

# 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, APRIL 1939

ŠTEV. 4

### ANALEPTIN „Kemika“

Dietilamid piridin-karbonske kisline v 25% ni vodeni raztopini. Raztopina za peroralno uporabo (à 10 gr) in ampule za injekcije (škatla 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 torej predpisati dober preparat čistega C-vitamina, potem izvolite vedno predpisovati Proscorbin „Kemika“.

### B<sub>1</sub>-VITAMIN „Kemika“

Tablete à 0.001 gr in injekcije à 0.002 gr. B<sub>1</sub>-vitamin forte à 0.01 gr. Zanesljiv in cenen preparat B<sub>1</sub>-vitamina, ki se daje z odličnim uspehom pri nevritudah, nevrogijah, diabetesu, anoreksiji i. t. d.

*Predpisujte domače preparate!*

»KEMIKA« D. D. ZAGREB

# Vsebina četrtega zvezka

Dr. V. Trampuž: Diagnosticiranje nosečnosti s pomočjo las po Kosjakovu . . . . .	121
Dr. S. Praprotnik: Zdravljenje erisipela . . . . .	123
Dr. L. Marinšek: Salmonella . . . . .	126
Dr. L. Trauner: Ali je vegetarijanska dieta pri revmatizmu znanstveno upravičena? . . . . .	131
Dr. L. Kline: Kemoterapija z 1162 F in derivati . . . . .	133
Dr. J. Hebein: Holecistografija . . . . .	134
Dr. Z. Šušteršič: Francosko-jugoslovanski medicinski dnevi v Parizu . . . . .	145
Dr. M. Černič: Ob novodobni zdravniški etiki . . . . .	151
Vprašanja — odgovori . . . . .	151
Iz zdravniškega slovstva . . . . .	154
Iz zdravniških društev . . . . .	158
Drobiž . . . . .	160
Iz uredništva in uprave . . . . .	160

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 medicinei 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 povoji 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 kompres** 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*

NEVRO-ORGANSKI TONIKUM

# PROVITAL-ELIKSIR

Organski ekstrakti (jeter, vranice, ledvic), baker, mangan, arzen, fosfor, strihninova tinktura, kofein.

SPLOŠNO REKONSTITUENTNO SREDSTVO, ŽIVČNI IN MOŽGANSKI TONIKUM, KRVNI REGENERATOR IN EKSCITATOR ASIMILACIJSKIH FUNKCIJ

Originalna steklenica s 300 g din 50.—

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

# HEPAMULT

je po Castle-jevem želodčnem fermentu aktivirani jetrni granulati — Po svoji praktični in varčni obliki je posebno prikladen za

JETRNO TERAPIJO PERNICIOZNE ANEMIJE IN KOT PRIPOMOČEK ZA ANTIANEMIČNO-ROBORIRAJOČE ZDRAVLJENJE

D o z a n a d a n: 10 g Hepamult-granula = 250 g svežih jeter. Originalni zavitki: Škatle po 100 g, klinični zavitki po 500 g

## R E M E D I A

KEMIJSKO-FARMACEVTSKA PRODUKCIJA  
ZAGREB, TRG KRALJA PETRA 9

# Dobrna pri Celju 396 m nad morjem

*Naravno-topli 37° C vreli 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!

# FERRIPAN

preparat bakra, dvo- in trovred-  
nega železa, jeter in beljakovine.

**PROTI ANEMIJI**

# NOVO-TROPON

organo-lipoidni  
**TONIKUM**

ki se je dobro obnesel

**UGODEN OKUS! NIZKE CENE!**

Omoti:

50 tablet po 1 g . . . . . din 26'—  
100 g praška (traja za od-  
rasle 10 dni) . . . . . din 44'—  
250 g praška (traja za od-  
rasle 25 dni) . . . . . din 82'—

Omoti:

100 g praška (traja za od-  
rasle 10 dni) . . . . . din 42'—  
250 g praška (traja za od-  
rasle 25 dni) . . . . . din 80'—

Dnevno 3 krat po 1 malo žlico po jedi na tekočini. Otroci polovico.

**TROPONWERKE  KÖLN-MÜLHEIM**

Vzorci in literatura brezplačno na zahtevo pri zastopstvu za Jugoslavijo:

„BIOSAN“

**MR. PH. VLADIMIR SMOKVINA — ZAGREB — KAPTOL 12**

## ANTIPHLOGISTINE

za zdravljenje distorzij in kontuzij in za primere, kjer je indicirana aplikacija dolgotrajne vlažne toplote. Antiphlogistine je istočasno idealna antiseptična obveza za rane, ki zavira — aplicirana direktno na mesto poškodbe — razvoj bakterij in pospešuje zdravljenje. Obkladek z Antiphlogistine prenašajo posebno radi otroci, ker aplikacija in odstranitev obkladka ne povzroča nobenih bolečin — Vzorci in literatura so brezplačno na razpolago

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

**Braće J. Jovanovića, Beograd, ulica Kneza Mihaila 33**

# ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA

LETNIK XI

LJUBLJANA, APRIL 1939

ŠTEV. 4

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

## Diagnosticiranje nosečnosti s pomočjo las po Kosjakovu

Dr. Vladimir Trampuž

Točna klinična diagnoza nosečnosti, posebno zgodnje, je večkrat zelo težavna tudi za izkušenega ginekologa. To je vzrok, da so v ginekologiji od nekdanj stremeli za diagnostičnimi metodami, posebno laboratorijskimi, ki naj bi omogočile sigurno in hitro diagnozo nosečnosti. V ta namen je bilo v teku let preizkušenih in objavljenih nešteto metod, oziroma reakcij. Vse te reakcije lahko delimo v tri velike skupine in sicer: 1. kemične, 2. kemično-biološke, 3. biološke metode. Izmed vseh teh reakcij zaradi svoje skoraj stoodstotne zanesljivosti si je priborila prvo mesto edino splošno znana biološka metoda po Aschheimu in Zondeku. Aschheim-Zondekova reakcija in njene modifikacije, čeprav tako zanesljive, imajo to negativno stran, da dobimo rezultate šele po 24—100 urah in, da je izvajanje reakcije odvisno od vsestransko dobro urejenega velikega laboratorija in za to izučenega osebja. Zaradi tega še vedno niso nehala prizadevanja avtorjev za pridobitev bolj enostavne in hitrejšje reakcije. Tako so nastale zadnja leta deloma kemične, deloma biološko-kemične reakcije po Kapeller-Adlerju (določevanje histidina v urinu), Visscher in Bowmmanu (kemično določevanje gonadotropnega hormona hipofize v urinu), po Kustallowu (reakcija z infuzoriji), Gruskinu (reakcija z ekstraktom placent) in še veliko drugih, ki pa si vse niso mogle pridobiti splošnega priznanja zanesljivosti in uporabljivosti. Med temi je tudi metoda diagnosticiranja nosečnosti s pomočjo las gravidne žene po Kosjakovu.

Ta metoda diagnosticiranja graviditete bazira na ugotovitvah Kosjakova, da vsebujejo moški lasje in lasje gravidne žene večjo količino žvepla, vezanega na keratin, kot pa lasje negravidne žene. Ugotovitev prisotnosti žvepla in omenjene razlike v količini je omogočil Kosjakov z reakcijo, katere bistvo je, da se metilenovo modrilo pod vplivom žveplovodika, ki se razvija po kuhanju las v 10% raztopini KOH in po dodatku 4% HCL, razbarva. Pri gravidnih ženah in moških se to razbarvanje izvrši že v 10 do 15 sekundah, pri negravidnih ženah pa v 1½-2 minutah. Reakcija je zelo preprosta, se vrši v epruveti in je v 3 minutah gotova. Važno pa je, da na potek reakcije vplivajo, po izkušnjah Afanasjevskega, motnje v presnavljanju, obolenja endokrinih žlez, obolenja centralnega živčnega sistema, motnje v prebavnem traktu in druga težka obolenja. Po tej metodi je raziskoval lase razen drugih avtorjev (Kornilov, Poljakov itd.) posebno Afanasjevski v Leningradu pri 500 ženah, in je imel v 97% pozitivne rezultate.

Na ginekološki kliniki v Beogradu so Barjaktarović, Bravarski in Popović tudi preizkušali omenjeno metodo in v svojih ugotovitkih poročali v »Medicinskem pregledu« št. 6. leta 1935., kjer je tudi točno opisana tehnika reakcije. Rezultati beograjske klinike so sledeči: od 101 nosečih (intrauterine grav. od I. do X. meseca) je reakcija bila pozitivna v 98·1%. Od tretjega meseca nosečnosti naprej pa v 100%. V primerih ekstrauterine nosečnosti je reakcija bila pozitivna v 83·4%.

Imeli bi torej opravka z metodo, ki po enostavnosti in rezultatih močno tekmuje z Aschheim-Zondekovo reakcijo in njenimi modifikacijami. To nas je vzpodbudilo, da tudi v našem zavodu preizkušamo metodo, predvsem z ozirom na njeno uporabnost za zdravnika izven bólnice. Toda naša pričakovanja se niso izpolnila, rezultati nam reč daleč zaostajajo za onimi, doseženimi na beograjski kliniki.

Raziskovali smo lase pri 80 gravidnih ženah, v IX.—X. mes. nosečnosti in pri 35 negravidnih ženah.

Od 80 gravidnih se je razbarvalo metilensko modrilo v

10—15 sekundah	pri 22%
15—30 „	„ 28%
30—60 „	„ 43%
1—1½ min.	„ 35%
1½—2 „	„ 35%

Od 35 negravidnih se je razbarvalo metilensko modrilo v

10—15 sekundah	pri 13%
15—30 „	„ 13%
30—60 „	„ 39%
1—1½ min.	„ 17·5%
1½—2 „	„ 17·5%

Torej so bili samo v 22% pozitivni rezultati.

Če primerjamo te številke, vidimo, da je neka težnja hitrejšega razbarvanja pri laseh gravidnih. V splošnem pa so rezultati taki, da nam ne dopuščajo ustvarjati si kakšnih posebnih zaključkov o vrednosti te reakcije, posebno ker je v 13% negravidnih izpadla reakcija kot pri gravidnih.

Iskali smo vzrok temu neuspehu. V tehniki reakcije zelo verjetno ni bilo napak, ker smo se ravnali točno po vseh navodilih, ki smo jih dobili v omenjenem članku. Vendar te možnosti ne moremo popolnoma izključiti, kajti navodila za reakcijo, kakor smo jih dobili v omenjenih člankih in osebno od g. doc. Barjaktarovića, dopuščajo preiskovalcu precej svobode v izvajanju reakcije in presojanju rezultatov tako, da se more prepustiti reakciji, po besedah g. doc. Barjaktarovića, neka »individualnost«. — Če lahko izključimo napake v reakciji sami, potem moramo iskati vzrok neuspehu v organizmu žene. V to nas vodi tudi opozorilo avtorjev, ki pravi, da so motnje v endokrini sekreciji, presnavljanju, prebavi, karcinom in dr. vzrok nesigurnih rezultatov. Seveda so vse omenjene motnje lahko različne intenzitete, lahko so manifestne in latentne. O mejah njihovega vpliva na reakcijo niso avtorji povedali ničesar točnejšega.

Vsa ta dejstva opravičujejo našo domnevo, vsaj teoretično, da so druge imeli tako lepe rezultate, mi pa slabe, zaradi tega, ker so mogoče metodo preizkušali pri primerih za poskus slučajno ugodnih, ali pa izbranih, kjer so lahko izključili vse omenjene motnje, ki vplivajo na potek reakcije. Mi pa smo se ozirali samo na klinično stanje in na bolezn, ki se lahko doženejo z navadnimi metodami. O načinu eruiranja in eliminacije vseh ostalih motenj nismo mogli zvedeti ničesar.

Vse to nas sili, da metode še ne moremo smatrati za splošno uporabno in zanesljivo. Seveda še ni rečeno, da jo moramo zane-

marjati ali odkloniti, kajti teoretično je baza dobra. Potrebna je izpopolnitev v tem smislu, da se najde izvestna korektura, ki bi omogočala pravilno presojo poteka reakcije tudi ob vplivu raznih omenjenih motenj v organizmu, ki zmanjšujejo za sedaj vrednost omenjene metode.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Die Reaktion nach Kosjakov beruht auf der Tatsache, daß die Haare einer Schwangeren mehr Schwefel, gebunden an Keratin, enthalten, als die Haare der Nichtschwangeren. Die Ermittlung dieses Unterschiedes an Schwefelgehalt ist ermöglicht durch eine Reaktion mit 10% KOH Lösung, Haaren und Methylenblau, die in einer Epruvete abläuft und circa 3 Minuten dauert. — Der Verfasser hat diese Reaktion, die nach Afanasjevski (Leningrad) 97%, nach Barjaktarović (Beograd) 83 bis 100% positive Resultate gibt, an 80 schwangeren und 35 nichtschwangeren Frauen erprobt. — Die Reaktion war positiv bei 22% der Schwangeren und in 13% der Nichtschwangeren. Auf Grund dieser Tatsache kommt er zu dem Schlusse, daß die Reaktion unverläßlich und praktisch unbrauchbar ist.

#### SLOVSTVO

E. Kehler: Halban-Seitz-Biologie u. Path. des Weibes, Bd. VI., 2 S. 920. — Kraul: Ärztliche Praxis, 1933, S. 265. — S. Barjaktarović, E. Bravarski in Popović: Medicinski pregled I. 1935., št. 6, str. 106. — M. Bogdanović in Bravarski: Srpski arhiv za celokupno lekarstvo, I. 1936, št. 1, stran 51. — Kustallow. Zbl. f. Gynek., I. 1937., No. 5, str. 269. — Pangalos: Zbl. f. Gynek., I. 1938., No. 49, str. 2725.

Dr. Vladimir Trampuž: Die Schwangerschaftsdiagnostizierung nach Kosjakov. (Aus dem Frauenkrankenhause in Ljubljana. Vorstand Prof. Dr. Alojz Zalokar.)

---

IZ infekc. odd. Obče drž. bolnice v Ljubljani (šef dr. V. Meršol)

## Zdravljenje erisipela

Primarij dr. Sabina Praprotnik.

Erisipel je že od davna precej pogosta in neprijetna bolezen. Zdravniki so jo poskušali zatreti na različne načine, a vendar so kljub zdravljenju s strahom opazovali nadaljnje širjenje rdečice. Pri otrocih smo z ledeno grozo spremljali širjenje bolezni, ki je včasih v etapah zasegla prav vso kožo. Takemu napadu bakterij je sledila velika onemoglost in izčrpanost telesa. Dojenčki so bili najbolj prizadeti in so pogosto podlegli bolezni.

Izbira zdravil je bila pestra, zdravljenje dolgotrajno in malo uspešno. Mnogo so zdravniki uporabljali ichthyolvaselin, argentum nitricum sol in leukoplast. Slednji naj bi kot tesen oklep skušal preprečiti širjenje rdečice na koži. Prav dobro se spominjam neznatnega vpliva vseh teh zdravil na bakterije. Trdovratnost infekcije ni vplivala porazno samo na bolnika, temveč tudi na zdravnika.

Uporaba omnadina pri erisipelu je znatno omejila nadaljnje širjenje rdečice na koži. Na temperaturo ni vplival hitro, ker je ostala še 3—4 dni visoka do 39° C. Poleg tega zdravljenja so uporabljali pri šenu tudi obsevanje s kremensko lučjo in intramuskularne injekcije lastne krvi. Zdelo se mi je, da je omnadin hitrejši in uspešnejši v učinku ko lastna kri in obsevanje. Mnogo se je predpisovalo antipiretikov, a vse le z medlim učinkom.

Nov, presenetljiv uspeh zdravljenja šena je nastopil z uporabo streptazola, ki je naglo odstranil skrb za nevaren potek bolezni.

Streptazol je paraaminofenil sulfamid. Vpliva toksično na mikrobo, njegovo delovanje je polivalentno, ker vpliva na različne vrste bakterij (streptokoce, meningokoce, gonokoce, stafilokoce, pneumokoce).

Infekcijski oddelek je začel zdraviti bolnike s šenom decembra 1936. V teku tega meseca smo imeli 15 bolnikov. Zdravili smo jih z omnadinom, amidopirinom in mrzlimi Burowimi obkladki. Vsak bolnik je dobil sorazmerno s težo obolenja 1 do 3 injekcije omnadina à 2 cm<sup>3</sup>. V vseh primerih, kjer je bil šen združen s flegmono smo injicirali še večje količine omnadina. Pri injekcijah smo opazili, da se je rdečica kože ustavila že po prvi, kar se nam z ichtyolom, solutio argenti nitrici in leukoplastom ni tako hitro posrečilo. Temperatura je nihala po omnadinu med 38 in 39° C še najmanj tri dni. Tudi bolečine se niso zmanjšale. Bolniki so trpeli radi napetosti kože, ki je bila posebno izražena pri šenu na glavi. Veke so močno nabrekle in onemogočile odpiranje oči. Bolnikovega razpoloženja niso poslabšale samo bolečine v glavi, ampak tudi bojazen, da je nevarno obolelo oko. Okrog četrtega dne je temperatura padla na 37° C. Polagoma je rdečica kože izginevala, še kasneje je pa upadla zabuhlost. Približno čez 8 dni je dobila koža zdrav izgled.

V letu 1937. se je na infekcijskem oddelku zdravilo 147 bolnikov s šenom in v letu 1938. jih je bilo 138. Skoro vse smo zdravili s streptazolom. Predpisovali smo ga po trikrat na dan 1 do 2 tableti, in sicer skozi tri do pet dni. Kožo smo namazali z borvazelinom in na njo pokladali mrzle Burowove obkladke. Drugi ali najkasneje tretji dan po uporabi streptazola je temperatura padla od 39° na 37° C, istočasno so prenehale bolečine. Rdečica in nabrekliina kože se nista več širili. Rdečica kože se je drugi ali tretji dan začela prelivati v višnjevo barvo, znak, ki pravi, da vnetje pojema. Četrta ali peti dan je tudi nabrekliina izginila.

Ako primerjamo sedanje zdravljenje šena, to je s streptazolom, s prejšnjim, ki je bilo zelo pestro, a prav tako malo uspešno, ugotavljam troje važnih dejstev. Prvič: v lahkih primerih pade temperatura že naslednji dan, v težjih pa drugi ali najkasneje tretji dan. Drugič: bolečine so takoj naslednji dan manjše, milejše in znosnejše. Za tretji in zelo važen uspeh zdravljenja s streptazolom moramo smatrati prestanek širjenja boleznin na koži.

Tega naglega uspeha ni pokazalo nobeno sredstvo pred streptazolom. Vplivi streptazola na potek erisipela so tako jasni in močni, da jih ni mogoče prezreti. Streptazol je izzval velik preobrat v zdravljenju šena. Vsa sredstva, ki so se uporabljala pred njim z malo izjemo omnadina, so le počasi vplivala na omejitev vnetja, ki se je zlasti pri dojenčkih in majhnih otrocih dolgo in krepko upiralo zdravljenju.

Včasih dobimo v zdravljenje bolnika z vsemi znaki šena: z rdečico in nabrekliino kože, z bolečinami in vročino. Običajno zdravljenje s streptazolom ne pokaže jasnega uspeha. Temperatura pade med tretjim in petim dnevom boleznin, nekaj dni ostane na 37° C in se kasneje zopet dvigne. Bolečine so manjše, a ne prenehajo. Pogosto opažamo, da se rdečica in nabrekliina omejitja na manjši obseg. Tak potek boleznin pravi, da nimamo opraviti samo z erisipelom. Za njim se skriva še druga infekcija. Najčesče se mu pridruži flegmona. Njej sledi lymphangoitis, thrombophlebitis, osteomyelitis. Redkejšje se javljajo nephritis in myodegeneratio cordis. Ne upam si trditi, da bi streptazol take kombinacije ozdravil enako kot šen, pa tudi ne morem reči, da bi nič ne vplival nanje. Lymphangoitis in thrombophlebitis ne minejo istočasno z erisipelom, vendar nismo pri njih opazili visokih temperatur in izrazitih bolečin.

Pri flegmoni se temperatura nerada gane od 38° C navzdol. Vendar imamo vtis, da se flegmona po uporabi streptazola ostro omeji in kmalu dozori za kirurško zdravljenje.



Pri vseh primerih osteomielitide in erisipela se šen hitro pozdravi. Osteomyelitis sama ni radi erisipela znova razdražena. Če pa nastopi šen pri starejših bolnikih, ki trpe na myodegeneratio cordis se sicer on sam izboljša, bolniki pa vseeno podležejo srčni oslabeledosti. V podobnih primerih ne iščimo vzroka smrti v veliki virulenci erisipela, ampak v degeneracij drugih organov. Smrtne primere smo imeli, kadar se je družil šen z myodegeneratio cordis, s cirrhosis hepatitis in s sepsu. V letih 1937. in 1938. zaznamujemo le tri smrtne primere.

Recidivi erisipela nastopajo, a zelo redko. Težjih primerov ni. L. 1937. imamo dva, l. 1938. tri bolnike z recidivom.

Pri uporabi streptazola nismo opazili nobenih neprijetnih posledic ali škodljivih pojavov. Imeli smo bolnike, ki so poleg šena bolehalo tudi na nephritisu. Kljub zdravljenju šena s streptazolom se nephritis ni poslabšala, temveč se je pri odgovarjači dieti celo izboljšala. Smrtni primeri so nastopili le kot posledica srčnih in jetrnih obolenj ali sepse.

Prednosti streptazola z ozirom na druga sredstva sem že omenila. Ostane le še vprašanje, kako naj ga predpisujemo. Streptazol imamo v obliki tablet za oralno aplikacijo. Ordiniramo ga trikrat na dan po eno do dve tableti. Za ozdravljenje šena zadostuje že 18 tablet, če ni komplikacij. Oralna aplikacija je zelo enostavna in posebno pripravna za privatno prakso. Lahko pa streptazol tudi injiciramo intramuskularno. Ta način uporabljamo po veliki večini za druga obolenja, ker shajamo pri šenu z oralno aplikacijo.

Omembe vredna bi bila primerjava posameznih metod zdravljenja erisipela z ozirom na ceno. V bolnici smo dognali, da je najcenejše zdravljenje s streptazolom. Ta ugotovitev igra pomembno vlogo pri proračunu izdatkov za zdravljenje v bolnici, v bolniški blagajni in v privatni praksi.

Streptazol danes lahko smatramo za najuspešnejše, mogoče za specifično sredstvo proti erisipelu. Zdravnik se lahko zanese na njegov točen, nagel in zanesljiv učinek. Izgleda, da vpliva na bakterije tako mogočno, da lahko opustimo razen tono-kardiakov antipiretika in druga sredstva.

Pri zdravljenju šena smo poleg streptazola preizkušali tudi delovanje prontosila, ambesida in septazina.

Prontosilum rubrum tablete vsebujejo sulfonamid-diaminoazobenzol. Tudi pri prontosilu smo videli padec temperature že drugi ali tretji dan. Rdečica kože se ni širila dalje. Škodljivih pojavov pri uporabi prontosila nismo opazili. Seč se pri prontosilu pobarva rumeno, zaradi česar zamaže perilo, kar pa malo moti. Cena prontosila je nekoliko višja od streptazola.

Pri zdravljenju šena kažeta podoben uspeh ambesid in septazine.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser berichtet über die schwierige Behandlung des Erysipels mit Ichthyolvaselin, Leukoplast, Argentum nitricum und Omnadin. Gegenüber den erwähnten Mitteln bedeutet die Einführung des Streptazols in die Therapie des Erysipels einen großen Wendepunkt.

Die Hauptwirkung des Mittels liegt im schnellen Abfall der Temperatur, dem Ausbleiben einer weiteren Verbreitung der Hautröte und einer Linderung der Schmerzen. Auch bei Komplikationen des Erysipels mit der Phlegmone, Thrombophlebitis und Lymphangioitis beobachten wir keine nennenswerte Ausbreitung der Entzündung. Unter 285 Fällen von Erysipel sind nur 3 Todesfälle verzeichnet, welche sich aber an Myodegeneratio cordis, Cirrhosis hepatitis und Sepsis anschlossen. Rezidive sind bekannt, kommen aber höchst selten vor. Der Verfasser betont die Vorteile der Streptazolbehandlung des Erysipels und erwähnt gute Erfolge auch bei der Prontosil- und Ambesidtherapie.

# Salmonella

Dr. Leopold Marinšek

Z 1 razpredelnico

Z bakteriološkega-epidemiološkega, kakor tudi s kliničnega stališča zavzema Salmonella danes gotovo eno prvenstvenih vlog med povzročniki nalezljivih bolezni. Na tem področju se je zlasti v zadnjih letih marsikaj spremenilo in dopolnilo, kar opravičuje in dopušča nujnost priobčenja naslednjega referata, ki je spisan zgolj z avtorjevo lažjega upoznanja in zasledovanja tako važnega vprašanja.

Kauffmann karakterizira Salmonello kot grupo bacilov z bički, gram negativnih, ki vsi acidirajo glukozo, odnosno večina njih istočasno tvori tudi plin in razen enega tipa, ne tvori indola.

Nomenklaturni odbor mednarodnega mikrobiološkega društva je izdelal tako imenovano »Kauffmann-White-jevo shemo« grupe Salmonella. Ta je (po Boeckerju) razdeljena na šest velikih grup, označenih s črkami A, B, C, D, E in F in to na podlagi, za vsako grupo karakterističnih, termostabilnih (somatičnih) faktorjev O, ki so v shemi označeni z rimskimi črkami od I. do XII. Poedine grupe sestavljajo različni tipi; te identificiramo in razvrščamo s pomočjo termolabilnega H faktorja, ki nastopa ali v specifični ali pa v nespecifični fazi. Specifične faze so v shemi zaznamenovane z malimi črkami od a do y, nespecifične pa z arabskimi številkami od 1 do 6. Tako n. pr.: označimo salmonello paratyphi B, spadajočo v grupo B z IV V C 1, 2, kar pomeni, da vsebuje O faktor (antigen) IV V in da je njen H faktor difazen — nastopajoč v specifični (C) in nespecifični (1, 2 faktor) obliki.

Novejše preiskave raznih bakteriologov so odkrile, da bacili salmonellae, prvenstveno s. typhi, sestojijo iz treh različnih antigenov-faktorjev, od katerih sta posebno prva dva služila za sestavo omenjene Kauffmann-White-jeve sheme. Ti antigeni so:

1. Termostabilni, somatični antigen O.
2. Termolabilni antigen bičev H.
- in 3. Termolabilni, somatični antigen Vi.

Prvi antigen se nahaja pri vseh gladkih oblikah tifuznih bacilov. Z dverurnim segrevanjem na 100° C ali z absolutnim alkoholom se ta antigen ne more uničiti, dočim enaka temperatura, kakor tudi alkohol uničita antigen H. Pri imunizaciji ali obolenju človeka, odnosno poskusne živalice, tvorita antigen O in H odgovarjajoče aglutinine O in H, ki jih moremo dokazati s pomočjo Widalove reakcije. O aglutinini vplivajo samo na telesa bacilov, dočim ostanejo pri tem bički nadalje gibljivi. O aglutinacija se razvija zelo počasi in je po obliki zrnasta ali polarna: v čisti tekočini se opazijo že s prostim očesom drobna, fina zrnca. H aglutinacija se hitreje razvije (navadno že po dveh urah); makroskopski se vidi v epruveti bolj ali manj motna tekočina s finimi nitkami: nitka sta aglutinacija. Mesto akcije je torej pri H aglutininih bič, pri O aglutininih pa oba pola telesa bacila. V dokaz zato nam služi viseča kapljica, kjer je to lepo videti.

H inaglutinabilnost povzroča po gornjem torej pomanjkanje, odnosno odsotnost bičkov. O aglutinacija pa se večkrat, posebno pri sveže izoliranih bacilih, kljub prisotnosti dovoljne količine O antigena ne razvija. Dolgo časa se ni

vedelo, zakaj to. Vzrok tej inaglutinabilnosti bacilov je po Felix-Pitte in Kauffmannu odkriti Vi (Virulenz) antigen ovojnice, katera obdaja kot nekaka kapsula, odnosno sluzasta prevleka bacilovo telo in tako čisto mehanično preprečuje fiksacijo O aglutinina na bacil. Vi antigen se imenuje zaradi tega, ker so O inaglutinabilne oblike tifuznih bacilov (ki vsebujejo Vi antigen) bolj virulentne za belo miško, kakor pa oni, ki tega antigena ne vsebujejo. Dokaže pa se lahko Vi antigen s serumom, dobljenim z imunizacijo živih (svežih) ali fenoliziranih bacilov, ki imajo maksimalno razvit ta antigen. Optimalni pogoj za razvitje Vi antigena pa je mehko ascites gojišče in temperatura 37° C.

V krvi bolnikov, obolelih na tifusu, se navadno lahko dokažejo O in H aglutinini, pri čemer je za diagnozo velike važnosti, da se najprej razvijejo O aglutinini. Samo H aglutinini se navadno razvijejo pri osebah, ki so bile aktivno imunizirane proti tifusu; H aglutinacija torej ni zadosten dokaz za postavitev diagnoze.

Manj važna nadalje ni tako imenovana »serološka sprememba forme«, ki bazira na spremembi posameznih treh omenjenih antigenov večjega števila salmonella tipov. Do danes so nam poznane: a) H—O, b) S—R in c) V—W sprememba forme. Prva serološka sprememba sestoji v stalni ali začasni izgubi bičkov; ta oblika je največ odvisna od hranljive podloge: H forme (bolje rečeno HO forme, ker samo bički ne eksistirajo!) uspevajo najbolje na mehkem ascites gojišču, dočim uspevajo O forme dobro tudi na navadnih ali fenoliziranih gojiščih. S—R forma predstavlja manj važno — posebno v starih laboratorijskih kulturah dobro vidno — spremembo gladke (smooth) v hrupavo (rough) formo. Pri tretji serološki spremembi V—W forme so možne tri oblike: V forma z maksimalno razvitim Vi antigenom, W forma brez Vi antigena in slednjič VW forma. Za ohranjenje V, odnosno VW forme je potrebna poleg že omenjenega primerne gojišča in optimalne temperature, še trikratna pasaža skozi aktivni serum morskega prašička (komplement).

Opisana nova izkustva služijo danes modernemu bakteriološkemu laboratoriju za lažjo in točnejšo diagnozo salmoneloz, s čemer v prvi vrsti služijo epidemiologu in kliničarju. Tehnika kulturnih biokemijskih in seroloških preiskav salmonellae je danes na zavirljivi višini. Poleg dokaza specifičnih aglutininov s pomočjo Widalove reakcije, o katere važnosti bo pozneje govor, nam za bakteriološko diagnozo grupe salmonella služi predvsem haemolitični koprokultur. Kratek postopek preiskav je naslednji:

Haemokultura. Koagulum krvi (po odvojenju seruma za Widalovo reakcijo) se pretrese v sterilni goveji žolč z namenom, da se bacili pomnožijo; žolč se pusti nato 24 ur v termostatu pri 37° C. Vsak drugi dan se v teku desetih dni precepi na Endo (fuhsin-sulfit-laktoza) agar gojišče. Do zadnjega časa se je haemokultura presajala vedno samo tri dni, a ker se često tifuzni bacili izolirajo šele po šestih do osmih dnevih, je potrebno presajanje vsaj deset dni.

Koprokultura. Faeces se direktno razmaže s stekleno palčico na Endo ploščo in na novo gojišče po Wilson-Blairu, ki ga je uvedel v prakso Manzanete. To izvrstno gojišče, sestojee iz agarja, glukoze, natrijevega sulfita in fosfata, fenusulfata ter barvila »Brillantgrün«, ima pred, do sedaj priznanim Endo in Drigalski agarjem, prednost, da skoro popolnoma preprečuje rast Coli bakterij, Enterokokov in drugih saprofitov. Košček blata se nadalje v svrhu »razmnoževanja« (Anreicherung) bacilov postavi v tekoče gojišče po Kauffmann-Müller-ju ali Schäfer-ju. Obe gojišči vsebujeta v glavnem tetrathionatbouillon-žolč in Brillantgrün. Po petih, odnosno dvajsetih

urah se narasle kolonije presadijo na Wilson-Blair ali Endo gojišče. S pomočjo Kauffmann-Müller-jevega, odnosno Schäfer-jevega gojišča se dobi 20—30 % več pozitivnih rezultatov, posebno pri paratifuznih obolenjih.

**Urinkultura.** Dve do tri kapljice urina se razmažejo direktno na Wilson-Blair in Endo gojišče; istočasno se lahko napravi tudi poskus razmnoženja bacilov v Kauffmann-Müller-jevi podlogi.

Za odvajanje in presajanje, na omenjenih gojiščih naraslih, sumljivih kolonij, kakor tudi za čuvanje H antigena, služi tako zvani trovrstni sladkorni agar po Russel in Krumwiede-ju; imenovano gojišče vsebuje agar, 1 % laktozo, 1 % saharozo, 0,05 % dekstrozo in 3 % Andradeov indikator. To gojišče se uporablja v obliki poševnega agarja v epruveti; na poševno površino se z zanjko razmažejo sumljive kolonije, a istočasno se ubodejo še v dolnji debeli sloj. Tifuzni bacili pordečijo mesto uboda (slično tudi dizenterični bacili), paratifuzni bacili tvorijo poleg rdeče barve še plin, seveda samo malo, dočim tvorijo Coli bakterije enorme količine plina, tako, da govorimo o »eksploziji« gojišča. Za daljni postopek preiskave nam pa služijo na poševni ploskvi gojišča narasle, bolj ali manj prosojne kolonije. Trovrstni sladkorni agar nam daje pred od sedaj uporabljanim in zastarelim politropnim gojiščem primerne boljše rezultate.

V primeru pozitivnega rezultata na sladkornem agarju, se preide na poskus grupne orientacijske aglutinacije, ki se v nasprotju z dosedanjim načinom v epruvetah (čitanje šele po 24 urah!) izvede v nekaj minutah na objektivnem stekelcu. Sumljive kolonije je treba s pomočjo grupnih serumov (od A do F) aglutinirati in s tem določiti, v katero grupo Kauffmann-White-jeve sheme spadajo. Istočasno pa je potrebno za potrditev postavljene grupe napraviti še biokemijski poskus. Kolonije precepimo na: manit, maltozo, saharozo, glukozo, laktozo, ksilozo (samo pri tifusu), plumbum aceticum agar in peptonsko vodo za določitev indola; tej skrajšani biokemijski vrsti se priključi v primeru potrebe še dulcitol, arabinosa, ohamnose sirotki po Bitter-Habsu, Lutijev Sternbouillon in ena Endo plošča za tako imenovani »Schleimwall«. Ta biološka vrsta po 24 urah v termostatu pri 37° C v gotovostjo potrdi ali izključi prisotnost salmonellae in to predvsem v nasprotju s Coli-Aerogenes grupo, ki za razliko od prve oksidira in tvori plin v laktози, ne črni plumbum ac. agar in skoro vedno tvori v peptonski vodi (po dodatku kalijevega persulfida in Ehrlich-ovega reagensa) indol.

Posebna važnost se polaga v novejšem času z epidemiološkega stališča pri s. typhi na določitev tipa (nem. Typ) in to s pomočjo fermentacije ksiloze. Ksiloza pozitivni tip označujemo z I., negativni pa s tip II. S pomočjo tipizacije izoliranih s. typhi bacilov odkrijemo mnogokrat lahko pravi izvor infekcije in zasledujemo potek posameznih primerov, kakor tudi manjših ali večjih epidemij. Navadno pokaže tip I. znatno večjo patogenost in letaliteto.

Ako nam biokemijska vrsta potrdi našo diagnozo, postavljeno po grupni aglutinaciji na predmetnem stekelcu, preidemo k zadnji fazi preiskave — k določitvi tipa (nem. Stamm) v ugotovljeni grupi Kaufmann-White-jeve sheme. Tipizacija se izvede s pomočjo specifičnega, odnosno nespecifičnega seruma odgovarjajoče grupe. Če kultura aglutinira samo z nespecifičnim serumom, potem je potrebno presaditi isto v svrhu razredčenja na plošče trovrstnega sladkornega agarja, na katerih se naslednji dan skušajo najti in identificirati specifične kulture. V nasprotju z grupno aglutinacijo se opisana imenuje tip-aglutinacija.

*Schering*  




Točno doziran v „mg“  
kristaliziranega hormona.

## Čist moški seksualni hormonski preparat

Testoviron je v olju raztopljen Testosteron-propionat, najučinkovitejša danes znana oblika moškega seksualnega hormona.

Pojavi duševne utrujenosti,  
popuščanje telesne moči,  
nespečnost,  
nevroza srca, želodca in črevesja,  
hipogenitalizem in oslABLJENA potenca,  
hipertrofija prostate.

Ovitki z 4 ampulami po 5 mg Din 110.—

Ovitki z 4 ampulami po 10 mg Din 175.—

Ovitki z 2 ampulami po 25 mg Din 210.—

SCHERING A. G. BERLIN N 65

Vodilni preparati železa

**CHINOFERRIN PURUM**  
**CHINOFERRIN CUM ARSENO**

*Pillulae*  
**CHINOFERRINI CUM ARSENO**

Proizvaja Mr. MIRKO KLEŠČIĆ, lekarnar  
Samobor, Savska banovina

Literatura na zahtevo!

**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, OBILICEV VENAC 32/1, POŠT. FAH 371

Katalogi in prospekti na zahtevo brezplačno

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH ORGANOV IN PREOSNOVE

# Rogaška Slatina

ima v svojih treh vrelcih

„TEMPEL“,

„STYRIA“

in „DONAT“

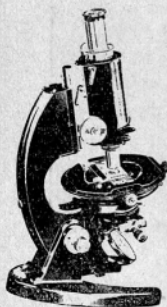
izvanredno zdravilno slatino, ki s svojo silno transmineralizacijo organizma najugodnejše vpliva na organske funkcije, njih vegetativno in hormonalno regulacijo. Indikacije: Vse bolezni želodca, črevesa, jeter, žolčnih kamnov, ledvic. Sladkorna bolezen in putika.

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 punktalna stekla, mikroskopi, razne lupe. — Vsi v to stroko spadajoči instrumenti, daljnogledi i. t. d.

**SAMO KVALITETNA  
OPTIKA! STROKOVNA  
IZVRŠITEV!**



Ljubljana  
Komenskega ul. 4  
Telefon št. 3623

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

Kauffmann-White-jeva shema salmonella grupe vsebuje po Boeckerju v šestih grupah od A do F preko štirideset različnih tipov, od katerih naj sledeča tabela poda samo one, ki pridejo v poštev v naših krajih kot vzročniki salmoneloz.

Gru- pa	Bacillus	Antigeni		
		O	H specifični	H nespecifični
<b>A</b>	s. paratyphi A	I, II	a	
	s. Senftenberg	I, III	g s	
<b>B</b>	s. paratyphi B	IV, V	b	1, 2
	s. typhi murium (Breslau)		i	1, 2, 3
<b>C</b>	s. paratyphi C	VI, VII	c	1, 4, 5
	s. cholerae suis var. Kunzendorf		c	1, 3, 4, 5
<b>D</b>	s. typhi	IX	d	
	s. enteritidis (Gärtner Jena)		g o m	

Grupi E in F pri nas ne prideta vpoštev.

Da tolmačenje bakteriološkega ugotovitka, posebno za praktičnega zdravnika včasih ni lahko, o tem nam govore prizadevanja in preiskave priznanih bakteriologov in kliničarjev. Često se namreč izolirajo tipi salmonellae ne samo tam, kjer igrajo vlogo povzročnika, marveč tudi tam, kjer ne nastopajo kot etiološki faktorji, ampak so samo navzoči zaradi raznih sekundarnih invazij drugih akutnih boleznih; a ne samo to, tudi pri popolnoma zdravih jih najdemo. Vse to je danes že dovolj jasno dokazano dejstvo; in vse to z lahkoto zasledijo bakteriolog v svoji dnevni praksi, primerjajoč klinično sliko posameznih obolenj z dobljenim laboratorijskim ugotovitkom. Tako se samo od sebe poraja vprašanje ubikvitete vseh tipov salmonellae, ki morejo biti zaradi svoje polivalentne sposobnosti povzročniki najrazličnejših oblik obolenj. Kot najboljši primer zato nam služi s. Kunzendorf, ki more povzročiti čisto lahke, brez reakcije organizma potekajoče bakteriemie, dalje tipično zastrupljenje s pokvarjeno hrano in nazadnje tipično sliko paratyphus abdominalis. Tudi s. paratyphi B (in A) ter s. typhi se v svoji raznovrstnosti kliničnih oblik obolenj ne razlikujeta znatno od s. Kunzendorf. Edino izjemo tvorita v tem, da ne povzročata tipične slike zastrupljenja s hrano, kot je to primer pri s. typhi murium (enteritidis Breslau) in s. enteritidis (Gärtner Jena), ki sama po sebi kot apatogena, ne vodita do jasno izražene klinične slike paratifusa, marveč do kratkotrajnih, a navadno jako toksičnih pojavov. Možnost ubikvitete se danes negira; prav tako pa tudi ni verjetna možnost »pretvarjanja« tako zvanih »podivjanih Coli bakterij« pod pogojem motnje sestava črevesne mikroflore.

Da nam v svrhu diagnoze salmoneloz nudi reakcija po Widalu prednost pred haemokulturo, o tem so si danes edini vsi bakteriologi. Niso pa še

postavljena točna načela za standariziranje te reakcije, ki se še vedno izvaja zelo različno in to z ozirom na razširjenost poedinih tipov salmonellae.

Kauffmann, kakor tudi Felix in Gardner prihajajo do zaključka na podlagi novih dognanj antigenske strukture posameznih salmonel, da je popolnoma napačno uporabljati pri izvedbi Widalove reakcije sveže izolirane tifuzne bacile in reakcijo izvajati pri temperaturi 37° C; pri tej temperaturi se namreč ne uniči Vi antigen (živi bacili ga v raznih količinah vsebujejo); kateri na ta način prepreči odkritje O aglutininov v krvi. Kdor hoče delati Widalovo reakcijo z živimi bacili, mora uporabljati tip H 901, ki je brez Vi antigena. Nadalje zahtevata Felix in Gardner, da je treba vedno posebej določiti titer O in H aglutinacije in to z emulzijo mrtvih kultur. Te emulzije so v vsakem primeru specifične, ostanejo dolgo časa stabilne in se z njimi lahko dela v laboratoriju brez nevarnosti za infekcijo v nasprotju z emulzijami živih kultur.

Za naše kraje je najprimernejša metoda izvedbe Widalove reakcije ona, ki jo je izdelal Higieniski zavod v Zagrebu: Pri s. typhi se titirajo O in H aglutinini. Za O diagnostikum nam služi emulzija živih tifuznih bacilov, ki se nahajajo v trajni O formi (tip 901); kot H diagnostikum pa služi dobro farmolizirana emulzija jako gibljivih tifuznih bacilov. Paratyfus Widal se izvaja navadno samo s titracijo H aglutinina in to s formol-emulzijami s. paratyphi A in B Schottmüller spec.; za paratyfus C Widal pa se uporablja formol-emulzija s. Kunzendorf (nespec. W Widal). Po Černozubovu se tolmači: »pozitivni rezultat« aglutinacije samo v vrsti s specifičnim Schottmüller tipom potrjuje diagnozo »Schottmüller Widala« (specif.), aglutinacija samo s s. Kunzendorf postavlja v glavnem diagnozo čisto nespecifičnega H Widala, v naših prilikah najčesče potrjuje infekcijo s tem tipom; aglutinacija v vrsti B in C pa potrjuje diagnozo mešanega (spec. in nespec.) »Schottmüller Widala«. Po potrebi se istočasno izvede še aglutinacija s s. enteritidis Gärtner. Prednost pred opisano metodo ima tako zvani »analitični« Widal, ki se izvaja na bazi receptorne analize.

Ta površni pregled novih metod za sigurnejšo in točnejšo bakteriološko diagnozo salmoneloz nas navdaja z upanjem na uspešnejše zatiranje in profilakso teh zelo razširjenih obolenj.

## RESUMÉ

L'auteur décrit dans la première partie les propriétés de salmonella. Il souligne les traits communs avec les antigènes récemment découverts sur lesquels se base la composition du schéma international Kauffmann Withe. Il cite ensuite les méthodes pour le diagnostic des salmonellas en décrivant le mode des examens bactériologiques et les récents milieux spéciaux (le triple agar, le milieu de Kauffmann-Müller et celui des Wilson Blaire, le milieu pour les souches biochimiques). L'agglutination du groupe et du type est d'une extrême importance pour le Clinicien et l'épidémiologue. L'auteur est d'avis que la preuve de Widal, faut de la standardisation, n'est pas encore use éclaircie. Au temps courant, c'est le Widal analytique dont les résultats sont les plus satisfaisants.

## SLOVSTVO

1. Kolle u. Hetsch: Experimentelle Bakteriologie und Infektionskrankheiten 1938. —
2. Kauffmann: Zentralblatt für Bakteriologie. Orig. Band 132, 1934. — 3. Kauffmann: Latest Results of Typhoid Serology, L. of Nat. Bull. Health. Orig. Vol. IV., No. 2, 1935. —
4. Dr. Černozubov, dr. Filipović in Stavel: Salmonella; Glasnik centr. hig. zavoda, knjiga XX., zvezek 2. — 5. Dr. Černozubov: Trbušni tifus u Jugoslaviji; Glasnik centr. hig. zavoda, knjiga XXI., zvezek 3 in 4. — 6. Silberstein: Zentralblatt für Bakteriologie. Orig. 127, Band 1932.



## Ali je vegetarijanska dieta pri revmatizmu znanstveno upravičena?

Klin. asist. dr. L. Trauner

### Z 1 razpredelnico

Problem dietetike revmatičnih obolenj je dobil novo izpodbudo, odkar so začeli skoraj vsi raziskovalci razumevati revmatizem kot splošno obolenje organizma, posebno mezenhima, kot znak odpora proti toksinom in okvaram tkiva. Tako pojmovanje izvira iz biološke orientacije v medicini, ki je neprisilna, reaktivna posledica lokalnega, organo-patološkega načina opazovanja.

Nedavno smo bili še navezani izključno na to, da smo smatrali različne dietične predpise pri revmatizmu za instinktivno zahtevo bolnikov, n. pr. bojazen pred govejo juho itd. Težko je odločiti, v koliko je omenjeni instinkt izraz naravne potrebe, ali pa mode v tej ali oni prehrani (surova hrana, stradanje itd.). Na vsak način igra posplošenje »tako samo ob sebi umevne«  
diete in prepovedi mesa pri uratični artritidi na vsa revmatična obolenja, veliko vlogo. Vendar nas je že v. Bergmann<sup>1</sup> opozoril, da pogostokrat odpove prepoved na purinu bogate prehrane. On sam pa je tudi izrekel: »Naloga znanosti je, da podpre dotične, na pesku in močvirju postavljene zgradbe, od katerih velik del se je po izkušnjah pokazal kot uspešen pri zdravljenju.«

Bessan<sup>3</sup> misli, da so motnje v prehrani, v bistvu ex alimentatione utemeljena slabost mezenhima, bolezni prehrane pa da so anatomske spremembe mezenhima. Ko so pojem alergije prenesli tudi na raziskavanje revmatizma, je začel Gudzent<sup>3</sup> smatrati revmatična obolenja za alergijo na beljakovino, torej za enteralno senzibilizacijo. Udeležba celega organizma postane še bolj jasna, če pomislimo, da povzročajo bolezensko pripravljenost ali pa bolezen samo, lahko različni infekti, prehrana, prehladi, vplivi podnebja, endokrine disfunkcije, dedna obremenitev, v njim lastnih različnih variacijah in kombinacijah. Vsak revmatik je torej problem za sebe, katerega je treba organo-patološko in imuno-biološko analizirati, pri tem pa vpoštevati celo osebnost in okolico, v kateri živi. Individualno-konstitucionalni način opazovanja je imel za posledico, da je postalo v slovstvu vedno bolj upoštevano proučevanje vegetativnega živčnega sistema pri revmatizmu.

Za znanstveno obrazložitev izkustva (empirija) je med drugim važno zlasti eksperimentalno-raziskovalno delo na tem polju. Straus<sup>4</sup> sicer piše v »Rheumaprobleme«  
(1931), da je povedal več negativnega kot pozitivnega; vendar je važna njegova opozoritev na brezmesno hrano pri onih bolnikih, ki so še prav posebno vegetativno zaznamovani. Da se povzpne vegetativna distonija do posebne stopnje pri vnetljivem revmatizmu, smo dokazali v zavodu (Trauner)<sup>5</sup> s poskusom po Danielopolu-Carniol (Atropin). Skoro v vseh primerih smo ugotovili vago-hipotonijo. Ugotovitkom odgovarjajoči so uspehi z acetilholinom, termami, posebnimi faktorji podnebja,<sup>5</sup> ki delujejo vsi vagotonično. V zvezi s tem bi se dalo tudi razlagati, zakaj nastopi uspeh zdravljenja v kopališču tako pozno, t. j. šele v začetku zime, o kateri vemo, da deluje v splošnem tudi vagotonično. Candia<sup>6</sup> je ugotovil sledeče: ogljikovi hidrati dražijo specifično parasimpatični živčni sistem in hormone ter premaknejo

kislo-bazično ravnotežje v telesu na bazično stran. Beljakovine, posebno živalske (meso) pa dražijo simpatični živčni sistem, žlezo predsapnico kakor tudi gl. suprarenales in premaknejo kislo-bazično ravnotežje na kislo stran.

Kombinacija teh ugotovitev nas je dovedla do misli, da bi napravili vzporedne poskuse pri revmatikih v času fizikalne terapije pod kolikor mogoče enakimi pogoji. Bilo je 10 bolnikov v starosti 30—40 let, pri katerih smo pred zdravljenjem pogledali sedimentacijsko reakcijo (S. R.) po Westergreenu (srednje vrednosti) in pa tonus vegetativnega živčnega sistema z Atropinposkusom po Danielopolu-Carniol. Normalni tonus simpatikusa odgovarja pospešenju utripa žile po atropinizaciji od 116 na 128 udarcev v minuti (S. T.), normalni tonus vagusa (V. T.) znaša 48—58 udarcev. Polovici bolnikov smo odredili strogo brezmesno, večinoma lakto-vegetarijsko hrano. Druga polovica je pa dobila skoraj samo meso. Fizikalna terapija je bila pri vseh poskusnih osebah enaka. Po končanem zdravljenju smo napravili iste poskuse kakor v začetku. Ugotovitki so razvidni iz razpredelnice:

#### I. Brezmesna dieta.

Diagnoza	Pred terapijo			Po terapiji		
	S. R.	V. T.	S. T.	S. R.	V. T.	S. T.
Polyart. chr. prim.	20	28	124	10	45	120
Spondylart. anky.	44	36	140	20	48	135
Polyart. chr. sec.	16	40	120	6	55	125
Spondylart.-Iritis	52	25	136	30	46	122
Spondylarthrosis	8	40	125	8	55	115

#### II. Mesna dieta.

Arthropathia def.	6	32	128	8	38	136
Polyart. chr. sec.	70	32	128	8	38	136
Spondyl. anky.	38	28	96	40	52	112
Polyart. chr. prim.	18	34	120	16	42	135
Spondylart. def.	10	42	110	10	45	105

Vpliv brezmesne diete na tonus vagusa je jasno razviden; povečal se je pod vplivom fizikalne terapije sicer tudi pri mesni dieti, vendar ne v taki meri kot pri vegetarijanski hrani.

Izgleda torej, da je periodična brezmesna hrana na mestu pri takih revmatikih, pri katerih obstoji vegetativna distonija v smislu vago-hipotonije. Najboljša priložnost za to je čas fizikalne oziroma balneoterapije, ker po Bürgejevem zakonu o sinergiji vzmnožijo posamezne vago-tonične komponente uspeh v harmonično celoto.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Dr. L. Trauner: Ist eine veget. Diät bei Rheumatismus wissenschaftlich begründet? (Aus dem Institute für Balneologie und physik. Therapie der neuro-psych. Univ. Klinik, Zagreb, Vorstand Prof. Lopašić.) Mehrfache Hinweise in der Literatur sowie eigene Versuche betreff einer Fehlsteuerung des veget. Nervensystems bei Rheumatismus führten den Autor dazu, das veget. Nervensystem bei Parallelversuchen mit vegetarischer und fleischreichen Kost zu prüfen. Die Versuche wurden mit der Atropinprobe nach Danielopolu-Carniol durchgeführt. — Eine zeitweise fleischlose Diät erscheint bei jenen Rheumatikern angezeigt, bei denen eine vegetative Dystonie im Sinne einer Vago-

Hypotonie erwiesen oder doch anzunehmen ist. Der geeignetste Moment ist die Zeit der Bäderbehandlung, da nach dem Bürgi'schen Synergiegesetz sich die einzelnen vagotonischen Komponenten zu einem sinnvollem Heilkomplex potenzieren.

## SLOVSTVO

1. G. v. Bergman: Der Balneologe I./1. 1934. — 2. Bessan: Verh. dtisch. Ges. inn. Med. 11 (1937). — 3. Gudzent: Med. Welt 1937 I 395. — 4. Strauss: Rheumaprobleme II. — 5. Trauner: Arch. of Med. Hydrology Anno XVI. 3. July 1938. Trauner: Der Balneologe, September 1938. — 6. S. de Candia: Nutrition (Paris) 5, 287 (1935).

# Kemoterapija z 1162 F in derivati

Doc. dr. Ladislav Klinec

Že nekaj let nam barvila komplicirane sestave — sulfamidoazobencoli — pomagajo pri zdravljenju streptokoknih obolenj. Danes moramo uporabo teh barvil (Prontosil, Rubiazol itd.) smatrati za zastarelo, ker nam je po preiskavah Trefuel, Nitti, Bovet-a znano, da zdravilni učinek ne gre na rovaš barvne-azo-skupine, temveč je nositelj te lastnosti sulfamidna skupina. Najenostavnejše antistreptokokno kemoterapevtično sredstvo je torej para amino-fenilsulfamid, brezbarvna snov, imenovana 1162 F (Fourneau) po Fourneau-vem laboratoriju Pasterjevega instituta.

1162 F se nahaja v prometu pod različnimi imeni. Poznani so predvsem sledeči preparati: Streptazol, Septoplix, Neo-Coccyll, Lisococcine, Prontosil album, Sulfanilamid, Ambeside, Supron, Therapol. Sto imen, sto pretiranih cen, ena in ista snov: 1162 F. Mi Slovenci nimamo svoje kopije te snovi, zato bi bilo pametno, če bi se ravnali po pravilu, kupujemo pri isti kvaliteti najcenejši preparat in ne pustimo se motiti po imenu.

Kakšne lastnosti ima 1162 F? Njegov učinek je polivalenten: na streptokoke, gonokoke in meningokoke. Praktične vrednosti pa je le pri streptokoknih obolenjih, ter je danes najboljše sredstvo za zdravljenje erizipela. 1162 F ima tudi prednost pred barvili s sulfamidnimi skupinami. Kot brezbarvna snov ne maže perila, ker ne barva seč. Mogoče ga je, vendar z veliko opreznostjo injicirati intravenozno in celo intralumbalno. Ni pa popolnoma neškodljiv. Že pogled na njegovo formulo kaže, da ni to povsem nedolžna snov, saj je kemično derivat anilina, poznanega krvnega strupa. Posebno pri zavze-manju večjih količin, ali dalj časa trajajoči uporabi je previdnost na mestu. Povzroča lahko glavobol, dispepsije, cianozo (tvorba met-in sulf-hemoglobina) pojavi pa se tudi levkopenija, anemija ter agranulocitoza.

Razumljiva je zato želja po derivatu 1162 F, ki kaže vse terapevtične lastnosti te snovi, nima pa njegove strupenosti. Tak derivat je R. P. 40 (Septazine). Septazine učinkuje elektivno na streptokoke; strupenost je primerjana z ono barvil desetkrat, napram 1162 F pa štirikrat manjša. V obliki Soluseptazina zamoremo sulfamidno spojino injicirati tudi v velikih količinah intravenozno, ne da bi se nam bilo bati kakršnih koli nezaželenih posledic.

Poglejmo še vpliv sulfamidnih spojin na druge koke. Učinek 1162 F na gonokoke ni zanesljiv. Rezultati tudi v kombinaciji s klasičnim zdravljenjem niso zadovoljivi. Potrebne so velike količine sulfamida, ki so strupene. Zato je farmacevtsko-kemična industrija skušala ustvariti učinkovitejše derivate. Posebno so poznani Uliron, Rodilon in Dagénan. O Ulironu (DB 90 Disep-tal) obstoja velika klinična literatura. Mišljenja o njegovem zdravilnem učinku,

tako pri akutni, kakor pri kronični gonoreji so deljena. Rodilon (p, p, diacetilamino-difenilsulfon) ima na gonokoke isti učinek kakor 1162 F, snov pa je manj toksična. Ne ena ne druga snov niti zdaleka ne daje 100% rezultatov. Najučinkovitejša je snov 693 (a p, aminofenil-sulfamidopiridin), ki je praktično nestrupena. S pomočjo te snovi (Dagénan, Specia) so v Institutu Prophylactique v Parizu dosegli še najboljše uspehe: 80% ozdravljenje akutne gonoreje moških tekom 14 dni, brez vsakih izpiranj. Upajmo, da sulfamidne spojine pripomorejo nadaljnemu uničevanju tega mikroba, kateri že toliko vekov zastruplja paciente in se upira zdravnikom.

Snov 693 pa je pokazala tudi v borbi proti pneumokokom lepe uspehe. Sintetizirana najprej po laboratoriju May-Baker v Londonu je danes v prometu pod različnimi imeni: Dagénan (Specia, Francija), Eubasin (Nordmarkwerke, Hamburg) itd., ter obeta postati važen kemoterapeutikum v borbi proti pneumoniji. Dosédaj doseženi rezultati predvsem angleških in francoskih avtorjev govore o znižanju mortalitete pri tej bolezni na dve tretjini. Končna sodba pa še ni mogoča.

Terapija s sulfamidnimi spojinami je tako mlada, da bo objektivno mnenje mogoče izreči šele čez nekoliko let. Pretiravanje le prerado dovede do razočaranj, popolno odklanjanje pa bi bilo, sodeč po že doseženih uspehih, krivično.

#### CONCLUSIONS

L'auteur montre dans un aperçu la chimiothérapie antibactérienne avec les corps sulfamidés — 1162 F et ces dérivés. Il insiste sur la montoxicité de la Septazine, les observations saisissantes recueillies à L'Institut Prophylactique sur l'activité du corps 693 contre le gonocoque et l'action particulièrement caractérisé du Dagénan sur le pneumocoque.

#### SLOVSTVO

Annales medico-chirurgicales 3, 59-117 (1938). Teze Pariške Univerze od Jean, Louis-a ter Bougouin, Marcel-a, v katerih je obširno navedena celokupna literatura o tem vprašanju, ter članek Vernes, Palazzoli, Giard v Archives de l'Institut Prophylactique 10, 171-174 (1938).

---

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

## Holecistografija

Primarij dr. J. Hebein

S 54 slikami

(Konec)

V zvezi z vsemi navedenimi dognanji se samo od sebe vsiljuje vprašanje: katero metodo naj uporabljamo?

Predvsem moramo pomisliti na gotove vrste bolezni, ki ne prenesejo vbrizganja jodtetragnosta v žilo. To so dekompenzirana srčna obolenja, koronarna skleroza, morbus Basedow, idiosinkrazija oz. preobčutljivost do joda, težka anemija, kronične nefritide, parenhimska obolenja jeter, diabetes, visok in nizek krvni pritisk, korpulentnost v starosti.

Na splošno povedano imamo pri intravenozni aplikaciji lahko večji občutek varnosti, da smo spravili ves injicirani material v krvni obtok in upravičeno lahko pričakujemo, da ga bodo jetra tudi izločila. Vendar pa zahteva

intravenozna injekcija nekaj zdravniške spretnosti in je vedno zvezana z neko nevarnostjo za zdravje bolnikov. Razen tega ni vedno izvedljiva.

Oralno aplicirano sredstvo povzroča neredkokrat slabost, tudi bruhanje in driske. Očita se mu slej ko prej nezanesljivost resorpcije in slaba senca žolčnika. Toda pomisliti je treba, da ima ta metoda izvesne tehtne prednosti pred intravenozno. N. pr.: vsaka diagnostična metoda ima večjo prednost že samo s tem, če je enostavnejša. Danes je holecistografija pri sistematičnem pregledu zavodovih pacientov prav tako neobhodno potrebna, kakor n. pr. rentgenološki pregled želodca. Statistični podatki vodilnih avtorjev v holecistografiji, *Grahama*, *Kirklina* in drugih, kažejo v zadnjih letih prav malenkostno razliko v zanesljivosti obeh metod, domnevajoč pri tem skrbno izvršitev vseh predpogojev zaradi priprave in tehnike. Danes se zdi, da bo oralna metoda potisnila intravenozno samo na strogo indicirane primere.

Seveda je mnogo avtorjev, ki uporabljajo izključno le intravenozno aplikacijo kontrasta.

## II.

### HOLECISTOGRAFIČNA SIMPTOMATOLOGIJA

Ko smo kontrast aplicirali bolniku točno po veljavnih predpisih, pristopimo 8—12 ur pozneje k fotografiranju žolčnika. Tudi fotografiranje samo zahteva, da se držimo natančnih pravil, tako, kar se tiče bolnika samega, kakor tudi rentgen-fotografske tehnike.

Ugotovitke holecistografije delimo rentgenološko v dve veliki skupini. V prvo spadajo oni rentgenogrami, na katerih vidimo senco žolčnika, v drugo pa tisti, na katerih sence ne vidimo. V kakšnem razmerju stojita ti dve grupi številčno druga proti drugi, o tem ne moremo ničesar točnega reči, ker je prav to razmerje odvisno od števila bolnikov, katere slikamo. V gotovih zavodih (bolnicah) se holecistografira sistematično in pride k fotografiranju poleg holecistopatov tudi večje ali manjše število na žolčniku zdravih ljudi; v drugih zavodih pa pridejo na vrsto samo holecistopati. Naša bolnica v Ljubljani spada v zadnjo skupino, v zadnjih dveh letih se je holecistografiralo okroglo po 400 bolnikov. Kakor bomo iz naslednjih izvajanj videli, se najde v zavodih, kjer fotografirajo samo holecistopate, več primerov brez sence žolčnika, kakor pa v zavodih, kjer slikajo kratkomalo vse bolnike z internimi boleznimi. Ta izbira med bolniki je predvsem posledica denarne dotacije dotičnih zavodov in šele v drugi vrsti rezultat individualnih nazorov posameznih ordinirajočih zdravnikov. — Oglejmo si sedaj najprej prvo skupino.

Ko opazimo na slikah senco žolčnika, osredotočimo svojo pozornost na sledeče lastnosti sence:

1. na njeno lego, 2. na njeno obliko, 3. na njeno velikost, 4. na njeno gostoto, 5. na njeno homogenost in 6. na njeno motiliteto po zaužitju 2—3 rumenjakov.

1. *Leg a*. Senca žolčnika leži normalno v desnem hipohondriju, pri situs inversus viscerum, se razume, da na levi strani. Njena lega je predvsem odvisna od konstitucije posameznika. Pri pikničarjih leži visoko, v senci oz. v višini sence XI. in XII. rebra, pri astenikih pa lahko tik nad ali v senci *cristae iliacae ant. superioris*. Ker je mesocist žolčnika pri astenikih daljši kot pri pikničarjih, je lega žolčnika pri prvih leže in stoje lahko različna. Lega je močno odvisna tudi od sosednih organov, n. pr. od želodca, od žolčnega črevesa, od pneumatiziranega kolona, od velikosti jeter, od nosečnosti, od ascitesa,

od tumorjev itd. Graham razlikuje 4 tipe lege: hiperstenično, stenično, hipostenično in astenično. Pri hipersteničnih (sl. 1) leži senca poševno in lateralno, pri asteničnih (sl. 2) tik ob senci hrbtenice, vzporedno z njo in sega tudi v malo medenico. Stenična (sl. 3) in hipostenična (sl. 4) sta vmes med omenjenima. Stenična lega je najbolj običajna. Fundus žolčnika leži tu med processus transversus II. in III. lumbalnega vretenca. Pri presoji lege sence moramo pomisliti, da je pri povešanih jetrih senca hipersteničnega žolčnika nizka; nasprotno pa utegne biti pri gravidnih od 6. meseca naprej drugače ptičičen žolčnik visok in poševno ležeč. D'Amato razlikuje pri ptičičnih žolčnikih celo 2 vrsti: ptičičnega (sl. 5), ki ima obliko roga, pri katerem je fundus na ven zapognjen in ki kaže še gotov tonus ter ptičično-atoničen tip (sl. 6), ki leži tik in paralelno ob senci hrbtenice.

2. Oblika. Kakor lega sence žolčnika, je tudi njena oblika odvisna predvsem od konstitucije. V glavnem razlikujemo dva tipa: podolgovato, hruškasto obliko in ovalno, kurjemu jajcu podobno. Prvo najdemo pri hipo- (sl. 6), drugo pri hipersteničarjih (sl. 3). Pri zadnjih je oblika lahko tudi čisto okrogla, ako stoji žolčnik ortogradno k filmu.

Ni pa oblika vedno ohranjena in gladka. Neredkokrat vidimo deformitete, ki imajo zopet različne vzroke. Eni morejo biti začasni in povzročajo n. pr. impresije v senci, ki so vidne samo na eni ali dveh slikah (sl. 7), dočim jih pri fotografiranju istega dne na drugih slikah že ne vidimo več. Take deformitete so lahko povzročene od lege kolona ali žolčnega črevesa in želodca, ki so v različnih urah različno napolnjeni; ali so pa produkt kontrakcijske faze (sl. 8) po zaužitju rumenjakov. To so pseudodeformitete. Ali so pa deformitete stalne, organsko povzročene, katere vidimo vedno in na vseh slikah, tudi pri ponovnem holecistografiranju. Take delimo v prirojene in v one, ki so nastale pozneje radi patoloških sprememb.

Med prirojene štejemo predvsem dvojne žolčnike, katerih pozna slovstvo okoli 30. Vsi razen enega so najdeni pri ženskah. Ti se delijo zopet v prave dvojne, ali pa v take, ki so v notranjosti po longitudinalnem septumu razdeljeni v dva podolgovata dela. Na slikah imajo zadnji podolgovato vdolbino. Vsi pa imajo skupen ductus cysticus. Pri pravih dvojnih mehurjih je lahko eden večji od drugega.

Martinotti je objavil l. 1934. slike cističnega mehurja s številnimi cističnimi razširitvami v steni. Takšni žolčniki so podobni veliki murvi oz. manjšemu grozdu. Camplani, Siegmund, Vastini in dr. poročajo tudi o pravih divertiklih v fundusu in v ductus cysticusu ali choledochusu. Barsony, Friedrich in Pflaumer opozarjajo zopet na anomalijo ki je nastala vsled cirkularnega septuma v notranjosti žolčnika, kar povzroča na zunanji strani cirkularno zarezo. Ta nepravilnost da žolčniku obliko frigijske kape (sl. 9).

Takšne prirojene deformitete nimajo sicer klinično nobenega pomena, pač pa se diagnosticirajo rentgenološko neredkokrat pogrešno kot pericholecystitis adhaesiva.

Periholecistide so stalne deformitete, ki nastanejo šele po prejšnjih vnetljivih, ali sploh bolezenskih procesih. Kirurgi jih najdejo zelo pogosto, rentgenološko jih pa vidimo relativno redko. To pa radi tega, ker so periholecistide velikokrat združene s holecistido, ki je vsled obolelosti epitela sluznice vzrok, da sploh ne pride do sence žolčnika pri holecistografiji. Razen tega je žolčnik posebno pri hipostenikih tako plastičen, da morajo biti zarastline že izdatne, da deformirajo obrise mehurja. Deformitete so lahko različne. Vidimo šiljaste

# ANTIREVMATIČNA TRIADA



PIPÉRAZINE  
NAJMOĆNEJŠE TOPILO  
SEČNE KISLINE — ŠUMEČA ZRNCA

## THIODÉRAZINE

KRONIČNI REVMATIZEM  
AMPULE PO 5 CM<sup>3</sup>

ZA INTRAMUSKULARNE ALI  
INTRAVENOZNE INJEKCIJE

## THIODACAÏNE

REVMATIČNE BOLEČINE  
AMPULE PO 20 CM<sup>3</sup>

ZA INJEKCIJE  
„LOCO DOLENTI“

LABORATOIRES MIDY-PARIS

RENÉ DUNOD<sub>IN KOMP.</sub> BEOGRAD MIL.GAVRILOVIĆA 6.

**ROBOR** za oiačenje 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. Dovršeni 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% H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. Pakirano v cevkah po 10 in 20 tablet à 1 gr

**KEMIJSKO - FARMACEVTSKI LABORATORIJ**

**MIŠKOVIĆ IN KOMP.**

**BEOGRAD, Sarajevska ulica broj 84.**

## Specifična terapija vegetativnih nevroz

### Simpatikotonija

Tahikardija  
Migrena  
Urtikarija  
Hipermenoreja

**G Y N E R G E N**

### Vagotonija

Angina pectoris  
Križe radi strahu  
Epilepsija  
Spazme  
Hiperemija  
Dismenoreja

**B E L L A D E N A L**

### Amfotonija



Labiliteta vegetativnega živčnega sistema  
Vazonevroze  
Basedow  
Nočno znojenje  
Nevroze v klimakteriju

**B E L L E R G A L**

**CHEMISCHE FABRIK VORM. SANDOZ-BASEL (SCHWEIZ).**



## Detoksikacija



Izmenično delovanje tujih belančevin ali drugih alergen na organizem izzove stvaranje toksičnih tvari, ki lahko povzročijo zelo razne sindrome.

# TORANTIL

omogoča kavzalno terapijo teh

## intoksikacij

Torantil pojačava zelo prirodno obrambeno moč čreves protiv toksičnim reakcijskim produktom.

### Važne indikacije:

- |                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| 1. colitis           | 5. peludna kihavica |
| 2. ulcus ventriculi  | 6. urtikarija       |
| 3. ulcus duodeni     | 7. ekcemi           |
| 4. asthma bronchiale | 8. akne             |



Torantil prihaja v promet v obliki dražej in ampul s suho substancijo.

»Bayer«

LEVERKUSEN a. Rh.

Zastopstvo za Jugoslavijo:

»JUFEFA« K. D.

Beograd

Zagreb

# Jocapral

Izvrsten jedni vazoregulans brez hipnotične komponente; indiciran je pri arteriosklerozi, hipertoniji, angini pectoris, vazomotoričnih krčih, vazonevroz v klimakteriju. Hitro poboljšava subjektivne tegobe.

ORIGINALNI OMOT:

20 in 250 tablet



# Theominal

spazmolitikum in vazoregulans brez joda in istočasno sedativnega delovanja pri vazomotoričnih krčih, angini pectoris, hipertoniji, arterioskleroznih tegob.

ORIGINALNI OMOT:

20 in 250 tablet po 0,33 g



»Bayer«

LEVERKUSEN a. Rh.

Zastopstvo za Jugoslavijo:

»JUFEFA« K. D.

Beograd

Zagreb

in klinaste izbokline, bisagaste (sl. 10) oblike žolčnika vsled krčenja na podlagi brazgotin po ulceracijah; srpaste (sl. 11) in kljukaste oblike, ki ostanejo tudi po krčenju po zaužitju rumenjaka. Takšne deformitete nam služijo v diagnostične svrhe šele tedaj, če jih najdemo, kot že rečeno, na vseh slikah in tudi pri ponovnem holecistografiranju.

3. **Velikost.** Glede velikosti sence žolčnika nimamo prav za prav nobene merila. Hipertonični mehurji (sl. 12) so v splošnem manjši in širši, atonični (sl. 13) ležijo tako rekoč s celo dolžino na filmu in so daljši. Po zaužitju rumenjakov ali hrane se senca krči in postaja hitro manjša (sl. 14). Šele, če se tudi par ur po rumenjaku velikost sence ne spremeni, sklepamo na obolenost žolčnika (sl. 15. a, b).

4. **Gostota.** Gostoti sence žolčnika se je pripisovalo v začetku holecistografije velika diagnostična važnost. *Graham, Friedrich, Pflaumer, Grebe* i. dr. so smatrali gosto senco za zanesljiv znak normalnega žolčnika, ker so bili mnenja, da je za njeno gostoto merodajna edino le funkcija sluzničnega epitela v tem smislu, kakor je omenjeno v poglavjih o fiziologiji in anatomiji žolčnika. Ti avtorji so izdelali celo neko skalo senc, po kateri se je ocenjevala obolenost žolčnika. Kmalu se je pokazalo, da postopek ni pravilen. Statistično se je n. pr. moglo pri avtopsih dokazati, da je imelo od 100 patoloških žolčnikov 40 gosto senco. Tudi *Graham* je mogel te statistične podatke potrditi, čeprav so v gotovem protislovju z vsem onim, kar smo spredaj zvedeli o polnitvi in izpraznitvi žolčnika. On je v takih primerih lahko dokazal, da po vnetljivih procesih sluznice gotovi otočki bodisi regenerirajo, ali pa, da so a priori ostali zdravi. V teh otočkih sluznice pride do močne, bujne rasti epitela, ki je potem v stanu koncentrirati, t. j. resorbirati žolč v ravno takšnem obsegu, kakor cela zdrava sluznica.

Dalje so na podlagi številnih bolnikov prišli do spoznanja, da se najdejo na filmu pri popolnoma zdravih žolčnikih, spričo skrbne fototehnike in bolnikove predpriprave velikokrat le rahle, komaj vidne sence (sl. 16). Šele v najnovejšem času so bili objavljeni od več strani članki, ki na čisto novi osnovi uspešno tolmačijo omenjeni pojav. Na serijskih posnetkih s kontrastom napolnjenega žolčnika vidimo pri stoječih pacientih večkrat, da vsebuje žolčnik v istem času žolč različne koncentracije (*Bernstein, Akerlund*). Ti specifično različni težki sloji se med seboj ne mešajo, temveč pride do gradacij različne gostote, kar na slikah jasno vidimo. Najtežji sloj leži na dnu fundusa (sl. 17), nad njim specifično lažji in nad tem še žolč, ki je ravnokar prispel v žolčnik in še ni uspel oddati svoj del vode in drugih lahkih, v vodi raztopljenih snovi. Če slikamo takega bolnika potem še leže, se razlije koncentriran žolč oz. njegova najnižja plast po celi širini in dolžini žolčnika in na filmu vidimo ali samo rahlo, ali pa sploh nobene sence. Iz tega sledi, da je slikanje žolčnika stoje pri holecistografiji nujno potrebno.

Glede intenzitete sence sodelujejo razen tega še različni drugi faktorji. Tako n. pr. habitus bolnikov, adipositas, kaheksia, gostota sosednih organov, lega žolčnika napram filmu, tonus žolčnika. Fotografirska tehnika je velikokrat odgovorna za nejasno oz. rahlo senco. To pa spet iz raznih vzrokov: bodisi, da smo sploh slabo fotografirali, ali pa, da smo fotografirali prezgodaj ali prepozno. V uvodu smo povedali, da je optimum resorbcije dosežen 9—14 ur po aplikaciji jodtetragnosta. Pri diskinезijah niso redki primeri, da nastopi tak optimum že veliko prej. Ker pa mora biti holecistografija v velikih zavodih, posebno, kjer se še varčuje s filmi, šablonizirana, dobimo večkrat prav radi te okolnosti slabe sence.

- Sl. 1. *Normalen, hipersteničen žolčnik.*  
 Sl. 2. *Normalen, asteničen žolčnik.*  
 Sl. 3. *Normalen, steničen žolčnik.*  
 Sl. 4. *Normalen, hiposteničen žolčnik.*  
 Sl. 5. *Ptotičen, dobrotoničen žolčnik.*  
 Sl. 6. *Ptotično-atoničen žolčnik.*  
 Sl. 7. *Deformiran žolčnik vsled pritiska črevesja.*  
 Sl. 8. *Deformiran žolčnik vsled kontrakcijske faze.*  
 Sl. 9. *Trajna, prirojena deformiteta žolčnika vsled cirkularnega septuma v notranji steni* → ←.

Vsa ta dognanja nas uče, da ne smemo iz gostote sence kar šablonsko sklepati na zdravo ali patološko sposobnost resorbcije sluznice, oz. na zdravo ali patološko stanje žolčnika. Koliko zmore gostota sence prispevati k pravilni diagnozi, moremo oceniti šele z upoštevanjem tudi drugih faktorjev; predvsem pa na podlagi lastnih izkušenj iz opazovanja velikega števila holecistogramov.

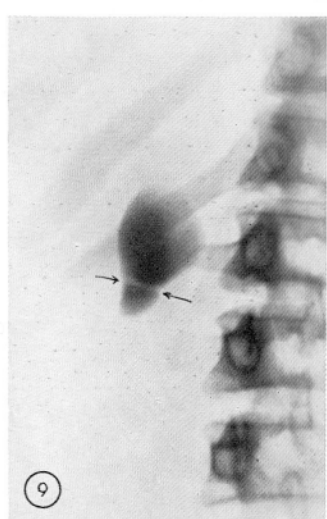
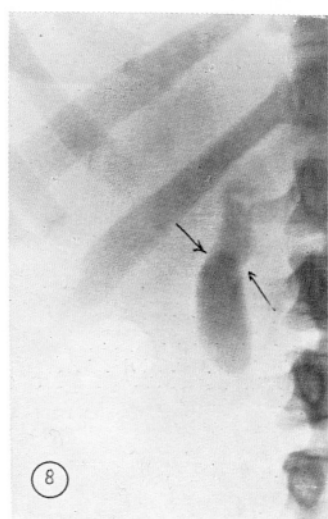
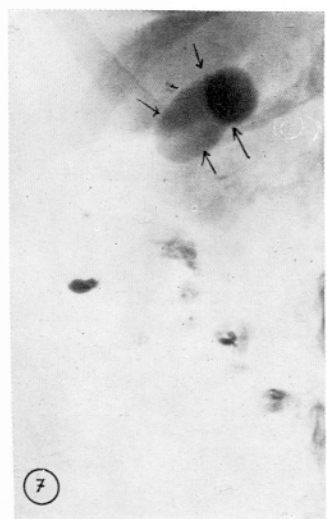
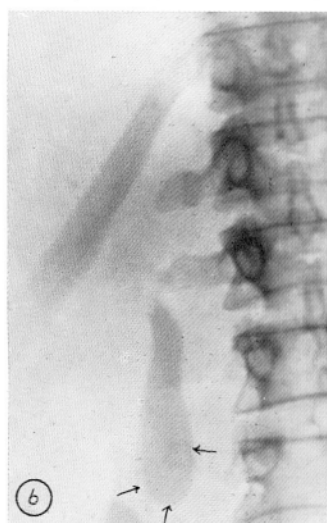
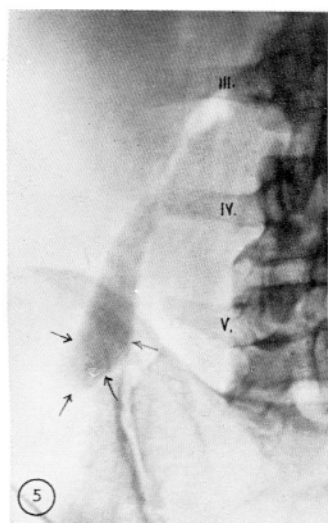
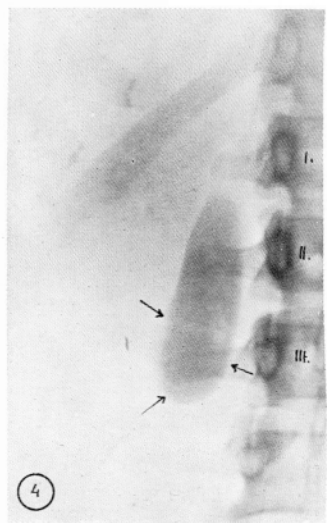
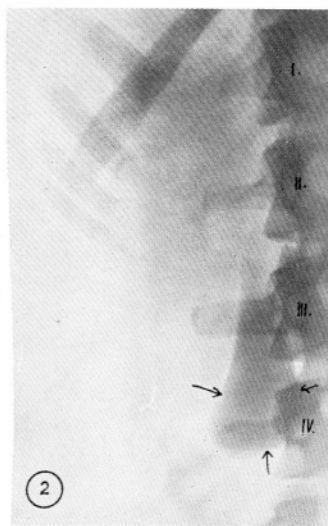
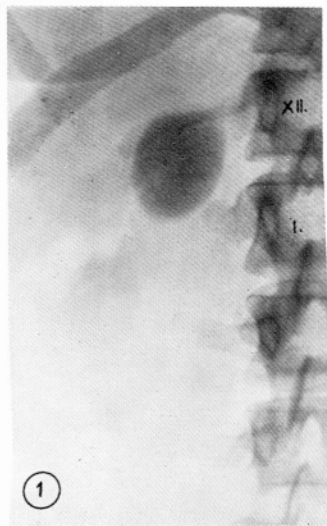
Gosta senca utegne biti neredkokrat direktno odgovorna za napačno diagnozo. Iz izkušnje nam je znano, kako subtilne so včasih sence konkrementov, in ravno te subtilne sence so lahko od goste sence kratkomalo pokrite. Tudi iz tega sledi, da nikakor ne drži, da bi pomenila gosta, intenzivna senca vedno že tudi negativen ugotovitev žolčnika. Tudi v tem primeru moramo uporabiti, kakor bomo pozneje še zvedeli, slikanje žolčnika v stoječem položaju in po možnosti ciljanega.

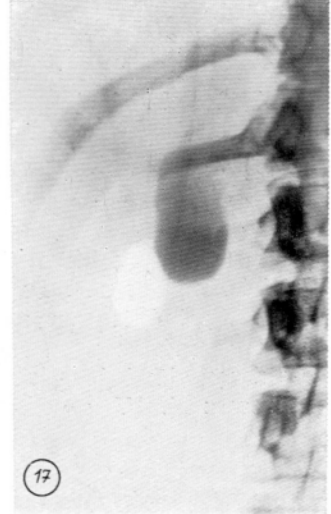
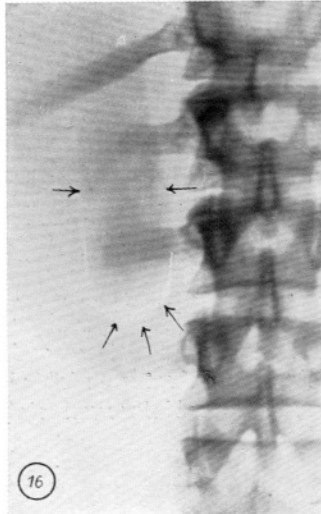
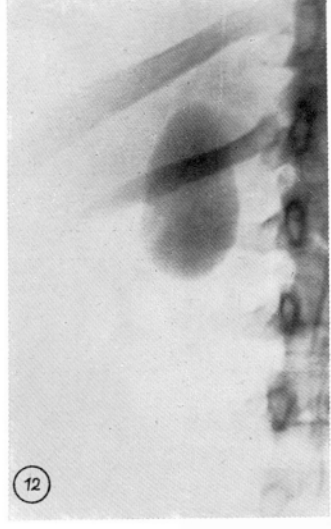
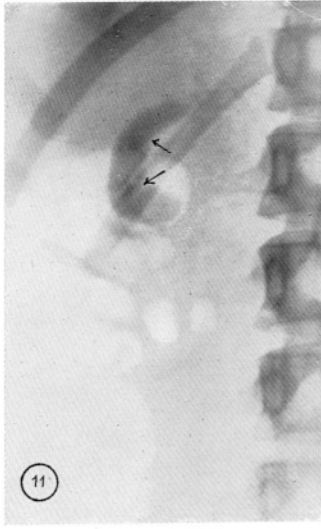
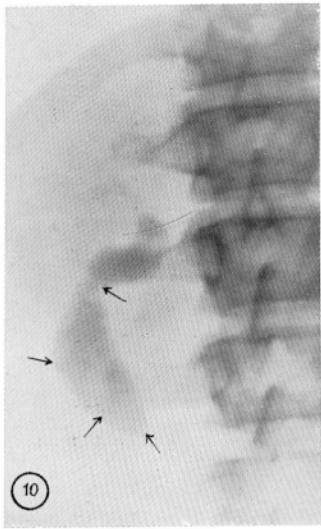
5. *Homogenost.* Kadar vidimo na holecistogramih homogeno senco žolčnika in ostre konture, lahko v splošnem sklepamo na zdrav žolčnik. Kakor hitro pa opazimo v sencii kak defekt ali močnejše naznačeno liso, moramo misliti v prvi vrsti na konkremente v žolčniku, na bolezen, ki je med vsemi holecistopatijami najpogostejša.

Prizadevanja za fotografiranje konkrementov brez kontrasta so se pojavila že takoj po odkritju rentgenskih žarkov. Toda uspehi so bili od začetka rentgenske ere pa do 1924. leta prav skromni. Prvi, ki je demonstriral žolčne kamne na rentgenski fotografski plošči, je bil Beck v New Yorku leta 1899. Skoraj v istem času je objavil v nemški literaturi prve rentgenske fotografije žolčnih kamnov Buxbaum iz Karlovih Var. Pozneje sledijo Thursten, Holland, Matthias in Fett. Slednja dva sta prva eksperimentalno dokazala, da prepuščajo holesterinasti kamni rentgenske žarke veliko lažje kot voda, oz. organi trebušne votline, ki imajo isto specifično težo kot voda. To se pravi, dokazala sta, da imajo holesterinasti kamni manjšo specifično težo kot voda in se vidijo zato v sencii trebušne votline v desnem hipohondriju kot svetle lise v temni okolici. Z izpopolnitvijo rentgenske aparature so dosegli posebno Amerikanci Case, Pfahler in Cole prav lepe uspehe. V Evropi se je s holecistografijo brez kontrasta pečal z velikim uspehom in elanom Haenisch, ki je opozarjal posebno na važnost fototehnične plati.

Vsi ti uspehi so bili več ali manj vezani na individualna prizadevanja posameznikov. Kot metoda se holecistografija brez kontrasta do leta 1924. ni mogla uveljaviti. V jodtetragnostu smo dobili sredstvo, s katerim pričanja povsem nova doba v hepatopatologiji in s katerim se je poleg drugih pozitivnih rezultatov zelo dvignil tudi odstotek vidnih konkrementov.

Po statistiki Courvoisier-ja ima vsak 12. moški in vsaka 4. žena kamne. Ti se pojavljajo predvsem v srednjih in starejših letih. Pred 20. letom so redki, najdemo jih pa tudi pri otrocih.





- Sl. 10. *Bisagasta deformiteta žolčnika vsled brazgotin in zarastlin.*  
 Sl. 11. *Srpasta oblika žolčnika vsled zarastlin.*  
 Sl. 12. *Običajna oblika in velikost hipertoničnega žolčnika.*  
 Sl. 13. *Običajna oblika in lega atoničnega žolčnika.*  
 Sl. 14. *Skrčen žolčnik ½ ure po zaužitju rumenjakov.*  
 Sl. 15 a. *Velik, holestatičen žolčnik.*  
 Sl. 15 b. *Isti žolčnik nekaj ur po zaužitju rumenjakov.*  
 Sl. 16. *Rahla senca žolčnika.*  
 Sl. 17. *Žolčnik z različno koncentracijo s kontrastom pomešanega žolča.*

Statistike nam dalje povedo, da se z žolčnimi kamni navadno družijo tudi še druge žolčne bolezni. Patolog Marchand trdi, da je našel pri 80% bolnikov, ki so boleli za holelitiazio, rakasta obolenja na žolčniku.

Velikost kamnov je različna. Najdemo takoimenovani pesek, ki več ali manj napolni ves volumen mehurja, najdemo pa tudi posamezne kamne, velike ko gosje jajce. V choledochusu lahko leže cilindrični konkrementi, ki dosegajo dolžino 10 cm.

Glede števila moremo reči, da jih je tem manj, čim večji so. Našteli so jih tudi do več tisoč.

Oblike so različne. V žolčniku so okrogli, ovalni, kockasti, stožčasti, poliedrični, zrnasti itd. V choledochusu in hepaticusu so navadno cilindrični, so pa lahko tudi okrogli in ovalni.

Z ozirom na kemične sestavine razlikujeta Aschoff in Bacmeister 6 skupin.

V prvo skupino spadajo takoimenovani radiarno-holesterinasti kamni. Sestavljeni so iz rahlega beljakovinastega ogrodja, ki je obdano s kompaktnim holesterinom. To so večinoma solitarni kamni, ki se nahajajo v collumu in cysticusu in ki zapirajo vhod v volumen žolčnika. So okrogli ali ovalni in dosegajo velikost črešnje.

V drugo skupino uvrščata konkreme, ki so podobni prvi skupini, ki pa vsebujejo poleg beljakovinastega ogrodja in holesterina tudi že rahle sloje apna.

Tretja grupa predstavlja konkreme, katere najdemo najpogostejše. Sestavljeni so iz holesterina, apna in bilirubinastega pigmenta. Po navadi jih je večje število. Oblika je najrazličnejša: so lahko poliedrični, fasetirani, okrogli, ovalni, po površini gladki ali pa tudi hrapavi. Okoli jedra se vrstijo koncentrične lupine iz holesterina in bilirubinastega apna.

Zastopniki 4. grupe so kamni, ki so sestavljeni iz bilirubinastega pigmenta in apna. So okrogli in ovalni v obliki murve.

V peto grupo štejeta konkreme, katerih sestavina je radiarni holesterin, kakor pri prvi skupini, ki pa je na zunaj obdan od holesterinasto-pigmentiranega apna. Večinoma so tudi ti kamni solitarni in zapirajo cysticus. Imenujejo se kombinacijski kamni, površine so gladke.

V 6. grupo spadajo končno kamni, ki so sestavljeni samo iz apna in so močno hrapave površine.

Glede patogeneze razvršča Eppinger konkreme v tri grupe:

1. Radiarno-holesterinasti in čisti bilirubinasto-pigmentni nastanejo vsled motenj presnove v žolčnem mehurju.

2. Holesterinasto-apnenasti nastanejo bodisi v žolčniku ali pa v žolčevodih vsled infekcije sluznice.

Sl. 18 a. *Kombinacijski konkrement, viden brez kontrasta.*

Sl. 18 b. *Velika skupina pretežno apnenastih konkrementov, vidna brez kontrasta.*

Sl. 19 a. *S kontrastom zasenčen žolčnik poln holesterino-apnenastih kamnov.*

Sl. 19 b. *Kontrahiran, zasenčen žolčnik poln mešanih konkrementov.*

Sl. 19 c. *S kontrastom zasenčen žolčnik poln apno-holesterinastih kamnov.*

Sl. 20. *Skupina konkrementov na dnu s kontrastom zasenčenega žolčnika.*

Sl. 21 a. *Žolčnik, napolnjen s kontrastom različne koncentracije, v katerem plavajo holesterinasti konkrementi med dvema slojema.*

Sl. 21 b. *Kakor prejšnja je tudi ta slika posneta stojè. Konkrementi plavajo nad specifično težjim žolčem.*

Sl. 22 a. *Holesterinasti, tako imenovani »negativni« konkrementi v žolčniku, napolnjenem s kontrastom.*

---

3. Pigmentno-apnenasti nastanejo samo v hepaticusu in choledochusu vsled staze.

Različna kemična sestava kamnov dá pri fotografiranju različne rezultate. Na holecistogramih razlikujemo z ozirom na prodornost rentgenskih žarkov 4 grupe. V prvo grupo spadajo kamni, ki jih vidimo na filmu tudi brez kontrasta. Njihove sestavine morajo biti specifično težje od okolice. To pa je odvisno edino le od množine in porazdelitve anorganičnega apna. Čim več apna vsebujejo, tem jasnejše jih vidimo. To so takoimenovane »pozitivne« sence kamnov (sl. 18 a, b).

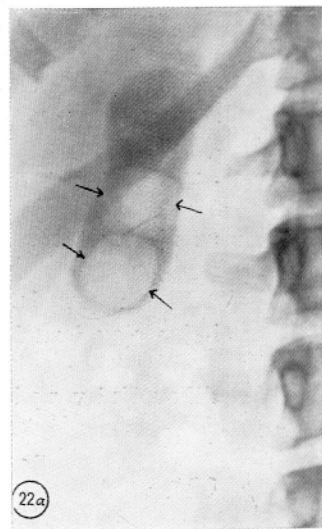
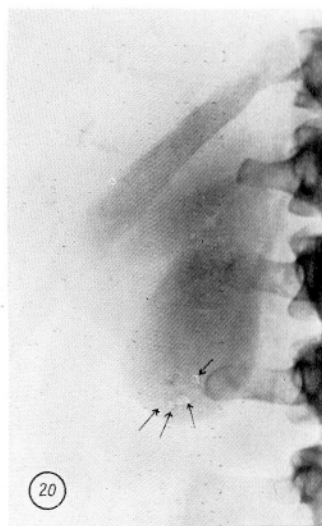
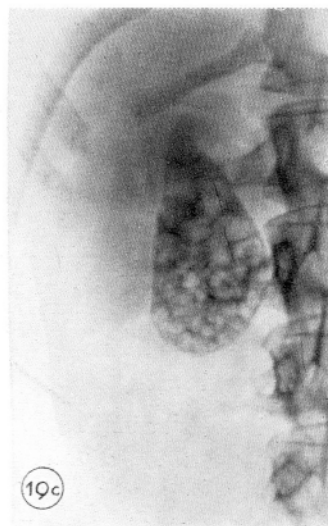
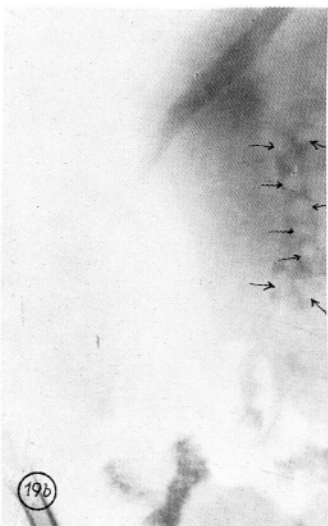
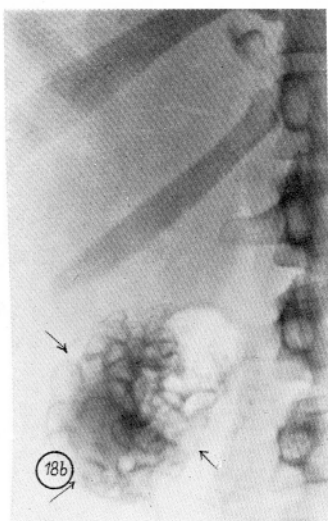
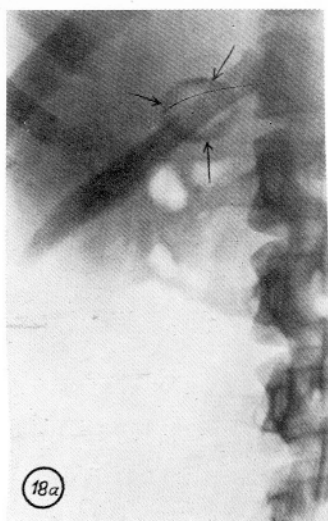
V drugo grupo spadajo kamni, ki delajo pozitivno senco v senci s kontrastom napolnjenega žolčnika (sl. 19, a, b, c). Tu se pa lahko zgodi, da njihove sence ne vidimo, posebno, če je žolčnik gosto zasenčen. Zavoljo tega moramo v takih primerih napraviti po zaužitju rumenjakov več slik; kajti po izpraznitvi zgoščenega žolča dobimo rahlejšo senco žolčnika in s tem je podana možnost, da pozitivne konkremente še opazimo. V zadnjih letih pa slikamo take žolčnike, pri katerih pričakujemo klinično konkremente še pred zaužitjem rumenjaka tudi stoje in ciljano. Po d'Amatu padejo apnenasti kamni na dno in postanejo na ta način vidni, ker izpodrinejo volumen gostega žolča (sl. 20). Po Akerlundu pa vidimo na takih slikah tudi »plavajoče« kamne; to so oni, katerih specifična teža je manjša od koncentriranega žolča. Ti plavajo (sl. 21 a, b) bodisi v gotovi višini zgoščenega žolča, ker so lažji kot spodnja plast in težji kot še višja, ali pa s popolnoma na vrhu, če so čisto holesterinasti.

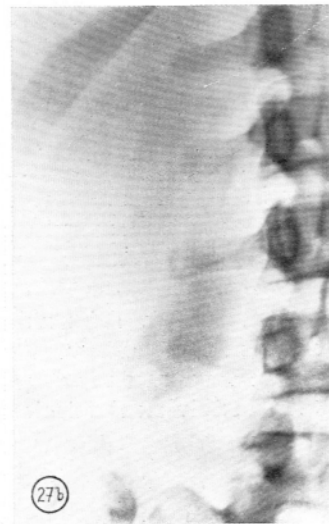
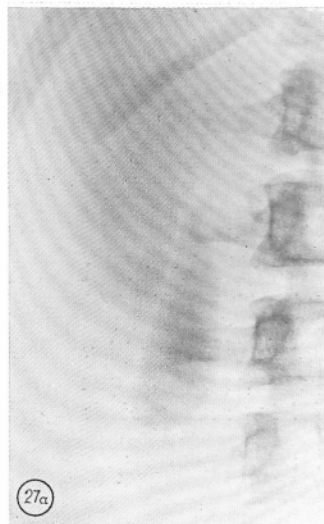
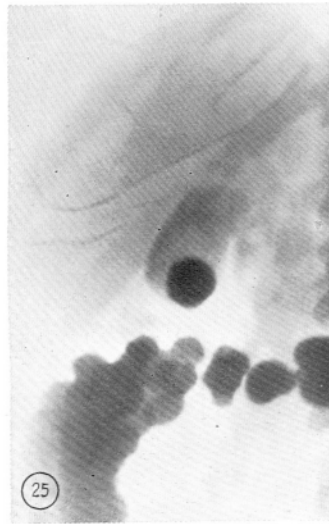
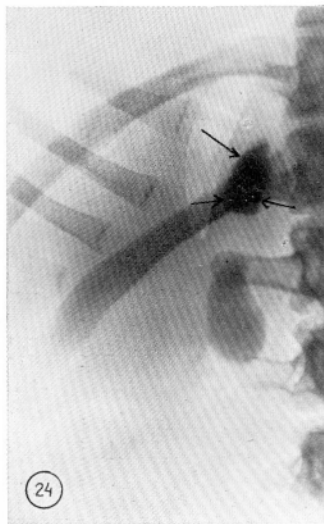
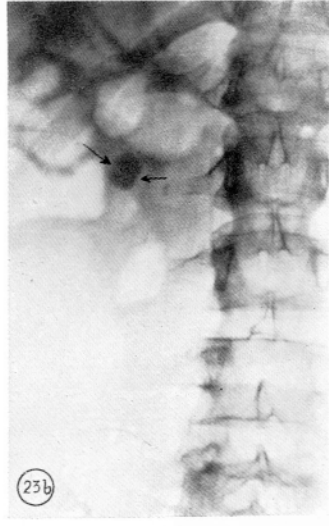
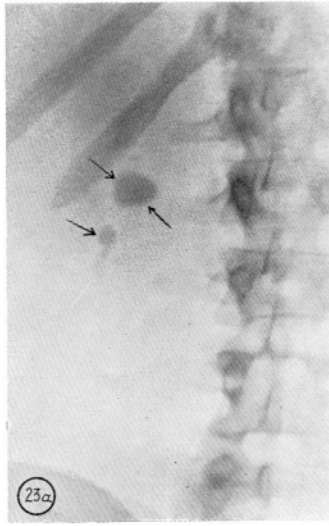
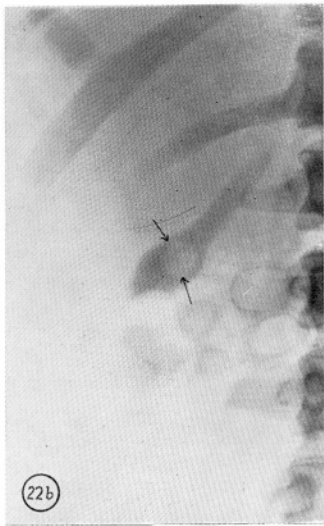
V 3. grupo uvrščamo kamne, ki so specifično lažji od okolice in katere vidimo ravno radi tega v senci s kontrastom napolnjenega žolčnika. Pokažejo se kot svetlejši, ostro omejeni defekti, ali kot »negativne« sence (sl. 22 a, b). Brez kontrasta jih nikdar ne vidimo. Taki kamni so sestavljeni iz holesterina, ali so holesterino-bilirubinasti.

Končno imamo še 4. grupo kamnov, katere pa rentgenološko ne diagnosticiramo. To so kamni, ki so lažji kot okolica, ki pa ležijo v žolčniku, kateri ni dal sence na holecistogramih.

Na holecistogramih pridejo pri diferencialni diagnostiki v poštev predvsem konkrementi ledvic (sl. 23 a, b). V splošnem sicer ne dela diferencialna diagnostika posebnih preglavic, vendar dobimo primere, pri katerih moramo uporabiti še posebne postopke. Ledvični kamni so v splošnem gosti in homogeno zasenčeni, žolčni so navadno neenakomerno gosti, imajo karakteristično strukturo in dajejo koncentrične ali obročaste sence. Včasih moramo







Sl. 22 b. *Solitaren holesterinast konkrement v skrčenem, s kontrastom napolnjenem žolčniku.*

Sl. 23 a, b. *Konkrementi v pelvisu desne ledvice.*

Sl. 24. *Konglomerat zavapnelih limfnih žlez v višini sence XII. desnega rebra → ←*

Sl. 25. *S kontrastom pomešana vsebina kolona, projicirana v senco žolčnika (pseudokonkrement).*

Sl. 26. *Petrificirana stena žolčnika.*

Sl. 27 a, b. *Zrak v črevesju projiciran v senco žolčnika (pseudokonkrement).*

Sl. 28 a. *Hipotoničen s kontrastom napolnjen žolčnik, pred zaužitjem rumenjakov.*

---

napraviti tudi še slike v drugih, posebno stranskih projekcijah. Pri takih slikah ležijo žolčni kamni spredaj, ledvični pa ob hrbtenici.

Poapnele mezenterialne žleze (sl. 24) ležijo paravertebralno in imajo gosto senco z nazobčanimi robovi.

Poapnela rebra izgledajo včasih tudi kot žolčni kamni. Tu pač moramo napraviti več slik, da doženemo, kam spadajo posamezne sence. Isto velja za skybala, ki so impregnirana s kontrastnim sredstvom (sl. 25) in za processii transversii vertebrarum.

Tudi poapnele stene žolčnika samega pridejo diferencialno-diagnostično v poštev in niso tako redke. Anatom Goldhammer imenuje tak žolčnik »petrifikacijo stene« (sl. 26), kirurg Floercken pa govori v takem primeru o »porcelanastem« žolčniku. Navadno diagnosticiramo v tem primeru solitaren kamen, ki izpolni ves volumen žolčnika in ki je obdan od apnenaste lupine. Poapneli ehinokoki dajejo enako senco, leže pa navadno v parenhimu jeter.

Kamni pankreasa ležijo večinoma medialno in v senci hrbtenice. Diferenciramo ozir. izločimo jih po zaužitju rumenjaka.

Zrak, ozir. zračni mehurji črevesja delajo včasih velike preglavice kot negativni kamni (sl. 27 a, b). Tudi tu moramo večkrat slikati; kajti ni verjetno, da bi ostali taki mehurji več ur na istem mestu.

Končno moramo paziti na tuja telesa, na kožne izrastke (fibrome, lipome itd.) in na napake v filmu, ki v praksi niso redke.

#### 6. Motiliteta. (Izpraznitev žolčnika — holecineza-holagogija.)

V prvem delu so v poglavju o fiziologiji žolčnika omenjene 3 teorije, ki nam skušajo objasniti način koncentracije ozir. izpraznitve žolča in zunanjih žolčevodov. Omenjeno je tam, da reagira žolčnik na različne sestavine hrane in kemikalij različno in da je najučinkovitejše in najenostavnejše sredstvo za takojšnjo izpraznitev Boydеноv zajtrk, obstoječ iz 2—3 rumenjakov pomešanih s<sup>c</sup> smetano.

Ko smo z intravenozno in peroralno aplikacijo kontrasta dosegli polnitev žolčnika, tedaj postane važno za rentgenologa in klinika spoznati, kako se žolčnik izpraznjuje. S tem vprašanjem se je podrobneje pečal Bronner.

Pri žolčnikih brez konkrementov ozir. pri normalno napolnjenih razlikuje Bronner 3 tipe izpraznitve. K prvemu spadajo predvsem hipo- in asteničarji ter vegetativno stigmatizirani. Pri teh se žolčnik hitro zmanjšuje. Po 15—20 minutah se skrči na polovico, po 25—30' na  $\frac{1}{3}$ . Po 45—50' je navadno že prazen (sl. 28 a, b, sl. 29 a, b).

Drugo grupo predstavljajo normosteničarji. Žolčnik se pri njih zmanjšuje po  $\frac{1}{2}$  uri na polovico, po 40—50 minutah na  $\frac{1}{3}$ . Po  $1\frac{1}{2}$  ure vsebuje žolčnik še približno  $\frac{1}{6}$  začetnega volumna (sl. 30 a, b, sl. 31 a, b).

Sl. 28 b. *Isti žolčnik kot 28 a, 20 min. po zaužitju rumenjakov; pospešena motiliteta.*

Sl. 29 a, b. *Velja isto, kot za sliki 28 a, b. Kontrast v kolonu.*

Sl. 30 a, b. *Normotoničen, s kontrastom napolnjen žolčnik, pred zaužitjem in 20 min. po zaužitju rumenjakov. Viden je tudi ductus choledochus*

Sl. 31 a, b. *Velja isto, kot za sliki 30 a, b. Oba primera sta predstavnika normalne motilitete.*

Sl. 32 a, b. *Normotoničen žolčnik pred zaužitjem in 20 min. po zaužitju rumenjakov. Močno pospešena motiliteta.*

---

---

Obe grupi sta glede motilitete normalni in odgovarjata zdravim žolčnikom.

V 3. grupo šteje Br o n n e r žolčnike, ki se po rumenjaku naglo spraznjujejo. Po 15 minutah se skrčijo na  $\frac{1}{3}$  in po 25 min. so že prazni. Tako hiperomotiliteto najdemo predvsem pri ljudeh z ulcus ventriculi in duodeni. Tudi pri tej grupi gre za normalen žolčnik (sl. 32 a, b, sl. 33 a, b).

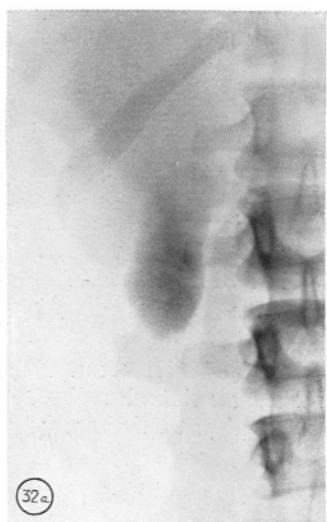
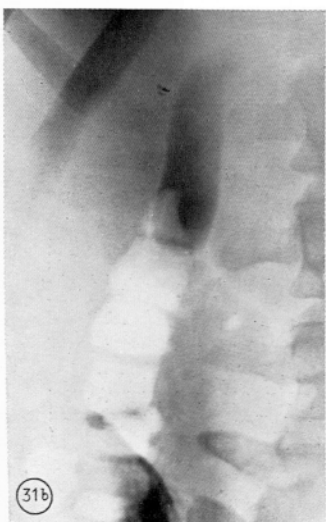
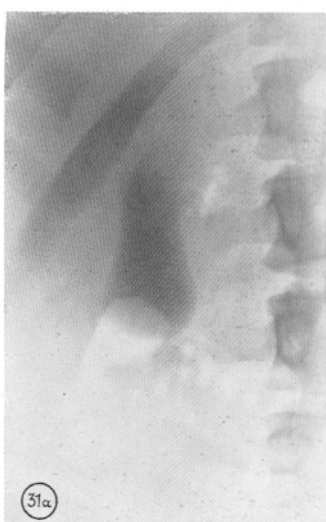
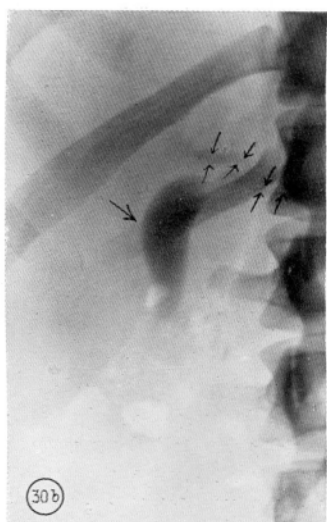
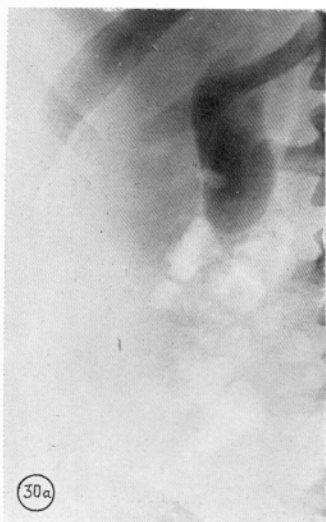
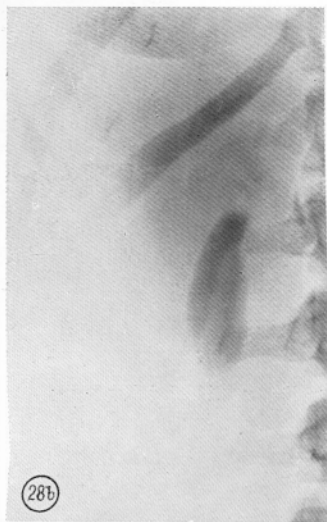
Če pa vidimo, da se žolčnik po zaužitju rumenjakov še po 2 urah ni izpraznil temveč, da je njegova senca ostala ves čas približno enako velika, tedaj lahko z gotovostjo sklepamo na patološkičnost žolčnika (sl. 15 a, b).

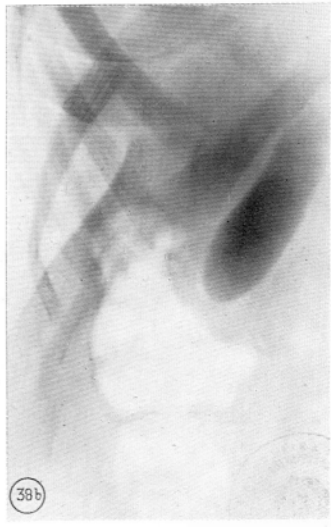
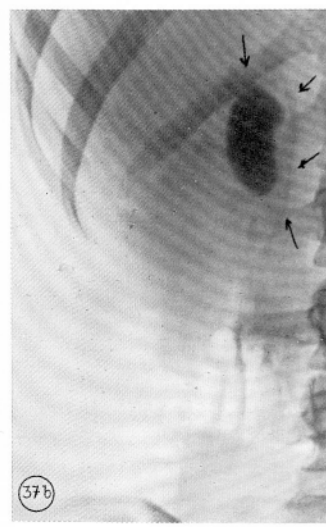
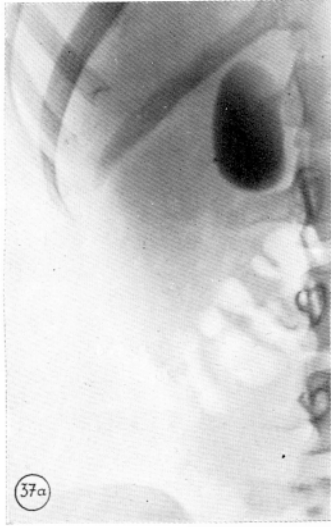
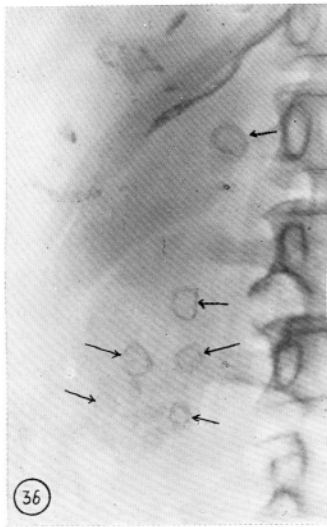
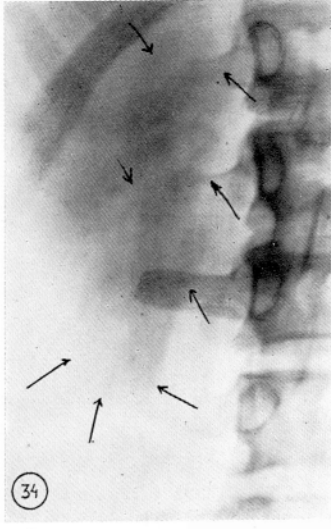
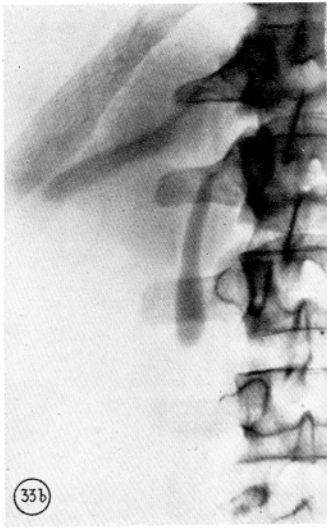
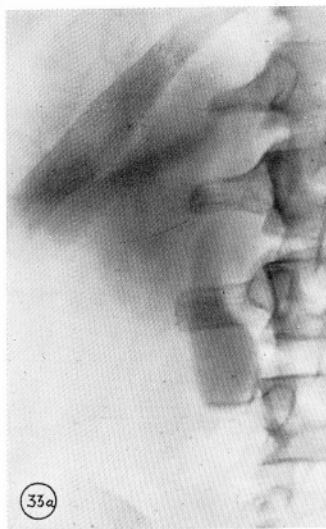
Za persistenco sence ozir. holestazo brez sence so vzroki lahko mehanično-organične prirode ali pa funkcionalne. Med prvo spadajo po S c h m i e d e n u in R h o d e - t u predvsem ovire v collumu in cysticusu. N. pr. ventilna zapora vsled kamna ali kakršnega koli drugega vzroka, ki dopušča, da se žolčnik polni, ne dopušča pa izpraznitve; dolg cysticus, ki je pravokotno zapognjen; prirojen divertikel v cysticusu; zarastline, ki zožujejo cysticus; enteroptoza; tumorji in povečane mezgovnice, ki od zunaj pritiskajo na izhod; graviditas, hernije; cholecystitis, ki povzroča okvare v stenah, tako da niso več sposobne reagirati na dražljaj 2 rumenjakov. Hydrops in empyema dajeta včasih senco tudi brez kontrasta. Ker sta nastala na vnetljivi osnovi, ne reagirata na dražljaje 2 rumenjakov (sl. 34, 35, 36).

Toda vsi našeti mehanični vzroki niso mogli odgovoriti klinikom v vseh primerih na vprašanje o nastanku holestaze in sledeče holecistide in holelitiaz. Tako n. pr. nastajajo pri gravidnih holestaze pogostokrat že v mesecih, ko je plod še tako majhen, da nikakor še ne more biti on sam mehanično vzrok. Westphal je s svojimi poskusi na živalih lahko dokazal, da se pri električnem draženju vagusa ne kontrahira samo žolčnik, temveč tudi sphincter Oddi in da pride tako do staze koncentriranega žolča v žolčniku in choledochusu. Nasprotno pa nastopa pri draženju sympathicusa atonia sten žolčnika in choledochusa, toda sphincter Oddi ostane kontrahiran. V prvem primeru govorimo o hipertonični, v drugem o hipotonični stazi.

Westphal, Berg, Schöndube i. dr. so takšne diskinezije funkcionalne prirode opazovali tudi pri holecistografijah in jih smatrajo za disfunkcije nevromuskularnega aparata žolčevodov. Na rentgenogramih vidimo zakasnele izpraznitve, včasih se izprazni žolčnik pri pertoničnih diskinezijah šele po 7 urah. Pri tem sta poleg žolčnika stalno gosto napolnjena tudi ductus hepaticus in choledochus (sl. 37. a, b).

Pri hipotoničnih diskinezijah vidimo senco žolčnika tudi še 24 ur po zaužitju rumenjakov. Ker so v tem primeru stene žolčnika ohlapne, je senca navadno večja, zato pa sega večinoma samo do colluma in ductus hepaticusa in choledochusa pri takih holestazah ne vidimo (sl. 38. a, b).





Sl. 33 a, b. *Hipotoničen žolčnik. Močno pospešena motiliteta.*

Sl. 34, 35, 36 *predstavljajo velike, s kontrastom rahlo zasenčene, zastojne (holestatične) žolčnike, deloma s konkrementi v fundusu in v cistikusu nekaj ur po zaužitju rumenjakov.*

Sl. 37 a, b. *Normotoničen žolčnik pred zaužitjem in 3 ure po zaužitju rumenjakov. Dobro vidimo na drugi sliki ductus choledochus  $\angle$ . Sliki predstavljata hipertonično holestazo.*

Sl. 38 a, b. *Normotoničen žolčnik pred zaužitjem in 3 ure po zaužitju rumenjakov. Senca obeh žolčnikov je v spodnjih dveh tretjinah gosta. V zgornji tretjini pa polagoma preneha. Sliki predstavljata hipotonično holestazo.*

---

## IZOSTANEK SENCE.

Poleg na slikah dokazane holelitijaze je izostanek sence žolčnika najpogostejši znak holecistopatije. Graham sam pravi, da je izostanek sence najsigurnejši znak obolelosti izvenhepatalnih žolčevodov, če je funkcija jeter ohranjena. Glede funkcije jeter so izkušnje pri holecistografiji pokazale, da dobimo dobre slike žolčnika tudi pri obsežni degeneraciji sestavnih delov jeter; zakaj tudi pri njih razsežnem obolenju se najde še vedno toliko zdravega tkiva, da je omogočeno izločevanje jodtetragnota. Praktično torej ne igra funkcija jeter bistvene vloge pri holecistografiji.

Procesi, ki zapirajo ali komprimirajo izvenjeterne žolčne organe so lahko zelo različni; Lyon trdi n. pr., da napravi to lahko že edematozna sluznica hepaticusa in cysticusa. Eisler sicer ni prav tega mnenja, temveč pravi, da je pri edemu v sluznici hepaticusa vnetljiv proces tudi v sluznici žolčnika, kar ima lahko za posledico nemožnost resorpcije.

Drugi vzrok so tumorji v žolčevodih samih ali pa v okolišnih organih, ki komprimirajo žolčevode.

Najpogosteje zapirajo dotok žolča konkrementi v cysticusu, redkeje konkrementi v hepaticusu. Zelo redki, toda v slovstvu dokazani so primeri, ko je prišlo do zamašitve cysticusa ozir. hepaticusa zaradi tujih teles. Tudi navaden preklon cysticusa je lahko pri asteničnih oblikah vzrok nepolnitve.

Včasih najdejo pri operacijah žolčnik poln majhnih konkrementov, senca je pa izostala. Pojav si razlagamo na sledeči način: žolčnik se zaradi stalnih dražljajev od strani konkrementov kontrahira in predčasno izpraznjuje. (Fenomen kontaktnega dražljaja). Je pa tudi mogoče, da zaradi preobilice konkrementov kratkoma ni prostora za žolč.

Pogost vzrok izostanka sence so patološki procesi v sluznici in sploh v stenah žolčnika. Takšni procesi motijo ali pa sploh onemogočijo resorpcijo žolčeve vode in s tem njegovo koncentracijo. V prvi vrsti se dogaja to pri cholecystitis, bodisi lahki, akutni, kataralični z edematozno sluznico, kakor tudi pri težji, gnojni, ulcerozni, kronični z brazgotinami in obsežnimi defekti. Mero-dajen za izostanek sence ni toliko proces sam, kolikor obsežnost destrukcije sluznice ozir. njenega epitela; kajti le on ima sposobnost resorbiranja. Že pri poglavju o intenziteti sence smo zvedeli, da jo najdemo velikokrat pri obsežnih kroničnih holecistidah. Kot rečeno, moramo iskati za to vzrok v bohotni rasti papilomatozne sluznice z epitelom vred.

Pri cirotičnih, močno skrčenih mehurjih je jasno, da ne bomo našli sence, ker manjka zaradi obsežnih brazgotin epitel. Ravno tako pri tumorjih sten

žolčnika; tu pride v prvi vrsti in številčno najpogosteje v poštev rakasta infiltracija.

Pri oralni aplikaciji jodovega kontrasta utegne biti vzrok nepolnitve in izostanka sence stenoza pilorusa. Sluznica želodca kontrasta — kot sem že spredaj omenil — ne resorbira.

V začetku holecistografiranja so polagali veliko važnost na pravilno aplikacijo oralnega tetragnota, ker so se pokazale diference pri resorbiciji kontrasta v črevesju. Danes so te diference vsled izboljšanja kontrasta tako rekoč popolnoma odstranjene in izostanek sence s a m o vsled tega vzroka ne pride več v poštev. Zaradi tega vpeljujejo v Ameriki čedalje bolj samo oralno aplikacijo jodovega tetragnota in so pristaši intravenozne aplikacije v velikih zavodih le še posamezniki. (S t e w a r t).

Izostanek sence opazujemo tudi pri raznih nehepatogenih obolenjih. Tako se n. pr. žolčnik ne polni pri težkih kaheksijah in pri sledečih boleznih: morbus Basedowi, diabetes mellitus, ulcus pepticum ventriculi sive duodeni, carcinoma ventriculi, appendicitis, nephrolithiasis, itd. O r a t o r n. pr. trdi, da je pri 60% bolnikov, ki jih je sam opazoval in ki so imeli želodčne ali duodenalne rane, izostala sence, dasi je avtopsija pokazala popolno intaktnost jeter in žolčnika. L e b je našel isto pri 26 primerih od sto. Tudi drugi avtorji, n. pr. A n z i l o t t i, D i c k s o n, H i t z r o t omenjajo slične vzroke za izostanek.

Barsony, Bronner, Friedrich, Gutman, Nemours i. dr. so pa drugačnega mnenja. Oni so pri omenjenih obolenjih le redkokdaj opazovali izostanek sence in zato mislijo, da so prišli zgoraj omenjeni avtorji do rezultatov zaradi napačne tehnike pri holecistografiji. Upoštevali namreč niso diskinezije žolčnika pri omenjenih boleznih. Žolčnik se namreč veliko prej polni (in prazni) pri osebah, ki imajo ulcus ventriculi ali pa duodeni, kakor pa pri onih, ki imajo oba omenjena organa zdrava. Pri šablonski holecistografiji so zamudili optimum sence in fotografirali, ko je bil mehur že zopet prazen. Analogno hipermoliteto najdemo tudi pri hipertoniji želodca, ker se tudi želodec predčasno izpraznjuje.

Če rezimiramo torej poglavje o izostanku sence žolčnika, moremo konstatirati, da je izostanek povzročen lahko od različnih faktorjev. Nekateri nastopajo bolj pogostokrat, drugi le redkokdaj. Toda pri pravilni predpripravi bolnika in pravilni fototehniki smemo reči, da je izostanek sence vedno znak obolelosti žolčevodov. Ordinirajoči zdravnik bo moral pri ocenjevanju holecistograma in rentgenskega ugotovitka upoštevati vse v poglavju našete možnosti. Rentgenolog pa more pri izostanku sence reči samo sledeče: žolčnik ni dal sence; vzrok je ali obstrukcija zunanjih žolčevodov, ali obolelost sluznice.

Svrha članka o holecistografiji je želja, seznaniti slovensko zdravništvo z metodo, ki se je v zadnjem deceniju udomačila v skoraj vseh zdravstvenih zavodih in ki je postala sestavni del sistematične preiskave abdominalnih obolenj. Skušal sem povdariti bistvo metode, t. j. prenesti njeno teoretično podlago v praktično uporabo. Metoda nam da ključ za razjasnitev marsikaterega skritega poglavja v hepatopatologiji, veliko pa ostane še odetega v meglo teorije in čaka razbistritve. V splošnem je metoda jasna, neposredna, enostavna in koristna. Naloga internista, kirurga in rentgenologa pa je, da vse njene lastnosti pravilno tolmači.



Za profilakso ali  
pri prvih znakih  
**gripe**  
in drugih prehladnih oboljenjih

# Novalgin-Chinin

1—3 krat na dan po 1—2 dražeje

ORIGINALNI OMOT:

cevčica z 10 dražeji po 0,25 g

## Novalgin

preizkušen analgetikum, antirevmatikum  
in antipiretikum.

*Pri vseh vrstah bolečin, revmatizmu  
zglobov in mišičev, febrilnem stanju  
najraznolike geneze.*

ORIGINALNI OMOTI:

Škatljice s 5 in 10 ampulami po 1 odn 2 ccm  
kakor tudi 5 ampul po 5 ccm.

Novalgin tablete za oralno uporabo: cevčica  
z 10 kom. po 0,5 g;

Novalgin kapljice: stekleničica z 10 ccm.





# Prontosil

Davno iskan

**kemoterapevtikum**  
proti streptokoknim infekcijam.

Deluje tudi pri infekcijah s stafilokoki  
in koli-bacili.

**Indikacije:** erizipel, angina, sepsis post partum  
in abortum, infektne artritide, pijelitide, cistitide  
in meningitide. Nadalje za profilakso pred po-  
rodom in operacijo.

*Oralno »Prontosil tablete«*

*Intramuskularno »Prontosil solubile«*



**»Bayer«**

LEVERKUSEN a. Rh.

Zastopstvo za Jugoslavijo:

»JUFEFA« K. D.

Beograd

Zagreb

# Agomensin

v vodi topljivi jajčnikov ekstrakt,  
ki deluje hiperemizirajoče  
na ženski genitalne.

Ovarialna amenoreja  
Hipoplazija maternice  
Oligomenoreja  
Steriliteta

*Tablete · Ampule*

# Sistomensin

standarizirani, v lipoidih topljivi,  
polnovredni ekstrakt iz jajčnikov  
(hormonalno zdravljenje).

Funkcionalna dismenoreja  
Krvavitve v puberteti  
Menoragije  
Motnje v laktaciji

*Tablete · Ampule*

# Prokliman

proti klimakteričnim in predklimak-  
teričnim težavam.  
Kombinacija hormonalnih, sedativnih  
in krvni tlak regulirajočih substanc.

Motnje zaradi afunkcije ovarijev  
Težave s srcem  
Naval krvi.  
Obstipacija

*Dražirane tablete*

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz)

Zastopnik za Jugoslavijo: Mag. pharm. Vladimir Jelovac, Beograd, Kralja Milutina 56



# 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



Kraljevski dvorski dobavitelj

*Zdravilišče in kopališče*

## SLATINA RADENCI

Najmočnejše prirodne ogljikovo-kisle (CO<sub>2</sub>) 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!

## **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 knjigoveznica. Vsa dela hitro, lično in po zmerni ceni. Zahtevajte proračune. ●

Vse slike žolčnikov, izvzemši 21. a, b, so bile napravljene v rentgenološkem inštitutu splošne bolnice v Ljubljani. Kopije za klišeje je izdelal iz prijaznosti g. dr. R. del Cott, zdravnik inštituta, za kar se mu na tem mestu toplo zahvaljujem.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser gibt in seinem Bericht über die Cholecystographie eine kurzgefaßte Übersicht über das Wesentlichste dieser Methode. Gestreift wurden im Aufsätze die Anatomie und Physiologie der Gallenblase, insoweit sie für die Cholecystographie von Belang sind. Kurz skizziert wurden die Technik und Methodik. Zusammengefaßt wurde die cholecystographische Symptomatologie, sowohl der auf dem Röntgenbilde sichtbaren Gallenblase, als auch der Momente beim Ausbleiben des Gallenblasenschattens. Zweck des Aufsatzes ist der Wunsch, die Ärzteschaft mit dieser Methode bekanntzumachen, da sie sich im letzten Dezenium als ein systematisches diagnostisches Hilfsmittel in der Pathologie des rechten Abdomens ein erfolgreiches Daseinsrecht erkämpft hat.

#### SLOVSTVO

Dr. Heinz Lossen: Lehrbuch und Atlas der Röntgendiagnostik, 1938. — F. Eisler in G. Kopstein: Röntgendiagnostik der Gallenblase, 1931. — Dr. Ulrich Spiller: Praktikum der Röntgendiagnostik an Magen, Duodenum und Gallenblase, 1932.

---

---

## Francosko-jugoslovanski medicinski dnevi v Parizu

Dr. Z. Šusteršič

Z 1 slika

Od 2. do 4. marca so se vršili v Parizu francosko-jugoslovanski medicinski dnevi. Žal je bila prireditelj, ki bi se morala vršiti že v oktobru l. 1938., premalo znana med slovenskim zdravništvom. Slovenski zdravniki, ki imamo že itak slabe stike s francosko medicino, smo premalo izrabili to edinstveno priliko. Dnevi, organizirani od pariških in beograjskih zdravnikov, kateri imajo že iz predvojnne in medvojnne dobe živahne stike med seboj, naj bi pomagali tudi hrvatskim in slovenskim zdravnikom do natančnejšega spoznavanja s francosko medicino in njenimi predstavniki.

Oficielna otvoritev medicinskih dni pod častnim predsedstvom francoskih političnih in vojaških osebnosti ter francoskih znanstvenikov je bila v Parizu 2. marca. Proforski zbor in mesto Strasbourg sta povabila jugoslovanske zdravnike, da se na poti v Pariz ustavijo v Strasbourgu in ogledajo tamkajšnje medicinske ustanove. Jugoslovanska delegacija pod vodstvom dekana medicinske fakultete v Beogradu profesorja dr. Kostića se je temu povabilu z veseljem odzvala in tako so se naši stiki s francoskimi zdravniki pričeli takoj, ko smo prestopili francosko mejo. Rektor strasbourške univerze je v svojem pozdravu to poudaril in izrazil dobrodošlico jugoslovanskim zdravnikom ob prihodu v deželo svobode.

Prirediteljem moramo biti res hvaležni, da so nam dali priliko ogledati si to zgodovinsko mesto, ki leži na stiku dveh velikih kultur. Izgleda, da so Francozi kakor tudi Nemci v tekmi vplivov skušali dati Alžačanom v Stras-

bourgu svoje najboljše. Mesto krasnih palač in širokih bulvarov napravi vtis materialnega in kulturnega bogastva. Univerza je krasna in razkošno opremljena, pred njo stoji spomenik P a s t e u r j a , ki je bil nekaj časa profesor na strasbourški univerzi. Mislim, da more nuditi malokatero mesto in malokatera univerza studentu to, kar mu lahko da Strasbourg.

Strasbourgška bolnica spada gotovo med največje in najlepše bolnice v Franciji. Zgrajena je v paviljonskem sistemu in predstavlja mesto zase. Paviljoni so zvezani med seboj z asfaltiranimi cestami in poleg tega še s podzemeljskimi hodniki. Zanimivo je, da je Francija pustila nemške profesorje in šefe klinik na njihovih mestih. Izselili so se po letu 1918. le oni, ki so prišli v Strasbourg iz drugih nemških pokrajin.

Po skupnem ogledu bolnice, ki ima svoje početke v 16. stoletju, smo se razdelili po strokah in si je vsakdo ogledal oni oddelek, ki ga je zanimal. Šel sem na kirurgijo k prof. L e r i c h e u . Na njegovi kliniki je združena nemška natančnost s francosko duhovitostjo. Najprej nam je demonstriral svojo stelektomijo na astmatiku. Operacijo, pri kateri mu je asistiral njegov prvi asistent, je bilo res užitek gledati. Zdi se, ko da imata vsako kretnjo preračunano, kar pride še bolj do izraza, ker delata brez instrumentarke. Po operaciji je v diskusiji povedal svoje mišljenje o terapiji Jacksonove epilepsije, za katero je mnenja, da se m o r a z d r a v i t i a b s o l u t n o k o n s e r v a t i v n o : »Kljub številnim metodam, ki so jih uporabljali razni kirurgi do danes, še ni pacienta, ki po kirurški intervenciji ne bi dobil recidiva.« Nato nam je demonstriral njegov asistent (po naše docent) 2 arteriografiji. L e r i c h e pravi, da je treba i s k a t i obolenja žil, ako hočemo preprečiti bodoče gangrene ekstremitet. Mrzle noge, varikozni ulkus, ki so odporni napram zdravljenju, in podobno morajo vzbuditi sum, da gre za obolenje arterij. Pri vsakem takem pacientu je treba napraviti arteriografijo, da pravočasno odkrijemo obolenja in jih še za časa kirurško zdravimo. Na koncu nam je pokazal še uspehe zdravljenja intraartikularnih fraktur po lastni metodi, ki obstaja v dnevni injekciji novokaina brez vsake imobilizacije. O uspešnosti takega zdravljenja nas kljub lepim uspehom, ki so jih kazale rentgenske slike, ni mogel prepričati. Metoda sama pa kaže neomejeno drznost francoskega esprita!

Kar prehitro smo morali naprej — v Pariz. Prvi dan v Parizu — 1. marec — je bil posvečen prireditvam farmacevtskih laboratorijev. Firma Zizine je priredila skupni izlet v avtokarih v Versailles, da smo si ogledali rezidenco francoskih kraljev. Francozi so res lahko ponosni na svojo zgodovino! Po ogledu kraljevske palače nas je sprejel na čaj vicomte de Fontenay, prvi poslanik Francije v Beogradu in stari prijatelj naše države. Ko smo se vrnili v Pariz, nas je pogostila firma v Cleridgeu in nas povabila v Casino de Paris.

Drugega marca je bila svečana otvoritev francosko-jugoslovanskih medicinskih dni. Svečani seji v velikem amfiteatru je prisostvoval maršal F r a n c h e t d' E s p e r a y , jugoslovanski poslanik P u r i ć , dekan medicinske fakultete v Parizu in profesorski zbor. V pozdravnih govorih je bilo poudarjeno tradicionalno prijateljstvo Francije z našo državo. V imenu naše delegacije se je zahvalil dekan Kostić. Po ogledu fakultete nam je priredil profesor - H a r t m a n v foyeru univerze zakusko.

Popoldne je bilo posvečeno ogledu bolnic. Najprej smo posetili Hôpital Curie in Institut du Radium. Zgradbi ležita v eni stranskih ulic in sta zgrajeni iz opeke brez ometa. — Zdi se, da je ta način zidave v novejši francoski arhi-

tekturi za bolnice in institute precej priljubljen. Tudi Institut du cancer, o katerem bom pozneje poročal in še nekaj drugih je grajenih na enak način. — Stisnjeni sta med vrsto hiš in vhod v eno je celo preko nekakega dvorišča. Zunanost je, dasi sta 6- ali 7nadstropni, popolnoma novi in prav lepi, tako malo poudarjena, da ju na prvi pogled človek skoro ne opazi. Notranost je krasno urejena ter je za bolnika kakor tudi za osebje zelo smotrena. Vsi oddelki za radioterapijo so zelo dobro izolirani in poleg tega še pod zemljo, da ne bi škodljivo vplivali na osebje in okolico.

Radium institut je, kakor je znano, v prvi vrsti znanstvena institucija, ki je razdeljena na 3 odseke: fizikalno-kemičnega, radio-fiziološkega in odsek za



Slavnostna seja francosko-jugoslovanskih medicinskih dni v amfiteatru medicinske fakultete v Parizu

terapevtsko aplikacijo. Bolnica razpolaga s 14 g radija. Eksperimentalni in znanstveni del delata skupno s terapevtskim, proučujoč na ta način vedno nove možnosti v zdravljenju. Hôpital Curie je zaenkrat dostopen le bolnikom, ki plačajo. Pripravljajo pa razširitev, ki bo omogočila zdravljenje najširšim množicam.

Sledil je obisk instituta za raka (Institut du cancer). Institut, ki stoji od leta 1925., ima trojno nalogo: 1. znanstveno raziskavanje rakastih obolenj, 2. zdravljenje obolelih, 3. propagando in odkrivanje obolelih med narodom. Pojasnili so nam, da nosi na vratih namenoma napis Institut du cancer, da se javnost polagoma priuči na to, da je mnogo vrst raka, ki jih je mogoče ozdraviti. Vsi trije imenovani odseki delujejo skupno. Vsake 3 mesece je sestanek vseh zdravnikov in znanstvenikov, da se medsebojno obveste o uspehih in

izsledkih svojega dela. V institut prihajajo tudi inozemci-zdravniki, da napravijo kurz kot assistants-étrangers. Propaganda in preiskava se vršita slično kot pri nas za tuberkulozo. Organizacija borbe proti raku pravi, da se mora rak prav tako kot tuberkuloza smatrati za socialno bolezen. Bogate dotacije omogočajo zdravljenje v tem institutu tudi slojem, ki ne morejo plačati. V znanstvenem pogledu pa je centralni institut za raziskavanje raka tudi zavod, ki je stalno poučen o vseh svetovnih izsledkih na tem polju. Razpolaga s 7 g radija, 5 g za telecurieterapijo in 2 g za lokalno aplikacijo. Terapija je trojna: rentgenska, radijska in kirurška. Institut, ki je krasno opremljen, je do najmanjše podrobnosti delo francoske tehnike.

Zatem smo si ogledali novo bolnico Beaujou v Clichyju. Tu smo imeli zopet priliko videti drznost francoskega duha; namesto paviljonskega sistema, ki zahteva več prostora in je dražji za obrat ter napornejši za osebje, so zgradili bolnico v višino, kjer so oddelki nameščeni vsak v svojem nadstropju. Glavni trakt Beaujouske bolnice ima 10 nadstropij, v katerih so glavni oddelki. Na vrhu so še terase za tuberkulozne. Poseben trakt vsebuje ambulance za vsako stroko posebej in še en trakt stanovanja za osebje.

Istega dne ob 18. uri nas je sprejel v mestni hiši predsednik občinskega senata in ponovno poudaril velike simpatije francoskega naroda do Jugoslavije. Zvečer smo si v spremstvu konzervatorja ogledali Louvre.

Tretji marec. Zjutraj smo položili venec pred spomenik neznanega junaka. Nato smo se razdelili po strokah; vsakdo si je mogel ogledati delo v bolnici in stroki, ki ga zanima. Izbral sem si profesorja otroške in ortopedske kirurgije Sorrela, ki dela v Hôpital Trousseau. To je manjša bolnica, zgrajena v paviljonskem sistemu. Profesor Sorrel nas je zelo ljubeznivo sprejel. Najprej nam je demonstriral 2 plastiki kit po poliomyelitisu. Nato pa nam je v zgoščeni obliki pokazal nekaj svojih metod in njih uspehov. Osteomyelitis<sup>1</sup> pri otrocih zdravi s totalno intraperiostalno resekcijo kosti. Najprej je tako resekcijo izvedel pri bolnikih, pri katerih je bila potrebna iz vitalne indikacije. Izkazalo se je, da vsa kost v razmeroma kratki dobi popolnoma regenerira. Metodo je začel uporabljati pri vseh otroških osteomielitidah s popolnim uspehom. Demonstriral nam je okrog 10 bolnikov, katerim je resecirал femur oziroma tibijo; pri vseh bolnikih je kost popolnoma regenerirala. Pokazal nam je nekaj bolnikov s pyarthros genus. Zdravil jih je s široko drenažo in dolgo imobilizacijo. Ozdravljeni so popolnoma, gibi so neomejeni. Videli smo nekaj primerov haemangioma na licu, zdravljenih z injekcijami kinina in antipyrina. Ozdravili so popolnoma, ostale so le male brazgotine. O prelomih kosti, pravi Sorrel, da je treba, če ne uspe v kratkem popolna nekrvava adaptacija fragmentov po ekstenziji, čimprej krvavo reponirati. Pokazal nam je primer frakture femurja, ki ga je potem, ko je ekstenzija po Kirschnerju ostala brez uspeha, krvavo reponiral in zadržal v repoziciji z aparatom, katerega je sam skonstruiral. Repozicija je bila pri spiralni frakturi res idealna in bolnik je dobro hodil, vendar so bili gibi v kolenskem sklepu še močno omejeni (videli smo ga 3 mesece po frakturi). Nato nam je pokazal še primer osteochondroma tibiae, katerega je resecirал in pustil le ozko lamino tibije. Bolnik je poldrugo leto brez recidiva in hodi dobro.

<sup>1</sup> Obširna razprava Sorrela in Guicharda je izšla v »Révue de Chirurgie« No. 2, 1939. pod naslovom: Indications et résultats de la résection disphisaise dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë.



Popoldne smo si ogledali Institut Pasteur in Pasteur-jev grob. Institut je bil ustanovljen l. 1888. z internacionalnimi javnimi prispevki, zato da so omogočili Pasteur-ju nadaljevanje njegovega dela. Zdaj je to obširen institut, ki ima nad 30 oddelkov. Ogledali smo si oddelek za raziskavanja, oddelek za tuberkulozo in Hôpital Pasteur za infekcijske bolezni. Znanstvenikom, ki delajo v tem institutu, so na razpolago krasni laboratoriji in tako rekoč cel živalski vrt poizkusnih živali. Oddelek za tuberkulozo je strogo ločen v dvoje: v del, ki pripravlja Calmette-ovo cepivo in onega, ki je namenjen za znanstveno raziskavanje. Kulture za vakcino so pod najstrožjo kontrolo, pri polnjenju ampul je vedno osebno prisoten šef zavoda. Za živali, ki so že umetno inficirane, imajo posebne prostore tako, da je vsak stik z zunanji živalmi (mišimi, podganami) popolnoma onemogočen. Pazijo na vsakomalenkost, da bi ne bil institut nevaren vir okuženja za okolico. Med ostalimi je n. pr. odstranitev urina inficiranih živali pomenila velik problem. Rešujejo ga na ta način, da polagajo na dno kletke snov, ki upija vodo. Vsakih 10 dni menjajo in izrabljeno uporabljajo kot kurivo za centralno kurjavo.

Hôpital Pasteur za infekcijske bolezni je zgrajen po Pasteur-jevih navodilih. Bolniki so med seboj strogo ločeni v boksih. Sistem izolacije je Pasteur izvedel tako popolno, da služi še danes za vzor infekcijske bolnice. Vrtar zavoda je prvi Pasteur-jev bolnik, ki ga je ozdravil stekline.

V kripti instituta pod ploščo iz norveškega granita je Pasteurjev grob. Po stenah so mozaiki, ki predstavljajo njegova odkritja. Tam je tudi Pasteurjeva posmrtna maska. V ozadju, pod oltarjem je pokopana njegova žena. Tu so namreč Francozi napravili izjemo, da so dovolili pokopati ženo poleg njenega slavnega moža. Vzrok izjeme je skoraj bajeslovna medsebojna ljubezen obeh zakoncev. V vrtu pa je grob prof. Rouxa, ki je bil 30 let direktor instituta.

Po obisku v Pasteur-jevem institutu nam je docent dr. Braine v amfiteatru anatomskega instituta demonstriral operacijo meniskus-a. Kot njegovo posebnost naj omenim, da uporablja za šivanje naše običajne uokvirjene igle s šivalnikom, v nasprotju z ostalimi francoskimi kirurgi, ki povéčini šivajo z ravnimi iglami brez šivalnika. Zvečer smo bili pri slavnostni predstavi v operi.

Dopoldne 4. marca je bilo spet posvečeno delu v bolnicah. To pot sem bil v bolnici Salpetriere, kjer je demonstriral dr. Petit-Dutaillis. Operiral je Basedow — strumo. Operacijo izvrši v dveh sejah. Vsakokrat resecirajo samo eno polovico strume, arterij pa ne podvezuje. V diskusiji nam je povedal, da imajo lepe uspehe pri zdravljenju otroškega myxoedem-a s transplantacijo gl. thyreoïdeae. Potem smo si ogledali bolnico, ki je zgrajena v paviljonskem sistemu. Natančneje so nam razkazali kirurški oddelek, katerega šef je profesor Gosset. Oddelek je popolnoma nov, mestoma še v gradnji in krasno opremljen. Velik del zavzemajo prostori za eksperimentalno kirurgijo. Mnogo delajo na polju nevrokirurgije, ki zavzema tudi v eksperimentalni kirurgiji prvo mesto. Pri vpisu v spominsko knjigo so nam pokazali imena mnogih odličnih gostov. Med drugimi je pred kratkim obiskal bolnico princ Piemontski.

Opoldne smo bili sprejeti pri jugoslovanskem poslaniku v Parizu g. Puricu, nakar smo skupaj obiskali Napoleonov grob in Hôtel des Invalides.

Nato je bil skupen ogled bolnice Raymond Poincaré v Garches, ki je najmodernejša v Parizu. Zgrajena je v paviljonskem sistemu, bogato opremljena in ima 1223 postelj. Namenjena je bolnikom, ki bolujejo za ozdravljivimi

kroničnimi boleznimi, in razbremenjuje ostale pariške bolnice, ker jim ni treba sprejemati teh bolnikov.

Zvečer je bil kot zaključek medicinskih dni v Parizu slavnostni banket pod predsedstvom glavnega tajnika predsedstva senata g. Yves Chataigneau-a. V govorih je bilo ponovno poudarjeno tradicionalno francosko-jugoslovansko prijateljstvo z željo, da se to prijateljstvo še trdnejše ohrani in razširi.

V nedeljo je bil skupen izlet v Reims. V ponedeljek 6. marca smo položili venec pred spomenik kralja Petra in Aleksandra. Popoldne smo na povabilo firme »Specia« odpotovali v Lyon, kjer smo si nato v torek dopoldne ogledali tovarno. Najprej so nam razkazali tovarne »Specia«, v kateri dobivajo kemični produkti firme »Usines Rhone-Poulec« komercialno obliko in ki je opremljena z najmodernejšimi stroji. Potem smo obiskali še tovarne in znanstvene laboratorije »Usines Rhone-Poulence«, kjer so nam pokazali nek umeten preparat, katerega pripravljajo in preizkušajo kot nadomestilo za katgut. Prednost tega nadomestila bi ostajala v absolutno zanesljivi sterilnosti.

Po banketu, ki ga nam je priredila firma in kateremu je prisostvoval rektor lyonske univerze s profesorskim zborom in najodličnejšimi zdravniki, smo si ogledali lyonsko medicinsko fakulteto in bolnico. Zgradbe so popolnoma nove, v ogromnih dimenzijah in zelo razkošno opremljene. Krasna biblioteka, lepi laboratoriji in obširni muzeji nudijo študentom in znanstvenikom vse, kar si le morejo želeli.

V bolnici sta 2 ogromni ambulanci za matere in otroke ter za tuberkulozne. Matere in bolniki dobe tu brezplačno nasvete, pa tudi podporo. Za vse ki pridejo v ambulanco vodijo točno kartoteko in po potrebi pošiljajo tudi sestre na dom v pomoč. Če upoštevamo, da imajo industrijski deli Lyona ca 700.000 prebivalcev, tedaj šele pravilno pojmuje, kako ogromno socialno poslanstvo vrše te ambulance. Bolnici je pridružena šola za sestre in babice, ki je tudi najmodernejša opremljena. Vsaka učenka ima svojo sobo in svojo kopalnico.

Zal so le prehitro potekli dnevi našega bivanja v Franciji. Udeležencem bodo ostali v neizbrisnem spominu. Dobili smo vsaj površen vpogled v to, kar predstavlja Francija v medicini, kulturi in znanosti. Sprejeli so nas z izredno prisrčnostjo in nam v tem kratkem času res ogromno pokazali. Škoda, da te edinstvene prilike nismo bolj izrabili baš slovenski zdravniki, ki razen nekaj izjem le malo poznamo francosko medicino. In prav radi tega nepoznanja je med nami mnogo napačnih pojmov o Franciji. Francoz ne zna in noče vršiti propagande za svojo znanost in kulturo. Tako se često zgodi, da tujec, ki pride v Francijo, ne vidi tistega, kar Francija prav za prav ima. Zato bi morali biti posebno za nas Slovence, ki razmeroma tako malo vemo o francoski znanosti in francoskem duhu, ti dnevi vredni večje pozornosti. Dobili smo le površen utisek, ki pa da slutiti veličino francoske medicine.

## RESUMÉ

L'auteur resume brièvement les journées médicales franco-yougoslaves à Paris. L'accueil cordial fait partout en France aux medecins yougoslaves n'est qu'une confirmation de l'amitié déjà traditionnelle entre nos deux pays. Il donne une description abrégée des hôpitaux et des instituts magnifiques qu'il a eu l'occasion de visiter à Paris à Lyon et à Strasbourg. Les demonstrations de Leriche, de Sorrel, de Braine et celles de Petit-Dutaillis montrent le niveau élevé de la médecine française dont une connaissance plus approfondie s'impose d'urgence aux medecins yougoslaves.

# Ob novodobni zdravniški etiki

Dr. Mirko Černič

Na Dunaju in v bivši Avstriji, kjer je toliko naših zdravnikov do pred nedavnim dobilo svojo strokovno izobrazbo in z njo tudi zdravniško etiko, so se zdravniške razmere docela preosnovale, vse zdravniško mišljenje in udejstvovanje se je prevrednotilo po nacionalno socialističnih vzorcih. To prevrednotevanje in prikrojevanje vršé na Dunaju na takozvanih Schulungabendih, na posebnih večerih, na katerih predavajo nacionalno socialistični vodilni zdravniki, ki potem ta predavanja objavljajo v Wiener klinische Wochenschrift. O enem teh predavanj, ki ga je imel poročevalčev klinični tovariš izpred svetovne vojne docent dr. F. Kazda, bodi tu nekaj več povedanega. Predavatelj dá svojemu predavanju najprej sledeči filozofski okvir. »Le ono filozofsko razglabljanje, ki vidi v človeku občestveno bitje, more biti v bodoče opora in podlaga naše ideje.« »Dobro še ni to, kar občutimo kot npravstveno dragoceno, marveč šele dejanje, ki iz tega nastane.« »Nikdar ne bo mogel nihče vedeti, kaj je dobro in kaj slabo. Zmirom bo mogel to samo zaslutiti in sicer samo kot pripadnik narodnega občestva, na osnovi svojih prirojjenih lastnosti in priučenih nravi. Dobro bo zmirom tisto, kar temu občestvu koristi, ne oziraje se na osebo storilca, pač pa z ozirom na očuvanje drugih občestvenosti, spoznanih za dragocene.« »Ne poznamo prav nikake subjektivne etike, marveč le na prirojeni in privzgojeni podlagi osnovano občestveno etiko.« »Etična vrednost kakega dejanja je vezana na narod in vzgojo ter velja samo za ta narod v njegovem prostoru in ob hoté določenem času.« »Etika nacionalno socialističnega zdravnika v novi državi bo morala sloneti daleko bolj kot v dosedanem individualističnem in merkantilnem obdobju na občestveni zavesti in občestveni odgovornosti.«

Iz navedenih filozofskih in splošnih osnov vidimo, da se je pri nemških kolegih marsikaj premaknilo glede na zdravniško etiko, ki je bila zasidrana v maksimi: »Salus aegroti suprema lex«, in ki mora biti v možganih in srcu vsakega zdravnika, da namreč zdravniška etika ne pozna nikakih, ne narodnostnih, ne državnih, ne kakih drugih mej, marveč samo bolnega, naše pomoči potrebnega človeka, pa naj je ta te ali one narodnosti, te ali one državnosti, te ali one vere ali rase ali stranke ali rodú.

## Vprašanja — Odgovori

Vprašanje: Operativni postopek pri travmatični diafragmatski kili. Doslej sem postopal naslednje:

1. primer: pred ca. 4 urami prišel pod kolo naloženega voza, ki je šlo preko njega v spodnji tretjini prsnega koša. Klinična diagnoza: H-diaphr. traumat. Operacija: mediana zgornja laparatomija. Ugotovitev: levostranska prepona popolnoma scefrena. S temi krpicami je bilo nemogoče rekonstruirati prepono. Zašil sem krpice, kolikor je bilo mogoče in v ogromni defekt všil fundus želodca. Bolnik je umrl 3. dan po operaciji. (Ves čas po operaciji je bruhal. Vsled suma na akutno dilatacijo želodca: zondaža, ki pa ni dosti pomagala.)

2. primer: Pred 1½ ure vrez z nožem v IX. levi medrebrni prostor z izpadom pečke, v post. pazdušni črti. Klinična diagnoza: V. sciss. thor. h. s. transdiaphragm. Rana slezene (vranice). Operacija: revizija rane v lok. anest. Resekcija prolabirane pečice. Šivi prepone in prsne stene. Levostranski subkostalni rez. Odstranitev ranjene vranice. Smrt je nastopila 5 do 6 ur po operaciji.

3. primer: Pred 3 do 4 urami vrez z nožem v X. levi medrebrni prostor. Operacija: Revizija zunanje rane v lok. anest. Ker je dohod do rane (12 cm) v preponi tehnično zelo težak (poleg drugega tudi radi trebušnih organov, ki so skoro ireducibilno v prsni duplini: želodec, transversum, jejunum, pečica) se prsna rana zapre. Levi subkostalni rez. Vranica nepoškodovana. Na sredi kolona ca. 4 cm dolga penetrirajoča rana, ki se takoj zapre. Repozicija trebušnih organov. Šivi rane v diafragmi. Med šivanjem trebušne stene bolnik umrl.

V vseh primerih je operativna indikacija bila nujna in ni bilo mogoče čakati, da shok popusti. V slovstvu zasledim, da običajno pri nekomplikiranih primerih čakajo, dokler shok ne preneha. Vendar me presenečajo izredno dobri uspehi pri komplikiranih primerih, dasiravno se mnogo operira kombinirano, t. j. torako-abdominalno, kot sem jaz. Morda zavisí uspeh od tega, ker ima večina operaterjev na razpolago tkzv. »Über- ali Gleichdruckapparat«?

Hvaležen bom gg. kolegom kirurgom, če izpovedo svoje stališče oz. operativno tehniko in ev. rezultate v sličnih primerih.

Dr. M. Bregant, Novo mesto.

Odgovor: Odgovor na stavljeno vprašanje bi delil na splošni in specialni del.

V splošnem je, kot vprašalec že sam omenja, velike važnosti, ali imamo opravka s kronično ali z akutno preponsko rupturo in event. izpadom trebušnih organov v prsno votlino. Pri kroničnih primerih je postopek razmeroma veliko lažji za bolnika, lahko je zadostno pripravljen za težak operativni poseg in kar je glavno, nahaja se izven šoka. Veliko težavneje pa je v akutnih primerih, kjer je operativen poseg izvršen v močno šokiranem organizmu, ki že sam po sebi dopušča jako slabo prognozo. In ravno radi tega je v sličnih primerih poleg diagnoze najvažnejši trenutek: pravilno stavljenje operativne indikacije. Zakaj, ni v vsakem primeru sveže poškodbe, pri kateri je stavljena diagnoza preponske razpoke, tudi istočasno podana nujnost takojšnje operativne indikacije. Takojšnja operacija je nujna le v primerih, pri katerih obstajajo istočasno poleg znakov nastale razpoke in prolapsa v preponi, tudi znaki okvare prsnih, predvsem pa trebušnih organov, ki se javljajo, bodisi vsled nastopivših krvavitev v akutni anemiji, bodisi, da nastopijo že takoj spočetka znaki peritonealne infekcije vsled poškodbe intestinalnega trakta. Torej važna diferencialna diagnoza!

Kar se tiče operativne tehnike v teh primerih, bi bilo pripomniti sledeče: Res se dostikrat operira kombinirano, torako-abdominalno, vendar priporočajo avtorji, ki razpolagajo z velikim tozadevnim materialom, po možnosti opraviti ta operativni poseg le transplevralno in zagovarjajo v primerih, kjer je dostop težak, izdatne resekcije reber, po potrebi razširjenje preponskega razporka, samo da se poseg poenostavi. V svrhu lažje manipulacije in uspešnejšega šivanja prepone priporočajo tudi supradiaphragmatično frenikotomijo. Aparat za zvišan pritisk prihaja tehnično v poštev event. le v postoperativnem poteku, ni pa nujno potreben, ker vemo, da se zrak v plevralni votlini jako hitro resorbira in da se pljučne krpe prav kmalu razvijejo. Sicer pa lahko trdimo, da se skoraj redno pojavi v plevralni votlini reaktiven eksudat. Neglede na to so

# / **BÍOS**

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

---

## **PRODUKTIVNA ZADRUGA**

proizvaja: specialifete, sterilne injekcije, tablete, vse galenske preparate, reagencije po farmakopeji, veterinarske specialifete, 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 lekarne, laboratorije, bolnice in ordinacije **pod najugodnejšimi nabavnimi pogoji**

## **NABAVLJALNA MEDICINSKO-FARMACEVTSKA IN KEMIJSKA ZADRUGA**

# „**BÍOS**“

**Z O. Z.**

**ZAGREB**

**Vrhovčeva ulica 13**

**Telefon 24-180**

Pri tvrdki »PROTEZA« Verovšek & Ko., Ljubljana, Krekov trg 10



dobite najcenejše in najboljše vsakovrstne ortopedične in bandažijske izdelke kot: umetne roke, umetne noge, ortopedične steznike, oporne aparate, ravnodržalce, vložke za ploske noge, kilne in trebušne pasove, otroške popkove bandaže iz gume, popkove bandaže za odrasle, suspenzorije, gumijaste nogavice, gumijaste varovalke za kolena in členke, povoje, vato, gaze, brizge, vsakovrstne terapevtične pripomočke in higienske potreščine.

Lastne delavnice. Specialni oddelek za brušenje in niklanje kirurških instrumentov.

Za dame damska postrežba.

## 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
- arterioskleroza

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

## Gospod tovariš!

Ker so tvrdke, ki oglašujejo v Zdravn. Vestniku, v vsakem oziru priporočljive, križite 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!*

akutni primeri s svojo infekcioznostjo pogostokrat taki, da zahtevajo drenažo. Mimogrede bi pa opozoril na dejstvo, da aparat za zvišan pritisk izgublja na važnosti, odkar je znano, da plevralni votlini pri človeku medsebojno ne komunicirata.

Od velike važnosti je v zgodnjem postoperativnem poteku tudi boj proti posledicam dvakratnega, poškodbenega in operativnega šoka, kakor tudi simptomatično sosedno zdravljenje.

V specialnem odgovoru k navedenim primerom bi bilo pripomniti sledeče: V vseh teh primerih imamo opravka z razpokom (ruptura) prepone in ne s preponsko kilo. Vsled tega se tudi vsa naša razmotrivanja v splošnem delu odgovora nanašajo na prvo. O preponskem razpoku lahko trdimo, da je skoraj vedno akutnega značaja in da je pri tem povečini podana takojšnja operativna indikacija. Glede prvega primera bi bilo morda bolje, počakati še nekaj ur z operacijo, seveda če niso obstajali že takoj spočetka simptomi, ki so otežkočali diferencialno diagnozo v smislu spredaj navedenega splošnega odgovora. (Iz vprašanja ni to razvidno.) Tehnično je bil operativni postopek pri tem, kakor pri ostalih dveh primerih lege artis izvršen. Exitus je verjetno nastopil, če sklepamo iz trajnega postoperativnega bruhanja vsled peritonealne infekcije.

Pri tretjem primeru je nastopil eksitus evidentno pod vplivom splošnega šoka.

V svrhó epikritične presoje posameznih primerov bi bilo v prihodnje želeli poleg anamneze točne navedbe klinične slike, postoperativnega poteka in event. obdukcijskega ugotovitka.

Na splošno bi bilo še pripomniti, da imamo razmeroma prerediti tozadevni klinični material, da bi si mogli iz lastnih skušenj v teh primerih ustvariti kako tehnično, preizkušeno operativno normo, ali pa se striktno izjaviti glede dobrih ali slabih rezultatov. V nekaj primerih smo imeli po zgoraj navedenih vidikih ugodne uspehe.

Dr. R. Blumauer.

Vprašanje: Pljučna kirurgija je danes v velikem razmahu. Polno je bolnikov, ki so potrebni Jacobaeus op., pneumolize, a ne zmorejo stroškov na Golniku, kjer in samo tam vršijo omenjeni operaciji.

V ljubljanski bolnici imamo polno mladih kirurgov. Bi se ne mogel eden teh posvetiti pljučni kirurgiji? Saj je vendar Jacobaeus op. lahka, a vendar neobhodno potrebna pri gotovih pneumotoraksih.

Zakaj se omenjene operacije ne vrše na kirurg. oddelku ljubljanske bolnice?

Dr. J. Peček, Brežice.

Odgovor: Na ljubljanskih kirurških oddelkih se že od l. 1928. vršijo plastične operacije kakor tudi Jacobaeus-operacije in v zlic razmeroma majhnemu materialu, ki nam je na razpolago, z dobrim uspehom. Za te operacije imamo na razpolago popolen moderen instrumentarij za pljučno kirurgijo. Za Jacobaeus-operacijo pa ima celo vsak odelek svoj aparat.

Tudi mi smo mnenja, da imamo premalo primerne materiala in da je mogoče mnogo primerov, kateri ne zmorejo stroškov za sanatorij, popusta ali oprostitve pristojbin ne dosežejo, prepuščenih usodi, dasi bi jim še mogli pomagati. Seveda je treba, da zdravniki to zvedo. Zato smo g. kolegu, ki je sprožil vprašanje, zelo hvaležni. Težkoče bi morebiti delalo pri stalni prenapoljenosti naše bolnice le vprašanje postelj. Ker pa primeri po večini niso nujni, bi bilo mogoče doseči s pravočasnim dogovorom med bolnišnico in zdravnikom, ki primer pošilja, zadovoljivo rešitev.

Dr. O. Bajc, Ljubljana.

# Iz zdravniškega slovstva

## Interna medicina

Prof. Boehme: Splošno o prašnjavih pljučih s posebnim ozirom na silikozo. (Dtsch. med. Wschr. 10/1939.)

Znano je, da prah kakršne koli vrste — organske ali anorganske — stalno v večji množini vdihavan, dovede do katarov, pri katerih kaže celo rentgenska slika včasih akcentuiran črtež. Večina teh prahov pa ni nevarnih, ker se resorbirajo ali pa ustvarjajo le neke vrste bronhitid (kalcijev, marmorjev, dolomitni prah), nekateri privedejo do hiperalergičnih stanj in reakcij (moka, rožni prah in semena), drugi se zopet raznesejo po mezgovnicah (kalcij, aluminij, baker, cin in včasih silicij). Za saje bi skoro lahko rekli, da je raznašanje po mezgovnicah že skoraj fiziološko, medtem ko dovede obilno odlaganje premogovega prahu (antrakoza) ali karborundovega v pljučih do delnih atelektaz ali pneumonij. So pa tudi prahovi, ki so izrecno nevarni, da celo zelo nevarni, ker terapije proti njim še danes nimamo, n. pr. kromov prah, ki zelo rad napravlja raka v pljučih, prah Tomasove žindre, prah manganske rude, radiumske rude, ki pripravlja neozdravljivo fibrozo pljuč in v silikotično spremenjenih pljučih celo raka (delavci v Schneebergu in Joachimstalu), dalje azbestoze pri prahu magnezijevega silikata, talkuma in pa silikoze pri kremenjaku, t. j. skoro čisti silicijevi kislini.

Od slik silikoze prikazuje avtor akutno in kronično. Akutna nastaja tem pogostejše tedaj, čim bolj masivno je vdihavanje kremenčevega prahu in čim čistejši je procentualno glede kremenčeve kisline. Dokazati pa se dá tako rekoč le s sliko, ki kaže preko celih pljuč posute majhne, jasno očrtane madeže s centralno kalciniranim jedrom. Pri kronični silikozi loči tri stopnje, in sicer:

1. ki klinično ne dá nobenih znakov, ki pa po rentgenski sliki prikazuje mrežast, jasno viden črtež,

2. ki klinično že kaže znake oteženega dihanja in zmanjšane delazmožnosti, a rentgenska slika prikazuje še prav isto ko pri prvi stopnji, le v bolj potencirani obliki, in

3. katere rentgenska slika močne pljučne fibroze, ciroze in retrakcije mediastinalnih organov pojasnjuje težko klinično stanje bronhitide, edema, staze, dispnoe in dilatacije srca.

Dve lastnosti prisojata avtor tej hinavski bolezni, in sicer, da napreduje tudi po izločenju pacienta iz nevarnega poklica in da so ti bolniki zelo disponirani za tuberkulozo. Geisler meni tudi, da je dispozicija za to bolezen dedno familijarna, kar skuša dokazati na ogromnem številu obolelih severnoameriških tunelskih delavcev.

Spoznanje te bolezni, kakor že omenjeno, bazira predvsem na rentgenu ali pa na disprepanci med klinično najdenim stanjem in težko subjektivno sliko. V neprecenljivo pomoč je tu anamneza glede na poklic. Lahka silikoza se seveda še lahko zaustavi, medtem ko vodi težja neizprosno po 5—6 letih v smrt, ker terapije, razen simptomatske, ne poznamo, razen kolikor je terapija protituberkulozna, kajti upoštevati moramo, da je 50 do 60% silikoze mešane s tuberkulozo in to je kaj nevarna družčina, ki vzame slej ko prej preko destrukcij in aspiracijskih pneumonij svoj konec. Diagnoza se pri tem opira na sputum in na rentg. sliko. V Nemčiji je silikoza kot poklicno obolenje pri nekih poklicih priznana že od l. 1929., a od l. 1937. neomejeno pri vseh poklicih. Je v III. stopnji kot težka silikoza rentno obolenje ali pa tudi že v II. stopnji kot srednja silikoza, če je v zvezi s težjimi simptomi ali z jetiko.

Ker specifične terapije proti silikozi nimamo, je pač najboljša terapija profilaksa. V ta namen so potrebni: 1. pregled in slika pljuč ob nastopu službe, 2. redna kontrola, in 3. takojšnja izločitev iz nevarnih poklicev vseh na silikozo in tbc sumljivih. Številke silikotičnih obolenj kažejo, da se je na ta način doseglo že mnogo uspehov in se je število akutnih primerov zelo zmanjšalo.

Dr. B. S.



H. Kalk: Nekaj kliničnih in terapevtskihkušenj pri pljučnicah. (Dtsch. med. Wschr. 9/1939.)

Ne le še vedno velika umrljivost pri obolelih za pljučnico — saj umre še dandanes skoraj vsak peti za pljučnico oboleli bolnik —, temveč tudi vprašanje opravičenosti po Bergmannu pred 17 leti uvedene kininske terapije in izpodbijanje njene učinkovitosti v sedanji dobi serumske terapije je napotilo avtorja, da na podlagi svojih 2000 opisov te bolezni — tako pri odraslih kakor pri otrokih — pokaže klinične skušnje pri pneumonijah in s tem dokaže upravičenost kininske terapije pri njih.

V prvem delu svoje razprave poudarja že znano dejstvo številčnega porasta bronhopneumonij v najnežnejši dobi dojenčkovi in v dobi od 45. leta dalje ter visoko število krupoznih pneumonij v dveh vrhah okrog 8. in 35. leta. Meni, da različnost obolenj po obliki in obsegu ni odvisna od tipa kužne klice, nego od različnosti reakcije organizma. Po Laucheju so si skoro vsi edini v tem, da je obolenje hiperergično vnetje po predhodni senzibilizaciji. Edini si niso le v tem, ali mora biti ta senzibilizacija specifična ali je nespecifična, morda po kaki hripi. Nedvomno imata zunanja temperatura in relativna vlaga v ozračju velik vpliv na izbruh pneumoničnih epidemij, dasi bi po tablici o pogostnosti in visokem številu otroških pljučnic, ki kakor znano kažejo svoj višek celo poleti, ne mogli tega sklepati tako zatrdno, kakor po tablici za odrasle, ki poletnega viška nima. Pripominja, da prikazujejo vse, dasi še ne dovoljno točne metode odrejanja deficita C-vitamina deficit prav tedaj, kadar narašča krivulja pogostnosti pneumonij.

Kalk misli torej, da so za obolenje na lobarni pneumoniji potrebni tile momenti:

1. starostna dispozicija, 2. morda kaka določena reakcija organizma s specifično imuniteto po prebolelih pneumokoknih infekcijah, 3. predhodna specifična senzibilizacija, 4. fizikalni vplivi, vreme in telesna izguba na toploti, 5. motnje v vitaminskem ravnotežju in 6. pneumokokna okužba.

V drugem, terapevtskem delu razprave opisuje rezultate zdravljenja z raznimi kininskimi, s kalcijem kombiniranimi preparati in prihaja do zaključka — ne izvzemši bronhopneumonij, ki o njih v prvem delu ne govori — da se je letaliteta zelo zmanjšala z dajanjem preparata Solvochinkalcij ali zlasti s kininkalcijem »Sandoz«, ki razen dihanja in krvnega obtoka zelo izboljšuje tudi splošno počutje. Avtor pa izrecno podčrtava, da je uspeh odvisen od čimprejšnjega, to je pravočasnega vbrižgavanja zgoraj omenjenega preparata, kombiniranega s parenteralnim dajanjem C-vitamina.

Na koncu svoje razprave zavrača tiste, ki skušajo zaradi malenkostnih in izredno redkih oškodovanj po kininu zatreti kininsko terapijo pneumonij, ter se izjavlja proti serumski terapiji, ki, kakor kaže statistika, ne daje nič boljših rezultatov, a je mnogo bolj komplcirana in neprimerno dražja.

Dr. B. S.

## Tuberkuloza

Prof. Frey: Tuberkuloza mezenterialnih žlez in peritoneja. (Med. Klin. št. 6. 1939.)

Tuberkuloza mezenterialnih žlez se pojavlja izolirano in sicer pogosteje, kakor si mislimo. Obolijo navadno otroci in mlajši ljudje, večkrat moški kot ženske. Anatomsko razlikujemo lokalizirano in difuzno obliko. Pri prvi se tvorijo tumorji, pri drugi pa pride predčasno do zasirjenja in gnojenja. Tumorji se pojavijo največkrat v mezenteriju tankega črevesa in cekuma. Klinično ločimo latentne, akutne in kronične oblike, od katerih so zadnje najpogostejše. Pri teh se pojavljajo bolečine menjajoče jakosti okrog popka, kolike, obstipacije ali diareje in prizadeto je splošno bolnikovo stanje s hujšanjem in anemijo. Povišanje temperature ni nujno. Važna klinična komplikacija je ileus, ki nastopa v različnih oblikah. Iz tumorjev se večkrat napravijo abscesi ali pa nastane difuzna tuberkulozna peritonitis. Diferencialno diagnostično pridejo v poštev appen-

dicitis, razni ulkusi in tumorji, žolčni in ledvični kamni, črevesni paraziti, adhezije, pri ženskah pa tudi obolenja adneksov. Prognoza je dobra, ako ne nastopijo kake posebne komplikacije. Najradikalnejša terapija je operativna odstranitev tumorja, konservativno zdravljenje pa je isto kot pri navadni tuberkulozi.

Tuberkuloza peritoneja je na tretjem mestu tuberkuloznih obolenj in nastopa v nasprotju s prejšnjo v kombinaciji s tuberkulozo drugih organov. Ločimo jo v: eksudativno-serozno, suho z adhezijami in gnojno obliko. Obolenje prične navadno počasi s sledečimi simptomi: splošna slabost, kaheksija, bolečine in napenjanje v trebuhu, čestokrat diareje, temperatura lahko manjka. Diagnoza je lahka samo pri eksudativnih primerih. Diferencialno diagnostično pridejo v poštev: appendicitis, tifus, peritonitis, povzročena po pnevmokokih, ciroza jeter, karcinomatoza in sarkomatoza peritoneja. Prognoza je pri otrocih ugodnejša kot pri odraslih. Konservativna terapija je običajna. Pri eksudativni obliki pa lahko odstranimo z laparotomijo eksudat ali oboleli organ. Puncelja eksudata in nato sledeče vbrizgavanje zraka ni priporočljivo vsled nevarnosti zračne embolije.

D. J. H.

## Urologija

Dr. J. Jáki: **Vitamin A in tvorba ledvičnih konkrementov** (Z. Ur. 1938, No. 11).

Vzroki nastanka konkrementov v urogenitalnem sistemu še danes niso povsem jasni vkljub številnim preiskavam in eksperimentom na tem polju. Kot najverjetnejši vzroki veljajo danes trije faktorji: zastoj urina, infekcija in one motnje v biokemičnem ravnotežju, ki jih še ne poznamo in ki jih enkrat nazivamo diateza, drugi konstitucionalne napake ali pa napačno delovanje endokrinih žlez. V zadnjem času se je pridružila tem domnevnim vzrokom še hipoteza o odločilni vlogi, ki jo igra pomanjkanje vitamina A pri tvorbi kamnov. Hipoteza je našla svojo podkrepitev v že dolgo poznani vzročni zvezi geneze konkrementov in načina prehrane. V eksperimentu se je posrečilo s hrano, ki ni vsebovala vitamina A, stvoriti ledvične kamne. Vsled pomanjkanja vitamina A, ki ima lastnost ohranjanja in ščitenja epitela, odpada epitel in s tem ustvarja dispozicijo infekciji, gruče epitela lahko stvorijo osnovo jedru konkrementa, reakcija urina postane tudi v neinficiranih primerih alkalična, kar ima za posledico tvorbo fosfatnih konkrementov. V vseh teh primerih so našli obojestranske ledvične kamne.

Tako pokaže eksperiment. Klinika pa kaže, da dobivamo ledvične kamne pretežno enostransko. Poleg tega moramo upoštevati, da še tako enostranska hrana ni nikdar brez vitamina A, saj ga imamo mnogo v mleku, maslu, jajcih, jetrih in v skoro vsaki rastlinski hrani kot provitamin. Primerjali so množino nakopičenega vitamina A v raznih starostnih dobah in našli, da se množina s starostjo manjša, tvorba konkrementov pa nič ne večja, nasprotno najdemo največ konkrementov med 20. in 30. letom in to pri bolnikih, pri katerih ni nikakega govora o kaki hipovitaminozi.

Vkljub temu pa je izven dvoma, da vitamin A ščiti epitel in ga napravlja odpornejšega proti infekcijam. Z vitaminom A dosežemo lahko kislo reakcijo urina. Te lastnosti nam zadostujejo, da bomo predpisovali vitamin A kot profilaktikum — obenem z dietetičnimi predpisi — po operacijah ledvičnih kamnov. Vendar od njega ne moremo pričakovati čudežev, kot se dandanes v dobi precejevanja vitaminov tako pogosto dogaja.

Dr. S. R.

## Nevrologija

Dr. H. Krüger: **K zdravljenju multiple skleroze in tabesa (tabes dorsalis)** (Fortschr. d. Ther. 1938/9).

Avtor piše o ugodnih zdravljenjskih uspehih pri dveh centralno povzročenih nevroloških obolenjih, katere so poleg navadne terapije zdravili še z Betabion-om »forte« (dvakrat tedensko 1 cem intravenozno). Pri multipli sklerozi se je ugotovilo že po štirinajstdnevnem zdravljenju znatno zmanjšanje intencijskega tremorja. Tudi nistagmus je izgubil na inten-

zivnosti, bolečine v nogah niso več nastopile. Pri tabes dorsalis so po 8 injekcijah hipoma prenehale bolečine v glavi, čeprav so bile že dolgotrajne. Po 16. tednu je mogel pacient že precej sigurno hoditi s palico. Ta dva poskusa naj služita kot bodrilo k nadaljnjim poskusom z Betabion-om »forte« pri centralno povzročenih nevroloških obolenjih.

Dr. N. N.

Dr. K. Sponheimer: Vitaminsko zdravljenje nezaželenih posledic radioterapije (Dtsch. med. Wschr. 1938/40).

Na podlagi razmišljanja, da bi mogel biti tako imenovani »rentgenski maček« nekakšna centralno povzročena poškodba in na podlagi dejstva, da je vitamin B<sub>1</sub> važen za izmenjavo tvarin centralnega živčnega sistema, je napravil avtor poskus z Betabion-om »forte«, preparatom, ki je pokazal izredno ugodne uspehe. Tri injekcije Betabion-a »forte« so odstranile vse simptome.

Nove motnje je bilo mogoče preprečiti pri rentgenološkem osebju z injekcijami Betabiona »forte«, danimi v rednih presledkih 1—2 tedna. Ti, zaenkrat samo maloštevilni, toda navidezno povoljni uspehi zdravljenja z Betabionom pri poškodbah, povzročenih po rentgenizaciji, bi morali dati vzpodbudo za nadaljnje uspešne poskuse. Dr. N. N.

## Zobozdravništvo

Prof. dr. F. Bažant: Fokalna infekcija v konservativni stomatologiji (Čsl. stomatologije 1938./39.).

Odontogena fokalna infekcija obstaja. Obstaja torej tudi nevarnost njenih posledic. Ekstremisti, ki smatrajo to nevarnost za izredno veliko in pogosto, zahtevajo skrajno in korenito zdravljenje in ravno tako profilakso: po njihovem nazoru so dolžni stomatologi v primeru fokalne infekcije izdreti vse zobe z mrtvo pulpo, v praksi pa odpovedati se zdravljenju korenik za tako dolgo, dokler ne bo iznajden v konservativni stomatologiji način, ki bo zagotavljal stoodstoten trajen uspeh. — Vendar so primorani stomatologi ta diktat ekstremistov zavreči iz sledečih razlogov:

1. Že samo dejstvo, da je diagnoza fokalne infekcije v veliki večini primerov zelo negotova, sili k opreznosti in vzdržljivosti v pogledu ekstrakcij. Pač pa so ekstrakcije na mestu povsod tam, kjer se pojavijo akutna metastatična obolenja s — periculum in mora. V lažjih primerih z bolj kroničnim potekom je pa potreba rešiti in zdraviti vsak za prebavo važen zob; izkušnje drugih in pa avtorja samega dokazujejo, da se nam to pogostokrat v resnici tudi posreči, če že ne z medikamentoznim zdravljenjem kanalov, pa vsaj s konservativno-kirurgičnimi metodami. Seveda obvaruje stomatologa pred neuspehom le skrajno previden postopek, ki tudi zagotovi bolniku, da ne bo imel skaženegega zobovja zavoljo prenačljenih ekstrakcij. Stomatologija ne sme postati najdestruktivnejša panoga medicine!

2. Stomatolog zato tudi ne sme izvajati tzv. profilaktičnih ekstrakcij mrtvih zob. Nevarnost dentalnih žokusov ekstremisti pretiravajo. Vsa zobna ležišča niso okužena, tem manj pa infekcijska! Infekcijska postanejo samo za paciente s pomanjkljivo, neoporno konstitucijo, pri katerih so lokalne, kakor tudi splošne obrambne sposobnosti organizma odpovedale. Takí bolniki predstavljajo le majhen odstotek. To dokazuje na milijone zob, mrtvih sicer, vendar pa po dolga leta mirnih, ki se v najslabšem primeru le priložnostno kdaj razdražijo s komplikacijami v celoti lahko odpravljivimi. Boljše bi bilo poseči po kon-

KNJIGARNA KLEINMAYR & BAMBERG

V LJUBLJANI, MIKLOŠIČEVA CESTA 16

prilporoča svojo veliko zalogo medicinske literature in nudi ugodne plačilne pogoje

strukturnih metodah in spraviti raziskavanja o žariščnih infekcijah v pravilnejšo smer, kakor pa se zatekati k »profilaktični« ektrakciji. Treba se je brigati za konstitucijo človeka, kajti prav ona je tu odločilnega pomena. Izgledi naših profilaktičnih naporov bodo tem lepši, kolikor bolj se nam bo posrečilo dvigniti: 1. odpornost zob proti zobnemu kazu in majavosti, 2. odpornost celotnega organizma proti infekciji. K boljši konstituciji zob in celotnega organizma pa dospemo le, ako že od vsega početka skrbimo za pravilen način življenja (svetloba, zrak) in za pravilno prehrano. Slednjo je treba v temeljih preurediti; da je nova generacija že na pravi poti, je razvidno iz novejših, dobro obetajočih smeric (prirodna prehrana novorojenčkov z materinim mlekom, mešana hrana, hrana, bogata na vitaminih itd.). Pri pravilnejši, zdravejši hrani bodo tudi zobje zdravi in odpornejši. Zdravo telo z odpornim tkivom se mnogo laže brani kužnih bolezni, fokalnih infekcij, sepse itd. V sedanji dobi bomo v boju proti fokalni infekciji skušali doseči čim lepše uspehe, prvič s preventivnim zdravljenjem (zgodnjim plombiranjem), drugič s preventivnimi ortodontskimi posegi pri anomalijah v postavitvi zob (profilaksa paradentoze).

Kadar bo v zadovoljivi meri vpeljana in urejena preventivna ohrana zobovja, bo potreba zdraviti korene mrtvih zob seveda v mnogem manjša. V pravem času izvršena revizija zobovja, zadostno pogosta in zadostno temeljita, s pažnjo, posvečeno vsakemu začetnemu kazu, zlasti pa mrtvim zobem (važen je rentgenski status takih zob), revizija, pri kateri naj bi se posvetila potrebna pažnja travmatičnemu ugrizu nepravilno postavljenih zob, bi bila edino pravilna in najlepša profilaksa komplikacij, izvirajočih iz fokalne infekcije.

Zdravljenju korenik se tudi v bodočnosti ne bomo mogli povsem odreči, še manj pa je to možno v sedanji dobi, vendar bi bilo treba število neuspehov konservativnega zdravljenja znižati na minimum. Truditi se moramo da izpopolnimo sedanje metode in najdemo nove, še bolj zadovoljive. Izgleda, da bodo dale lepe uspehe biološke metode zdravljenja pulpe, toda tudi tu bo treba imeti pred očmi konstitucionalne prilike posameznika. Skepsa, ki se je v pogledu trajnega uspeha pri zdravljenju mrtvih zob, zlasti v poslednji dobi stopnjevala, po mnenju avtorja ni utemeljena, strah je pretiran, že z današnjimi metodami se da doseči prav dobre uspehe, še lepše pa bomo dosegli, če bomo uporabljali le res dobre metode, jih dobro obvladali in izvajali čim bolj natančno. Pri nas veljavna in obvezna dvoletna specializacija stomatologov lahko najlepše prispeva k temu cilju.

Večja previdnost bo na mestu pri ljudeh, ki niso odporni in katerih konstitucija je slabotna. Pri njih bomo morali pri zdravljenju mrtvih zob pogosteje poseči še h konservativno-kirurškim metodam, k pravočasnim, zgodnjim resekcijam periapikalnih ležišč.

Vprašanje fokalne infekcije se ne tiče zgolj stomatologov, temveč vseh ostalih zdravnikov, zaposlenih na praktičnih ali pa teoretičnih področjih. Pri reševanju spredaj navedenih vprašanj je treba sodelovanja vseh zdravnikov, kajti le tako bomo dosegli uspehe, ki bodo delokrog vprašanja fokalne infekcije daleko presejali.

Dr. V. Č.

## Iz zdravniških društev

### **Strokovni sestanek Jug. kir. društva, sekcija Ljubljana**

dne 14. marca 1939. v predavalnici Drž. bolnice za ženske bolezni v Ljubljani

Predsednik: dr. J. Cholewa

Zapisnikar: dr. O. Bajc

Dr. M. Červinka: Dojmi iz letnega potovanja po Nemčiji, Švici in Italiji ter socialno skrbstvo za matere in otroke v navedenih državah.

V času svojega študijskega potovanja je predavatelj potoval po južni Nemčiji, Švici in Italiji. Imel je veliko prilike ogledati si vse tamkajšnje skrbstvo za matere in otroke.

Načine tega skrbstva primerja enega z drugim. Ogromno delo je bilo v tem oziru storjeno v obeh totalitarnih državah, kjer na to vprašanje iz razumljivih vzrokov prav posebno pazijo. Za naše razmere prav ogromne vsote sta ti dve državi založili za skrbstvo matere in otroka. Toda navzlic temu lahko z njima tekmuje Švica s svojim skrbstvom. V prvih dveh državah je skrb za otroke in matere državni problem. Švica kot najbolj demokratična država z najnaprednejšim ljudstvom je vse to prepustila privatni iniciativi in uspehi dosega po predavateljevih izvajanjih najmanj one v Nemčiji in Italiji, če jih v nekih ozirih celo ne prekašajo. Na koncu je predavatelj pokazal še veliko število slik najlepših zavodov, ki jih je med svojim študijskim potovanjem videl.

## Iz Društva medicincev

### Medicinska uredba

Leta 1936. je bila izdana nova medicinska uredba, proti kateri so se takoj uprli vsi medicinci, ker je bila v nekaterih točkah skrajno nesocialna in nemogoča. Sedaj je bila omenjena uredba popravljena. Objavljamo najvažnejše izpremembe.

Čl. 9. nove uredbe, ki je določal, da se je mogoče vpisati v I., III. in V. semester samo ob začetku šolskega leta, je v popravku črtan. Prav tako je izpremenjen čl. 19., ki se sedaj glasi: »Izpit za doktorje ‚medicinae universae‘ sestoji iz petih grup. Predmeti se polagajo posamezno in to na sledeči način:

I. skupina: obsega izpite iz biologije, fizike in kemije in ti se polagajo ob koncu II. semestra v junijem, oktobrskem in februarjem ali marčevem izpitnem roku.

II. skupina: obsega izpite iz anatomije, histologije z embriologijo in fiziologije s fiziološko kemijo in fiziologijo čutil. Polaga se po končanem IV. semestru in po položenih izpitih iz I. skupine. Vrstni red I. in II. skupine določa fakultetni svet. Slušatelj, ki ne položi I. izpitne skupine, se ne more vpisati v V., a slušatelj, ki ni položil izpitov II. skupine, v VI. semester.

III. skupina: obsega izpite iz patološke anatomije s histologijo, bakteriologije s serumologijo ter imunologijo in farmakologije s toksikologijo. Bakteriologija s serumologijo in imunologijo se polaga po VI. semestru, splošna patologija s patološko anatomijo in histologijo po VII. semestru in farmakologija s toksikologijo po VIII. semestru.

IV. skupina: obsega izpite iz interne medicine, infekcijskih bolezni, neurologije s psihiatrijo in dermatovenerologije. Izpiti se polagajo po zaključku IX. semestra in po položenih izpitih iz III. skupine.

V. skupina: vsebuje izpite iz pediatrije, kirurgije, ginekologije s porodništvom, oftalmologije, otorino-laringologije in sodne medicine. Izpiti iz te skupine se polagajo ob koncu X. semestra in po položenih izpitih iz IV. izpitne skupine.

Izpiti iz III., IV. in V. skupine se polagajo posamezno vse šolsko leto. Ponavljajo se lahko najprej po enem mesecu. — Splošna patologija se polaga skupno s patološko anatomijo in histologijo. Prav tako se polaga socialna medicina in nauk o bojnih strupih skupno s higieno. Pri izpitih iz interne medicine, odnosno kirurgije in ginekologije se izprašujejo še interna, kirurška, ginekološko-opstetrična in splošna kirurgija, ortopedija in odontostomatologija. Prav tako se pa polagajo v okviru interne medicine izpiti iz balneologije, radiologije, rentgenologije, specialne patologije in terapije abdominalnih in respiratornih organov.«

Čl. 22. pravi, da se izpiti za slušatelje medicine in farmacije ponove trikrat; tretjič samo po odobrenju fakultetnega sveta.

S popravljeno uredbo je odpravljena marsikatera pomanjkljivost, ki je bila v novi uredbi, kakor je izšla v prvi redakciji. Važno je predvsem, da slušateljem ni treba izgubljati semestrov, če do jesenskega roka niso položili vsaj dveh izpitov iz I. skupine, kar lahko sedaj nadomestijo v februarjem odnosno marčevem izpitnem roku. mkv.

# Drobiž

**Varstvo proti plinskim napadom** stopa z ozirom na naraščajočo mednarodno napetost na vedno važnejši položaj. V vseh državah se izpopolnjujejo možnosti zaščite civilnega prebivalstva. Tudi v Ljubljani je vojna sanit. oblast sklicala dne 28. marca 1939. sestanek vseh ljubljanskih zdravnikov. Vršil se je v Mestnem domu in je bil zelo dobro obiskan. Predavala sta sanit. major dr. Rankovič in sanit. major dr. Žigan o zaščiti pred plinskimi poškodbami in njih zdravljenju. V sledečem razgovoru so navzoči predlagali različne primerne ukrepe, ki bi mogli izboljšati pripravljenost na plinske napade.

**Letošnja svetovna razstava v New Yorku** začne spomladi in bo trajala do pozne jeseni. Kdor ima tam znance ali sorodnike, jih bo gotovo rad obiskal ob tej priliki, ko so vozne cene znižane. Pa tudi kdor nima tam sorodnikov, bo rad videl letošnje svetovno čudo, kjer bo mogoče videti neverjetne stvari. Ako kdo noče potovati sam, naj se priključi grupi prostih poklicev, s katero pojdem tudi jaz, ako se mi prijavi dovolj potnikov. **O d h o d i z L j u b l j a n e b o d n e 28. j u n i j a** z večernim brzovlakom preko Pariza, katerega si ogledamo, do Cherburga. Preko Atlantika nas popelje ladja »Empress of Britain« po veletoku Sv. Lovrenca v Quebec, odtod z železnico v Montreal mimo slapov Niagara v New York, kjer ostanemo ca 5—6 dni. Kdor hoče ostati dalj časa, se lahko vrne tudi s poznejšimi parniki. Natančna navodila in načrt potovanja dobi vsak interesent pri meni. Zadnji termin prijave je 15. maj 1939. — Dr. R. Sfiligoj, Ljubljana, Tavčarjeva ul. 4/I.

Družba zdravnikov na Dunaju (Gesellschaft der Ärzte in Wien), ustanovljena leta 1837., je bila 1938. razpuščena in na

njeno mesto je stopila nova Dunajska medicinska družba (Wiener medizinische Gesellschaft). Njen predsednik dr. O. Planner-Plann je na ustanovnem obnem zboru 4. februarja 1939. povedal o tem sledeče:

»Izza prevrata 1918. se je v Družbi zdravnikov natančno kakor tudi sicer v našem mestu vedno bolj uveljavljal semitski vpliv. Judi so prihajali povsod v osredje in, čeprav so še predsedovali odličniki izmed arijskih profesorjev, judovskemu vplivu niso bili več kos. Naravna posledica je potem bila, da so se ta leta do priklopitve pred skoro letom dni arijski zdravniki malo brigali za Družbo in se ji zmerom bolj odtuževali. Vsled tega nerazmerja v prid judovskemu elementu je bila Družba zdravnikov vedno bolj potisnjena od svojega nekdanj tako blagoslovljenega delovanja ter vedno bolj zlorabljana za osebno reklamo. Tedaj se je izvršilo svetovno politično veledelo našega vodje, ki je svojo ožjo domovino vključil v domovinsko državo. V novih razmerah je bilo jasno, da se je morala »stara« Družba zdravnikov kljub svojemu pomenu v prejšnjih letih iz najrazličnejših vzrokov umakniti pred novo. To predvsem radi tega, ker je Družbi zdravnikov manjkala vsaka podlaga v njenih pravilih za razširjenje osnove ob novih potrebah.«

Kdor se spominja znanstvenih sestankov Družbe zdravnikov na Dunaju vsak petek, vé, da je tu bilo torišče za vse zdravstvene pobude in novote, tu so namerjali zdravstveniki raznih narodov svoje prve korake med zdravstveni svet, tu dosežali svoj višek in tu iskali pritrdila za svoje ideje. Černič.

## Iz uredništva in uprave

V kratkem času, ko izhaja Zdravniški vestnik v Ljubljani in odkar smo uvedli zanj naročnino, smo zbrali že kar razveseljivo število naročnikov. To dokazuje, da med našim zdravništvom še živi razumevanje za dvig lista na primerno višino. Vsem naročnikom pristrčna hvala. Zahvaliti se moramo tudi Zdravniški zbornici in Slov. zdravniškemu društvu za denarno podporo. Tej številki prilagamo zopet položnice, kjer naj g. tovariši, ki še niso poravnali naročnine, po možnosti to store.

V naslednji številki bomo začeli z novo rubriko »Bitja in žitja«. V njej bomo objavljali življenjepise slavnih in zaslužnih zdravnikov slovenskega rodu.

\*

One kolege, ki imajo Zdravniški vestnik letnik V., štev. 12, leto 1933. in ki ga ne bi rabili, prosimo da bi ga nam odstopili za prim. dr. J. Hebeina, Ljubljana.



**Sredstvo za prenovljenje krvi in pospeševanje ozdravljenja**

Originalna steklenica ca 180 g

**E. MERCK - DARMSTADT**

Zastopnik: „ALKALOID“, Zagreb 1, Poštni predal 494



## **GOMBARDOL**

(amid sulfanilove kisline)

Uporablja se z najboljšim uspehom pri:

**cistitidi**

**pielitidi**

**erisipelu**

10 tablet . . . . . din 19,-

20 tablet . . . . . din 26,-

Deluje tudi v alkaličnem urinu!

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

Zastopstvo za Jugoslavijo: „Alkaloid“, Zagreb 1, Poštni predal 494



*Kvalitetna  
optika*

*Dipl. optik*  
**Zajec**

LJUBLJANA  
PASAŽA  
NEBOTIČNIKA

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!

# 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-kratko-  
valovni aparati; splošna elektromedicina. Kompletna dentalna  
oprema in dentalne potrebščine. Celotna oprema za operacij-  
ske dvorane, laboratorije, praktičnega zdravnika. Mikro-  
skopi, mikrotomi, projekcijski aparati; veterinarska oprema

**PROTEZE** vseh vrst v usnju in lesu

**ORTOPEDSKI VLOŽKI** pri ploski nogi

**BANDAŽE**, vsakovrstni trebušni in kilni pasovi

## ROBERT AHČIN

LJUBLJANA, POLJANSKA 31



arzenikalno zdravljenje

PRIDOBLJENE,  
PODEDOVANE

in ZANEMARJENE SIFILIDE  
ter sifilitičnih  
DERMATOZ

**Acetylarsan-om**

*je neboleče, enostavno,  
neurotonično,  
eutrofično in diskretno*

Arzenova spojina brzega izločevanja  
za vse vrste in načine kombiniranega zdravljenja

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

— **Specia** —

Marques POULENC Freres et USINES DU RHONE

21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8<sup>e</sup>)

VZORCE IN LITERATURO  
POŠILJA NA ZAHTEVO:

  
**ENGEL & ADELA**  
ZAGREB · DUKLJANINOVA 3

**Kaštel d.d.**

Oddelek: „SANABO-KAŠTEL“

ZA REGENERACIJO KRVI

**PROCYTHOL**

PRO INJECTIONE

„SANABO-KAŠTEL“

**Perniciozna in težka sekundarna anemija**

1 AMPULA IMA ISTO KLINIČNO DELOVANJE KAKOR 500 g SVEŽIH JETER

**PROCYTHOL FORTE**

1 AMPULA IMA ISTO KLINIČNO DELOVANJE KAKOR 5000 g SVEŽIH JETER  
INTRAMUSKULARNA RABA!

**ODLIČNI PERORALNI  
ORGANOTONIKUM Z  
ŽELEZOM IN BAKROM**

**BIROBIN**

„KAŠTEL“

Preizkušeni organoterapevtski  
ROBORANS IN HEMOPOETIKUM  
tudi v otroški praksi

**BIROBIN-TABLETE**

Antianemični princip želodčne sluznice, dvovalentno železo, baker in mangan Orig. škatle s 100 dražej

**BIROBIN-SIRUP**

Antianemični princip jeter, železo in baker Orig. steklenice z 200 g sirupa ugodnega okusa

**Kaštel d.d.**

**Z A G R E B**