

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA

OŽJI UREDNIŠKI ODBOR

R. Blumauer, M. Černič, F. Debevec, L. Ješe, M. Kamin, A. Zaločar

Urednik: S. Prevec, Ljubljana, Obča drž. bolnica, V.

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

LETNIK XII

LJUBLJANA, DECEMBER 1940

ŠTEV. 12

KEMIKA D. D., ZAGREB

priporoča svoj preizkušeni preparat:

OLEOSAN

Preizkušena emulzija najfinejšega norveškega ribjega olja, ki vsebuje vse vitamine v neizpremenjeni in aktivni obliki, a poleg tega kalcij in fosfor v vezani obliki.

Okus ima zelo dober, zato ga otroci in odrasli radi jemljejo. Za individualizatorno in čim uspešnejšo terapijo izdelujemo Oleosan v sledečih kombinacijah s potenciranim delovanjem:

OLEOSAN CUM LECITHINO

vsebuje tudi organski fosfor v obliki lecitina.

OLEOSAN CUM KREOSOTO

vsebuje kreozot v aktivni obliki s potenciranim delovanjem.

OLEOSAN CUM JODLECITHINO

vsebuje organski fosfor in jod. Razvija intenzivno delovanje joda brez nezaželenih učinkov. Ako želite predpisovati ribje olje v neemulgirani obliki predpisujte naš

OLEUM JECORIS ASELLI C. LECITHINO „KEMIKA“

odnosno

OLEUM JECORIS ASELLI C. JODLECITHINO „KEMIKA“

Oleosan in njegove kombinacije bodo ostali vedno vodilni preparati na področju ribjega olja.

Predpisujte dobre domače preparate!

Vsebina dvanajstega zvezka

Dr. Leopold Ješe: Ob petdesetletnici okulističnega oddelka	361
Dr. Slavko Prevec: Deset let operativnega zdravljenja odstopa mrežnice	377
Dr. Blaženka Klepec: Nenavaden primer sekundarnega glaukoma	390
Dr. Carmen Dereani: Napredek okulistike v zadnjih 50 letih	392
Dr. Jernej Demšar: Vejališče za naše strokovno besedje in izrazje. (Iz stare slovenske literature)	395
Bitja in žitja: Prof. dr. Janez Plečnik	398
Dr. Tone Jamar	399
Dr. Pavel Krajec	400
Vprašanja — Odgovori	401
Iz zdravniškega slovstva	401
Iz zdravniških društev	409
Drobiž	412
Iz uredništva in uprave	412

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 medicineri plačujejo polovico. — Avtorji dobe na željo do 30 posebnih odtisov svojih člankov brezplačno, večjo množino proti plačilu tisk. stroškov. — Celoten ponatis objavljenih člankov dovoljuje izključno uredništvo.

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

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

KNJIGARNA KLEINMAYR & BAMBERG V LJUBLJANI
MIKLOŠIČEVA CESTA 16

priporoča svojo veliko zalogo novitet iz medicinske literature in nudi vse ugodnosti odplačevanja. Knjige in časopise dobavlja najhitreje in po najugodnejših cenah.

Kadar Vaša naročila za knjige in časopise odstopite firmi

ADOLF MOSTBECK

ZASTOPSTVO MEDICINSKE KNJIGARNE

URBAN & SCHWARZENBERG

BEOGRAD, OBILIČEV VENAC 32/I.

POŠTANSKI FAH 371.

boste sigurno dobro postreženi. — Po sporazumu otvorimo radi novim odjemalcem tekoči račun in dajemo povoljne plačilne pogoje



VIGANTOL

s kristaliziranim vitaminom D, biološko standardiziran. — Hitro in trajno poveča nivo kalcija in fosforja v krvi in pospešuje izmeno mineralnih snovi. Pri motnjah v rasti kosti, rahitisu in osteomalaciji. V prometu: oljna raztopina in dražeti.

VOGAN

standardizirani preparat vitamina A. — Količina vitamina je stokrat večja kot v dobrem ribjem olju. Popravi splošno prehrano in pospeši rast. Odličen profilaktikum proti infekcijam, predvsem respiratornih organov.

Indikacije: keratomalacija, kseroftalmija, hemeralopija, počasno zaceljevanje ran, pelodni nahod; dalje M. Basedow, anaciditas, subaciditas, gastritis.

V prometu: oljna raztopina in dražeti.

»Bayer«

LEVERKUSEN NA RENU

SKUPNO PROIZVAJATA TVRDKI:

Merck

DARMSTADT

Z A S T O P S T V A Z A J U G O S L A V I J O :

„JUGEFA“ K. D.

Zagreb, Preradovićeve 16

„ALKALOID“

Zagreb, Mošinska 14

RESYL-KAPLJICE

Preparat guajakola, ki se lahko resorbira



Indikacije:

- ☹ Akutne in kronične
bolezni prehlada
Bronhitida
- ☹ Kašelj pri hripi
Oslovski kašelj
Laringitida
- ☹ Faringitida

Resyl-kapljice je mogoče točno dozirati,
njihova uporaba je štedljiva in čista

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz)

Zastopnik za Jugoslavijo:

Mag. pharm. Vladimir Jelovac, Beograd, Višnjićeva 17



ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA

LETNIK XII

LJUBLJANA, DECEMBER 1940

ŠTEV. 12

Ob petdesetletnici okulističnega oddelka

Dr. Leopold Ješe, šef oddelka

Dne 17. novembra t. l. je preteklo 50 let, odkar je bil v ljubljanski bolnici ustanovljen poseben oddelek za očesne bolezni. Petdeset let v zgodovini ni dolga doba, v medicini in seveda tudi v okulistiki pa pomeni zadnjih 50 let dobo neverjetnega napredka. Zato se mi zdi prav, če se pri tej obletnici za hip pomudimo in ozremo nazaj na težkoče ustanovitve oddelka, na njegova detinska leta in njegov razvoj do današnjega dne. Da bo slika spominov popolnejša, bom ob tej priložnosti objavil na tem mestu izčrpno vse, kar nam je iz virov znanega o delovanju okulistov v bivši vojvodini Kranjski pred ustanovitvijo oddelka.*

Vse do začetka 19. stoletja nam o okulistično izobraženih zdravnikih na Kranjskem ni nič znanega. Takrat je bila še navada, da so prebadalci mren (Starstecher) potovali iz kraja v kraj in operirali svoje žrtve kar po sejnih. Izključeno ni, da je tudi k nam zašel kdaj pa kdaj tak mojster. Kakega stalno naseljenega okulista pa še nismo imeli.

Prvi znani okulist se je naselil v Ljubljani bržčas leta 1800. Bil je to Ferdinand Tschernitsch (Černič), patronus chirurgiae, magister ophth. et obstetr. Slovel je splošno kot dober okulist in Ljubljancani so bili zelo ponosni nanj, ker je znal z najboljšim uspehom operirati mreno (katarakto). Pri »grenadirjih«, nekaki meščanski gardi imenitnejših Ljubljancanov, je bil za »Corpschirurg«. V svrhu izpopolnitve v svoji stroki je potoval večkrat na Dunaj. En tak njegov povratek s potovanja je objavljen v »Laibacher Zeitung« (L. Z.) leta 1826. No. 80. Tam stoji v rubriki Fremdenanzeige:

Angekommen den 29. September 1826.

Hr. Ferdinand Tschernitsch, geprüfter Wund- und Geburtsarzt, dann Magister der Augenheilkunde, von Wien.

Ko se je v poznejših letih naselil v Ljubljani drugi okulist, dr. L u d o v i k G r b e c, je bil Černič že tako znan in priljubljen, da Grbec proti njemu v konkurenčnem boju ni mogel uspeti. Ljubljancan je bil konservativen, in Černič je znal delati reklamo zase. V L. Z. iz tiste dobe beremo tri take reklamne zahvale:

V L. Z. No. 4. od 12. januarja 1828. je objavljeno na prvi strani:

Über Ermächtigung des hohen k. k. Landesguberniums sieht sich der Magistrat zur öffentlichen Kundmachung und Danksagung angenehm verpflichtet, daß der hierortige Augenarzt, Hr. Ferdinand Tschernitsch, den 77 Jahre alten Instituts-Armen, Caspar Trapp, den 70 jährigen Inwohner, Georg Deschmann, und den 70 jährigen Kanzleidiener, Mathias Jaklovitsch, an grauem Star, mit glücklichem Erfolge ope-

* Pri iskanju podatkov mi je pomagal docent medicinske zgodovine g. dr. Ivan Pintar, za kar se mu tu lepo zahvaljujem.

rierte, und den beiden Erstgenannten auch während der Kur die unentgeltliche Verpflegung abgerichtet hat.

Von dem Stadt-Magistrate der k. k. Provinzial-Hauptstadt Laibach am 2. Jänner 1828.

V 79. številki L. Z. od 3. julija 1828. beremo:

Mit Genehmigung des hochlöblichen k. k. Landesguberniums, ddo Laibach den 16. Juny d. J. Z. 13087, und kreisämtlichen Intimate vom 21. Juny, Z. 5898, genießt der hiesige Franciscaner-Ordens-Convent das angenehme Vergnügen durch öffentliche Kundmachung dem hierortigen Augenarzte, Herrn Ferdinand Tschernitsch, den verbindlichsten Dank zu erstatten, weil selber den 73 jährigen und sehr gebrechlichen Ordenspriester, P. Bernard Terlipp, unentgeltlich, am grauen Stare mit glücklichem Erfolge operiert, und mit restlosem Fleiße behandelt hat, so daß der gute Alte des Tageslichtes sich wieder erfreuet, und ohne Begleiter zur Freude seiner Mitbrüder in dem Convente herumgehen kann. Die schuldige Vergeltung wird der glücklich operierte dem edlen Wohltäter von oben herab erbitten.

Franciscaner-Convent am 30. Juny 1828.

P. Lenard Kossar
Guardian.

V prilogi »Intelligenz-Blatt« zur L. Z. No. 82. od 9. julija 1833. je izšel tale njegov oglas:

Augen- und wundärztliche Anzeige.

Der Unterzeichnete, an der k. k. Universität zu Wien promovierte Magister der Augenheilkunde und Operateur, wie auch geprüfte Wundarzt und Geburtshelfer, bringt zur allgemeinen Kenntniß, daß er seine Hülfe allen Augenkranken darbiete. Indem er bemerkt, daß er in den Monaten Juli, August, September und Oktober bereit sein werde, die Staroperationen, so wie die Heilung anderer wie immer gearteten Augenkrankheiten vorzunehmen, zeigt er zugleich an, daß er jenen Augenkranken, die es verlangen in ihren Wohnungen besucht zu werden, stündlich zu Diensten stehe; den Armen aber täglich in seiner Wohnung von 11 bis 12 Uhr die geeigneten Ordinationen unentgeltlich leisten werde.

Ferdinand Tschernitsch,

Magister der Augenheilkunde und Operateur, dann Wund- und Geburtsarzt, wohnhaft in der Gradische-Vorstadt No. 1.

*

Kdaj in kje je Černič umrl, nam ni znano. Kakor že omenjeno, je tisti čas deloval v Ljubljani še drugi okulist, dr. Ludovik Grbec (Grbec). Grbec je bil prvi slovenski klinično izšolani okulist in doktor medicine. Rojen je bil v Škofji Loki 14. avgusta 1805. Izhajal je iz znane Grbčeve zdravniške rodbine. Njihov dom je bil v Kapucinskem predmestju št. 8.

Njegov oče Jože Grbec, patron kirurgije, je bil ranocelnik v Škofji Loki, kjer je umrl 28. decembra 1845. Njegovo rojstno leto ni znano. Po rodu je bil Istrijan ali pa Notranjec, najbrž iz postojnskega okraja. Imel je brata zdravnika in tri sinove zdravnike.

Brat Franc je bil leta 1788. kirurg v Pazinu v Istri, od leta 1793. do 1808. ali pa do leta 1827. pa v Postojni.

Prvi sin Jože, patron kirurgije, je bil rojen 20. marca 1799. v Škofji Loki. Od 1831.—1836. je bil dokazano v Škofji Loki, nato »kolerapadar« v Železnikih, pozneje zopet v Škofji Loki, nazadnje v Kamniku, kjer je neznano kdaj umrl.

Drugi sin Anton, patron kirurgije, je bil rojen 13. junija 1801. v Škofji Loki in je tam umrl 27. julija 1873.

Tretji sin dr. Ludovik Grbec je bil prvi naš okulist. Rojen je bil 14. avgusta 1805. v Škofji Loki. Študiral je na Dunaju in se je tam 7 let specializiral pri takratnih avtoritetah profesorju Antonu Rosasu (1791. do 1855.) in pri Frideriku Jägru (1784.—1871.). Kdaj je prišel v Ljubljano, ni točno znano. Mogoče leta 1832. Tega leta je namreč objavil v L. Z. Amtsblatt No. 122. (11. oktobra 1832.) naslednji oglas:

Anzeige.

Unterzeichneter macht hiemit bekannt, daß er den Armen in allen, besonders aber in Augenkrankheiten täglich in seiner Wohnung, an der Schusterbrücke No. 168, zweiter Stock, unentgeltlich Hülfe leistet.

Ludwig Gerbez,

Dr. der Medizin und Magister der Augenheilkunde.

O njegovih učiteljih Rosasu in Jägru, najboljših mojstrih tedanjega časa, piše zgodovinar Hirschberg:

»Rosas je bil izvrsten očesni zdravnik in operater in odličen učitelj. Njegovi privatni kurzi o očesnih operacijah so ostali v hvaležnem spominu vsem onim redkim izbranim, ki so jih smeli posečati... Kar se tiče operativnega dela, je bil vedno na višku.«

»Jäger je bil operater prvega reda, od sodobnikov nedosežen... Izpit za magistra oftalmologije je napravil na podlagi pet javno izvršenih, dobro izpadlih operacij sive mre-
ne na živih ljudeh.«

Iz njegovega dolgoletnega šolanja pri takih mojstrih smemo sklepati, da je Grbec v svoji stroki visoko nadkriljeval svojega tekmeca, izprašanega rano-celnika Černiča. Zdravniku pa so potrebne razen strokovnega znanja še druge lastnosti, če se hoče uveljaviti. Teh Grbec najbrž ni imel, njegov tekmec pa polno mero. Njegove reklamne zahvale zgovorno pričajo o tem. Zanimivo je, da je živel v Ljub-



Dr. Ludovik Grbec

ljani v tistem času, ko smo premogli dva okulista, Abbé Hladnik (Franc de Paula), botanik, prefekt gimnazije in za časa Ilirske kraljevine učitelj naravoslovja in botanike na Ecole centrale. Ta je bil leta 1837. zaradi sive mre-
ne na lastno prošnjo upokojen. Ni se dal operirati in je svojo mre-
no nesel s seboj v grob (1844). Za vzrok, zakaj se ni dal operirati, ne vemo. Mogoče bi ga uganeli. Spregledal bi bil gotovo rad, o tem ni dvoma. Da bi bil

imel kake pomisleke zaradi operacije same, tudi ni verjetno. Dva okulista je imel na izbiro. Černič je imel gotovo več prakse, na njegovi strani so bili magistrat, frančiškanski konvent in vsa imenitna Ljubljana. Strokovno pa je bil gotovo manj podkovan, in imel je ranocelniške manire. Inteligenta Hladnika to dvoje gotovo ni privlačevalo. Kot visoko naobražen mož bi se bil gotovo rajše zaupal Grbcu, a se ni upal, ker se je bal zamere. To so seveda samo domneve, ki pa spričo takratnih razmer morda niso napačne.

V Ljubljani je Grbec ostal do leta 1835. Zagrenjen zaradi neuspehov je opustil okulistično prakso in je sprejel mesto okrožnega zdravnika v Vipavi. Tam je služboval kratek čas, nato pa je šel v Idrijo za rudniškega zdravnika. Leta 1876. je postal cesarski svetnik. Njegova opazovanja o kroničnem zastrupljenju z živim srebrom so bila jako upoštevana. O njih je predaval v Zdravniškem društvu leta 1836. Umrl je v Idriji okoli leta 1880.



Dr. Ljudevit Jenko

Tako se je končala prva doba delovanja očesnih zdravnikov v Ljubljani. Končala se je s porazom izobraženejšega. Strokovno visoko izobražen doktor medicine se je umaknil ranocelniku. Specialist je obesil svojo stroko na klin, napisal na svoj portret: »Vse skep je ena figa« in šel na deželo, ranocelniku pa je bilo še naprej poslano z rožicami.

Ljubljana je ostala sedaj brez okulista do l. 1877. Tega leta je prišel semkaj dr. Ljudevit Jenko.* Rodil se je v Ljubljani kot sin gorenjskih staršev 8. avgusta 1841. Ljudsko šolo in gimnazijo je obiskoval doma. Po maturi l. 1862. se je vpisal na medicinsko fakulteto na Dunaju. Poslušal je Hyrtla in Rokitanskega. Bil je reven in si je kot demonstrator omogočil obstanek. Kasneje se je specializiral v kirurgiji pri Billrothu in Dumreicherju ter se odločil za okulistiko, katero je študiral pri Arltu (1812.—1887.) Medicino je študiral l. 1868. Po promociji v naslednjem letu se je še dalje specializiral v kirurgiji in okulistiki

in sicer v kirurškem inštitutu dr. Ederja in na očesni kliniki prof. Arlta. Leta 1871. je prejel diplomu doktorja kirurgije z odlično oceno in ravno tako oceno kot specialist za očesne bolezni.

Močno razširjene očesne bolezni na Vzhodu so ga gnale v Carigrad, kjer je ostal par let in si pridobil priznanje in sloves. Stikov z domovino ni nikoli prekinil. Ta stik z domovino mu je omogočil, da je bil l. 1874. imenovan za rudniškega fizika v Idriji. Čudno naključje je, da je naš drugi okulist začel svojo pot tam, kjer jo je prvi okulist Grbec končal. Kot navdušen narodnjak in človekoljub se je boril za izboljšanje gmotnega in zdravstvenega stanja idrijskega delavstva, ki je bolehalo na kroničnem zastrupljenju z živim srebrom. Posledica njegove borbe je bila, da so ukinili vse fizikate in Jenko je izgubil

* Za podatke o njem se moram zahvaliti njegovi hčeri gospe dr. Eleonori Jenko-Groyerjevi.

službo. Množica ljudstva ga je spremila pri njegovem odhodu, Idrija mu je poklonila častno diplomo.

L. 1877. se je nastanil v Ljubljani. Ko je postala potreba po ustanovitvi posebnega oddelka za očesne bolezni v tukajšnji bolnici, in je šlo za to, kdo postane primarij novega oddelka, je imel Jenko tekmeča v Bocku, ki se je l. 1887. naselil v Ljubljani. Kljub obljubam z narodne strani mesta primarija ni dobil. Imenovan je bil dr. Bock.

Prof. Arlt je nasledoval delovanje svojega nekdanjega učenca in ga je tu dvakrat obiskal (1880. in 1883. tik pred svojo upokojitvijo). Vabil ga je na Dunaj. Jenko pa je iz ljubezni do domovine ostal v Ljubljani. Od drugega njegovega zdravniškega delovanja omenjam, da je bil tudi hišni zdravnik pri Uršulinkah in v poznejših letih zdravnik delavske Bolniške blagajne.

Poleg medicine ga je posebno zanimala filologija. Že v mladosti je razen materinščine obvladal francoščino, italijanščino, nemščino, srbsščino in se že v gimnaziji bavil kot samouk z ruščino. Spisal je priročno rusko fonetiko za Slovence. Kot visokošolec na Dunaju je posečal razna slovanska društva in navezal stike z našimi južnimi, vzhodnimi in severnimi brati. L. 1899. je v Ljubljani ustanovil »Ruski kružok«, kjer je vsa leta brezplačno poučeval ruščino skupno s svojo soprogo Terezino. Posledica tega njegovega delovanja in njegovih zvez so bili pogosti obiski ruskih filologov in drugih intelektualcev na njegovem domu in v Sloveniji. Umrli je v Ljubljani 5. februarja 1912.

Dr. Emil Bock je bil rojen 19. avgusta 1857. v Wadowicah v Galiciji. Njegov oče je bil avstrijski vojaški zdravnik. Gimnazijo je obiskoval v Ljubljani. Medicino je študiral na Dunaju, kjer je promoviral leta 1881. Od leta 1879. do 1882. je bil pomočnik pri histologu prof. Wedlu, od leta 1882. do 1887. pa prvi asistent na I. očesni kliniki, od leta 1886. docent za oftalmologijo. Profesorski zbori so ga večkrat predlagali za profesorja. Imenovan ni bil, ker ni imel opore in priporočil svojega

šefa prof. Stellwaga, ki je — kakor ga opisuje Bock — svoje asistente samo izkoriščal in jim branil posecati inozemske klinike in strokovne kongrese. Od Bockovega dobrega prijatelja, pokojnega dr. Vinka Gregoriča, vem, da je bil vzrok tudi političen in da je bil Bock žrtev političnih koncesij Poljakom. Zagrenjen od vsega tega in pa, ker ni imel sredstev, da bi počakal na boljše čase, se je odrekel klinični karieri in sklenil, da gre v provinco. Sledil je vzgledu svojih kolegov dr. Kerschbaumerja, dr. Plenka in dr. Purtscherja, ki so tudi odšli na deželo. Slednji se je nastanil v Celovcu. Bock je odšel v Ljubljano. Kranjsko oziroma Ljubljano je poznal že od prej in je slovensko precej dobro govoril.

V Ljubljani se je nastanil sprva kot privatni zdravnik. Kmalu pa je dobil stike z dr. Fuxom, kirurgom v civilni bolnici na Ajdovščini. Ta ga je sprejel na svoj oddelek kot gosta in mu prepustil vse očesne bolnike. Zaradi uspehov,



Dr. Emil Bock

ki jih je imel Bock s svojim delovanjem, se je kmalu raznesel po kranjski deželi glas o njegovem znanju in o njegovi spretnosti. Očesnih bolnikov je bilo vedno več in so kmalu postali breme za kirurški oddelek. Ker tako ni moglo več naprej, je napravil takratni ravnatelj bolnice dr. Alojz Valenta-Marchthurn vlogo na deželni odbor in predlagal, da se ustanovi v bolnici poseben oddelek za očesne bolezni in imenuje Bock za primarija oddelka. Vloga je bila obravnavana na javni seji deželnega zbora dne 18. novembra 1889. Po zelo burni debati, ki je bila političnega značaja, je bilo s 24 proti 10 glasovom sklenjeno, da se ustanovi očesni oddelek in postavi za vodjo oddelka dr. Bock. Do ustanovitve oddelka pa je prišlo šele 17. novembra 1890. in Bock je bil poverjen z vodstvom oddelka kot neplačan primarij. Plačan primarij je postal šele 1. januarja 1893.

Oddelek je imel takrat tri sobe s 34 posteljami in je bil zasilno nameščen pod streho stare civilne bolnice. Potres v noči 15. aprila 1893 je staro bolnico



Stari očesni oddelek, otvorjen 1. 1895.

domala porušil. Očesni bolniki so bežali iz drugega nadstropja po podrtih stopnicah na vrt. Med njimi je bilo tudi nekaj sveže operiranih. Zgodilo se jim k sreči ni nič. Prve dni po potresu so nastanili bolnike v vojaških šotorih, pozneje pa v bolnici za kolero, dokler ni Rdeči križ postavil na vrtu porušene bolnice nekaj barak. Tri od teh so dobili očesni bolniki.

Dne 17. oktobra 1895. je bila otvorjena nova de-

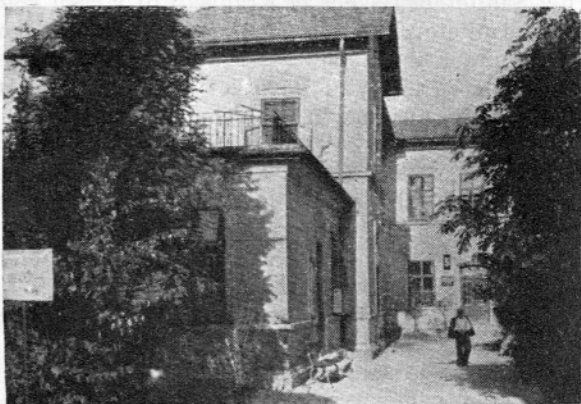
želna bolnica na sedanjem prostoru. Očesni oddelek je dobil svoj paviljon in je imel 10 sob s 53 (pozneje 61) posteljami. Po osmih letih hude borbe je dosegel Bock za očesne bolnike lastno streho, pripomogel oftalmologiji do veljave, ki ji gre in postavil temelj za njen razvoj v slovenskih deželah.

Oddelek je bil za tedanje čase čedna stavba z lepimi prostori. Razdelitev sob pa ni bila posrečena. Pri zidanju bolnice ni nihče vprašal primarijev za nasvet. Glavno vlogo je menda igrala simetrija. Kar poglejte tloris bolnice! Simetrjala gre od glavnega vhoda do kuhinjskega dimnika, vzhodna polovica stavb je zrcalna slika zahodne polovice. Za potrebe posameznih strok, za lego prostorov z ozirom na strani neba i. dr. ni bilo razumevanja. Napravili pa so še eno napako, ki je bila usodna in nas še danes tepe: bolnico so naredili premajhno. Zidali so le za tiste čase, namesto vsaj za 50 let naprej. Dočim pa so drugi oddelki vsaj do svetovne vojne za silo še nekako izhajali, je postal očesni oddelek prav kmalu precej pretesen. Iz vse Kranjske in še iz sosednih dežel so prihajali bolniki na oddelek. Treba je bilo misliti na povečanje. Prošnje za povečanje so ostale neuslišane. Za prvo silo je oddelek dobil še dve sobi s 24 posteljami v sosednem paviljonu. Komaj dobro dograjen je imel torej oddelek že težave s prostorom. »Nestvarno nasprotstvo na eni strani in brezbržnost na drugi strani sta ovirala razvoj oddelka« (Bock). Tako nevzdržno stanje je trajalo več let. Šele po volitvah, ki so se izvršile po novem volivnem

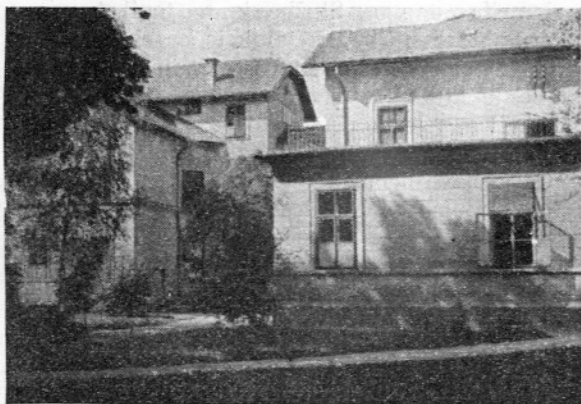
zakonu in so prišli v deženi odbor drugi možje, je zavel drug veter. Bock se v svojem poročilu ob 25letnici oddelka (1915.) hvaležno spominja tedanjega deželnega odbora in se mu zahvaljuje za njegovo uvidevnost in razumevanje. Ta je uvidel potrebo po povečanju oddelka in dovolil za to potrebne kredite. Prizidek je bil 29. avgusta 1912. slovesno otvorjen. S tem se je na mah odpomoglo vsem nedostatkom. Oddelek je pridobil 6 velikih in dve majhni bolniški sobi, dva dnevna prostora, dve kopalnici in tri sestrske sobe v podstrešju. Imel je sedaj 118 bolniških postelj in potrebne prostore za preiskovanje. Za trahomske bolnike je dobil dva pritlična prizidka s posebnim vhomom in kopalnico, za moške in ženske. Novi trakt je dobil tudi čedno opravo. Nabavilo se je nekaj aparatov in precej instrumentov. Instrumentarij je bil sicer skromen, zato pa prvovrsten, dobavljen od svetovnoznane londonske tvrdke. Tudi v popravilo so se instrumenti pošiljali tja. Tik pred svetovno vojno je bila odposlana tja večja pošiljka rezočih instrumentov v popravilo. Po vojni smo jih v redu dobili nazaj.

V svojih spominih je Bock potožil, da se mu ni posrečilo, da bi bil obdržal na oddelku dalj časa kakega mlajšega zdravnika, da bi ga posvetil v finese oftalmološke vede. Pomožni zdravniki so se vedno menjavali, in skoraj vse delo, zlasti operativno, je bilo na njegovih ramah. Niti vsakoletnega rednega dopusta ni mogel vselej izrabiti, kadar ga pa je, pa le v krajših obrokkih. Želja se mu je izpolnila šele leta 1913., ko sem prišel jaz na njegov oddelek z namenom, da se posvetim oftalmologiji.

Umestno se mi zdi, da se na tem mestu spominjam uvidevnosti in naklonjenosti takratnega vodje bolnice in deželnega odbora za potrebe bolnice. Bolnico so smatrali za ustanovo, ki mora nuditi vsem bolnikom brez razlike vse, kar smo smatrali zdravniki za potrebno. Proračun nas pri delu ni oviral. Prekoračeni znesek je pokrila deželja. Brez moledovanja in brez groženj. Ko je Bock zaprosil za nabavo velikega elektromagneta po Haabu, mu



Očesni oddelek po prezidavi l. 1912. Zapadna stran



Očesni oddelek od vzhodne strani

trebe bolnice. Bolnico so smatrali za ustanovo, ki mora nuditi vsem bolnikom brez razlike vse, kar smo smatrali zdravniki za potrebno. Proračun nas pri delu ni oviral. Prekoračeni znesek je pokrila deželja. Brez moledovanja in brez groženj. Ko je Bock zaprosil za nabavo velikega elektromagneta po Haabu, mu

je bilo to malo nerodno. Saj je stal 700 zlatih kron. Dobil ga je. Mnenja so bili, da je strošek zanj poplačan, če se reši z njim le eno samo oko.

Pri izbruhu svetovne vojne je dal polovico oddelka na razpolago ranjenim vojakom. Z delom se je še bolj obremenil. V sredi dela ga je zadela kap dne 17. decembra 1916. Pokopan je v Ljubljani na evangelijskem pokopališču. Premoženja ni zapustil. Njegova vdova, rojena Angležinja, je živela in umrla v pomanjkanju.

Iz njegovega delovanja izven bolnice omenjam, da je bil mnogo let prisednik Sanitetnega sveta za Kranjsko in v času vojne okulistični konzilijarij načelnika sanitete pri peti avstrijski armadi. Po njegovi iniciativi je zidala Kranjska hranilnica t. zv. Kaiser-Franz-Joseph-Asyl. Namenjen je bil 50 bolnikom hiralcem z neozdravljivimi novotvorbami. Danes je v zavodu Drž. bolnica za ženske bolezni in porodništvo.

Bock je bil vsestransko naobražen in mož širokega obzorja. Razen s svojo stroko se je mnogo pečal tudi z umetnostno zgodovino, z botaniko in geologijo. Svoje kratke in redke dopuste je porabljal večinoma za obisk umetnostnih galerij v inozemstvu. Poznane so mu bile vse razen ruskih. Pokolenja je bil najbrže židovskega, dasiravno ni maral o tem nič slišati. Prišteval se je med ljubljanske nacionalne Nemce. Svoj oddelek je smatral za nemško posest, enako, kakor je njegov tovariš v bolnici dr. Alfred Valenta smatral ginekološki oddelek za nemško posest. Svoje stroke mlajšim zdravnikom ni nikoli vsiljeval. Kdor pa se je zanj zanimal, temu je bil dober učitelj in vodnik in mu je na vprašanja odgovarjal s kliničnimi predavanji. V osebnem občevanju je bil izredno takten in kavalirski in velik pedant. Kdor ga ni dobro poznal, temu se je zdel včasih grob. Kriva temu je bila zagrenjenost nad kliničnimi neuspehi, ki se ga je držala celo življenje. »Klinične bonce«, kakor je imenoval svoje tekmece, ki so mu odjedli profesuro, je črtil do smrti in jim ni priznaval zaslug. V tem jim je bil krivičen.

Njegov naslednik na oddelku je postal dr. Albert Botteri, sedanji upravnik Kr. vseuč. očne klinike v Zagrebu. Deželni odbor kranjski ga je 20. marca 1917. imenoval za primarija oddelka. Službo je nastopil 1. avgusta 1917., potem ko je bil razrešen vojaške službe. Oddelek je našel v dobrem stanju. Zaradi vojnih časov mu ni bilo mogoče, da bi ga uredil in opremil popolnoma po svoji želji. Dosegel pa je kljub temu zelo mnogo. Izpopolnil je instrumentarij in aparature in postavil oddelek na sodobno podlago tako v diagnostičnem kakor v terapevtičnem oziru, zlasti operativnem. Bock je v svoji borbi za oddelek telesno opešal. Od svojega prihoda v Ljubljano pa do l. 1912. se je neprestano boril. Ko je s povečanjem oddelka dosegel svoj cilj, je bil že telesno oslabiljen. Zato je umevno, da zadnja leta ni več korakal vstric z razvojem oftalmološke siroke. Kar je Bock zamudil, je Botteri hitro nadomestil. V kratkem času je postavil oddelek na klinično višino. V juniju leta 1919. je dosegel docenturo za oftalmologijo na praški češki univerzi. Dne 5. septembra 1920. je bil imenovan za rednega profesorja medicinske fakultete v Ljubljani. V tej dolžnosti je vodil oddelek še do 2. oktobra 1920. Takrat je zapustil Ljubljano in odšel v Zagreb, kamor je bil pozvan za profesorja oftalmologije na tamošnji univerzi. Še pred njegovim prezgodnjim odhodom je Zdravstveni odsek poveril vodstvo oddelka meni in me 25. junija 1921. imenoval za primarija oddelka.

Iz razpredelnice (str. 369.) je razvidna frekvenca bolnikov na oddelku od njegove ustanovitve pa do konca l. 1939. V prvem letu je bilo oskrbovanih 406 bolnikov, leta 1939. pa 2900, z ambulanco vred 3762. Črtkani del krivulje pomeni število bolnikov skupno z ambulanco. Iz razpredelnice je razviden padec števila

PROVITAL

nevro-organski tonikum

(ekstrakti jeter, vranice, ledvic-baker-mangan-arzen-fosfor-stomahika)

Astenija, nervozna in fizična izčrpanost, rekonvalescenca, postoperativna in postinfekciозна anemija.

Steklenica s 300 gr din 50'—

INOTYOL

poškodbe in iritacije kože

(Ichthyol-extr. Hamamelis-titanove soli-Zinc. oxydat.)

Ėkcemi, srbečica, rane, kombustije, Impetigo, dermatoze in iritacije kože.

Mazilo tuba od 25 gr din 22'—

Mazilo tuba od 50 gr din 38'—

OPOCALCIUM

OBSEVANI - IRRADIE

peroralna terapija s kalcijem

(kalcij-fosfor-krist. D-vitamin-endokrini ekstrakti)

Visokovreden kalcijev preparat, ki se sigurno resorbira. Rahitis, rast, osifikacija, pljučne bolezni, limfatizem, nosečnost, dojenje, bolezni radi pomanjkanja kalcija, remineralizacija.

Granulat vel. škatla din 60'—

Tablete škatla din 60'—

PYRETHANE

antinevralgikum-antipiretikum

(amidopyrazolonphenazon-carbamatethylurethan)

Najaktivnejši med poznanimi antinevralgiki. Močan antipiretikum pri vseh febrilnih stanjih.

Migrena, nevralgije, nevritis, revmatične bolečine, dismenoreja, vse febrilne bolezni (hripa, angina, pnevmonija, tifus)

Mala steklenica . . . din 35'—

Vel. steklenica . . . din 55'—

Glavno zastopstvo: **MARA FARM**, Beograd, Zagrebačka 3

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

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

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

CAMPHOSOL INJEKCIJE 10% vodena raztopina sulfoniranega pre-

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

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

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

CAMPHOSOL-CHININ DRAŽE, Camphosol 0.10 in Chinin 0.10

HIDROGEN TABLETE, Hydrogenium hyperoxidatum v trdnem stanju vsebuje 35% H_2O_2 . Pakirano v cevkah po 10 in 20 tablet à 1 gr

KEMIJSKO FARMACEVTSKI LABORATORIJ

MIŠKOVIĆ IN KOMP.

BEOGRAD, Sarajevska ulica 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
Spazmi
Hiperemija
Dismenoreja

B E L L A D E N A L

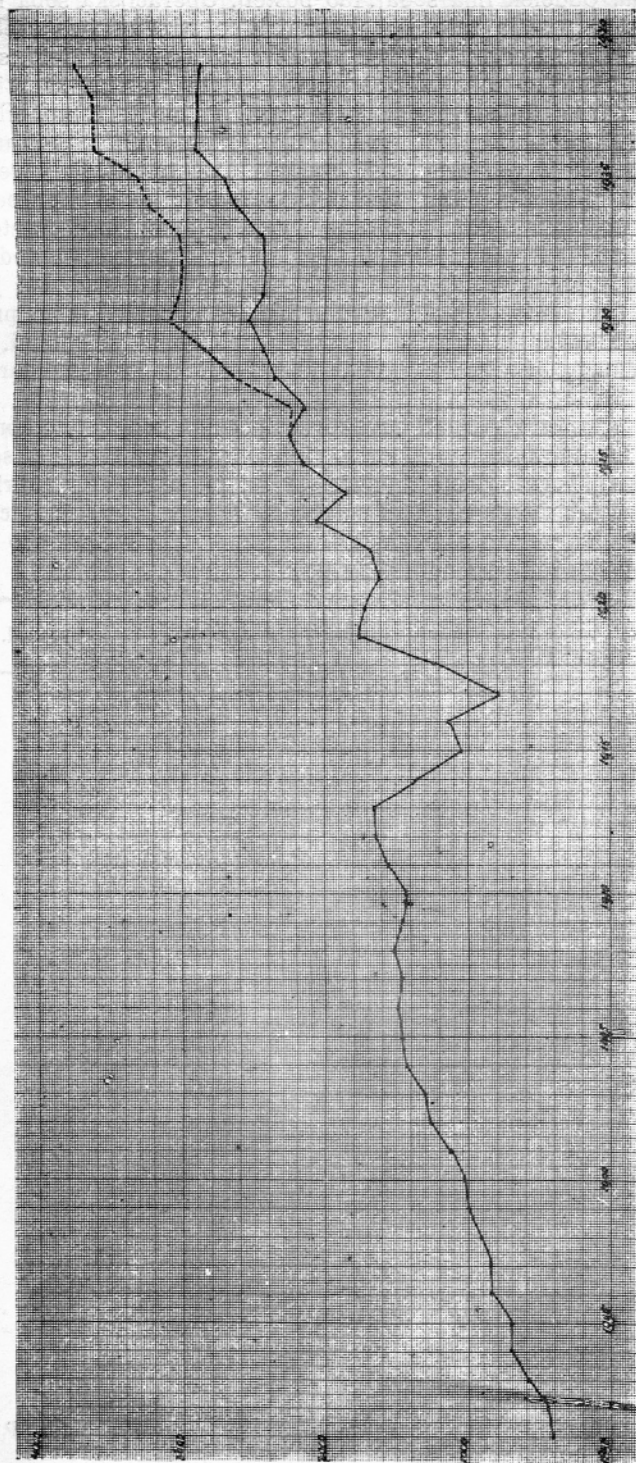
Amfotonija

Labiliteta vegetativnega živčnega sistema
Vazonevroze
Basedow
Nočno znojenje
Nevroze v klimakteriju

B E L L E R G A L

Sandoz A. G., Basel (Švica)

Frekvenca bolnikov na oddelku od njegove ustanovitve do konca I. 1939. Črtkani del krivulje pomeni število bolnikov z ambulanco vred



v vojnih letih (število oskrbovanih vojakov ni všteto, ker so se ti popisi boleznj izgubili) in nov porast od leta 1921. dalje. Treba je bilo misliti na ponovno povečanje. Toda vse prošnje in spomenice so obležale v miznicah. Želel sem, da se na oba prtilična prizidka nadzida po eno nadstropje. S tem bi pridobili novo aseptično operacijsko sobo in precej bolniških sob. Komisija je načrte pregledala in odobrila, storilo pa se ni nič. Ker sem že takrat dvomil o uspešni pomoči centralne vlade našim zdravstvenim zavodom, sem preuredil oddelek, kakor sem pač vedel in znal. Pozneje je v dobi Oblastnih uprav izgledalo, da bo oddelek v doglednem času prišel na svoj račun. Doba uprav pa je bila prekratka, in spet je padlo vse v vodo, to pot pa dookčno. Na povečanje torej nismo mogli več računati. Ker je dotok bolnikov tako rasel, da nismo več vedeli, kam z njimi, smo proti vsem higienskimi predpisom o potrebni kubaturi postavili po bolniških sobah še 18 postelj in ga tako na-

trpali do skrajnih meja. Oddelek ima sedaj 136 postelj. Operacijska soba ima tako nesrečno lego, da je postala zatočišče in shajališče strežniškega osebja, preiskovalnica in ambulanca. Ker ni bilo več poročstva za aseptično delo, smo preuredili neko večjo bolniško sobo v operacijsko. V tej zasilni aseptični dvorani operiramo še danes. Ogledovali so jo že razni velmožje in so bili z menoj vred mnenja, da je škandalozna in nemogoča. Ker pa svojih obljub niso izpolnili, sodim, da jim je bila vendarle všeč. Temnico smo prestavili v večjo sobo. Ženskim trahomskim bolnicam smo vzeli eno večjo sobo in jo preuredili v preiskovalnico. Tako preurejen oddelek obratuje sedaj že blizu 20 let in stori vsak dan svojo dolžnost. Ker število tistih, ki iščejo pri nas pomoči, še vedno narašča, smo primorani zavirati sprejem in predčasno odpuščati. Čim več jih sprejmemo, tem več jih moramo odpustiti. Pri tem pa je oddelek stalno prenatrpan. Zato vidimo na krivulji, da je zadnja leta približno na isti višini. V boljših letih, okoli leta 1930., je nabavil oddelek precej novega instrumentarija in novih aparatov.

Prinašam številčni izkaz oskrbovanih bolnikov od početka oddelka do konca l. 1939. in porazdelitev bolnikov po diagnozah. Slednji izkaz ni popolen, ker sem izkazal le važnejše bolezni, manj važne in maloštevilne pa sem dal v rubrike alli morbi. O opravljenem operativnem delu polagoma račun v izkazu operacij.*

Od ustanovitve oddelka pa do konca lanskega leta se je oskrbovalo na oddelku 81.421 bolnikov. Po letih se porazdele takole:

Leto	Štev. oskrb. bolnikov	Ambul.	Leto	Štev. oskrb. bolnikov	Ambul.
1890/91	406	—	1916	1153	—
1892	478	—	1917	779	—
1893	595	—	1918	1237	—
1894	720	—	1919	1782	—
1895	717	—	1920	1739	—
1896	860	—	19 ^o 1	1610	—
1897	867	—	1922	1686	—
1898	936	—	1923	2055	—
1899	1006	—	1924	1875	—
1900	1089	—	1925	2160	—
1901	1120	—	1926	2442	—
1902	1273	—	1927	2133	103
1903	1310	—	1928	2375	241
1904	1430	—	1929	2438	420
1905	1477	—	1930	2548	546
1906	1490	—	1931	2460	580
1907	1453	—	1932	2460	568
1908	1539	—	1933	2475	579
1909	1461	—	1934	2673	594
1910	1422	—	1935	2719	628
1911	1560	—	1936	2938	679
1912	1623	—	1937	2924	703
1914	1658	—	1938	2923	763
1915	1381	—	1939	2900	862
	1062	—			

* Pri sestavi teh statistik sta mi izdatno pomagali ge. dr. Blaženka Klepec in dr. Carmen Dereani, za kar se jima tu lepo zahvaljujem.

Razdelitev vseh bolnikov po diagnozah:

1. Obolenja očesnih adneksov	1.991
od teh dacryocystitis acuta	439
dacryocystitis chronica	1108
dacryocystitis tbc	56
2. Obolenja zunanjih delov zrkla	4.766
od teh blepharitis, blepharoconjunctivitis	952
pustula maligna (anthrax)	1
vaccinula	20
chalazion	1251
trichiasis	391
entropium, ectropium	366
3. Obolenja veznice	5.953
od teh conjunctivitis catarrh. acuta	1227
conjunctivitis membranacea	111
blennorrhoea neonat. gon.	149
blennorrhoea neonat. inclusoria	470
blennorrhoea adult. gon.	101
blennorrhoea adult. inclus.	40
trachoma	1777
conjunctivitis vernalis	74
conjunctivitis diphtherica	9
conjunctivitis tbc	16
lues conjunctivae	3
xerosis conjunctivae	16
4. Obolenja roženice	25.678
od teh keratitis —, keratoconjunctivitis ekzema-	
tosa, phlyktaenulosa, scrophulosa, fa-	
scicularis	12850
ulcus corneae catarrh. etc.	6254
ulcus corneae serpens	2932
keratitis parenchymatosa heredoluetica	781
keratitis tbc	44
keratitis dendritica	228
keratitis punctata superfic.	102
herpes corneae	297
keratitis profunda	781
karatomalazia	10
keratokonus	38
keratitis nummularis	131
pterygium, pseudopterygium	639
5. Obolenja beločnice	414
od teh episcleritis, scleritis superf.	194
scleritis prof.	175

6. Obolenja uvee		7.186
in sicer: iritis, iridocyclitis	4247	
od teh tbc	871	
luet.	146	
chorioiditis, chorioretinitis	1225	
od teh tbc	264	
luet.	60	
ophthalmia sympatica	73	
endophthalmitis, panophthalmitis	206	
7. Glaucoma		2.077
od teh primarnih	687	
sekundarnih	612	
kongenitalnih	46	
8. Cataractae		6.048
od teh cat. senilis	3630	
cat. congenita	245	
cat. perinuclearis	161	
cat. diabetica	43	
cat. tetanica	28	
cat. complicata	638	
9. Obolenja steklovine		524
10. Obolenja optikusa in mrežnice		3.238
od teh neuritis intraocularis	249	
neuritis retrobulbaris	439	
atrophia n. opt.	454	
embolia art. centr. ret.	40	
thrombosis v. centr. ret.	75	
periphlebitis ret. tbc.	99	
retinitis pigmentosa	129	
retinitis različne etiologije	1159	
ablatio retinae	407	
11. Anomalije v refrakciji		1.855
od teh myopia	808	
hypermetropia	317	
12. Strabismus convergens		622
Strabismus divergens		166
Paresis musculorum		359
13. Obolenja orbite		919
od teh periostitis, phlegmone	219	
14. Kongenitalne anomalije		60
15. Neoplasmata, benigna		624
carcinoma, epithelioma		433
sarcoma		156
glioma		51

16. Poškodbe	10.564
od teh contusio bulbi (hyphaema, haemophthalmus, iridoplegia, iridodialysis, commotio retinae, haematoma orbitae)	810
vulnus palpebrae	477
vulnus corneae	1676
vulnus sclerae	418
ruptura corneae, sclerae	368
corpus alienum bulbi	169
corpus alienum conjunctivae, corneae. lentis, iridis	2818
combustiones	407
perustiones	318
17. Allii morbi	7.401

Operacij je bilo izvršenih 35.927 in sicer:

Extractio cataractae c. iridectomia total. sive ad iridectomiam praep.	2.173
Extractio cataractae c. iridect. bas. Hess	1.266
Extractio cataractae sine iridectomia	276
Extractio cataractae intracapsularis	661
Extractio cataractae linearis	1.029
Extractio cataractae in cameram luxatae	50
Reclinatio cataractae	50
Discisio cataractae	2.165
Capsulotomia, capsulectomia	150
Iridectomia	3.337
Iridotomia	43
Zyklodialysis Heine	316
Iridencleisis Holth	169
Trepanatio Elliot	127
Transfixio iridis	58
Sclerotomia ant., post.	285
Punctio corneae	866
Excisio prolapsus iridis	1.049
Odvzem steklovine zur Nedden	42
Cauterisatio ulceris	1.925
Operatio ablationis retinae	
Choriodialysis (Meller)	44
Ignipunctura Gonin	25
Lindner	7
Guist	15
Katholysis Vogt	9
diathermia Safar-Weve	62
Tenotomia	658
Antepositio	355
Pterygium	723
Chalazion	1.246
Tetovage corneae	392

Extirpatio sacci lacrimalis	1.917
Ptosis	43
Entropium, ectropium	441
Plastične operacije pri novotvorbah	626
Enucleatio bulbi	1.407
Evisceratio bulbi	163
Exenteratio orbitae	57
Alliae operationes	11.732

Pokojni Bock je izdajal vsako leto letno poročilo s statistiko bolnikov po številu, diagnozah in izvršenih operacijah. Objavljal je vse izgube oči zaradi postoperativne infekcije in jih kritično presodil. Ob uspehih in neuspehih operiranih katarakt je meril svojo tehnično sposobnost, aseptično delo in pravilnost bolnikove nege po operaciji. Pregledal sem ves naš bolniški material v tem oziru in sem ga razdelil v tri dobe:

V prvi dobi so se operirale katarakte vedno z iridektomijo, z istočasno ali s preparatorno. Tako se je ravnalo do konca leta 1923. Bock je imel pri svojih 1539 kataraktah (do konca 1916.) 60 izgub ali 3'9 %. Za njim smo imeli pozneje do konca leta 1923. pri isti tehniki in pri 452 kataraktah 14 izgub ali 3'1 %.

Leta 1924. sem začel z modernejšo metodo, ekstrakcijo z ohranjeno okroglo zenico in periferno iridektomijo po Hessu. Po tem načinu smo delali 12 let, do konca leta 1935. Doživeli smo pri 1512 operacijah samo 6 nesreč ali 0'4 %.

Od leta 1936. dalje operiramo večinoma intrakapsularno. Prejšnjo ekstrakapsularno metodo uporabljamo le izjemoma, kjer ekstrakapsularna iz teh ali onih razlogov ni izvedljiva ali priporočljiva. Prve rezultate sem objavil v Zdrav. vest. št. 1. l. 1939. Do konca leta 1939. nismo izgubili pri 873 operacijah (od teh 67 % intra) nobenega očesa na infekciji (0 %).

Za kritično presojo vseh posameznih primerov ni bilo časa. Kdor pa zna brati gole številke, mu tudi te mnogo povedo.

*

Od skromnega začetka, ko je novorojeni oddelek gostoval pod tujo streho in je bil breme za kirurgijo, pa do danes, ko deluje in se razvija v lastni veliki zgradbi, je poteklo 50 let. Da je prišlo sploh do ustanovitve, je Bockova zasluga. Če bi ne bilo njega, oziroma, če bi ne bilo takrat v Ljubljani sploh okulista, oddelka gotovo ne bi bili dobili tako zgodaj. Da je dobil lasten paviljon, je tudi njegova zasluga. Zaveznik v boju mu je bil potres, ki je opravil svoje in hitreje likvidiral staro bolnico. Brez Bočka bi bila danes naša okulistika kje pod drugo streho, sebi in drugim v napotje.

Letos smo dobili zakonsko podlago za popolno medicinsko fakulteto v Ljubljani. Sedanje poslopje za klinične svrhe ni primerno. Ne tako, kot je, še manj, če bi se moralo deliti v kliniko in oddelek. Skrajni čas je, da se prične s pripravami za ureditev.

V boju za prostor je znanstveno delovanje otežkočeno. Tako delo ubija in jemlje veselje do znanstvenega dela. Kljub temu pa se oddelek lahko ponaša z dolgo vrsto del, ki so jih objavili njegovi zdravniki. Za nas pomenijo obračun in spričevalo. Zato jih priobčujem.

*

Dr. Emil Bock: V času, ko je bil še na kliniki, je sodeloval pri dveh znanstvenih delih: s histologom dr. C. Wedlom sta izdala Atlas der pathologischen Anatomie des Auges l. 1886. in pa Neue Abhandlungen aus dem Gebiete der praktischen Augenheilkunde. Ergänzungen zum Lehrbuche von Dr. K. Stellwag v. Carion. Unter Mitwirkung der Herren klin. Assistenten Dr. E. Bock und Dr. L. Herz. Wien 1886. V času svojega delovanja v Ljubljani je izdal:

- Über Tuberkulose des Tränensackes. Wien. med. Wschr., 1891.
- Die Anwendung von Sublimat bei Trachom. Wien. klin. Wschr., 1891.
- Erfahrungen auf dem Gebiete der Augenheilkunde. Wien, Šafař, 1891.
- Seltene Formen von Keratitis parenchymatosa. Allgemeine Medizinische Zeitung, 1892.
- Über prälakrymale Ölzysten, ravnotam, 1892.
- Anatomie des menschlichen Orbitalinhaltes nach Eucleatio bulbi. Wien, Šafař, 1892.
- Die angeborenen Kolobome des Augapfels. Wien, Šafař, 1893.
- Die schräge Blepharotomie. Allg. Wiener med. Zeitung, 1894.
- Scopolaminum hydrobromicum. Ravnotam, 1894.
- Zur Kenntnis der gesunden und kranken Tränenrüse. Wien, Šafař, 1896.
- Die Anwendung tiefer Einspritzungen von Hydrargyrum salicylicum in der Augenheilkunde. Allg. Wiener med. Ztg., 1896.
- Zur Geschichte des künstlichen Auges. Ravnotam, 1897.
- Augenärztliche Mitteilungen. Wien. med. Wschr., 1898.
- Über Trachom. Wien, Šafař, 1900.
- Das erste Jahrzehnt der Abteilung für Augenkranke im Landesspital zu Laibach. Ravnotam, 1902.
- Trachom und Cuproceitrol (v. Arlt). Wochenschr. für Hygiene und Therapie des Auges, 1903.
- Die Brille und ihre Geschichte. Wien, Šafař, 1903.
- Klümpchen Anilin als Fremdkörper der Hornhaut. Zentralbl. f. Augenh., 1904.
- Fremdkörper in der Regenbogenhaut eingeeilt. Ravnotam, 1907.
- Augenkrankheiten und Augenkranke in Krain. Wochenschr. f. Hygiene u. Therapie des Auges, 1907.
- Erfolgreiche Behandlung skrophulöser Augenkrankheiten mit Antituberkuloseserum Marmorek. Wien. med. Wschr., 1907 und 1908.
- Sophol in der Augenheilkunde. Wochenschr. f. Hyg. u. Ther. des Auges, 1908.
- Über neuere Augenheilmittel. Allg. Wien. med. Ztg., 1908.
- Über Behandlung skrophulöser und tuberkulöser Augenerkrankungen mit Immunkörper (J-K) Dr. Karl Spengler. Wien. med. Wschr., 1913.
- Tuberkulosis iridis mit Immunkörper (J-K) Dr. Karl Spengler geheilt, Zentralblatt f. Augenh., 1915.
- Augenärztliches aus dem Kriege. Wien. med. Wschr., 1915.

Dr. Pregel: Tuberkulose der Bindehaut. Wien. med. Wschr., 1893.

Dr. Rothenpieler: Die Luxatio bulbi. Deutschmanns Beiträge zur Augenheilkunde, 1898.

Dr. Hočevar: Zur Topographie der Tränenrüse und tubuloacinöser Drüsen der Augenlider des Menschen. Wien. med. Wschr., 1900.

Dr. Fischer: Zur Kenntnis der Krankheiten der Augenhöhle. Ravnotam, 1902.

- Jodpräparate und Stauungspapille. Wochenschr. f. Hyg. u. Ther. des Auges, 1902.

Dr. Albert Botteri: Ein besonderer Fall von Polykorie. Klin. Mbl. Augenheilk., Bd. 64, 1920.

- Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Scleritis. Ravnotam.

Dr. Leopold Ješe: Nekaj slovenske terminologije iz okulistike. Lij. Vjes., 1920.

- Conjunctivitis catarrhalis acuta, njen epidemični nastop v Sloveniji l. 1921. in 1922. Lij. Vjes., 1922.

- Vranični prisad trepalnice (*Anthrax palpebrae*). Ravnotam, 1922.
 - Über die Augensyphilis in der zweiten Generation. Zeitschr. f. Augenh., 1926.
 - Zyklodialysis. Lij. Vjes., 1928.
 - O operaciji katarakte in še kaj. Ravnotam, 1928.
 - Beitrag zur Schädigung des Auges nach Blatternschutzimpfung. Zeitschr. f. Augenh., 1928.
 - O očesnih boleznih pri novorojenčkih. Bab. Vest., 1930.
 - Okulistika v splošni praksi. Zdrav. vest., 1935.
 - Über die Nachweisung von Simulation und Aggravation einseitiger Schwachsichtigkeit. Klin. Mbl. Augenheilk., 1936.
 - Über einige seltene Augenverletzungen. Ravnotam, 1936.
 - Über Keratitis nummularis. Klin. Mbl. Augenheilk., 1936.
 - Weiteres über Keratitis nummularis. Ravnotam, 1938.
 - Naše izkušnje z intrakapsularno ekstrakcijo katarakte. Zdrav. vest., 1939.
 - Bemerkungen zur Keratoconjunctivitis nummularis Dimmer-Epidemie. Klin. Mbl. Augenheilk., 1939.
 - Sodobna naziranja o postanku kratkovidnosti. Zdrav. vest., 1939.
 - Ob petdesetletnici okulističnega oddelka. Zdrav. vest., 1940.
- Dr. Rajner Bassin: Uspešno operiran *cysticercus cellulosae* intraocularis. Lij. Vjes., 1928.
- O operaciji starostne sive mrežnice. Zdrav. vest., 1930.
 - Najnovejše zdravljenje odstopa mrežnice. Ravnotam, 1930.
- Dr. Slavko Prevec: Ein Fall von Angiomatosis retinae. Klin. Mbl. Augenheilk., 1936.
- O kontaktnih očalih. Zdrav. vest., 1937.
 - Ein Fall von Sarkom der Sehnervenpapille. Klin. Mbl. Augenheilk., 1937.
 - Nekaj novih naziranj o očesni tuberkulozi. Zdrav. vest., 1938.
 - Über einige länger beobachtete Fälle von zentralen Netzhautabhebungen. Klin. Mbl. Augenheilk., 1938.
 - O medikamentoznem zdravljenju katarakte. Zdrav. vest., 1939.
 - Multipla primarna angiomatoza, morbus Hippel in Lindauov sindrom. Zdrav. vest., 1939.
 - Od neenakih zenic do zenične otrplosti, Argyll-Robertson in drugo. Zdrav. vest., 1940.
 - O togi zenici in Adievem skupku. Zdrav. vest., 1940.
 - Deset let operativnega zdravljenja odstopa mrežnice. Zdrav. vest., 1940.
- Dr. Blaženka Klepec: Nenavaden primer sekundarnega glaukoma. Zdrav. vest., 1940.
- Dr. Carmen Dereani: Napredek okulistike v zadnjih petdesetih letih. Zdrav. vest., 1940.

ZUSAMMENFASSUNG

Anlässlich des fünfzigjährigen Bestandes der Augenabteilung in Ljubljana bespricht der Verfasser die Wirkung der Augenärzte in der Vorzeit, die Gründung der Augenabteilung, ihre Geschichte und Entwicklung bis zum heutigen Tage. Im Anschluß daran veröffentlicht er die Statistik der Augenkranken nach Zahl und Diagnosen und die ausgeführten Operationen. Zum Schluß führt er alle Werke an, die von den Ärzten der Abteilung publiziert worden sind.

VIRI

Laibacher Zeitung 1.1826.—1833. — Hirschberg, Geschichte der Augenheilkunde. — Slovenski biografski leksikon. — Bock, zgoraj omenjena dela. — Botteri, zasebni podatki.

Za terapijo koknih infekcij

ULTRASEPTIL



TABLETE

MAZILO

SUPOZITORIJI

Najnovjša in najaktivnejša spojina sulfamidske grupe:
2-(p-amino-benzolsulfamido) -4-methyl-thiazol

ZA KEMOTERAPIJO GONOREJE

Za oralno
aplikacijo

ULTRASEPTIL-TABLETE

Cene za pacienta
Orig. fiole
z 20 tabletami din 54'—

Za lokalno
aplikacijo

ULTRASEPTIL-MAZILO

Orig. tube
s 30 g mazila din 38'—

Za analno
aplikacijo

ULTRASEPTIL-SUPOZITORIJI

Orig. škatle
z 10 supozitoriji din 51'—

Domači preparat, ki hitro deluje, ki ga pacienti dobro prenašajo
in ki nima nezaželenih učinkov

STEG

a. d. za trg. i proizvodnju
hemiskih i farmacevtskih artikala

ZEMUN

**Hipertonija, angionevroza, angina pectoris, koronarna
skleroza, arterioskleroza, claudicatio intermittens**

Niton dragées: Bromcalciumtheosan, natrium rhodanatum,
chinin. sulfur., acid. phenylaethylbarbitur.

Stekleničica z 20 dražeji din 26'—

Dr. A. Wander d. d. Zagreb

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, suspensorije, gumijaste nogavice, gumijaste varovalke za kolena in členke, povoje, vato, gaze, brizge, vsakovrstne terapevtske pripomočke in higienske potreščine.

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

Za dame damska postrežba.

ANTIREVMATIČNA TRIADA



PIPÉRAZINE
NAJMOČNEJŠE TOPILO
SEČNE KISLINE — ŠUMEČA ZRNCA

THIODÉRAZINE

KRONIČNI REVMATIZEM
AMPULE PO 5 CM³

ZA INTRAMUSKULARNE ALI
INTRAVENOZNE INJEKCIJE

THIODACAÏNE

REVMATIČNE BOLEČINE
AMPULE PO 20 CM³

ZA INJEKCIJE
„ LOCO DOLENTI ”

LABORATOIRES MIDY-PARIS

RENÉ DUNOD_{IN KOMP.} BEOGRAD MILGAVRILOVIĆA 6.

Deset let operativnega zdravljenja odstopa mrežnice

Dr. Slavko Prevec

S 5 slikami in 5 razpredelnicami

Le v razmahu desetletij se dogajajo v zdravstvu res velike stvari. Ena izmed takšnih je novo zdravljenje odstopa mrežnice. »Morbus malignus« ablatio retinae, bolezen, radi katere je oslepel tudi v naših krajih vsako leto na desetine in desetine ljudi, je postala ozdravljiva. Morda ni samo slučajno, temveč celo značilno, da je prišlo odkritje iz svobodne Švice, kjer se je boril Jules Gonin leta in leta proti nerazumevanju in vkoreninjenim predsodkom zdravništva — skoro bi rekel — vsega sveta.

Če premišljujemo, kako se je v preteklih časih razvijalo operativno zdravljenje odstopa mrežnice, se moramo z začudenjem vprašati, je li mogoče, da so potrebovali znanstveniki in tudi praktiki toliko desetletij, da so se dokopali do odkritja, ki je ležalo skoro na dlani. Saj sta ugotovila že l. 1870. De Wecker¹ in l. 1882., T. Leber,² da povzročata odstop luknja v mrežnici. Takrat so tudi že vedeli, da prenese mrežnica galvanokauter³ in da se po kauterizaciji često zlepi z žilnico.

Gonin ni ugotovil prvi, da je luknja v mrežnici pogoj za odstop, prav tako ni uporabljal prvi pri tej bolezni paklena ali pa galvanokautra, in vendar slone vsi operativni uspehi, ki jih je dosegla naša stroka v zadnjih desetih letih pri odstopu mrežnice, na njegovem življenjskem delu. Kajti bil je prvi, ki je brez ozira na vsa nasprotstva, z dolgim in vztrajnim delom, kliničnim in tudi slovstvenim, zmagal s svojo trditvijo: Le luknja v mrežnici more povzročiti odstop. Če se nam posreči, da jo z operacijo zapremo, ozdravimo s tem tudi odstop. Dasi so se po objavi njegovega izčrpnega dela⁴ spremenili in se še vedno spreminjajo operativni načini, je vendar ostalo vodilo isto. Prvi cilj vsake operacije je zapreti luknjo v mrežnici.

Slovstvo o odstopu mrežnice je v zadnjih desetih letih ogromno naraslo. Iz vseh krajev omikanega sveta, kamor so prodrli novi načini zdravljenja odstopa, so prišla poročila o uspehih tega zdravljenja. Zato mislim, da je prišel čas, da objavimo tudi mi naše delo in naša izkustva. V naslednjem podajam pregled vseh primerov, ki smo jih operirali v preteklih desetih letih. V želji, da bi to delo ne bilo zgolj suha statistika o uspehih in neuspehih, o številu operacij in njihovem načinu, sem vpletel med posamezna poglavja tudi nekaj zgodovine operativnega zdravljenja, nekaj osebnih pogledov na nekatera vprašanja, pa tudi nekaj kritičnih opazk.

V prvi polovici sestavka obravnavam predvsem splošne podatke o bolnikih, ki so se zdravili na oddelku, druga polovica pa je namenjena specialnemu delu, kjer bom objasnil nekatere posebnosti, kot so luknje v mrežnici, njih vrsta in razporeditev po očesnem ozadju, načini operacij, uspehi in drugo.

¹ De Wecker: *Traité des maladies du fond de l'oeil*... 1870.

² T. Leber: *Über die Entstehung der Netzhautablösung*. (Klin. Mbl. Augenheilk. Bh. 4. 1882. B. 20.)

³ Uvedli De Wecker, Martin in De Luca 1881.

⁴ J. Gonin: *Le décollement de la rétine*. 1934.

Splošni del.

Če pregledujemo bolnike, ki smo jih operirali, moremo ugotoviti, da predvsem v zadnjih letih njihovo število stalno narašča. Razpredelnica št. 1. nam kaže število operiranih v posameznih letih od 1930. do 1939.

1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939
8	6	7	6	5	11	8	10	20	22

Razpredelnica št. 1.

To število se je posebno povečalo v zadnjih letih, ko smo začeli z novejšimi načini zdravljenja. Vprašati se moramo, kako je prišlo do tega povečanja? Razlagati si moremo to deloma tako, da prihaja sedaj v resnici več bolnikov z odstopi na oddelek, deloma pa tudi tako, da smo razširili pojem operabilnosti odstopa mrežnice (o. m.). Zadnje čase operiramo tudi prognostično manj ugodne primere, ne da bi se, kakor bomo videli pozneje, operativni uspehi kaj posebno poslabšali. Zato vidimo med bolniki, ki jih nismo operirali, predvsem one, ki so iz kakršnega koli vzroka sami odklonili operacijo.

Zanimivo je, da je bilo med operiranimi 57 odstotkov mož in samo 43 odstotkov žen. Podobno so opazovali tudi drugi avtorji. Naj omenim samo Bartelsa,⁵ ki je videl celo 68 odstotkov mož in samo 32 odstotkov žen. Te številke nas močno spominjajo na splošne preglede poškodb. Ker ni znano, da bi bili (primarni) vzroki o. m., kot so kratkovidnost, degenerativne spremembe mrežnice itd. pri možeh kaj bolj pogosti kot pri ženah, moramo iskati vzrok drugje. Mislim, da se ne bomo dosti zmotili, če bomo pripisali večje število o. m. na rovaš težjega in nevarnejšega poklicnega dela z vse večjo možnostjo poškodb in splošnih okvar.

Prav isto bi lahko trdili o različnih poklicih. V razpredelnici št. 2. sem razdelil bolnike na tri skupine poklicev, ki se razlikujejo med seboj po vrsti telesnega dela.

<i>Ročni delavci</i>	<i>Lažji delavci (gospodinje itd.)</i>	<i>Duševni delavci</i>
66 %	20 %	14 %

Razpredelnica št. 2.

Razpredelnica nam jasno kaže, da pada odstotek o. m. z naporom pri telesnem delu. Najmanjši je pri intelektualcih, a največji pri ročnih delavcih, med katere sem prištel tudi kmete. Kaj razvidimo zopet iz tega? Ali so mogoče kratkovidnost in drugi (primarni) vzroki o. m. pri duševnih delavcih redkejši? Nikakor ne. Rajši obratno, med intelektualci vidimo več kratkovidnosti kot drugod. Zato moramo ugotoviti isto kot v prejšnjem poglavju. Tudi tu vplivajo na o. m. sekundarni vzroki, ki so v zvezi s poklicnim delom.

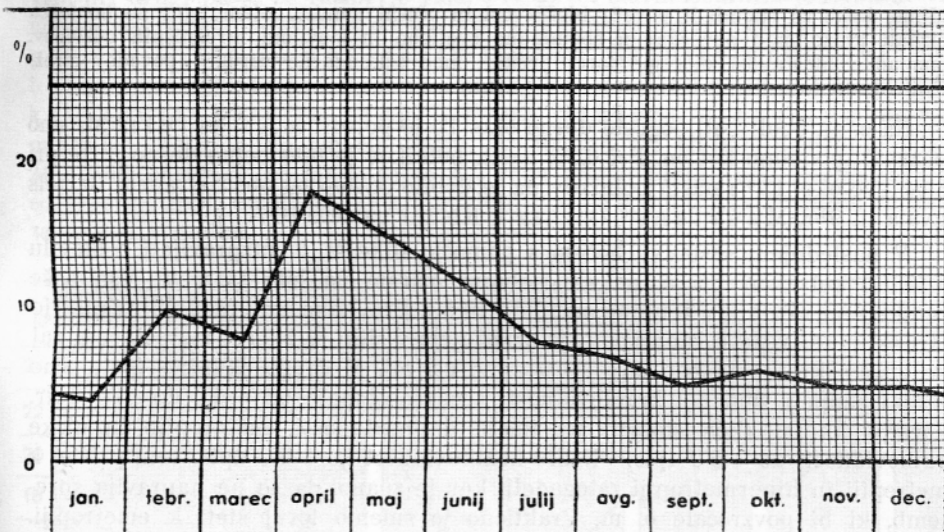
Pri o. m. je važno, da bolnika čimprej operiramo. Saj nam kažejo vse operativne statistike, da so uspehi tem boljši, čimprej so bili bolniki operirani. Razpredelnica št. 3. nam kaže, koliko časa je že bila pri naših bolnikih odstopljena mrežnica, preden so prišli na oddelek. Pri anamnestičnih podatkih moramo biti previdni, ker niso bolnikove izjave vedno zanesljive. Saj pridejo nekateri v bolnico radi čisto drugih težav in pri pregledu slučajno odkrijemo tudi o. m. Vendar mislim, da so naše številke vsaj približno pravilne. Kažejo nam, da prihajajo ljudje iz naših krajev še dokaj hitro v bolnico. 63% bolnikov je prišlo v prvem mesecu bolezni in le 14% po tretjem. Te številke nam tudi pojasnjujejo razmeroma dobre operativne uspehe.

⁵ Bartels: Klin. Mbl. Augenheilk. B. 96. S. 687.—88.

0—7 dni 7—14 dni 14 dni—1 mes. 1—2 mes. 3—6 mes. nad 6 mes.
 22 % 23 % 18 % 23 % 7 % 7 %

Razpredelnica št. 3.

V slovstvu, nanašajočem se na bolezni oči še nisem zasledil objave, ki bi obravnavala pogostost pojave o. m. v posameznih mesecih. Zato sem pregledoval tudi v tej smeri in sem dobil krivuljo, ki jo kaže slika št. 1. Malo me je presenčila njena oblika. Krivulja ima svoj vrh v mesecu aprilu. V spomladnih mesecih začne naraščati število odstopov, doseže višek v aprilu (18% vseh odstopov!) in nato polagoma pada do julija, ko postane zopet enakomerno.



Slika št. 1.

Krivulja kaže odstotek vseh odstopov v posameznih mesecih.

Takšne krivulje si ne moremo razlagati z vplivom sekundarnih vzrokov, ki smo jih navedli v prejšnjih poglavjih (poklieno delo itd.), saj vemo, da imajo v naših, predvsem kmetijskih krajih skoro vsa sezonska obolenja vrhunec v juliju in avgustu.

Poskušajmo si razložiti vse to na drug način, s pomočjo bioklimatike.

Tudi v našem slovstvu se množe zadnja leta objave o vplivu klime na razna obolenja.⁶ Raziskovanja so pokazala, da ne vplivajo letni časi na naše telo samo s klimatično dejavnostjo, ki je posebnost nekih mesecev (zimski mraz, poletna vročina, pomanjkanje ultravioletnih žarkov pozimi, njih izobilje poleti itd.), temveč so prav tako važne klimatične spremembe ali prehodne dobe, ki so predvsem na spomlad in v jeseni.⁷ Te delujejo čisto drugače. Ko mine zima in pride spomlad, se ne spremane kar na lepem zimske prilike in njihovi vplivi ter se umaknejo poletnim. V tej dobi pride na občutljivem, prav posebno pa na bolnem organizmu do čisto usodnih kolebanj in disharmonij, ki trajajo toliko časa, dokler se ne vzpostavi zopet ravnotežje. V našem primeru mislim seveda na »biološke letne čase«, kajti biološko se začne spomlad že pred koledarsko, v času, ko se začne višati sonce in postajajo dnevi daljši.

⁶ Glej Zdrav. vest., l. XI., št. 5. (Baje, Lavrič, Janež: Vpliv vremenskih sprememb na akutna kirurška obolenja).

⁷ De Rudder: Grundzüge d. Bioklimatik d. Menschen.

Kakšna je zveza z odstopom mrežnice? Kakšne klimatične spremembe delujejo spomladi na oko? Predvsem moramo misliti na nenadno pojačanje sončne svetlobe. Po kratkih in mračnih zimskih dnevih pridejo na spomlad jasni in svetlobe polni sončni dnevi, ki povzročajo celo pri zdravem človeku neko bleščavost in nemir oči. Opazujemo same sebe, kako se nam v prvih jasnih dnevih blešči, kako moramo stiskati trepalnice, si zastirati oči in se obračati od sonca. Bolno oko je še občutljivejše. Bleščavost, ki nastopi pri nenadni močni svetlobi, je v sorazmerju s svetlobno jakostjo in občutljivostjo mrežnice. Če prekoračita ti dve neko mejo, pride do stiskanja trepalnic (blefarospazmusa) in solzenja. Pri še hujši svetlobi, prav posebno pa pri vnetih očeh, nastopi radi draženja čutnih trigeminusovih končičev pravcata bleščobna bolečina. Ta je prav taka kot če roženico mehanično ali s toploto razdražimo.⁸ Če torej pomislimo, da more pri očesu, ki je iz katerega koli primarnega vzroka nagnjeno k o. m., že vsak prevelik ali prehitel gib povzročiti razpok mrežnice in njen odstop, na drugi strani pa vidimo, kako se spomladi poveča bleščavost in očesni nemir, potem nam ne bo težko poiskati zveze med povečanjem spomladne svetlobe in številom mrežničnih odstopov. Spomladno bleščavost moremo torej prišteti med sekundarne vzroke (povode) mrežničnih odstopov.

Na o. m. oboli bolj pogosto desno oko. To je potrdil tudi Bartels.⁹ Mi smo opazovali podobno kot on. Pri 62% naših bolnikov je bilo bolno desno in le pri 38% levo oko. 13% naših bolnikov pa je dobilo odstop na obeh straneh. Bartels navaja tu 9%, Maertens¹⁰ (klinika v Kölnu) pa celo 20%.

V naslednjem sestavku hočem s pomočjo slike št. 2. razpravljati o številu različnih refrakcij pri o. m. s posebnim ozirom na leta starosti. Vse naše bolnike sem razdelil v skupine od 10 do 10 let. Prav tako sem razdelil refrakcije v tri skupine. V prvo skupino, ki jo označujejo v sliki št. 2. črni stolpci, sem dal vse visoke kratkovidnosti od -10° dptr. naprej. V drugo skupino (pokončno črtkani stolpci) sem dal kratkovidnosti srednje stopnje od -6° do 10° dptr. v tretji skupini (beli stolpci) pa imam daljnovidnosti, emetropije in nizke kratkovidnosti do -5° dptr.¹¹ Nizko kratkovidnost do -5° dptr. sem prištel k emetropiji in hipermetropiji zategadelj, ker je znano, da še ne napravlja sprememb, ki bi povzročale o. m. Praktično jo smemo torej šteti k emetropiji. Upošteval sem seveda samo primarne odstopne. Zgornja izvlečena krivulja kaže število odstopov v posameznih starostnih obdobjih (od 10 do 10 let). Izraženo je v odstotkih in obsega vse očesne refrakcije. Spodnja, prekinjena krivulja pa kaže samo odstopne pri refrakcijah, ki so posebno nevarne (visoke in srednje kratkovidnosti). Slika je zelo zanimiva in nam pojasnjuje še celo vrsto drugih stvari.

Tako vidimo, da v otroški dobi do 10. leta skoro nimamo o. m. Po desetem letu pa se krivulja hitro dviga in doseže dva viška. Prvi je med dvajsetim in tridesetim letom starosti, drugi pa pri starih okoli 60 let. Kaj povzroča prvi in drugi dvig? Če ne upoštevamo kratkovidnosti, gre prvi dvig na rovaš različnih splošnih okvar v letih največjega dela, drugi pa na račun degenerativnih sprememb v dobi propadanja in involucije. 13% odstopov imamo pri mladini od 11 do 20 let. To primeroma visoko število povzročajo poškodbe pri igrah in športu.

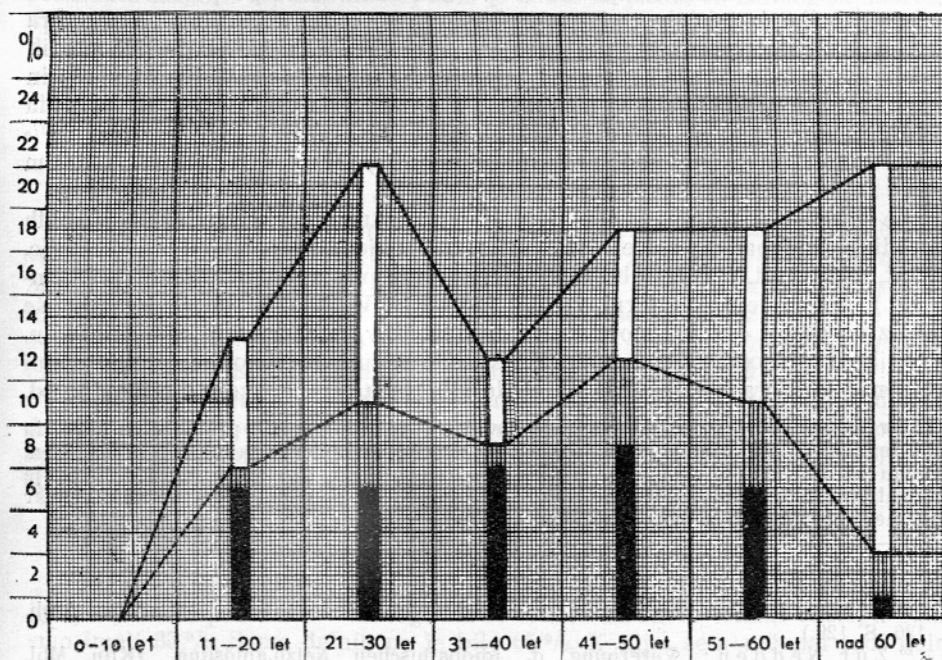
⁸ Akagi, Goro: Über d. Wesen d. Lichtscheu. (Ref. Zbl. Ophthal. B. 38. S. 100.)

⁹ Bartels: Statistik der Fälle von Netzhautablösung (Klin. Mbl. Augenheilk. B. 96. S. 688).

¹⁰ Maertens: Das Andere Auge bei Spontanamotio. Diss. Köln 1937.

¹¹ Pri takih statistikah šteje Löhlein (Zbl. Ophthal. B. 24. S. 289.) še -6° dptr. k emetropiji, Meisner (Klin. Mbl. Augenheilk. B. 97. S. 292.) pa samo -4° dptr. Jaz sem vzel sredino, to je -5° dptr.

Še bolj zanimive podatke pa dobimo, če upoštevamo tudi različne refrakcije. Tu vidimo, da imamo pri odstopih do 30. leta skoro enako število kratkovidnosti kot ostalih refrakcij (pri čemer računam kratkovidnosti do $-5'0$ dptr. k ostalim refrakcijam, ne k miopiji). Iz tega sklepamo, da v teh mlajših letih ni kratkovidnost še tako nevarna, ker še ni povzročila težkih sprememb na ozadju. Po 30. letu pa se začne slika spreminjati. Število visokih in srednjih kratkovidnosti raste v primeri z ostalimi refrakcijami. Vzemimo za primer dobo od 11. do 20. leta in pa dobo od 41. do 50. leta. Pri prvi imamo skoro enako število odstopov pri kratkovidnostih in ostalih refrakcijah (razmerje je 7:6), pri drugi pa je že razmerje 12:6. Pri 45 let starih bolnikih je dvakrat več miopov kot emetropov! Ponovno spremembo opazimo po 50. letu, pri starejših in pri starih ljudeh. Število kratkovidnih bolnikov postaja vedno manjše in manjše. Na mesto kratkovidnosti je stopil drug faktor: starostne spremembe. Zato se ne smemo čuditi, če imamo pri starih naslednjo sliko: 21% vseh odstopov, od teh je samo 3% višje kratkovidnih, vseh ostalih 18% pa so hipermetropi, emetropi ali kratkovidni do $-5'0$ dptr. Kratkovidnih je torej samo ena sedmina.



Slika št. 2.

V vodoravni vrsti spodaj so razdeljeni bolniki v skupine od 10-10 let starosti. V navpični vrsti levo je v odstotkih izraženo število odstopov, ki so bili opazovani pri različnih starostih. Pokončni stolpci kažejo refrakcije in sicer: črni stolpci visoke kratkovidnosti, pokončno črtkani srednje kratkovidnosti, zgornji beli stolpci pa vse ostale refrakcije od daljnovidnosti preko emetropije do nizke kratkovidnosti $-5'0$ dptr. Izvlečena zgornja krivulja veže število vseh odstopov v posameznih starostih, izraženo v odstotkih, spodnja prekinjena krivulja pa samo število odstopov pri kratkovidnih.

Prehajam k važnemu odstavku o vzrokih odstopov. V starejšem slovtvu in celo v novejših učnih knjigah¹² najdemo še vedno v poglavjih o o. m. zapisane besede, iz katerih bi mogli sklepati, da prihaja tu v poštev skoro kot edini vzrok miopija. Novejša raziskovanja¹³ so pokazala, da so skoro enako važne starostne spremembe, ki morejo enako kot pri miopiji povzročiti s svojimi degenerativnimi spremembami luknjo v mrežnici in s tem tudi odstop. Pa tudi stara vnetja,¹⁴ starejše poškodbe, dá celo prirojene ali podedovane spremembe¹⁵ v mrežnici morejo povzročiti razpok mrežnice in njen odstop. Naj bo temu tako ali pa tudi drugače, eno je jasno, da ne moremo potegniti ostre črte med posameznimi vzroki. Ti morejo prehajati drug v drugega. Prav posebno velja to za miopijo in starost ter stare poškodbe.

Pri naših bolnikih smo ugotovili sledeče primarne vzroke, ki jih kaže razpredelnica št. 4. Pri miopiji vidimo dve številki. Prva (49%) kaže odstotek miopij, če ne štejemo nizke miopije do -5'0 dptr., druga pa (60%), če štejemo vse miopije.

<i>Miopia</i>	<i>Starostne sprem.</i>	<i>Stare pošk.</i>	<i>Stara vnetja</i>	<i>Ostalo (priroj. in poded. sprem. ter neznano)</i>
49% (oz. 60%)	22%	5%	4%	20%

Razpredelnica št. 4.

Kot sem že omenil, imajo vse te številke samo neko povprečno vrednost. Zadnjo rubriko (ostalo) bo treba še izpopolniti, ko bodo razjasnjena še nekatera vprašanja. Mislim predvsem na prirojene spremembe, ki povzročé pri mladih ljudeh raztrganje mrežnice ob ori serrati (Schmelzer,¹⁶ Bartels¹⁷ in drugi) in na velike ciste v mrežnici (Weve¹⁸). Največji odstotek pripada miopiji, kakor so mogli ugotoviti tudi drugi avtorji. Arruga¹⁹ je dobil 60% kratkovidnosti (a je štel tudi prav nizke miopije), Meyer²⁰ celo 65%, dočim je Meisnerjeva²¹ številka slična naši (43%).

Že v začetku razprave sem govoril o primarnih in sekundarnih vzrokih (povodih) odstopa mrežnice. Med primarne štejem prej omenjene (miopijo, starost, degenerat. spremembe radi starih vnetij, poškodbe, prirojene spremembe itd.). Zakaj še sekundarni vzroki (povodi)? Vsakdo, ki se je temeljitejšé pečal z vprašanji o o. m., mora čutiti, da obstoje v kategorizaciji različnih o. m. še velike nejasnosti in celo nelogičnosti. To občuti posebno neprijetno sodni izvedenec, ki mora ocenjevati o. m. glede njihovega vzroka, zveze s poškodbo itd.

Primer: 55 let star delavec, kratkoviden -15'0 dptr. pade pri delu na glavo in dobi čez nekaj dni odstop mrežnice. Ali naj tedaj imenujemo ta odstop idiopatičen, spontan ali ne? Ali je miopičen, senilen ali traumatičen? Izvedenec mora reči, da je traumatičen. Če je traumatičen, ne more biti idiopatičen, spontan, a ga moramo vendar šteti med miopične in s tem idiopatične odstopé.

¹² Fuchs: Lehrbuch d. Augenheilk. 1926. S. 579.

¹³ Predvsem Vogt in njegova šola.

¹⁴ Rieger: Über d. Bedeutung d. Aderhautveränderungen... (Graefes Arch. B. 136. S. 129.)

¹⁵ Zur Nedden: Vererbung d. idiopathischen Netzh.ablösung. (Klin. Mbl. Augenheilk. B. 97. S. 236.)

¹⁶ Schmelzer: Doppelseitige Nh.ablösung mit symmet. Orariss bei zwei nicht kurzsichtigen jugend. Brüdern. (Klin. Mbl. Augenheilk. B. 96. S. 19.)

¹⁷ Bartels: Über die Entstehung der Netzhautablösungen. (Klin. Mbl. Augenheilk. B. 91. S. 438.)

¹⁸ Weve: (Arch. Augenheilk. 1935. B. 109. S. 49.)

¹⁹ Arruga: Die Netzhautablösung. 1936.

²⁰ Meyer: Wien. med. Wschr. 1938. I.

²¹ Meisner: Zum Vorkommen u. zur Entstehung d. Netzh.ablösung. (Klin. Mbl. Augenheilk. B. 97. S. 289.)

Vseh teh nejasnosti v opredelitvi se rešimo tako, da delimo vzroke na primarne in sekundarne (povode). V prejšnjem primeru bi bil primarni vzrok miopija, sekundarni (povod) pa padec na glavo, torej poškodba. Zato sem tudi v našem pregledu iskal v anamnezah sekundarne vzroke (povode) odstopov. Kot neposredni povod za odstop sem našel pri 11% bolnikov direktne pretrese zrkla, pri 12% indirektno pretrese (padec na glavo, močne pretrese vsega telesa itd.), v vseh ostalih 77% pa je ostal povod nepojasnjen.

Fanta²² je sestavil pregled odstopov II. očesne klinike na Dunaju v preteklih 10 letih. Pregledal je 595 popisov. Pri približno eni šestini (94 bolnikih) je bila povod za odstop poškodba. Ta je bila pri 46 bolnikih direktna, pri 36 pa indirektna. V 76% je bil torej povod odstopa direktna, v 6% pa indirektna poškodba zrkla.

Ali je res pri vseh ostalih primerih nastal odstop brez vsakega povoda, samo na podlagi primarnih vzrokov? Ta negotovost nam kaže smer, v kateri bomo morali v bodoče raziskovati. Potem nam bo postalo bolj jasno, zakaj oboli veliko več mŕž kot žená, zakaj so tako pogosti odstopi med 20. in 30. letom, zakaj je med težkimi delavci trikrat več odstopov kot med drugimi. Zanesljivejše bomo vedeli, kako pride do kupičenja odstopov spomladi, kje so vzroki, da je več odstopov na desnem očesu kot na levem. Saj so primarni vzroki vedno isti! In kadar si bomo bolj na jasnem glede povodov, potem bo tudi profilaksa lažja in uspešnejša. Saj nam je danes že jasno, da žalibog ne moremo vplivati mnogo na primarne vzroke. Miopia in starostne spremembe gredo po svoji poti naprej. Preprečevati pa moremo druge vplive, ki utegnejo postati povod za to nevarno obolenje.

Posebni del.

Lokalizacija.

Prav tako važna kot operacija je pri o. m. preiskava očesa. Treba je predvsem točno lokalizirati luknjo v mrežnici, ki jo hočemo z operacijo zapreti. Za lokalizacijo je v slovstvu navedena cela vrsta kompliciranih instrumentov in marsikje jih tudi uporabljajo. Toda izkazalo se je, da je najboljšo orodje dobro izvežbano in sposobno zdravnikovo oko, ki pomaga z nekoliko vestnosti in opazovalnega daru do milimetra natančno določiti lego luknje.

Tudi na našem oddelku lokaliziramo, kot je delal že Gonin in dela še dandanes mojster oftalmoskopije Vogt, samo z električnim oftalmoskopom. Pri operaciji sami nam pomaga katoliza.²³ Po lokalizaciji narišemo obliko odstopa in lego luknje na Amslerjevo shemo (glej sliko št. 4).

Oblika odstopa.

Za uspeh operacije je važna tudi oblika odstopa. Čim manjši je, tem večje je upanje na uspeh. Posebno neugodni so totalni ali skoro totalni odstopi. Takih smo imeli 35%. Samo delnih pa je bilo 65%. K njim sem računal tudi delne odstope na zadešnjem polu, ki jih je bilo 7%. V veliki večini primerov (80%) je bila odstopljena tudi makula. Zato smo kljub kliničnemu ozdravljenju dosegli v tolikih primerih samo ekscentričen vid (glej odstavek o operativnih uspehih). Odstop spreminja sčasoma svojo lego. Zato je važno, kdaj izvršimo operacijo. Načeloma operiramo čimprej. Vendar ni to načelo splošno veljavno in ga tudi

²² Fanta H.: Netzhautabhebung u. Unfall. (Klin. Mbl. Augenheilk. B. 105. S. 30.)

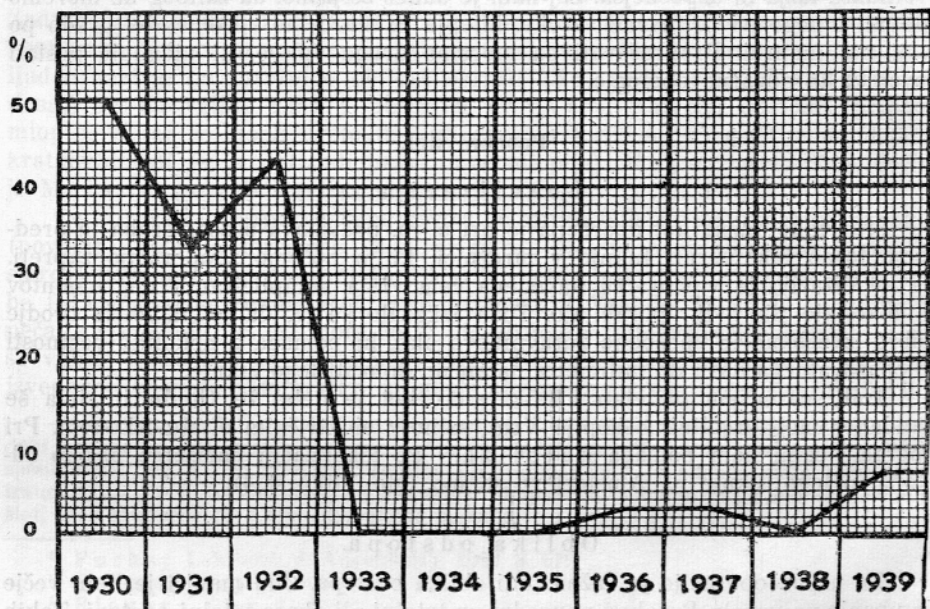
²³ Upeljal kot pripomoček za lokalizacijo pri operaciji sami Vogt. (Schweiz. ophth. Ges. 5. maja 1934.)

mi nismo v vseh primerih upoštevali. Počakali smo z operacijo in pustili mirovati bolnika v postelji v primerih, kjer je bila steklovina zelo motna in radi tega ozadje ni bilo pregledno; čakali smo tudi, če je bil odstop zelo obsežen in visok ter ni bilo mogoče videti luknje. V vseh teh primerih smo čakali nekaj dni brez škode za uspešno operacijo. Takšno čakanje priporočajo tudi drugi avtorji, posebno Arruga.²⁴

Luknje mrežnice.

O važnosti retinalnih lukenj sem že govoril. One povzročé odstop, ki zopet izgine, čim jih z operacijo zapnemo. Zato se moramo truditi, da zanesljivo ugotovimo in točno lokaliziramo luknjo. Tuje in tudi naše statistike kažejo, da pada radi natančnejšega preiskovanja od leta do leta število bolnikov, pri katerih ni bilo mogoče ugotoviti luknje. V nasprotju s tem pa raste število ozdravljenih. V sliki št. 3. nam kaže krivulja število bolnikov v odstotkih, pri katerih nismo našli v zadnjih 10 letih luknje. To se je zgodilo l. 1930. pri 50%, zadnja leta pa niha število med 0 in 7%. Skupno nismo našli luknje v 14%.

Malo večja števila imajo drugi avtorji. Vogt²⁵ (Zürich) ne najde luknje pri 18% odstopov, ki niso starejši od 2 mesecev, pri starejših se zviša število na 25%, Bartels²⁶ ima 16,5%, v. Manen²⁷ (Wevejeva klinika — Utrecht) 10,5%, Avizonis²⁸ (Kaunas) 26,5%, Sabbadini²⁹ (Rim) 13%.



Slika št. 3.

Krivulja kaže odstotek bolnikov, kjer ni bilo mogoče ugotoviti luknje.

²⁴ Arruga: Décollement rétinien l'urgence opératoire l'injection d'air les grandes desinsertions. (Bull. Soc. franç. Ophtalm. 49. 1936.)

²⁵ Po Richnerju: Ber. Schweiz. ophth. Ges. (Klin. Mbl. Augenheilk. B. 97. S. 675.)

²⁶ Bartels: Statistik d. Fälle von Netzhautablösung. (Klin. Mbl. Augenheilk. B. 96. S. 687.—688.)

²⁷ v. Manen: Die diather. Beh. d. Netzhautablösung im J. 1935. Utrecht.

²⁸ Avizonis: Progn. d. Netzhautablös. ohne Riss. (Schweiz. med. Wschr. 1939. II.)

²⁹ Sabbadini: Etiologia del distacco di retina. Roma 1937.

*Pri bolečinah
za pomirjenje*

Neopan
„Farmik“

NOVI DOMAČI PREPARAT

VSEBUJE VSE ALKALOIDE OPIJA

V prahu, kot 2%-na raztopina,
v ampulah z 0,02 in 0,04 g v 1 ccm,
tablete z 0,01 in 0,02, supozitoriji z 0,02 g

NEOPAN - KOMBINACIJE

NEOPAN - ATROPIN - INJEKCIJE, jakost I in II

NEOPAN - SCOPOLAMIN - INJEKCIJE, jakost I in II



TOVARNA KEMIČNIH IZDELKOV V HRASTNIKU D. D.
KEM.-FARM. ODDELEK
HRASTNIK

SANATORIJ EMONA PRIVATNA KIRURŠKA KLINIKA

Sprejema vse primere iz področja operativne medicine
Opremljena je z najnovejšimi terapevtskimi in diagnostičnimi sredstvi
Specialistične rentgenološke preiskave
Kemijske in laboratorijske preiskave krvi, seča etc.

IZBERA ZDRAVNIKA-OPERATERJA SVOBODNA

Cena oskrbi: II. razred din 75.—, I. razred din 100.— dnevno
Informacije pismeno in telefonsko

LJUBLJANA, KOMENSKEGA ULICA ŠT. 4

Telefon šte. 36-23

Ordinacijske naprave



za zdravnike kot:
preiskovalne stole in mize,
jeklne omare za instrumente,
mizice za instrumente,
mizice za umivalne sklede,
posode za potrošeni material,
irigatorje, stolčke na vijak,
enkrat in večkrat zložljiva nosila iz jeklenih
lahkih cevi;
kot tudi opreme za zobozdravnike,
operacijske mize, praktične
pregibne mizice za instrumente
in pljuvalnike itd. v izredno praktični izvedbi
priporoča po najzmernejših cenah

**Tvornica telovadnega orodja
in ordinacijskih naprav**

J. O R A Ž E M

RIBNICA — SLOVENIJA

Ustanovljeno 1881.



Fr. P. Zajec, izprašan optik

Ljubljana - Stritarjeva ulica štev. 6

(PRI FRANČIŠKANSKEM MOSTU)

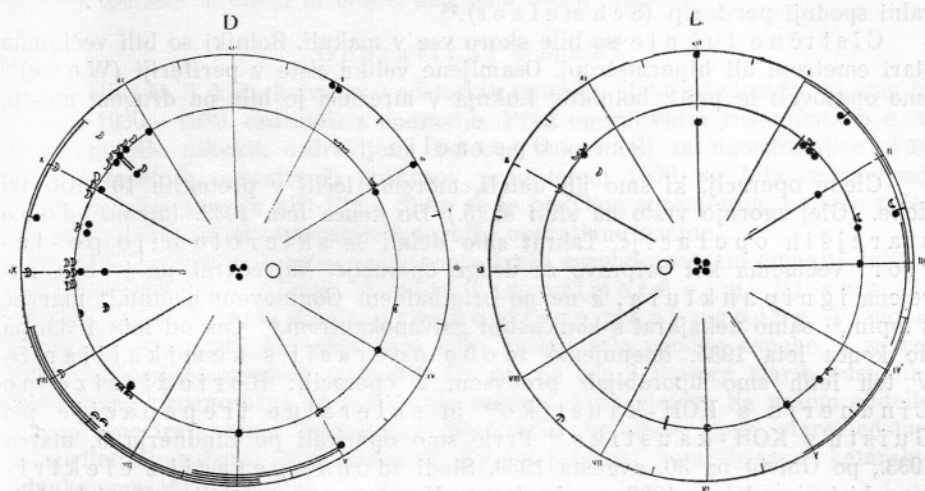
Naočniki, Zeissova punktalna stekla, mikroskopi, razne lupe.
Vsi v to stroko spadajoči instrumenti, daljnogledi i. t. d.

Samo kvalitetna optika!

Strokovna izvršitev!

Slika št. 4. nam kaže število, obliko in lego lukenj. Že pri površnem pregledu opazimo, da je veliko več lukenj na desnem očesu. To je popolnoma razumljivo, saj je tudi odstop na desni strani bolj pogost. Večina lukenj leži na temporalni strani ozadja. Razmerje med temporalno in nazalno polovico je približno 4 : 1. Večina lukenj leži med periferijo in ekvatorjem. Glede vrste lukenj vidimo sledeče: Največ je krpastih: 46%, slede okrogle: 35%, ruptur ob ori serrati (désinsention, ruptura oralis) je 11 %, cističnih lukenj je 8 %. Od teh je 7 lukenj v makuli, ki jih pa prištevam po njihovem nastanku med cistične. 4 črtaste luknje (foramen lineiforme) sem prištel med krpaste, ker so istega porekla.

Za primerjavo navajam nekaj ugotovitev Züriške klinike.³⁰ Tudi tu so videli največ krpastih lukenj (50,5 %), ruptur ob ori serrati je bilo 9,4 %, v makuli pa samo 3 %.



Slika št. 4.

Krpaste luknje so označene s krajci, okrogle in cistične s črnimi pikami, ruptur ob ori serrati z daljšimi lokastimi črtami, ki leže vzporedno z oro serrato, črtaste luknje pa z radiarno ležečimi črtami.

Krpaste luknje imamo najčešče pri miopičnih odstopih. Leže večinoma temporalno zgoraj, redkeje temporalno in spodaj med periferijo in ekvatorjem. Kako si razlagamo to lego? Vogt³¹ je mnenja, da so luknje v temporalni periferiji zato tako pogoste, ker so ti deli mrežnice najbolj oddaljeni od vstopa centralne arterije in zato najslabše prehranjevani. Posledica so večje degenerativne spremembe, ki naj bi povzročile razpok mrežnice. To njegovo mnenje velja splošno za vse vrste lukenj. Zanima nas pa, zakaj imamo pri kratkovidnih očeh predvsem krpaste luknje temporalno zgoraj in spodaj. Mislim, da je prav, če upoštevamo i Vogtovo mnenje o degeneraciji mrežnice i Lindnerjevo o važnosti steklovine pri nastanku o. m., kakor je to storil že A. Fuchs.³² Kolebajoče gibanje odstopljene steklovine, ki ima že normalno zarastline z mrežnico, more degenerirano miopično mrežnico na nekem mestu strgati. Pojasniti si moramo še vprašanje, zakaj leže te luknje

³⁰ Meyer G.: Über Häufigkeit, Form u. Lage der Netzhautrisse... (Schweiz. med. Wschr. 1938. I.)

³¹ Vogt: Die oper. Therapie u. Pathogenese d. Nh.ablösung. (S. 78.)

³² A. Fuchs: Über Netzhautzysten u. über d. Entstehung von Netzhautlöchern. (Klin. Mbl. Augenheilk. B. 98. S. 153.)

tako pogosto baš temporalno zgoraj in spodaj. Tu moramo pritrditi Meisnerju,³³ ki pravi, da je važna za mesto raztrganine insercija poševnih očesnih mišic, ki leži temporalno zgoraj in spodaj.

Okrog le luknje vidimo razporejene bolj enakomerno temporalno in nazalno. Razumljivo, saj jih povzroča predvsem senilna degeneracija mrežnice. Steklovina in njeno kolebanje nista tako važna.

Rupture ob ori serrati smo tudi mi opazovali predvsem temporalno. Od 11 je bilo 8 temporalno in spodaj in le 3 so bile zgoraj. Že spredaj sem omenil, da jih dobimo pri mladih ljudeh, ki niso kratkovidni, često brez vsakega povoda. Obolenje je zelo značilno in je v zadnjih letih v slovstvu često omenjeno. Ker ga vidimo večkrat pri bratih in sestrah, včasih tudi na obeh očeh, sklepamo, da je povzročeno od prirojene manjvrednosti mrežnice v temporalni spodnji periferiji (Schmelzer).³⁴

Cistične luknje so bile skoro vse v makuli. Bolniki so bili večinoma stari emetropi ali hipermetropi. Osamljene velike ciste v periferiji (Weve)³⁵ smo opazovali le pri 2 bolnikih. Luknja v mrežnici je bila na drugem mestu.

Operacije.

Glede operacij, ki smo jih delali, moremo ločiti v preteklih 10 letih tri dobe. (Glej zgornjo vrsto na sliki št. 5.) Do konca leta 1932. imamo »dobo starejših operacij«. Takrat smo delali še sklerotomijo posterior, večinoma kot pripravo za druge operacije. Največkrat pa je bila narejena ignipunktura, a ne po originalnem Goninovem načinu,³⁶ marveč s topim,³⁷ samo nekajkrat s koničastim galvanokautrom.³⁸ Čas od leta 1933. pa do konca leta 1935. imenujemo »dobo operacij s kemikalijami«. V teh letih smo uporabljali predvsem 2 operaciji: Horiodializo po Lindnerju s KOH-kaustiko³⁹ in skleralne trepanacije po Guistu s KOH-kaustiko.⁴⁰ Prvič smo operirali po Lindnerju 9. marca 1933., po Guistu pa 30. avgusta 1933. Sledi »doba operacij z elektriko«, ki traja od leta 1936. pa do danes. V začetku smo delali večkrat katolizo po Vogtu,⁴¹ zadnja leta pa operiramo skoro samo z diatermijo po Weveju⁴² in Šafařu.⁴³ Prvo katolizo smo naredili 16. aprila 1936., prvo diatermijo pa 9. septembra 1936. Razpredelnica št. 5. nam kaže pregled izvršenih operacij. Omeniti moram, da so štete samo tiste sklerotomije, ki so bile narejene kot edina operacija pri odstopu mrežnice.

sklerot. post.	ignip.	op. Lindner	op. Guist	katoliza	diatermia
5	25	7	15	9	62

Razpredelnica št. 5.

³³ Meisner: Zum Vorkommen u. zur Entstehung d. Nh.ablösung. (Klin. Mbl. Augenheilk. B. 97. S. 301.)

³⁴ Schmelzer: Doppelseitige Nh.ablösung mit symm. Orariss bei zwei nicht kurzsichtigen jugendlichen Brüdern. (Klin. Mbl. Augenheilk. B. 96. S. 19.)

³⁵ Weve: (Arch. Augenheilk. 1935. B. 109. S. 49.)

³⁶ s paquelinom, ki ga je priporočal Gonin v več razpravah v letih 1923.—1927. Gonin: Annales d'oculistique. 1931. (Originalni opis operacije.)

³⁷ po Vogtu, prvič omenjen v l. 1927.

³⁸ po Vogtu z modifikacijo koničastega Sourdillejevega galvanokautra (1929).

³⁹ Lindner: Graefes Arch. B. 127. S. 205. in B. 128. S. 4.

⁴⁰ Guist: Ber. Leipzig. Kongress. 1932.

⁴¹ Vogt: Ber. Schweiz. ophth. Ges. 5. V. 1934.

⁴² Weve: Zur. Beh. d. Nh.ablösung mit Diathermie. Berlin 1932. Karger. in Weve: Annal. d'oculist. 1934. S. 1.

⁴³ Šafař: Ber. Leipzig. Kongress. 1932. — Šafař: Beh. d. Netzhautabhebung mit multipl. diather. Stichelung. (Abh. a. d. Augenheilk. u. i. Grenzgeb. H. 16. 1933.)

V zadnjem času delamo samo še diatermijo po Weveju in Safařu. Na kratko omenjam naš sedanji naćin operiranja.

Omrvtićenje izvršimo s previdnim kapanjem cocaina in z injekcijo 2% Novocaina pod veznico in retrobulbarno. Velika kantořomija. Urez v veznico 10 mm od limba, vzporedno z njim. Čišćenje sklere. Sledi zaćasna resekcija mišice, če bi ta ovirala dober pregled. En šiv polořimo skozi nasadišće mišice, z drugim pa privedemo konec mišice. Z barvilom (nasićena alkoh. raztopina gentian, modrila) zaznamujemo oro serrato in še mesto na skleri, kjer smo lokalizirali luknjo. Većinoma naredimo še pred diatermijo ubod s katolizo radi toćne lokalizacije. Slede številni ubodi z enojno diatermićno iglo (po Safařu ali Weveju) v razdalji 1,5 do 2 mm. Z ubodi omejimo najpreje luknjo, nato pa v već vzporednih vrstah ves odstopljeni okoliš tja do ore serrate. Če je odstop ob koncu operacije še vedno visoko mehurćast, izpustimo z enim ali dvema moćnejšima diater. ubodoma subretinalno tekoćino. Slede šivi mišice, veznice in trepalnic. Binoćulus in postelj za 10—14 dni z odgovarjajoćo lego glave, nato oćala z luknjo. Če se po prvi operaciji mrežnica ni ulegla, ponovimo kmalu operacijo.

Operativni uspehi.

V sliki št. 5. kaēe krivulja v odstotkih izraēeno število bolnikov, ki smo jih v letih 1930.—1939. ozdravili z operacijo. Pred operativnim zdravljenjem o. m. skoro ni bilo nikakih ozdravljenj. Bolezen smo imeli za neozdravljivo. Tudi v dobi zaćetnih operativnih poskusov pred letom 1930. so bila ozdravljenja redka in niso dosegla niti 10%. Slika se je bistveno spremenila, ko smo zaćeli po Goninovem naćelu uporabljati novejše operativne naćine.

Predeu preidem k opisu naših operativnih uspehov, moram omeniti dejstvo, da sem upošteval v svoji statistiki vse primere o. m., ki smo jih sploh operirali, tudi prognoštićno manj ugodne. Važno se mi zdi to poudariti, ker objavljajo neki avtorji zelo ugodne uspehe, a seveda pri prognoštićno ugodnih primerih (n. pr. ne čež 2 meseca starih odstopih). Operativna prognoza pa se s starostjo odstopa hitro slabša. Na našem oddelku nismo operirali samo popolnoma brezupnih bolnikov (zelo stare odstopes s sprijetimi gubami, sekundarnimi spremembami, komplicirano katarakto, glaukomom itd.).

Iz slike št. 5. vidimo, da smo ozdravili v dobi ignipunkturo v nekih letih do 43% bolnikov, v dobi kemićnih operacij imamo najveć uspehov (50%) v letu 1933. Kasneje so uspehi zopet nekoliko padli. Ponoven dvig ozdravljenj imamo v dobi elektrićnih operacij, ko so se dvignili uspehi od 50% v letu 1937. celo do 95% v letu 1938. Številka 95% je med najvišjimi, kar jih najdemo v slovstvu. V letu 1939. imamo 73% ozdravljenj. Če vzamemo povprećne uspehe v zadnjih letih, ko uporabljamo moderne naćine diatermije, dobimo 67%. To število je podobno povprećju, ki ga vidimo na drugih oddelkih.

Za primer nekaj podatkov od drugod.

Gonin⁴⁴ (Lausanne) je imel svoj čas z ignipunkturo 53% uspehov, Weve⁴⁵ (Utrecht) v letih 1930.—31. 48%, 1933.—35. 75%, v zadnjih letih celo 92%, a samo pri svežih, ne nad 2 meseca starih primerih. Lindner⁴⁶ (Dunaj) je ozdravil v letih 1928.—31. 40%, v letih 1933.—35. 50%, a v letu 1939. z diatermijo 70% bolnikov. Arruga⁴⁷ (Barcelona) ima pri odstopih do 1 meseca 75%, pri starejših do 3 mesecev samo 50% uspehov. Bartels⁴⁸ (Düsseldorf) v letu 1937. 59%, kasneje

⁴⁴ Gonin: Le décollement de la rétine. 1934.

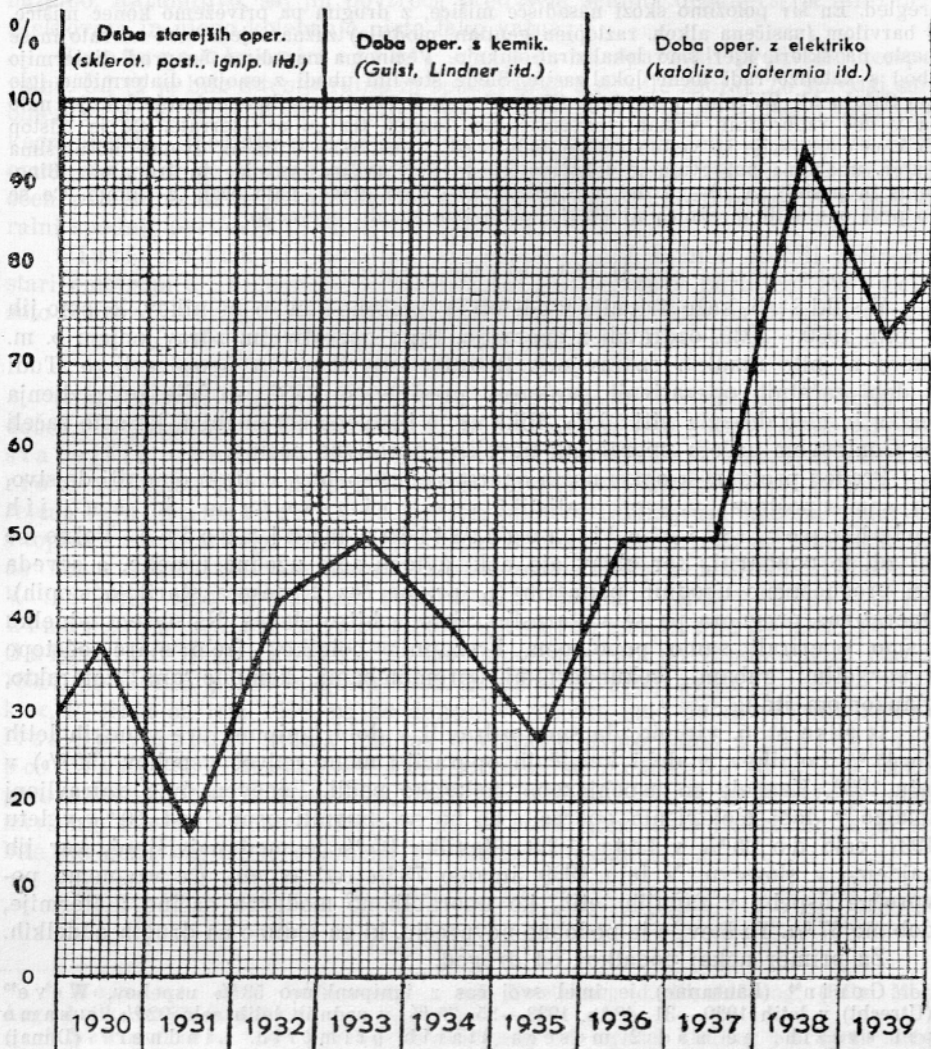
⁴⁵ Weve et v. Manen: Technique et resultats... (Bull. Soc. franç. Ophthalm. 49. 1936. — v. Manen: Die diather. Beh. d. Netzh.ablösung i. d. Univ. Augenklinik Utrecht. Utrecht 1936.

⁴⁶ Hruby: Bericht ü. d. Operationsfolge... (Klin. Mbl. Augenheilk. B. 105. S. 398.) — Ramach: Bericht... (Graefes Arch. 13. 6. 1936.)

⁴⁷ Arruga: Die Netzhautablösung. 1936.

⁴⁸ Bartels: Statistik d. Fälle d. Netzhautablösung. (Klin. Mbl. Augenheilk. B. 96. S. 687.—688.)

več, Avizonis⁴⁹ (Kaunas) pri svežih primerih 73,9 %, pri starejših le 53 %, Cosmetatos⁵⁰ (Atene) 62 %, Binkhors⁵¹ (Leiden) 79 %, francoski avtorji: Jeandelize⁵² in drugi 59,8 %, japonski: Idzuha⁵³ itd. 81,5 %, ameriški: Cole, Marshall, Knapp, Peter, Sloenbery, Wheeler, Walker (cit. po Jamesonu⁵⁴) povprečno 85 %, portugalski: Borges de Souza⁵⁵ in drugi 73 %.



Slika 51. a.

Krivulja kaže odstotek ozdravljenih bolnikov v posameznih letih od 1930.—1939.

⁴⁹ Avizonis: Prognose d. Netzhautablösung ohne Riss. (Schweiz. med. Wschr. 1938.)

⁵⁰ Cosmetatos: Meine Erfahr. ü. d. Operation d. Netzhautablösung. (Klin. Mbl. Augenheilk. B. 103. S. 452.—459.)

⁵¹ Binkhorst: Oper. d. Netzhautablösung. (Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1939.)

⁵² Jeandelize: Technique et resultats... (Bull. Soc. franç. Ophthalm. 49. 1936.)

⁵³ Idzuha: Über d. Netzhautriss bei Netzhautablösung. (Acta. Soc. ophthalm. Jap. 40. 1936.)

⁵⁴ Jameson: Oper. treatment of detached retina. (Arch. of Ophthalm. 16. 1936.)

⁵⁵ Borges de Souza: Die Netzhautablösung u. ihre Beh. Lisboa. 1937.

Med ozdravljene sem štel primere, kjer se odstop po ponovnih preiskavah ni ponovil do 1 leta.

Pooperacijske komplikacije. Primarno krvavitev v steklovino smo opazovali štirikrat, petkrat sekundarno. Štirikrat je prišlo po operaciji do močnega iridociklitis, dvakrat do akutne hipotonije in dvakrat do sek. glaukoma.⁵⁶ Radi teh komplikacij smo izgubili samo eno oko.

Funkcija ozdravljenih oči. Pri vseh ozdravljenih primerih, kjer se je mrežnica popolnoma ulegla, se je tudi vidik (kampus) razširil do pravilnega obsega. Male utesnitve smo videli le v primerih, kjer smo zelo močno in v velikem obsegu koagulirali. Pri 10 % ozdravljenih bolnikov smo mogli ohraniti centralni vid (nad 0'3). Pri 40 % je bil vid po operaciji 0'3—0'1, a pri polovici ozdravljenih (50 %) je bil slabši od 0'1.

Če preotrimo kritično uspehe glede vida pri ozdravljenih bolnikih, moramo priznati, da so malo slabši kot oni, ki jih omenjajo nekateri drugi avtorji.⁵⁷ Kje tiči vzrok? Deloma si razlagam to tako, da sem pri svojem pregledu upošteval vid tik pred odhodom iz bolnice, torej 1 mesec po operaciji. Vemo pa, da se pri ozdravljenih odstopih zboljšuje vid še zelo dolgo po operaciji in je skoro gotovo, da je dosegel marsikateri bolnik kasneje boljši vid, kot ga imamo mi zabeleženega. Kot drugi vzrok pa bi navedel, da so naše diatermične koagulacije večinoma zelo obsežne in močne. S tem dosežemo sicer na eni strani bolj zanesljivo prilepljenje mrežnice, na drugi pa prav gotovo bolj okvarimo makulo kot bi jo v primeru, če bi bila operacija manj obsežna. Po mojem mnenju je torej poplačan naš zelo velik odstotek klinično ozdravljenih (do 95 %) z nekoliko slabšimi uspehi glede centralnega vida.

To bi bil kratek pregled našega desetletnega dela na odstopu mrežnice. V glavnem nisem mogel povedati kaj posebno novega in važnega. Pa to tudi ni bil moj namen. Saj je klasična doba odkritij in izumov v tem delu okulistike že minila. Borimo se samo še za izpopolnitev znanih načinov in za izboljšanje operativnih uspehov. V tem pogledu pa so tudi pregledi in statistična dela kot je naše važna in zaželena. Poleg vsega drugega nam nazadnje pokažejo še to, da je mogoče tudi v skromnem okolju in z malenkostnimi, včasih žalostno okrnjenimi sredstvi graditi in delati na napredku svoje stroke ter se kosati z uspehi bolj podprtih in srečnejših.

ZUSAMMENFASSUNG

Aus der Augenabt. des allgem. Krankenhauses in Ljubljana, Jugoslavija (Vorstand Dr. L. Ješe). Dr. Slavko Prevec: 10 Jahre Ablatiooperationen.

Eine vorzugsweise statistische Arbeit, wo an Hand von Tabellen und Diagrammen die in den vergangenen 10 Jahren gesammelten Erfahrungen besprochen werden. Unter den Operierten befanden sich 57 % Männer und nur 43 % Frauen. Ein Ansteigen der Erkrankungen, entsprechend der Schwere der körperlichen Arbeit, wurde beobachtet (14 % bei geistigen Arbeitern, dagegen ganze 66 % bei Schwerarbeitern). Der Verfasser hebt die Häufung der Erkrankungen in den Frühjahrsmonaten hervor. Die Erkrankungskurve zeigt ein steiles Anwachsen im April (18 % aller Fälle) mit langsamen Absinken in den folgenden Monaten. Das rechte Auge erkrankt häufiger wie das linke. In 13 % erkrankten beide Augen. Im 1. Lebensjahrzent wurden keine Netzhautablösungen beobachtet. Im 2. Dezenium beginnt aber die Erkrankungskurve zu steigen und zeigt 2 Gipfel: einen zwischen dem 20. und 30. und einen zweiten um das 60. Jahr. Was die Refraktion der erkrankten Augen anbelangt, kommt bis zum 30. Jahre die Myopie (von -5'0 Dsph. aufwärts) ebenso häufig vor wie alle anderen Refraktionen. Nach dem 30. Jahre häufen sich aber die Myopien als Krankheitsursachen etwa bis zum 50. Lebensjahre, um später wieder abzusinken. Nach dem 60. Lebensjahre findet man Myopien nur in $\frac{1}{7}$ der Fälle. Im Allgemeinen wurden folgende Ursachen beobachtet: 49 %

⁵⁶ Ker so bili v prejšnjih letih podatki o pooperac. poteku večkrat pomanjkljivi, so tudi te številke nekoliko nezanesljive.

⁵⁷ Arruga, Weve, Vogt in drugi.

Myopie, 22 % Altersdegenerationen der Netzhaut, 5 % veraltete Verletzungen, 4 % abgelaufene Entzündungen, bei 20 % blieb die Ursache unklar. Die eben erwähnten primären Ursachen will der Verfasser von den sogenannten sekundären Ursachen (Veranlassungen) abge sondert wissen. Als sekundäre Ursachen sah er bei 11 % der Kranken direkte Kontusionen des Augapfels, bei 12 % indirekte Erschütterungen, bei den übrigen 77 % blieb die sek. Ursache unbekannt. Diese Tatsache mahnt zur näheren Erforschung dieser Fragen, was besonders im Bezug auf die Prophylaxe der Netzhautablösung von großer Wichtigkeit wäre.

Die Zahl der Fälle, wo kein Netzhautloch gefunden werden konnte, ist in den letzten Jahren stark gesunken (auf 7 %). Was die Operationsmethoden anbelangt, unterscheidet der Verfasser 3 Perioden. In der »Periode der älteren Operationen«, bis Ende 1932. wurden vorzugsweise Ignipunkturen gemacht mit einer Heilungsziffer bis 43 %. In der nächsten Zeitspanne, der »Periode der chemischen Ätzmethoden« (1933.—1935.) wurden bis 50 % aller Patienten geheilt. In der letzten, der »Periode der elektrischen Operationen« wurde vorwiegend mit Diathermie (Weve-Safař), weniger mit Katholyse (Vogt) operiert. Die letzte wird in letzter Zeit nur zu Lokalisationszwecken angewandt. In den letzten Jahren wurde 62mal mit Diathermie und 9mal mit Katholyse operiert. Die durchschnittliche Heilungsziffer beträgt 67 %, wenn man auch die früheren Jahre miteinbezieht. Im Jahre 1938. wurden 95 %, im Jahre 1939. 73 % aller Fälle geheilt. In dieser Statistik sind alle Operierten, auch die prognostisch ungünstigeren Fälle miteinbezogen.

Iz okulističnega oddelka Obče drž. bolnice v Ljubljani (šef dr. L. Ješe)

Nenavaden primer sekundarnega glaukoma

Dr. Blaženka Klepec

Z 2 slikama

Na oddelku smo zdravili bolnico zaradi obolenja, ki je bilo po svojem postanku, poteku in končnem izidu tako neobičajno in zanimivo, da zasluži kratek opis na tem mestu.

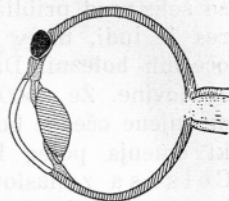
64 let staro vdovo H. M. je poslal v bolnico njen domači zdravnik, ker je bilo vse dotedanje zdravljenje brezuspešno. Povedala je, da je obolela na levem očesu pred približno 15 meseci. Takrat ji je na sprehodu po mecesnovem gozdu z drevesa nekaj padlo v levo oko. Oko se je pričelo takoj solziti, imela je občutek »da ima nekaj v očesu«. Odšla je k zdravniku, ki je ugotovil samo očesni katar in ji predpisal kapljice. Kljub stalnemu zdravljenju se je oko vedno bolj pacalo in jo je vedno hujše bolelo. Šla je še k drugim zdravnikom, ki pa so ji predpisovali vedno le kapljice. Zadnji čas ji je poleg hujših bolečin opešal tudi vid. Na nasvet zdravnika se je vendarle odpravila na pregled v bolnico.

Pri pregledu nismo ugotovili na desnem zdravem očesu razen motnjav v roženici po preboleni škrofulozi nič posebnega. Vid je bil primeren. Zato pa so bile tem večje spremembe na levi strani. Vsa okolica očesa je bila zatekla, prav tako obe trepalnici. Veznica (tarzusa) je bila predvsem zgoraj močno zadebeljena, rdeča, pokrita z bradavičastimi izrastki in sluznato-gnojnim izcedkom. Še večje so bile spremembe v veznici zrkla zgoraj. Tam je ležal v sredini med limbusom in zgornjo prehodno gubo, v kotalnici močno zadebeljene veznice, vraščen tujek. Zrklo je bilo močno ciliarno injicirano. Skoro vso roženico, posebno pa njeno zgornjo polovico, je pokrival debel, mesnat panus (pannus carnosus), ki je zakrival globlje očesne dele, da jih ni bilo mogoče pregledati. Očesni tlak je bil močno zvišan, vendar ga ni bilo mogoče meriti s tonometrom zaradi sprememb na roženici. Bolnica je razloževala samo gibanje roke pred očesom.

Jasno je bilo, da je vse to povzročil tujek, ki se je po izpovedi bolnice, pred več kot enim letom vrnil v oko. Po odstranitvi se je izkazalo, da se tujek ni vkopal samo v veznico zrkla, temveč je radi stalnega pritiska in drgnjenja trepalnic razjedel skoro vse plasti pod njim ležeče beločnice (sklere) tja do ciliarnega telesa (corpus ciliare). Njegovo lego kaže slika št. 1.

Tujek, ki je povzročil roženični panus, sekundarni glaukom in skoraj propad vida, kaže slika št. 2. Ima stožčasto obliko in meri v višino 4 mm, osnovna ploskev ima premer 2 mm. Ker je dolgo ležal v veznici, je inkrustiran in popolnoma trd. Najbolj verjetno je mecesnov zimski popek.

Po odstranitvi tujka se je oko začelo boljšati, panus je postajal tanjši in tudi očesni tlak je padal. Ker pa po enem mesecu le še ni bil popolnoma pravilen, smo naredili ciklodializo, ki je očesni pritisk v naslednjih tednih dokončno uravnovesila. 7 tednov po sprejemu je bila bolnica ozdravljena odpuščena. Veznica levega očesa je bila še malo zadebeljena. Na mestu, kjer je ležal tujek, je bila beločnica v velikosti leče zelo stanjšana, tako da je skozi njo modrikasto prosevala žilnica. Na roženici so ostale vaskularizirane motnjave kot posledica panusa. Ozadje je bilo normalno. Bolnica je štela prste na 1 in pol metra. Prav gotovo pa se je vid pozneje še zboljšal.



Slika št. 1.

Opisani primer je zanimiv z različnih pogledov: Opominja nas, da je treba tudi pri najlažjem »očesnem katarju« pomisliti na možnost tujka v očesu. Najmanj, kar storimo, je to, da zavijamo (evertiramo) trepalnice in pogledamo, kaj je pod njimi. Na to pozabijo včasih tudi izkušeni zdravniki.

Kot okulista nas mora predvsem zanimati patogeneza glaukoma, ki ga je povzročil tujek. V slovstvu, ki mi je bilo na razpolago, nisem mogla zaslediti primera, kjer bi bil tujek pod zgornjo trepalnico povzročil sekundarni glaukom. Znani in pogosto opisani so glaukomi po poškodbah, perforacijskih in topih, razjasnjen je večidel tudi način, kako pride do povišanega očesnega tlaka (Wagenmann). Prav tako vemo, da morejo opekline in jedke snovi (n. pr. apno) povzročiti sekundarni glaukom (Kümmel, Helbron, Lagrange in drugi).

Naš primer bi morali uvrstiti v neko posebno vrsto sekundarnih glaukomov, ki ima veliko podobnost s traumatičnimi, posebno če upoštevamo anamnezo. Na drugi strani pa se zopet močno nagiblje k vnetnim sekundarnim glaukomom. Najverjetnejša je sledeča patogeneza: Tujek je povzročil po uzuri beločnice stalno draženje žilnice in predvsem ciliarnega telesa. Splošno razširjenje ožilja in hipersekrecija ciliarnega telesa sta povzročila povečanje pritiska v zrklu. Zaradi draženja ciliarnega telesa pa je nastalo tudi lahko vnetje vse žilnice, ki je s svojimi vnetnimi proizvodi povzročilo zmanjšano prehodnost odvodnih potov (predvsem onih v zakotju sprednjega prekata). Na podoben način so si razlagali francoski avtorji (Fromaget in drugi) nastanek sekundarnega glaukoma pri kontuzijah zrkla. Upoštevali so sekrecijsko kakor tudi retencijsko teorijo o nastanku glaukoma.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Verfasserin berichtet über einen seltenen Fall von Sekundärglaukom nach einem mehrere Monate lange verweilenden Fremdkörper in der oberen Augapfelbindehaut.

SLOVSTVO

A. Peters: Das Glaukom (Gr.-S. Handb.). — Wagenmann: Verletz. d. Auges.

Napredek okulistike v zadnjih 50 letih

D. r. Carmen Dereani

*Dum spectant laesos oculi, laeduntur
et ipsi
Multaque corporibus transitione
nocent.*

Ovid: Remediorum amoris liber.

Danes mislimo, da je okulistika ena izmed najmlajših panog medicine. Res so šele pred približno 100 leti pričeli ustanavljati samostojne očne oddelke, res je tudi, da v srednjem veku skoro nikjer nimamo posebej omenjenih očesnih bolezni. Da pa je okulistika že zelo stara znanost, je razvidno iz zgodovine. Že 1500 let pr. Kr. zasledimo v Papyrusu Ebers posebej omenjene očne bolezni. Druga do današnjih dni ohranjena zdravniška knjiga, ki omenja poleg kirurgije tudi očne bolezni, je knjiga Corneliusa Celsusa z naslovom *De medicina*. Izšla je 28 let po Kr. in omenja že 28 različnih očesnih bolezni. Galenova okulistika iz sredine drugega stoletja nam je ohranjena žal le v odlomkih.

Zdravnike za očne bolezni so poznali že stari Egipčani. Omenjata jih Herodot in Plutarch. Stari Grki so jih imenovali »ophthalmikoï«; Rimljani »ocularii«. Tudi stari Arabci in Indijci so sloveli kot dobri okulist. Že v tistih časih so poznali operacijo sive mreže potom depresije, kot je to zapisano v sanscritu (Suçutra).

V srednjem veku so bili zopet Arabci skoro edini okulisti. V Evropi so prevzeli zdravljenje očesnih bolezni kirurgi. Zdravniške šole so bile v Salernu in Montpellieru. Zato so bili zelo kasno ustanovljeni samostojni očni oddelki. Prvega zasledimo šele okrog l. 1800. v Erfurtu v Nemčiji. Sledijo London (1805) in Petrograd (1806). V Parizu so ustanovili prvo očesno kliniko l. 1818.; v Pavii l. 1819., v Pragi l. 1820., v New Yorku l. 1821., v Varšavi l. 1827. Šele kasneje slede očesne klinike v ostali Nemčiji in Avstriji.

Čeprav je moj namen prikazati napredek okulistike v zadnjih 50 letih, moram vendar podati nekaj splošen pregled napredka očesne vede v drugi polovici 19. stoletja. V tej dobi opažamo ogromno napredovanje vse medicine, prav posebej pa še okulistike. L. 1851. je fiziolog Helmholtz odkril oftalmoskop, mejnik v zgodovini okulistike. Očesno ozadje je postalo dostopno opazovanju. Spoznali so veliko bolezni, ki so prej nosile tajinstveno ime »črna mreža«. Spoznali so spremembe na ozadju pri internih in nevroloških boleznih. Okulist je postal važen svetovalec internistu in nevrologu. Skoro istočasno kot Helmholtz je fiziolog Donders pravilno spoznal in presodil napake refrakcije in akomodacije. Dobo Helmholtza in Dondersa imenujemo dobo reformacije. Čeprav zadnje četrletje 19. stoletja ni več tako plodovito kot sredina, zaznamujemo vendar tudi v tem času važna in uspešna odkritja. Šele v tistih letih so spoznali veliko vrednost asepse pri očesnih operacijah. To je velika zasluga Albrechta v. Graefeja. Očesne operacije so pričeli izvrševati v kokainovi anesteziji l. 1884. Čeprav so šele kasneje splošno pričeli uporabljati očesno zrcalo, ga vendar prvič omenja Američan Dennet že v l. 1885. S pomočjo oftalmometra, ki sta ga iznašla Javal in Schiötz, se je dal meriti roženični astigmatizem. S pomočjo elektromagneta (l. 1874. MacKeown, l. 1879. Hirschberg in l. 1892. Haab) so veliko oči rešili

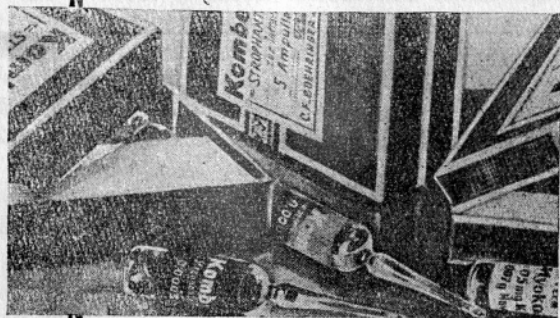
Ephetonin = Sirup Merck

pri kašlju, oslovskom kašlju,
bronhitisu

Steklenica s ca. 170 g

E. MERCK • DARMSTADT

Zastopstvo: „Alkaloid“, Zagreb 1, poš. predal 494



Pri akutni in kronični srčni slabosti

Strophanthin Boehringer:

intravenozno:

KOMBETIN

(Strophanthin Boehringer)
ampule po 0,5 mg

intramuskularno:

MYOKOMBIN

1 amp. = 0,5 mg Kombetin
+ 0,7 g Novocain „Bayer“

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

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

PROFILAKSA PNEVMONIJE

Pravočasna uporaba Anti-phlogistine v primerih **influenca, bronhitisa ali laringitisa** poveča pri pacientu odporne sile ter preprečuje s tem poslabšanje bolezni in eventualni nastanek pnevmonije. Če se je pnevmonija že razvila, je Antiphlogistine odlično pomagalo pri serumski in ostali terapiji

ANTIPHLOGISTINE

d e l u j e
hiperemizirajoče,
dekongestivno,
relaksirajoče

Vzorci brezplačni

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., New York, u. s. a.

»STERILAB« Engleska Hemijsko-Farmaceutska Laboratorija,
Braće J. Jovanovića, Beograd, Knez Mihailova ul. 33

pred pogubo. Sideroskop, prej tako upoštevan, se je moral umakniti l. 1895. rentgenskemu slikanju. Šele koncem 19. stoletja so pričeli uporabljati atropin pri vnetju šarenice in eserin pri zvišanem očesnem pritisku. L. 1879. je Credé uvedel vkapanje 1% srebrnega nitrata v oči novorojenčkom takoj po porodu. Prej tako pogosta in strašna gonoblenoreja novorojenčkov je postala redka bolezen, na tisoče oči je bilo rešenih. Pri razjedajočem roženičnem čiru (ulcus serpens) so vpeljali galvanokautiko, pogosto kot ultimum refugium. Omeniti moram še napredek anatomije in fiziologije očesnega živčevja in jeder očesnih živcev v tej dobi. Ko čitamo najnovejše okulistične knjige, le prepogosto pozabljamo, kako mlada so še posamezna odkritja.

Napredek okulistike po l. 1900. delimo v 3 dele. V onega na polju diagnostike, medikamentozne terapije in končno napredek na operativnem polju.

Čeprav so posamezniki že prej poznali električni oftalmoskop, so ga vendar šele v 20. stoletju pričeli praktično uporabljati. Ne samo, da je pregled ozadja specialistu zelo olajšan, celo praktičen zdravnik lahko na hitro, brez temnice in drugih pripomočkov, pregleda ozadje in ugotovi približno diagnozo (diferencialna diagnoza glaukom-katarakta). Kot nadaljnjo izpopolnitev električnega oftalmoskopa bi omenila oftalmoskop brez rdeče svetlobe (Rottfreiophthalmoskopie). S pomočjo luči, ki ne vsebuje rdeče svetlobe, pač pa vse druge spektralne barve (zeleno, modro, rumeno) je mogoče opazovati najmanjše spremembe na mrežnici. Vogt je ta način preiskave podrobno izdelal.

Svetilko na špranjo (Spaltlampe) je iznašel Gullstrand, izpopolnila sta jo pa Köppe in Vogt. Njen princip je, da z ozkim snopičem svetlobe osvetlimo tkivo, ki ga hočemo opazovati; vsa ostala okolica pa ostane neosvetljena. Razsvetljeno tkivo opazujemo s pomočjo očesnega mikroskopa. To vrsto preiskave bi lahko imenovali mikroskopijska živega tkiva. Prvotno je bilo mogoče z omenjeno svetilko pregledati samo sprednje dele zrkla, sedaj pa pregledujemo lahko tudi steklovino in mrežnico. Prav tej pripravi se moramo zahvaliti za tako velik napredek v anatomiji in patologiji očesa.

Do l. 1905. so merili očesni tlak samo digitalno (s prsti), šele Schiötz je uvedel merjenje s posebno pripravo, s tonometrom. Tonometer je postal za diagnozo in prognozo predvsem kroničnega glaukoma skoro nenadomestljiv. Očesni tlak merimo sedaj ob različnih urah, vsaj zjutraj in zvečer in sestavljamo tako imenovane krivulje očesnega pritiska. Izmed aparatov naj še omenim oftalmodinamometer, pripravo za merjenje krvnega pritiska v žilah mrežnice.

Skiaskopijo, ki jo je uvedel že l. 1873. Francoz Cuignet, so v tem času močno izpopolnili z uporabo cilindričnih stekel, zlasti pri določitvi astigmatizma.

V to dobo spada tudi natančnejša preiskava vidnega polja. Pri izvestnih boleznih so spoznali določene izpade vidnega polja. Perimetrijo so pričeli uporabljati pri diferencialni diagnozi živčnih in možganskih obolenj. Kot primer naj navedem boleznijo hipofize, kjer najdemo skoro vedno bitemporalno hemianopsijo.

Še vse bolj kot na polju diagnostike je napredovala okulistika na polju operacij. Kot je bil največji napredek 18. stoletja operacija sive mreže po Davielu, 19. stoletja iridektomija pri primarnem glaukomu po Graefeu, tako je prav gotovo dosedaj največji uspeh 20. stoletja Goninovo odkritje zdravljenja odstopa mrežnice. Gonin je prvi dokazal traumatično nastalo luknjo v mrežnici kot vzrok odstopa. Čeprav prvotne Goninove metode ne uporabljamo več, smo vendar njeno bistvo še vedno ohranili. Mesto, kjer

je mrežnica raztrgana, omejimo bodisi z diatermičnimi, kaustičnimi ali katoličnimi ubodi in mrežnico fiksiramo na žilnico in beločnico. Pri bolezni, ki je bila prej skoro neozdravljiva, imamo sedaj zelo lepe uspehe, povprečno 50 do 80% ozdravljenj.

Omeniti moram še intrakapsularno ekstrakcijo katarakte (odstranitev sive mrene z ovojnico vred). Prvi poizkus te vrste operacije je izvršil že Béranger v 18. stoletju. Kasneje so to metodo kot prenevarno opustili in šele v zadnjih 30 letih so Smith, Stanculeanu, Török in zlasti Elschmig ponovno uvedli odstranitev sive mrene z ovojnico vred. Končen uspeh je izvrsten: pacient je samo enkrat operiran, ima okroglo zenico in najbolj zadovoljiv vid. Operacija mrene je danes sploh zelo olajšana; operater ni več tako zelo odvisen od bolnikovega obnašanja in operacija je skoro brez bolečin. Akineza in retrobulbarna injekcija skoro onemogočata vsako škodo pri nemirnih in občutljivih pacientih.

Prvotno iridektomijo pri glaukomu je nadomestila vrsta drugih operacij, predvsem trepanatio corneosclerae po Elliotu, iridencleisis po Holthu, sclerotomy po Langrangeu in zyklodialysis po Heineju. Te metode uporabljamo predvsem pri kroničnem glaukomu.

Pri kroničnem vnetju solznega mešička, kjer se je dosedaj oboleli mešiček operativno odstranjeval, se da danes v ugodnih primerih mešiček odstraniti z vpostavitvijo nove zveze med njim in nosno votlino. Operacijo imenujemo dacryocystorrhinostomia po Totiju in Westu.

Pri motnih roženicah se da nadomestiti neprozorno tkivo s pomočjo transplantacije prozorne roženice živega človeka ali mrliča. O dobrih uspehih poročajo predvsem Rusi, v Jugoslaviji pa Nižetić.

S plastičnimi operacijami pri očesnih poškodbah in napakah se dajo doseči lepi funkcionalni in kozmetični uspehi. Uspehi operacij škiljenja in ptoze zgornje trepalnice so postali lepši in boljši.

Z uporabo rentgena in radiuma se večkrat posreči doseči ozdravljenje brez operacije, zlasti pri novotvorbah v okolici očesa, pa tudi zrkla in pri intrakranielnih procesih.

Ne smemo pozabiti tudi velikih uspehov medikamentozne terapije. Omenila sem že uporabo kokaina po Kollerju v l. 1884.; pomenil je pravo revolucijo v terapiji očesnih bolezni. Sedaj imamo poleg kokaina že celo vrsto nadomestkov. Midriatikume in miotikume so uporabljali že konec 19. stoletja. Danes uporabljamo mesto atropina še skopolamin in homatropin in v izjemnih primerih kot najjačji midriatikum adrenalinov preparat Glaucozan.

Proteinsko terapijo v obliki mlečnih injekcij je uvedel v okulistiko Müller v l. 1918.; izpopolnil jo je Pillat. Mlečne injekcije uporabljamo največ pri zdravljenju očesne gonoreje novorojencev in odraslih, dalje pri težkih vnetjih šarenice in pri različnih poškodbah.

Tuberkulozna obolenja zdravijo z različnimi tuberkulinskimi preparati; stafilokokove infekcije z raznimi vakcinami. Tudi sulfanilamide preizkušajo v okulistiki.

Klimatično zdravljenje, ki žanje pri pljučni in drugih tuberkulozah tako velike uspehe, je tudi pri očesni tuberkulozi zelo zaželeno. Žal pri nas sanatorijev za očesno tuberkulozo še nimamo.

H koncu še nekaj o vitaminski terapiji v okulistiki. Pomanjkanje vitamina A povzroča znani trias: hemeralopia (nočna slepota), xerosis conjunctivae in keratomalacia. Vsa 3 obolenja so prav za prav 3 različne stopnje iste bolezni. Pravočasna uporaba vitamina A izboljša navedene očesne afekcije.

Pomanjkanje vitamina B opazujemo pri boleznih: neuralgia n. trig., herpes zoster, neuritis retrobulbaris in sploh pri vseh živčnih obolenjih. Vitamin C izboljša alergične bolezni; z uspehom ga uporabljamo pri tuberkuloznih obolenjih žilnice in pri krvavitvah. Sličen vpliv pripisujemo vitaminu D.

Odstotek slepcev zaradi podedovanih bolezni je še danes visok (do 25%). Zato skušajo v nekaterih državah preprečiti rojstvo dedno obremenjenega potomstva s prepovedjo zakona in sterilizacijo.

Kljub vsemu napredku imamo v okulistiki žal še celo vrsto nerešenih vprašanj. Ne poznamo še pravega povzročitelja nevarnega trahoma. Simptično obolenje je kljub vsem teorijam še vedno nerešena uganka. Prav isto bi lahko trdila o etiologiji kratkovidnosti, sive in zelene mreine, ki čakajo rešitve velmož kot so bili reformatorji Donders, Graefe in Gonin.

Inter arma silent musae. Čakati moramo, da napoči skoro že čas, ko se tekmovanje v smrtonosnem oboroževanju in uničevanju vseh dobrin nadomesti s tekmo za napredek znanosti in umetnosti.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Verfasserin berichtet über die Fortschritte der Augenheilkunde in den letzten 50 Jahren. Nach kurzer Streifung der Augenheilkunde der alten Völker und der Zeit der Reformation der Augenheilkunde bespricht sie die wichtigsten neuen Entdeckungen auf dem Gebiete der Diagnostik, der medikamentösen und operativen Behandlung.

SLOVSTVO

W. Mackenzie: Diseases of the eye. — A. Graefe-Th. Saemisch: Handbuch der gesamten Augenheilkunde (I., II. in III. izdaja). — E. Fuchs: Lehrbuch der Augenheilkunde (I. in XVI. izdaja). — Th. Axenfeld: Lehrbuch der Augenheilkunde. — H. May: Manuel des maladies de l'oeil. — V. Morax: Précis d'ophtalmologie. — Jahresberichte über die gesamte Ophthalmologie. — Compte rendu de divers congrés internationaux d'ophtalmologie.

Vejališče in naše strokovno besedje in izrazje

Iz stare slovenske literature

Dr. Jernej Demšar, šef-primarij

Iz ostalin mojega grajskega arhiva sem izbrskal tiskan razglas Ilirskega gubernija v Ljubljani pod naslovom: »Navuk Gospojskam in Kmetam, domačo živino varvati kuge in težkeh bolézni, bolnim véntati in jim kužnost overati.« Razglas obsega 40 fol. listov, v levem stolpcu z nemškim, v desnem pa s slovenskim besedilom.

Ker nisem doma v stari slovenski literaturi, sem se obrnil na g. insp. v p. Jos. Westra, ki mi piše:

»Ko sem dobil spis v roke, se mi je takoj na prvi pogled zazdelo, da utegne biti slovenski prevod izpod peresa Valentina Vodnika, ki je bil po smrti Blaža Kumerdeja (1805.) uradni prevajalec (translator) slovenskih razglasov in kurend kr. gubernija. To domnevo mi je podprl uradni dopis, priložen omenjenemu izvodu, ki ga je okrajni komisariat v Loki poslal višjemu sodniku v Stari Loki, z datumom dne 16. decembra 1816.

Že datum tega dopisa kaže, da sodi dvojezični uradni razglas v dobo, ko je Valentin Vodnik opravljal prevajalske posle pri Ilirskem guberniju. Da bi našel dokaz za to domnevo, sem z ozirom na spis dr. Jos. Mala: *Doneski k Vodnikovemu življenju* (D. i. Sv. 1918.) dobil na pregled zbirko uradnih razglasov iz leta 1816. v arhivu Narodnega muzeja. V tej zbirki se nahaja tudi pismena vloga, odn. prošnja Valentina Vodnika z dne 5. novembra 1816., naslovljena na Ilirski gubernij. V tej vlogi navaja Vodnik vse prevode, ki jih je oskrbel v vojaškem letu od 1. novembra 1815. do 1. novembra 1816., med temi na drugem mestu (pod B) »Unterricht für Dominien und Unterthanen, Viehseuchen und wichtige Krankheiten der nützlichen Haustiere zu verhüten, zu tilgen und zu hemmen.« Na koncu te vloge Vodnik prosi, da bi mu gubernij odmeril primerno nagrado za prevod, »ki povzroča ne samo mnogo pisanja, temveč tudi neverjetno mnogo razmišljanja in iskanja besed za jezik, ki naj se šele izolika«.¹

Prevod je torej potekel izpod Vodnikovega peresa. Če vzamemo na misel, da še sedaj nimamo medicinske terminologije, še manj frazeologije, da se dajemo še sedaj za terminuse, potem gre Vodniku veliko spoštovanje, da je pred 126 leti, ko je bil naš pismeni jezik še v povojih, prevajal jezikovno izgla-jene nemške razglase. Pa poslušajmo našega kritika *Levstika*, kaj on piše o Vodniku:²

»Kolik je bil ta mož, ki se mu je bilo treba boriti z jezikom, živečemu v dobi, v kateri še nikdo nij znal slovenske proze pisati a kam li pesni. Kako čist, kak lep je Vodnikov jezik.«

Na drugem mestu pravi o njem:

»Kako je on oči obračal po vseh straneh svoje domovine, ter posebno, kako je obiral in primerjal, katera beseda bi se rekla, da bi jezik bil lepši...«

Že ljubezen do naše stare slovenske besede nas opravičuje, da ponatisnemo en odlomek gori omenjenega *Navuka*; seveda stopa poleg tudi naša rado-vednost, kako se je glasila nekdanja naša slovenska beseda in kako je obiral in primerjal naš Vodnik besede na zdravstvenem, zanj gotovo novem polju.

Navuk Gospojkam in Kmetam, domačo živino varvati kuge in težkih bolezni, bolnim véntati in jim kužnost overati.

6.) Ravnati z garjami.

§ 85.

Garje in pa lišaji se delajo in izpušajo radi po koži vsake domače živine, konjske, goveje, in druge, zlasti pak ovčji. Znamina ovčjiga lišaja so: de vovna jim zbledi, zravnji in zmerši, povt jim je vidit vmazan, spervo rudeč, pozneje suh, in resast; vovna se rada vpuli, de jo koleikaj polasaš; pozneje pada sama, ovca šanta v zadnih nogah, potlej se po povtu okol vimena in med zadnima nogama pokažejo spušaji al bunkasti pod kožo, al rujavo lisasti na koži, ti prehajajo v serbeče luskinice in mehircce, zadnič se delajo kraste kervave, garjaste, ki okol sebe zjedajo, in to so prave garje. Kmal ki so buncice al pa lise prešle v kraste, je bolezen naleztliva, in se priema celih čed.

¹ G. inšpektorju izrekam zahvalo.

² *Levstikovi zbrani spisi*, V. zv., pag. 258. in 260.

§ 86.

Ki garje napadejo konje, jim pomerje dlaka, prikažejo se jim moknaste luskinice po grivi, po herbtu, na čelustih, po répu, dlaka in žima se levi, na povtu se jim delajo ogerčki in ti se zbérajó v lišajaste kraste: okol njih je koža rudeča, póka, je ranasta, kraste segajo en za drugo po vsimu životu. — Ravno tako se godí govédam, in prascam; vsi imajo serbečino, zlasti spervič po vratu in herbtu, zato se radi ob nje arsajo; dlaka se jim spremeni, rada pada, se sama levi, koža je prihajasta, potle garjova, garja se razléza, časi je suha, dostikrat pa mokra in hrastova.

§ 87.

Bližen zvirik garjove bolezní med kako čedo je, de se je zvinče dotaknilo kakšine garjobe in lišajove oskrumbe; daljni začetik pa tiči v glenoveh pašah v hlevih tamnih, soparnih, tesnih, v nečednosti, v debelimu poscanimu gnoju po hlevih, v živalcah, ki se po gnoju zaplodijo; te in take reči so krive lišajovéh in garjovih bolezní. Težko, silo težko je odpraviti garje in lišaje, ki so enkrat med čedo prišle; še pašnik, kamer so garjove ovce prišle, rad oskrumba druge zdrave čéde. Koljkrat so vže cele drobníčne čede po garjah vse došle.

§ 88.

Garje zatreti narbolša pomóč je žvino nalezve varvati, in clo nobene garjovke med drobnico terpéti. Lažniva, škodliva in prazna je misel, de garjovo drobnico je bolši rediti, za to ki menio in vbogi neumenši pravio, de njena vovna je bolša, de meso lepši dišit, sej zdrava pamet vsaciga gospodarja vuči, de garjovo zvinče je bolešno, de zmedli, de ogerci in spušaji so ustudni, de garjov gnoj v život stopa, de se permési kervi po životu. Bodi si naj meso garjove živali še tako neškodljivo, kar pa noben pameten od skrumbastih garij, ne poreče; je vsaj meso perstudno, sam ta stud je že človeka merzeč, mu zna hudo déti in pa še obolesniti ga. Ne terpi tedaj nobene smerduhe, nobene vmazanke, nobene garjavke; čista snažna naj se ti pase; ni rés, de bolniška vovna je bolši; vraža je.

§ 89.

Garje poznamo potem, de drobníčetu se vovna potegne, al pa zmerši vpervič po herbtu in vratu, pozneje pa po vsim životu. Loči berš garjovko od zdravih, pasi jo posebej ne med zdravimi, zapéraj v posebni ovčak, ki naj je prostran, suh, presápen. Dajaj bolnicam nekaj dni zapored po 5 al 6 gramov pižma vživat; al pa, ki je pižem drag in ni lahko dobrija dobiti, jim ventovaj tako le: kupi in vzami škrupel Vanilie, taraj jo v prah z' dvema kvinstica beliga cukra, v ta prah permési lot stolčene kaskarilne koreníne, to vse deni med dva lóta medú, zgnedi testó, iz testa naredi 6 grížlejev al svalkov, dan za dnevam zvečer dajaj po svalku zavžiti bolnimu odrášenimu drobníčetu. — Mladim dajaj polovico manj. — Po životu pa maži s' tem le mazilam: kupi v apotéki in vzami lot sabadilne štupe, lot srebrovga zamorca, ki mu pravijo Etiops mineralis, šest lotov putra, vmesi de bo mazilo, ostríži al obrij garjove plese, in jih maži, dokler garje preidejo: so pa garje suhe, kupi namest tega mazila rajši koncentrirane solne kislíne, permési trikrat tolko vode, in moči po ostríženim vovni garjove mesta. — Jih dristat, jim pušati, jih slabeti in čeva dražiti nikarte, ak jih želíte zdrave viditi. — Garjovim konjem in velki žvini dajajte une svalke, vekše po perméri, prascam pa vse po drobníčno.

Poglejmo, kake izraze rabi Vodnik v svojem prevodu.

Poleg kože rabi polt, na njej so lise, bunčice, mehirci, ogrčki (vasiculae), luskinice (moknaste), kraste, koža je prihajasta (prhajasta), mokra, krastava, polna skrumbastih garij. Za okužbo rabi nalezva, za zboleti piše obolesnети, za prezračiti — presapiti (presapen = zračen). Za simptom ali znak rabi znamenje. Vprašam: Smo li po 126 letih res mnogo na boljšem kar se tiče dermatologičnih izrazov?

Bitja in žitja

Prof. dr. Janez Plečnik



Na večer pred praznikom sv. Miklavža 1940. je umrl nestor ljubljanske medicinske fakultete, predstojnik anatomskega zavoda prof. dr. Janez Plečnik. Številni predstavniki naše javnosti in našega kulturnega udejstvovanja so ga spremili na njegovi zadnji poti ter tako pokazali, kakšen ugled je imel mož, ki je eden ustanoviteljev naše fakultete in eden glavnih borcev za njeno izpopolnitev. Spremil ga je celoten učiteljski zbor medicinske fakultete in spremili so ga polnoštevilno vsi slušatelji ter izpričali s tem njegov očetovski odnos do dijaštva.

Prof. Plečnik se je rodil v Ljubljani 3. junija 1875. Promoviral je na Dunaju 23. marca 1899. Po specializiranju na dunajskem patološko-anatomskem zavodu je služboval nekaj časa

kot prosekter v Černovicah; 9. marca 1905. pa je postal sodni zdravnik v Ljubljani. To službo je opravljal, dokler ni postal 7. oktobra 1917. prosekter v tedanji kranjski deželni bolnici. Ko pa sta bila po prevratu ustanovljena prva dva letnika medicinske fakultete v Ljubljani, je postal 31. avgusta 1919. izredni in 27. januarja 1920. redni profesor patološke anatomije.

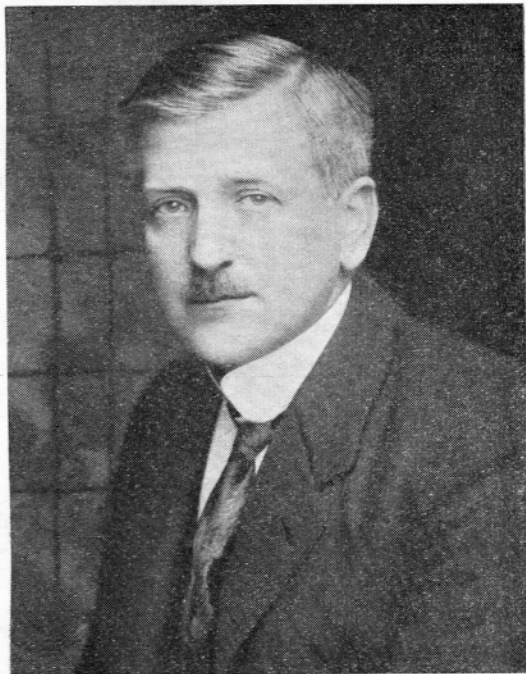
Za časa svojega volontiranja na dunajskem patološko-anatomskem zavodu je priobčil svoja raziskovanja o finejši strukturi nadledvic; tačas je tudi uvedel v preparacijsko tehniko rabo tetraklorovega ogljika kot vmesno tekočino pri zalivanju histoloških preparatov s parafinom ter tako odstranil nevarnost ognja v laboratorijih. Svojim učencem je dal »Kratek repetitorij anatomije« (1924./25.) Poljudne medicinske članke je pisal v »Mladiki«.

Njegovo strokovno izrazoslovje je bilo samoniklo in originalno. Bil je najboljši učitelj, ki je znal svoje obsežno in temeljito znanje posredovati tudi drugim v polni meri. Priljubljen zaradi svoje vedre čudi in zaradi svojega kremenitega značaja ni imel sovražnikov.

Slovensko zdravništvo stoji globoko užalosteno ob njegovem grobu ter se klanja spominu svojega prvega učitelja anatoma. Doc. dr. Ivan Pintar.

Dr. Tone Jamar

Rodil se je v Škofji Loki 31. decembra 1882. Gimnazijo je obiskoval v Kranju, dovršil pa jo je v Beljaku. Medicino je študiral na Dunaju, kjer je 11. decembra 1911. promoviral. Po promociji je želel priti v ljubljansko bolnico. Prošnjo so mu odbili. Šel je po svetu, najprej v Istro, nato v Trbovlje med rudarje. V svetovni vojni ga je zaneslo v Galicijo na rusko fronto, kjer je kot bataljonski zdravnik domačega 17. pešpolka opravljal zdravniško dolžnost in samaritansko poslanstvo do prve zime. Bolnega so poslali v zaledje. V sanatoriju za tuberkulozne v Enzenbachu je po okrevanju prevzel sam zdravniško službo. Tu se mu je zarisala pot njegovega bodočega poklica. Posvetil se je fitzeologiji. V Judenburgu, kamor je prišel pozneje, je ostal do konca vojne. Kot pravi človekoljub je poslušal bolj glas svojega srca kot jeklenohladne vojne predpise.



Po prevratu se je nastanil v Ljubljani. Eno desetletje je deloval kot ugleden fitzeolog privatno, pri OUZD, Trg. bol. blagajni in v mestni službi. Bežno je stopil tudi v javno življenje, toda to ni bilo torišče za tako dobro in pošteno dušo.

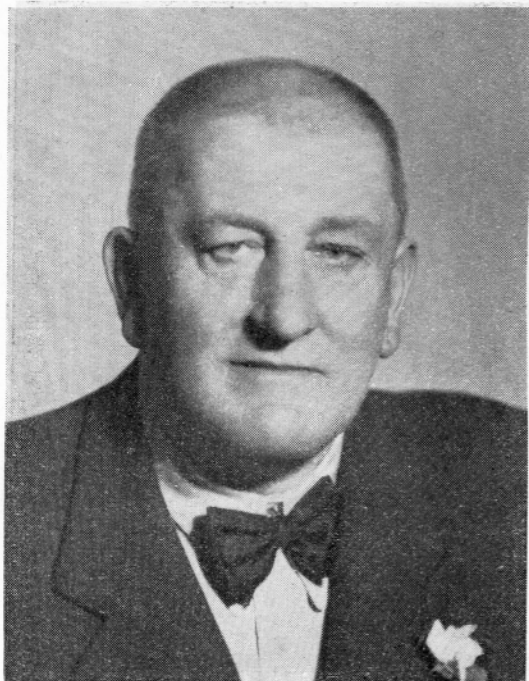
Tedaj se je nenadoma nad njim zrušilo. Njegova žena, zvesta družica v slabih in dobrih časih, mu je smrtno zbolela, in ko se je še njegovih oči lotila zavratna bolezen, jo je izgubil. Takrat se je upognil, a tal ni izgubil. Potrpežljivo je nosil križ, ki mu je bil naložen. Bolehen in na pol slep je še naprej opravljal svoje zdravniške obveznosti, dokler se ni ulegel na njegove blage oči popoln mrak. Zadnja leta je posvetil samo svojim otrokoma. Umrli je v Ljubljani 3. decembra 1940.

V »Lij. Vjes.« 1920. je objavil daljšo razpravo »Diferencialna in specifična diagnoza tuberkuloze«, v »Jutru« pa več poljudnoznanstvenih člankov. Toda bolj kot s tem si je pridobil ugled in spoštovanje s svojim značajem. Tega so krasile redke lastnosti: poštenost, tovarištvo, nesebičnost, dobrotljivost, družabnost.

Njegovi sošolci in vojni tovariši, sodelavci, neprešteti hvaležni bojevniki, vsi ga bodo ohranili v najlepšem spominu.

Dr. L. J e š e.

Dr. Pavel Krajec



V svojih najboljših letih je umrl nepričakovano kirurg dr. Pavel Krajec, zadnji so-delavec pokojnega profesorja dr. Edo Šlajmerja. Rodil se je 23. junija 1888, v Novem mestu. Gimnazijo je posečal v Novem mestu in v Št. Pavlu v Labodski dolini. Medicino pa je študiral najprej na Dunaju. V zadnjih kliničnih semestrih ga je zalotila vojna in je moral kot korporal v Galicijo. Udeleževal se je bojev na raznih frontah, posrečilo se mu je pa končno vendarle, da je tekom vojne dovršil študije in promoviral v Gradcu 12. aprila 1917. Po promociji je služil še nadalje v vojski ter se je po prevratu tudi še udeležil bojev za našo severno mejo, deloma pri Mariboru, deloma pri Radgoni. Po vojni je postal asistent prof. dr. Šlajmerja ter ostal tudi po prof.

Šlajmerjevi opustitvi prakse v Leonišču kot hišni zdravnik. Od l. 1921. dalje je bil tudi vodja kirurške ambulance OUZD v Ljubljani. Obe službi je opravljal do svoje smrti, ki ga je dohitela 5. decembra t. l. v zgodnjih jutranjih urah. Krajšo dobo je bil tudi hišni zdravnik gluhonemnice.

Dr. Krajec ni imel slovesa kot znanstvenik ali kot javni delavec. Tembolj pa so ga poznali tudi izven mej Slovenije kot zdravnika s spretno roko in kot intuitivnega diagnostika, predvsem pa kot zdravnika z izredno pomirjujočim vplivom na bolnika. Kot njegov prijatelj vem dobro, da se ni nikdar seznanil z vsebino Arhimatejevega »De adventu medici ad aegrotum«, toda našel je za vsakega bolnika pravo besedo in umel je to umetnost mnogo bolje, kakor avtor stare salernitanske hodegetike. Bil je zdravnik najvišjih in najnižjih, enak za vse. Mogoče ni imel noben zdravnik v Jugoslaviji toliko članov vladarskih rodbin v rokah, kot ravno on. Odlikovan je bil z redom sv. Save III. stopnje in prejel je več spominskih daril. Ko pa je ležal na mrtvaškem odru, je bilo med množicami, ki so ga hodile kropit, tudi prav mnogo zakrpanih in prezeblih, ki so prišli, da se mu zahvalijo še enkrat.

Doc. dr. Ivan Pintar.

Novi domači analgetikum

JUGOPIRIN

STEG

t a b l e t e

Deluje hitro in zelo trajno, nima nezaželenih učinkov

JUGOPIRIN-tableta vsebuje:

Phenacetin.	0,25	mg
Acid. acetylosal.	0,25	mg
Acid. phenylaethylbarbitur.	0,01	mg
Codein. phosph.	0,01	mg
Coffein. pur.	0,01	mg

JUGOPIRIN deluje sigurno proti bolečinam najrazličnejše geneze.

Kartoni z 2 tabletama din 4.— (za bolnike)
Orig. fiole z 10 tabletami din 18.— (za bolnike)
Orig. fiole z 20 tabletami din 26.— (za bolnike)

STEG

a. d. za trg. i proizvodnju kemiskih i farmacevtskih
artikala **Z e m u n**

ANALGETIČNE KAPLJICE
ZA KONSERVATIVNO
ZDRAVLJENJE

OTITIS MEDIA ACUTA
IN OTALGIJ



OTOCAIN

RAVE

Sol. glyceroboracica anhydrica c.
dimethylamidoantipyrin & aethocain

Orig. stekl. 10 g din 24.—
za pacienta

za uporabo v začetnem stanju vnetja
(prvih 3-4 dni) in pri otalgijah posebno v
dečji praksi za ublažitev hudih bolečin

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH ORGANOV IN PRESNOVE

Rogaška Slatina

ima v svojih treh vrelih

„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.

Strogo dietetična kuhinja v hotelu JUGOSLOVANSKI KRALJ odprta celo zimo

Letna in zimska sezona

Glavna sezona: maj — oktober

Gospodje zdravniki! Zahtevajte prospekte in vzorce vode pri

DIREKCIJI ZDRAVILIŠČA ROGAŠKA SLATINA

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 furunklih itd.

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

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

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

Vprašanja — Odgovori

Vprašanje: K meni je prišel po nasvet ženin, ki se namerava kmalu poročiti. Je visoko kratkoviden in nosi stalno očala. Pred več leti mu je neki okulist ugotovil prirojeno mreno na obeh očeh, ki pa ni tako huda, da bi bila potrebna operacija. Njegova bodoča žena je prav tako krakovidna in nosi očala. Kakšni so izgledi glede njenega potomstva? Ali je nevarnost, da bodo podedovali otroci poleg kratkovidnosti tudi katarakto? Kaj naj mu svetujem?

Dr. Z. Ž. v K.

Odgovor: Točnega odgovora o dedovanju katarakte Vam za Vaš primer ne morem dati. Znano je, da se katarakte na sploh podedujejo. Vse dosedanje pisanje in sestavljanje rodovnikov pa nima velike vrednosti, ker v objavljenih primerih ni vselej označena vrsta katarakte. To do sedaj tudi ni bilo mogoče. Šele s špranjasto svetilko (Spaltlampe) nam je omogočena podrobna preiskava motnjav v leči in njihova razdelitev v posamezne skupine. Največ smo v tem dolžni Vogtu in njegovi šoli. Ker so ta raziskovanja stara šele kakih 20 let, so vsi izsledki še premladi, da bi jih mogli že uporabiti. Poznamo dve skupini katarakt, skalitev cele leče (cataracta totalis), in sicer prirojeno in senilno oziroma presenilno in pa delno skalitev (cataracta partialis). Pri Vašem primeru gotovo ne gre za kako obliko iz prve skupine, temveč za kako delno katarakto (C. polaris, pyramidalis, fusiformis, perinuclearis etc.). Dosedanje preiskave so pokazale, da se te vrste katarakt dedujejo večinoma dominantno, nekatere recesivno.

Zakoni o dednosti kratkovidnosti so nam že bolj znani. Vemo, da se visoke stopnje kratkovidnosti s pogubonosnimi spremembami na ozadju dedujejo recesivno, včasih tudi dominantno.

Vaš ženitveni kandidat ima torej kar dve hibi, ki se prenašata na potomce. Njegova bodoča družica pa ima kratkovidnost višje stopnje, ki se tudi deduje. Če stopi dvoje takih ljudi v zakon, je gotovo, da njunim otrokom ne bo prizanešeno. Računati morata s tem, da bodo vsi ali pa skoraj vsi njihovi otroci obdarjeni vsaj z eno teh hib. Pojasnite obema, kakšne izgleda bi imel njun zakon. To ste dolžni storiti, čeprav se najbrž zavedate, da bo Vaš trud zastoj. Dokler nimamo v tem boju opore v zakonskih določilih, je vse naše prizadevanje bolj ali manj jalovo. Taki kandidati se navadno obrnejo do zdravnika za nasvet šele, ko je že prepozno, ko so medsebojno vezi že premočne.

Dr. L. Ješe.

Iz zdravniškega slovstva

Interna medicina

A. Dzsinič: Enteralno serumsko zdravljenje kolitisev (Med. Klin. št. 45, 1940).

Zdravljenje kolitisev je pogosto sila težavna naloga. Mnogokrat je njih povzročnik neznan, pa tudi dokaz mikrobov in njemu sledeče »specifično«
zdravljenje ni vselej najuspešnejše. Iz navadnih ahilij izvirajoči katarji širokega črevesa tudi vedno ne nudijo znatnega zboljšanja po zauživanju solne kisline in pankreasovih sokov. Lokalno delujoča zdravila in zdravilni postopki kakor adstringencija, desinficiencija, klistiri in rektoskopije večji del ne dosežejo zaželjenega uspeha. Spričo nejasne etiologije so preizkušali mnogo sredstev za zboljšanje telesne imunitete do omenjene bolezni. Nekaj imajo na sebi različna heteroproteinska zdravljenja, nespecifične vakcinacije, zdravljenje z lastno krvjo in transfuzije krvi. Še boljše zdravilne uspehe sta dosegla z anafilaktičnim

šokom Kalk in Dietrich. Prvi ga je izzval z reinjekcijo konjskega seruma senzibiliziranemu bolniku, Dietrich je modificiral Kalkov postopek v toliko, da je dal reinjicirani serum v obliki klistira. Ker pa je lahko šok bolniku kolikor toliko le nevaren, je ves opisan zdravilni način znova prav preudarno in porabno nekoliko spremenil Fernet. Njegovo zdravilno ravnanje je sledeče: po predhodnem čiščenju dobi bolnik klistir konjskega seruma; klistir sestavlja — 20 cm konjskega seruma, 120 cm mlačne fiziološke raztopine kuhinjske soli in nekaj kapljic Tonogena ali opija. Koristno je, da zadrži bolnik vsebino klistira vsaj nekaj ur, kar pač ne povzroča spričo male količine uporabljene tekočine nobenih neprijetnosti. Najboljše uspehe je doživel Fernet na ta način ob akutnih hemoragičnih, ulceroznih kolitidih.

Dzsinich je preizkusil opisani serumski način zdravljenja pri akutnih, subakutnih in kroničnih vnetjih širokega črevesa. Rektalna aplikacija razredčenega konjskega seruma lahko privede — včasih že kar po prvem vbrizganju zdravila — do presenetljive ozdravitve kolitidov, če pa ne do tega, pa vsaj do znatnega zboljšanja in olajšave bolezenskih znakov. Ne izključuje pa seveda opisani način zdravljenja tudi drugih sočasnih dietetičnih in medikamentoznih zdravilnih postopkov.

Ni lahka jasna načina delovanja konjskega seruma v obliki klistira. Malo verjetno je, da bi vplivala v teh primerih nespecifična ali pa specifična baktericidnost konjskega seruma samega. Po mnenju Fernetja izzove konjski serum, kot izredno visoko vreden heterologen antigen, v do gotovih patogenih antigenov preobčutljivi črevesni steni neko paralergično reakcijo; slednjo je še predvsem mogoče hitro vzbuditi zavoljo lahke rezorpcije skoraj nespremenjenih beljakovin konjskega seruma skozi kolitično ranjeno črevesno steno. Po konjskem serumu povzročena paralergična reakcija izčrpa zalogo proti snovi lokalno v tkivu tako močno, da postane ono sploh nezmožno, da bi se odzvalo na specifični patogeni antigen s specifično reakcijo. Omenjeni serum torej ne oslabi virulence lokalnih bolezenskih klic, marveč le prepreči s pomočjo zmanjšane množine protisnovi za pomnožitev bakterij ugodno hiperergično vnetje tkiva.

Od doslej znanih načinov zdravljenja akutnih katarjev širokega črevesa smatra Dzsinich Fernetovo metodo za najuspešnejšo, katero je treba vselej najprej poizkusiti jemo pri zdravljenju s sulfamidnimi in sulfapiridinskimi zdravili. Dr. M. M.

N. Dainov: **Koko povišamo toleranco za sulfamide?** (Annal. Malad. Vener. št. 9, 1939).

Avtor ima mnogo izkušenj v preprečevanju intolerance za neka zdravila (živosrebrna, arzenova itd.). V najnovjšem času se je posvetil povečevanju tolerance za sulfamide, pri katerih često lahko vidimo razne neugodne vzporedne pojave. Najboljše uspehe lahko dosežemo, če hkrati s sulfamidi dajemo C-vitamin in to parenteralno (500 mg intravenozno na dan). Že po prvih injekcijah C-vitamina ni bilo več glavobola, minila je utrujenost, nauzea, hladno znojenje in druge neugodnosti, ki jih opazujemo pri zdravljenju s sulfamidnimi in sulfapiridinskimi zdravili. Dr. M. M.

Pediatrija

N. Skrivaneli: **Kemoterapija pljučnic pri otrocih** (Lij. Vjes. št. 10, 1940).

V zadnjih dveh letih vlada v pediatriji največje zanimanje za novo kemoterapijo pljučnic. Sulfamidi so postali specifična sredstva proti posameznim vrstam klic. Preživljamo torej dobo Ehrlichove zamisli o »therapia magna sterilisans«. Dasi uspehi niso še dognani do kraja, vendar lahko že rečemo, da so sulfamidi rešili na tisoče otrok, ki bi jim pred našimi očmi ugasnilo življenje (erizipel, Ritterjeva bolezen, infekcije s streptokoki). Mnogo otrok, ki so oboleli na pljučnicah, ki so tako pogoste in za male paciente tako nevarne, je že rešil novi kemoterapevtikum sulfapiridin.

Po daljšem razvoju in poiskovanju raznih avtorjev so sestavili kemično snov: 2-sulfanilil-amino-piridin, ki ga Amerikanci nazivajo nakratko »sulfapiridin«. V posameznih državah ima različna prodajna imena: v Angliji MeB 693, v Nemčiji Eubasin, v Franciji Dagénan, pri nas pa Plurazol (Kaštel).

Publikacije o uspehih novega kemoterapeutikuma so najrazličnejše. Vendar pa iz vseh lahko posnamemo le pozitivne strani. Če pa hočemo proučevati vrednost tega novega zdravila, ga moramo primerjati z uspehi zdravljenja z dosedanjimi zdravili.

Kinin je veljal dosedaj za specifikum proti pneumokokom. Vendar pa po najnovejših kritikah niti najmanj ne zmanjšuje vročine in ne skrajšuje bolezenskega poteka (Glanzmann, Schmidt, Weber). Vitamin C naj bi bil indiciran pri pljučnicah, ker je pri njih pomanjkanje tega vitamina v organizmu. Ta hipovitaminoza pa je problematična, kakor tudi ves uspeh zdravljenja z vitaminom C. Tudi avtor ni nikdar mogel opaziti posebnega učinka na potek pljučnice, kakor tudi ne na število leukocitov in na vročino. Sredstvo proti pneumokokom naj bi tudi uničevalo eksotoksine, ugonobilo naj bi klice in nato vezalo njihove endotoksine, česar pa o vitaminu C kot zdravilu za pljučnice ne moremo trditi. Zaenkrat je le akcesorna snov, adjuvans, ki nima vpliva na dogodke v notranjosti. Serum proti pneumokokom učinkuje bolje, vendar ne tako dobro kakor sulfapiridin, če sledimo zadnjim publikacijam (Cutts, Cooper, Gross, Lewis). Postopek s specifičnim serumom tudi ni enostaven. Moramo delati pulmonalne punkcije in določevati posamezne tipe pneumokokov. Vendar pa je delovanje seruma, ki smo si ga s težavo pripravili po vsem tem problematično zlasti pri bronhopneumonijah, ki so otrokom najnevarnejše.

Kako deluje sulfapiridin? Če sredstvo preprečuje razrast klic, potem lažje zmago obrambne moči organizma nad infekcijo in se tudi tvori manj bakterijskih toksinov. Medikament se tudi hitro rezorbira: že po eni uri ga lahko dokažemo v krvi, iz 2 gr sulfapiridina nastane v krvi koncentracija 1:10.000, v likvorju pa 70% te vrednosti. Iz organizma se izloči kvantitativno po preteku 50 ur.

Pri pljučnicah skrajšujeta tako serum proti pneumokokom kakor tudi sulfapiridin potek bolezni, vendar pa ne vplivata na rezolucijo in ne preprečujeta empiemov. Sulfapiridin zmanjšuje vročino, znižuje pojave pneumonične toksitete, lajša dihanje, preprečuje komplikacije in zmanjšuje smrtnost od 16% do 0%, sledeč raznemu slovstvu.

Dozacija, ki je opisana v literaturi je različna. Hegler daje sulfapiridin 5–6 dni, potem napravi 2–3 dneven odmor (»sulfapiridinski sunek«). Reynolds in Slobody računata pri večjih otrocih 0,2–0,25 g na kg telesne teže, pri otrocih pod drugim letom celo 0,3 gr, vseskozi, dokler ne izginejo toksični pojavi. Buser daje po 0,13 gr na kg teže v 4–6 urnih intervalih. Za optimalno koncentracijo sulfapiridina v krvi ima 3–6 mg%, Hynes pa 4–10 mg%.

Vendar se avtor strinja z Engelow in Strümpfom, ki trdita, da se nekomplimirane pljučnice pri otroci ponavadi pozdravijo same po sebi brez katere koli terapije. Vendar pa imajo zlasti bronhopneumonije pri otrocih večinoma slabo prognozo in je bil doslej v večini primerov ves terapevtski trud brez uspeha. Zato so tudi na zagrebški otroški kliniki pričeli poizkušati sulfapiridin v obliki Plurazola. Od 43 primerov pljučnic sta bila samo dva refrakterna, ker so pri njiju poizkusili Plurazol kot ultimum refugium.

Od neugodnih strani zdravila navaja avtor bruhanje, cianozo in primer tromboenične purpore. Nasprotno pa so ugodne strani zdravljenja pljučnic s sulfapiridinom razveseljive. Vročina pade hitro, pri bronhopneumonijah bolj kritično, pri krupoznih pljučnicah bolj litično; antitoksično delovanje štedi otroku moči, leukocitoza je manjša, postopek je enostaven in cenen. Vkljub antitoksičnemu, antipiretičnemu in antibakterielnemu delovanju pa sulfapiridin ne izpreminja samega poteka pljučnice, ki je alergično obolenje in ima torej svoj značilen razvoj in potek. Zdravilo tudi nima

vpliva na rezorbcijo pneumoničnih infiltratov, ki jih lahko opazujemo še nekaj dni ali mesecev po kliničnem ozdravljenju in je zato šestokrat težko razločevati med tuberkuloznim leglom v otrokovih pljučih in med prebolelo pljučnico, zlasti bronhopneumonijo.

Avtor je prepričan, da zaenkrat ni boljšega zdravila za zdravljenje pljučnic pri otrocih, kakor so sulfapiridini. Uspeh pa je odvisen od pravočasnega začetka s kemoterapijo, kajti v primerih, kjer pričnemo z zdravljenjem ob pravem času, je uspeh mnogo boljši in hitrejši kakor pri protrahiranih primerih.

Dr. M. A.

Okulistika

Dr. E. Bruens: **Prispevek h kemoterapiji gonoblenoreje novorojenčkov** (Klin. Mbl. Augenheilk. B. 105. S. 430—451).

V začetku svojega dela opisuje avtor zgodovino zdravljenja gonoblenoreje. To je obstojalo že od začetka 19. stoletja v temeljitem izpiranju veznične vreče in v lapiziranju bolne veznice. Tudi po odkritju povzročitelja gonoreje po Neisserju se zdravljenje ni bistveno spremenilo. S sistematično profilakso po Credéju (1881.) se je posrečilo zmanjšati število obolenj. Temeljit preobrat pa je nastopil, ko je uvedel l. 1918. Müller zdravljenje z mlečnimi injekcijami. S temi je uspelo obvarovati pred oslepljenjem skoro vsakega bolnika, ki je prišel pravočasno k zdravniku.

Ko so odkrili ugodno delovanje sulfanilamidov na genitalno gonorejo, so začeli uporabljati nekateri te snovi tudi pri gonoblenoreji. Toda kmalu je postalo jasno, da so te snovi za novorojenčke preveč strupene. Uliron in celo manj strupeni Albucid sta pri internem zdravljenju ($3 \times 0'25-0'5$ g Albucida 5 dni zaporedoma) povzročila različno močne intoksikacije.

Zato je poskusil avtor lokalno zdravljenje z raztopino Albucida in je videl presenetljivo dobre uspehe. Že po 24 urah zdravljenja so v večini primerov izginili gonokoki. Zato priporoča naslednje zdravljenje:

1. V prvih 24 urah izpiranje veznične vreče vsake $\frac{1}{4}$ ure s fiziološko raztopino NaCl. Pred vsakim izpiranjem je treba previdno odstraniti pseudomembrane. Drugi dan je lahko izpiranje manj pogosto, posebno če je sekrecija ponehala.

2. Vsake $\frac{1}{2}$ ure vkapati 10% raztopino Albucida in z vestno masažo doseči, da pride zdravilo res do vseh delov veznične vreče. To vkapavanje naj traja 12 ur.

3. Če po 24 urah še niso izginili gonokoki, ponovitev omenjenega vkapavanja, to pot z malo močnejšo (20%) raztopino Albucida.

4. Ko ni več gonokokov, sledi dodatno zdravljenje z izpiranjem veznične vreče vsake 1—3 ure.

Dr. Sl. P.

F. Morganti: **O etiologiji fliktenuloznega konjunktivitisa** (Policlinico infantile št. 8, 1940).

Še danes ni bistvo fliktenuloznega konjunktivitisa povsem dognano. Bolezen tudi še nima enotnega imena. Morax jo imenuje tudi impetiginozni konjunktivitis, Fuchs ekcematozni, drugi avtorji skrofulozni ali limfatični konjunktivitis.

Za to vrsto konjunktivitisa obolijo predvsem otroci in mladi ljudje (od 5. do 20. leta), najčešče po ošpicah, škrlatinki in oslovskem kašlju, lahko pa se pojavi tudi sam po sebi. Nasplošno obolijo predvsem otroci, ki so slabo prehranjevani in to največ v obdobjih med aprilom in junijem, recidivirajo pa fliktenulozni konjunktivitisi najbolj med januarjem in marcem.

Obolijo ponajveč otroci iz revnih slojev, ki žive v slabih higienskih prilikah, ki so blede, slabo hranjeni, imajo povečane vratne bezgavke, so nahodni in imajo okvarjeno kožo ob nosnicah, ekceme in impetiginozna obolenja. Vendar pa lahko obolijo tudi na videz povsem zdravi.

Bolezniški znaki so funkcionalni in objektivni. Funkcionalni znaki niso jasni, dokler so fliktene samo na veznici, čim pa preidejo na roženico, so za bolnike jako neugodni. Otroci dobe tedaj prav posebno držo, iz katere same si že lahko nasnujemo diagnozo: boje se svetlobe, oči se jim solzijo in imajo sklonjeno glavo, drže si roke pred očmi in mežikajo. Glavni objektivni znak so tako zvane fliktene, ki so za obolenje najbolj značilne.

V nadaljnjem navaja pisec nazore mnogih avtorjev o vzrokih fliktenuloznega konjunktivitisa. Večji del pripisuje veliko važnost tuberkulozi (Marfan, Weekers, Schieck, Colomba). Nekateri trdijo naravnost, da tuberkulozni bacili ali toksini povzročajo fliktenulozni konjunktivitis; drugi pa, in ti so v večini, so mnenja, da tuberkuloza stvarja le alergično podlago, na kateri lahko najrazličnejši drugi vzroki povzročijo bolezen. V ta namen so preiskovali radiološko, delali so kožne tuberkulinske reakcije, skušali so precepiti fliktene na oči raznih živali, iskali so tuberkulozних bacilov v fliktenah, kar pa doslej še nikomur ni uspelo.

Drugi avtorji nasprotno (Coverdale, Lian, Mariotti) dajejo fliktenulozni konjunktivitis v vzročno zvezo z bolezenskimi legli v tonzilah, z gnojnimi klicami, z motnjami v prehrani, autointoksikacijami iz črevesja, avitaminoznimi stanji, z razdraženjem simpatikusa radi vnetnih procesov v žrelu in na nosni sluznici; razlagajo si jih kot motnje v endokrinem ravnotežju, kot posledico toksinov, ki jih oddajajo kožni ali črevesni paraziti.

Tudi avtor si je ustvaril na podlagi lastnih opažanj svoj pogled na etiologijo fliktenuloznega konjunktivitisa. Velik pomen pripisuje konstituciji, zlasti eksudativno-limfatični diatezi. Večina otrok, ki jih je imel priliko opazovati, je bila pastoznega habitusa in hranjena večinoma z močnatimi jedmi, ki so glavna hrana revnim ljudem. Avitaminoz, impetiginoznih obolenj, tonzilitisov, rinoфарингитisov ni imel prilike videti v vzročni zvezi. Z ozirom na tuberkulozo je dognal le v 30% parahilarne infiltrate, iliakalne in traheo-bronhialne adenopatije. Tuberkulinske kožne reakcije so bile pozitivne v 56% vseh primerov. Ta odstotek je pa nizek v primeri z odstotki, ki so navedeni v slovstvu.

Tuberkulinske reakcije imajo velik pomen le v ranem detinstvu, ker so pozitivne v mnogih primerih tudi za časa aktivnih tuberkulozних procesov. V kasnejši dobi postajajo bolj in bolj pozitivne, pa tudi manj povedo. Nobécourt in Briskas sta našla sledeče odstotke pozitivnih tuberkulinskih reakcij v razni starosti: od 0—2 let v 6%, od 2—6 let ca. 30%, od 6—10 let ca. 45%, od 10—15 let ca. 65% pozitivnih tuberkulinskih reakcij.

Dasi so otroci z eksudativno-limfatično naravo najbolj dovzetni za fliktenulozni konjunktivitis, vendar ne smemo že te njihove narave same po sebi smatrati za tuberkulozno, če so tuberkulinske reakcije negativne. Tudi ni tuberkuloza sama »primum movens« fliktenuloznega konjunktivitisa. Verjetnejša je misel, da nastane bolezen radi tega, ker je organizem hiperergičen za različne dražljaje: mehanične, kemijske, infekcijske in to predvsem pri eksudativno-limfatični konstituciji. Poleg humoralnih vzrokov so važni tudi alimentacijski, zlasti enostranska prehrana.

Eksudativno-limfatično naravo devajo v vzročno zvezo z močnato prehrano, ki je glavna hrana revnih otrok. Barret je opazil, da se pri teh otrocih fliktenulozni konjunktivitis hitro ozdravi, če jim dajemo izključeno mesno hrano. Do sličnih zaključkov sta prišla tudi Goldenburg in Harman.

Avtor zaključuje svoj članek z mnenjem, da je fliktenulozni konjunktivitis predvsem obolenje eksudativno-limfatičnih, lahko tudi samo limfatičnih otrok, ki so hranjeni v glavnem z močnatimi jedmi in da je pri njih bolezen le svojstvena reakcija veznice na različne dražljaje.

Dr. M. M.

Zobozdravništvo

I. Čupar: Klinična ocena odontogene žariščne infekcije (Lij. Vjes. št. 10, 1940).

Hunterjev nauk iz leta 1910., da imajo stomatogena bolezenska legla veliko važnost, ni več znanstvena zabloda, kakor ga je navzal Schottmüller. Žariščna infekcija je danes važno poglavje v okviru nauka o infekciji sploh. Čeprav stvar še ni ugotovljena do vseh potankosti, je to vprašanje dandanes prav tako aktualno kakor v Hunterjevem času.

V kompleksu nerešenih vprašanj je najvažnejše, iz katerega odontogenega legla lahko pride do nekih obolenj. Kakšna so ta legla? To so periapikalna legla, tako zvani granulomi in paradentalna legla, vključena v pojem paradentozе. Omeniti pa je treba še tako zvane mrtve zobe, ki rentgenološko v periapikalnem predelu ne kažejo nikakih patoloških sprememb.

Pri periapikalnih leglih in mrtvih zobeh nastane infekcija na podlagi zobne gnilobe, pri kateri prodirajo klice skozi zobni kanal v zobni koren in v paradentalno tkivo. Paradentalna legla pa nastajajo radi prodiranja klic iz ustne votline naravnost v paradentalno tkivo.

Kakor kažejo klinične izkušnje, so med vsemi odontogenimi legli najvažnejši granulomi. Granulom je obrambna reakcija organizma proti invaziji klic iz zobnega kanala. Patološko dogajanje v periapikalnem predelu je зависno od virulence klic in sposobnosti reagiranja periodontiuma in vsega organizma. Zato je histološka slika periapikalnega legla različna. Enkrat vidimo granulacijsko tkivo z mnogimi stanicami in z regresivnimi pojavi. Drugič vidimo infiltracijo in uničevanje periodontiuma vse do kostnega mozga, kjer nastajajo abscesi. Tretjič vidimo ostro omejen granulom iz vezivnega tkiva brez nagiba k infiltraciji. Če pa so v granulom vključene epitelialne stanice, lahko iz njih nastanejo epitelialne ciste. Ker je torej histološki substrat granulomov tako raznolik, je torej tudi različna etiološka važnost posameznih oblik granulomov za razna obolenja.

V zvezi s histološkim ustrojem se menja tudi bakteriološki izvid. Večina avtorjev je našla pri granulomih infekciji v 100% in da sploh ni tako zvanih sterilnih granulomov (Weber, Pesch, Huttner), ki so jih drugi avtorji zasledili v večji ali manjši meri (Provell, Stickl, Stein).

Mikroflora v periapikalnih leglih je iz klic, ki jih dobimo v ustni votlini. To so predvsem streptokoki (s. viridans, s. mucosus, redkeje s. haemoliticus) in v manjši meri stafilokoki. Torej tudi z ozirom na bakteriološki izid ne moremo dajati vseh granulomov v eno vrsto.

Običajno zanemarjamo važnost paradentalnih legel za izvor infekcije, kar pa ni upravičeno, ker obrobni gingivitis in parodontitis kasneje vendarle prodro v globino. Ker pa je periodontium tesno zvezan z alveolarno kostjo, preide vnetni proces tudi na samo kost. Ko pride gnojenje do gingivalne vrečice, zadobi vnetje destruktivni videz in uničuje vezivna vlakna periodontalnega sistema, stvarja granulacijsko tkivo in ostitis, ki jako rareficira kost v okolici. Mikroflora je slična oni, ki jo najdemo v granulomih. Radi vsega tega paradentalnih infekcij nikakor ne smemo devati v nič.

Za tako zvane mrtve zobe, pri katerih rentgenološko ne najdemo sprememb, velja isto, kakor za paradentalna legla. Pulpa je vnetna in nekrotična, v njej so dokazali klice, katerih virulenca pa ne more v mrtvem prostoru zobnega kanala priti do veljave. Ko pa uspe klicam, da prodro v periodentalni prostor, lahko pride do obče infekcije organizma.

Vso pozornost pri kliničnem ocenjevanju odontogenih bolezenskih legel moramo posvetiti diagnozi.

Lokalni izvid pri periapikalnih leglih je večinoma zelo majhen. V glavnem so ta legla kronična in latentna in jih rentgenološko le slučajno najdemo. Pri paradentalnih

leglih pa je lokalni izvid večinoma jasen. Za pravilno diagnozo pa je v vseh primerih vsekakor potrebna rentgenska slika, ki pa sama po sebi še ni dovolj, da z gotovostjo doženemo odontogeno infekcijo. Odontogena legla vidimo na sliki kakor apikalne rezorptivne sence ali pa kakor paradentalne razširitve periodontalnega prostora. Take in slične spremembe na rentgenski sliki vidimo tudi, če je naša terapija zobnega korena povzročila reakcijo v periodontiumu (devitalizacija zob z arsenom ali paraformaldehidom, polnjenje korena itd). Razširitev periodontalnega prostora lahko nastane tudi pod popolnoma fiziološkimi okolnostmi n. pr. pri nepopolnem zobovju, pri katerem funkcionalne prilike povzročijo resorbtivne spremembe v periodontalnem tkivu poedinih zob. Če hočemo razbrati iz rentgenske slike pravilno, kaj je bolnega, moramo gledati zob v celoti. Če je pulpa neokvarjena, potem ne more biti periapikalna senca nikdar posledica vnetnega infekcijskega procesa.

Za pravo diagnozo so se posluževali nekih pripomočkov, tako morfološkega pregleda krvi. Toren trdi, da je značilna sekundarna anemija, leukopenija in limfocitoza, vendar so pa novejša raziskovanja ovrgla to trditev. Tudi krvna sedimentacija, bakteriološki pregled krvi, serološke in intrakutane reakcije še niso s pridom uporabljivi pripomočki za točno diagnozo. Tako, da še danes ni zanesljivega kriterija, na podlagi katerega bi z gotovostjo lahko trdili, da je odontogeno leglo povzročitelj kakšnega obolenja, pri čemer pa važnost odontogene infekcije ni nič manjša. Izgleda, da ima dokaz ex iuvantibus še največjo praktično vrednost. Mnogokrat namreč pride po radikalnem zdravljenju ustne dupline do ozdravljenja nekih bolezni. Na noben način pa ni dopustno, da v primerih, kjer ni jasnih vzrokov bolezni, brez kritike iščemo »fokus« v odontogenih leglih.

Da odstranimo odontogena legla, imamo več terapevtskih metod. Lahko konservativno zdravimo zobni koren, za kar pa se držimo le strogo odmerjenih indikacij. Boljše uspehe dobimo z resekcijo zobnega korena, vendar pa je še najsigurnejše, če dotični zob izderemo. Za to radikalno metodo, kjer odstranjujemo šestokrat po več zob hkrati, se pa moramo le s previdnostjo odločiti, tako na primer pri raznih subfebrilnih stanjih brez objektivnih sprememb v drugih organih, pri težkih septičnih infekcijah, nefritisih, endokarditisih, revmatizmu itd. Le takrat je naša dolžnost, da ne rešujemo zoba kot organa, temveč da zdravimo oboleli organizem. Vsekakor je pa v takih primerih treba tesnega sodelovanja med zobozdravnikom in internistom. Dr. A. A.

Rentgenologija

E. Vogt: Pomen rentgenske diagnostike in terapije pri novorojenčkih (Med. Klin. št. 25, 1940).

Tudi v praksi bi morali in ne samo na klinikah, mnogo bolj uporabljati rentgensko diagnostiko in zdravljenje pri novorojenčkih. Marsikdaj si lahko pravočasno razložimo obolenje pri novorojenčku le s pomočjo rentgenske slike in le takrat lahko pričnemo pravočasno s kausalnim zdravljenjem. Pravilna rentgenska diagnostika je dobršen doprinos k pobijanju smrtnosti novorojenčkov.

Pri porodnih poškodbah novorojenčka se s pridom poslužujemo rentgenske slike. Kefalhematom, ki sicer ozdravi na konzervativno zdravljenje, rentgeniziramo takrat, če se ne resorbira v primernem času. Tej zakasnitvi je večinoma vzrok stvarjanje kosti v hematomu, ki pa nikdar ne povzroča večjih deformacij na lobanjskih kosteh. Poškodbe reber pri porodu so sicer redek pojav po težjih obratih in ekstrakcijah, vendar so nevarne, ker lahko poškodujejo pljuča in stvarjajo podkožni emfizem. Zato jih moramo diagnosticirati pravočasno, kar nam omogoča rentgenska slika. Če ima novorojenček caput obstipum, je vedno dobro, če pregledamo vratna vretenca rentgenološko, ker često naletimo na spremembe, ki silijo novorojenčka,

da drži glavo postrani. Vidimo dvojno zasnovi II. cervikalnega vretenca ali samo njegove polovice, asimetrični razvoj lateralne mase atlasa, manjkanje posameznih sestavnih delov vretenca in njihovo medsebojno spojitve itd.

Tudi preden postavimo diagnozo obstetrikalne paralize, moramo vedno rentgenološko pregledati dotično ekstremiteto, če ni mogoče otrp radi epifiziolize, distorzije ali frakture v ramenskem sklepu.

Vse kostne poškodbe pri porodu zahtevajo rentgensko sliko. Frakture lobanjskih kosti vidimo predvsem na terenici in čelnici, poškodbe na bazi lobanje dokažemo težje, ker novorojenčki večinoma umro radi krvavitev v medulo oblongato. Prelom ključnice je najčešča poškodba kosti pri novorojenčku. Rentgenska slika jo jasno pokaže. Često vidimo tudi subluksacijo klavikule v sternoklavikularnem sklepu.

Tudi prelomi nadlehtnice so pri težkih porodih pogosti. Večinoma so ti prelomi prečni. Važno je, da rentgenološko vidimo, kako stoje fragmenti in da pravočasno preprečimo okvare živčnih pleksusov. Diferencialno diagnozo med epifiziolizo na glavičnem humerusa, luksacijo v ramenskem sklepu in okvaro živčnih pleksusov vedno odloči rentgenska slika. Tudi vse prelome na podlehiti in na bedru moramo kontrolirati rentgenološko.

Poškodbe hrbtenice pri porodu so sicer redke, so pa večinoma težke in jih opazujemo zlasti po težkih ekstrakcijah. Med vratnimi vretenci je oškodovano najčešče VI., med prsnimi III. Posledice so po navadi za novorojenčka smrtno radi krvavitev v hrbtenični kanal. Prognoza hrbteničnih poškodb je vedno slaba.

Radi ekstrakcije v zadnjični legi lahko nastanejo poškodbe sakroiliakalnega sklepa. Lahko jih prezremo, ker smo po težkih ekstrakcijah vedno navajeni pregledovati podkolenske in nadkolenske kosti, na medenico pa smo pozabili. Jasno tudi vidimo multiple prelome kosti, ki so nastali v nosečnosti radi fetalnega rahitisa, slabe okostenitve ali luesa.

Morbus Hirschsprung kakor tudi druge nakaznosti debelega črevesa dokazujemo s kontrastnim sredstvom. Tudi akutni difuzni peritonitis v poteku sepse daje značilno rentgensko sliko: črevesje je napihnjeno in napeto, prepona je privzdignjena, vidimo jasne nivoje v posameznih črevesnih vijugah.

Kongenitalne diafragmatične hernije in druge iznakaženosti v prsnem košu so čestokrat vzrok nejasnim asfikičnim stanjem pri novorojenčkih. Iskati jih moramo rentgenološko, ker le tako lahko dokažemo težke prirojene spremembe v prsni ali trebušni votlini še za časa življenja. Tudi situs viscerum inversus, zlasti v trebušni votlini, daje značilne rentgenske slike.

Hiperplastični timus lahko točno dokažemo le z rentgensko sliko. Težko ga perkutiramo in tudi tipamo ga le takrat, kadar ga lahko natipamo v jugulumu. Pri vsakem stridorju novorojenčka moramo napraviti sliko toraksa, ki pa jo je včasih težko čitati (Feer). Zamenjamo jo lahko z normalno senco timusa zlasti pri defleksijskih legah. Timusova senca je le takrat patološko povečana, če je sicer vzporedna s hrbteničnim robom, toda ga presega in prekriva deloma tudi srčno senco. Poleg kirurškega zdravljenja hiperplastičnega timusa (timektomija, eksopeksija) je uspešno konservativno zdravljenje z obsevanjem z rentgenskimi žarki, približno z 10% kožne eritemske doze.

Bronhopneumonije so česta bolezen novorojenčkov. Jasno jih dokažemo rentgenološko; njihove sence pa niso nikdar povsem masivne in homogene, zabrisane so in koprenaste. Pljuča izgledajo kakor mozaik in imajo marmornast videz. Pomisliti moramo pri taki sliki tudi na atalektaze, tumorje, spačke, zastoj, pneumotoraks in pleuralne izlive. Pleuritis je pri dojenčkih redkokdaj samostojno obolenje, naj-

FERRIPAN

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

PROTI ANEMIJI

U G O D E N O K U S ! N I Z K E C E N E !

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'—

NOVO-TROPON

organo-lipoidni

TONIKUM

ZA ŽIVCE

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

MICTASOL

**Urinarni antiseptikum, dekongestivum male medenice, sedativum
spolnih organov.**

Cystitis, urethritis, prostatitis, metritis, adnexitis, retentio et incontinentia urinae

Zavoj s 50 tabletami din 45'—

Škatla z 10 supozitoriji din 50'—

ANACLASINE

Antianafilaktikum, posebno pri digestivni anafilaksiji.

Kombinacija 20 različnih peptonov iz hrane z magnezijevimi solmi in hiposulfiti.

Granulat tablete granulat pro infantibus
din 60'— din 50'— din 48'—

Glavno zastopstvo: MARA FARM, Beograd, Zagrebačka 3

Važno opozorilo gospodom zdravnikom:

Podpisana Apotekarska komora, sekcija za Dravsko banovino v Ljubljani, vljudno naproša vse gg. zdravnike, naj predpisujejo spodaj navedena zdravila le v najnujnejših primerih ter po možnosti v čim manjših količinah, ker so zaloge teh medikamentov v naši državi že skoro izčrpane in radi svetovnih razmer ni izgleda, da bi se mogle v doglednem času obnoviti.

Adeps lanae in derivati (Eucerin, Hydrolan)
Aloes in toto et pulv.
Atropinum methyl-nitratum
Benzoe resina
Cannabis ind. extract. et herba *
Cardamomum fructus
Cetaceum
Chinae cortex
Cinnamomi cortex
Crocus sativus in toto et pulv.
Eucerin
Hydrolan
Ipecacuanhae radix
Manna cannulata
Myrrhae gummiresina
Oleum jecoris aselli (prosimo predpisati samo po 100 g) *
Resinae in gummiresinae v splošnem
Sarsaparilla radix
Senegae radix
Senna folium in folliculi
Strychnos nux vomica semen
Strophantus semen
Santoninum *
Calmitol *

Opomba: Podčrtani medikamenti so v zalogi samo še v posameznih lekarnah (zaloge veledrogerij so izčrpane *). — Nadaljnje spremembe si Vam bomo dovolili pravočasno javiti.

Apotekarska Komora Kraljevine Jugoslavije
Sekcija za Dravsko banovino v Ljubljani

*Pri anemiji v otroški
dobi zdravljenje z
železom in bakrom*

z

ARTOSE



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

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

Steklenica s ca. 100 g 38— din

Gospod tovariš!

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

S tem koristite sebi in svojemu glasilu!



NAZNANILO OTVORITVE!

*Vljudno naznanjam, da sem otvoril v Ljubljani, TYRŠEVA C. 15
(kavarna Evropa) v novem sodobno opremljenem lokalu*

BANDAŽNO-ORTOPEDSKI OBRAT „ORTOPEDIJA“

Kot bivši dolgoletni sodelavec Državne protezne delavnice, so lastnik tvrdke R. Ahčin, sem najtesneje sodeloval v vsem povojnem razvoju ortopedske stroke. Obiskal sem razne ortopedske inštitucije, kakor na Dunaju, Berlinu, Milanu, Parizu itd. ter spoznal vse novejšje tehnične pridobitve v tej stroki tako, da morem strokovnjaško in vsem zahtevam sodobnosti ustrezajoče zadostiti vsakovrstnim naročilom, za katera se najvljudneje priporočam.



Izdeloval bom ter imel v zalogi:

- Proteze vsakovrstne v lesu, usnju in lahkem materialu
- Bandaže trebušni pasovi za povešen trebuh ali želodec, porodni, za ojačenje trebušne stene po operaciji, dalje vsakovrstni kilni pasovi, suspenzoriji
- Ortopedski aparati oporni, redrecijski, za O ali X noge, stezniki, ravnodržalci itd.
- Vložki za ploske noge navadni, po modelu, po dr. Spitzlju za otroke, po zdravnikovem navodilu za vsako nogo
- Sanitarne potrebščine nosila, oporne palice (bergle), vata, obveze, žepne lekarne
- Higienske potrebščine termofori, zračne blazine, vrečice za led, irigatorji, pasovi za dame in mesečne obveze, razna gumi, platna, brizgalke, nogavice itd.
- Zdravniške potrebščine inštrumentarij najboljših tovarn, poniklan ali rje prost

Sprejemal bom vsa tozadevna dela v popravilo, brušenje, poniklanje ali kromanje.

LAMPIČ POLDE, Ljubljana, Tyrševa cesta 15

Telefon šte. 21-63

(Palača kavarne „Evropa“)

večkrat je posledica težkih gripoznih infekcij. Njegov jasen razvoj in potek vidimo le na rentgenski sliki.

Prirojena golša povzroča pri novorojenčku izrazito asfiksijo. Vedno moramo pogledati rentgenološko, v koliko je sapnik stisnjen, da vemo, ali je to stisnjenje vzrok nevarnemu stridorju pri novorojenčku in mu tudi onemogoča pitje.

Edino prirojenih srčnih napak nam rentgenska slika ne more pojasniti, ker iz oblike srčne sence ne moremo sklepati na posamezne vrste srčnih napak in tudi ne na njihovo prognozo.

Prirojeno hidronefrozo in cistične ledvice lahko pri novorojenčku rentgenološko dokažemo in tudi lahko omejimo napram želodcu in črevesju.

Dermoid na jajčnikih je najpogostejši prirojeni ovarialni tumor. Tudi tu napravimo rentgensko sliko, ker često najdemo v tumorju kostne in zobne tvorbe.

Tudi vsako meningokelo in encefalokelo, spino bifido in skrito spino bifido si razjasnimo z rentgensko sliko. Kifoza, skolioza, pectus carinatum, defekte na ekstremitetah, poli-, sin- in oligodaktilijo, pes ekvinus in druge spremembe na skeletu novorojenčka nam točno pokaže rentgenska slika.

Pri vsakem sumu na kongenitalno luksacijo v kolku moramo slikati kolčni sklep, čeprav pri novorojenčku šestokrat slika ni jasna. Sliko ponovimo ob letu, ko je stvarjanje kosti dovolj napredovalo, da vidimo jasno vse nepravilnosti v sklepu.

Tudi mehko lobanjo, luknjičasto lobanjo, fetalno hondrodistrofijo, imperfektno osteogenozo, nanosomijo, miksedomatoznost, kleidokranialno disostozo, eksostoze, ekhondroze in sakralne tumorje moramo slikati že pri novorojenčku radi pravilne diagnoze in prognoze ter radi kasnejših operacij ali drugačnega zdravljenja. Dr. M. Avčin.

Iz zdravniških društev

Obvestilo o ustanovitvi pediatrične sekcije

Pod okriljem Slovenskega zdravniškega društva nameravamo osnovati pediatrično sekcijo. Tiste gg. kolege, ki se zanimajo za otroško medicino in za otroško skrbstvo in ki doslej še niso dobili ustmenega ali pismenega povabila, vljudno prosimo, da blagovolijo priglasiti svoj pristop na naslov: Prim. dr. Derž Bogdan, Ljubljana, Otroška bolnica, da jih pripravljalni odbor lahko pravočasno obvesti o ustanovni seji, ki bo v pričetku januarja l. 1941.

Znanstveni sestanek v Ban. splošni bolnici v Mariboru

dne 18. oktobra 1940.

Dr. M. Černič: Primer appendicitisa s smrtnim izidom.

Predavatelj pokaže 57letnika, ki postaja žrtev vnetega slepiča (čez 5 dni smrt — podatki vse do smrti). Bolnik, prišedši peš s kolodvora, je povedal, da ima 4 dni bolečine na desni spodnji strani trebuha. Pri preiskavi je predavatelj ugotovil v desni lakotnici več kot za moško pest veliko, gladko, skoro popolnoma nebolečo, fluktuirajočo bulo; žile 84; abscessus perityphliticus. Napotil ga je v bolnico in odredil konservativno zdravljenje. Čez 14 dni bolečine v trebuhu, vročina in žila sta rasli, tresla ga je mrzlica, vsled tega incizija, pri kateri pa ni našel gnoja, marveč zgolj vneto bulo. Tampon v rano, ki začne v par dneh gnojno secernirati. 12. dan po operaciji znova mrzlica,

vidno propadanje, levkocitov 19.800, v seči nekoliko beljakovine, v sečni usedlini poleg drugega številni eritrociti, na trebuhu nikake spremembe. Vsled hiranja ponudijo sorodniki pretok krvi, katere dobi 500 cm³. Drugi dan tretjič napadi mrzlice, tretji dan smrt. Sekcija (prosektor dr. Kušar) dožene bistveno: »necrosis parva in regione partis caudalis appendicis et induratio inflammatoria peri — et praecipue retrocecalis. Abscessus multiplices partis subdiaphragmaticae lobi dextri hepatis. Sepsis. Splenitis subacuta. Inflammationes multiplices renum metastaticae nondum abscedentes.«

Primer je važen. Pri preko petdesetletnikih je vnetje slepiča sicer redko, pa tem nevarnejše. Če ni diagnoza in operacija čim prejšnja, je katastrofa neogibna. Predavatelj se spominja v zadnjih letih dveh bolnikov, ki sta oba morala v prerani grob. — Ponekod imajo še zmirom navado, da operirajo vnetega slepiča samo, če pride v prvih 48 urah na mizo, drugače čakajo, da se vnetje unese. Kako nesigurno je časovno merilo, ki ga dajo bolniki, je bilo videti v tem primeru: predavatelju je rekel, da je bolan 4 dni, zdravniku v bolnici, da teden dni, zdravnik, ki ga je napolil v bolnico, je povedal, da je bil bolan več kot teden dni in da je ves čas delal, celó na polju. — Razpoznava med peritiflitičnim abscesom in akutnim eksudatom je očita: tam bula, neboleča, jasno omejena, žila in vročina normalna, tu bula v svoji razsežnosti nedoločena, boleča, trebuh napet, vročina okoli 39°, žila okoli 120. — Napadi mrzlice so oznanjali sepsó, število levkocitov gnojenje, ki ga je pokazala sekcija v jetrih, eritrociti v vodi pa krvavitve v ledvicah. — Terapevtično so bile poskušene vse, tudi najmodernejše metode — zaman! Če bi bil bolnik prišel pravočasno na operacijsko mizo, bi ga bila rešila preprosta apendektomija.

Dr. S. Lutman: **Purpura haemorrhagica.** (Predavanje bo izšlo kasneje v celoti.)

Dr. V. Kerže: **Epiphysiolysis radii.**

Dr. V. Kerže: **Fractura antibrachii.**

Dr. J. Žitnik: **Ca mammae sin.** 45letna žena je zbolela pred 3 meseci. Začelo jo je boleti v levi nadključni jamici. Mesec za tem je zapazila na levi dojki za kurje jajce veliko bulo. Teden dni za tem so jo začele boleti bezgavke v levi pazduhi. Leva dojka za spoznanje manjša od desne. Bradavica leve dojke v isti višini kakor desna in ni sfrknjena. V zunanjem spodnjem kvadrantu za kurje jajce velik, trd neboleč tumor, koža nad njim slabo premakljiva. Na bazi premakljiva. Zleze v levi pazduhi in v levi nadključni jamici povečane, trde, boleče. Pacientka je subfebrilna.

Če kritično premotrimo znake, ki jih opažamo v tem primeru, najdemo naslednje: Leva bradavica je v isti višini kot desna in ni sfrknjena. Pri karcinomu dojke pa stoji navadno višje kakor zdrava in je sfrknjena. Bezgavke v pazduhi in nad ključnico so povečane, trde in boleče. Bolečnost bolj govori za vnetni proces, kakor za maligni tumor. Pacientka je ves čas subfebrilna, kar priča bolj za vnetni proces. Za malignost tumorja govori tumor sam in bezgavke, v kolikor ne bi bile boleče. Bezgavke same so namreč pri malignih tumorjih trde in povečane, niso pa boleče. Histološka preiskava je dognala: *Carcinoma mammae simplex.*

Dr. J. Žitnik: **Sekundarni traumatični osteomyelitis.** 9letno deklico je pred tremi dnevi pri kopanju pičila muha v desno golen. Pri operaciji flegmone desne goleni je bila tibia makroskopsko še popolnoma intaktna. 14 dni za tem pa je rentgenološka slika pokazala osteomyelitis desne tibije s sekvestrom.

Dr. J. Benčan: **Teratoma ovarii permagnum.** Predavatelj pokaže ogromen dobro inkapsuliran nezrel teratom ovarija, ki je že močno kanceriziran. Ob tej priliki govori o tumorjih ovarijev in o diagnostičnih težavah, ki jih včasih povzročajo.

Dr. B. Skalicky: **Hydrops foetus et placentae congenitus.** (Predavanje bo izšlo kasneje v celoti.)

Dr. V. Kušar: **Linitis plastica.** (Predavanje bo izšlo kasneje v celoti.)

Strokovni sestanek Jug. kir. društva, sekcija Ljubljana

dne 10. decembra 1940. v predavalnici Drž. bolnice za ženske bolezni v Ljubljani

Predsednik: dr. L. Ješe

Zapisnikar: dr. F. Novak

Dr. P. Lunaček: **O bolečih popadkih in spazmih raztegljivega dela maternice.** (Nadaljevanje.) Predavanje bo izšlo v celoti kasneje.

Dr. V. Trampuž: **Hiperemesis gravidarum.**

Predavatelj poroča o 100 pacientkah s hiperemizo v nosečnosti, ki so se zdravile zadnjih 6 let v ljubljanski ženski bolnici. Letno se je zdravilo povprečno 16 žena. Od teh je bilo 43% primipar in 57% multipar. Največ pacientk je bilo 2 in 3 mesece nosečih. Približno 70% bolnic je živelo v slabih socialnih razmerah, 30% je bilo bolje situiranih. Pri 6 pacientkah smo morali prekiniti nosečnost. Ena je spontano splavila. Ena pacientka je umrla kljub arteficialnemu abortusu. Vse ostale so nehale bruhati povprečno 5. dan po prihodu v bolnico. Pacientke, pri katerih je bil izvršen arteficialni abortus, in tista, ki je spontano splavila, so nehale bruhati takoj po splavu. Pred prihodom v bolnico so pacientke doma bruhalo povprečno od 1 tedna do 3 mesecev. Žene, pri katerih je bil potreben arteficialni abortus, so doma bruhalo najmanj 14 dni. Na demonstrirani krivulji frekvence po mesecih lahko ugotovimo najnižjo frekvenco začetka bolezni meseca septembra, nato pa od decembra do maja dviganje števila obolenj. Temu sledi padanje frekvence do septembra. Te razlike v frekvenci si lahko razlagamo z izpreminjanjem kvalitete hrane s posebnim ozirom na vitamine, ker se vedno bolj uveljavlja mnenje, da je v patogenezi hiperemeze zelo važen faktor avitaminoza, oziroma hipovitaminoza. Vpliv meteoroloških faktorjev lahko tudi deloma upoštevamo.

Terapija je v prvi vrsti pri vseh pacientkah: post in rektalna prehrana. Pri 18 pacientkah je že samo to zadostovalo. Pri ostalih smo dajali še insulin, subkut. infuzije, fiziol. raztopine Natr. chlor., glukozo i. v., vitaminske preparate, avtohaimo.

Iz tega pregleda lahko sklepamo sledeče:

1. Dejstvo, da v večini primerov že s samo spremembo okolice in z zelo enostavnimi sredstvi (rektalna prehrana, infuzije, insulin itd.) dosežemo lepe uspehe, opravičuje zahtevo, da se ženske s hiperemizo ne zdravijo predolgo doma. Naše izkušnje nas namreč uče, da je bilo vseh 7 pacientk, kjer je bila prekinjena nosečnost, doma bolnih 14 in več dni. Ker žene v bolnici povprečno že po 5 dnevih nehajo bruhati, je zelo verjetno, da bi bili uspehi še boljši, če bi prišle v bolnico že po prvem tednu bolehanja.

2. Velika verjetnost, da so v genezi hiperemeze razen psihičnih vplivov važni tudi vitamini, nas opravičuje, da pričakujemo od profilakse (reguliranje prehrane in sploh skrbi za noseče) zmanjšanje mortalitete in izboljšanje terapevtskih rezultatov. V tem mnenju nas podpira tudi dejstvo, da je večina pacientk živela v slabih socialnih razmerah.

Dr. V. Lavrič: **Ovarialni tumorji in materinstvo.**

Predavatelj omenja v uvodu, da je diagnoza ovarialnih tumorjev v drugi polovici nosečnosti in med porodom težka. Nato se bavi z vprašanjem, kdaj in na kakšen način operiramo ovarialne tumorje v nosečnosti, med porodom in v otroški postelji.

Sledi demonstracija primera torkvirane parovarialne ciste na desni strani v 5. mesecu nosečnosti. Pri laparotomiji smo ekstirpirali le tumor, dočim se je dal desni ovarij ohraniti. Žena je nosila po operaciji nemoteno dalje.

V drugem primeru smo ugotovili za možko glavo velik cističen tumor med porodom. Ker poroda ni oviral, smo ga pustili pri miru. Ko je otročnica 7. dan vstala,

se je tumor torkviral. Pri laparotomiji smo našli unilokularno cisto desnega ovarija. Ekstirpirali smo desne adnekske. Postoperativni potek je bil b. p.

V tretjem primeru, ki ne spada strogo v obravnavano temo, je distopična leva ledvica, ki je s svojim spodnjim polom molela v medenično votlino, ovirala porod. Glavica ni vstopila tako dolgo, dokler se nam ni posrečilo reponirati ledvice nad mejno žrto. Ko je glavica popolnoma vstopila v medenično votlino, smo v interesu otroka s forcepsom končali porod. Puerperij je bil b. p. Pacientki je naročeno, da se vrne čez dva meseca radi daljnjega zdravljenja.

Drobiž

Nastopna predavanja novoimenovanih profesorjev ljubljanske medicinske fakultete so se vršila dne 16. novembra 1940. v zbornični dvorani univerze. Predavali so prof. dr. F. H r i b a r: »Marasmus senilis«, prof. dr. K. L u š i c k y: »Moderne smeri interne medicine« in prof. dr. B. L a v r i č: »Sodobne diagn. metode v kirurgiji«.

Na Dunaju je umrl prof. Wenckebach, bivši vodja interne klinike.

Nesreča v smislu delavskega zavarovanja. Minister za socialno politiko in ljudsko zdravje je predpisal naredbo o razširitvi odškodnine za nesrečne primere po zakonu o zavarovanju delavcev. Čl. 1. Kot nesrečen primer velja v smislu odst. 4., čl. 84. zakona o zavarovanju delavcev tudi kronično zastrupljenje z manganom in njegovimi spojinami. Uredba je objavljena v »Službenih novinah« in je stopila že v veljavo.

Plenarna seja Zveze zdravniških zbornic je bila v Sarajevu. Predsedoval ji je dr. Dušan Popović iz Beograda, prisotni pa so bili zastopniki vseh zdravniških zbornic v državi. Na seji so razpravljali o vprašanih sanitetne službe ob vojnem času. Določeno je bilo, da je treba čimprej organizirati sodelovanje med meščansko in vojaško sanitetno službo, da bi bilo možno izvesti čim smotrenejšo celotno ureditev narodne obrambe. Po mišljenju delegatov naj bi pri tem delu sodelovali predstavniki vojaške in civilne sanitetne službe kakor tudi zastopniki vseh vojaških ustanov. V tem smislu so bili izdelani konkretni predlogi, ki bodo sporazumno z medicinskimi fakul-

tetami v Beogradu, Zagrebu in Ljubljani predloženi merodajnim činiteljem.

319 bolnišnic, v katerih je 53.500 bolniških postelj, je sedaj na Madžarskem. To dejstvo sedaj na Madžarskem zelo udarjajo, češ, da so oblasti v zadostni meri skrbele za zdravstveno službo, saj je bilo leta 1921. le 183 bolnišnic, ki so imele 25.000 postelj. Gradijo pa sedaj še tri nove velike bolnišnice.

Po obvestilu zdravstvenega ministrstva USA je izmed 20 milijonov vojaških obveznikov 324.000 inficiranih s luesom.

Židovski zdravniki na Češkem brez prakse. Kakor poroča glasilo čeških zdravnikov »Věstnik českých lékařů«, je ministrstvo za zdravstvo in socialno skrbstvo na temelju protižidovskih uredb odvzelo pravico izvajanja prakse 56 zdravnikov židovske narodnosti. Le 176 zdravnikom je dovoljeno izvajati zdravniško prakso, toda še ti smejo sprejemati samo paciente židovke narodnosti, Zdravniški vestnik pripominja k temu, da se iz številke vidi visoko nesorazmerje med odstotkom židovskega prebivalstva na Češkem in med številom židovskih zdravnikov.

Po ameriških statistikah je nazadovala smrtnost v USA radi tuberkuloze napram letu 1938. (63.677) v letu 1939. na 61.184.

Ameriški zdravniki za Anglijo. Angleško zdravniško društvo poziva ameriške zdravnike, naj se javijo za službo na Angleškem, kjer bodo prevzeli zdravljenje civilnega prebivalstva. Angleški zdravniki so namreč v prvi vrsti na razpolago za pomoč angleški vojski.

Iz uredništva in uprave

S slavnostno številko ob priliki petdesetletnice obstoja samostojnega okulističnega oddelka v Ljubljani zaključujemo XII. letnik Zdravniškega vestnika. Prva številka naslednjega, XIII. letnika bo izšla konec meseca januarja 1941. Njej bomo priložili kazalo za XII. letnik.

Popravi na strani 303. zgoraj plemiški predikat dr. Gregorija Voglarja, ki naj se glasi pravilno ДЕ ВИЗЕНЕКЪ.

OPOZORILO!

Ministrstvo socialne politike in narodnega zdravja
je z rešenjem S. Br. 27905/34

odobrilo proizvodnjo in paketiranje

Rp. „Energina“
lag. orig. à 250 gr.

„ENERGIN-a“
železnega kina preparata,
v steklenicah po 250 gr za „bolniške blagajne“

Zdravilišče in kopališče



Kraljevski dvorski dobavitelj

SLATINA RADENCI

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

Sezona se prične s 1. majem

BOLNIKOM VEDNO PRIPOROČAJTE

Radenske prirodne
MINERALNE VODE



Z RDEČIMI SRCI

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

Tiskarna Merkur

LJUBLJANA, GREGORČIČEVA UL. 23



Tel. 25-52

Lastna knjigovoznica

Vsa dela hitro, lično in po zmerni ceni

Zahtevajte proračune



*Kvalitetna
optika*

Zajec
Dipl. optik

LJUBLJANA
PASAŽA
NEBOTIČNIKA

PROTI KAŠLJU

HITRI IN ZANESLJIVI EKSPEKTORANS

EFETUSIN

SIRUP

„Kaštel“

(Saponini, efedrin, kodein, mentol in gomenol)

Orig. steklenice s 135 g in velike steklenice z 290 g sirupa

Dnevno 3 velike žlice, otroci 3 male žlice

EKSPEKTORANS S KODEINOM IN EFEDRINOM

CODERIN

TABLETE

„Kaštel“

(Alkaloidi ipekakuanhe, kodein in efedrin)

Orig. fiole z 10 ali 20 tabletami

Dnevno 3 do 6 tablet

ANALEPTIKUM IN NOVO MOČNO SREDSTVO PROTI KAŠLJU

TONOKARDIN - NEOKOD

KAPLJICE

„Kaštel“

(Tonokardin in Neokod [dihidrooksideinon])

Orig. stekleničice z 10 ccm solucije

Dnevno 3 do 6 krat po 20 kapljic

 **Kaštel d.d.**

Z a g r e b
