimi preparati prevlečene tablete in pilule. Vse te kapsule in prevleke so imele to slabo stran, da se niso popolnoma zanesljivo raztapljale. Zato so se pozneje uvedle navadne oblatnaste kapsule, ki so se prav dobro obnesle, posebno, ko se je izkazalo, da je bilo prvotno mnenje o učinku kislega želodčnega soka na natrijevo sol jodtetragnota popolnoma neosnovano. Ko so prišli empirično do te ugotovitve, sta začela Sproull in Besch aplicirati kontrast v mlečni juhi ali pa s krompirjevim pirejem. Šele po teh izkušnjah so se končno rabile (in se še danes rabijo) tudi navadna sodavica ali pa navadne mineralne vode, ki vsebujejo ogljikovo kislino. Danes je tudi pri nas splošno v rabi Merckov preparat »oraltetragnost«. To radi tega, ker se z njim takorekoč »standardizira« oralna aplikacija kontrasta sploh in drugič, ker se zanesljivo resorbira in so sence žolčnika goste. Oraltetragnost ima edino to neprijetno svojstvo, da povzroča včasih bruhanje in driske.

Razen omenjenih tetrajodphenolphthaleinovitih preparatov firme Merck so priporočali tudi še številne druge phenolphthaleinove kontraste. Njihova razširjenost je v primeri z Merckovim preparatom prav minimalna in večinoma lokalna.

Tudi druge organske substance so se uporabljale za doseg polnitve žolčnika. Pribram n. pr. je priporočal dijudatophan; t. j. chinolinderivat z visokim odstotkom joda; Kirklín in Kendall zopet natrijevo sol dijudiaethylaether-a. Sabatini in Milani sta rabila bromnatrium in bromstrontium. Toda vse te sestavine se niso obnesle radi neprijetnih toksičnih nasledkov.

Kako danes holecistografiramo? Kot že zgoraj rečeno, se poslužujemo danes samo dveh metod: intravenozne in oralne aplikacije kontrasta. Pri obeh so predpriprave iste. Pomisliti je treba, da je uspeh v največji meri odvisen od skrbne priprave pacienta samega, od pravilne aplikacije kontrasta in od pravilne tehnike pri slikanju.

Bolnik naj uživa dan — dva pred holecistografijo samo lahke jedi, katere najbrž ne bodo povzročale prevelike pneumatizacije črevesja. To vprašanje se žalibog ne da vedno tako regulirati, kakor bi mi to želeli. Najrazličnejša depneumatizirajoča sredstva, ki se priporočajo, so do sedaj redno odpovedala. Tudi injekcije hypophysina in atropina z namenom boljše polnitve žolčnika s kontrastom so odveč. Tri ure pred aplikacijo kontrasta naj bolnik zaužije še skodelico čaja z manjšo množino gnjati. Uro pred tem pa naj se klistira.

Približno ob 7. ali 8. uri zvečer sledi nato aplikacija kontrasta, bodisi intravenozno ali pa per-oralno. Principielne važnosti je, da se vrši aplikacija točno po predpisih. To velja tako za intravenozno injekcijo, torej za zdravnika, kakor tudi pri peroralni metodi za pomožno osebo. Posebno pri zadnji se veliko greši. Neobhodno potrebno je za zaželjeni uspeh, da je pri pripravi, t. j. pri mešanju substance v navadni ali mineralni vodi, pri pitju navzoča vedno v odsotnosti zdravnika sestra, ki pazi točno na to, da se ves postopek vrši po predpisih. Povsem nezanesljivo je izročiti oralni tetragnost pacientu, ki naj bi ga brez nadzorstva sam popil. Zato tudi odklanjamo holecistografijo v ambulatorijih okrožnih uradov za zavarovanje delavcev.

Potem, ko smo sredstvo aplicirali, priporočimo pacientu, naj leži še najmanj pol ure v desni legi in s tem doseže boljšo mehanično izpraznitev kontrasta iz želodca.

Pri intravenozni injekciji kontrasta napravimo prvo sliko približno 9 ur pozneje. Po oralni aplikaciji kontrasta pa šele po 12. urah. Če prva slika zado-
stuje, sledi že čez pol ure nato po zaužitju 2—3 rumenjakov s koščkom kruha in maslom druga, 1 uro pozneje tretja, in 2 uri pozneje četrta slika. Zadnje slike napravimo v namenu kanstatacije in zasledovanja kontrakcije t. j. izpraznitve oz. funkcije žolčnika. Če se pa po prvi sliki ne pokaže senca žolčnika, ali če je senca nejasna, potem napravimo v teku ene ure še eno ali več slik; nato sledi tudi, če se žolčnik ne polni, preizkušnja funkcije.

Če se senca žolčnika ne pokaže v pričakovanem času in obstoji klinično sum, da se je morda prepozno slikalo, potem ponovimo lahko slikanje že čez 4—6 dni in napravimo prvo sliko že po 6—8 urah. Zaradi konstatacije tonusa, event. zarastlin in izpraznitve žolčnika slikamo ne samo v trebušni legi, temveč tudi stoje; po potrebi se slika tudi z duodenalnim serigrafom dozirano in merjeno.

Običajno injiciramo in apliciramo intravenozne in oralne preparate po strogo od firme predpisanem načinu. To je tako imenovani klasični način aplikacije.

Nekateri avtorji uporabljajo tudi izvestne modifikacije. Tako n. pr. aplicira Sandström oralni Merckov kontrast frakcionirano. Indicirana je njegova modifikacija tam, kjer je n. pr. intravenozna kontraindicirana, ali, kjer navadna oralna metoda ni dala sence. Modifikacija obstaja v sledečem:

Prvi dan: zvečer použije pacient polovico navadne doze kontrasta (1,5—2 gr) v kozarcu mineralne vode, ki vsebuje ogljikovo kislino.

Drugi dan: pacient je navadno, lahko hrano, toda brez rumenjakov in maščobe. Ob 9. uri zvečer použije celo dozo kontrasta.

Tretji dan: zjutraj dobi bolnik klistir, nato sledi slikanje. Razlika obstaja v tem, da dobi pacient prvi dan samo polovico kontrasta, katerega črevo bajè lažje resorbira. Razen tega more pacient ves čas, ko traja holecistografija, kolikor toliko jesti, ne da bi to posebno škodovalo zgoščenju žolča v žolčniku. Poleg vsega tega se pa kontrast še dalj časa zadržuje v zunanjih žolčevodih in izpraznitev ne sledi takoj po zaužitju hrane.

INOTYOL du Dr. DEBAT

za vse poškodbe in iritacije kože

Inotyolova mast učinkuje zaradi svojih dobrih sestavin istočasno **keratoplastično, dekongestivno, oblažujoče in antipruriginozno**

Mala tuba din 22.— Velika tuba din 38.—

Vzorci in literatura pri

A. GOLDSTEIN & E. RABINOVICI, Beograd, Zagrebačka 3

TROPONWERKE



KÖLN-MULHEIM

CALCIPOT PRO INJECTIONE

Sterilna, po posebnem postopku stabilizirana 10% in 20%-na raztopina čistega kalcijevega glukonata za celokupno parenteralno kalcijevo terapijo.

INTRAMUSKULARNO ALI INTRAVENOZNO

Zavitki:	10%	20%
2 amp. po 5 ccm	din 30—	din 34—
5 amp. po 5 ccm	din 48—	din 74—
5 amp. po 10 ccm	din 74—	din 86—

SPIROPROTASIN

Hitro in sigurno učinkujoči injekcijski preparat **proti revmatskim boleznim vseh vrst**; vsebuje mlečno beljakovino in natrijev salicilat; ne deluje škodljivo na jetra.

Zavitki:

5 ampul po 2 ccm	din 64—
5 ampul po 5 ccm	din 72—

Klinični zavitki po 50 ampul.

Vzorci in literatura brezplačno na zahtevo pri zastopstvu za Jugoslavijo:

„BIOSAN“

MR. PH. VLADIMIR SMOKVINA — ZAGREB — KAPTOL 12

Dobrna pri Celju

396 m

n a d m o r j e m

Naravno-topli 37°C vrelci zdravijo s posebnim uspehom srčne in živčne ter ženske bolezni. Vsa ostala za okrepitev življenskih sil potrebna zdravilna sredstva. Krasni nasadi, vabljivi sprehodi in izleti v bližnji planinski svet

Zdravilišče odprto tudi v zimskem času

Izven glavne sezone celokupno 20 dnevno zdravljenje za nizko pavšalno ceno od din 1100.— do din 1650.—

Zahtevajte prospekte!

Vodilni preparati železa

CHINOFERRIN PURUM
CHINOFERRIN CUM ARSENO

Pillulae

CHINOFERRINI CUM ARSENO

Proizvaja Mr. MIRKO KLEŠČIĆ, lekarnar
Samobor, Savska banovina
Literatura na zahtevo!

KNJIGARNA
KLEINMAYR
& BAMBERG
V LJUBLJANI

priporoča svojo veliko zalogo novitet iz
medicinske literature in vljudno vabi
gospode zdravnike na brezobvezen ogled

Do nadaljnega se preračunava
nemška marka po din 15.—

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH ORGANOV IN PREOSNOVE

Rogaška Slatina

ima v svojih treh vrelcih

„TEMPEL“,

„STYRIA“

in „DONAT“

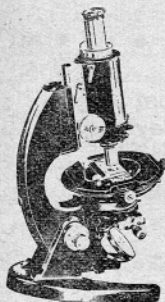
izvanredno zdravilno slatino, ki s svojo silno transmineralizacijo or-
ganizma najugodnejše vpliva na organske funkcije, njih vegetativno
in hormonalno regulacijo. Indikacije: Vse bolezni želodca, črevesa,
jeter, žolčnih kamnov, ledvic. Sladkorna bolezen in putika.

Letna in zimska sezona

Glavna sezona: maj — oktober

Gospodje zdravniki! Zahtevajte prospekte in vzorce vode pri

DIREKCIJI ZDRAVILIŠČA ROGAŠKA SLATINA



Fr. P. ZAJEC

IZPRAŠAN OPTIK
LJUBLJANA
Stritarjeva 6 (pri
franciškanskem mostu)

Naočniki, Zeissova punk-
talna stekla, mikroskopi,
razne lupe. - Vsi v to
stroko spadajoči instru-
menti, daljnogledi i. t. d.

SAMO KVALITETNA
OPTIKA! STROKOVNA
IZVRŠITEV!



Ljubljana
Komenskega ul. 4
Telefon št. 3623

Dr. Franc Derganc
šef-prim. kir. odd. v p.
Ordinira: 11.—1.

Druga varianta je takozvana pospešena intravenozna holecistografija po Italijanu Antonucciju. Princip te modifikacije je v tem, da se skupaj z jodtetragnostom injicira v žilo še grozdni sladkor. Z njim se provocira pospešena funkcija jeter in torej tudi pospešeno izločevanje kontrasta v žolčnik.

Antonucci hrani paciente najprej dva dni z dieto, ki vsebuje le male množine ogljikovih hidratov. Nato jim vbrizga 3. dan zjutraj 125 ccm 40% grozdnega sladkorja, 10 minut pozneje jim injicira jodtetragnost. Čez 10 minut pa dobijo še 10—20 insulinovih enot. Eno uro pozneje se napravi prva slika, po 2. uri druga, po 3. uri tretja, po 4. uri četrta in po 5. uri peta; optimalna slika se dobi baje po 3—4 urah. Takoj nato sledi funkcijska proba z rumenjaki.

Ta modifikacija je, kakor je videti, bolj komplicirana kakor standardizirana Grahova-Merckova metoda, je pa na vsak način dražja in zahteva dokaj skrbnejšo predpripravo pacienta. Avtor sam in drugi, posebno italijanski kliniki, jo še izpopolnjujejo. Zadnja, končnoveljavna beseda ni torej še povedana. V Jugoslaviji se z opisano metodo še nismo seznanili.

(Nadaljevanje sledi.)

Iz urol. odseka Obče drž. bolnice v Ljubljani (v. d. šefa dr. S. Rakovec)

Ekstravezikalna distopija urefernega ostija

Dr. Slavko Rakovec

S 5 slikami

Anomalije zavzemajo v urologiji važno mesto. Medtem, ko so prirojene napake v drugih organskih sistemih razmeroma redke, največkrat podrejenega pomena in je njihovo poznavanje važno kirurgu dostikrat samo z operativno tehnične strani, so anomalije urogenitalnega sistema važen patogenetičen faktor, ki zavzema dobršen del uroloških obolenj. Da so razvojne motnje in anomalije tega sistema tako pogoste je kriva zamotana geneza urogenitalnega trakta.

Razvojne napake utegnejo privedi do motenj na dva načina. Prvič že same na sebi, največkrat s tem, da tvorijo kako mehanično oviro v odtoku kot n. pr. ožine, napačen potek vodov in s tem združeni preostri zavoji odvodnih potov. To je kaj lahko pri tako v dolžino raztegnjenem (calices-pelvis-ureter-vesica-urethra) in deloma tako gracilno zgrajenem (calices-pelvis-ureter) odvodnem sistemu. S tem je lahko občutno prizadeta funkcija tako visoko diferencirane organa kot so ledvice, ki so zelo občutljive za vsako motnjo svoje sekretorne funkcije. Na drugi strani pa vemo iz izkušenj, da so napačno zgrajeni organi mnogo sprejemljivejši in dovzetnejši za razna obolenja, kot so pri ledvicah najpogostejša n. pr. vnetja, konkrementi, tuberkuloza i. t. d.

Poznavanje anomalij tudi za praktičnega zdravnika ni brez pomena. Pri zunanjih nakazah je razpoznavna lahka. Številnejše so pa one nepravilnosti, ki jih lahko odkrijemo šele s posebno urološko-diagnostično tehniko. Da pa sploh pridejo bolniki do take preiskave je treba nanje misliti in jih vzeti v poštev pri diagnostičnih razmotrivanjih. Treba se je odvaditi tega, da izključujemo pri negativnem rezultatu analize urina urološka obolenja. Nasprotno, tam kjer navidezno — vsaj na zunaj — ne najdemo nikakih sprememb in ne dobimo tudi v urinu ničesar patološkega, tam je možno še nešteto drugih uroloških obolenj, ne samo anomalij temveč tudi pridobljenih obolenj. Pravilo naj torej

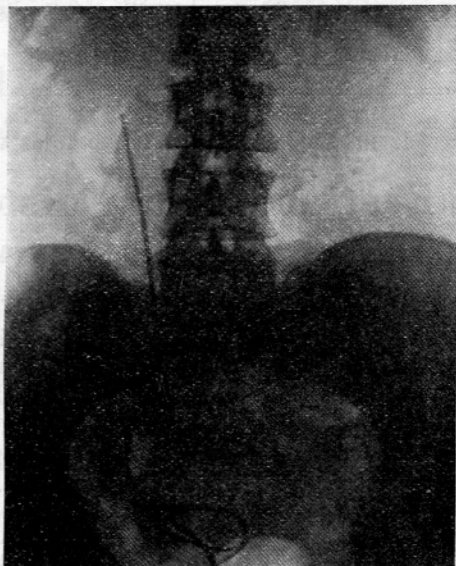
bo: da moramo vsakega bolnika z dalj časa trajajočimi težavami v območju ali tudi samo v bližini urogenitalnega trakta izčrpno urološko preiskati. Pri tem gre predvsem za bolnike z večletno anamnezo. Vendar je važno, da je anamneza res izčrpna. Večkrat moramo anamnezo naravnost odkriti s tem, da jo iz bolnika izvlečemo. Na ta način bi se marsikatere bolezni, ki plovejo pod diagnozo želodčnih, žolčnih, črevesnih ali revmatičnih obolenj izprevrgele v urološka obolenja.

Na urološkem odseku smo imeli priliko opazovati v razdobju manj kot enega leta dva redka, zelo zanimiva, skoro povsem slična primera anomalije, o katerih hočem poročati.

16. nov. l. 1937. je bila sprejeta na odsek 32 let stara kuharica G. J. Od mladosti, kar se spominja, ji neprestano podnevi in ponoči uhaja voda po kapljicah, sedaj v večji, drugič v manjši množini. Vedno je mokra. Vkljub neprestanemu preoblačenju ima perilo stalno premočeno z urinom. Neglede na to pa urinira povsem v redu, 4—5 krat dnevno,



Slika 1. V distopičen ostij, ki leži v vestibulum vaginae pod orif. ext. urethrae, je vstavljen kateter. Črtica kaže v orif. ext. urethrae.



Slika 2. Kateter, vstavljen v distopični ostij, se je v medenici zvil v kolobar. Poleg njega kateter, vstavljen v intravezikalni desni ostij, segajoč do 3. ledvenega vretenca.

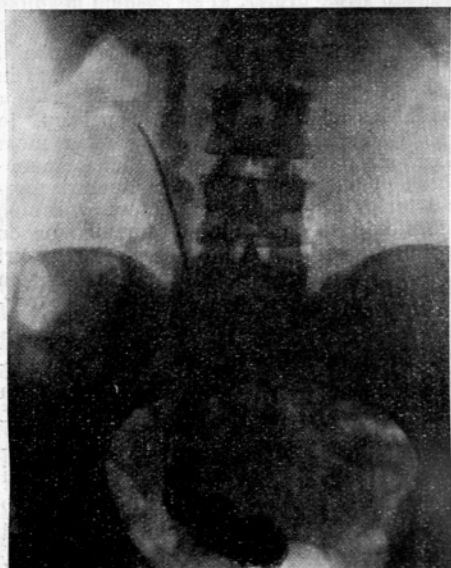
ponoči največkrat ne. Zdravila se je že večkrat, vendar ji niso pomagala niti zdravila niti fizikalno zdravljenje. Obupala je že, ker v takem stanju ne more dobiti nikjer stalne službe.

Objektivni pregled pokaže telesno in duševno dobro razvito, snažno dekle. Ugotovitev na organih je brez posebnosti. Urin je čist, beljakovina negativna; sediment bp. Genitalije pri prvem pregledu ne kažejo nikakih sprememb, pač pa je opaziti, da stalno od nekod priteka tekočina. Koža ob vulvi in na stegnih je macerirana. Cistoskopski ugotovitev: Kapaciteta mehurja 300 cm. Sluznica mehurja je povsod gladka in nežna. Lega in oblika ureternih ostijev je normalna. Intravenozno injiciran indigokarmin izločata oba ostija po 4 min., v krepkih in ritmičnih ejakulacijah. V vagino vstavljen tampon postane sicer nekoliko moker, vendar se ne obarva niti po 2 urah.

Po daljšem opazovanju izsledimo, da prihaja tekočina iz sicer nevidne odprtine, ki se nahaja v sluznici, v vestibulum vaginae, 1 cm pod zunanjo odprtino sečne cevi. Posreči se v to odprtino uvesti uretorni kateter (u. k.), ki gre nato gladko do 25 cm globoko. (Slika 1.) Iz u. k. priteče

bistra tekočina po kapljicah, ki se po injekciji indigokarmina (intraven.) obarva komaj vidno modro šele po 15 min. Tudi kasneje intenziteta obarvanja ne naraste. Iz tega postane takoj jasno, da gre za nadštevilen ureter z ekstravezikalno distopijo ostija.

Uvedemo nato še skozi oba normalna ostija v mehurju dva u. k. Rentgenska slika (slika 2.) nam pokaže na desni najprej pravilno ležeč u. k., ki sega do višine 3. ledvenega vretenca. (Na levi strani je tudi vložen u. k., vendar ni viden na sliki, ker ni prepojen s kontrastom.) U. k. pa, ki je bil vložen v distopičen ostij, ni našel poti navzgor, temveč se je zvil v kolobar, iz česar moramo sklepati, da je zašel v neko široko votlino. Potom tega u. k. se nato napolni votlina s kontrastno tekočino. Na sliki (slika 3.) vidimo, da kontrast ni napolnil samo votline, temveč ves ureter. Ureter je v celem poteku širok, s številnimi zavoji, v medenici ampularno razširjen in se končuje v višini 2. ledvenega vretenca v betičast, komaj naznačen pelvis. Radi razpoznave korelacije z drugimi uretri in primerjave se izvršijo še retrogradni pielogrami obeh — pravilno v mehur se iztekajočih — uretrov. Slika 4. nam kaže na levi strani pravilno oblikovan pelvis in ureter. Na desni strani je ureter tudi nežen in brez sprememb, pripadajočemu pelvisu pa manjkajo zgornji calices, katere je ravno prevzel nadštevilen ureter.



Slika 3. Pyelogram po polnitvi katetra, vložena v distopični ostij.



Slika 4. Celotni pyelogram. Levi pelvis renalis pravilno oblikovan; desnemu spodnjemu manjkajo zgornji calices, ki jih je prevzel zgornji pelvis.

18. XI. je bila izvršena operacija v lumbalni anesteziji z dodatkom etrove narkoze. Najprej se iz desnega inguinalnega reza izpreparirata ekstraperitonealno oba desna uretra. Eden je pravilno oblikovan in se izliva v mehur, drug je močno razširjen, prehaja pod mehurjem v vrečasto razširjeno cev in gre naprej med mehurjem in nožnico. Na tem mestu se ta, razširjen ureter po prehodni dvojni ligaturi prežge in nato zasleduje še njegov kranialni del, ki se izpreparira, kolikor je iz tega reza sploh možno in ga končno vloži v dno zgornjega kota rane. Rana se v plasteh zašije. Operacija se nato nadaljuje iz desnega ledvenega reza po Bergmannu in Israelu. Desna ledvica se izlušči in luksira. Iz nje prihajata dva pelvisa: manjši, ki pripada zgornjemu ledvičnemu polu in se nato nadaljuje v spodaj že izprepariran razširjen ureter in večji, ki pripada spodnjim $\frac{2}{3}$ ledvice. Oba dela ledvice sta na zunaj vidno ločena po plitvi brazdi in sta preskrbljena vsak s svojim ožiljem, ki prihaja seveda iz skupne a. in v. renalis. Po predhodni ligaturi ožilja in dekapulaciji zgornje tretjine se ta del resekira in obenem z razširjenim uretrom odstrani. Resekcijska rana se pokrije s kapsulo in sešije.

V območje reseciranega dela se vloži dren. Sanatio per primam intentionem. 15. decembra ozdravljena odpuščena, brez vsakega sledu uhajanja urina.

Drug, povsem sličen primer je bil sprejet na odsek 1. septembra 1938. Bila je to 27letna postrežnica J. J. Anamneza je povsem enaka prvi. Tudi nji že od mladosti stalno uhaja urin, sicer po kapljicah, vendar v precejšnji množini. Ravno tako je uhajanje urina povsem neodvisno od uriniranja, ki se vrši v pravih intervalih. Pri pregledu kmalu opazimo poleg zunanjšega ustja sečne cevi, 1 cm desno in spodaj od njega, komaj vidno odprtino, iz katere teče stalno po kapljicah urin. Cistoskopski pregled poda povsem normalne razmere. Oba ureterna ostija ležita na odgovarjajočih mestih in ejakulirata indigokarmin (intraven.) po $3\frac{1}{2}$ min. Urin iz distopičnega ostija se ne obarva niti po 30 min. Na rentgenski sliki (slika 5.) z retrogradno polnitvijo vidimo, da pripada tudi v tem primeru distopičen ostij uretru desne ledvice. Dobro se vidijo konture desne ledvice, ki je nekoliko povečana, predvsem v zgornjem polu. Spodnji $\frac{2}{3}$ ledvice se izliva v pravilno oblikovan pelvis, zgornja $\frac{1}{3}$ pa v močno razširjen pelvis, ki prehaja nato breva prevega prehoda v skoro enako širok ureter, ki se kasneje nekoliko zoži, v medenici pa zopet ampularno razširi.



Slika 5. Pyelogram obeh desnih ledvičnih odvodnih potov. Hydronephrosis partialis vsled nadštevlnega uretra z ekstravezikalno distopijo ostija.

7. septembra je bila izvršena operacija v lumbalni anesteziji. Desni lumbalni rez po Bergmannu in Israelu z resekcijo 12. rebra. Parenhim zgornjega dela ledvice, ki pripada razširjenemu zgornjemu pelvisu, je občutno reduciran (hydronephrosis partialis), sicer meja med obema deloma na površini ledvice ni vidna; ravnostako ni ostro ločena preskrba z ožiljem. Pri ligaturi zgornje veje renalne arterije nastopi cianoza, ki sega ventralno do meje med zgornjo in srednjo tretjino, dorzalnno pa do polovice. Temu primerno se ledvica resekira. K sreči se pri tem ne odpre spodnji pelvis. Nato se ekstirpira še razširjen ureter v dolžini 10 cm. Sanatio p. p. i. 19. septembra ozdravljena odpuščena.

Dva v kratkem opazovana povsem slična primera dopustita misel, da omenjena navidezno redka anomalija vendar ni tako redka. Najbrže bi jo večkrat odkrili, če bi pri vsaki bolnici z inkontinenco — in teh ravno ni malo — mislili nanjo. Prva bolnica je čakala na pravilno diagnozo 32, druga 27 let, vkljub temu, da sta obe neštetokrat iskale zdravniške pomoči. Sličnost obeh primerov tudi ni slučajna. Je to ena izmed anomalij, ki ima »pravilnost v nepravilnosti tej«, pravilnost, ki je ostro začrtana v svoji filogenezi in v pravih posledicah, ki sledijo nujno nepravilnosti.

Značilna je anamneza: Neprestano neprostoovoljno in šele po občutku mokrote zaznavno uhajanje urina — podnevi in ponoči — vkljub pravih in izdatnim mikcijam. Ta anamneza je tako značilna,

da iz nje brez nadaljnjega povemo bolniku, ne da bi ga preje preiskali, točno diagnozo. Tako je tudi bilo v obeh naših primerih.

Anomalija sestoji iz dveh nepravilnosti. Prva je dvojni ureter, kar je prav za prav jako pogosto; najdemo jo skoro pri 30% vseh ljudi, ugotovitev, ki anomaliji že skoro odreja naziv: anomalija. Najdemo jo lahko obojestransko ali enostransko; enostransko pogosteje na levi strani. Ureter je lahko v celem poteku dvojen, lahko pa samo v zgornjem — večjem ali manjšem — delu in se nato zopet enoten izliva v mehur (ureter fissus, ureter bifidus).

Pri celotnem dvojnem uretru se eden vedno izliva kavalnejše v mehur in tu velja pravilo, ki nam večkrat olajša diagnostične težave, da spada namreč ureter, ki se izliva medijalnejše in kavalnejše v mehur, vedno k zgornjemu, kranialnemu pelvisu (Meyer in Weigert.) Zgornji pelvis je običajno manjši. Razumeli bomo lažje to anomalijo, če vemo, da se ureter in pelvis filogenetsko razvijeta povsem ločeno od ledvice iz distalnega dela Wolffovega voda, na ta način, da iz njega požene eden ali več — pri ptičih redno več — izrastkov, ki dosežejo kasneje v svoji kranijalni rasti ledvico in poženejo v njo pelvis in calices. Dvojni ureter sam po sebi še ni patološki pojav, ker redko povzroča kake težave. Važnost pa zadobi pri spremljajočih drugih ledvičnih obolenjih, posebno še, ker jim ustvarja dispozicijo.

Druga nepravilnost je ekstravezikalni izliv uretra. Tudi tu nam za razumevanje pomaga poznavanje filogeneze. Wolffov vod in z njim seveda tudi ureter, ki je iz njega izrastel, se je prvotno izlival v uretro, pri možu v višini colliculus seminalis. Potom kompliciranih razvojnih procesov se razvije iz tega dela Wolffovega voda trigonum mehurja. S tem šele se pomakneta oba ureterna ostija iz uretre v mehur. Možno je, da izostane razvoj v vsakem trenutku in ravno v takem slučaju nastane distopičen ureterni ostij, ki se pa vedno in točno drži črte trigonum-urethra, do colliculus seminalis. Če leži še v mehurju, govorimo o intravezikalni distopiji, obratno o ekstravezikalni. Intravezikalna distopija nima mnogo praktičnega pomena. Tudi ekstravezikalna pri možu z ozirom na to, da ne sega nikdar dalj kot do colliculus seminalis in da se distalno od tega nahaja še močna zunanja zaporna mišica, ne povzroča nikdar inkontinence, pač je pa važna, ker jo je le težko odkriti, kadar je obolen ureter ali uretru pripadajoči del ledvice. Najdemo ga le s pomočjo uretroskopije. Temu moramo tudi pripisati dejstvo, da so prvotno smatrali omenjeno anomalijo pri možu kot jako redko. Pri ženi najdemo ekstravezikalno distopijo v uretri, v vestibulum vaginae ali v vagini; v vseh teh primerih povzroča neizogibno inkontinenco. Ekstravezikalna distopija je pogostejša desno, tako tudi v obeh naših primerih. Distopičen ostij je praviloma ozek. Ozek lumen in nepravilen potek skozi mišičaste stene ali kontraktilno tkivo otežkočuje skoro v vsakem slučaju odtok urina, vsled česar postane ureter širok in vsled pritiska a tergo gineva ledvični parenhim. Razvije se parcijalna hidronefroza, ki se lahko tudi zagnoji.

Zdravljenje je seveda izključno kirurško. Na razpolago sta nam dve poti. Prva je vcepitev distopičnega ostija oziroma uretra v mehur, druga obstoji v resekciji enega dela ledvice. Resekcijo (heminephrectomia) nasvetujejo le pri ločenem ožilju. Vendar je resekcija možna, kot je razvidno iz našega drugega primera, tudi tedaj, kadar ožilje ni tako ostro deljeno. V takem primeru je treba seveda resekcijsko črto odmeriti po velikosti področja posameznih vej renalne arterije. Ali naj odstranimo tudi ves ureter ali ne, smatram, da je odvisno od tega, kako je razširjen. Pri močno razširjenem, kot v našem prvem primeru, ga je treba vsekakor v celoti odstraniti, da se izognemo kasnejšim neprijetnim komplikacijam, zagnojiti ali nastanku ciste. Pri manj razširjenem lahko to mirno opustimo — tako tudi v našem drugem primeru — in tako občutno zmanjšamo obseg operacije. Brezobzirno vsakokrat odstraniti celo ledvico, da si tako olajšamo delo, se mi pa zdi — spričo dejstva, da sta običajno dve tretjini ledvice zdravi in funkcionalno sposobni —, da smo bolniku nekaj vzeli, do česar nimamo pravice.

ZUSAMMENFASSUNG

Bericht von zwei fast vollkommen gleichartigen Fällen von extravescicaler Dystopie des Ureterostiums. Es handelt sich um eine 32jährige Patientin, die im Jahre 1937 und um eine 27jährige Patientin, die im Jahre 1938 in die urol. Abteilung aufgenommen wurden.

Die Anamnese war bei beiden Patt. typisch: von Kindheit an Tag u. Nacht dauernde fortwährende Inkontinenz, dabei aber mit erhaltenen regelmässigen Miktionen.

In beiden Fällen war das dystopische Ostium dicht unterhalb des Orif. ext. urethrae zu sehen und gehörte dem überzähligen Harnleiter u. Nierenbecken des oberen hydro-nephrotisch veränderten Drittels der rechten Niere. Beide Fälle wurden durch Hemi-nephrectomie geheilt, im ersten Fall vervollständigt durch vollständige Ausrottung des allzuweiten Harnleiters. Bemerkenswert ist, dass auch im zweiten Fall, bei dem die Blutgefässversorgung nicht streng der Doppelniere gemäss getrennt war, die Hemi-nephrectomie glatt gelungen ist, nur war in dem Fall die Resektion der Blutversorgung der abgebundenen Gefässe entlang ausgeführt.

SLOVSTVO

Lichtenberg, Voelcker, Wildbolz: Handbuch der Urologie.

Iz Drž. bolnice za ženske bolezni v Ljubljani (šef prof. dr. A. Zalokar)

Hypertrophia colli uteri kot porodna ovira

Z 1 sliko.

Dr. Vito Lavrič

O porodu pri izpadli maternici je v literaturi zadnjih desetletij le malo pisanega. Mnogo več razprav in kazuistike se nahaja v starejših rodniških priročnikih, učbenikih in časopisih. Kaj je vzrok temu dejstvu, je težko reči. Morda je zadnje čase manj prolapsov, ker se žene, posebno mlajše, raje odločijo za operacijo kot za nehygienične pesarje. Saj tudi ginekologi toplo priporočajo operativno terapijo, ker dosegajo z operacijami lepše in hitrejše uspehe kot s konservativnimi metodami.

Predno preidem k opisu poroda pri izpadli maternici, je potrebno, da zaradi boljšega razumevanja razjasnim pojem prolapsa. Razlikujemo 2 stopnji prolapsa: prolapsus uteri subtotalis, pri katerem je le en del maternice izpadel pred vulvo, dočim se nahaja drugi še v medenični votlini, in prolapsus uteri totalis, pri katerem je maternica izpadla v celoti. Oni del maternice, ki leži izven genitalnega hiatusa, je jako pogosto zadebeljen in podaljšan (Halban-Tandler). Zadebeljina gre le redkokdaj na račun hipertrofije koluma zaradi metritis colli chron. (Martin), kakršno lahko najdemo tudi pri neprolabiranem uterusu kot posledico globokih laceracij z ektopijem cervikalne sluznice. V večini primerov je vzrok hipertrofiji le kronični edem prolabiranega dela maternice (Jaschke). Subtotalnemu prolapsu podobno sliko — ki pa s prolapsom nima nobene zveze — najdemo pri svojevrstnih hipertrofijah koluma, ki ne nastanejo niti kot posledica vnetja cervikalne sluznice, niti kot posledica spremenjene lege maternice. Te svojevrstne hipertrofije koluma, ki jih najdemo prav posebno pri virgines in nuliparah, so včasih tako razsežne, da moli del koluma kot kakšen erigirani penis (Alder) iz vulve. Žene imajo slične težave kot pri pravih prolapsih. Možno je, da pride šele sekundarno do retroverzije maternice in lahkega descensusa materničnega telesa. Etiologija te hipertrofije ni še povsem jasna, verjetno pa gre za parcialni gigantizem (Aschoff).

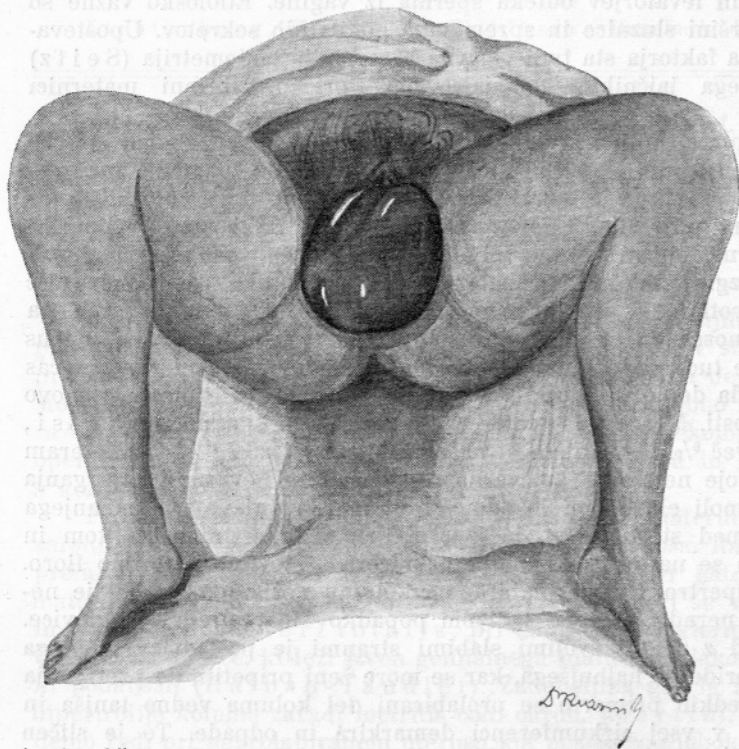
Pravočasnega poroda pri totalnem prolapsu maternice ni še nihče videl, ker je anatomsko nemogoč. Pač pa se vedno in vedno navaja v literaturi Wimmerjev primer iz leta 1821. Šlo je za totalni prolaps šest mesecev gravidnega uterusa. Prolaps je nastal naenkrat šele v VI. mesecu nosečnosti. Graviditeta je že naslednji dan končala z negodnim porodom. Kadarkoli je torej v literaturi opisan porod pri totalnem prolapsu maternice, je v resnici šlo le za subtotalni prolaps. Nekateri avtorji, med njimi W a s m u t h, pa so mnenja, da smemo rabiti izraz »totalni« prolaps gravidnega uterusa v vseh tistih primerih, v katerih je žena imela v nepravilnem stanju totalni prolaps, ki se je pa v poznejši graviditeti manifestiral le kot subtotalni prolaps.

Zene s totalnim in subtotalnim prolapsom zanosijo težko. To dejstvo je nedvomno važno. Saj bi v nasprotnem primeru kombinacija graviditete in prolapsa ne bila tako redka, kot je v resnici. Vzrok težki koncepciji ni toliko otežkočeni koitus, ker se v večini primerov dá prolaps reponirati, kot dejstvo, da zaradi pretrganih levatorjev odteka sperma iz vagine. Etiološko važne so spremembe na površini sluznice in spremembe genitalnih sekretov. Upoštevanja vredna etiološka faktorja sta tudi pasivna hiperemija endometrija (S e i t z) in spremenjena lega jajčnikov ter jajcevodov pri prolabirani maternici (W i n c k e l).

Pri totalnem prolapsu konča graviditeta že prve mesece s splavom, če ostane prolaps nereponiran. V teh primerih lahko nastopijo znamenja inkarceracije. W a s m u t h pravi, da je moral zaradi tega celó prekiniti nosečnost, ker se mu repozicija ni posrečila. Če pa skrbimo za to, da ostane reponirani gravidni uterus v medenični votlini, lahko prolaps po četrtem mesecu graviditete popolnoma izgine, ker je telo maternice že tako veliko, da ne more več skozi medenično votlino. V takih primerih se lahko nadejamo pravilnega poteka nadaljnje nosečnosti in poroda. Šele v puerperiju prolabira uterus znova. Možno pa je tudi, da ostane kljub našim prizadevanjem uterus ves čas nosečnosti in poroda delno prolabiran. V teh primerih je materino in plodovo življenje v nevarnosti. Mortaliteta mater znaša po raznih statistikah (B o s s i, S e i t z) 5–10 in več %. Mortaliteta otrok se giblje med 26 in 50 %. Materam preti predvsem dvoje nevarnosti: nevarnost okuženja in nevarnost pretrganja maternice. Kadar moli elongirani in edematozni maternični vrat iz zunanega spolovila in leži med stegni žene, je izpostavljen vsakovrstnim inzultom in okuženju. Na njem se napravijo dekubitalna ulcera s številno patogeno floro. Po drugi strani hipertrofira v prolabiranem kolumu vezivno tkivo, ki je neelastično in se le nerado širi pod vplivom popadkov in napredujoče glavice. Protrahirani porod z vsemi svojimi slabimi stranmi je posledica rigidnega koluma, če že ne pride do najhujšega, kar se more ženi pripetiti, do pretrganja maternice. Le v redkih primerih se prolabirani del koluma vedno tanjša in tanjša ter končno v vsej cirkumferenci demarkira in odpade. To je sličen pojav kot ga včasih opazujemo tudi pri porodih, ki niso komplicirani s prolapsom, in sicer v onih primerih, kjer je zunanje maternično ustje zalepljeno ali zaraščeno (conglutinatio, concretio orificii externi uteri). — Visoka mortaliteta otrok gre na račun prezgodnjega ali protrahiranega poroda, na račun nepravilnih leg in zmanjšujočih operacij na živem otroku.

Najboljša terapija je v profilaksi. Profilaksa naj bi začela že v šolskih klopek babiških šol. Dobro izšolane babice naj bi pravilno vodile porode, pazile na pretrganine presredka, skrbele za higieno v otroški postelji itd. H e n k e l navaja, da ima 20% vseh žena, ki so večkrat rodile, težave zaradi izpadle maternice. Visoki odstotek se ne dá razložiti samo s pomanjkljivo profilakso in nego, ampak je treba upoštevati tudi dejstvo, da gre nedvomno velik

del prolapsov na račun konstitucionalne manjvrednosti. — Za časa nosečnosti operativna terapija prolapsa ne more priti v poštev. Zato je treba s konservativnimi sredstvi stremeti za tem, da ostane prolaps reponiran. Naj navedem le nekatera: mir, ležanje, kopeli, kolpevriza, pesarji, tamponi z različnimi zdravili itd. Na ta način je mogoče totalno reponirati prolaps in preprečiti nastanek dekubitalnih ulcer in edemov. — Vodstvo poroda pri delno izpadli maternici naj bi bilo čim bolj konservativno, vendar ni vedno uspešno. Reifferscheid trdi na temelju zbranega materiala, da je le v 52% pričakovati spontanega poroda. Če je treba porod v interesu matere ali otroka operativno dokončati, pridejo v poštev vaginalna in transperitonealna sekcija ter dilatacijske metode za razširitev rigidnega koloma (metrevriza, incisiones orificii externi uteri). Bossi in Ralph W or all priporočata amputacijo prolabirane dela maternice, ki ima nedvomno prednost pred dilatacijskimi metodami. Tudi mi smo v našem primeru storili tako.



(1209 — por. — 1937) Č. M. 37 let stara žena rudarja. Drugič noseča. Pripoveduje, da ima že več let težave zaradi povešene maternice. Prvi porod je bil leta 1931 v podeželski bolnici. Porod je bil dokončan s forcepsom. Otrok ni živel. Po porodu so se težave zaradi povešene maternice še povečale. Tri mesece po porodu je bila v isti bolnici operirana zaradi Emmetove raztrganine na kolomu in prolapsa uterusa. Izvršena je bila kolporrhaphia anterior s šivom raztrganine koloma, plastika medeničnih tal in nato antefixatio uteri sec. Baldy. Vendar se stanje po operaciji ni bistveno izboljšalo. Še vedno je

imela občutek, da ji maternica sili ven. Iz zunanega spolovila ji je pri hoji in delu mohl za jajce velik tumor. Takšno je bilo tudi stanje v prvi polovici druge nosečnosti. Zadnje mesece je bil tumor stalno vidljiv v vulvi in je začel naraščati, tako da je na koncu graviditete postal za dve pesti velik. Tedaj jo je pričel ovirati pri hoji. Začele so tudi težave pri uriniranju.

Zena je bila sprejeta v naš zavod 15. avgusta 1937. Povedala je, da trajajo popadki že 11 ur, da so popadki močni in pogosti, da pa kljub temu porod ne napreduje. Mehur še ni počil. Z zunanjo preiskavo smo ugotovili, da leži plod v drugi zatilni legi in da je glavica že skoro popolnoma vstopila v medenično votlino. Notranji izvid (glej sliko) je bil sledeči: iz vulve visi za dve pesti velik, modrikast, z intaktno sluznico pokrit, edematozen tumor, ki se nadaljuje s pecljem, za tri palce debelim, v vagino. V zgornji polovici poteka po tumorju v sagitalni smeri ca 4 cm dolga špranja, ki odgovarja materničnemu ustju in je za dobra dva prsta prehodna. Skoz zunanje maternično ustje, ki je

BREZ NAVADE NANI

LACTOBYL



OBSTIPACIJA

Žolčne soli	0:05
Prašek črevesnih žlez	0:02
Porozno oglje	0:02
Mlečni fermenti	0:05
Prašek Laminaria flexicaulis	0:05

v 1 tableti

1 do 6 tablet na dan med jedjo ●
Zdravljenje začeti z 2 tabletama ● Dozo povečati ali zmanjšati po doseženem rezultatu

LABORATOIRES LOBICA

25, rue Jasmin - Paris

RENÉ DUNOD IN KOMP, BEOGRAD

Mil. Gavrilovića 6

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

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

REAL PILULE, kombinirani rastlinski in organski laksans. Doveseni regulator prebavnih organov. Orig. zavitki: škatla s 25 pilulami.

CAMPHOSOL INJEKCIJE 10% vodena raztopina sulfoniranega pre-

parata japonske kafe. Subkutano, intravenozno in intramuskularno. V ampulah po 1,1; 2,2; 5 in 10 ccm.

CAMPHOSOL DRAŽE sulfonirani preparat naravne japonske kafe v subst. Orig. zavitki: škatla z 20 dražejami à 0.10

CAMPHOSOL - CHININ INJEKCIJE, Camphosol 0.20 in Chinin 0.20 vodena raztopina v 2 ccm.

CAMPHOSOL - CHININ DRAŽE, Camphosol 0.10 in Chinin 0.10

HIDROGEN TABLETE, Hydrogenium hyperoxidatum v trdnem stanju vsebuje 35% H₂O₂. Pakirano v cevkah po 10 in 20 tablet à 1 gr

KEMIJSKO - FARMACEVTSKI LABORATORIJ

MIŠKOVIĆ IN KOMP.

BEOGRAD, Sarajevska ulica broj 84.

Pri hripi, pnevmonijah, angini

„Chinin-Calcium-Sandoz“

DOZIRANJE:



Odrasli: zdravljenje začne z 10 ccm intravenozno (počasi injicirati!) in eventualno istega dne po teži posameznega primera še 1 do 2 krat po 10 ccm intramuskularno. Z intramuskularnimi injekcijami je treba nadaljevati tako dolgo, dokler temperatura ne pade.

Otroci: dnevno $\frac{1}{2}$ ccm intramuskularno za vsako leto starosti deteta.

Chemische Fabrik vorm. Sandoz — Basel (Schweiz)

Zastopnik: Mišković & Komp., Beograd, Sarajevska 84

izredno rigidno in brazgotinasto, se pride v elongirani vratni kanal in tiplje plodov mehur, ki se umetno predre. Glavica je skoro na medeničnih tleh. Strelni šiv poteka prečno. Mala mečava je desno, velika levo; obe sta v isti višini. Po sprednji steni prolabilanega koloma poteka v sagitalni smeri brazgotina po prejšnji operaciji. Ob prolabiliranem materničnem vratu se da iztipati vagina, ki je znatno krajša kot sicer. Tudi forniksi so nižji kot normalno. Opazovali smo nekaj popadkov. Prepričali smo se, da so dobri in pogosti. Ker ni bilo najti nobenih nepravilnosti niti na plodu, niti na trdih porodnih potih, je bilo evidentno, da je edina ovira pri porodu edematozni in rigidni kolom.

Ker ni bilo pričakovati, da bi bilo konservativno vodstvo poroda uspešno, smo se odločili za operacijo kot sta jo opisala Bossi in Ralph W orall. Brez narkoze smo amputirali kolom po predhodni orientaciji o legi mehurja in danke. Posebne krvavitve se nismo bali, saj tako brazgotinasto in edematozno tkivo gotovo ni dobro prekrvavljeno. V resnici je bila krvavitev minimalna, tako da ni bilo treba posebej podvezovati žil. Plod se je porodil spontano živ pičle pol ure po operaciji. Revizija mehkih porodnih potov ni pokazala nobenih poškodb. Šele nato smo s tremi tekočimi katgutovimi šivi krog in krog sešili robove vaginalne sluznice s cervikalno. Puerperij je bil brez posebnosti. Žena je čez pol leta na naše vprašanje sporočila, da se počuti dobro, da nima nobenih težav in da ji maternica sploh ne uha ja več.

Naknadno lahko sklepamo, da v našem primeru verjetno ni šlo za pravi subtotalni prolaps, ampak le za hipertrofijo koloma sui generis, ki pa je ženi povzročala prav iste težave kot resnični prolaps. To našo domnevo potrjujeta anamneza (težave slične prolapsu pri virginelni ženi) in izpoved žene, da po drugem porodu nima nobenih težav več. Če bi v našem primeru šlo za pravi prolaps uterusa, bi zgolj amputacija koloma ne zadostovala, ampak bi bila potrebna še kakšna druga operacija.

Amputacija prolabilanega koloma ima nedvomno prednosti pred dilatacijskimi metodami. Z amputacijo odstranimo ves infekciозni material, ki se nahaja na kolomu. Možnost puerperalne infekcije je očitno manjša. Z metrevrizo, v kolikor bi bila pri takem brazgotinastem ustju sploh uspešna, zanašamo infekcijo v kavum uteri, pri incizijah materničnega ustja pa direktno v cervikalno tkivo.

Opisani primer spada med velike redkosti in med našim materialom doslej nismo še nobenega takega imeli. To, kar smo pri porodih opazovali, da je bilo namreč ustje vidljivo v vulvi, si smemo razlagati kot subtotalni prolaps, vendar bi morda točnejša analiza v nekaterih primerih pokazala, da gre bolj za elongancijo in hipertrofijo koloma kot za resnični prolaps. V vseh teh primerih smo mogli ugotoviti, da je bilo ustje mehko in elastično, tako da ni nikoli dalo indikacije za kakršnokoli terapijo.

Dr. Vito Lavrič, Collumhypertrophie als Geburtshindernis. (Aus dem Frauenkrankeuhause in Ljubljana, Vorstand Prof. Dr. Alojz Zalokar.)

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser gibt voreerst eine kurze Übersicht über den Geburtsverlauf beim Gebärmuttervorfall. Weiter stellt er fest, dass während der Geburt ähnliche Zustände wie bei teilweisem Gebärmuttervorfall auch durch isolierte Collumhypertrophie ohne Uterusprolaps entstehen können. Er fügt einen eigenen Fall hinzu, bei dem während der Geburt der funktionell wichtige Teil der Gebärmutter an normaler Stelle blieb und nur das enorm elongierte und hypertrophierte Collum prolabierte war. Weil sich der Mutterdarm infolge Rigidität nicht öffnen konnte, wurde das ganze Collum amputiert. Ein lebendes Kind wurde in einer halben Stunde nach der Operation spontan geboren. Nachher hatte die Frau keine Prolapsbeschwerden mehr. Dieser Umstand bestätigt den Verfasser in der Annahme, dass es sich eigentlich um keinen wahren Prolaps handelte,

sondern nur um eine Collumhypertrophie, die als eine selbständige Erkrankung — vielleicht als partieller Riesenwuchs, der sich während der Gestation noch vergrößerte — zu deuten ist. Der Verfasser bespricht nachher die Vorteile der Collumamputation im Vergleiche zu anderen Dilatationsmethoden. Sie wären: 1. Elimination der Narben und des infektiösen Materiales. 2. Gleichzeitige Therapie der sogenannten »Gebärmutter-vorfälle«, bei welchen es sich um die oben besprochene Collumhypertrophie handelte.

SLOVSTVO

Adler, Hypertrophie der Cervix uteri, v Halban-Seitz, Biologie u. Pathologie des Weibes IV. (1928). — v. Braun-Fernwald, v v. Winckel, Handbuch der Geburtshilfe II./1. (1904). — Henkel, Zbl. Gynäk. 13 (1926). — v. Jaschke, v Veit-Stoeckel, Handbuch der Gynäkologie V./1. (1929). — Reifferscheid, v Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes III. (1924). — G. K. F. Schultze, v Stoeckel, Lehrbuch der Geburtshilfe (1938). — Wasmuth, Zbl. Gynäk. 6. (1939).

Prolapsus uteri parturientis

Dr. Maks Kremžar (Domžale).

Pozvan sem bil k porodnici, ki mi je nudila nenavadno sliko. Anamneza je bila sledeča:

Žena je stara 36 let, rodi petič. Prvič in drugič je rodila doma brez kakšnih posebnosti. Kmalu po drugem porodu je opazila, da ji maternica sili navzdol. Zato se je podala l. 1928. rodit v porodnišnico. Rodila je po par injekcijah (chinin) spontano; ves čas poroda je bilo vidno maternično ustje v spolovilu. L. 1930. (v četrto) je rodila zopet doma, spontano, vendar je trajal porod tri dni. Pred našim (5.) porodom je en teden prej začel prolabirani del otekati. Popadki so nastopili pred mojim prihodom dva dni prej, razpok mehurja pred 15 urami.

Stat. praes. Krepka žena, puls 120, T 38^o. Za dobro ped dolg, elongiran cervikalni del, hipertrofičen in edematozen, leži pred vulvo; ustje je odprto za dobre tri prste, zelo rigidno. Srčni utripi so šibki, popadkov ni. Glavica je na vhodu medenice, še nekoliko premakljiva.

Quid faciendum? Poizkus s pituitrinom se ni obnesel. Krepki popadki so sicer nastopili, a so tako nekako po preteku pol ure prenehali. Pituitrin je obenem pokazal, da je mehanizem poroda tu drugačen. Glavica je ostala vzlic krepkim popadkom na istem mestu, ker je uterus tako rekoč iztiskal sebe iz medenice in je izvajal le malenkosten tlak na plod. S povečanjem motorične sile torej ne bo mogoče dovršiti poroda; nevarnosti rupture pa tudi ni bilo podcenjevati; čeprav je v literaturi zaznamovanih le malo primerov rupture.

Druga možnost bi bila, da se razširi ustje potom metrevrize, ki v tem primeru zaradi prevelike rigiditete ustja ni obetala mnogo uspeha. Kauffmann je l. 1858. prvi poizkusil z metrevrizo; metrevrinter so popadki kmalu iztislili. Incizije radi event. močnih krvavitev iz nabreklega (staza) tkiva niso bile priporočljive.

Forceps se v našem primeru ne bi dal uvesti, recimo, da bi ga pri širšem ustju uvedli, se glavica ne bi mogla roditi skozi ustje. Pomagati bi morali vsekakor še z incizijami.

Teoretično razglabljanje nas privede, da bi poizkušali z repozicijo. Ta trenutek je bil v našem primeru zamujen, ker bi visoko graviden uterus in zadebeljeni prolabirani del preprečila vsak poizkus v tem smislu. Repozicija bi bila morda uspela v nosečnosti in uterus bi se bil s pesarjem zadržal.

Obstaja vprašanje, ko bi se pesar pri prvih popadkih moral odstraniti, ali ne bi vseeno prišlo do prolapsa; le prolabirani del ne bi kazal takih cirkulatornih motenj.

Žena je odklonila porodno pomoč v porodnišnici. K dovršitvi poroda je priganjala temperatura. Zato je ostala zadnja možnost, zmanjšanje glavice. Izvršil sem kraniotomijo, kateri sem priključil ekstrakcijo. Plod je bil dolg 45 cm in težak nekaj čez 2000 gr. Placenta se rodi s Credéjem. Drugi dan je temp. 39°2', tretji dan normalna.

Odslej žena ni več zanosila, kar je bilo tudi pričakovati pri takem prolapsu. Operacijo prolapsa absolutno odklanja.

V učnih knjigah je to poglavje zelo pičlo obdelano, zato priključujem še kratek pogled na literaturo. Prva publikacija o prolapsu je iz l. 1763. (A n t r o - b u s iz Liverpoola). Kompletni prolaps, to se pravi, da je prolabiran cel corpus uteri, je možen do VI. mes., kakor ga opisuje W i m m e r. Kasneje prolabirata le portio ali collum. Večina velikih prolapsov nastopa šele sub partu pod vplivom ekspulzijske sile utera in trebušnega tlaka (po W i n c k e l u v 20%). Pred porodom je velikim prolapsom vzrok lahko trauma. R o s a r i o opisuje 26letno V. gravido, pri kateri je radi padca izpadel uterus pred vulvo. Repozicija je uspela in žena je rodila normalno ob roku.

Prolabirani uterus se v mnogih primerih dviga od 4. meseca dalje v veliko medenico; pri velikih prolapsih pride najraje do splava, zlasti pri akutno nastalih radi motenj v krvnem obtoku.

Graviden uterus, ki mu vstop v veliko medenico ni mogoč, recimo zbog adhezij ali tumorjev, splavi ali pa nastopijo znaki inkarceracije. Literatura ne navaja nobenega primera, da bi se mogla v totalno prolabiranem uterusu razviti nosečnost do konca.

Pri subtotalnem prolapsu gre največkrat za hipertrofijo in elongacijo materničnega vratu, kakor je bilo to v mojem primeru. Obenem je seveda invertirana tudi vagina. Zanimiv je primer, ki ga opisuje D u f o u r. V VI. mescu je bil viden maternični vrat, ki je molel iz spolovila. Po prvih popadkih je izpadla maternica s plodovo glavico. Ustje je bilo odprto komaj za velikost tolarja. Dan kasneje je maternica segala do kolen, vsa modra radi staze. Iz strahu pred gangreno je bila napravljena kraniotomija, plod se je rodil skozi razpoko ustja. B o i s s a r d omenja primer, kjer je visel graviden uterus do kolen. Po globokih incizijah je bil mrtev plod manualno ekstrahiran.

Redki so prolapsi, ki bi nastali akutno ob času poroda. J e n t z e n je bil pozvan k 22letni I. pari; glava je bila že rojena, a pokrita z zelo tankim materničnim vratom, ki je sličil ovojem, ustje je bilo veliko za glavico buciike in obdano s fibroznim obročem. Ko so bile napravljene incizije, se je s pomočjo forcepsa rodil mrtev plod.

Običajno so žene že prej trpele na prolapsu in taki prolapsi stavlajo več ovire normalnemu poteku porajanja, ker je ustje zavoljo fibrozne spremembe tkiva več ali manj indurirano. Rigiditeta ustja utegne biti tako čvrsta, da bi mogla privedi do spontane rupture utera ali vagine. Literatura beleži le malo takih primerov.

D o u g a l l o v i porodnici, pri kateri je s kleščami dovršil porod, je razpoka segala visoko v maternico. M ü l l e r poroča o spontani, a inkompletni rupturi.

Pri prolapsih je često opazati nepravilne lege, predvsem zadnjične, ki jih je 2 do 3krat več kakor običajno.

Ni treba posebej omenjati, da je prolabirani del, ki je največkrat na površini uzuriran, vir infekcije.

Prognoza je za mater v splošnem ugodna, dočim je za plod jako neugodna. Plod je največkrat že mrtev, ko pride zdravnik. Po Hütterju je bilo izmed 56 porodov 13 živih in 14 mrtvih otrok. V 24 primerih je bilo iz popisov, kjer ni bilo točno označeno, sklepati, da je bila večina mrtvorojenih.

ZUSAMMENFASSUNG.

A. berichtet über einen Fall des Gebärmuttervorfalles während der Geburt. Es handelte sich um eine 36jährige V. para, die seit ihrer zweiten Geburt an Gebärmuttervorfall litt, der nie so hochgradig war, wie bei der letzten (5.) Geburt. Der vorgefallene cervikale Teil der Gebärmutter war hypertrophisch, oedematös und beinahe 20 cm lang, der Muttermund um drei Finger breit, der Ring ausserordentlich rigid. Temperatur 38'4°, Puls 120, Herzöne schwach, keine Wehen, der Kopf am Beckeneingang beweglich. Da nach Verabfolgung des Wehenmittels kein Erfolg zu verzeichnen war, entschloss sich E. A. wegen der drohenden Temperatursteigung zur Kraniotomie mit nachfolgender Extraktion. Den theoretischen Erwägungen der therapeutischen Möglichkeiten schliesst er das Kapitel mit einer kurzen Übersicht der Literatur an.

Koliko časa živi semenska stanica po ejakulaciji?

D r. J. Demšar

Če zajame gonoreja oba obmodka, sledi v visokem odstotku obturatio d. efferent. et deferent. in nato jalovost. V literaturi čitamo, da se suče odstotek med 85—100, kar je odvisno od tega, koliko vodov, ki pridejo iz mod, in kateri so se vneli, kako močno je bilo vnetje in če ni bilo vnetje recidivno. Vpoštevati moramo tudi, da ima gonorejično vnetje lastnost, da ne zgnoji vnetišča, ampak je spremeni v trdo brazgotino, ki polagoma zožuje in naposled zadrgne, ter popolnoma zapre prehod. Če obtipljemo obmodka in semenovoda, lahko sklepamo po obsegu brazgotine kolika je potentia generandi preiskanca.

Za sigurno ugotovitev impotence pa ne zadošča samo omenjena konstatacija. Za popolno izključitev prehoda semena je potrebna večkratna mikroskopična preiskava ejakulata, katerega dobimo po masturbaciji* v ordinacijski sobi, če pa je to nemogoče, ga prinese pacient takoj post coitum v kondomu v pogretem lončku. Največkrat je pacient sam radoveden kako je z njegovo potenco, posebno če se misli ženiti, ali pa zahteva sodišče preiskavo ejakulata v pravdi radi očetovstva. Enostavna je zadeva, če stanuje pacient v kraju, kjer je kak zdravnik, težje je, če stanuje pacient daleč zunaj, potem se pač mora podvizati, da prinese ejakulat v toplem v nekoliko urah zdravniku v preiskavo, kar pa ni težko pri današnjih prometnih sredstvih.

Tukajšnje sodišče me je lani pozvalo kot izvedenca, da preiščem N. N., ki je bil tožen radi očetovstva.

Pred približno 10 leti je toženec N. N. snel kapavico, ki se je komplicirala z vnetjem obeh obmodkov. Pri preiskavi sem ugotovil, da sta oba obmodka dobro tipljiva, trda, malo tanjša kot svinčnik. Tudi semenovoda sta na zavoju proti dimljam trda, dobro tipljiva. Trikratna mikroskopična preiskava ejakulata, N. N. stanuje v Ljubljani, je bila glede spermij negativna. Moje mnenje je bilo, da N. N. ne more biti oče otroku, ki se je rodil nekaj let po njegovi prestani bolezn. Zastopnik otroka — tožitelj se ni uklonil mojemu mnenju —

* V škofjeloškem okraju sem slišal izraz *curogon*, t. j. masturbant.

CENA ZNIŽANA!

CENA ZNIŽANA!

VACCINEURIN

TERAPEVTIKUM PROTI NEURALGIJAM, NEVRITIDAM (ISHIAS), DELUJE TUDI PIROGENO

INJEKCIJE GOTOVE ZA UPORABO
PREKO DVAJSET LET ZDRAVNIŠKE IZKUŠNJE

OTALGAN

OTITIS MEDIA — OTALGIJE

SAMO ZA VKAPLJANJE
ODSTRANI BOLEČINE V TRENUTKU

STEKLENIČICA S 6 gr

SÄCHSISCHES SERUMWERK A.G., DRESDEN

ZA JUGOSLAVIJO:

Dr. A. WANDER D.D., ZAGREB

Sanatorij za živčne bolezni v Zagrebu, Zelengaj 37

sprejema vse funkcionalne in organske nevrološke bolezni
ter psihoze. Psihoterapija, kardiazolske in insulinske kure,
malarija, trajno spanje, nevrokirurgija, fizikalna terapija



Sanatorij vodi **dr. Đuro Vranešić**
Podrobna obvestila v prospektu

PROTEZE vseh vrst v usnju in lesu

ORTOPEDSKI VLOŽKI pri ploski nogi

BANDAŽE, vsakovrstni trebušni in kilni pasovi

ROBERT AHČIN
LJUBLJANA, POLJANSKA 31

**PARENTERALNI
EKSPJEKTORANS**

Eulyxinol

(org. jod — etilni eter — kafra — timol v eteričnem olju)
raztaplja hitro sekret v dihalih

Akutni in kronični bronhialni
katar, astmatična stanja, pnev-
monija, bronhopnevmonija •
V ampulah po 1'1 in 2'2 ccm

Dr. A. Wander d. d., Zagreb



*Kvalitetna
optika*

Lajec
Dipl. optik

LJUBLJANA
PASAŽA
NEBOTIČNIKA

MEDICINSKE UČBENIKE

in ostalo strokovno literaturo v vseh jezikih
dobavlja
po originalnih cenah in ugodnih plačilnih pogojih

ADOLF MOSTBECK

GENERALNI ZASTOPNIK MEDICINSKE ZALOŽBE
URBAN IN SCHWARZENBERG
BEOGRAD, OBILIČEV VENAC 32/1, POŠT. FAH 371

Katalogi in prospekti na zahtevo brezplačno

je predlagal sodniku drugega izvedenca. Le-ta ni mogel, kakor se bere v njegovem izvidu, preiskati ejakulata toženca N. N. in je dodal pri razpravi 21. IX. 1938 svojemu mnenju še sledeče: Iz svojega izkustva in nešteti primerov z gotovostjo povem, da seme po 10 minutah sigurno omrtvi. Tudi ga ni mogoče vzdržati pri življenju z ogrevanjem oz. z zdržanjem pri isti temperaturi, ker se začne seme razkrajati, ker je pač beljakovina. Glede na poskus po Dr. D. še trdim, da je seme naravno moralo umreti na poti, ko ga je toženec nesel k njemu. Ravno za to Dr. D. semena v ejakulatu ni mogel najti.

Da bi se take gorostasne potvorbe resnic in davno dognanih dejstev ne dogajale več na mestih, kjer je resnica doma in se pravica deli, sem se obrnil na g. vseučiliškega prof. dr. B. Zarnika, predstojnika Morfološko-biološkega inštituta kr. vseučilišča v Zagrebu, naj mi pove svoje gori navedeno mnenje o trditvah o spermijih in naj mi dovoli je objaviti.

STROKOVNO MNENJE

Vprašanje

Ali je točna sledeča trditev g. dr. M.:

Iz svojega izkustva in nešteti slučajev... Ravno zato dr. D. semena v ejakulatu ni mogel najti.◀

Mnenje

Semenske stanice ali spermiji, ki se nahajajo v moškem ejakulatu, so najodpornejše svobodne stanice človeškega telesa, oni so samostalni enostanični organizmi, ki imajo svoje od ostalega telesa popolnoma neodvisno življenje.

Spermiji se gibljejo, kakor je to Lott (Anatomie und Physiol. d. Cervix uteri, Erlangen 1871.) izmeril, z brzino od 60 μ . v sekundi ali 3,6 mm v minuti. Ker je uterus dolg 6—7 cm, a tuba 9—16 cm, morajo torej spermiji od ustja uterusa do gornjega kraja tube, kjer bode jajce oplojeno, napraviti pot od 15 do 23 cm, za kar rabijo 42 do 64 minut. Če bi torej seme omrtvilo v 10 minutah, bi bila vsaka oploditev nemogoča in bi bil človeški rod že davno izumrl.

Iz lastnih izkustev vem, da, kadar demonstriramo študentom človeške spermije, kar prakticiramo že skozi 14 let vsako leto, se nekdo od inštitutskega personala žrtvuje in nam stavi na razpolago kondom s spermiji od koitusa pretekle noči. Spermiji se torej nahajajo v kondomu vsaj svojih 10—12 ur in še jako živahno skačejo. Za vaje, ki jih imamo od 4—7 popoldne uporabljamo spermije bika, ki jih je prinesel služnik že dopoldne iz klavnice, tudi ti spermiji so vedno živahni. Pri sodnijskih preiskavah ejakulata se poslužujem, kadar stranka ni v stanju, da bi masturbirala, ejakulata, ki mi ga prinese v kondomu, in če so v ejakulatu spermiji, se vedno jako živahno gibljejo.

Ali spermiji žive mnogo dalj?

Ahlfeld (Deutsche med. Wochenschrift, 1880) je držal spermije v termostatu in ugotovil, da so še po osmih dneh živeli in se gibali; Hausmann (Über das Verhalten der Samenfäden, Berlin 1849) je našel spermije žive v ženskih genitalijah 8 dni po zadnjem koitusu; Bossi (Rivista di ostetricia e ginecol., 1891), v cerviksu uterusa 5—7½ dni po koitusu. Dührssen (Sitzber. d. Ges. f. Geburtsh. u. Gynäk. Berlin 1893) je celo našel pri neki operaciji piosalpinksa žive spermije v levi, manje oboleli tubi pacientinje, ki je bila že 9 dni na kliniki, a koitus je bil pred 3½ tedni! Birch-Hirschfeld (Waldeger, Die Geschlechtszellen 1906) je našel v tubi neke prostitutke 16 ur

po njeni smrti žive spermije. Nürnberg (Monatsschr. f. Geburtsh. 1920) je našel še 14 dni po koitusu v tubi žive spermije. Izgleda pa, da spermiji samo v bolnih ženskih genitalijah tako dolgo žive in da ostanejo živi v genitalijah zdrave žene samo 2—3 dni. Stiewe (Harn- u. Geschlechtsapparat, Berlin 1930) tudi navaja, da ostanejo živi spermiji izven telesa pri telesni toploti preko 8 dni. Neki drugi avtorji pa pripisujejo človeškim spermijem krajše življenje. Hoffmann (Österr. Monatsschrift 1905) ceni, da žive spermiji izven telesa nekaj preko 24 ur. Piersol (Mettenleiter, Arch. f. Gynäkol. 1925) je našel človeške spermije izven telesa še po 27 urah žive. Mettenleiter je pa držal spermije izven telesa v raznih otopinah žive do 100 ur.

Pri gotovih živalih ostanejo spermiji živi še mnogo dalj. Pri netopirjih je kopulacija jeseni. Spermije sprejme uterus, kjer ostanejo živi preko cele zime in šele spomladi bodo jajca oplojena. Pri čebelni matici, ki samo enkrat kopulira in tedaj sprejme spermije v semenski mešiček (receptaculum seminis) pa ostanejo spermiji živi do 5 let.

Če so spermiji mrtvi, pa seveda še ne razpadejo takoj. Spermijske glave so silno odporne. Njih celo pepsin ne prebavi.

Pa s tem, da je spermije izpostavil delovanju pepsina, ki je otopil vse ostalo, samo ne spermijskih glav, je Miescher kemijsko analiziral sestavo staničnega jedra, t. j. spermijskih glav. O tem, kako dolgo zadrže mrtvi spermiji še svojo obliko, nisem našel podatkov v literaturi, ali iz lastnega izkustva vem, da sem našel v svežih preparatih še en dan potem, ko so prenehali z gibanjem, oblike spermijev popolnoma ohranjene. Če se pa posuše, se glave spermijev ohranijo neizpremenjene več mesecev. Torej tudi če bi spermiji izven telesa radi kakih strupenih snovi poginili, bi se še več ur potem njihova forma nič ne izpremenila in bi se jih takoj našlo v ejakulatu.

Zaključek

Ni res, da človeški spermiji omrtno po 10 minutah, če se jih nalašč ne zastrupi, ampak oni živijo in se gibljejo v normalnem ejakulatu tudi pri navadni sobni temperaturi vsaj 24 ur, v popolnoma čistih posodah pri telesni temperaturi do 8 dni. Tudi ni res, da bi se spermijev ne moglo najti, če bi že bili mrtvi, ker oni zadržijo svojo obliko več ur, njihova glava pa ostane po smrti ohranjena več dni, ter jo je prav tako lahko najti, kakor žive spermije.

V Zagrebu dne 3. februarja 1939.

Dr. Boris Zarnik,

r. prof. biologije, histologije in embriologije
na univerzi v Zagrebu.

Še o prenapolnjenosti ljubljanske bolnice

Dr. V. Ferlan, Ljubljana

Se ni dolgo tega, odkar je kolega dr. Kremžar Maks tukaj razpravljajal o prenapolnjenosti ljubljanske bolnice.

Brez dvoma, bolnica izpred 40 let današnjim potrebam in razmeram ne zadošča več in je odločno premajhna. Jedro članka je vprašanje, kje naj iščemo vzroke in pomoči proti prenapolnjenosti.

Zanimivim izvajanjem ter zaključkom pa bi utegnil marsikdo, ki o dejanskem stanju ni do podrobnosti poučen, pritrčiti kar v celoti. Vendar bi ne bilo prav, ako bi tej podobi dali končno veljavo.

Ugotovitve glede poslovanja vnanjih zdravnikov so nedvomno pravilne in bodo držale skorajda v celoti. Kar se pa bólnice tiče, naj sledi tu nekaj pripomb:

Avtor je mnenja, da so velikemu navalu v bólnico precej krive nizke oskrbne pristojbine in navaja za zgled Primorsko, kjer je baje drugače in se zato ljudje le redkokdaj zatekajo v bólnico.

Res je, da pristojbine komaj krijejo stroške oskrbe tistega bolnika, ki jih plača v celoti. Se znatno nižje so za člane vseh vrst bolniških blagajn.

Toda bólnice niso pridobitne ustanove, ampak temeljno in glavno orodje zdravstvene in socialne politike, ki se mu slednja pač ne sme odreči, saj bi sicer postala nesocialna, zlasti glede na ljudsko obubožanost. Za stopnjo obubožanosti se mi pa razne veselilne in politične prireditve ne zde dovolj zanesljivo merilo. Včasih so dali s kmetov katerega od otrok lažje študirat kakor danes. Od kod splošna zadolženost kmeta? Menda ne od tod, ker se zdaj mogoče bolj popiva? In nameščeneec, ki je važen kmetov odjemalec, — kako je z njim? Ena izmed zadnjih številka »Upokojenca« statistično dokazuje, da je danes vsaka tretja uradniška plača zarubljena. Koliko je pa skrite bede in dolgov, za katere uradi ne vedo! Iz tega sodimo, da je gospodarska kriza zajela bolj ali manj vse kraje in stanove. S temi pojavi je v delni zvezi tudi socializacija medicine. Seveda dobimo v korist s tega ali onega stališča izjeme, katere pa za presojo ne morejo biti odločilne.

In kako je z niževanjem ali odpisovanjem oskrbnih stroškov? Dr. Kremžar je mnenja, da posredujejo tu največkrat z uspehom razne politične in druge vplivne zveze, da se torej prošnje za odpis ali znižanje oskrbnine premalo objektivno rešujejo. Postopek piscu očitno ni znan. Bolnična uprava mora namreč za vsako tako prošnjo uvesti naravnost obsežne pozvedbe. Preden je prošnja obdelana, pošljemo vprašanja o prosilčevih razmerah in morebitnih drugih okoliščinah na kakih 12 do 14 uradov. Samo številka pa za marsikoga ne bo prepričevalna. Zato opišem stvar podrobneje kljub nevarnosti, da utegnem biti dolgočasen. Domovinska občina je prva, ki predloži splošno poročilo o imovinskih razmerah oskrbovancev. Resničnost tega poročila mora potrditi okrajno načelstvo. Davčna uprava poroča o višini davčnega predpisa. Občina bivališča pošlje posebno izčrpano poročilo o premoženjskih razmerah. To potrdilo mora zopet overoviti okrajno načelstvo. Sodišče pošlje zemljiškknjižni izpisek. O obsegu posestva poroča katastrska uprava. Občina bivališča mora poslati posebno poročilo po predpisih ministrstva, v koliko je prosilec zmožen plačila in zakaj sploh ni zmožen plačati, pri čemer mora navesti podrobne vzroke (elementarne nezgode, ogrožen bi bil gospodarski obstoj ali preživljanje družine, nesreča pri živini itd. itd.). Poročila občin, če se ne zde zanesljiva, nadzira bolnična uprava tudi še potom orožništva. Nevknjižene dolgove mora prosilec dokazati s potrdili upnikov, a veljavnost potrdil mora potrditi občina. Nadzorni oblasti se pošljejo tudi bolezenski popisi. Oskrbeti se morajo poročila glede nastanka poškodb. Uvedejo se poizvedbe o poškodovalčevih premoženjskih razmerah. Predlože se zapuščinski sklepi, razsodbe po poselskem redu in še razna druga poročila, ki jih v toku poizvedb zahtevajo posebne okoliščine. Na tak način obdelano prošnjo prejme nadzorno oblastvo, katero izdaja rešitve — te pa zopet pregledujejo razni kontrolni organi. Sapienti sat! Komur je znano, kako vestno poslujejo v splošnem naši uradi, bo s tem zadovoljen. Seveda je vzlic temu še vedno možno, da se ponovi primer, ko se je nekdo hvalil, češ da ne bo plačal stroškov za bólnico in je v ta namen oblezel vse instance, po mestu se je pa vozil v lastnem avtomobilu. Vendar so taki primeri pač redke izjeme! Ali naj se mogoče zato oskrbne pristojbine, ki jih določa

zakon enako za vso državo, posebej zvišajo za Slovenijo, ki je z dajatvami razmeroma že itak najbolj obremenjena?

Glede smernic, ki naj bodo bólnicam vodilo pri sprejemanju bolnikov, recimo, da je besedilo zakona nekoliko ohlapno, ko določa, da se mora sprejeti v zavod vsakogar, ki je bolnične oskrbe neobhodno potreben. To besedilo se dá seveda pri upoštevanju socialnih okoliščin zelo raztegniti ali pa naravnost ozkosrčno utesniti. Vendar je bolnična uprava mimo svoječasnega poziva banovine že ponovno v lastnem delokrogu izdala podrobna navodila za rigorozno sprejemanje bolnikov v zavod. Krivda torej ni na strani bólnice. Sicer pa — kaj so »ostro začrtane indikacije za sprejem«? To je pač povsem druga zadeva kot na primer vojaško pravilo za ocenjevanje telesne sposobnosti ali nesposobnosti. Mnenja se dele že pri navadni kili, zakaj stroga indikacija bi dopuščala sprejeti le zadržnjeno in morda še velikansko kilo. Ali naj bodo radi večne stiske svoj živ dan izključeni od radikalne pomoči vsi ostali kilaveci? Kaj naj stori kmet, težak, trgovec? Tudi garje ne spadajo med ostro začrtane indikacije. Vendar moramo vsaj bežno sprejemati cele družine, ker sicer nimajo nobene možnosti za uspešno razkuženje in končno uničenje te nadloge.

Sicer pa zavisi vsako pravilo individualno od onega, ki ga aplicira — quot capita ...

Za bólnice menda ne bi mogel v vsakem primeru obveznih strogih indikacij ostro začrtati niti glavni sanitetni svet. Z mnenjem avtorja, da bi se v primeru nalezljivih bolezni čestokrat dala doma doseči boljša izolacija nego v bolnici, češ, da slednja ne razpolaga z nič boljšimi sredstvi ko dom, se ne bi mogel strinjati, saj so razmere v slovenskih hišah za izolacijo večinoma še neugodne, zlasti na deželi in sploh v družinah z velikim številom otrok čestokrat naravnost strahotne.

Ubožna spričevala pa nimajo odločilnega pomena za presojo premoženjskih razmer in se zgolj na njih podlagi nikomur ne odpiše ali zniža oskrbnina. Ubožno spričevalo zadostuje danes le za doseg brezplačnega ambulatornega zdravljenja. Če se ustvari kakšno zanesljivejše merilo, pa bo stvar vredna vsega odobravanja.

Vsekakor je razveseljivo, da razmišlja praktični zdravnik o problemih, katerim bo ob bodočem usmerjanju socialne in zdravstvene zakonodaje treba posvečati še veliko skrb in pozornost, saj so zadeva celokupne javnosti.

Vejališče za naše strokovno besedje in izrazje

Veja Dr. Mirko Černič, Maribor

Se enkrat o strokovnih terminusih.

Že leta 1937. sem v Zdravniškem vestniku povedal svoje nazore in pobude o rabi strokovnih terminusov v slovenščini; naj jih še enkrat poudarim in jasneje izrazim.

Ena prvih in najnujnejših potreb je, da si ustvarimo enotne smernice za rabo zdravniških terminusov. Da so ti potrebni, o tem ni prav nikakega dvoma. Pa ne samó potrebni, celó nenadomestljivi so! To pričajo vsi medicinski spisi, ki smo jih slovenski zdravniki priobčili do sedaj, bodisi, da te terminuse rabimo, bodisi, da vidimo netočnost njihovih nadomestkov.

Novost!

Kod **Spazama**
Bolova
Kolika

antispasmodikum i analgetikum

Spasmo - Cibalgin "Ciba"

Cibalgin + Trasentin

- Tablete:* pakovanje po 20 komada
bolničko pakovanje po 200 komada
- Supozitorije:* pakovanje po 5 komada
bolničko pakovanje po 50 komada

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz)

Zastupstvo za Jugoslaviju:

Mr. ph. Vladimir Jelovac, Beograd, Kr. Milutina 56





Kraljevski dvorski dobavitelj

Zdravilišče in kopališče

SLATINA RADENCI

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

Sezona se prične s 1. majem

BOLNIKOM VEDNO PRIPOROČAJTE

Radenske prirodne
MINERALNE VODE



Z R D E Č I M I S R C I

Mineralna voda ad usum proprium gratis! — Prospekte, brošure gratis!

JUGOSLAVENSKO **SIEMENS** D. D.

ODDELEK ZA MEDICINSKO TEHNIKO

LJUBLJANA, TYRŠEVA (DUNAJSKA) CESTA 1b/III.

Zastopstva za Slovenijo:

Ljubljana, Tyrševa c. 1a/II.

Telefon 21-02 (Welley)

Ljubljana, Tyrševa c. 35a

Telefon 48-73 (Roblek)



Röntgen-naprave v vseh izvedbah; diatermijski in ultra-kratkovalovni aparati; splošna elektromedicina. Kompletna dentalna oprema in dentalne potrebščine. Celotna oprema za operacijske dvorane, laboratorije, praktičnega zdravnika. Mikroskopi, mikrotomi, projekcijski aparati; veterinarska oprema

Vzemimo Zdravniški vestnik, strokovno glasilo slovenskih zdravnikov! Eden pisec piše v isti sapi: »otročka apendicitis« in »generalizirana peritonitida«. In vendar se glasita ta dva pojma strokovno čisto skladno: apendicitis, appendicitidis (vnetje slepiča) in peritonitis, peritonitidis (vnetje trebušne mreže). Isti pisec piše dalje: »vprašanje osteomielitide« in »dečja osteomyelitis« (vnetje kostnega mozga).

Drugi pisec pravi: »motnje zaradi ascaris lumbricoides« (gliste), »toksikologija askaridiaz« (strupenost glist), »primer ascaridoze« in »toksini ascarid«.

Spet drugi: »pleuralni empiemi« za empyema pleurale (gnoj v prsni votlini); »porodni trauma« (poškodba pri porodu); »zdravljenje delirium tremens« (pijanska blaznost); »pri opticus neuritis« (vnetje očesnega živca); »zdravljenje cholecystitis acuta« (vnetje žolčnika); »od 38 slučajev acen vulgar.« (priščavost); »ultraviri človeških obolenj« (nevidni povzročitelji) in »ultravirna priroda«; »ostanek embrionalnega ductus omphalomesentericus« (zveze med popkom in črevesom za materničnega življenja) in »ostanek ductus omphalomesentericus«; »od coitus interruptus« itd. itd.

To so primeri, ki kažejo, kako različno in brez smotrnih smernic tvorimo zdravniki slovensko obliko strokovnih terminusov.

In kako jih pišemo?

»Tumor mammae« pišemo v originalu z dvema m in na koncu z ae (bula v dvojki). Pisec v Zdravniškem vestniku piše enkrat »tumor mame«, torej čisto po slovensko, drugič pa »sumljiv na tumor mammae«, torej po latinsko.

Se imenitnejša od vseh navedenih primerov je knjiga, katere so že po njeni vsebini sami terminusi; ti terminusi pa so v takih sklonih, ki se ne razločujejo od prvotne mednarodne oblike t. j. v imenovalniku in tožilniku, dočim jih v drugih sklonih ni skoro nič. Taka strokovna beseda je možna morda v šolskih klopeh, v življenju je od muh, ker življenje nasplóh in zdravstvo posebej pač ne shajata samó z dvema sklonoma!

Iz navedenih primerov, posnetih iz Zdravniškega vestnika zadnjega časa, je menda vsakomur jasno, kakó zeló so nam zdravnikom potrebne »tujke«, bolje rečeno: mednarodne strokovne označbe; jasna pa je tudi nujna potreba določiti v tej brezglavi pisanosti vsaj nekaj smernic. Dognati nam je torej:

a) kakó naj te strokovne označbe pišemo; b) kakó naj jih spólimo; c) kakó naj jih sklanjamo?

Da so take smernice potrebne in nujne tudi drugod, naj navedem iz vsakdanjega življenja par primerov!

Pišemo in govorimo: »o status quo« pa tudi o »statusu quo«; oni dan pa sem bral celó »o status quou«. Beremo in čujemo: »corpora delicti« in »corpusti delicti«; »separata«, »separati« in »separatumi«; »tema«, »teme« in »temata«.

Tudi ti vsakdanji primeri nam vevajo, da je treba enotnih smernic.

Svoj čas sem omenil, da so nam zdravnikom mednarodni terminusi, vzeti iz latinščine in grščine, potrebni za razumevanje mednarodne literature, danes dostavljam, da so nam potrebni tudi zaradi skoro nemogočih slovenskih nadomestkov. Dva, tri vzglede za to trditev!

V neki knjigi najdem za organ »naprava«, spolni organi so »spolne naprave«. Meni se zdi, da je bolje ostati pri besedi organ, če že nečem rabiti besede »spolovilo«, zakaj kdor bo doumel, kaj je spolna naprava, bo vedel tudi, kaj je spolni organ.

Dekapitacija je porodniška operacija. Za to oznako sem bral slovensko nadomestilo »zmanjšujoča porodniška operacija«. To slovensko nadomestilo

moreno rabiti kvečjemu za splošno razlago te operacije, bistva ne pogodim ž njim.

Nekomu — in nikakor ne najslabšemu med našimi pisatelji — se je dogodilo, ko se je hotel izogniti besedi »medicina«, da je napisal doslovno: »Zdaj se je oče odločil, naj sin študira to, kar je on sam, zdravništvo.«

Medicina je zdravstvo (»zdravstveni dom«, »zdravstveni napredek«); zdravilstvo je Arzneimittellehre, nauk o zdravilih (»zdravilni vrec«); zdravništvo pa je občestvo zdravnikov, zdravniški stan. Študirati zdravništvo bi torej bilo proučevati razmere med zdravniki, n. pr. njihovo brezposelnost.

Zdravniška ali zdravstvena terminologija?

Prva je po tem, ker jo rabimo zdravniki, druga, ker se nanaša na zdravstvo — obe sta si torej enako vredni, rabimo jih pa po tem, kar hočemo posebno naglasiti.

Tem splošnim opazkam naj slede smernice s konkretnimi primeri!

*

1. vprašanje: Kakšno domačo besedo predlagate za tujki: organsko in funkcionalno?

Odgovor: a) Za »organ« ima Homan »ustroj, organ«; Brezelj »orodje, priprava, pomeni pripravo v živih telesih, ki je oblikovno in delovno usposobljena za kako posebno opravilo«; Breznik-Ramovš »1. ustrojen del celote; 2. ud«; Glonar (Poučni slovar) »sestaven del, ud; orodje, priprava«; Pleteršnik »ustrojen del žive celote, ustroj«.

Pridevnik »organski« oziroma »organičen« imata samo Breznik-Ramovš in pa Glonar brez slovenske oznake.

b) za »funkcijo« pravi Homan »zvrševanje posla, delovanje, posel, opravilo«; Breznik-Ramovš »delovanje, opravilo«; Glonar »poslovanje«; Pleteršnik »die Function«.

Pridevnika nima razloženega nikdo, le Breznik-Ramovš ga omejnjata.

Ze iz navedenih različnih in številnih razlag v naših slovarjih je jasno, da ne premoremo prave besede niti za »organ, organski«, niti za »funkcijo, funkcionalen«. Zaradi tega bi jaz uvrstil te besede med one, ki jih ne predstavljamo, kakor ne sledečih: kirurg, kirurški, kirurgija; operirati, operacija, operater, operativen; serum (zdravilo); pinceta, tampon, tamponirati; kompresija; konkreten; medicinska fakulteta; minister socialne politike itd.

2. vprašanje: V Würzburgu pri prof. Gaussu sem imel priliko preizkusiti njegovo »Kopfschwartenzange«, torej klešče, katere služijo v ta namen, da se ekstrahirajo otrok za glavino preprego (Košir-Plečnikov izraz za gal. aponeurotico). ki se rabi predvsem pri slučajih placen. praeviae. Dolej nisem našel druge rešitve kakor izraz »klešče za glavino preprego«. Izvolite mi svetovati morda drugi izraz.

Odgovor: Pri iskanju oziroma ustvarjanju primerne slovenske oznake za inštrumente je treba vselej paziti na dvojje: prvič na tuji izraz sam, ki pa ni zmiraj strokovno popolnoma točen ali vsaj ne neohlapien, ter na namen t. j. funkcijo inštrumenta samega.

Gori označeni inštrument rabijo porodničarji, je torej porodničarska priprava, rečemo pa lahko tudi porodniška, ker jo rabijo pri porodnicah, manj dobra je beseda porodna, kljub temu, da jo rabijo pri porodu, ker porodno je to, kar je v porodu samem, n. pr. porodne bolečine, porodni termin.

»Glavina preprega« za galeo aponeurotiko!

Kaj je galea aponeurotica?

Na glavi imamo v glavnem 3 plasti: kožo, pokostnico in med njima široko plahlasto kito: galeo aponeurotiko (Kopfschwarte), ki lobanjo ovija; to je torej lobanjska kitna ovojnica. »Preprega« se z »ovojnico« nikakor ne more kosati, ker znači prvič nekaj čisto drugega — konje prepregamo, kadar jih izmenjavamo — drugič pa je preprega nekaj, kar je znotraj česa, n. pr. pajčevina preprega sobo, tapete prepregajo stene; to, kar je zunaj, pa ovija.

Pri našem inštrumentu pa sploh ne gre za galeo aponeurotiko, marveč za kožo na glavi, kar priča že priložena slika, ki kaže, da ta inštrument prime plod za kožo na glavi, slično, kot primemo mačko ali mladega psa za kožo na tilniku, kadar ga hočemo vzdigniti; popis sam pravi enkrat Kopfschwarte drugikrat Kopfhaut; in tretjič moramo vedeti, da Nemec govori tudi Speckschwarte, s čemer označuje slanino, ki se je drži koža.

Če vse to premislimo, tedaj bomo rekli za Kopfschwartenzange ali porodničarske oziroma porodniške kožne klešče ali pa kožna prijemalka.

† Dr. Maks Michelitsch



Iz rok pacientke, ki je k njemu prišla po zdravniško pomoč, je iztrgala smrt dne 2. marca letošnjega leta banovinskega zdravnika dr. Maksa Michelitscha v Velikih Laščah. Nepričakovano in kruto je prekinila življenje, ki je bilo posvečeno vestnemu in marljivemu zdravniškemu delovanju ter ljubeznipolni skrbi za družino. Dr. Michelitsch je odšel v onih letih, ko dozoreva življenjska skušenost in ko je najširše odprt razgled po stiskah in težavah, ki se rodijo ljudstvu iz bolezni in trpljenja.

Dr. Maks Michelitsch je bil rojen 29. V. 1889. v Guštanju. Srednješolske študije je dovršil v Celovcu in se nato posvetil medicinskemu študiju v Grazu. Svetovna vojna ga je pognala po svetu, na vzhodni fronti je prišel v rusko ujetništvo, v katerem je preživel 5 let. Ze tam mu je bila dana priložnost, da je v praksi prišel v stik s pacienti in si tako neposredno pridobil lep zaklad zdravniških skušenj. Študije je končal leta 1920. v Grazu. Kot zdravnik je nato delal v bolnicah v Slovenjem Gradcu in Brežicah ter se leta 1923. naselil stalno v Velikih Laščah kot banovinski zdravnik. S svojo človekoljubnostjo, preudarnostjo in strokovnim znanjem si je tukaj kmalu pridobil zaupanje prebivalstva. Pičli svoj prosti čas je žrtvoval svoji družini. Počitka in pozabljenja si je rad poiskal v lovu po bukovih gozdovih in po čudovito pestrih terenih velikolaške okolice.

Tovariši so v njem cenili odkritost in poštenost. Njegova mirna beseda je v stanovskih vprašanjih mnogo zalegla. Slava njegovemu spominu!

Vprašanja — Odgovori

Vprašanje: Pred nekaj meseci so me klicali k porodnici, pri kateri je babica ugotovila napačno lego. Po prihodu sem izvedel, da ima tretjerodnica že nekaj ur boleče popadke, ki so nastopili o pravem koncu nosečnosti. Prej je imela že dva sicer normalna, a dolgotrajna poroda. Babica, ki je pomagala pri obeh prejšnjih porodih, mi je pojasnila, da je obakrat mehur prezgodaj počil in da so bili obakrat popadki jako boleči in neizdatni, sicer pa da je bilo vse v redu. — Zunanja in notranja preiskava me je poučila, da leži plod v prečni legi, da je zunanje maternično ustje odprto za dobra dva prsta, da odteka čista plodna voda in da je plod premakljiv. Vse drugo — medenica, mehka porodna pota, splošno zdravstveno stanje — je bilo v redu.

Odločil sem se, da obdržim porodnico v domači hiši in ji sam pomagam pri porodu. Brez narkoze sem plod obrnil na noge po načinu, ki ga nazivljemo po Braxton-Hicksu. Obrat se je z lahkoto izvršil, ko pa sem v mnenju, da se je medtem maternično ustje dovolj raztegnilo, poskusil otroka ekstrahirati, so nastale pri izvlečenju glavice težave, zaradi katerih se je otrok rodil asfiktichen. Asfiksije nisem mogel več premagati in otrok je umrl. Mati je imela normalno otroško posteljo in je danes popolnoma zdrava.

Ko naknadno epikritično premlevam primer, se mi vsilujeta sledeči vprašanji:

1. Ali je bil trenutek za obrat pravilno izbran?

2. Zakaj so nastale težkoče pri ekstrakciji glavice in kako bi jih bil lahko preprečil?

X. Y. iz B.

Odgovor: ad 1.: Vaš primer je na prvi pogled jako priprost in dozdeva se, da pri njem res ni bilo treba drugega premišljanja kakor smotno postopanje po shematičnih naukih, ki veljajo za nekomplcirano prečno lego. V resnici pa zadeva ni bila tako enostavna in običajna navodila, ki jih dajejo učbeniki, pri njem niso zadostna. Vaš dvom, ako ni bil morda trenutek za obrat neugoden, je teoretično popolnoma utemeljen, vendar Vam lahko kar naprej povem, da ste v praksi ravnali pravilno in da ste si izbrali pravi čas za obrat. Kaj bi bili v danem primeru lahko drugega naredili? Staro odlično pravilo, ki pravi, da skušamo pri prečnih legah ohraniti mehur do tistega trenutka, ko se maternično ustje popolnoma razširi, za Vaš primer sploh ni več prišlo v poštev, ker ste prišli k porodnici že potem, ko je mehur počil. Postavljeni ste bili torej pred gotovo dejstvo. Sedaj bi bilo treba — tako učijo knjige — nadomestiti funkcijo mehurja s kakim drugim umetnim sredstvom. Mehur je imel dve nalogi: najprej naj bi zadrževal plodovo vodo in tako ohranil gibljivost ploda, dalje pa naj bi sodeloval pri razširjanju spodnjega dela porodne poti. Te dve nalogi lahko vrši, seveda ne tako idealno in uspešno, metrevrinter, ki se vloži v maternico torej intrauterino in se tam pusti toliko časa, da se maternično ustje popolnoma raztegne. Plod ostane gibljiv in porodna pota se primerno raztegnejo, na to izvedeni notranji obrat je potem lahek in ekstrakcija ploda neovirana. Te metode niste izkoristili morda zaradi tega, ker metrevrinterja niste imeli pri rokah, kakor ga nima skoro nobeden praktični porodničar, najbrž pa zaradi tega, ker se Vam je zdel obrat prav tako siguren in uspešen in tehnično tudi lažje izvedljiv. Plod je bil še dobro premakljiv, saj je mehur šele pred kratkim počil, in zunanje maternično ustje je bilo dovolj odprto za kombinirani obrat. Čakati niste hoteli, da se maternično ustje popolnoma odpre, ker ste se dobro zavedali, da tako čakanje rodi le slabe posledice. Plodova voda sčasoma popolnoma odteče, maternica se oklene ploda in ga krepko fiksira, tako da pozneje ni več dovolj prostora za obrat. Predležeci plodov del se ali zagozdi v medeničnem vhodu ali pa ga spodnji del maternice tako

tesno objame, da se da premikati le skupno z maternico. Nastane torej takomenovana zagozdena ali zanemarljena prečna lega. S tem se položaj poslabša za mater in za otroka. Čakanje je torej absolutno nedopustno in v tem pogledu ste si trenutek za intervencijo pravilno izbrali. — Vaš dvom o umestnosti takojšnjega obrata prav dobro razumem, ker vem, da učne knjige in priročniki za porodniške operacije v tem oziru niso dovolj precizni. Vse preveč namreč upoštevajo metode, ki so izvedljive le v dobrih kliničnih razmerah, ne pa v priprosti domači hiši in s priprostimi praktičnemu zdravniku dostopnimi sredstvi. Metrevriza je lepa stvar, ampak lahka ni in brez nevarnosti tudi ni. Zato dostikrat tudi v kliničnih razmerah porodničarji ne delajo prav nič drugače kakor ste delali Vi.

ad 2.: Drugo Vaše vprašanje dovoljuje domnevo, da situacija vendar ni bila tako »šolsko« vsakdanja. Iz anamneze vidim, da je porodnica že dvakrat rodila, da pa so bili popadki obakrat zelo boleči. V tem dejstvu je treba iskati vzroka, zakaj ekstrakcija ni bila tako lahka, kakor ste pričakovali in kakor je bilo v resnici treba pričakovati, ker so bile medenične mere normalne in ker so bila tudi mehka porodna pota po prejšnjih dveh porodih že do dobra raztegnjena. Uči se, da se po obratu plod nava dno tudi izvleče in sicer takoj. Besedice nava dno ne bi hotel prezreti, kajti z njo je jasno izrečeno, da se priključi ekstrakcija obratu tedaj, kadar so mehka porodna pota že dovoljno odprta. Najugodnejše je tedaj, ko je že pred obratom notranja preiskava pokazala, da je zunanje maternično ustje popolnoma odprto ali (pri mnogorodnicah) vsaj za dlan široko, manj ugodno pa je, če se računa s tem, da se bo pri obratu še za toliko razširilo, kolikor je bilo pred njim še premalo raztegnjeno. S to drugo možnostjo in verjetnostjo ste tudi Vi računali. Toda upanje Vas je varalo. Domnevam, da se je pri izvlečenju glavice maternično ustje tesno oklenilo plodovega vratu in na ta način zavleklo ta del operacije. Da bi bila medenica sama ali mogoče napačni mehanizem vstopanja to povzročil, ni verjetno, ker za to niste našli nobenega znaka. Ovira je ležala le v mehkih delih. Dvoje je sedaj mogoče: ali maternično ustje v resnici še ni bilo dovolj odprto ali pa se je tekom operacije spastično tako stisnilo, da glavica ni mogla gladko skozi. Verjetnejša je druga domneva, kajti iz anamneze vemo, da je imela porodnica pri prejšnjih dveh porodih hude bolečine, ki jih naknadno lahko pripišemo spazmom spodnjega dela maternice. Tako spastično stisnjenje je nastopilo tudi sedaj in sicer tem lažje, ker je obračanje ploda lahko v maternici vzbudilo spastično reakcijo. Znano Vam je, da se pri metodah po Delmasu, Aschnerju in Ostrčilu porod pospešuje z nasilnim dilatiranjem mehkih porodnih potov, toda nikdar ne brez sredstev, ki delujejo proti spazmom. Antispazmotična komponenta teh metod šele omogoča uspehe, o katerih nekateri avtorji z navdušenjem pripovedujejo. Vaš račun, da se je maternično ustje med obračanjem dovolj odprlo, je bil pravilen, pomanjkljivo pa je bilo, da niste že kar vnaprej računali z možnostjo, da nastopi spastična kontraktura ali striktura. To misel bi Vam bila lahko dala že anamneza. Temu spazmu bi se bili lahko ognili na več načinov: lahko bi bili po obratu še nekaj časa čakali in med tem čakanjem bi se bila maternica umirila; lahko bi bili že kar vnaprej delali operacijo v narkozi in z narkozo izločili možnost spazma; lahko bi bili tudi z injekcijami morfija ali kakih drugih spazmolitičnih sredstev reaktivnost maternice ublažili. Izmed teh sredstev se mi zdi najboljša narkoza in zato je prav umestno, če si kar a priori izberemo načelo, da delamo vsak obrat, posebno pa tak, v narkozi. V kliničnih razmerah bi se bila lahko naredila še incizija materničnega

roba, toda ta operacija v primitivnih razmerah ni priporočljiva. V današnjih časih se narkoza prav lahko dela doma, ker so babice o njej kolikor toliko informirane in ker Vam je kot consiliarius ali asistent vedno na razpolago kak sosednji kolega.

Zalokar.

Prejeli smo še drugi odgovor na vprašanje v 2. številki let. XI. Zdrav. vest.

Vprašanje: Kdaj naj pošljem otroško dimeljsko kilo na operacijo? Otrok je star 6 mesecev.

Odgovor: V svojem članku Dečja kirurgija (Zdravniški vestnik 1938) sem se dotaknil tega vprašanja. V njem sem navedel glavne razloge, ki vodijo kirurga specializiranega o vprašanih kirurgije otroka, da operira dimeljsko kilo pri otroku najraje šele po 5. letu starosti v nasprotju s splošnim kirurgom, ki stavi starostno mejo mnogo nižje. Sam sem že videl več primerov otrok, pri katerih je povzročila operacija dimeljske kile do dveh let popolno atrofijo testisa iste strani. Zato, razen v izjemnih primerih, opremimo, če potrebno, otroka s primerno bandažo. Kila se včasih na ta način sama zapre. V nasprotnem primeru jo operiramo okrog 5. leta. Dr. Peršič Ivan.

Iz zdravniškega slovstva

Interna medicina

Dr. H. Kutschera: Tuberkuloza in diabetes (Wien. klin. Wschr. 1939/7).

Avtor misli, da smo morali pri bolnikih, ki imajo tuberkulozo in še sladkorno bolezen, zato postavljati do sedaj tako neugodno prognozo, ker smo često zamudili zgodnje spoznanje tuberkuloze in smo radi tega zdravili samo sladkorno bolezen. To se pravi: z dieto, revno na ogljikovih hidratih. Potrebno je, da tuberkulozo pravočasno spoznamo in jo tudi primerno zdravimo. Pri tem je zelo važno sledeče: Z ozirom na tuberkulozo je potrebna dieta, ki naj vsebuje navadno, ne zmanjšano množino ogljikovih hidratov, zdržena z zadostnimi množinami insulina.

Dr. S. P.

Dr. R. Aschenbrenner: O optimalnem zdravljenju srčnih bolnikov z digitalisom. (Münch. med. Wschr. 1939, št. 1.)

Večina zdravnikov v praksi nezadostno zdravi srčne bolnike. Kriva je temu neka negotovost, ki temelji na pogrešenih predstavah. Večkrat opažamo, da je nedovoljnemu zdravljenju z digitalisom kriv strah pred kumulacijo. Dandanes pa vemo, da je popolnoma napačno mnenje, da delujejo terapevtske doze digitalisa tedne in tedne dolgo. Tudi dogma, da se ne sme dajati strofantina potem, ko smo končali digitalisovo kuro, je zmotna. Sem pa tja je kriv tudi strah bolnikov pred intravenozno injekcijo, da se strofantin in drugi digitalisovi preparati ne aplicirajo pravočasno. Predpogoj za intravenozno injekcijo je seveda, da jo pravilno izvršimo. Tako odpadejo vsi predsodki, ki jih imata bolnik in zdravnik pred intravenozno aplikacijo. Nadaljnji vzrok nezadostnega zdravljenja srčnih bolnikov tiči v tem, da premnogi zdravniki nasedejo pretirani propagandi farmacevtskih tvrdk ter jih motijo imena preparatov, da predpisujejo sredstva za krvni obtok (n. pr. Cardiazol, Coramin, Veritol itd.) v primerih mišične srčne insuficience, kar je seveda popolnoma zgrešeno in nujno vodi k neuspehu.

Za dobro zdravljenje srčnih bolnikov z digitalisom je potrebno, da upoštevamo sledeča dejstva:

1. Digitalis se pri dolgem zadržanju v želodcu vsled vpliva solne kisline uniči; pri močnem zastojju v jetrih pa se slabo rezorbira; nekateri bolniki že od vsega začetka slabo prenašajo digitalis per os. Vsled tega je najboljša intravenozna aplikacija strofantina,

odnosno dajanje digitalisa per rectum. Intravenozna injekcija digitalisovih preparatov je zlasti indicirana: radi točne dozacije pri mitralni stenozi, pri srčnem infarktu, pri totalnem a-v. bloku, miokarditidi in nadalje v vseh primerih, kjer je potrebna hitra pomoč (asthma cardiale, tachycardia paroxysmalis), kakor tudi v primerih, kjer je močna staza.

2. Pri izbiri preparata je treba upoštevati: a) Hitrost, s katero delujejo digitalisovi glikozidi, odnosno digitaloidi (strofantin itd.), je različna pri strofantinu, digitalis lanata in purpurea. Najdaljšo latenco imajo purpurea-glikozidi, krajšo lanata-glikozidi in najkrajšo oleandrovi in strofantusovi glikozidi. b) Kumulacija digitalisovih preparatov je v splošnem mnogo manjša kot misli večina zdravnikov. Najmanj kumulira strofantin; radi tega ga dajemo tam, kjer hočemo hiter uspeh in kjer moramo računati z občutljivostjo srca za digitalis. Lanata-glikozidi kumulirajo nekoliko bolj kot strofantin. Zato rabimo Digilanid, Pandigal itd. tam, kjer želimo nekoliko bolj protrahiranega delovanja; n. pr. pri srčnem infarktu, mitralni stenozi po event. predhodnem zdravljenju s strofantinom. Najbolj kumulirajo purpurea-glikozidi; zato jih rabimo v primerih, ki zahtevajo trajnejšega delovanja (srce hipertonikov) odnosno močnejšega delovanja na prevod dražljajev, oziroma frekvenco (n. pr. preddvorno trepetanje).

3. Za najboljšo dozacijo velja pravilo Edensa, da ima vsako bolno srce svojo dozo digitalisa. Kot najmanjša posamična doza pri intraven. strofantinski terapiji velja 0'2 mg (pri svežem srčnem infarktu, mitralni stenozi, totalnem a-v. bloku itd.). Hipertrofična srca hipertonikov prenašajo skoro vedno 0'4 mg strofantina. Pri visoki vročini (tifus, pljučnica) moramo dajati 0'5 do 0'6 mg. Dobro je, da dajemo strofantin pri težki srčni insuficienci sprva dvakrat dnevno, kasneje zadostuje enkrat dnevno in končno na vsake 2—3 dni enkrat.

Pri intravenoznem dajanju lanata glikozidov odgovarja povprečno 0'6 do 0'8 mg lanata glikozida dozi 0'3 mg strofantina.

Pri paroksizmalni tahikardiji dajemo (po Bonenkampu) dvakrat do štirikrat normalno dozo (1'6—3'2 mg lanata glikozida).

Oralno dajemo lanata- in purpurea glikozide (Digipurat, Verodigen, Digalen, Digitalysat itd.) najbolj v dozah, ki odgovarjajo 0'1 × 3 fol. dig. titr. dnevno. Ako se slabo rezorbira, potem dajemo 2—3 supozitorije dnevno. Ako tudi s tem ne dosežemo uspeha, damo strofantin intravenozno.

4. Kako dolgo naj dajemo digitalis? Digitalis moramo dajati, dokler znaki srčne slabosti popolnoma ne izginejo. Če pri težkem srčnem bolniku nikakor ni mogoče doseči popolne rekompensacije, tedaj moramo nadaljevati z digitalizacijo tudi mesece in leta (n. pr. 0'1—0'2 g. Digipurata vsak drugi dan). Tudi intravenozno odnosno digitalisovo terapijo je v gotovih primerih potrebno raztegniti na daljšo dobo. Avtor navaja primer, ki ga zdravi že 2 leti z i. v. inj. strofantina in bolnik redno opravlja svojo službo. Dr. H. H.

Dr. I. P a p p : **Občutljivost na insulin pri hipersekretoričnih motnjah želodca, vpliv hormona žleže obščitnice** (Dtsch. med. Wschr. št. 45, 1938).

Dokazano je, da povzroči injekcija insulina hypersecretio et hyperaciditas ventriculi. Nastane vprašanje, ali je občutljivost za insulin pri hipersekreciji želodca večja in ali povzroči hipersekrecija večje izločevanje insulina. Na podlagi poskusov je avtor prišel do sledečih ugotovitev: 1. Pri želodčni hipersekreciji je občutljivost za insulin zvišana. Verjetno imamo pri hipersekreciji želodca tudi hipersekrecijo insulina. 2. Karakteristične so krivulje krvnega sladkorja pri hyperaciditas ventriculi; razlika od normalnih krivulj je v dveh točkah: a) množina krvnega sladkorja pade v 30 minutah po injekciji insulina mnogo bolj globoko kot normalno, b) v naslednjih 90 minutah se krvni sladkor dvigne nad začetno vrednost (normalno v tem času doseže začetno vrednost). 3. Z dovajanjem hormona obščitnice zmanjšamo občutljivost za insulin, odnosno jo lahko docela odstranimo. 4. Na umetno hipoglikemijo po injekciji insulina jako dobro vpliva parathormon (hormon obščitnice). 5. Hormon obščitnice najbrže zavira tvorbo insulina v pankreasu. Dr. H. H.

Splošna kirurgija

W. Löhrl in K. Zacher: *Klinika in patologija opeklin druge in tretje stopnje* (Zbl. Chir. No. 1, L. 66).

Na podlagi 1562 opeklin, ki sta jih zdravila s pomočjo Löhrovega Unguentolana razpravljata avtorja o današnjem stanju zdravljenja opeklin. Od 438 stacioniranih primerov je umrlo 21 opečenec, t. j. 4,8%. Od teh jih je 11 umrlo v prvih 48 urah. Važno je, da je samo 1 primer umrl zaradi kasnejše infekcije. V primerjavi z drugimi statistikami je uspeh zelo dober. V nadaljnjem razpravlja o dveh danes najbolj upoštevanih metodah; to je v srednji Evropi gotovo terapija s taninovo kislino in pa z Löhrovim »Unguentolanom«. V Ameriki in Franciji ima mnogo pripadnikov Landfordova parafinova metoda. Zdi se mi vredno podčrtati, kar ugotavlja o zdravljenju opeklin z različnimi mazili, n. pr. 2—3 proc. borovim mazilom ali Stahlovim apnenčevim linimentom, pravi namreč, da sodi ta način zdravljenja v zgodovino. Dve nalogi ima lokalno zdravljenje opeklin. Prvič: čimpreje devitalizirati uničeno tkivo, ki sprošča vsled razpada beljakovin strupe, kateri delujejo smrtno nevarno na organizem, drugič: preprečiti okuženje. Taninova kislina sicer domala ustreza prvi in drugi zahtevi. Vendar ustroji dobro le pri opeklinah prve in druge stopnje; toda strojenje traja skoraj 48 ur, kar ne prepreči prvotnih šokov; drugič so ustrojene plasti zelo tanke posebno pri opeklinah tretje stopnje, kar onemogoča omenjeno metodo za zdravljenje te stopnje opeklin. Na osnovi histoloških slik namreč dokaže, kako ustroji le prav malo v globino, kako ostane mnogo opečenega tkiva nedeitaliziranega, dalje dokaže, da začne od šestega dne naprej taninova skorja pokati, kar dopušča sekundarno infekcijo. On sam zdravi od vsega početka z Unguentolanom in ima uspehe. Dr. O. B.

Navodila za oskrbo priložnostnih ran (Wschr. Unfallheilk. 1939/1).

Anketa, ki se je sestala 26. X. 1938. v Monakovem in katere člani so bili profesorji: König, Schmieden, zur Werth, Heller, Magnus, Böhrer in Bürkle de la Camp, je izdala sledeča navodila za oskrbo priložnostnih ran:

1. Brezpomembna, nesumljiva vsakdanja rana neseptičnega izvora zahteva vsakodnevno zdravniško opazovanje. Sama po sebi pa ne zahteva operativne intervencije. —
2. V vseh drugih primerih naj zdravi zdravnik svežo rano aktivno. Sveže so še vse rane 6—8 ur po nezgodi, nekatere z ozirom na del telesa in na njihov izvor tudi do 12 ur. Za določitev tega je predvsem važna krajevna skušnja. —
3. Cilj zdravnikovega delovanja je izrezanje vse površine rane, tudi v globini. —
4. Zavoj z mazili ne more operativne oskrbe rane niti zamenjati niti podpreti. —
5. Pri površnih, dobro preglednih ranah smemo po tehnično brez napake izvršenem izrezanju površine rano za nekaj šivi rahlo zapreti. Pri globokih ranah posebno če so poškodovane mišice in fascije, je nujno potrebno drenirati, čeprav rano primarno zašijemo. —
6. Pri težkih nepreglednih ranah, ali pri onih, kjer iz anatomskega razloga površine rane ne moremo izrezati, se zadovoljimo z odstranitvijo vseh delov tkiva, o katerem sumimo, da bo zapadlo nekrozi ali da je umazano. Šivati takih ran ne smemo, prav tako ne notorično za infekcijo nevarnih ali kemično ogroženih ran. Rane z žepi ali votlinami moramo drenirati. Včasih smemo napraviti nekaj situacijskih šivov. —
7. Posebno nevarne za infekcijo so: ugrizi, opraskanine, septične operacijske in laboratorijske rane, živinozdravniške poškodbe, dalje rane prodajalcev rib, divjačine, mesarjev in kanalskih delavcev. Kemično ogrožene so na primer rane s svinčniki (»Tintienstift«). —
8. Pri svežih ranah sklepov je treba rano skrbno izrezati, potem pa vsaj kožo zašiti. Pri odprtih prelomih je dovoljeno kožo zašiti, če je bila rana zagotovo dobro izrezana in če ni bila prekomerno zamazana, ali če ni prehudih zmečkanin. —
9. Oskrbi rane sledi nujno nepretregana in varna fiskalna poškodovanega uda. —
10. Operativno izrezanje rane, kot sploh operativna oskrba ran zahteva obvladanje stroke in izkustva kakor tudi odgovarjajočo tehnično opremo.

Dr. O. B.

PRI
BOLEZNIH
DIHAL

ki so bodisi vzrok ali posledica vnetij,
kot na primer influence, škrlatinke,
ošpic, pospeši Antiphlogistine okreva-
nje bolnika in mu vrne življensko silo

ANTIPHLOGISTINE

deluje s svojo zdravilno močjo in s svojo
lastnostjo, da oddaja toploto veliko ur
(brez slabih strani, ki jih običajno ima upo-
raba dolgotrajne vlažne toplote), izredno

**ozmolično,
litično,
hiperemično in
oblažujoče**

Vzorci in literatura brezplačno

**THE DENVER CHEMICAL MFG. Co.,
NEW YORK, U. S. A.**

**BRAĆE J. JOVANOVIĆA
BEOGRAD, ulica Kneza Mihaila 33**

BIOS

je izključno domače in sicer združno podjetje, v katerem vzajemno strokovno sodelujejo zdravniki, veterinarji in lekarnarji

PRODUKTIVNA ZADRUGA

proizvaja: specialitete, sterilne injekcije, tablete, vse galenske preparate, reagencije po farmakopeji, veterinarske specialitete, dispenzirane veterinarske predmete itd.

NABAVLJALNA ZADRUGA

nabavlja svojim zadrugarjem razen zgoraj omenjenih lastnih proizvodov in kemikalij, droge, ovojni material, gumijasto blago, vse kirurške instrumente, zobozdravniške potrebščine, stekleni analitični pribor, Röntgen-aparate, mikroskope, kompletne opreme za lekarno, laboratorije, bolnice in ordinacije **pod najugodnejšimi nabavnimi pogoji**

NABAVLJALNA MEDICINSKO-FARMACEVTSKA IN KEMIJSKA ZADRUGA

„BIOS“

Z O. Z.

ZAGREB

Vrhovčeva ulica 13

Telefon 24-180

Infekcijske bolezni

Leon Tixier: Zdravljenje akutne meningitide s sulfamidom (Archives de medecins des enfants 1938).

Dr. Leon Tixier poroča o veliki umrljivosti meningitid in majhnem številu ozdravljenj v dobi, ko še ni bilo sulfamida. Odkar so uvedli sulfamid v terapijo meningitid, se je umrljivost znatno zmanjšala, število ozdravljenj pa pomnožilo. Navaja, da so ozdraveli vsi primeri, ki so prišli v zdravljenje v začetku bolezni. René Martin svetuje visoke doze sulfamida. Oralno predpisujejo 0'15 g sulfamida na kg težine. Avtor predlaga lumbalno aplikacijo le v najtežjih primerih, ali če zdravilo izjemoma ne pride v zadostni količini v likvor. V prvih dneh se sulfamid lahko injicira vsak dan intralumbalno. Sulfamid naj se pred injekcijo ogreje.

Skušnje kažejo, da se najbolj obnese oralna aplikacija sulfamida, manj so uspešne rektalna, intramuskularna in intravenozna. Škodljivih pojavov niso opazili. V redkih primerih beležijo lahko cijanozo ustnic in okončin.

Avtor uporablja sulfamid pri meningitis epidemica, pri otogenih meningitidah, povzročenih s streptokoki, pri meningitidah s pneumokoki in pri vseh meningitidah, kjer niso ugotovili virusa. Pri pneumokokovih meningitidah priporoča le trikratno lumbalno punkcijo, ako je prišla meningitida takoj v začetku obolenja v zdravljenje. Dalje omenja, da je znašala mortaliteta meningitis cerebrosppinalis z meningokokom B pri dojenčkih, zdravljenih z meningokokovim serumom 46—48% (Weil-Hallé). Pri zdravljenju s sulfamidom ozdravijo vsi primeri, seveda če so prišli na kliniko takoj v začetku bolezni. Pisec poudarja, da je to zdravljenje meningitis cerebrosppinalis epidemica znatno cenejše od zdravljenja z meningokokovim serumom.

Dr. S. P.

Okulistika

Dr. E. Werdenberg: O bistvu in zdravljenju očesne tuberkuloze (Klin. Mbl. Augenhk. 1938—101).

Avtor je predstojnik visokogorske očesne klinike v Davosu in znani borec za idejo gorsko-klimatičnega zdravljenja očesne tuberkuloze (op. poroč.). Naziranja o zdravljenju očesne tbc. so še dandanes zelo različna in si često celo nasprotujejo. Cilj vsakega zdravljenja mora biti sledeči: Temeljito ozdravljenje tbc. v vsem telesu, ne samo v očesu. Pri tem moramo misliti predvsem na izvor tbc. v prsnem košu in uvesti vedno splošno zdravljenje, ne samo lokalno.

Naloge konstitucionalnega zdravljenja so: dvigniti bolnikovo odpornost s preobrazbo telesnega stanja (klimatsko zdravljenje), povečati dovajanje hranljivih snovi (dietetsko zdravljenje) in zmanjšati čezmerno presnovo (mirovanje, ležanje na prostem). Tudi najlažji bolnik potrebuje vseh hranilnih snovi, predvsem beljakovin, maščob in vitaminov. Zato so škodljive vse enostranske in pretirane prehrane (su-rova hrana, hrana brez soli itd.). Klimatsko visokogorsko zdravljenje vpliva zelo ugodno na splošno telesno stanje, presnovo, telesno težo, imunitetno stanje, sedimentacijo, krvno sliko, različne toksične pojave, pri čemer je v številnih primerih že samo konservativno zdravljenje privedlo do ozdravljenja težkih očesnih tuberkuloz. Bioklimatski vpliv visokogorske klime sestoji iz jako primerne mešanice dražilnih in varovalnih učinkov. Dražilni so: nižji zračni pritisk in toplota ter močnejši sončni žarki, varovalni pa: manjša vlažnost in vetrovnost. Vsemu temu se pridružuje velika zračna čistota, predvsem med dolgo snežno dobo.

Skušnja uči, da lahko zbudi vlažno podnebje ponovno tuberkulozo hila s povišanjem topline in toksičnih znakov. Isto opažamo pri nepopolno ozdravljenih očesnih tuberkulozah. V dolini so za pljučno in očesno tuberkulozo najnevarnejši meseci november—februar. Vlaga in veter sta najhujša sovražnika tuberkuloznih. V tem oziru vidimo v

imenovanih zimskih mesecih največje nasprotje v visokogorski in dolinski klimi. V hribih suh, topel, miren zrak, v dolini megla, mraz, vlaga in veter.

Tuberkulinska terapija je v rokah neizvežbanega nevarna. S tuberkulinom ne smemo telesa zastrupljati, ampak ga očistiti strupov. Več je očesnih tbc, kjer je tuberkulin škodljiv, kakor pa obratno. Vse močno toksične tuberkulinske preparate moramo opustiti (Alt. t.) na korist manj toksičnih (Tebeprotin, Bazillenemulsion). Razveseljivo je dejstvo, da se je v zadnjih letih zmanjšalo število tuberkulinskih okvar. Te lahko nastopijo radi: kontraindiciranega zdravljenja, preostre tuberkulinizacije (Ponndorf!) ali toksičnosti tuberkulina, posebno pri nevarnem podkožnem vbrizgavanju. Tuberkulin je pri očesni tbc. čim bolj omejiti na trdovratna, kronična, fibrinozno-produktivna obolenja. Za napako v zdravniški umetnosti pa smatramo dvojce: Prisiljeno tuberkulinsko imuniziranje in shematično zdravljenje.

Očesno obolenje se lahko poslabša radi: a) prevelikega napora in sporta (morske kopelji, plavanje, smučanje, kolesarjenje, težke ture); b) nesmotrenega sončenja pri neugodnem pljučnem stanju; c) preslabe in enostranske prehrane; d) neprimernih zlatih in živosrebrnih preparatov.

Primerno klimatsko zdravljenje lahko ozdravi marsikatero že obupne primere. Zato je za državo ne samo njena človečanska dolžnost, ampak tudi njen narodnogospodarski interes, da podpira ustanavljanje primernih zdravilišč.

Dr. S. P.

Razno

Dr. H. Reichel: **Vprašanje o tobaku** (Wien. klin. Wschr. 8/39).

Glavno delujočo snov v tobaku — nikotin moramo smatrati za močan strup. Že ena sama kapljica čistega tekočega nikotina usmrti lahko odraslega človeka v nekaj sekundah radi ohromitve dihalnih središč. Omenjeno množino nikotina vsebuje že ena sama cigara ali 5 cigaret. Pri kajenju ne pride do težkega zastrupljenja zato, ker vdihamo le majhen del celotne količine strupa. Zaradi tega prihaja avtor do sledečega zaključka: Tobak naj bo dovoljen v zmerni meri odraslim moškim in starejšim ženam. Popolnoma ga pa moramo prepovedati otrokom in mladini do 18 let, predvsem pa mladim ženam, od katerih je odvisno zdravo in krepko potomstvo.

Dr. S. P.

Doc. dr. R. Reding: **Za praktičnega zdravnika važni izsledki pri raziskovanju raka** (Münch. med. Wschr. 1939/II).

Avtor svari pred uporabo snovi, ki povzročijo odpospešeno rast eksperimentalnega raka. Katran, kreosot in njuni derivati naj se ne uporabljajo več pri kožnih boleznih in obolenjih dihalnega aparata. Nепrečiščena parafinska olja so nevarna (Leitch, Kennaway in drugi), previdnost pa je na mestu tudi pri prečiščenih parafinskih oljih, katera često v veliki množini in dolgotrajno uporabljajo proti zaprtju. Zelo nevarna je uporaba Oestrone ali Follikulina (Goormaghtigh, Amerlyneck, Borst, Lacassagne in drugi). Njegova sposobnost povzročiti raka je dokazana. Isto velja za arsen (Fischer-Wasels, Kholodin, Cholewa in drugi) in njegove preparate, prav tako kot za radioaktivne snovi. Kronične ranice in fistule naj se ne zanemarijo. Priporoča, da se čimbolj opuste probatorne ekscizije, izvršene v nepravem trenutku. (Teorija nekrohormonov — Clunet, Samssonov, Vasquez in drugi). Obilna prehrana je verjetno škodljiva prav tako kot zdravljenje s surovimi jetri. Pretirano sončenje, posebno z umetnimi ultravijoličnimi žarki, tudi ni indiferentno. Nevarni faktorji, ki se jih je treba izogibati, so še: tobak, bencol, bencin (atmosfera garaž, velikih mest). Čuvajmo se zaprtja! Nato našteva še najnevarnejše poklice, pri katerih je tako zvan poklicni rak pogost.

Dr. F. N.

Medicina in kultura

Lojz Kraigher: Ivana Cankarja zdravje, bolezen in smrt (Koledar Cankarjeve družbe za navadno leto 1939. Izdala Cankarjeva družba v Ljubljani).

Dr. Lojz Kraigher je kot zdravnik in pisatelj pod gornjim naslovom prispeval ob dvajsetletnici Cankarjeve smrti razpravo, ki zasluži, da jo tudi strokovno glasilo zabeleži in s tem pripozna njeno medicinsko pomembnost. V biografijah naših pesnikov, pisateljev in znanstvenikov je le malo resnih poskusov, razkriti zveze med telesnostjo dotičnega kulturnega delavca in njegovim duhovnim ustvarjanjem. Življenjepisec Vatroslava Oblaka spravlja v zvezo nadpoprečno pridnost in produktivnost tega znamenitega jezikoslovca z njegovo boleznijo — jetiko, prešernoslovec Kidrič je zbral o Prešernu mnogo podatkov, ki bodo omogočili razsvetliti odnose med pesnikovim delom in njegovo telesnostjo, Šerko je z medicinskega stališča analiziral Levstikovo osebnost. Tudi o mnogih drugih naših velmožeh so zbrana dejstva, iz katerih bo medicinska analiza lahko sodila o njihovem zdravstvenem stanju, o njihovih boleznih in njihovi smrti. Cankarjevega duhovnega dela niso znali pravilno presoditi njegovi sodobniki in tudi današnji čas še ni zmozel pravilne ocene. O tem pričajo prepiri med kritiki in slovstvenimi zgodovinarji, ki tudi dvajset let po pisateljevi smrti še niso prinesli rezultatov, ki bi splošno zadovoljili. O Cankarjevi telesnosti si niso bili na jasnem niti njegovi najbližji prijatelji in znanci. Kraigher sam pravi: »Odkar je bil Ivan Cankar pri meni v Slovenskih goricah, sem ga videl zelo porredkoma in še takrat le mimogrede in samo površno. In vsakokrat sem ga bolj poslušal kakor gledal. Tako se je z njim zgodilo, da ga za živa skoraj nisem resno preiskoval in preučeval in da so se mi moja opazovanja šele dolgo po smrti pokazala v pravi luči, ki mi ga je polagoma razgalila in odkrila.« Poleg teh bolj ali manj psiholoških zaprek pa so bili tudi še drugi vzroki, da Cankarjeva telesnost ni bila in še danes ni jasno spoznana. Nauk o konstituciji je bil v tistih letih še v povojih, Kraigher sam je sicer že tedaj v »Kontrolorju Škrobarju« kot pisatelj orisal limfatično konstitucijo in slovenski realisti so že tedaj domnevali marsikaj o vplivu in pomenu telesnosti svojih junakov, kar se je šele pozneje zgostilo v znanstvene teorije. O pomenu rasne pripadnosti takrat še ni bilo bog ve kaj znanega. Tudi v Kraigherjevem članku moderne rasne in konstitucijske teorije še niso upošteevane, ker člankar očitvidno ni imel namena napisati znanstvene analize, ampak samo pojasniti nekatere odnose med Cankarjevim telesnim stanjem in njegovim duhovnim delom. Morda sta temu delu bolj kumovala Freudova psihoanaliza in Adlerjeva individualna psihologija nego drugi medicinski oziri.

V tem pogledu je Kraigherjev prispevek dragocen in bo znatno pripomogel k boljšemu in pravičnejšemu ocenjevanju Cankarja in njegove dobe oziroma njegovih odnosov do tedanjih družbenih razmer. Medicinsko je važna Kraigherjeva ugotovitev, da je Cankar trpel za enuresis nocturna. Posledice, ki so iz tega patološkega stanja zrastle za vse Cankarjevo dejanje in nehanje, je Kraigher posebno jasno naslikal v analizi »Nine«. Drugo važno spoznanje je Cankarjeva prezgodnja ostarelost — marasmus praecox. Tudi ta patološka komponenta Cankarjevega telesnega bistva se zrcali v njegovem literarnem delu. Temu Kraigherjevemu tolmačenju se bo težko izogniti, ker je medicinsko točno in vestno utemeljeno. Seveda pa s tem še ni zadostno pojasnjeno njegovo patološko zdravstveno stanje s stališča etiologije. Kraigher sam ne polaga mnogo etiološke važnosti na alkoholizem, pomembnejši se mu zdijo vplivi nikotina. Za izpopolnitev slike bo treba dodati še hereditarne in konstitucionalne činitelje. O medicinski razlagi zadnjih mesecev Cankarjevega življenja ne bo mogoče mnogo dvomiti; kar se bo dalo še storiti, bodo najbrž samo še dopolnjevanja in morda še kake manj bistvene korekture.

S pisateljsko lagodnostjo, psihološko pronicavostjo in strokovno medicinsko stvarnostjo pisani članek dr. Lojza Kraigherja naj bi si vsak zdravnik prečital kot zdravnik in kot ljubitelj slovenske kulturne tvornosti.

Zalokar.

Iz zdravniških društev

Poziv „Balkanske zdravniške unije“ („Union medicale balkanique“), poslan kolegom vsega sveta

»Balkanska zdravniška unija«, zbrana v Carigradu na svojem petem zasedanju, je sprejela sledečo resolucijo: Z ozirom na strašno trpljenje, ki ga prinaša totalitarna vojna civilnemu prebivalstvu nezaščitenih mest in z ozirom na pomanjkljivost pogodb za njih varstvo, z ozirom na to, da je načrt o »sanitetskih mestih« izveden v zelo majhnem številu in da so vsa dosedanja prizadevanja proti kemični vojni ostala samo v načrtu, dalje, da še ni bila od mnogih držav odobrena pogodba o strupenih plinih, se obračamo na zdravnike vseh narodov s prošnjo, da se oddolže svojemu človeškemu in zdravniškemu poslanstvu, ki obstoji v tem, da budi in vodi javno mnenje. »Balkanska zdravniška unija« upa, da zamore povzeti uspešne korake proti tej grozeči nevarnosti samo misel na mednarodni pomen posledic, ki jih prinaša vojna. Vsem nam pa mora biti vedno pred očmi dejstvo: »Mržnja povzroča vedno mržnjo, krvoločnost pa osveto.«

Občni zbor Slovenskega zdravniškega društva v Ljubljani

dne 11. marca 1939.

Izvoljen je bil sledeči odbor: dr. A. Kunst, predsednik; dr. A. Zalokar, podpredsednik; dr. R. del Cott, tajnik; dr. J. Pompe, blagajnik; dr. J. Jakša, dr. L. Merčun, dr. V. Meršol, odborniki; dr. A. Košir, dr. H. Heferle, revizorja.

Glavna naloga novega odbora bo organizacija kongresa Jugosl. zdravniškega društva, ki bo letos v septembru v Ljubljani. Prijave za predavanja je poslati najkasneje do konca marca t. l. V pripravljalni odbor za kongres so bili določeni podpredsednik dr. A. Zalokar, tajnik dr. R. del Cott ter člani dr. Z. Žokš, dr. I. Pavšič in dr. M. Pogачnik ml. V ta odbor bodo še povabljeni po en zastopnik medicinske fakultete, Zdravniške zbornice, Mariborskega zdravniškega društva, OUZD, Protituberkulozne lige in vojaških zdravnikov.

Društvo bo na novo organiziralo strokovna predavanja, ki se bodo vršila vsak mesec enkrat.

Strokovni sestanek Jug. kir. društva, sekcija Ljubljana

dne 14. februarja 1939. v predavalnici Drž. bolnice za ženske bolezni, Ljubljana

Predsednik: dr. J. Cholewa

Zapisnikar: dr. O. Bajc

Dr. S. Prevec: O operativnem zdravljenju povesa zgornje trepalnice (ptosis palpebrae superioris).

Predavatelj pojasnjuje najpreje, kaj razumemo pod povosom zgornje trepalnice. Takšen povos (ptoza) ni vedno istoveten z ohromitvijo mišice, ki dviga zgornjo trepalnico (levator palp. sup.). Imamo najrazličnejše bolezenske spremembe, ki lahko povzročijo omenjeno bolezensko stanje. Ohromitveni povos (ptosis paralytica) je samo en člen v veliki verigi najrazličnejših vrst povosov. Povese delimo v dve veliki skupini: funkcionalne in organske. V prvo skupino štejemo različne histerične, nevrotične, reflektorične, spastične, v drugo pa dve večji vrsti povosov, prirojene in pridobljene. Prirojene povese tvorijo pretežen del operativnih primerov. Ker so večinoma povzročeni po prirojeni okvari jeder v središčnem živčevju, ni skoro nikoli upati na zboljšanje brez operacije. Med pridobljene povese štejemo naslednje: Poškod-

bene (travmatične), ohromitvene (paralitične), vnetne (inflamatorične) in nekaj redkejših, kot so mišični (miopatični), maščobni (lipomatozni), simpatični itd.

Praden se odločimo za operacijo, moramo izključiti možnost konservativnega zboljšanja. Zato pri raznih ohromitvenih, poškodbenih in vnetnih povasih čakamo čimdalje in operiramo šele, ko nastopi stalno stanje. Radi tega so operacije povесov primeroma redke. Vse so pa tehnično težke in zahtevajo od zdravnika velike skušnje in potrpežljivosti.

Nato pokaže predavatelj nekaj primerov povеса zgornje trepalnice in končno še primer operiranega povеса (ptosis congenita). Pacientka je bila pred 3 tedni operirana na očesnem oddelku Obče drž. bolnice v Ljubljani. Operirani sta bili hkrati obe očesi po načinu prof. Blaskovitsa. Uspeh je zelo lep in je imenovani način operacije priporočljiv v primerih prirojjenih povесov. Slede projekcije slik različnih operacij, ki jih dandanes uporabljamo pri povesu trepalnic. Vse te operacije delimo v dve vrsti. Prvič v direktne, to so one, kjer operiramo na mišici, ki dviguje zgornjo trepalnico (m. levator palp. sup.), drugič v indirektne, kjer porabimo za zboljšanje dviga trepalnic mišice in organe v okolici. V prvo vrsto spadajo operacije po Eversbushu, Blaskovitsu in druge, v drugo vrsto pa one po Pagenstecherju, Hessu Motaisu in slične.

Dr. B. Brecej: **Sekundarne artroze v poteku muskularnih distrofij.** Demonstracija primera s sedemletno opazovalno dobo. Diferencialna diagnoza med primarno artroznimi obolenji ter sekundarnimi artrozami.

Znanstveni sestanek v Ban. splošni bolnici v Mariboru

dne 16. decembra 1938.

Vodja sestanka dr. M. Bedjanič

Dr. M. Bedjanič (v. d. šefa infekc. odd.): **Primer anthraksa kože.**

Dr. B. Lutman (v. d. šefa intern. odd.): **Dosedanji uspehi s cepljenjem želodčnega soka pri želodčnih hiperergijah.** (Izšlo in exsteno v Zdravniškem vestniku 1938/X.)

Dr. M. Černič (šef I. kir. odd.): **Vagina septa — uterus septus (didelphys).**

Kolega venerolog mi je poslal 18letnico, ki da se je zatekla k njemu, da ima kaj nevarnega na spolovilih; našel je vagino septo in radi nje jo pošilja k meni.

Pri preiskavi sem našel v vagini pretin, segajoč od zgoraj navzdol. Ta pretin sem operiral in pri tem ugotovil, da sega vzdolž nožnice do porcije, vendar ne na porcijo samo, marveč pušča tam nekak vestibulum tako, da je porcija prosta. Ko sem bil prežgal in deloma prerezal ta pretin vzdolž vse vagine, sem zagledal na porciji dve odprtini: porcija je sličila rilčku prešička, samo da ni imela krajev, kakor jih ima rilec na robu; iz obeh odprtini se je cedila sluz — dokaz, da sta obe v zvezi z maternično notranjščino, torej maternični odprtini.

Vsled tega dognanja sem predlagal bolnici operacijo maternice in se po pregledu ginekoloških knjig odločil za operacijo po Strassmannu, o kateri pravi Halban v svoji knjigi: »Gynäkologische Operationslehre«, da je bila do leta 1932. izvršena po literaturi 19krat, on sam pa da jo je delal 2krat. Mislim, da že to dejstvo samo opravičuje mojo namero, da vam o njej poročam.

Iz anamneze bi poudaril, da je bila bolnica rojena donošena. Perilo je dobila s 13. letom; prvega pol leta je bilo brez bolečin, potlej pa so se pojavile bolečine pred perilom: napejalo jo je po trebuhu, krče je imela po njem in v desni nogi, križu in danki, občutek je imela, da mora na blato, opravila pa ni navadno ničesar, tudi v želodcu jo je tiščalo in bljuvala je sline. Perilo je trajalo po teden dni in je bilo zelo močno, včasih je imela perilo tudi po dva tedna, in sicer na vsakih 10 dni tako, da ji je med šolanjem, ko je bila z doma, primanjkovalo perila. Bila je vse svoje življenje bleda, slabokrvna. Zanimivo je tudi to, da je imela ena njena teta — ujna — očetova sestra —

enake težave na maternici, katere je zgubila šele, ko se je bila dala operirati na maternici, baje so ji vzeli vso maternico.

Strassmannova operacija ima dva dela: eden prereže pretin v vratu maternice skozi nožnico, laparatomija pa prereže najprej maternični rob od enega do drugega ustja jajcevodov, razkreči potlej to maternično rano od spred navzad in prereže pretin v maternici, kolikor ga je še ostalo od prereza skozi nožnico; nazadnje zašije maternico v tej legi, t. j. od spred navzad, da tako prepreči novo zrast pretinovitih štrcljev. Da se prepričam, da je pretin res prerezan, sem s Hegarji skozi porcijo in vrat sondiral njeno notranjščino takoj po operaciji in vložil laminarko, da tudi v materničnem vratu preprečim zraščene pretinovitih štrcljev. Efekt operacije je bil, da bolnica nima nikakih bolečin več pri perilu in je z operacijo docela zadovoljna. Tudi drugače se je vidno popravila.

Dr. M. Černič (šef I. kir. odd.): Primer frakture in izpaha levega gležnja.

49letnica »je nerodno stopila z levo nogo«, drugi dan je bila sprejeta na oddelek, kjer je rentgen pokazal »fractura malleoli lateralis sin. luxatio pedis posterior«; noga je bila zelo otekla v gležnjih, na koži polno velikih mehurjev s seroznorumeno tekočino. Zaradi teh mehurjev smo odlašali z repozicijo, peti dan pa smo se odločili zanjo, ker je bila nevarnost, da nastane mokra gangrena. Uravnali smo nogo v omrtvičenju hrbnega mozga ter napravili visok mavčev škorenj na upognjeno koleno; rentgen je pokazal normalne razmere v nožnem sklepu. Nevarnost gangrene še ni minila, kakor je videti na pastoznem tkivu noge. Ta primer pokažem vsled tega, ker je bila noga v nevarnosti in to zaradi navzad zmaknjene noge, ki je s tem onemogočila pritok krvi po arteriji dorsalis pedis in odtok po njenih venah spremljevalkah, pokazala se je začetna mokra mrtvina, ki bi bila nogo pogubila, da je nismo pravočasno opazili in noge uravnali.

Dr. V. Kerže (asistent I. kir. odd.): Zdravljenje odprtih fraktur.

Predavatelj opiše na podlagi dveh primerov zdravljenje odprtih fraktur na I. kirurškem oddelku. Rane, ki niso starejše od 7 ur, se v lokalni povsesemski ali lumbalni anesteziji izrežejo ali zašijejo. Nato se kosti uravnajo in po potrebi napravi mavec ali ekstenzija. Zahteva se točna repozicija, da se doseže dober funkcionalen rezultat v primeru težkih poškodb, da se reši infekcije okončina in tudi življenje ponesrečenca.

Nato demonstrira odprto maleorarno frakturo z lateralno subluksacijo desnega stopala pri 47letni bolnici, ki jo je oskrbel dve uri po poškodbi. Rana se je izrezala, nato je sledila repozicija v lumbalni anesteziji s Tropa-kokainom. — Napravil se je mavčev škorenj z lino. Čez 14 dni se odstrani, ker je postal ohlapen in se napravi drugi. Rentgen. kontrola: repozicija uspeša. Ker so tu vezi pretrgane, morajo imeti bolniki mavčev škorenj po 10 tednov, da se vezi čisto zarastejo, sicer lahko nastopi reluksacija.

Drugi primer. 24letni železničar, katerega je bil podrl vlak. Bolnik se je zavedel po par urah in bil pripeljan v bolnico 10 ur po poškodbi. Desni komolec je kazal na zunanji strani ca. 5 cm dolgo zamazano rano, iz katere prolabira muskulatura.

Rentgen. slika: sklepni del desne nadlehtnice zdrobljen — subluxatio cubiti sin. V Kullenkapfovi anesteziji se prolabirana muskulatura izreže — kostni drobec se odstrani, rana pa pustí odprta. Desna gornja okončina se nato v mavčevem rokavu z lino imobilizira na triangulumu. Rana je po treh tednih za polovico manjša, površina brez reakcije.

Dr. A. Prijatelj (sek. II. kir. odd.): Dupuytrenova kontraktura.

Predavateljica pokaže primer Dupuytrenove kontrakture pri 52letnem pacientu. Pred 2 letoma je opazil, da sta se mu začela polagoma krčiti prstanec leve roke in dlan v poteku istega prsta. Ker se je prst vedno bolj krčil, se je z njim že skoraj dotikal dlani. Iztegniti prsta ni več mogel. Oviralo ga je pri delu. Poškodbe, vnetja, revmatičnih ali živčnih obolenj ne navaja.

Na dlani desne roke je opaziti v poteku prstanca nagubano in zatrdelo kožo, ki je s podlago krepko zrastle. Pod kožo je tipati številne vozličaste zatrdline in pentlje, pri-

padajoče palmarne aponevrozi. Prstanec iste roke je volarno flektiran, najbolj v metakarpofalang. sklepu, manj v I.—II. falango-interfalang. sklepu. Končna falanga je prosta. Ekstenzija prsta ni izvedljiva. Brazgotin ali znakov vnetja na roki in prstu ni opaziti. Iz anamneze in jasne klinične slike se je izluščila diagnoza: Dupuytrenova kontraktura.

Operacija: V provodni anesteziji se napravi na dlani iste roke pravokotni plastični rez v poteku prstanca, nato pa se eksaktno ekstirpira oni del palmarne aponevroze, ki je zatrdel, vozličasto spremenjen in s trdimi trakovi fiksiran na podlago in kožo. Sledijo šivi kože in imobilizacija roke v ekstenziji prstanca (v korigirani legi). Rana je bila zaceljena per primam, prst je bil povoljno korigiran, vendar njega funkcija še nepopolna, zato se nadaljuje z mehanoterapijo. Bolnik je prišel po odpustitvi še večkrat na kontrolo in je bilo opaziti 8 tednov po operaciji popolno korekcijo prsta z zadovoljivo funkcijo. Pri Dupuytrenovi kontrakturi etiologija še ni pojasnjena. Beleži se: 1. **Travmatična geneza**, katere pristaš je Dupuytren sam. Kot vzrok se navajajo inzulti palmarne aponevroze (ročni delavci). Obolenje pa se pojavi tudi pri duševnih delavcih in otrocih. Pri teh se navajajo kot vzroki: a) konstitucionalni momenti (revmatizem, diabetes, diab. insip); b) hereditarni momenti, opazovani na mnogih primerih. Krogius je v štirih generacijah našel 16 primerov Dupuytrenove kontrakture. 2. **Nevrotrofična etiologija** (Tabes, Syringomyelia, obojestranske nevritle n. ulnaris, alkoholne nevritle). 3. V novejšem času se smatra potajeno vnetje palmarne aponevroze kot vzrok omenjenega obolenja.

Madelung misli, da je vzrok temu obolenju pomanjkanje maščobe. Brez zunanjih vzrokov nastopi kontraktura v obliki volarne fleksije, in sicer najraje na prstancu in na mezinu. Pozneje preide obolenje na sredinec, dočim ostane palec prost, kazalec pa je redkokdaj prizadet. Klinično opazimo že v zgodnjem poteku zatrdle vozličke palmarne aponevroze, ki se spremenijo pozneje v trakove ter se z njimi pripenjajo na dlanske kite in mišice, včasih celo na dlančnice same.

Potek obolenja, lokalizacija in tipična klinična slika izključujejo diferencialno diagnostične različne tendinogene, artrogene nevrogene kontrakture, nadalje travmatične in vnetne kontrakture. Operacija obstoja v najeksaktnejši ekstirpaciji obolele, včasih vse aponevroze z njenimi vozlički in peclji vred, čeprav segajo do dlančnic samih. Operacija sama pa bi ostala brezpomembna, če bi izostalo tako zelo važno postoperativno zdravljenje: mehanoterapija. Pri starejših pacientih je na mestu previdnost, ker rade nastopajo postoperativne nevroze prstov.

Znanstveni sestanek v Ban. splošni bolnici v Mariboru

dne 20. januarja 1939.

Vodja sestanka dr. M. Bedjanič

Dr. V. Kerže (asist. I. kir. odd.) pokaže dva primera difuzne peritonitide po perforaciji slepiča in po perforaciji dvanajstnika. Oba sta bila operativno ozdravljena, nadalje primer **impressio cranii**, ki zapušča bolnico ozdravljen, čeprav imprimirani del ni bil dvignjen in reponiran.

Dr. Zitnik (sek. I. kir. odd.): **Necrosis acuta haemorrhagica pancreatis**. Pacient je bil operiran 12 ur po nastopu bolezni in je bil ozdravljen. Nato pokaže primer **pancreatitis chronica**. Bolezen traja 11 let in je bila slučajno odkrita pri operaciji slepiča. Kot zadnji primer pokaže **infiltratio glutealis** kot komplikacijo po operaciji slepiča.

Dr. Radšel (v. d. šefa odseka za pljučne bolezni): **Poročilo o delovanju odseka za pljučne bolezni v letu 1938**. (Poročilo bo izšlo in extenso v Zdravniškem vestniku.)

Dr. V. Hribar (šef prosekture): **Primer sclerosis pulmonalis**.

Dr. V. Milavec (v. d. šefa dermatol. odd.): **Aene conglobata**.

Drobiž

Spremembe, dodatki in popravki v jugoslovanski farmakopeji

Komisija za izdelavo in spopolnitev jugoslovanske farmakopeje je sklenila na svojem prvem sestanku, da bo izvršila spremembe v jugoslovanski farmakopeji, ki bi se izkazale na temelju dosedanjihkušenj za potrebne. Da bi mogla to svojo nalogo čim bolje izvršiti, je že enkrat poslala zdravnike, da v določenem roku pošljejo svoje predloge v pogledu zgoraj omenjenih sprememb. Ker pa je do sedaj prišlo zelo malo predlogov, zato prosi komisija še enkrat gg. zdravnike, naj pošljejo predloge najkasneje do 1. maja t. l. na sledeči naslov: Ministrstvo soc. politike in narodnega zdravja — Komisija za izdelavo in spopolnitev jugoslovanske farmakopeje, Beograd, Knežev Spomenik 5/V.

Vodstvo zdravilišča v Topolšici je po tragični smrti bivšega vodje dr. Savića prevzel g. primarij dr. Tomaž Furlan, član našega konzorcija in agilni delavec pri Zdravniškem vestniku.

»Union medicale balkanique« je v glavnem znanstvena institucija balkanskih zdravnikov. Poleg tega pa ima tudi namen vzpodbujati zdravnike iz vsega sveta k tovarištvu in medsebojnemu prijateljstvu. Trudi se ustvariti kompakten blok ljudi, ki bi se navduševali za borbo proti mržnji in bojem posameznih narodov. V glavnih mestih balkanskih držav: Atenah, Beogradu, Bukarešti in Ankari so se osnovala že skupine, ki delujejo v duhu te unije.

Jugoslovanska liga proti tuberkulozi bo priredila v zvezi z Jugoslovanskim ftizeološkim društvom V. jugoslovanski kongres proti tuberkulozi v kopaljšču Lipik od 28.—30. maja 1939. pod pokroviteljstvom Nj. Vel. kraljice Marije. — Načrt je sle-

deči: 1. Novi načini kirurškega zdravljenja pljučne tuberkuloze. 2. Tuberkuloza in vas. 3. O delovnih pogojih ftizeologov z ozirom na kvarni vpliv rentgenskih žarkov in tuberkuloznih bacilov. Društvo prosi udeležence kongresa, naj javijo svoja poročila o zgoraj omenjenih vprašanih najkasneje do dne 15. aprila t. l. na naslov: Dr. Špiro Janović, tajnik Jug. ftiz. društva, Zagreb, Degenova ul. 7. Poročila naj bodo pisana s strojem in ne daljša od 1 strani.

Francosko-jugoslovanski zdravniški teden v Parizu. Dne 2. marca je bil svečano začet francosko-jugoslovanski zdravniški teden na medicinski fakulteti. Navzoče so bile številne znane osebnosti iz zdravniškega sveta in okoli 100 jugoslovanskih zdravnikov, ki so študirali v Franciji. Med drugimi sta govorila tudi maršal in vojvoda jugoslovanske vojske Franchet d'Esperey ter dekan beograjske medicinske fakultete dr. Kostič, ki je poudarjal potrebo po tesnem sodelovanju med francoskimi in jugoslovanskimi zdravniki.

16. mednarodni kongres za medicinsko hidrologijo, klimatologijo in geologijo se bo vršil od 8. do 11. oktobra v Strassburgu. Glavni tajnik je prof. Vaucher, Strassburg, 1 Place de l'Hospital.

XI. kongres Mednarodnega društva za pobijanje tuberkuloze se bo vršil od 16. do 20. septembra 1939. v Berlinu. Obravnavali bodo naslednje: Virulenca tbc. bacila, pomen sistematskih pregledov za odkritje tuberkuloznih nad 15 leti in kako pritegniti tuberkulozne k delu. Predsedoval bo dr. O. Walter. Prijave je pošiljati na vodstvo XI. kongresa Mednarodnega društva za pobijanje tuberkuloze (Berlin. W. 62. Einemstrasse 11).

Iz uredništva in uprave

Literarno strokovno delo naših zdravnikov

Uredništvo Zdravniškega vestnika je sklenilo prinašati seznam slovstvenih del naših zdravnikov, ki so v kakršni koli zvezi z zdravstvom, zdravništvom in zdravilstvom, pa naj so natisnjena v katerem koli jeziku tu- in inozemstva. Zaradi tega prosimo svoje naročnike, da nam pošiljajo svoje knjige in separatume svojih del ali vsaj njihove na-

slove, mesto in čas obelodanjenja. To velja od 1. januarja 1939. naprej.

*

Gg. kolege, ki čitajo strokovno slovo, prosimo, da nam pošiljajo referate o prečitanih člankih, ki bi se jim zdeli primerni za objavo v naši rubriki »Iz zdravniškega slovstva«. Pri referatu je navesti najpreje avtorjevo ime, nato v slovenščino prestavljeni naslov članka in končno ime ter številko časopisa, kjer je članek izšel.

VITADONE

asociacija vitamina A in D v raztopini rastlinskega olja
v ampulah za injekcije pri

TUBERKULOZI

2 injekciji tedensko

Škatle s 6 ampulami po 2 ccm

VITADONE

se prireja tudi v soluciji
za peroralno zdravljenje
v stekleničicah po 10 ccm

Formula: 50.000 i. e. vitamina A
10.000 i. e. vitamina D

LES ÉTABLISSEMENTS BYLA - PARIS

Vzorce in literaturo pošilja:

N. MAUPOINT de VANDEUL, BEOGRAD, Mutapova 12

VELIKA ZDRAVILNA MOČ

radio-aktivne termalne vode (37°) v zdravilišču

RADIO-THERMA LAŠKO

INDIKACIJE:

- kronični revmatizmi
- nevralgije, ishias
- kronična obolenja črevesja in ožilja
- ženske bolezni
- arteriioskleroza

Zdravilišče je enakovredno inozemskim zdraviliščem te vrste

POMOŽNI ZDRAVNIŠKI PRIPOMOČKI:

Elektroterapija, medicinalne črevesne kopeli z radio-termalno vodo (Enterocleaner), masaže in dijetično zdravljenje

ZDRAVILIŠČE ODPRTO VSE LETO!

Izven glavne sezone, t. j. od 1. septembra do 30. junija nizke pavšalne cene:

za 10 dni din 600.-, za 20 dni din 1100.- (stanovanje, hrana, kopeli, zdravniški pregled in ostale takse). Informacije in prospekte s cenikom pošlje na željo

UPRAVA ZDRAVILIŠČA

Dr. A. KANSKY - LJUBLJANA

KREKOV TRG 7 / TELEFON ŠTEV. 20-88

Urejuje ordinacijske sobe

Nudi zdravniške instrumente in aparate, kakor tudi vse v to stroko spadajoče kemikalije po najnižjih cenah

ZADOVOLJNI BOSTE,

ako se pravočasno naročite
na novi letnik ilustrirane revije

Življenje in svet

v novi opremi in na lepem papirju

Naročila sprejema uprava revije
Ljubljana — Aleševčeva ul. 16
Zahtevajte prospekte!

TISKARNA MERKUR D. D. LJUBLJANA, GREGORČIČEVA ULICA 23

TELEFON 25-52

Tiska knjige, brošure, časopise, uradne, trgovske in vsakovrstne druge tiskovine. Eno- in večbarvni tisk. Pri večjih nakladah rotacijski tisk. V lastni založbi tiska Službeni list kralj. banske uprave dravske banovine, Zbirko zakonov in uredb i. dr.

Lastna knjigovelnica. Vsa dela hitro, lično in po zmerni ceni. Zahtevajte proračune. ●

Prodaj kompletan zdravniški instrumentarij in lekarno. Cena po dogovoru.
ELA MICHELITSCH, vdova po banov. zdravniku, Velike Lašče, Dolenjsko.

Gospod tovariš!

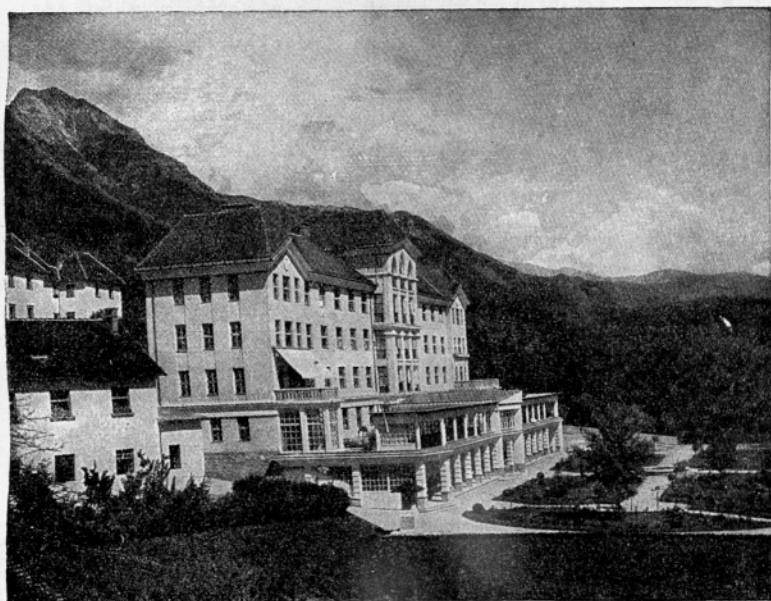
Ker so tvrdke, ki oglašujejo v Zdravn. Vestniku, v vsakem oziru priporočljive, krijte svojo potrebo pri njih! Vedno pa, kadar kaj naročite pri kaki tvrdki, pa bodisi tudi samo vzorce in literaturo — se sklicujte na Zdravniški Vestnik!

S tem koristite sebi in svojemu glasilu!

Imam na razpolago dobro ohranjeno leseno zdravniško mizo za ginekološke preiskave. Cena po dogovoru. FANI VOVES, vdova po banov. zdravniku v p., Radovljica.

Zdravilišče **GOLNIK**

*za bolne
na pljučih*



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

3

OSKRBNI RAZREDI

Vsi moderni diagnostični pripomočki na razpolago. — Higienično-dietetično zdravljenje, tuberkulin, avroterapija, pneumothorax artificialis in vse operativne metode.

Vse informacije daje uprava zdravilišča Golnik

Pošta — telefon — brzojav: Golnik. — Železniška postaja za brzovlake Kranj, za osebne vlake Križe—Golnik na progi Kranj—Tržič. — Avto pri vseh vlakih

Kaštel d.d.

Oddelek: „SANABO-KAŠTEL“

FOLIPEX

„SANABO-KAŠTEL“

Kristalizirani folikularni hormon v močni dozaciji

Injekcije po 500 int. edinic in 1000 int. edinic v vodeni raztopini

Injekcije po 10.000 in 50.000 int. benzoat-edinic v oljnati raztopini

Tablete po 5000 int. edinic. — Supozitorije po 5000 int. edinic

AMENOREJA DISMENOREJA

TEŽAVE V KLIMAKTERIJU

Vzorci in literatura na zahtevo!

Pri nevrasteničnih motnjah, nervoznih težavah, dismenoreji, glavobolu in nespečnosti

ŽENÁ

ima dober uspeh kombinacija ovarija, ženskega seksualnega hormona in broma

VALOVOSAN „Kaštel“ škatle s 40 draž. tabletami

A v klimakteriju

MENOKTAN „Kaštel“ škatle s 30 in 50 tabletami

(ovarij, ženski seksualni hormon, brom, teobromin, papaverin in kalcij)

Novo delotvorno sredstvo za biološko terapijo **fluorja**

PUROVAGIN „Kaštel“ škatlice s 15 in 30 komadi vaginalnih tablet

(3-acetilamino-4-oksi-fenilarsinska kislina)

Kaštel d.d.

Z A G R E B