

Poštnina plačana v gotovini.

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA

OŽJI UREDNIŠKI ODBOR

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

Urednik: S. Prevec, Ljubljana, Obča drž. bolnica, V.
Za konzorcij: O. Bajc, Ljubljana, Obča državna bolnica, I.

LETNIK XIII

LJUBLJANA, MAREC 1941

ŠTEV. 3

l **o** **s** **p** **h** **e** **d** **r** **i** **n**
solphedrin

SIRUP

vsebuje: efedrin, kodein, papaverin in herbo timi
zanesljivo sredstvo proti vsakemu kašlju, posebno pertusisu
dnevno 2–3 male žlice, otroci četrt do pol male žlice

l **o** **s** **p** **h** **e** **d** **r** **i** **n**
proscorbin

ČISTI C-VITAMIN

indikacije: c-avitaminoza, krvavitve, neodpornost proti
infekcijam, gravidnost

tablete – ampule à 0,05 – forte à 0,50

Vsebina tretjega zvezka

Dr. B. Derč, dr. M. Svetlič in dr. M. Avčin: Problem otroške bolnice v Ljubljani	89
Dr. V. Milavec: Naš endemski sifilis	97
Fr. Kogoj: O Besnier-Böck-Schaumannovi bolezni in njeni problematiki	101
Dr. B. Skalicky in dr. V. Kušar: Hydrops foetus et placentae universalis	108
Dr. S. Rakovec: Zadnjič k članku dr. R. Kukovca	114
Dr. M. Černič in dr. J. Demšar: Vejališče za naše strokovno besedje in izrazje	114
Bitja in žitja: Dr. I. Oražen	117
Vprašanja — Odgovori	118
Iz zdravniškega slovstva	119
Nove knjige	127
Iz zdravniških društev	128
Drobiž	132
Iz uredništva in uprave	132

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

ADOLF MOSTBECK

ZASTOPNIK MEDICINSKE KNJIGARNE
URBAN & SCHWARZENBERG
BEOGRAD, OBILIČEV VENAC 32/I.

se priporoča gospodom zdravnikom
in dobavlja vso medicinsko literaturo

**najcenejše,
najhitrejšo,
ob ugodnih plačilnih
pogojih**

Hyperaciditas, ulcus



za zdravljenje
simptomatskih težav

za kavzalno zdravljenje
v obliki kur



Kemične tvornice von HEYDEN A. G., Radebeul-Dresden
V Jugoslaviji: Mr. Oto M. JAKSIĆ, ZAGREB, Mažuranića trg 5

Protiv
Kašlja

Dicodid-Tabletten

«Knoll»

Kao sretstvo koje stišava kašalj i
dejstvuje sedativno, Dicodid »Knoll«

daleko je podesniji od Codeina.

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

Vrlo retko uzrokuje opstipaciju.

Rp. Dicodid-Tabletten »Knoll«

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

Cevčice sa 10 tableta po 0,01 g.

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



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

Glavni zastupnik za Jugoslaviju:

Mr. Draško Vilfan, Zagreb, Ilica 204.

ŽIVIJO KRALJ PETER II.!

Gospoda!

Iz vihnih oblakov današnjih zgodovinskih dni je včeraj prodrli žarek sončne svetlobe, ko je prišlo iz Beograda poročilo, da je stopil na prestol Njegovo Veličanstvo kralj Peter II. Nepopisna radost je vzvalovila srca vseh jugoslovanskih državljanov, ko je historični čin z junaško gesto odstranil moro, ki je tiščala naše duše k tlom in je grozila, da nam vzame ono, kar nam je vsem najsvetejše in najdražje, da nam vzame čast svobodnega človeka in državljana.

V kralju Petru II. smo uzrli podobo onih naših slovenskih, srbskih in hrvatskih legendarnih in historičnih junakov, ki so bodisi v narodni poeziji bodisi na krvavih bojnih poljanah s svojo krvjo in svojim duhom pripravljali vstajenje in poveličanje svobodne naše domovine, kraljevine Jugoslavije. V mladem kralju gledamo junaka, ki je in bo z nezlomljivo energijo vodil naše bojne trume, da si ohranimo svobodo, da si ohranimo domove, da rešimo družine, da uničimo vsakogar, ki bi nameraval pogaziti čast naših prednikov in pognati v suženjstvo naše bodoče rodove.

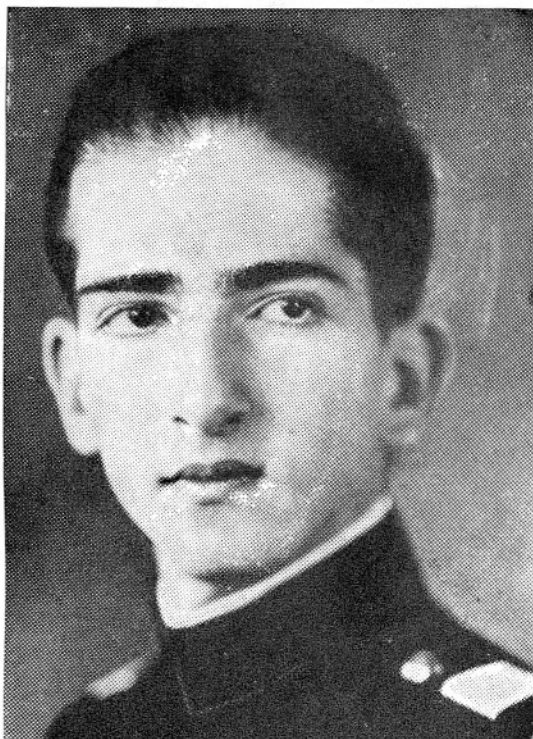
S srcem polnim novega poguma, s telesom, pripravljenim za največje žrtve, in z dušo, prepojeno z željo po svobodi in človeškim dostojanstvom se tudi slovenski zdravniki pridružujemo milijonom jugoslovanskih Srbov, Hrvatov in Slovencev, ki te dni navdušeno poklanjajo pred prestol novega kralja svoje duhovno in materialno imetje, svojo kri in svoje duše.

Svečano izjavljamo svojo granitno voljo, da se pod njegovim vodstvom uvrščamo v rede tistih, ki bodo dali svoje delo in svoje življenje za lepšo bodočnost domovine.

S to sveto prisego se združimo vsi v enodušnem klicu:

Živijo kralj Peter II.!

(Govor prof. dr. A. Zalokarja na sestanku Slovenskega zdravniškega društva dne 28. marca 1941.)



ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA

LETNIK XIII

LJUBLJANA, MAREC 1941

ŠTEV. 3

Iz otroškega oddelka Obče drž. bolnice v Ljubljani (šef dr. B. Derč)

Problem otroške bolnice v Ljubljani*

Dr. Bogdan Derč, dr. Marjan Svetlič, dr. Marij Avčič

Z dvema slikama in enim diagramom

Nekoč smo gledali v bolnem otroku le zmanjšan format odraslega bolnika. Kakor so pač bili bolni odrasli ljudje, tako je bil bolan otrok in nihče ni pomislil, da je pri otrocih bolno vse več kot njihovo svojstveno telo, da je pri malčkih bolno razpoložena tudi njihova svojstvena duša, da je z otroško dušo vred bolan ves otroški svet.

Zavedajmo se, da so šele proti koncu XVIII. in v pričetku XIX. stoletja nastali prvi otroški ambulatoriji in prve bolnice za otroke (v Londonu, v Parizu, na Dunaju, v Budimpešti) ali pa so namesto njih uredili posebne otroške sobe in oddelke v velikih bolnicah n. pr. v Berlinu. Po tem spoznanju, da je treba dati otrokom otroških koticov, svojstvene nege in individualnega zdravljenja, so tudi drugod po svetu pričenjali preurejati bolniške sobe v sobe za male bolnike. Dasi s tem še zdavnaj ni bil rešen in je pri nas še vedno pereč problem v otroški medicini, da se namreč na oddelkih za razne bolezni uredijo otroške sobe, vendar je pa že to razveseljiva dobra volja in razumevanje prirodnega načela, da bolni otroci nikakor ne spadajo med odrasle bolnike, da so svoj svet tudi, kadar so bolni in da ravno takrat zaslužijo posebne nege, vestnosti in skrbnosti, da moramo biti takrat z njimi otroški in otročji.

Prvi zavodi za bolne otroke so bili povečini le bolj hiralnice in pribežališča za zavržene otroke, ki so oboleli večjidel le zaradi svoje slabe socialne preskrbe. Večino drugih obolelih otrok so zdravili tedanji dobri, priljubljeni in čislani domači zdravniki po domovih. Ti otroci so bili v brižni negi svojega doma, kar je bilo mogoče v tedanjih urejenih in nerazrvanih časih. Razumljivo je bilo, da so bile one mrke otroške bolnice vedno strah otrok, strah količkaj dobro situiranih starišev in prav za prav le ustanove, kjer ni bilo dobrodelno poziranje raznih dobrosrčnih mogotnikov ravno postranskega pomena. Nekaj otroških posteljic, na katerih je bil napis onega, ki je zanje volil drobtinico svojega imetja, je stalo po temačnih zgradbah in v njih so si drug drugemu delali prostor bledični hiralčki, kajti smrt je imela med njimi obilno žetev.

Nekaj gnilega je moralo biti tedaj v teh temačnih zavodih, kakor je bil tedaj moralni ventil in predhodnik današnjega kriminalnega abortusa cveteč obrat pretvarjanja drobnih neboglencev v angelce, saj so nekaterim izmed njih prav tako peli ob zibelki: »Kaj pa je tebe treba bilo.« Čeprav visoko moralna,

* Ob priliki ustanovitve pediatrične sekcije Slov. zdravniškega društva.

je tedanja doba dopuščala svojstveno filozofijo, ki je prežela vsega duha otroških zavodov: otroček-hiralec, zavrženec, pa vendar ljubek in nedolžen, zakaj bi iskal svoje podobe po svetu, kjer ni prostora zanj, naj gre raje nedolžen med krilatce. Poslednji poganjki tega čustvenega izrodka še klijo, vendar so po zaslugi modernega mišljenja le še stvar močne roke. Čuden, malo perverzen odtенок človečanstva, pa je vendar bil eden izmed ne ravno zadnjih motivov, da so hekatombe revnih otrok umirale radi infekcij, nepravilne prehrane, nezadostne nege in najrazličnejših hospitalizmov. »Hospitalizmi«, »nozokomializmi« in najrazličnejši »geniusi« so bile zveneče besede, s katerimi je tedanja doba tešila svojo vest in opravičevala izdatke za skromna grobišča teh bednih otrok.

Šele, ko je moderna higiena pričela svojo zmagoslavno pot, ko je moderna otroška medicina postala lepa, elegantna, svetla veda, za katero so se navdušili mladi, prosvetljeni ljudje, ki niso dopuščali ne znanstvenih, ne moralnih kompromisov, šele takrat so se pričele te nekdanj obupne razmere boljšati. Za otroško medicino so se navdušili veliki ljudje z najplemenitejšimi vzgoni: po vsem svetu so zrasla nova, svetla imena. Otroške sestre in negovalke so se pričele šolati in novi duh je ovrgel prejšnja temna, nečloveška čustva do hirajočih otrok, te žene so pričele razumevati svoj poklic dvojno etično: kot najplemenitejši poklic in ne čestokrat tudi kot nagrado za lastno, opeharjeno srečo in edino vodilo v svoji resignaciji na posvetnost. Ta duh je napravil iz temačnih kasarn za bolne otroke svetla prebivališča, polna smeha, dobrote, pravljic, slikanic in igračk, polna jasnosti otroške duše, ki takoj ali pa tekom časa fascinira tudi najtršega zagrenjenca, da postane mlad, kakor je bil, da gleda vse sub specie otroške duše. Šele, ko so postali domovi bolnih otrok taki, je smela otroška medicina pred ljudi in se je uvrstila med klasične medicinske stroke in jim je postala enakovredna. Ima pa nekaj svojega in svojstvenega. To je njen prav posebni nimbus, ki ga ima, ki ga pa ne moremo izreči. Le oni ga čutijo in jih bodri, ki so se odločili za življenje med malimi posteljicami s toliko dobre volje, kolikor jo je imela Sneguljčica, ko je stopila v razmetano kočjo sedmerih šktratov.

Otroško skrbstvo je v Sloveniji razmeroma staro. Prva najdenišnica je bila ustanovljena že za časa cesarja Jožefa II. v Celovcu, kmalu nato pa tudi v Ljubljani, v Florijanski ulici, poleg cerkve sv. Florijana. Prav tako smo razmeroma zgodaj dobili svojo otroško bolnico. Že v letu 1862. je sprožil večkratni direktor otroških bolnic v Avstriji dr. Kovač misel, da naj bi se v Ljubljani ustanovila otroška bolnica. To svojo zamisel pa je mogel oživiti šele l. 1865. in jo je razširil tudi v javnost, obenem pa je pričel pripravljati tla za njeno uresničitev. Tedanji mestni župan dr. E. H. Costa je takoj spoznal potrebo po ustanovitvi otroške bolnice in je tudi zanj zainteresiral merodajne kroge. Javnost pa je ogrel ljubljanski »Triglav«, ki je priobčil dva sestavka izpod peresa tedanjega redaktorja P. v. Radiča o potrebi ustanovitve otroške bolnice v Ljubljani. S tema člankoma je prešla zamisel o otroški bolnici med najširšo javnost, kjer je tako našla ugoden odmev in popolno razumevanje.

Kmalu nato je objavil dr. Kovač v »Triglavu« članek, v katerem je že točno preciziral naloge in delo takega instituta, obenem pa je nasvetoval, naj se zbere damski komite, ki bo prevzel nabiranje prostovoljnih prispevkov za novo bolnico. Delo za sestavo tega komiteja sta prevzela občinski svetnik V. C. Zupan in njegova soproga. V komite so vstopile tudi gospe Ana Dolše in, Amalija Haufen, Marija Kunčič, Justina Lerher, Žaneta Majer, Ana Pesjak in Emilija Stedry. Te dame so s pisanim

pozivom v slovenskem in nemškem jeziku hodile od hiše do hiše in so prosile dobrovoljnih prispevkov. Njihovo marljivost je poplačalo razumevanje tedanje Ljubljane, ki je darovala v kratkem času 4000 fl. za ustanovitev svoje otroške bolnice. Tudi drugi ljubljanski časopisi so objavili poziv dr. Kovača, tako Novice in Laibacher Zeitung. Ideja je bila popularna in ker so bila dana denarna sredstva, je ustanovitev otroške bolnice stopila pred uresničenje. Odličniki in imoviti meščani so prispevali velike vsote, seveda pa ni manjkalo onih, ki so bili proti ustanovitvi, na žalost tudi med tedanjimi zdravniki.

Prvi občni zbor ustanovnikov in dobrotnikov je bil junija 1. 1865. v veliki dvorani magistrata. V nadaljnjih sejah so sklenili, da kupijo poslopje in zemljišče na Poljanah št. 54 za 11.000 fl. Na posloplju so takoj pričeli z adaptacijami, ker je bilo potrebno čimprejšnje obratovanje. Deželna vlada je med tem časom vrnila in potrdila pravila Društva za vzdrževanje otroške bolnice, med katerimi je bil 1. člen, da je »namen otroške bolnice z zasebno dobrodušnostjo nuditi revnim otrokom potrebno zdravniško pomoč brezplačno.«

Na dan otvoritve nove bolnice je bil v reduti elitni koncert, kakršnih je bilo malo v Ljubljani in ki je novoustanovljenemu zavodu prinesel precej sredstev.

Nova bolnica je imela 12 brezplačnih postelj, trinajsto so pa morali plačevati stariši imovitejših otrok, ki so se zdravili v novi bolnici. Režija bolnice je bila velika, zato si je odbor pomagal z dobrodelnimi plesi in prireditvami, z redutami in veselicami, s prošnjami na imenitnike, zavode in oblastj in s trkanjem na srca tedanje dobre Ljubljane. Bolnica je preživljala težke čase, zlasti v razdobju 1874—1877, ko ji je večkrat pretela propast. Vendar je pa v tem času že pričela pošiljati Obča deželna bolnica otroke, ki jim ni bilo prostora v njej; v otroško bolnico proti gotovemu plačilu, kar je nekoliko izboljšalo njen materialni položaj.

Prevrat je zatekel zavod, ki je bil popolnoma osiromašen, ker so med vojno usahnili vsi privatni viri in ga je vzdrževala v omejenem obsegu le tedanja Kranjska hranilnica. Zavod je bil še vedno in je še danes last Društva za vzdrževanje Otroške bolnice. Pred prevratom je bilo društvo izključno nemško in je smatralo ves obrat in personal za svojo postojanko, v kateri ni bilo prostora ne v odboru, ne med zdravniki, ne med osebjem za slovenskega človeka. Ti so smeli delati samo v pralnici, v ekonomiji in na vrtu.

Ker zavod ni mogel več životartiti od privatne iniciative, ga je prevzela tedanja deželna vlada za Slovenijo. Društvo za vzdrževanje otroške bolnice pa je prišlo pod državno nadzorstvo. Leta 1934. pa je prešla uprava otroške bolnice administrativno pod Občo državno bolnico in je njen oddelek tudi še danes.

Leta 1919. je prevzel vodstvo zavoda dr. Derč Bogdan, našel je bolnico v dezolatnem stanju, tako v gospodarskem in zdravstvenem. V bolnici je bilo 13 hiralcev, 3 sestre-negovalke, dekla-perica in hlapec. Vse shrambe so bile prazne, primanjkovalo je posteljnine, žlic, skodelic in vseh zdravniških pripomočkov. Tedanji merodajni krogi pa so imeli precej razumevanja in zato je bil kmalu vzpostavljen vsaj najnujnejši red in je bilo nabavljeno vsaj ono, kar je za tak obrat najbolj potrebno.

Od prevrata naprej je deloval v otroški bolnici tudi ambulatorij, ki ga je vodil novi šef-zdravnik in je imel velik poset vseh slojev. Ko pa je bil ustanovljen državni Zavod za zaščito mater in dece, je bil ambulatorij ukinjen. Zdaj se sprejemajo na otroški oddelek občne državne bolnice v Ljubljani vsi bolni otroci do 14. leta starosti, razen obolelih na daviči in škrlatinki. Tudi

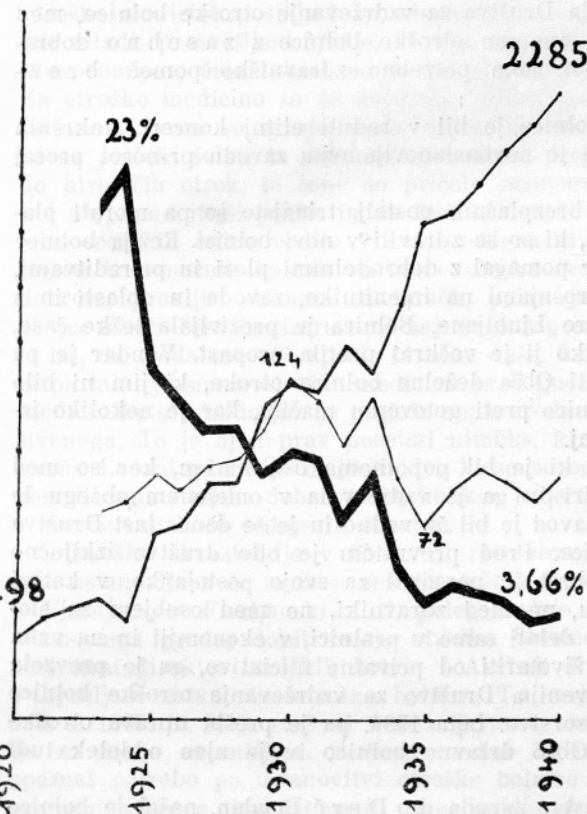
otroci z boleznimi kirurškega značaja, dalje boleznimi v grlu, nosu, ušesih in na očeh se sprejemajo v otroško bolnico, kjer čakajo na eventuelno operativno zdravljenje, se zdravijo konzervativno ali pa specialistično-ambulantno in ki jim je še potrebna specialna pediatrična nega. Zato je material otroške bolnice jako pester in vsestranski. Omeniti moramo tudi, da je čestokrat potreben sprejem tudi iz socialnih indikacij, v kolikor je to mogoče in če je nujno, da se s sprejemom otroka na otroški oddelek prepreči veliko zdravstveno zlo, ki bi sicer zateklo otroka v socialno najnižjih ambientih.

Obrat otroške bolnice se je v zadnjem dvajsetletju poosmeril, mortaliteta je postala majhna, iz nekdanje hiše za hiralce je postal zavod oddelek državne bolnice prvega reda, ki si je priboril že mnogo zaupanja med ljudstvom, dasi

se le počasi izkoreninjuje stari zlohotni pogled na delo zavoda, njegovih zdravnikov in nameščencev.

Iz priloženega diagrama je razvidno, da je število sprejemov porastlo od 298 v l. 1920. na 2285 v l. 1940., (srednjedebla črta), da je mortaliteta padla od 23% na 3,66% (debela črta), da se giblje število umrlih otrok na isti višini kakor pred 20. leti (tanka črta), dasi se je število sprejemov v tem času poosmerilo.

Ni pa problem otroške bolnice v Ljubljani v tem, da je otroški oddelek občne državne bolnice že zdavnaj premajhen, da z malimi izboljšanimi komaj dotekava razvoj modernih smernic v obratu otroških bolnic, da mora oddelek odklanjati lažje bolne otroke, da lahko sprejme težje bolne, da njegova zgradba in notranja ureditev že zdavnaj nista več sodobna, da mora radi nevarnosti



medsebojnega okuženja odpustčati otroke komaj ozdravljene, takoj na začetku rekonvalescence, ker nima primernih prostorov in izolacijskih naprav, da bi se infekciji lahko postavil po robu, da največkrat naleti na gluha ušesa pri vseh svojih prizadevanjih, da nima dojilj, da nima mlečne kuhinje za širše občinstvo in da sploh ne more vršiti svojega poslanstva v onem obsegu, kakor bi ga moral vršiti kot glavni zavod kurativne pediatrije v banovini.

Problem otroške bolnice v Ljubljani je vse bolj v tem, da niso v otroški bolnici zbrani vsi bolni otroci, da v njeni zgradbi ni istočasno Državnega zavoda za zaščito mater in dece s svojim velikim ambulatorijem in posvečovalnico, ki bi vršila vso triažo pediatričnega materiala za svoje okrožje.

Skratka, zavod naj bi bil središče unitaristične pediatrije za našo banovino, to se pravi, v njem naj bi bilo prostora za vse bolne otroke pod 14. letom. S tem bi bila tudi razbremenjena obč. državna bolnica in bi bil njen problem začasno rešen s tem, da bi pridobila mnogo prostora, če bi izselila vse bolne otroke v novo, veliko otroško bolnico. Izmed vseh bolnikov pa so ravno otroci najbolj potrebni novih prostorov, ki bi jim nudili res pravi dom v času njihovih bolezni, brez škode za njihovo telo in dušo.

Zakaj se zavzemamo za otroško bolnico, v kateri bi bili vsi oddelki za vse bolezni, ki jih imajo otroci? Če imamo šole za otroke, če njihove prestopke urejuje poseben kazenski zakonik, če imamo popljševalnice, sirotišnice in zavode za zavrženo mladino — potem moramo imeti tembolj zavod za bolne otroke, ki bi sprejemal male bolnike vse od rojstva do pubertete in jih vračal zdrave človeški družbi.

Vzroki za naše trditve so razni, duševni in telesni so.

Vsako življenje z odraslimi ljudmi je obenem koedukacija, bodisi v dobrem, bodisi v slabem smislu, večkrat v poslednjem. Nega otrok je drugačna, zlasti nega bolnih otrok in mnogo je na tem, da se znajo zdravnik in osebje prilagoditi vsemu delu z otroci, da li so ne samo otroški, temveč tudi otročji. Prehrana otroka je danes samostojna znanost, otroška kuhinja je poseben, jako delikaten obrat, zlasti otroška mlečna in dietetska kuhinja. Oprava otroške bolnice je posebna: posteljice, mizice, stolčki, posteljnina itd. Večina otroških bolezni je nalezljivih. Večne karentene in epidemije po oddelkih, ki niso urejeni za otroške prilike in kjer ni možna zadostna izolacija, bi morale izginiti, saj so sramota za naše zdravstvene razmere. Brez otroške bolnice, v kateri bi bila zanesljiva ekspektanca sumljivih primerov in otrok v inkubacijski dobi ni triaža pediatričnega materiala mogoča in tudi ne izločitev medsebojnih kvarnih vplivov radi najrazličnejših infekcij. Vsa terapija je svojstvena, ne samo dozacija, temveč tudi odpor otrok, ki ga imajo pred zdravljenjem in strah pred bolečino in grenkimi zdravili, za kar je treba najrazličnejših trikov, da so otroci voljni jemati zdravila, zdravilno hrano in prenašati bolečino. Prav tako mora biti o vsem tem poučeno in v tem izučeno osebje, ki streže malim bolnikom. Zabave za bolne otroke, ki prinesejo pozabo na bolno telo in ki so polovica zdravljenja, so možne samo v otroškem zavodu, ki je tudi otročji. Prav tako zdravljenje na svežem zraku, razna obsevanja, kopeli in terapevtske metode, za kar bi morali biti prav tako nalašč urejeni prostori.

Zato se moramo pri gradnji otroške bolnice ozirati na gotove principe, ki so sprejeti v modernem svetu in ki so dandanes splošno v veljavi:

1. zgradba otroške bolnice mora ležati v okolici z nasadi, mora biti zadosno prevetrena in mora zato imeti okoli sebe pas nezazidanega prostora; če je le možno, mora ležati na vzvišenem prostoru in daleč od trušča in prahu prometnih cest;

2. material za zidavo mora biti slab prevodnik toplote in zvoka. Zlasti je pogubonosna in nevarna poletna vročina za dojenčke in zalivančke;

3. pavilionski sistem ni ekonomičen, niti pregleden in je po današnjem naziranju velika, enotna zgradba bolj primerna, če jo uredimo, da sta sprejem in ambulanca popolnoma ločena od ostalega obrata;

4. sprejem mora biti urejen tako, da pride vsak novi bolnik na oddelek za opazovanje in šele, če ni več sumljiv, v pravo bolniško sobo. Sprejemni oddelek in ambulanco je najbolje urediti po sistemu boksov;

5. bolniške sobe ne smejo biti prevelike in morajo biti zidane in postavljene tako, da jih v primeru zunanje in hišne infekcije lahko popolnoma izoliramo in desinficiramo;

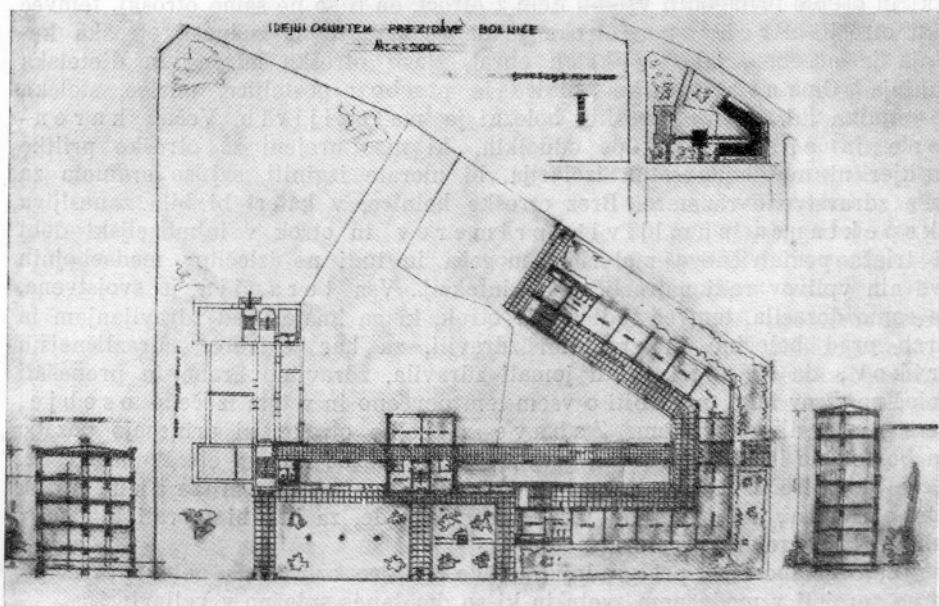
6. poleg ostalih oddelkov za običajne infekcijske bolezni (ošpice, škrlatina, davica), mora biti na razpolago oddelek za mešane infekcije, nejasne primere, druga redka obolenja, ki je tudi urejen po sistemu boksov;

7. v vseh prostorih mora biti posebno poskrbljeno za zadostno in izdatno zračenje;

8. za klimatsko zdravljenje (tuberkuloza, pertusis) lahko uporabimo ravno streho zgradbe;

9. ako je potrebna predavalnica, se ta priključi sprejemnemu oddelku in ambulanci;

10. v moderni otroški bolnici je pa treba posvetiti vso pažnjo tudi strežniškemu osebju, ki mora biti vse strokovno izvežbano. Internat za sestre z udobnimi prostori za spanje in odmor mora biti v vsaki otroški bolnici.



Načrt prezidave starega poslopja in dozidave novega.

Zato moramo pri zgraditvi in notranji ureditvi bolnice in njenega obratovanja upoštevati splošno priznana pravila po Ecksteinu in Schlossmannu za gradnjo otroških bolnic:

a) otroška bolnica mora biti samostojen zavod, ker ima svojstveno nalogo, ker oskrbuje male bolnike, ki so ne samo telesno, temveč tudi duševno nerazpoloženi, kar povzroča manjšo odpornost napram vsem boleznim;

b) strokovno vodstvo otroške bolnice mora biti v rokah pediatra. V njegovem skrbstvu naj bodo tudi otroci, ki potrebujejo zdravljenja drugih specialistov: kirurgov, okulistov, dermatologov, otologov itd., kar posebno velja za dojenčke;

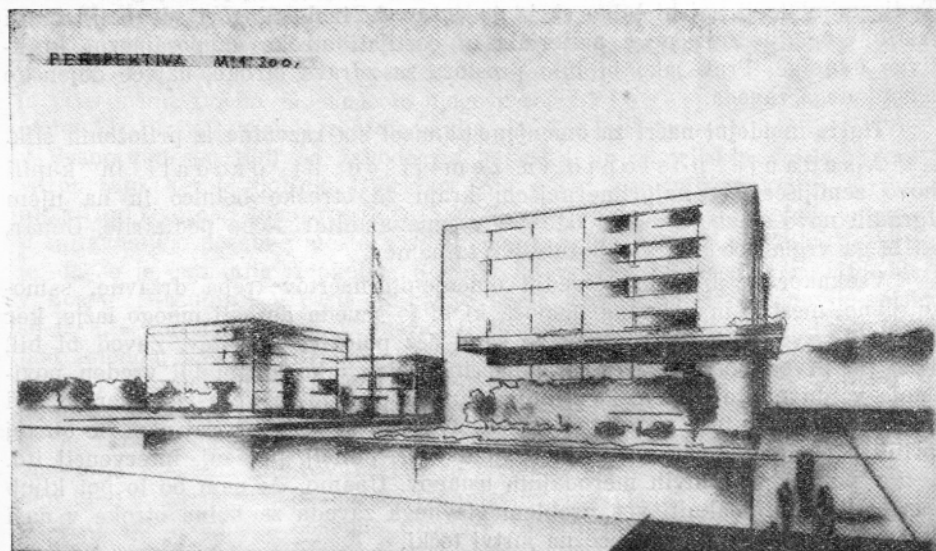
c) v otroški bolnici naj bodo nameščene samo strokovno izvežbane sestre, ki so napravile izpite iz otroške nege. Za otroke, ki morajo dalje časa ostati v bolnici, je nujno potrebna šola s pravico javnosti. Za otroke pred šolsko dobo morajo biti urejena zabavišča;

d) obrat otroške bolnice je vedno razmeroma drag, vendar radi tega ne sme trpeti. Na vsakih 20 bolnih otrok mora priti po en zdravnik, strokovnih negovalk mora biti po ena na štiri dojenčke oziroma na šest večjih otrok;

e) slično kakor podnevi, mora biti tudi ponoči nadzorstvo nad otroci vestno, točno in vsestransko;

f) nevarnost infekcijskih bolezni je zelo važen moment, radi tega mora imeti bolnica zadostno število majhnih izolacijskih sob, oziroma poseben karentenski odsek;

g) neobhodno potreben je odsek za nego in zdravljenje novorojenčkov in nedonošenih otrok. V to svrhu mora imeti otroška bolnica zadostno število dojilj;



Idejni osnutek prezidave starega poslopja in dozidave novega.

h) otroci dojilj morajo biti sprejeti vedno hkrati z materjo v bolnico. Dojilje, kakor vse osebe moramo točno pregledati. Ženskega mleka mora biti vedno v zadostni zalogi, če ne v svežem, pa v konzerviranem stanju;

i) vsaka otroška bolnica mora imeti svojo mlečno in dietetsko kuhinjo;

j) neobhodno potreben je stalen zdravniški nadzor nad vsem osebjem bolnice. Poseti svojcev v bolniških sobah morajo biti omejeni na najmanjšo mero.

Če govorimo o možnosti graditve po zamisli in principih, ki smo jih našli, potem imamo s pravico nekaj samozavesti, brez katere bi bil naš načrt toliko kakor neizvedljiv, kakor nas učijo slabe izkušnje. Svojo samozavest opiramo na lastnino in premoženje v nepremičninah, ki ga ima Društvo za vzdrževanje otroške bolnice v Ljubljani. V njegovi lasti je namreč še vedno sedanje po-

slojpe, kjer je nameščen otroški oddelek Obče državne bolnice in pa veliko zemljišče, ki ga obdaja. Zgradba in zemljišče sta danes vredna okrog 5 milijonov dinarjev, zlasti če upoštevamo, da bi zemljišče prišlo v poštev za parcelacijo in graditev novih hiš oziroma vil.

S svojo lastnino imamo pri rešitvi problema otroške bolnice lahko dvojne načrte:

1. na sedanjem prostoru bi prenovili, povišali in modernizirali sedanje poslojpe, gospodarska poslopja bi podrli, zgradili bi na prostem svetu novo zgradbo, visoko 6—7 nadstropij po ameriskem sistemu. Staro in novo poslojpe bi vezal zvezni hodnik, na katerega bi bil vključen ambulatorij s predavalnico in ekspektanco.

V novem poslojpu bi bila posamezna nadstropja namenjena poedinim panogam pediatrije. Za izolacijo med oddelki bi skrbela skrbna razdelitev po nadstropjih z ločenimi vhodi, kar se je po svetu izkazalo za popolnoma nepoporečen način graditve otroških bolnic. V zgradbi bi bili tudi prostori Zavoda za zaščito mater in dece in ustanove, ki so gostovale doslej pod njegovo streho. Tudi ambulatorij naj bi bil v skrbi tega zavoda in bi njegovi zdravniki vršili triažo vsega pediatričnega materiala in pošiljali otroke na posamezne kurativne oddelke. Prav tako bi bilo prostora za zdrave otroke, največ dojenčke omenjenega zavoda.

Tloris in idejni načrt za omenjeno zamisel sta razvidna iz priloženih slik.

2. sedanje poslojpe in zemljišče bi prodali in kupili novo zemljišče, na najprimernejšem kraju za otroško bolnico in na njem zgradili novo stavbo z vsemi oddelki v smislu unitaristične pediatrije. Denar, ki bi ga vrgla prodaja, bi uporabili v ta namen.

Vsekakor bi bilo pri izvedbi omenjenih načrtov treba državne, samoupravne, mestne in privatne pomoči, ki bi jo seveda dosegli mnogo lažje, ker imamo v svojih nepremičninah že sami čez polovico sredstev. Zavod bi bil, tako po prvem kakor po drugem načrtu urejen tako, da bi bil vreden povišanja v univerzitetno otroško kliniko, čim bi postalo to vprašanje pereče, pri čemer bi moralo tudi prosvetno ministrstvo dati svoj delež. Naj nam bo ob tej priliki dovoljeno pripomniti, da nešteto vlog, peticij, prošenj, intervencij itd. leži v pozabi po arhivih merodajnih ustanov. Upamo, da nam bo to pot kljub časom lažje premakniti ves problem glavnega zavoda za bolne otroke v naši banovini iz boleče perzistence na mrtvi točki.

Želimo najiskrenejše sodelovanja vseh, ki so jim bili doslej zaupani bolni otroci in katerih naporno delo bi bilo posledaj olajšano, ker bi bilo v eni hiši vse, kar je potrebnega. Zato naj tudi pri njih naleti ta naš načrt le na dobro voljo.

RESUME :

Après une courte histoire de l'hôpital des enfants malades à Ljubljana les auteurs exigent une construction d'un hôpital nouveau, où, selon les expériences et les statistiques de vingt ans, basées sur le travail dans le vieux bâtiment, tous les enfants malades trouveraient un soin médical complet, une éducation et un gai asile.

SLOVSTVO :

Zapiski Narodnega muzeja v Ljubljani. — Mayerhofer-Dragišić: Pediatrija. — Alter: Das Krankenhaus. — Richtlinien für Krankenhausbau. — Zapisnik Društva za vzdrževanje otroške bolnice v Ljubljani. — Nova zdravstvena zakonodaja.

Naš endemski sifilis

Primarij dr. Vladimir Milavec

Sifilis imenujemo endemski, če se naglo pojavlja in širi v izvestnem časovnem razdobju, če obsega pomemben del prebivalstva enega kraja, pokrajine ali vse dežele, brez razlike spola, starosti ter družabnega položaja in če se pretežno razširja ekstragenitalno. (Grön, Maneff.) Grön dodaja tej definiciji še to, da je izvor bolezni zagoneten ali vsaj da ga moremo šele pozneje določnejše ugotoviti.

Kmalu po pojavu sifilisa v Evropi ob koncu 15. stoletja so nastale v raznih krajih in časih sifilitične endemije, znane pod raznimi imeni kot Morbus Brunnogallicus v Brnu, Sibbens v Škotski, Radesyge v Norveški in še razne večje ali manjše endemije v drugih krajih.

V naših krajih se je pojavil endemski sifilis (e. s.) pod imenom škrljevo (vas Škrljevo v Hrvatskem Primorju), in sicer ob koncu 18. stoletja. Verjetno se je pojavil najprej v okolici Reke, odkoder se je potem širil naprej. Od kod in kdaj se je pojavil e. s. v Bosni in Hercegovini, ali od vzhoda ali od zahoda, ni prav jasno. Dočim Glück in njegova šola (Fleger) trdijo, da so zanesle endemijo turške vojske iz Male Azije, je Dojmi mnenja, da je bil e. s. v Bosno zanesen tudi od zahoda po beneških in avstrijskih vojskah, kar je važno zato, ker je skušala Glückova šola poleg kliničnih znakov e. s. tudi z njegovim izvorom dokazovati, da ima bosanska endemija posebne znake, ki ji upravičujejo posebno mesto v sifilidologiji sploh. (Dojmi.) Velika verjetnost je, da se je endemija iz okolice Reke širila v Liko in Krbavo in odtod dalje v Bosno. (Rasuhin.) V času okupacije naših krajev po Napoleonovih vojskah se je e. s. močno razširil. V okolici Dubrovnika se je tedaj pojavila endemija pod imenom »Mal di Breno«, ki je bila verjetno zanesena iz okolice Reke. (Grön.) Po odhodu Francozov je tedanja deželna vlada pričela zatirati endemijo z ustanovitvijo dveh bolnic (na Reki in v Kraljevici). V letih 1848.—49. se je razširil endemski lues v Slavoniji, a leta 1860. je nastala zopet nova endemija v okolici Dubrovnika in se je pozneje po nekaterih okrajih Dalmacije tako razširila, da je morala tedanja deželna vlada v bolnicah v Šibeniku in v Gospiću določiti posebne prostore za sifilitike. Leta 1884. je izdala tedanja deželna vlada zakon o prisilnem in brezplačnem zdravljenju v bolnicah za sifilitike. Tudi v Bosni in Hercegovini se je tedanja oblast prizadevala zatirati e. s. Preskrbela je zadostno število zdravnikov in ustanovila nove bolnice z oddelki za spolne bolezni. V okrajih, kjer ni bilo bolnic, so bili ustanovljeni posebni ambulatoriji pod vodstvom okrožnih oziroma občinskih zdravnikov. Izdala je poljudne spise za prebivalstvo, ki so pojasnjevali bistvo bolezni, njeno razširjanje, znake in posledice. Prirejali so predavanja in sistematične preiskave ter zdravljenja. Čeprav so bili po Grönu ti ukrepi tedanje deželne vlade za zatiranje e. s. drugim državam za vzor, vendar pa pri nas vse to delo ni rodilo nikakega uspeha glede na zmanjšanje e. s., kar je Dojmi statistično dokazal. Ugotovil je, da je po dvajsetih letih ostalo število sifilitikov v Bosni in Hercegovini približno isto (okroglo 100.000).

Izvor e. s. v Srbiji tudi ni točno ugotovljen. Endemija se je pojavila v tedanjem gurgusovskem okraju severnovzhodno od Niša ob koncu druge desetine 19. stoletja in so jo zelo verjetno zanesli ruski vojaki leta 1810., ko so prišli iz Rusije preko Romunije, torej iz krajev, tedaj okuženih z e. s. (Mih a-

ilović.) Možno pa je tudi, da so zanesle endemijo turške vojske, ker so tudi ostali Balkan Turki okužili. (Đormanović.) Iz gurgusovskega okraja se je endemija širila dalje na vse strani, predvsem v črnoreški, kruševski okraj in po dolini Morave v požarevski okraj. Turške vojne so širjenje frenge (tudi frenjak, franca in podobno; pride od turškega frengi ilata = francoska bolezen), kakor se sifilis imenuje skoraj po vsem Balkanu, še bolj pospešile po vsej državi. Ukrepi za zatiranje endemskega luesa soobstajali najprej v osnovanju bolnic za sifilitike (prva taka bolnica je bila odprta leta 1838. v Gurgusovcu = Knjaževcu). Po srbsko-turški vojni je srbska sanitetna uprava izdala tkzv. Vladanov sanitetni zakon in sestavila dve premični bolnici, ki so ju pošiljali od vasi do vasi v kraje e. s. Leta 1887. je izdala naredbo o brezplačnem zdravljenju sifilitikov. Da bi dognala točno razširjenost sifilisa, je sanitetna uprava pozneje uvedla nadzorstvo nad sifilitiki s tem, da so se morali sifilitiki posameznih srezov zapisovati imenoma v posebne sreske knjige. Rezultat vseh teh ukrepov je bil ta, da po trditvi Mihailovića v začetku 20. stoletja v Srbiji ni bilo več e. s. Ta trditev je pa gotovo preoptimistična, kajti danes je e. s. v severovzhodni Srbiji še vedno razširjena.

O razširjenosti e. s. v naši državi nimamo povsem točnih podatkov. Statistike govore o številu pregledanih in o številu luetikov med njimi; je pa še vedno veliko število nepregledanih, ker so sistematski pregledi vsega prebivalstva iz raznih vzrokov zelo otežkočeni. Zato tudi nima pomena navajati števila obolelih v odstotkih po posameznih krajih. Na splošno lahko trdimo, da je e. s. pri nas sedaj najbolj razširjen v Bosni in Hercegovini, in to predvsem v centralnih okrajih. Tako je po Dojmiju v okrajih Gračanica, Tuzla, Travnik, Zenica, Visoko okroglo 13–18%, a v okraju Fojnica celo do 26% vsega prebivalstva okuženega z e. s. V veliko manjšem številu je e. s. razširjen v Sandžaku, ki se po izvoru in tudi po ostalih lastnostih lahko istoveti z bosansko endemijo, in v severnovzhodni Srbiji (predvsem v Nišavlju). Posamezna legla e. s. so tudi ob albanski meji med albanskim prebivalstvom, kamor so ga zanesli Turki.

Glede simptomatologije našega e. s. je prevladoval prejšnja leta močan vpliv L. in A. Glücka ter njegove šole, ki je vedno poudarjala klinične posebnosti bosanske endemije. Tako navaja A. Glück kot eno najznačilnejših lastnosti e. s. pomanjkanje primarnega afekta, kar razlaga Flegger na ta način, da je po njegovem mnenju najbolj pogosta oblika e. s. kongenitalni tardivni sifilis (karakteriziran po praktično neinfekcioznih gummah) in zato tudi ni pričakovati inicialnih skleroz kot posledic perkutane superinfekcije. Redkost primarnega afekta si skuša Glückova šola razlagati tudi z možnostjo direktnega prenosa spirohet v kri (tkzv. syphilis d'emblée) in to po insektih, predvsem stenicah. A. Glück ugotavlja dalje, da so zelo redki prvi sifilistični izpuščaji, alopecia in levkoderma; redka so obolenja notranjih organov, posebno obolenja žil. Redka so tudi obolenja nohtov in oči. Posebno značilno je po njegovem mnenju popolno pomanjkanje tabesa in paralize. Pogosto se pojavljajo pozni izpuščaji, obolenja na sluznicah in kosteh. Zelo značilen je tudi prirojeni sifilis. Glück je premnogokrat opazoval, da žena z manifestnimi sekundarnimi ali terciarnimi znaki ne le da ne splavi, temveč da rodi redno zdravega otroka. Zato so tudi znaki prirojenega sifilisa zelo redki.

To so v glavnem nazori Glückove šole o bosanski endemiji, ki so prevladovali pri nas dolgo časa. Podobne značilnosti je ugotovil tudi Guellino pri e. s. v Sandžaku.

Pojavljati pa so se začela tudi nasprotna mnenja. Tako je Grin ugotovil, da je prvi manifestni znak luetičnega obolenja pri e. s. primarni afekt. Da se tako redko opaža, je vzrok edino ta, da so obstojali dotlej obdelani klinični primeri v glavnem iz bolniških pacientov in da oboleli kmet samo radi primarnega afekta ne pride na zdravljenje. Vuletić je nastopil proti vsem načelom A. Glücka in trdil, da ni nobene kvalitativne razlike med endemskim in sporadičnim sifilisom. Da se ugotovi dejansko stanje, je l. 1930. predlagal ministrstvu za narodno zdravje, naj se organizira anketa v naših endemskih krajih po vzorcu ekspedicije, ki sta jo leta 1926. organizirala Jessner in Rossijsky v burjatsko Mongolijo. Leta 1931. priporoča tudi Kogoj anketo na licu mesta. Do ustvaritve je prišlo leta 1934. Pod okriljem Šole narodnega zdravja v Zagrebu je bila organizirana odprava strokovnjakov v Bosno in sicer v travniški in bugojanski okraj. Kot dopolnitev je bila organizirana leta 1935. še druga anketa in sicer v cazinski in bišćanski okraj. Rezultati te ankete so mnogo pripomogli k vsestranski osvetlitvi problema našega e. s.

Simptomatologija e. s. je po rezultatih ankete ista kot pri sporadičnem sifilisu. Vsaka infekcija se prične — kolikor ni to prirojeni sifilis — s primarnim afektom, ki se v pretežni večini primerov pojavlja na ustnicah in v ustni votlini (posebno na tonzilah), kar je v zvezi z njenim ekstragenitalnim prenosom. Redkost primarnih skleroz je le navidezna, kajti ne glede na to, da je e. s. v velikem številu primerov kongenitalnega izvora, se primarne skleroze radi njihove lokalizacije v začetku prebavnega trakta navadno težko opazijo in diagnosticirajo. Tudi se zde primarne skleroze bolnikom oziroma njihovim starišem (ker pride do infekcije navadno že v najzgodnejši mladosti) preveč brezpomembne, da bi radi tega obiskali zdravnika. Iz istega vzroka je tudi redkost prvih sifilitičnih izpuščajev le navidezna. Glede ostalih sekundarnih in terciarnih znakov ni anketa ugotovila nobenih razlik od sporadičnih primerov sifilisa. Ugotovljeni so bili vsi možni znani znaki od rozeole do težkih gumoznih procesov, dalje primeri luetičnega mesaortitisa in pa vse različne spremembe na očeh, kakor jih vidimo tudi pri sporadičnem sifilisu. Anketa je ugotovila, da se e. s. v ca. 50% pojavlja v latentni obliki. Enako razmerje je ugotovil tudi Vuletić. Glede seroloških reakcij ni nobene razlike med endemskim in sporadičnim sifilisom. Zelo važna ugotovitev ankete je pojavljanje tabesa in paralize pri e. s., in to tudi pri nezdravljenih luetikih. Lopašić je ugotovil pri e. s. vse razne pojave obolenja živčnega sistema, kot jih opažamo pri sporadičnem sifilisu. Enako je ugotovil pri preiskavah likvorja vse razne bolezenske spremembe v nasprotju s Fleggerjem, ki je pri svojih preiskavah likvorja ugotovil slabo afiniteto e. s. napram centralnemu živčnemu sistemu. V glavnem do istih rezultatov kot Lopašić je prišel tudi Grin v svojih pregledih likvorja pri endemskih luetikih.

Pri otroškem sifilisu je Dragišić ugotovil, da ni nobene razlike ne v kliničnih znakih ne v poteku bolezni med sporadičnim in e. s.

Za simptomatologijo srbske endemije nam služijo ugotovitve Đermanovića, po katerem se zelo redko opažajo primarne skleroze; po njegovem mnenju je pogosto to le navidežno, ker bolniki radi takih »malenkosti« ne prihajajo k zdravniku. S tem v zvezi omenja Đorđevićeva opažanja, ki trdi, da se primarna skleroza javlja pri nas večinoma kot majhna rana, ki se hitro sama zaraste. A kljub temu je po Đermanoviću značilno pomanjkanje primarnih skleroz kakor tudi generaliziranih sekundarnih izpuščajev, kar razlaga s kongenitalnostjo, ki je po njegovem glavni znak e. s. in vzrok tolikemu

število obolelih. Otroci se rode v latentnem stadiju luesa in dobivajo pozneje hude terciarne spremembe. V največ primerih pa se pojavlja endemski lues v latentnem stanju, kar omenja tudi Đorđević, ki opozarja pri tem na značilnost, da se pogosto ugotovi v posameznih krajih velik odstotek pozitivnih seroreakcij pri latentnih primerih in zopet v posameznih krajih negativne reakcije pri manifestnih znakih e. s. Tudi pri srbski endemiji se pojavljata tabes in paraliza, dasi v manjšem številu. Mišljenju, da pri e. s. ni tabesa in paralize, je vzrok ta, da pri preiskavah premalo pazimo na bolnike z rudimentarnimi znaki tabesa. (Đermanović).

Na splošno torej lahko trdimo, da se v kliničnem oziru naš endemski sifilis v ničemer bistveno ne razlikuje od sporadičnega.

Naivečja epidemiološka značilnost e. s., ki je poudarjena že v njegovi definiciji, je, da se pretežno razširja ekstragenitalno. Ta njegova lastnost je v najtesnejši zvezi z nizkim stanjem kulture okuženega kraja. Kakor uči zgodovina, so sifilitične endemije nastajale vedno tako, da so bile zanesene (po ladjah in raznih vojskah) v pokrajine, ki se nahajajo daleč od splošnega prometa in ki so v kulturnem oziru zaostale.

V današnjem času je po svojem obsegu ena največjih sifilitičnih endemij v burjatski Mongoliji, kjer je 25—50% vsega prebivalstva okuženega s sifilisom. Burjati so nomadi, torej kulturno na najnižji stopnji, in njih higienске razmere pri njih so obupne. Stanujejo v tkzv. jurtah (kočah) iz prsti, kjer prebiva vsa družina v enem samem prostoru. Umivajo se sploh ne, perila ne menjajo in ne perejo. Jedilnih priprav ne umivajo in jih skupno uporabljajo. Možje, žene in tudi otroci kadijo iz skupnih pip. (Lapjšev). V takih razmerah ni čudno, da pride radi tesnega kontakta do infekcije in je zato pri Burjatih ogromna razširjenost e. s. razumljiva.

Ce pogledamo, kakšne so higienске in splošno socialne razmere v krajih našega e. s., vidimo, da so tudi tu zelo žalostne. Bosanski kmetje žive večinoma v veliki bedi in zelo primitivno. Umrljivost pri njih je silno velika, posebno v otroški dobi, čemur so vzrok razne nalezljive bolezni. Vendar pa je pri njih največje odstotno število rojstev na svetu. V kulturnem oziru je značilno pri njih veliko število analfabetov. Odrasli ljudje večinoma ne znajo ne pisati ne čitati; pri mladini je sedaj v tem oziru bolje, ker zahaja v šole. V vedni borbi za vsakdanji kruh bosanski kmet nima časa in možnosti poglobitve v duševno življenje. Knjig po vaseh sploh nimajo razen koledarjev in pri katolikih molitvenikov. Zato vlada pri njih velika nevednost in nepoučenost, ki je eden važnih vzrokov širjenja endemije. O higieni pri njih se skoraj ne more govoriti. Vsa družina spi v istem prostoru. Postelj ne poznajo, spijo na tleh v svojih dnevnikih oblekah in se pokrivajo s preprogami. V tesnem prostoru, ki se nikdar ne prezračí, spi vsa večinoma zelo mnogoštevilna družina. Jedo iz enega lonca, pijejo iz ene posode, uporabljajo skupni jedilni pribor. Umivajo in kopajo se s peskom, a mila navadno nimajo. V topli vodi se sploh ne kopajo. Spodnje perilo imajo večinoma umazano. Muslimani si morajo sicer po svojih verskih pravilih umivati telo, a to delajo zelo površno. (Popović.)

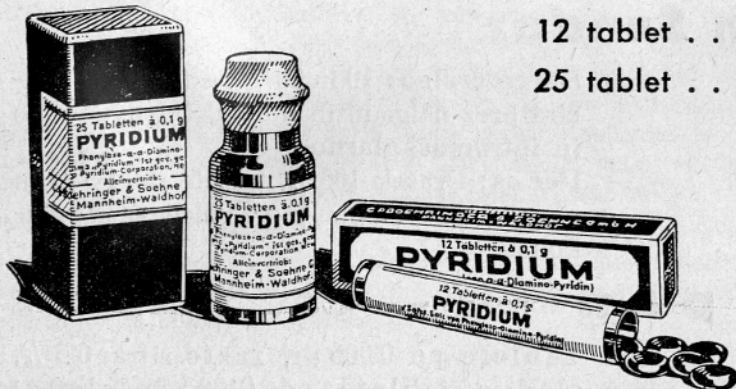
Podobno je tudi v krajih srbske endemije: nizka stopnja splošne prosvete, skupna postelja za več oseb (zdravih in bolnih), skupna uporaba posod za jed in pijačo, nezadostna čistoča telesa. (Mihailović.)

Take razmere ustvarjajo najugodnejše pogoje za ekstragenitalno širjenje e. s. (Konec prih.)

PYRIDIUM

antiseptično sredstvo za urin

*Naglo ozdravi:
cistitido
pielitido
prostatitido*



12 tablet . . . din 38.—

25 tablet . . . din 78.—

Hitro ublaži bolečine. Mučni simptomi s strani mehurja hitro izginejo

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

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

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

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

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

CAMPHOSOL INJEKCIJE 10%, vodena raztopina sulfoniranega pre-

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

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

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

CAMPHOSOL-CHININ DRAŽE, Camphosol 0.10 in Chinin 0.10

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

KEMIJSKO FARMACEVTSKI LABORATORIJ

MIŠKOVIĆ IN KOMP.

BEOGRAD, Sarajevska ulica 84.

PRI PREHLADIH

angini, bronhitisu, hripi, pljučnici

„Calcium Sandoz“

Parenteralno: 10 in 20 % raztopina se injicira brez najmanjših motenj **intravenozno** in **intramuskularno**.

Per os: Prašek 100 %, tablete po 1.5 gr in peneče tablete po 4 gr kalcijevega - glukonata.

I p e c o p a n

Tablete po 0.006 gr, raztopina 0.5 %, sladne tablete po 0.003 gr, sladni sirup 0.04 %.

Literaturo in
vzorce pošilja:



SANDOZ A.G., Basel (Švica)

O Besnier-Böck-Schaumannovi bolezni in njeni problematiki

Fr. Kogoj

(Konec)

A sedaj k problemu tuberkulinske reakcije pri Besnier-Boeck-Schaumannovi bolezni (BBSb)! Vsi, ki so se bavili s tem vprašanjem priznavajo, da je reakcija s tuberkulinom pri BBSb v pretežni večini primerov negativna oziroma manj, slabše pozitivna, kratko in malo drugačna kakor jo pričakujemo. In česa se prav za prav v tem oziru nadejamo?

Pričakujemo, prvič, da bodo odrasli individui, tudi »netuberkulozni«, tako rekoč brez izjeme reagirali lokalno pozitivno, ako apliciramo tuberkulin v odgovarjajoči koncentraciji; skoraj vsi se bodo odzvali pozitivno po Pirquetu s koncentriranim Alttuberkulinom, prav tako bodo odgovorili pozitivno po Mantouxu, če injiciramo intradermalno $\frac{1}{10}$ ccm koncentracije 1:10.000. Izmed 71 »netuberkuloznih« bolnikov je reagiral negativno v mojem poskusu na to koncentracijo samo eden. Po Martensteinovem mišljenju kaže pozitivna tuberkulinska reakcija, ki se pojavi na intrakutano injekcijo 0'1 ccm tuberkulina, razredčenega 1:5.000 in še več, na zvišano občutljivost; zdrav človek reagira po njegovih izkušnjah po Mantouxu pozitivno v koncentraciji 1:1.000. Po mojem mnenju bi morali smatrati koncentracijo 1:5.000 kot mejo, ki loči pri intrakutani injekciji 0'1 ccm Alttuberkulina na tuberkulin »preveč« in »premalo« občutljive človeške organizme. Uvajanje matematike v medicino nisem nikdar smatral kot posebno srečno zamisel. Preveč imamo opravka v naši stroki s spremenljivimi velikostmi, tako od strani pasivnega dela, bolnika, kot od strani aktivnega dela, nokse. Vsem je znano, da nimajo še tako lepi statistični podatki za posameznega človeka prav nobenega pomena. V klinični in praktični medicini imamo pač vključ vsemu vedno le opraviti s posameznikom. Zavaljo tega je treba tudi z navedenimi številkami gledé tuberkulinske reakcije računati le cum grano salis. Kar velja za tuberkulinsko reakcijo pri odraslih, velja seveda tudi za otroke, v kolikor so že preživeli tuberkulozni infekt, česar mi na tem mestu pač ni treba natančneje razlagati.

Drugič pričakujemo, da bolniki, ki imajo katero koli vrsto in obliko tuberkuloze, ki nima ravno najslabše prognoze (a dostikrat celo navzlic temu) reagirajo na tuberkulin pozitivno.

Kot smo že rekli, bolniki z Boeckovim sarkoidom reagirajo, in to ne samo lokalno, ampak tudi v žarišču, na tuberkulin večinoma negativno, oziroma mnogo manj pozitivno kot bi v razmerju z drugimi tuberkuloznimi, pa celo z »zdravimi«, to je klinično netuberkuloznimi individui, »moralni« reagirali; to je celo statistično izračunano. Tudi primeri miliarnega lupoida, ki sem jih mogel sam opazovati, so bili na tuberkulin malo občutljivi. Lep primer za to je 9 letna bolnica Ž. z diagnozo lupus pernio auriculae sin.

Mantoux Olcem apliciran izven žarišča:	Pirquet apliciran v ža- rišče:
30. XI. 1:100.000:neg.	16. XII. 1:1.000:neg.
3. XII. 1:10.000:neg.	18. XII. 1:100:neg.
9. XII. 1:1.000:neg.	20. XII. konc. tbklin.:neg.
11. XII. konc. tbklin.:poz.	

Pirquet apliciran izven
žarišča:

14. XII. konc. tbklin.:neg.

Da je pri pozitivni Mantouxovi reakciji 11. XII. s koncentriranim tuberkulinom le morebiti igrala neko vlogo senzibilizacija, omenjam samo mimogrede.

Jasno je, da bo (Martenstein) postalo v splošnem število onih, ki na tuberkulin premalo, preslabo ali pa sploh ne reagirajo, tem manjše, čim »finejša« je metoda aplikacije tuberkulina (na primer intrakutana injekcija velikih doz koncentriranega tuberkulina). Kot pendant temu bi lahko navedli serološke reakcije pri luesu: čim »finejša« je reakcija, tem več bo serološko pozitivnih, toda vzporedno s tem se bo zvišalo tudi število t. zv. nespecifičnih reakcij, kar nam koncem koncev pomeni, da postane tak prepoznavni postopek praktično neuporabljiv.

Ker je torej stvar taka, da so bolniki z BBSb na tuberkulin večinoma — ne vsi — neobčutljivi ali pa vsaj manj občutljivi, to je relativno ali pa popolnoma anergični, bomo najprej preiskali, v katerih primerih človek na tuberkulin v splošnem ne reagira. V to skupino spadajo tudi oni, pri katerih opazujemo — kot sem jo jaz imenoval — diskrepantno anergijo proti tuberkulinu, to se pravi, individuum ne reagira na tuberkulin v vseh koncentracijah pri gotovem načinu aplikacije, reagira pa, ako apliciramo tuberkulin na drug način. Diskrepantna anergija je zelo blizu kontrastnemu in drugem kontrastnem fenomenu Hamburgerjeve šole, vendar je njen pojem širši.

Zakaj človeški organizem ne reagira na tuberkulin, je lahko več vzrokov; razlikujemo, kot sem že razložil na drugem mestu, nealergično in alergično tuberkulinsko anergijo. Prva za naš primer odpade. Gotovo je zmanjšana občutljivost bolnikov z BBSb do tuberkulina v neki zvezi z alergičnimi spremembami. Alergična tuberkulinska anergija je lahko negativna ali pozitivna. Negativna ali anergia e kachexie immunobiologica, ki odgovarja Muchovi anergiji izžrpanosti, »Erschöpfungsanergie« in Krämerjevi kahektični anergiji, se pojavlja v takem telesu, ki je izrabljeno, izžrpano, kjer ni več tuberkulinskih antiteles; omenjeno se lahko zgodi pri težkih ftizikih sub finem in podobnih primerih. Če hočemo tako vrsto nereagiranja na tuberkulin označiti točneje, moramo reči, da je to anergia tuberkulinica, allergica, negativa, spontanea* (za razliko od arteficielne, posttuberkulinske), perstans (trajna), praemortalis. Za to vrsto anergije pri bolnikih z BBSb prav gotovo ne gré. Bolj znana od omenjene je anergia tuberkulinica, allergica, negativa, spontanea, temporanea (časovna), kakor jo opazujemo kot posledico ošpic, dušljivega kašlja, uremije itd., ko ni mogoče toliko časa izzvati pozitivne tuberku-

* Če smo organizem desenzibilizirali proti tuberkulinu, tako da je postal proti tuberkulinu anergičen, medtem ko se še brani proti tuberkuloznim superinfekcijam, govorimo tudi, posebno v živalskem poizkusu, o iatergiji.

negativno, uporabil ne kot protidokaz, ampak prav kot dokaz za tuberkulozno etiologijo BBSb.

Njegov učenec Nartenstein je skušal ta nazor podpreti s svojimi preiskavami o vplivu prokutinov in antikutinov na tuberkulinsko reakcijo in o njih posebnem pomenu za BBSb. Pickert in Löwenstein sta že l. 1908. našla v serumu tuberkuloznih bolnikov snovi, ki primešane tuberkulinu deloma slabijo — to so antikutini — deloma jačijo tuberkulinsko reakcijo. Fellner je l. 1919. odkril v materialu iz Pirquetove papule snovi, ki jačijo tuberkulinsko reakcijo in jih je imenoval prokutine. O kutinih obstaja obsežna literatura (Klemperer in Pesich, Bessau in Köhler, Walter, Martenstein, W. Jadassohn, Biberstein in Giesser, Hämel, Zieler, Ramel, Kauczyński in mn. dr.). Ker se z vprašanjem kutinov bavim že več kot 10 let in sem o njih pisal in govoril, deloma tudi precej obširno, na različnih mestih in ob raznih prilikah, bom danes kratko navedel o prokutinih in antikutinih ter o specifični tuberkulinski anergiji samo ono, kar se tiče BBSb.

Nobenega dvoma ni, da so v večini serumov antikutini in prokutini. Njih prisotnost ni vezana na aktiven, tuberkulozen proces. Delovanje mešanice seruma in tuberkulina v smislu jačenja ali slabljenja tuberkulinske reakcije, pa ni odvisno samo od uporabljenega seruma, ampak v veliki meri tudi od organizma, na katerega omenjeno mešanico apliciramo, odvisno je torej ne samo od darovalca, ampak tudi od prejemnika. Na temelju naših raziskavanj ne moremo priznati, da bi bili antikutini vzrok specifične anergije pri BBSb. Potrebno je, kot sem to naglasil letos (1940) na kongresu italijanskega dermatološkega društva v Bologni spričo Zielerjevega predavanja o Boeckovem sarkoidu obravnavati posebej vprašanje kutinov in posebej vprašanje specifične tuberkulinske anergije; kajti da ona eksistira, o tem ni dvoma. In dokaza zanjo ne bomo iskali pri BBSb, o katere etiologiji, kakor bomo videli, pravda še ni končno veljavno zaključena, temveč pri miliarnem, diseminiranem, akneiformnem lupusu, ki je sicer zelo redka bolezen (videl sem jo do sedaj v Zagrebu samo dvakrat), ampak je zato, kot vsi soglašajo, zanesljivo kožna tuberkuloza; ona edina ima med tuberkuloznimi dermatozami tipično histološko tuberkulozno strukturo, je dermatoza, pri kateri niso izpodbijani niti, čeprav še tako redki, uspehi poizkusov na živalih, niti dokaz Kochovih bacilov v histološkem preparatu, ki je tudi meni, menda kot sedmemu, l. 1928. uspel. Pri tej tuberkulozni kožni afekciji, kjer sta stanje bolnika in prognoza quoad sanationem et vitam popolnoma povoljna, je občutljivost do tuberkulina v mnogih primerih temeljito zmanjšana; tako tudi pri mojem bolniku, ki je reagiral po Pirquetu v vseh koncentracijah izven in v žarišču popolnoma negativno, po Mantouxu od koncentracije 1:10.000 naprej (to se pravi 1:5.000 itd.) izven in v žarišču pozitivno. Zielerjev ugovor, da je pri miliarnem, diseminiranem lupusu (ki nima z vulgarnim lupusom nobenega opravka), našel vsaj intradermalno reakcijo pozitivno, ne velja, ker gré za ugotovitev, da so bolniki s to tuberkulozno afekcijo do tuberkulina bolj refrakterni, manj občutljivi kot drugi, ne pa za dokaz, da se koncem koncev tudi pri njih vendarle dá izzvati pozitivna tuberkulinska reakcija.

Negativno tuberkulinsko reakcijo sem l. 1938. označil kot imunobiološki sindrom in J. Jadassohnova specifična anergija je samo del kaleidoskopske slike, ki jo nudita tuberkulin in človeški organizem v svojih medsebojnih odnošajih.

*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

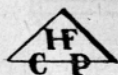
NEOPAN - ATROPIN - INJEKCIJE jakost I in II

NEOPAN - SCOPOLAMIN - INJEKCIJE, jakost I in II

TOVARNA KEMIČNIH IZDELKOV V HRASTNIKU D. D.

KEM.-FARM. ODDELEK

HRASTNIK



Antibakterialna kemoterapija

PNEVMOKOKI
MENINGOKOKI
GONOKOKI
STREPTOKOKI
STAFILOKOKI

693

Dagénan

SULFAPYRIDINE
α(P. amino benzene sulfamido)pyridine
TABLETE PO 0.50 gr

srednja doza za odrasle
v prvih dnevih:

*3 gr in več v težkih primerih.
Jemlje se po pol tablete na enkrat.*

SPECIA

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8^e

VZORCE IN LITERATURO POŠILJATA NA ZAHTEVO

RENÉ LAUFFET

Beograd, Dositejeva 7a

Telefon 30.488

Mr. Dr. LEO NOVAČIĆ

Zagreb

Ilica 12

Če povzamemo, kar smo navedli o tuberkulinski reakciji pri BBSb, moramo reči, da ob razpravi o njeni etiologiji ne smemo pozabiti na refrakternost proti tuberkulinu in da se moramo pri razlagi tega fenomena ozirati na dve možnosti: ali da gré za alergično, negativno, spontano, temporeрно anergijo post morbum (Besnier-Boeck-Schaumann ali pa da gré za alergično, pozitivno, specifično anergijo sec. J. Jadassohn. Če kdo — kot to menita Kissmeyer in Schulz — misli, da je specifična anergija predvsem anergija izčrpanosti, potem moramo to smatrati samo kot težak nesporazum, ki onemogoča vsako nadaljnjo diskusijo. Kasnejši Kissmeyerjev zaključek, da negativna tuberkulinska reakcija prav za prav dokazuje, da ne gré pri BBSb za tuberkulozo, je zgolj dosledna posledica vsega tega. Popolnoma nemogoča je trditev (Lenger), da je vzrok negativni tuberkulinski reakciji spričo BBSb dejstvo, da ti bolniki sploh niso okuženi s tuberkulozo.

*

BBSb je že Boeck sam smatral takoj v začetku za bolezen tuberkuloznega izvora, pozneje je svoje mnenje premenil in pripustil, da bi mogli tudi lepra ali sifilis ali kakšen drug neznan virus biti vzrok sarkoidov. Tuberkulozni izvor BBSb je imel vedno in ima še zdaj mnogo pristašev. Cela vrsta avtorjev poroča o pozitivnem izvidu Kochovega bacila v histološkem rezu, o uspehih živalskih poskusih, celo o uspehi kulturi. Vendar so le majhno število teh primerov priznali kritiki za neoporečne, toda še pri teh so skušali (Oberling) zmanjšati njih vrednost, češ da se je Kochov bacil lahko le slučajno znašel (»surinfection accidentelle«) v lezijah BBSb, kot je treba na to misliti tudi pri maligni limfograñulomatozi. Seveda je pravilno, kakor naglašá W. Jadassohn, da je v takem položaju celo boljši dvomljiv pozitiven kot pa vsi zanesljivo negativni ugotovitki. Ne morem se ubraniti vtisa, da sta šla kritična obravnava in dvom o pozitivnih izvidih Kochovega bacila pri BBSb predaleč. Treba se je samo spomniti na druge »tuberkulide« ali pa na mikide in piodermide in njih zgodovino, pa bomo lažje razumeli vse ugovore, ki hočejo vzeti dokazilno moč maloštevilnim pozitivnim izvidom bacila tuberkuloze ob različnih manifestacijah BBSb bolezni, izvidom, ki jih je treba vendarle priznati. S tem pa še ne bi hotel reči, da moramo kratko malo sprejeti tuberkulozno etiologijo BBSb, kot verujejo vanjo z večjim ali manjšim prepričanjem Darier, J. in W. Jadassohn, Kyrle, Schaumann, Volk, Lewandowsky, Krupnikoff, Grillo, Bonnevie in With, Bergmann, Pinner in mn. dr. v nasprotju s Kreibichom, Kissmeyerjem, Hämelom, Lomholtom, Zielerjem, Leszczyńskim, Grostijem, Pasinijem, Pautrierom in mn. dr. Lomholt n. pr. trdi, da razmestitev BBSb po različnih organskih sistemih govori proti tuberkulozi, za katero je tipična monolokalizacija. Opazovani so bili primeri različnih kožnih tuberkuloz, ki so se spremenili v BBSb in narobe, kombinacije BBSb z zagotovo tuberkuloznimi afekcijami kože ali drugih organov, ozdravljenje BBSb, če se je pojavilo katero od zanesljivih tuberkuloznih okuženj itd. Reakcija organizma do tuberkulina se je v mnogih primerih vzporedno s spremembo klinične slike menjavala. Vse to služi nekaterim kot dokaz, drugim kot protidokaz tuberkulozne etiologije BBSb.

Nekaj novega je zanesel v razpravljanje o BBSb Schaumann, ko je razdelil dermatoze tuberkuloznega izvora na tipične kožne tuberkuloze, tuberkulide in kožne paratuberkuloze, kamor je opredelil lupus erythematodes

pod imenom »metaskrofulozna limfogranulomatoza«, kožne tumorje pri maligni limfogranulomatozi in lupus pernio s kutanimi sarkoidi pod imenom »lymphogranulomatosis benigna«. Vzrok za to zamisel mu je bila lokalizacija BBSb v raznih limfatičnih in hematopoetičnih organih, predvsem v limfatičnih žlezah, tonzilah in v kostnem mozgu. Neobčutljivost proti tuberkulinu smatra, da je v najožji odvisnosti in zvezi s histološkim ustrojem in z dejstvom, da se Boeckovi sarkoidi in lupus pernio nikdar ne družijo s tuberkulidi. To trditev popravljajo dejstva. Schaumanna zamisel sploh ni mogla dobiti v tej obliki, z malimi izjemami, nobenih pristašev. Zanimivo je, da smatra on bovini tip Kochovega bacila za etiološki agens miliarnega lupoida, kar menijo tudi nekateri drugi avtorji.

*

Histološke spremembe BBSb so seveda v svoji značilnosti zbudile zaslužno pozornost. Predvsem se je naglašalo, da brez konstitucionalne dispozicije organizem sploh ne more reagirati na tak način. Volkov izraz »sarkoidna reakcija«, Selleyeva in Bergerjeva »lupoidno-alergična reakcija« ne označujejo samostojnih bolezni, ampak samo način, tipus reakcije. Tudi Oppenheim opozarja na potrebo dispozicije za nastanek sarkoidov in Bergmann osporava, da bi pri BBSb šlo le za spremenjeno virulenco vzročnega agensa, ker so pač te spremembe konstitucionalno utemeljene.

Važnejše je bilo vprašanje, če so take mikroskopske posebnosti kakor jih dobimo pri BBSb, lahko znak tuberkuloze. Na tako vprašanje moramo odgovoriti pozitivno. Ne samo, da je epiteloidna celica in njeno kopičenje ena glavnih histoloških značilnosti tuberkuloidne oziroma tuberkulozne strukture, ampak tudi vsi priznavajo, da so znani primeri BBSb, pri katerih se pojavljajo orjaške celice in postaja slika vse bolj podobna ali pa celo enaka oni vulgarnega lupusa itd. Pautrier skuša mikroskopske spremembe BBSb načelno ločiti od onih, ki jih vidimo pri lupoznih in drugih oblikah tuberkuloze; za Civattea so histološke spremembe BBSb bolj »tuberkuloidne« kot pri katerem koli tuberkulidu; Volk ni našel posebnih razlik v sestavi infiltratov med BBSb in Bazinovem indurativnim eritemom; Kyrle je pri nekem primeru, ki ga je prepoznal kot Boeckov lupoid, mogel histološko slediti cel razvoj značilnih sprememb počenši od banalne infiltracije z velikim številom acido-rezistentnih bacilov pa vse do transformacije v čisto epiteloidno gnezdo brez bacilov. To opazovanje lahko spravimo v sklad s splošnim biološkim pravilom J. Jadassohna in Lewandowskega, ki pravita, da organizem tam, kjer se množijo bakterije neovirano, odgovarja z nespecifičnim vnetjem, tam pa, kjer bakterije pod vplivom antiteles počasi razpadajo, nastanejo tuberkuli in tuberkuloidne strukture. Kyrleov primer pa se od tipičnih primerov BBSb, kjer trajajo spremembe mnogo mesecev ali celo let, razlikuje v tem, da je njegov potek bil kinematografsko hiter: začetkom četrtega meseca so histološke spremembe povsem izginile. Živalski poizkus je bil pri prenosu krvi pozitiven, pri prenosu tkiva pa negativen.

Spremembe na pljučih pri BBSb, ki histološko, kot smo že omenili, docela odgovarjajo kožnim spremembam, sta opisala Mylius in Schürmann l. 1929. kot posebno obliko atipične tuberkuloze in sicer kot univerzalno, sklerozantno, velikocelično hiperplazijo, kamor prištevata tudi Boeckov sarkoid. Podobno smatra Hantschmann Boeckov sarkoid kot torpidno, sklerozantno tuberkulozo. Pautrier navaja, da rentgenološko mikronodularni tip BBSb na pljučih v mnogočem spominja na »granulie froides« Burrauda in Sayéa ter da se retikularni in marmorirani tip težko razlikujeta

od fibrozne tuberkuloze Besançonove. Grillo govori o sarkoidni fazi tuberkulozne afekcije z epiteloïdno reakcijo, za Pinnerja je Boeckov sarkoid in Heerfordtov sindrom le primer tuberkuloze, ki ne kazeificira in ki je tako bolj faza kakor pa tipus tuberkuloze, Bräuning (cit. Lenger) smatra tip Bittorha in Kuznitzkega za hematogeno, generalizirano benigno obliko miliarne tuberkuloze, Martinotti smatra BBSb kot neko vrsto četrtega stadija tuberkuloze in jo prišteva k indurativni, histioepiteloïdni in fibroepiteloïdni tuberkulozi; zasledil sem tudi izraz »suha« tuberkuloza. Za vse te avtorje je torej tuberkulozna etiologija BBSb na pljučih toliko kakor gotova.

Ako se vprašamo, če je histološka struktura BBSb ne samo mogoča pri tuberkulozi, ampak je za njo tudi specifična, potem moramo odgovoriti z različnim: ne! Prav tako tudi lahko priznavamo, da je sifilis vzrok podobnim spremembam, Nicolas in Massia, Civatte in Dupont so videli iste mikroskopske spremembe kot pri BBSb pri orientalski buli, Dupont pri kožni leishmaniozi. Čisto nemogoča pa je diferencialna diagnoza med BBSb in nekimi primeri lepree (»tuberkuloïdna lepra«) in sicer ne samo histološko, ampak včasih celo tudi klinično; tudi pri njej najdemo rentgenološko na pljučih in na kosteh podobne spremembe, kakor smo jih opisali pri BBSb, simptomi na koži so lahko morfološko enaki; tudi lepra je refrakterna do tuberkulina, tudi ona se lokalizira na žlezah, vranici itd. Vse to je pred kratkim v zanimivem članku demonstriral Braziljanec Rabello jun., ki je mnenja, da BBSb lahko povzroči Kochov ali Hansenov bacil in mogoče še kak drug živ agens in da ima torej BBSb različno etiologijo.

Preden ustanovimo naše stališče v pogledu etiologije BBSb, moramo navesti še mnenje Pautrierovo, ki je z njemu lastno duhovitostjo in s pravim francoskim esprajem najprej kritično razbral klinično in histološko sliko BBSb, da bi jo potem sintetiziral kot občo, sistemsko bolezen organizma in sicer kot bolezen retikuloendotelialnega sistema, kot veliko retikuloendoteliozo. Prej pristaš tuberkulozne etiologije BBSb, je zdaj z nekimi drugimi avtorji (Kissmeyer, Zieler, Bloch, Lutz, Lomholt in dr.) mnenja, da gré za samostojno obolenje, ki ga povzroča neznan agens. Dokaz, da je BBSb retikuloendotelioza (tega mnenja sta tudi Pasini in Leitner) je našel v dejstvu, da je dominantna patološka celica epiteloïdna stanica, ki je izšla iz histiocitov. Kot retikuloendoteliozo je treba BBSb po Pautrierovom mišljenju izločiti iz skupine granulomatoz, kamor bi smeli prištevati samo one kronično infekciозна boleznii, ki se histološko odlikujejo z jasnimi vnetljivimi znaki in polimorfijo infiltrata. Kot vidimo, bi na ta način BBSb tudi ne mogla biti tuberkuloznega, sifilitičnega ali leproznega izvora. Santoiiani je poskušal premostiti to nasprotje in je označil BBSb kot retikuloendoteliozo na vnetljivo granulomatozni bazi.

*

Kakšni so po vsem tem, kar danes vemo o BBSb, naši zaključki o njeni patogenezi in etiologiji?

Po klinični podobii in z manifestacijami na najrazličnejših organih spada BBSb vsekakor med obolenja celega organizma, ne samo kože. Njena histološka slika, pri kateri upoštevamo tudi manj tipične spremembe, tudi za nas ni zadosten dokaz in vzrok, da bi jo izločili iz skupine kroničnih infekciöznih granulomatoz. Se bolj neverjetna je domneva, da je BBSb neke vrste limfo-granulomatoza.

Mnogo težje je rešiti vprašanje, kakšna je etiologija BBSb bolezni. Zdi se mi nedopustno in nemogoče zanikati tuberkulozni izvor BBSb (s tem postane nemogoče tudi suponiranje negativne, spontane, temporerne tuberkulinske anergije, vsaj za te primere). Tudi če smo še tako kritični, moramo priznati, da ne moremo zanikati vseh izvidov, ki pričajo za Kochov bacil kot vzrok te bolezni. Mislim, da se mi je posrečilo prepričati tudi Vas o možnosti specifične tuberkulinske anergije pri tuberkuloznih individuih. Končno — in tu moramo apelirati posebno na ftiziologe in rentgenologe — imamo pri BBSb še pestre spremembe na pljučih in drugih organih (oko!), ki jih toliko naših kolegov, nedermatologov, neredko smatra za tuberkulozne.

Tuberkulozna etiologija BBSb je za nas gotova stvar — ali ne za vse primere. Priznati moramo, ako hočemo biti nepristranski, tudi leprozni bacil kot etiološki činitelj. Naravna posledica tega je, da smatramo etiološko BBSb kot simptomni skupek ali sindrom. Za naše kraje bo veljalo — seveda samo toliko časa, dokler ne bo doprinešen za vsak primer posebej nasprotni dokaz — pravilo, da smatramo BBSb predvsem za tuberkulozno afekcijo, ki se ima za svojevrstno klinično in histološko sliko zahvaliti prav posebnemu in zelo redkemu alergičnemu stanju organizma.

Ko sem l. 1934. predlagal razdelitev kožnih tuberkuloz na temelju imunobiološkega stanja kože, to se pravi na osnovi njene občutljivosti do tuberkulina, sem opredelil Boeckove sarkoide (lupus pernio) med procese izključno tuberkuloznega izvora, in sicer skupaj z lupus miliaris disseminatus v za glavje specifično anergičnih afekcij. Danes jih prištevam hkrati z granuloma annulare v skupino specifično anergičnih sindromov. Upam, da bo prihodnost ta popravek potrdila.

Iz ginekološko-porodniškega oddelka Banov. boln. v Mariboru (šef dr. Benčan I.)
in prosekture iste bolnice (prosektor dr. V. Kušar)

Hydrops foetus et placentae universalis*

(Razmišljanja o etiologiji in genezi obolenja)

Dr. Bogo Skalicky in dr. Valentin Kušar

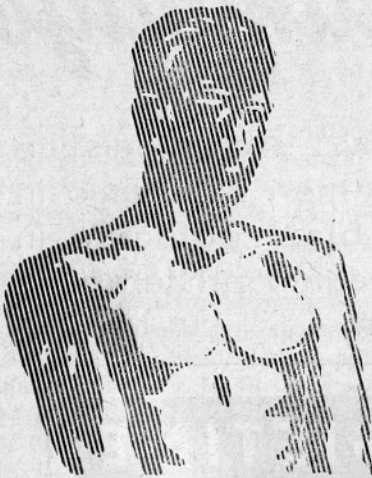
Primeri univerzalnega hidropsa ploda so primeroma zelo redki. Na porodniškem oddelku splošne bolnice v Mariboru je opisani primer prvi in edini primer tega kongenitalnega fetalnega obolenja. Izvzeti moramo primer težkega ikterusa neonatorum, ki smo ga na oddelku že tudi imeli. To obolenje je namreč po mnenju Gierkeja v ozki zvezi z obolenjem univerzalnega fetalnega hidropsa. Omenjeni avtor združuje popis obeh obolenj celo pod skupnim naslovom v poglavju »o fetalnih krvnih boleznih«. Pogostost pojavljanja vodenice ploda računamo iz podatkov klinik v razmerju 1 na 5000 porodov. Radi redkosti tega fetalnega obolenja je bolezen v literaturi pomanjkljivo obdelana, posebno pa še njen etiološki faktor, o katerem so mnenja navskrižna. Popis našega primera obenem z našimi ugotovitvami in razmišljanji o etiologiji naj bi bil mal prispevek k izpolnitvi slike tega redkega fetalnega obolenja.

¹ Demonstrirano na I. znanstvenem sestanku v Banovinski bolnici v Mariboru 18. X. 1940.

Sniženje cen!

Moški seksualni hormon

Anertan
(testosteronpropionat)



se uporablja

pri možu: hipertrofija prostate,
zmanjšana delozmožnost
na psihičnem, fizičnem
in seksualnem torišču;

pri ženski: metroragija,
mastopatiija,
enureza, pruritus vulvae;

pri otroku: kriptorhizem,
neraspoloženje do dela
in jela.

intramuskularno:	Anertan 4 × 5 mg	din	110.—	83.—
	" 4 × 10 mg	"	175.—	110.—
	" 4 × 25 mg	"	420.—	210.—
perkutano:	Anertan-olje	"	157.—	104.—

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G.M.B.H., MANNHEIM-WALDHOF

Zastupstvo za Jugoslaviju: »ALKALOID«, Zagreb, Mošinskoga ul. 14.

Bolečina v mišicah

Torticollis

Lumbago

Lokalna aplikacija obkladkov z Antiphlogistine dokazano pospeši v visoki meri cirkulacijo in prehrano v obolelih delih, blaži bolečine in omogoči gibljivost. — Pomagalo pri terapiji z obsevanjem

ANTIPHLOGISTINE

je nenadkriljiva pri proizvodjanju in ohranitvi trajne topline v tkivih.

Vzorci in literatura brezplačni

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

Braće J. Jovanovića, Beograd, Ulica Kneza Mihaila 33

Vsekakor je pomen znanstvenega obravnavanja tega primera bolj teoretičen, kot klinično-praktičen že radi absolutno infaustne prognoze.

Bolezen sama je verjetno svojstvena moškemu spolu, matere so le prenašalke in nositeljice bolezenske dispozicije, slično kot pri hemofiliji. V našem primeru gre tudi za plod moškega spola. Plod je bil rojen nedonošen, 2100 gr težak in 37 cm dolg z znaki univerzalnega hidropsa. Vodenica je bila zlasti izražena na koži glave, vratu in trebuha, dočim so bile okončine skoro brez edema. Trebuh je bil nad ravnino prsnega koša, napet. Ascites! Podkožne vene so bile razširjene, modro prosevajoče. Pripadajoča posteljica je bila svetlordeče barve v premeru 18×24 cm, 4 cm visoka in je tehtala 1300 gr. Iz anamneze smo izvedeli, da je mati 37letna prvesnica, ki je bila pred in v nosečnosti vedno zdrava. Oče je pred tremi meseci prebolel serozni meningitis. Izvid Wassermannove reakcije je pri obeh negativen. Mati je dobila prvo perilo s 13 leti, potem je imela perilo vedno b. p. Zadnje redno perilo je imela pred sedmimi meseci, plodovo gibanje pa je baje občutila pred dobrim mesecem.

Ob prihodu v porodno sobo: Primerno hranjena in razvita, nikjer na telesu ni opaziti edemov. Fundus uteri nekaj izpod žličke (gravid. m. 1. IX!), ploščati plodov del levo, kjer se pod popkom slišijo srčni utripi. Glavica je vstopila. Afebrilna, žile 80. Urin: albumen neg. Sediment: Posamezni leukociti, epitelialne celice in sluz.

Takoj ob pregledu porodnice smo ugotovili, da višina dna maternice ni v skladu z anamnestičnimi podatki in smo sumili na patologijo. Porod živega, nedonošenega ploda, ki smo ga popisali obenem s porodom enormno velike posteljice je potrdil našo domnevo. Porod je potekal gladko brez posebnih komplikacij, v temenski legi. Novorojenček je živel vsega četrť ure. Diagnoze pred ali pa med porodom ni bilo in tudi ni mogoče postaviti. Vendar moramo opozoriti na dejstvo, da moramo pri porodnicah, kjer višina dna maternice ne odgovarja anamnestičnim podatkom zadnje periode in kjer je mogoče otipati plodove dele in slišati plodove srčne utripe, misliti tudi na to fetalno obolenje. V našem primeru je šlo za nosečnost v sedmem lunarnem mesecu, čemur odgovarja datum zadnje periode in dolžina ploda (37 cm), dasiravno je izkazovalo dno maternice nosečnost v devetem lunarnem mesecu. Višino fundusa uteri pa si lahko razlagamo z izredno otečenostjo ploda, z patološkimi spremembami ter ascitezom. (Teža 2100 gr) ter s posteljico, ki je tehtala v našem primeru 1300 gr (18×24 in 4 cm) proti normalni, ki tehta pri donošenem plodu kot je znano le 500 gr (16×20 in 3 cm). Porod ni bil kompliciran, ker je bil plod majhen, predčasno rojen in nedonošen. V medicinski literaturi pa so popisani primeri, kjer so bili porodi radi velikosti ploda težavni. Pri različnih porodnih operacijah (kleščke, ekstrakcija) je bil plod večkrat resno poškodovan radi edematoznega tkiva. Celo primeri, kjer so bili odtrgani deli ploda, glava ali ekstremitete, baje niso redki (Z u n d e r). Izredno velika posteljica se je v našem primeru rodila spontano, pogosto pa je v teh primerih priraščena in jo je treba manualno odluščiti.

Etiologija je neznana. V nekaterih že popisanih primerih se domneva, da je obolenje v vzročni zvezi z vnetjem ledvic nosečih žensk, kar pa nismo mogli v našem primeru potrditi. Lues po J a s c h k e - u in P a n k o w u ni merodajen, po H a l b a n u in S e i t z u pa je večkrat v anamnezi. V našem primeru tudi tega obolenja ni bilo ne pri materi in ne pri očetu. Preostaja torej, da razmišljamo le o mnenju S c h r i d d e - j a, ki misli, da gre pri tem fetalnem obolenju za neko nokso, ki ima kvaren vpliv na krvotvorne organe ploda. Zato so tudi ti organi: jetra, vranica, obisti, žleza nadobistnica in bez-

gavke povečane, okostje pa je slabo razvito. Vse te spremembe pa se zrcalijo v krvni sliki, kjer se nam pojavljajo mlade forme krvnih elementov-eritroblasti in mieloblasti. Tudi v našem primeru je bilo mogoče potrditi to eritroleukoblastozo v krvni sliki.

Obdukcijski izvid: Poleg že prej omenjenih zunanjih sprememb smo našli pri obdukciji sledeče: Iz tkiv se izliva serozna tekočina. V trebušni duplini je velika množina serozne tekočine. Pljuča so skoro brez zraka. Srčna mišica ima nejasno strukturo; velikost srca je normalna. Jetra so znatno povečana, precej trda, imajo malo hrapavo površino; posebno v bližini robov so znatnejša vdolbenja. Na prerezu so jetra popolnoma zabrisane strukture. Vranica je precej povečana in trda, nejasne strukture. Pankreas je precej trd. Na drugih organih makroskopsko ni bilo opaziti ničesar karakterističnega.

Mnogo bolj pomembne pa so spremembe, ki smo jih ugotovili pri histološkem pregledu. V vseh organih smo našli večja ali manjša eritromieloična gnezda. Jetra nam nudijo sliko, kakor jo vidimo pri mieloični levkemiji. Vendar pa smo ugotovili, da so v kapilarah predvsem eritroblasti in samo nekoliko mieloičnih elementov. Poleg tega so jetra močno mastno degenerirana. Intersticij je samo malo hiperplastičen; tu pa tam so v jetrih malo večja gnezda rahlega veziva. Vranice žal histološko nismo pregledali, vendar smo prepričani, da bi bili tudi v njej našli močno hematopoezo, kajti tudi retroperitonealne bezgavke so bile prepolne eritroblastov, med katerimi je opaziti tudi nekoliko nezrelih mieloičnih elementov. V pankreasu je predvsem intersticij malo hiperplastičen. Resice placente so velike; njihova stroma je zelo bogata na celicah. Poleg fibrocitov je videti posebno mnogo histiocitov, eritroblastov pa tudi mieloičnih elementov, med katerimi so tudi eozinofilni polimorfno jedrni levkociti. Edem placentarnih resic ni posebno močen. V ledvicah so epitelialne celice skorje precej močno parenhimatozno degenerirane. Intersticij je malo močnejše razvit. Videti je manjša hematopoetična gnezda. Iz placentarnih ven smo napravili krvni razmaz, v katerem smo našli ogromno število eritroblastov. Luetičnih znakov nismo našli.

Zaradi ugotovitve močne eritroblastoze v krvi in hematopoetičnih gnezd v organih v zvezi s splošnim fetalnim hidropsom smatramo za primerno, da primer objavimo. Pri tem se nam vsiljuje dvoje važnih vprašanj: 1. kakšni so vzroki, ki povzročajo eritroblastozo v krvi in tako močno hematopoezo v organih; 2. kakšna je zveza med eritroblastozo in univerzalnim hidropsom.

Ad 1. Hematopoetična gnezda v organih so normalna pojava v zgodnji dobi embrionalnega razvoja. Včasih jih najdemo še tudi pri donošenih novorojenčkih. V našem primeru bi jih toliko bolj pričakovali, ker se je plod rodil precej prezgodaj, kmalu po sedmem lunarnem mesecu. Vendar je kljub temu tako močna hematopoeza v organih nekaj patološkega. Eritroblastozo v krvi bi pa seveda lahko tolmačili kot nujno posledico hematopoeze v raznih organih v času, ko je že kostni mozeg prevzel hematopoetično funkcijo. Ako nebi imeli eritroblastoze v krvi, potem bi pač morali misliti na funkcionalno slabost kostnega mozga.

Berger se pridružuje mnenju Tschernerja, ki smatra, da se tvori v placenti večja množina folikulina, ki povzroča po ugotovitvah Arnolda, Holza in Marxa anemijo. Radi tega misli Berger na ekstramedularno kompenzatorno hematopoezo. Po njegovem mnenju bi bila tudi eritroblastozo v krvi samo izraz anemije. To tolmačenje bi bilo še nekako sprejemljivo, ako se ne bi s tem pojavilo takoj novo vprašanje, zakaj je namreč placenta pri kongenitalnem hidropsu hiperplastična. Pieverling namreč trdi, da je placenta večja

Znamka
za
1 din

Upravi

Zdravniškega vestnika

Ljubljana

Obča državna bolnica, V.

Točen naročnikov naslov:

Ime in priimek

Bivališče

Ulica

Pošta

NAROČILNICA

Podpisani naročam knjigo: dr. M. Černič »Klinični besednjak« za
subskripcijsko ceno din 100.—, katero bom plačal takoj, oziroma v
obrokih po din

..... dne 1941.

.....
Podpis

Dr. Mirko Černič:

„KLINIČNI BESEDNJAK“

Vabilo na subskripcijo

Prof. Ramovš je napisal v Zdravniškem vestniku 1940., št. 2.: »Zato bi bilo prav, da bi n. pr. g. Černič, ki se je že doslej največ s tem bavil in ki si zna tudi iz dosedanje literature dobra zrna izbrati ter ima smisel in čut za preprosto in lepo slovenščino, sestavil abecedno urejeni strokovni slovarček.«

Zgornja beseda prof. Ramovša je postala meso: »Klinični besednjak« je sestavljen in v tisku; izšel bo okoli Velike noči; obsegal bo poleg abecedno urejenih strokovnih oznak tudi navodila za rabo mednarodnih strokovnih terminusov, splošne opombe, članek o novi latinski terminologiji v anatomiji ter črteže in oznake za kraje na človeškem telesu (*regiones corporis humani*) v slovenščini, latinščini in nemščini. Tu vzorec iz njega!

B.

bábica ž. die Grossmutter, die Hebamme: **platinska** die Platinöse; **bábiška šola**; **babičeváti**, -čujem Hebamendienste leisten; **bábištvo** das Hebammenwesen

bacíl, -la *m.* (bacillus = paličica) najmanjše paličaste živi, povzročitelji bolezní; **bacilonósec** je bolnik, ki je ozdravel ali samo nezaznavno obolel, pa ima bacile v organih; **izločevalci bacilov** = bacilonósci, ki bacile izločajo

baktérija ž. (*βακτήριον* = paličica) zajedavec rastlinskega rodu, glivica, obstoječa iz ene same stanice, razmnožujoča se z delitvijo; **óblastá** = kókus (*κόκκος* zrno); po dva in dva: **díplokóki** (*διπλός* dvojen); v nizu: **stréptokóki** (*στρεπτός* veriga); v kopah: **stáfilokóki** (*σταφυλή* grozd); **páličasta**: bacillus; **svédra**: spirilla (debelejša: **vibrión**, tanjša: **spirohéta**). Bakterije so gibljive, če imajo réšice ali véjice (cilije), drugače nepremakljive. Nekateré se množe s trósi (die Sporen, *σπορά* setev), to so prav posebno žilavi delci, ki se razvijajo v nove glivice

ballottement (fr. ballotter gugati) pojav, da se kak trd predmet, plavajoč v za-

prti tekočini, na nagel udarec s prstom umakne, na nasprotni strani odbije in udari na prst nazaj: **patellae** = bibanje pogaçice (pri tekočini v kolen-skem sklepu); **plódo**voglavice v maternici

balneologija ž. (balneum kopel, *λόγος* nauk) nauk o zdraviliščih oz. zdravljenju s kopelmi; **balneológ** strokovnjak v balneologiji; **balneoterápíja** *θεραπέω* zdravim) kopališko zdravljenje, -s kopelmi

bárva ž. color, die Farbe; **zdrave**, **nezdrave barve** von gesunder, ungesunder Farbe; **stanovitne**, **nestanovitne** farbenfest, nicht -; **stalna**, **izpreminjajoča se**; **barven**: čut der Farbensinn; **barvna slepóta** die -blindheit; **zdrávljenje** = fotohromátična terapija (pri duševno bolnih s tem, da stalno učinkujemo nanje z eno barvo, n. pr. z modro, ki pomirja, z rdečo, ki poživlja); **barvílo** der Farbstoff, das Färbemittel; **kožno** das Pigment, krvno der Blutfarbstoff; **bárvati se sich färben**: **blato**; **sich schminken**: **obraz si barvati**

Básedow (K. Ad. v., fizik v Merseburgu 1799—1854.). **Morbus Basedowi**, Base-

radi hiperplazije in ne samo radi edema. To nam dokazuje tudi naš primer. Radi tega se ne moremo zadovoljiti s povečano produkcijo hormonov v placenti, ampak moramo iskati druge faktorje, ki bi nam mogli pojasniti vprašanje postanka hiperplazije placentarne strome in eritroblastoze obenem.

Placenta tvori zvezo med fetusom in materjo. Hiperplastična placenta nam vsiljuje domnevo, da prihaja vzrok od matere. V našem primeru smo res našli tudi v pankreasu, ledvicah in v jetrih malo močnejše razvit intersticij, vendar ne toliko, da ne bi mogla biti to samo posledica edema, česar pa ne moremo trditi o placenti. Torej so prihajale v placento po krvi snovi, ki so povzročile hiperplastično reakcijo. Ako se vprašamo, kakšne naj bi bile te snovi, potem se moramo zanimati predvsem za produkte intermediarnega metabolizma beljakovin v materinem organizmu. Znano je namreč, da je metabolizem za časa nosečnosti spremenjen, povečan in da cirkulirajo v krvi produkti intermediarnega metabolizma v večji množini. To nam dokazujejo na pr. hiperpigmentacije kože, ki so posledica povečane množine razpoložljive dopa snovi. A s c h o f smatra, da so tudi eklampsija in druge toksikoze v graviditeti posledica povečane množine produktov intermediarnega metabolizma beljakovin, ki se ne morejo dovolj hitro izločiti skozi ledvice. Res je sicer, da so eklampsija in druge toksikoze precej česte, dočim pa je splošni fetalni hidrops precej redek. Vendar pa to še ni zadosten razlog, da ne bi smeli iskati v produktih intermediarnega metabolizma beljakovin v času graviditete etiološki faktor za vse omenjene bolezni. Beljakovine so namreč zelo sestavljene snovi, tako da so produkti intermediarnega metabolizma posebno v manj fizioloških primerih lahko kaj različni; kaj različne pa so lahko tudi posledice.

Končno nas niti toliko ne zanima etiološki faktor, ki povzroča hiperplazijo placente. Solitarna hiperplazija komunikacijskega organa med fetusom in materjo nas sili, da iščemo vzroke za hiperplazijo izven jajčeca v organizmu matere ali pa v organizmu fetusa brez zveze z dednimi faktorji. Moramo pa poudariti, da smatramo hiperplazijo placente v postanku univerzalnega fetalnega hidropsa kot nekaj primarnega. Radi hiperplazije placente nastaja eritroblastoz v krvi in iz istega vzroka vršijo razni organi hematopoetično funkcijo dalj časa kot je to normalno. Radi hiperplazije placente imamo pri fetalnem hidropsu eritroblastozo v krvi in v mnogih organih ekstramedularno hematopoezo tako redno, da smatra Gierke fetalni hidrops kot obolenje krvi.

Da bi to pojasnili, naj navedemo, da je pri novorojenčkih število eritrocitov mnogo večje kot pri odraslih, prav tako tudi množina hemoglobina; to pa samo zaradi tega, ker v intrauterinim življenju arterijelna kri ni popolnoma ločena od venozne. Povečana množina eritrocitov služi torej samo za to, da kljub temu fetus dobiva dovolj kisika. Hiperplazija placente pa otežava izmenjavanje snovi med fetusom in materjo. Kajti kolikor bolj je kakšna resica placente hiperplastična, toliko bolj so oddaljene kapilare od lakun s krvjo matere. To stanje lahko primerjamo s pneumonozo v pljučih, kjer vsako zadebenenje sten pljučnih alveol pri cianotični induraciji ali transsudatu v alveolah pri pljučnem edemu otežuje sprejemanje kisika in oddajanje ogljikove kisline. Hiperplazija strome v placenti mora na organizem še toliko nepovoljnejše vplivati, ker si je organizem fetusa moral že pomagati s povečanjem števila eritrocitov, da bi dobival v redu kisik in da bi v redu oddajal ogljikovo kislino. Povečano število eritroblastov v krvi in ekstramedularno hematopoezo pri fetalnem hidropsu moramo smatrati kot kompenzatorni poskus organizma, da bi kljub oviram, ki jih nudi hiperplastična stroma placentarnih resic izmenjavanju materij med fetusom in materjo ostala izmenjava snovi

na zadovoljivem nivoju. Anemija matere v Bergerovem primeru bi bila pač mogla povzročiti pri fetusu kompenzatorno hematopoezo, nikakor pa ne bi mogla povzročiti hiperplazije placente, kajti s hiperplazijo strome placente se doseže prav nasprotno. Kadar pa se hiperplaziji placente pridruži še edem placente, potem je stanje še toliko slabše. Pogoji za izmenjavo snovi med fetusom in materjo so toliko težji radi perikapilarne transudata.

Ad 2. Na podlagi dosedanjih zaključkov moramo ugotoviti, da je eritroblastoza in močna ekstramedulrna hematopoeza v organih pri kongenitalnem fetalnem hidropsu najbrže precej reden pojav. Eritroblastozo omenja tudi Rautmann. Eppinger in Krebs sta našla povečana jetra in vranico in v njih mnogo mieloičnih elementov. Vendar pa trdi Schridde, da so ti elementi eritroblasti in da sta se omenjena avtorja najbrže zmotila. V potogenezi fetalnega hidropsa ne smemo pripisovati glavne vloge ekstramedulrni hematopoezi in eritroblastozi v krvi, čeprav jo najdemo redno, pač pa hiperplaziji placente in šele sekundarno mogoče spremembam v hematopoezi, ako imajo te spremembe sploh kakšen vpliv na postanek edemov. Skozi placento namreč dobiva fetus od matere ne samo kisik, temveč tudi druge hranljive snovi. Eritroblastoza in prekomerno razvita hematopoetična gnezda nam direktno dokazujejo, da je promet plinastih snovi med fetusom in materjo otežkočen. Toliko verjetneje je, da je še bolj otežkočeno sprejemanje hranljivih snovi preko hiperplastične placente, katere dobiva fetus od matere. Fetus tedaj najbrže dobiva bolj razredčene hranljive snovi. Na ta način fetus res dobiva od matere relativno več tekočine. Tudi Pieverlin je mislil, da hiperplastična placenta sprejema iz materine krvi več tekočine in da zaradi tega postajajo tkiva fetusa edematозна. Tako naziranje je upravičeno samo tedaj, ako vzamemo v obzir, da mora fetus sprejeti več tekočine iz materine krvi, da bi z večjo množino dobil dovolj hranljivih snovi, kajti koncentracija sprejetih hranljivih snovi mora biti radi hiperplazije placentarnih resic zmanjšana. Drugače pa moramo vedeti, da hiperplastična placenta težje sprejema iz materine krvi vse plinaste in tekoče snovi, prav posebno pa še koloidalne raztopine. Posledice sprejemanja relativno mnogo vode in malo v vodi raztopljenih snovi se morajo pokazati v sestavi sokov fetusa. Pričakovati je, da bo krvna plazma vsebovala malo beljakovin.

Poleg tega pa se javljajo na organih degenerativne spremembe, kar smo videli tudi v našem primeru. Radi tega je kaj verjetno, da bodo ledvice izločale beljakovine, posebno, ker je epitel pri fetusu bolj propustljiv. To bi bil že drugi faktor, ki bi zmanjševal množino beljakovin v plazmi fetusa. Koloidalno ozmotačni pritisk mora radi tega padati. Morda pa je še v nenormalnem hematopoetičnem stanju kakšen faktor, ki vpliva na sestav plazme? Morda kakšen takšen faktor zmanjšuje koloidalni ozmotačni pritisk krvne plazme. Sicer pa to niti ni nujno potrebno. Poleg tega vemo, da so kapilare pri fetusih bolj propustljive. Degenerativne spremembe, ki nastajajo v parenhimatoznih organih radi nenormalnega prometa materij, gotovo ne prizanašajo endotelu kapilar. Pred nekaj dnevi smo videli pri nekem novorojenčku nekoliko transudata v obeh pleuralnih votlinah. Dete se je rodilo asfiktično in to je bilo že dovolj, da je nastala transudacija v pleuralne votline. To govori vsekakor v prilog precejšnji propustljivosti sten kapilar. Degeneracija endotela seveda propustljivost še povečava. Dalje ne smemo pozabiti, da je mogoče, da se radi otežene izmenjave materij med materjo in fetusom lahko tudi menjajo lastnosti tkiva fetusa. Mogoče se nabirajo v tkivu snovi, ki privlačujejo vodo v tkivo z večjo silo, nekako tako kakor nastaja edem pri nefrozah.

VITAMIN

CEBION Merck

pri pomanjkanju vitamina C
pri infektivnih boleznih

(kot podpora pri zdravljenju hripe,
pnevmonije, difterije, tuberkuloze itd.)

Tablete po 0,05 g
Ampule po 0,05 g (1 ccm)
Ampule po 0,1 g (2 ccm)
Ampule po 0,5 g (5 ccm) = CEBION »forte«

E. MERCK • DARMSTADT
Zastopstvo: „Alkaloid“, Zagreb 1, pošt. predal 494

FERRIPAN

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

PROTI ANEMIJI

UGODEN OKUS! NIZKE CENE!

Omoti:

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

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



Na kaj je treba paziti pri desinfekciji rok?

Zanesljiva desinfekcija rok je zelo važna. Zaradi tega uporabljajte za desinfekcijo »SAGROTAN«, ki mu lahko zaupate. »SAGROTAN« je odlično baktericidno sredstvo, ki ne škodi koži in sluznicam. Diši ugodno. Ker vsebuje milo, čisti dobro in povečava elastičnost kože.

»SAGROTAN« je prav tako odličen za desinfekcijo instrumentov in prostorov. Po potrdilu Bakteriološkega instituta medicinske fakultete v Zagrebu deluje »SAGROTAN« efektivno desinficirajoče, atest Ginekološke klinike v Zagrebu pa priča, da je »SAGROTAN« zanesljivo desinfekcijsko sredstvo v zdravniški praksi.

»SAGROTAN« (zaščitni znak)

ZANESLJIV IN MNOGOSTRANSKI!

ZAHTEVAJTE SE DANES VZORCE, LITERATURO IN PONUDBO!

Zastopstvo »BIOSAN« Mr. ph. VLADIMIR SMOKVINA, ZAGREB, KAPTOL 12
Izdeluje: SCHÜLKE & MAYR AKTIENGESELLSCHAFT, HAMBURG 39

JUGOSLAVENSKO SIEMENS D. D.

ODDELEK ZA MEDICINSKO TEHNIKO

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

Zastopstva za Slovenijo:

Ljubljana, Tyrševa c. 1b/III.

Telefon 21-02 (Welley)

Ljubljana, Tyrševa c. 35a

Telefon 38-60 (Roblek)



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

Čeprav nimamo v pravkar omenjeni tretji faktor pravega vpogleda, vendar lahko smatramo, da smo v stanju pojasniti postanek edemov radi hiperplazije placente s pomočjo prvega in drugega faktorja, t. j. s pomočjo zmanjšanega koloidalno ozmotskega pritiska plazme in s pomočjo propustljivosti sten kapilar. Vodo zadržuje v kapilarah koloidalno ozmotski pritisk koloidalno raztopljenih beljakovin, posebno albuminov. Tkiva vodo privlačijo močneje ali slabše s svojo sposobnostjo, da vežejo vodo medtem ko nabrekajo. V istem smislu deluje tudi krvni pritisk, ko pritiska na steno kapilar. Ako je torej pri normalnih lastnostih tkiv koloidalno ozmotski pritisk krvne plazme premajhen ter so poleg tega še stene kapilar močneje propustljive, kakor so pri fetusih, posebno, če je endotel degeneriral, potem so možnosti za postanek edemov dane. Te pogoje imamo pri fetusih lahko kot posledico primarne hiperplazije placentarnih resic. Neposredni vzrok za postanek edemov moramo torej iskati predvsem v plazmi. To je popolnoma v skladu z mnenjem S t a r k a in H i l d e n b e r g a.

Politzer, Gierke in Reus ter Berger smatrajo, da so edemi posledica prevelike množine hormonov, ki se tvorijo v placenti ter vplivajo preko hipofize antidiuretčno. Mi tega ne moremo sprejeti v celoti. Ako pa bi se izkazalo, da hiperplastična placenta res izloča večjo množino hormonov, ki delujejo preko hipofize antidiuretčno, potem bi imeli mutatis mutandis samo še en faktor v postanku edemov več in bi bil to samo nov dokaz o primarnem mestu, ki naj ga zavzema hiperplazija placente v postanku splošnega kongenitalnega fetalnega hidropsa. Eritroblastoza in močna ekstramedularna hematopoeza, kakor tudi edemi so samo posledica oteženega prometa materij med materjo in fetusom skozi hiperplastično placento. Najtežje je vprašanje, zakaj nastaja hiperplazija placente. Smatramo pa, da je verjetnejše, da je hiperplazija posledica dotoka produktov intermediarnega metabolizma beljakovin v placento, kakor pa da bi bil primarni vzrok hereditaren.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Autoren berichten über einen Fall von kongenitalem Hydrops foetus et placentae. Sie sind der Ansicht, dass die Placenta infolge von abnormen Eiweissstoffwechselprodukten primär hyperplasiere. Diese pathologischen Veränderungen erschweren den Gasstoffwechsel in der Placenta, wie das auch bei der Pneumose der Lunge vorkommt. Die Folge solcher Veränderungen sind eine grössere extramedulläre Hämatopoeze und eine Bluterthroblastose auf kompensatorischer Grundlage. Noch stärker als der Gaswechsel wird in der hyperplastischen Placenta der Stoffwechsel der flüssigen, besonders aber der kolloidalgelösten Stoffe erschwert. Infolge dessen bekommt die Frucht aus dem Mutterblute nur verdünnte Nährstoffe und es entsteht eine Verdünnung seines Blutplasmas, sowie eine Verminderung des kolloid-osmotischen Druckes. Das ist die Hauptursache der Oedemgenese. Der zweite Faktor besteht in einer grösseren Durchlässigkeit der foetalen Kapillarwände. Die Autoren betrachten die Stromahyperplasie der Placentarzotten als den primären und den Hauptfaktor in der Genese des kongenitalen foetalen Hydrops.

SLOVSTVO:

Stoekel: Lehrbuch der Geburtshilfe. — Jaschke-Pankow: Lehrbuch der Geburtshilfe. — Halban-Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes. — Aschoff: Pathologische Anatomie. — Becher: Lehrbuch der sp. path. Physiologie. — M. Berger: Hydrops foetus et placentae universalis. Lij. vjes. 1940.

Zadnjič k članku dr. R. Kukovca

Dr. Slavko Rakovec

V svojem zadnjem odgovoru se avtor ne spušča več v znanstveno razmo-
trivanje problema samega, temveč je upeljal novost, da skuša ocenjevati, koliko
se je kdo bavil s problemom teoretično in praktično in koliko in kakšno pozna
kdo literaturo. Ne glede na to, da se tudi v teh trditvah avtor nahaja v veliki
zmoti, mislim, da to na argumentacijo ne bi moglo imeti nikakega vpliva.

Edino glede Ambardove konstante skuša avtor podpreti svoje mnenje
s citatom. Uporaba citata je pa v tem primeru pogrešena, ker s tem citatom
avtor nikakor ni podprl svoje decidirane trditve, katero sem ravno pobijal,
da namreč moremo s pomočjo konstante precizno določevati množino uničenega
dela ledvic v odstotkih.

Se drugo novost uvaja avtor, — zaradi česar sem primoran da se zopet
oglasim, — namreč da mi pripisuje trditve, katerih nisem nikdar napisal,
podobno kot že to zadnjič z neko definicijo uree. Proti temu moram odločno
ugovarjati. Tako nisem nikjer trdil, da se indigo v celoti izloča s k o z i l e d v i -
c e, temveč samo ugovarjal nemogoči avtorjevi trditvi, da spada indigo med
snovi, ki jih organizem po svoji potrebi v večji ali manjši meri absorbira.
Tudi nisem trdil, da obeh metod ni mogoče primerjati (saj sem jih sam pri-
merjal!), temveč, da ju ni mogoče primerjati na tak p a v š a l e n način, kot
je to storil avtor.

Še bolj smela trditev je, da bi bila moja želja, da avtor precizira kemizem
uree. Take želje nisem nikjer izrazil. Ta stvar je meni in tudi čitateljem
znana še izza časa predkliničnega študija. Avtor naj si samo ogleda svojo
zbirko povsem nasprotujočih si definicij uree, od katerih sta bili prvi dve
p o v s e m n a p a č n i, in bo videl, da je bil potreben pojasnila samo o n s a m.

Z vsemi temi avtorjevimi odmiki in izmiki na nebitvene stranske poti —
radi česar se je razprava žalibog raztegnila — pa avtor ni popolnoma nič
ovrgel bistva moje kritike, v kateri sem dokazal, da je zaključek njegovega
članka (češ da je metoda uree za določevanje ledvične delozmožnosti boljša
od indigokarminske) napačen, ker z ureo po navedeni metodi ledvične delo-
zmožnosti sploh ne moremo določevati, temveč samo primerjati, katera ledvica
je boljša oziroma slabša.

Vejališče za naše strokovno besedje in izrazje

Veja dr. Mirko Černič, Maribor

»Naši beli rojaki pravijo: **zbolim na pljučnici, na jetiki, na raku, toda
umrem za pljučnico, za jetiko, za rakom.**«

Tako mi sporoča ožji rojak, Beli Kranjec, sam pisatelj, ki preživlja pokoj
v svoji domovini. Takisto pravijo na Krasu, kar mi potrjujeta dva Kra-
ševca — eden inženir, ki se sam bavi s strokovnimi jezikovnimi vprašanji, drugi
tovariš zdravnik. Iz Slovenskih goric sem oni dan dobil od nekega šolskega
upravitelja vprašanje: »**Na kateri bolezni boluje učencee...?**« In na tiskovini
mariborske bolnice berem: »**Oskrbovanec boluje na...**« Znani borec za slo-
vensko zdravniško terminologijo, Ljubljančan po rodu, mi piše: »**Boleham na
posledicah pravkar prestane težke influence.**«

Mislím, da je navedb in dokazov dovolj — Bela Krajina, Kras, Slovenske gorice, Maribor, Ljubljana — to je že pravi pravcati plebiscit! Zaradi tega je prav, da se v Kliničnem besednjaku ravnám po njem.

V Slovenskem pravopisu najdem: »tvór, -a m. (ne: túr, -a)«.

V Beli Krajini pravijo »tvor«, izgovarjajo »tvur«, povsod drugod po Slovenskem pa sem čul od zdravnikov in nezdravnikov zgolj »tur, tur se mi dela, tur imam, tur me boli, tur se mi je prepustil«. Celo naš Ribničan, ki pismeni u izgovarja za ü (tudi: tüdi; suha roba: süha roba), o pa za u (črni kos: črni kus) pravi »tur«! Zaradi tega mislim, da je popolnoma prav, da sem v Klinični slovar sprejel obe obliki: túr = tvór furunculus, mnóštveni túr = mnóštveni tvór carbunculus, turáv = tvoráv furunculosis, turávica = tvorávica furunculosis, túravost = tvóravost furunculosis.

Pleteršnik ne razločuje »voha« od »vonja« (oboje mu je der Geruch in der Geruchsinn), »vohala« in »vonjala« (oboje mu je das Geruchsorgan), »vohati« in »vonjati« (prvo mu je riechen in schnüffeln, wittern, drugo duften in schnupfen). Strokovno je nam zdravnikom potrebna razmejitev: voh = der Geruchsinn, voháló = das Geruchsorgan, vohati = schnüpfeln, voháló živčevje = die Geruchsnerve od vónja (der Duft) in vónjati (duften); oznaki »vonjalo« in »vonjalno živčevje« sta nelogični in nepotrebni.

Spoznám, spoznáva (diagnoza, die Erkennung), spoznávno (diagnostično) — rázpoznam, razpoznáva (diferencialna diagnoza), razpoznavno (diferencialno diagnostično) — prépoznam, prepoznáva (die Wiedererkennung): bolezen spoznam, jo od podobnih razpoznam, znanca pa prepoznam.

Bolnik umre, rodbina pomira in izumre, ud odmre, čustvo pa zamre.

Obróbiti (umsäumen), obróbní izpuščaj = der Randausschlag; zaróbiti = einsäumen: srajco, rjuho; raztrgano rano prirobiti = robove prirezati (die Wundränder anfrischen).

Bolnik gre na operacijo; operater gre operirat; asistent, narkotizer, instrumentarka skupno gredo operirat, posamezno k operaciji; k operaciji gredo tudi gledalci. Takisto gre ranjenec na preobvezo, zdravnik preobvezat, sestra pa k preobvezi.

»Krvavitve pri krvaveih (hemofilih)«; »sinovi so mu krvavitelji« — tako berem zadnji čas v nekem mesečniku in nekem našem dnevniku.

Hemofilija (haemophilia; aīma kri, síhla nagnenje), die Bluterkrankheit; tisti, ki na njej trpi, je hemofilik, der Bluter. In po naše?

Značilno za našo strokovno stopnjo je, da za ta pojem ne najdem oznake ne v Pleteršnikovem Slovensko-nemškem slovarju, ne v Glonarjevih Slovar slovenskega jezika ter Poučni slovar, ne v Janežič-Bartlovem Deutsch-Slovenisches Hand-Wörterbuch, ne v Cigaletovem Deutsch slovenisches Wörterbuch.

»Krvavec« je po Pleteršniku: 1. neka vinska trta; 2. das Hartheu (hypericum perforatum); 3. der Blutstein; po Glonarju pa so: »krvavci«: starejša označba za socialiste, marksiste in enake »protimesščanske« stranke.

Krvavéti, -vím = bluten, krváviti, krvávím = blutig machen. »Krvavitelj« je potemtakem vsakdo, ki ali sam krvavi (vsled rane, iz nosú, iz mehurja) ali s krvjo kaj pomaže. Hemofilik pa ni ne eno ne drugo, marveč hemofilik je tisti, pri katerem se krvavitev tudi po najmanjših krvavitvah dá težko ustaviti in ki ima to lastnost prirojeno, je torej ta lastnost svojstvena njegovi konstituciji.

Za hemofilijo sem neke nekoč čul ali bral oznako »krvavičnost«, ki se mi zdi dobra; hemofilik bi bil potemtakem »krvavičnik«.

»Eno besedo bi vam še v zadnjem trenutku rad vrnil v vašo zbirko: pristni slovenski izraz za Choreo, ki vedno paradira po naših člankih kot smešni »ples sv. Vida«. Svojčas sem skoval sam izraz za to bolezen in jo imenoval ‚zverjavko‘, smatrajoč, da je glavni simptom njen to, da se bolnik ‚zvera‘. Ali prilično me je neka Dolenjka poučila, da v njeni soseski poleg njenega dekleta še več otrok boleha na — ‚zvinjavki‘, s čemer pač ni moči boleznii lepše opisati in jo bolj precizno imenovati.«

Tako mi piše že zgoraj omenjeni borec za naše strokovno besedje in izrazje, ki tudi tu dosledno pravi: »boleha na zvinjavki«.

Za korejo (*zogeča* ples) najdem i v Pleteršniku i v Glonarju: »vidovica«, po zdravniških spisih pa: »sv. Vida ples«. Iz lastne izkušnje ne morem ne o eni ne o drugi reči ničesar, na splošno pa velja — če ena ali druga ali če obe živita med narodom, jih ne moremo odklanjati.

»Zvérjavka« (zvértati se, sich ungebürllich benehmen) je smiselna in dobra oznaka, dokler nimamo nobene druge, »zvinjavka« (zviniti si prst, nogo: sich den Finger, den Fuß verstauchen) pa pove več, kot je koreja — »zvin« je v slovenščini že splošno upeljana strokovna oznaka za »distorsio, die Verstauchung, die Zerrung der Gelenkkapselbänder mir ZerreiBungen und Blutaustritten« (Dornblüht — Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch 1940).

Iz navedenega je razvidno, da je koreja zgolj gibanje in kretanje (zvéranje), dočim bi bila »zvinjavka« zveranje s posledicami v sklepkih.

Ko sem bil svojčas sprožil debato o debelem in tankem črevesu (Zdrav. v. 1939., str. 345, 377, 416), mi je neki kolega sporočil tole svoje mnenje: »Tako mislim, da imajo pri nesrečnem širokem oziroma debelem črevesu zadnjo besedo ti ljudje (namreč mesarji in kmetje). Kaj je kmetu, ki je živali razparal trebuh, imponiralo: obseg ali debelina stene? Dokler se to ne ugotovi, se ne odločim ne za eno ne za drugo.«

Ugotavljati, kaj je mesarju ali kmetu na črevesu prej imponiralo: ali črevesni obseg ali debelina črevesne stene, bi bilo po mojem mlatva prazne slame. Kdo in kako naj to ugotovi? In kaj naj rabimo ta čas? Eno je že ugotovljeno: po vseh slovenskih knjigah in člankih je že od pamtiveka udomačena oznaka: »**debelo in tanko črevo**«, ta oznaka je smiselna, med narodom živa in splošna, in ne vidim prav nikakega vzroka loviti se za drugo, problematično!

Ablatio retinae = odstop mrežnice!

Dr. Slavko Preveč uveljavlja v Zdrav. v. 1941. str. 71. proti mojemu predlogu »odlôčena mrežnica« za ablatio retinae »**odstop mrežnice**«. Svoje mnenje podkreplja z navedbo, da je »poleg jezika tudi uglajenost in prožnost strokovnih izrazov« in da je »odstop mrežnice« v slovenski okulistiki že davno ustaljen. Za svojo trditev navaja kopo vzgledov, ki so strokovno tako prepričevalni, da se mu moram priključiti brez pridržka, zakaj jasno je kot beli dan, da se mora vse jezikovno vselej in povsod ukloniti strokovnemu, ker strokovno je in mora biti temelj vsega našega jezikovnega prizadevanja. — Izvajanja kolege Preveca so pa tudi sicer razveseljiva — oglasil se je javno spet enkrat strokovnjak in podkrepil svoje navzkrižno mnenje. Že 5. leto drmam in izzivam, začel se me je že skoro lotevati strah pred nekako jezikovno diktaturo — vsaka diktatura je mogoča le, če so protisomišljeniki nesposobni ali nebrižni — za to me javni glas kolege Preveca v resnici veseli. Pozdravljen vsak, ki ima in zna kaj pametnega povedati!

Proti bolečinam

NOVOKODIN

sintetski alkaloid dihidrooksikodeinon - hidroklorid.

Zanesljiv in močan analgetikum in sedativo-hipnotikum.
Po delovanju enak dragim tujim preparatom
a po ceni cenejši od magistralno predpisanega kodeina.

Odlična zamenjava za morfin.

Nima nezaželenih učinkov.

Proti kašlju najjačje sredstvo!

Tablete po 0,005 g in injekcije po 0,01 in 0,02 g

Proizvaja:

STEG

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

ZEMUN

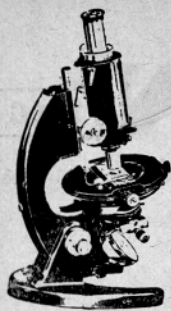
Za pomirjenje **BALDRIAN-DISPERT**

Koncentrat valerijane
b r e z duha in okusa

Originalne doze iz aluminija po 30 dražejev in
steklenice po 100 in 200 dražejev.



KALI-CHEMIE AKTIENGESELLSCHAFT BERLIN
Zastopstvo za kralj. Jugoslavijo: „I sis“ d. d., Zagreb.



Fr. P. Zajec, izprašan optik **Ljubljana - Stritarjeva ulica štev. 6**

(P R I F R A N Č I Š K A N S K E M M O S T U)

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

Samo kvalitetna optika!
Strokovna izvršitev!

Dobrna pri Celju ^{396 m} ^{n a d m o r j e m}

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

Zdravilišče odprto tudi v zimskem času

Izven glavne sezone celokupno 20 dnevno zdravljenje za nizko pavšalno ceno od din 1100⁰- do din 1650⁰-

Zahtevajte prospekte!

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“

TISKARNA MERKUR D. D.

Tiska knjige, brošure, časopise, uradne, trgovske in vsakovrstne druge tiskovine. Eno- in večbarvni tisk. Pri večjih nakladah rotacijski tisk. V lastni založbi tiska Službeni list kraljevske banske uprave dravske banovine. Zbirka zakonov in uredb i. dr. Vsa dela hitro, lično in po zmerni ceni

L A S T N A
KNJIGOVEZNIKA



Ljubljana, Gregorčičeva 23 Telefon 25-52

ZAHTEVAJTE
PRORAČUNE

Kaj je mozolj in kaj je prišč?

Dr. Jernej Demšar

V svojem članku »Navzkrižja — kdo naj jih reši« iz zadnje številke Zdravniškega vestnika trdi g. dr. Černič, da je **mozolj** — folliculitis in da je **urtica** — prišč.

Mi smo smatrali, da sta papula in mozolj identična, istovrstna pojma. Kar smo spravljali nekdanj pod streho papule, to devamo sedaj k mozoljem. Papula ali mozolj je torej več po licu sličnih kožnih pojavov, ki pa v histološkem smislu nimajo ničesar skupnega. Mi poznamo eczema papulatum, papula psoriatica, lues papulosa, papula pri pityriasis rosea in lichen urticatus itd. Vse te različne bolezni imajo enkrat v svojem razvoju podobno obliko — kakor ji pravimo papula. Ampak v histološkem oziru si niso enake; njih patologično jedro sedi enkrat čisto na vrhu v roženi plasti (n. pr. papula psoriatica), drugič v matični plasti (n. pr. eczema papulatum) in tretjič v usnjici (n. pr. lues papulosa, tbc., tumorji itd.). Ne moremo torej reči, da so mozolji navedenih bolezni samo folliculitides, kar ni res.

Najbolje je, če rečemo, mozolj je papula.

Nasprotno bi pa bil prišč mnogo bolj umesten izraz za folliculitis, kar tudi narod pojmi.

Bitja in žitja

Dr. Ivan Oražen

Misli ob 20letnici njegove smrti



13. marca 1921 so Ljubljana, Slovenija in Jugoslavija spremile na zadnji poti moža, kot jih je malo rodila slovenska mati. Nezakonsko dete kmečkega dekleta in visokega slovenskega uradnika, ki ni nikoli spregovoril besedice s svojim sinom, je po poti skoro vseh tedanjih slovenskih dijakov, s stradanjem in zmrzovanjem, pa z neizprosno voljo in žilavo borbo, dosegel zdravniško diplomo. Poleg svoje stroke je bil dr. Oražen tudi Sokol in Jugoslovčan, in to v dobi in razmerah, ki so bile za tako čustvovanje in dejanje nevarne. V balkanskih vojnah 1912 in 1913 je bil zdravnik dobrovoljec v Srbiji, kjer je ne samo pomagal in lajšal trpljenje, marveč tudi čutil in usmerjal jugoslovansko. Po prevratu se je izkazal, da zna ne samo govoriti o lepih ciljih in rušiti gnezda sovražna, marveč tudi praktično graditi. Prvi svoj korak je usmeril v Sokola: nastal je Jugoslovanski Sokolski Savez, iz njega se je porodil Češkoslovaški-Jugoslovanski Sokolski Savez ter

Vseslovanski Sokolski Savez. Os, pogon in vez vsemu temu je bil dr. Oražen. Drugo torišče njegovega dela kot strokovnjaka, Slovenca in Jugoslovana je bilo zdravstvo: skoro na nobenem odločilnem mestu v Sloveniji ni bilo našega

človeka — nenaši ljudje, ki so bili prišli iz popolnoma drugih vidikov na ta mesta, samo ne po svoji strokovni usposobljenosti, so se šopirili in odriivali naše ljudi. Dr. Oražen je takoj začel s temeljito preosnovo: pritegnil je sposobne naše ljudi, postavil pravega človeka na pravo mesto ob pravem času. Demokrat ne samo v deklamacijah, marveč tudi v dejanju, je opravil to strokovno pravilno in demokratsko: ko je bil postal šef zdravstva v Sloveniji, se je v vsem naslonil na Zdravstveni svet, ki ga je do polovice volilo Slovensko zdravniško društvo, drugo polovico pa imenovala vlada. Na ta način je učinkovito izpodnesel tla raznim zvezam, ki povsod razkrajajo strokovno delo, in uveljavil kot prvo kvalifikacijo strokovno sposobnost, jasno misel in čiste prste ter seveda popolno narodno in državljansko zanesljivost. Kdor objektivno presoja zdravstvene razmere med nami za Oražnovih časov, bo priznal, da je imel izredno srečno roko. S svojim postopanjem pa je tudi izpodbodel naš naraščaj, da se je začel strokovno izpopolnjevati, ker je spoznal, da le strokovnost daje človeku vedno in povsod oporo in polet. V svoji oporoki je dr. Oražen zapustil vse svoje večmilijonsko premoženje za »Oražnov dijaški dom«, ki »naj v njem dobe prosto stanovanje v prvi vrsti nezakonski, ubogi medicinci slovenskega, srbskega in hrvatskega plemena, ki študirajo v Ljubljani.« Kot 50letnik je dr. Oražen doživel uresničenje svojih sanj: osvobojenje in ujedinjenje Slovencev, Hrvatov in Srbov v eno državo, slovenskemu delu te skupne države je uredil zdravstvo strokovno pravilno in demokratsko, s svojo oporoko je izpričal svojo plemenitost, svoje narodno mišljenje ter dejansko skrb za slovensko zdravstveno kulturo. Njegovemu spominu se klanjamo ob 20letnici njegove smrti vsi, ki smo ga poznali in ž njim sodelovali ter čustvovali.

Dr. Mirko Černič.

Vprašanja — Odgovori

Vprašanje: Moja dvomesečna hčerka ima zvišano temperaturo najbrž že od rojstva. Najbrž pravim zato, ker sem jo opazil šele pred enim mesecem. Name ni napravila niti najmanjšega vtisa, da bi bila bolna. Pred enim mesecem se mi je zazdelo, da je zelo žejna, nakar sem ji meril vročino in videl, da ima 37°6' C. Vse drugo je bilo v redu: apetit izboren, čeravno je že od rojstva umetno hranjena. Blato je popolnoma normalno. Otrok je dobro razpoložen, nikoli ne joče. Kot rečeno, bi nobena mati ne mogla opaziti, da je otrok bolan. Popek v terminu zaceljen, za otitis ni znakov. Pred 3 tedni sem poskusil s Permucal-suppl., ki so nato odšli z blatom le zmehčani. Zato tudi ni padla vročina. Odločil sem se za Omnadin-inj. Dal sem ji zjutraj in zvečer po črti ampule skozi dva dni. Reakcija je bila močna, do 38°8' C, nato je bila vročina en teden le do 37°0' C.

Zdaj čez dan nima vročine, le ponoči se zelo poti, tako, da sklepam, da mora ponoči imeti vsaj do 38°0' C. Pa vseeno dobro spi, tako da se mi jo zdi škoda buditi, ker kljub potanju nepretrgoma spi in nikoli nič ne joče, da bi mogel sklepati, da jo kje kaj boli. Vendar zjutraj slabo izgleda, čez dan se pa popravi tako, da sijajno izgleda. Čeravno, kot sklepam, nosi bolezen s seboj že od rojstva, je pri svojih 2 mesecih 61 cm dolga in ca. 6 kg težka. Bruha le redko, običajno le takrat, če preveč pije. Sedaj dobiva kravje mleko 8:2 v šestih obrokih po 120 do 150 gr.

Vljudno prosim za smernice, na kaj naj v danem primeru mislim in kaki ukrepi bi bili potrebni. Nerodno se mi zdi, da si nisem na čistem pri svojem lastnem otroku ki ga imam vedno pred očmi. Na zunaj bolezní sploh ne kaže, razen kako jutro po subfebrilni noči, ko izgleda zdelana. Skrbi me pa le, da ne bi zamudil prilike in prezrl kake težje bolezni, ki bi se ev. razvila iz tega primera.

Dr. V. W.

Odgovor: Vaš otrok torej ni napravil na vas vtisa, da bi bil bolan. Tek ima dober, na blato gre v redu, teža in veličina sta pravilni, razvija se dobro, ne joče preko mere. Če ne bi bil subfebrilen, bi bil otrok popolnoma zdrav.

Ponoči spi dobro, vendar se poti, zjutraj je otrok zdelan, kakor pravite. Troje je pri vašem otroku. Hranjen je s kravjim mlekom in verjetno tudi preveč. Izgleda mi, da ga ponoči preveč pokrivате in da spi otrok v preveč zakurjeni sobi. Potenje je lahko posledica tega, lahko pa je tudi znak zgodnjega rahitisa. Če je pa vaša okolica sumljiva na TBC, napravite eno izmed kožnih tuberkulinskih reakcij in po možnosti pregledjte otroka razen fizikalno tudi rentgenološko. Pregledjte tudi urin na sediment in beljakovino; urin dobite, če napravite otroku predložek iz vate in čakate, da se pomoči, nato ga iztisnete in pred pregledom na beljakovino ev. filtrirate.

Glede vašega zdravljenja s Permucalom, Omnadinom itd. smo mnenja, da bodite s simptomatskimi in diferentnimi zdravili čimbolj ekspektativni, dokler ni diagnoza jasna, da bi lahko zdravili kavzalno. Dr. B. Derč.

Vprašanje: Nedavno sem bil pozvan k porodnici s sporočilom babice, da gre za prečno lego. Porodnica stara 36 let, II-para, krepka, z visečim trebuhom, oblika maternice vse bolj prečno ovalna, srčni utripi levo ob popku, dobri, glavica zelo gibljiva, pomaknjena proti levi iliakalni vdolbini, popadki šibki, neredni, ki so začeli okroglo 10—12 ur pred mojim prihodom. Notranje: ustje za dlan odprto, robovi mehki, raztegljivi, mehur čvrst, stoji, glavico je dobiti jedva na konec prstov s pritiskom na fundus. Po enournem čakanju se odločim, da predrem mehur, nakar odteče še dosti vode, glavica se spusti na medenični vhod, injiciram kinin. Porodnica je rodila po 10 urah spontano, zdravo, cca. 4 kg težko dete. Prosim, ali je bilo opisano ravnanje potrebno? Dr. M. K.

Odgovor: Ravnali ste popolnoma pravilno. Pri spremenljivih legah ne kaže čakati na spontani razpok plodnega mehurja, ker bi lahko pri tem prišlo do nezaželenih komplikacij (nastanek prečne lege, izpad malih plodovih delov, izpad popkovine). Mnogo bolje je pri spremenljivih legah z zunanjimi prijemi (zunanji obrat) naravnati plod v vzdolžno lego (glavno, ali kjer to ni mogoče, v zadnjično) in nato v teku notranje preiskave predreti plodni mehur, ako je maternično ustje vsaj za tri prste odprto. Po predrtju mehurja se je treba prepričati, ali ni morda izpadel mali plodov del ali popkovina, in se nato uveriti, kako vstopa predležeči plodov del. S to enostavno metodo, pri kateri se kombinira zunanji obrat z notranjo preiskavo ter umetnim predrtjem mehurja, smo v ljubljanski ženski bolnici pri prečnih in spremenljivih legah prihranili marsikateri ženi težke operacije in ohranili življenje marsikateremu otroku. Dr. V. Lavrič.

Iz zdravniškega slovstva

Interna medicina

G. Dinkler: Hemoragične diateze in njihovo zdravljenje. (Münch. med. Wschr., št. 4., 1941.)

Skupina bolezni, ki smo jih do nedavna prištevali med hemoragične diateze, se je v zadnjih letih močno povečala in razširila. Zato je postal pregled nad temi boleznimi težak in kmalu se je pokazala potreba po novi razdelitvi in točni omejitvi vsega, kar bi delalo zmedo. Vendar pa je težko napraviti shematično razdelitev le iz kliničnega

vidika, ker je simptomatologija pri hemoragičnih diatezah prilično enolična. Zato je boljše, če jih razdelimo po njihovi etiologiji.

Avtor podaja razdelitev hemoragičnih diatez, ki je sestavljena deloma po izkustvih Morawitza in Jürgsena, deloma dopolnjena z Nägelijevo diferencialno-diagnostično shemo.

I. Hemoragične diateze pri avitaminozah: skorbut in Möller-Barlowljeva bolezen. Diferencialna diagnoza je lahka, klinični znaki so jasni, etiologija je znana. Okvarjeno je ožilje, čemur je po Aschoffu vzrok razrahljana zvezna snov med endotelnimi celicami žil. Gänslen pa je opazoval v kapilarnem mikroskopu, da pride do krvavitve iz malih, razširjenih kapilar v obliki tako zvanih kapilarnih anevrizem.

II. Hemoragične diateze pri obolenjih ven in arterij:

1. status dysvascularis Sack, ki je slabost ostenja celotnega ožilja, radi česar pride do velikih podkožnih in mišičnih krvavitvev. Vsa oporna in vezivna tkiva so slabše razvita, zato najdemo pri tej bolezni istočasno ploske noge, deformacije hrbtenice, popkovo kilo, krčne žile itd. Rumpel-Leede je pozitiven, ostali krvni izvidi so normalni. Avtor misli, da je vzrok bolezni prirojena okvara mesodermalnih tkiv;

2. Rendu-Oslerjeva bolezen, ki je dedna in je v omejenih teleangiektazijah: na nosu in jeziku, v žrelu in drugod;

3. zastojne krvavitve, večinoma radi miokardne insuficience in mitralnih srčnih napak.

III. Hemoragične diateze, ki so familiarno dedne in endogene:

1. dedna in sporadična hemofilija, ki ima šareno simptomatologijo, je recesivno dedna, dednost je spolno vezana. Povečini se pojavlja pri moškem spolu, vendar pa Fonio ne izključuje hemofilije pri ženah. Bistvo bolezni je v motnji krvne koagulacije radi prepočasnega in nezadostnega sproščenja trombokinaze iz trombocitov. Vendar je možno, da je trombokinaze dovolj in da so le trombociti funkcijsko manj vredni. Sporadična hemofilija se klinično ne razlikuje od dedne in ima po Schlossmannu svoj vzrok v mutaciji. Fonio pa misli, da ji je vzrok latentna dedna zasnova, ki se pri disponirajočih ljudeh prebije do izraza;

2. esencijska trombopenija: M. maculosus Werlhofii kaže različno velike podkožne, mišične, sluznične krvavitve in krvavitve v telesne votline. Vsaka, tudi najmanjša trauma lahko povzroči močno krvavitev. Bolezen poteka kronično, slabša se v atakah, boljše se postopoma. Število trombocitov je nizko, krvavitev traja daljši čas, Rumpel-Leede je pozitiven. Vendar ni potrebno, da bi vsaka trombopenija že povzročila slične krvavitve (Rosegger);

3. dedne trombopatije (napačno tudi pseudoheofilije): sem spada skupina med seboj malo različnih bolezni, ki so si edine v:

a) znižani kvaliteti trombocitov pri normalnem številu,

b) dominantni dednosti in

c) okvarjenem ožilju. To so: dedna trombopatija tipa Willebrand, trombastenija Glanzmann, tip Nägeli in tip Jürgsen. Bistvo vseh teh bolezni je v slabi koagulaciji radi slabega zlepjevanja trombocitov med seboj in slabega prilepljevanja k žilnemu ostenju.

IV. Hemoragične diateze radi hormonalnih motenj: z ali brez trombopenije, ki se pojavljajo v puberteti in v klimakteriju, vendar pa ni potrebno, da jih smatramo za obolenja sui generis, ker že normalno najdemo znatna nihanja števila trombocitov v premenstrumu in za časa menstruacije, ko to število močno pade in iz česar tudi ne smemo napraviti nikakih terapevtskih zaključkov.

V. Hemoragične diateze pri infekcijskih boleznih, zlasti toksičnih, kakor so škrlatinka, meningitis, tifus, norice. Toksični vplivi pridejo do izraza zlasti na

E. MERCK DARMSTADT

dobavlja
vsako količino
vseh MERCK-ovih
farm. specijalitet

AGOCHOLINE

Za medikamentalno drenažo žolčevodov

Najaktivnejši med vsemi poznanimi holagogi

Topljiva zrnca prijetno aromatizirana z mento

PULMO

koncentrirana sintetična kodeinizirana
gvajakolova raztopina v fosforni sredini

Blaži kašelj, dezinficira respiratorna
pota.

Kašelj pri hripi, kašelj zaradi pre-
hlada, bronhitis, kron. katar. larin-
gitis.

PYRETHANE

antineuralgikum — antipiretikum

Najaktivnejši med poznanimi anti-
neuralgiki. Močan antipiretikum pri
vseh febrilnih stanjih.

Migrena, neuralgije, nevritis, disme-
noreja, revmatične bolečine in vse fe-
brilne bolezni (hripa, influenza, pnev-
monija, tifus).

OPOCALCIUM irradié (obsevani)

peroralna terapija s kalcijem

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

Visokovreden kalcijev preparat, ki se sigurno resorbira.

Rahitis, rast, osifikacija, pljučne bolezni, nosečnost, dojenje, bolezni radi
pomanjkanja kalcija.

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

ODLIČNO SREDSTVO PROTI HRIPI!
POTENCIRANI ANTIPIRETIKUM IN ANTIREVMATIKUM

GERMICID

derivat oxychinolinsulfochinizin-a

Fiola z 20 tabletami din 36.—

Fiola z 10 kapsulami din 26.—

Škatla s 6 supozitoriji din 25.—

DR. A. WANDER D. D., ZAGREB

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



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

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

Za dame damska postrežba.

Gospod tovariš!

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

S tem koočistite sebi in svojemu glasilu!

Zaradi opustitve prakse prodam

kompleten zdravniški instrumen-
tarij. **Izvrstno ohranjen**,
najboljša kakovost. Prodaj tudi
druge ordinacijske predmete in
knjige. Ogledati dnevno od 11. do
12. ure Kersnikova 5/l., Hočevar



*Igrati
„stepe miši“*

*se pravi z slabovidnimi
očmi iti skozi življenje.*

*Zato raje nosite
takoj očala od*

Dipl. optik
Zajec

**LJUBLJANA
PASAŽA
NEBOTIČNIKA**

ožilju, okvarjen je pa tudi kostni mozeg, radi česar pride hkrati do trombopenije. Rumpel-Leede je vedno pozitiven, ostale krvne preiskave so brez posebnosti.

VI. Hemoragične diateze radi toksičnih, alergičnih in fizikalnih okvar ožilja:

1. purpura radi kemičnih spojin: bencol, arzen, fosfor in radi zdravil: Sedormid, kinin, fenilhidrazin, Salvarsan; dalje radi hraniv: gob ali alergičnih pojavov radi hraniv;

2. purpura radi avtointoksikacije pri raku, uremiji, okvarah jeternih celic;

3. purpura radi neznanih, verjetno revmatičnih toksičnih snovi: tako zvana hemoragična kapilarna toksikoza ali M. Schoenlein-Henoch v treh oblikah: p. simplex, p. rheumatica, p. abdominalis;

4. purpura radi fizikalnih okvar: rentgenski in radijevi žarki.

VII. Hemoragične diateze pri krvnih obolenjih:

1. anemije: panmieloftiza, agranulocitoza,

2. levkemije,

3. limfogranulomatoza.

Pri slednjih dveh lahko pride tudi do zastojnih krvavitv radi levkemičnih infiltratov v ožilju ali radi njih do arozije žilnega ostenja.

VIII. Hemoragične diateze radi pomanjkanja fibrinogena (fibrinopenije ali hipnoze), ki so ali

1. konstitucionalno — prirojene, večinoma hkrati s trombopenijo ali

2. simptomatične n. pr. pri težkih okvarah jeternega parenhima. Njihovo bistvo je zmanjšana količina fibrinogena v krvi.

IX. Hemoragične diateze pri splenomegalijah (Wilson, Gaucher) in pri drugih okvarah retikulo-endotelialnega sistema.

Zdravljenje je za vse oblike hemoragičnih diatez slično: vedno skušamo zaustaviti krvavitve, kar pa dosežemo le s kombinacijo različnih metod, ki jih individualiziramo. Shematično razdelimo terapijo v:

A. zaustavljanje krvavitv: lokalno s tamponado in hemostiptikumi (Stryphon, Clauden, serum, izžiganje) in notranje: a) zabrtvenje žilnega ostenja (z gelatino, Atophanylom, kalcijem, C-vitaminom, transfuzijo krvi, A. T. 10, natrium citricum), b) pospeševanje koagulacije (gelatina, hipertonična raztopina Na Cl, kalcij, Clauden, transfuzije, obsevanje kostnega mozga z Rtg žarki, splenektomija), c) dietetsko zdravljenje: po Jürgsenu se poviša število trombocitov ob kisli dieti in kislih zdravilih (amonklorid), po Morg-Heisler -ju ob jabolčni dieti;

B. splošno zdravljenje: etiološko z odstranjevanjem vzrokov in simptomatično z dviganjem obrambnih moči organizma, detoksikacijo (infuzije), ureditvijo prebave itd., kar vse pa moramo spreminjati strogo individualno od primera do primera.

Dr. M. Avčin.

Kirurgija

B. Stojić: Prolapsus ani et recti. Zdravljenje z injekcijami. (Med. Pregl., št. 12., 1940.)

Najčešče najdemo prolaps pri otrocih. Avtor je imel med svojimi 40 primeri le 6 odraslih, drugi so bili otroci. Prolaps se pojavi, če nastanejo radi napenjanja pri defekaciji spremembe v tkivu, ki služi kot fiksacijski in suspenzijski aparat rektuma. Kronični katarji, obstipacija in hemeroidi povzročajo radi abnormalne cirkulacije krvi atonijo mišic in zmanjšujejo jedrost suspenzijskega aparata. Terapija prolapsa je operativna in konzervativna.

Neoperativne metode so:

1. higiensko-dietetska, skupno z obližem, ki ga prilepimo preko obeh glutelnih regij,
2. aktivne vaje sfinkterja in levatorja ani, ki povišujejo tonus in so izvedljive le pri odraslih,
3. termokavterizacija,
4. injekcije. Avtor je opazil, ko je zdravil hemoroide z injekcijami, da so po injekcijah prešli tudi najbolj prolabirani hemoroidi. To ga je navedlo na misel, da bi poizkusil z injekcijami zdraviti tudi prolabirano črevo. 5letnemu otroku je vbrizgal s pomočjo anusropa 40% raztopino Natr. salicyl. na 4 mesta po 5—6 kapelj. Takoj po prvi injekciji ni črevo več izpadalo. V literaturi se omenjajo razni poizkusi z injekcijami, ki so imeli namen očvrstiti steno rektuma in na ta način preprečiti prolaps. Injicirali so parafin, fenol, solno kislino in to vsakih 6—8 dni po enkrat. Cilj je bil, da bi z injekcijami izzvali produkcijo vezivnega tkiva v steni rektuma. Avtor je opazil, da pri večini njegovih bolnikov ni več izpadalo črevo po prvih 4 injekcijah, ki jih je dal naenkrat. Na podlagi teh opazovanj misli avtor, da so pri zdravljenju prolapsa z injekcijami važne spremembe v funkciji simpatičnega živčnega sistema in da je nemogoče, da bi se tvorilo vezivno tkivo. Včasih se na mestu injekcije vidi majhen ulkus, ki lahko krvavi 10—15 dni, nastane pa le, če ne injiciramo strogo v podsluznično plast, temveč bliže površini.

Avtor navaja 4 svoje primere. 1. 6tednov staremu dojenčku je izpadlo črevo v dolžini 3 cm in to ne samo pri defekaciji, temveč tudi pri joku in kričanju. Avtor je reponiral črevo in skozi otroški anus je vbrizgal na 4 mesta 3 cm iznad anusa po 4—5 kapelj 40% Natr. salicyl. Črevo ni več izpadalo. 2. Dvema bratoma, starima 3½ in 5 let je izpadalo črevo že več kot dve leti po vsaki defekaciji. Higiensko-dietetično zdravljenje ni dovedlo do uspeha. Mlajši je dobil samo enkrat injekcijo, starejši po dveh tednih še eno. Oba sta zdrava že tri leta. 3. 48letni ženi je izpadalo črevo v dolžini 6 cm. Koža okoli anusa je bila rdeča, pekla je in srbelo. To je trajalo 4 leta, zadnji dve leti se je stanje zaradi driske poslabšalo. Bolnica je imela tenezme in bolečine. Dobila je 4 injekcije, vsega skupaj 2 cm Natr. salicyl. Takoj drugi dan so prenehale driske in bolečine. Po defekaciji je črevo še prolabiralo, toda manj in se je samo potegnilo nazaj. Čez mesec dni je dobila še po 4 injekcije 4—5 cm nad sfinkterjem. Črevo je popolnoma prenehalo izpadati in vsi ostali simptomi so izginili. Kmalu je bila zdrava odpuščena domov. 4. 49 let star pacient je imel prolaps že iz otroških let in je zadnje čase močno krvavel. Bil je jako anemičen. Avtor ga je zdravil z injekcijami. Krvavitev je prenehala, črevo pa je po 2 tednih zopet izpadalo. Čez 2 leti je ponovno prišel v bolnico radi prolapsa in ponovne krvavitve. Dobil je 4 krat injekcije v presledkih od 3 do 4 dni. Krvavitev je prenehala, prolaps je bil manjši.

Na osnovi 4letne izkušnje je prišel avtor do zaključka, da je zdravljenje prolapsa rektuma z injekcijami uspešno, enostavno in ni nevarno. Dr. L. Ozimič.

Ginekologija in porodništvo

S. Szabo: Ergobasin pri porodu. (Lij. Vjesn., št. 1., 1941.)

Avtor je na ginekološki kliniki v Zagrebu preizkusil ergobasin pri 70 porodnicah. Uporabljal ga je izključno v prvi in drugi porodni dobi v namenu, da bi dokazal njegovo uporabljivost pri pospeševanju popadkov. Zanj se je odločil zato, ker vsa druga sredstva dostikrat ne učinkujejo, in to kljub temu, da mnogi avtorji sploh odklanjajo uporabo sekalovih preparatov v prvih dveh porodnih dobah. Ergobasin naj se kot vsako drugo sredstvo za pospeševanje popadkov uporablja le v strogo indiciranih primerih: pri primarni in sekundarni slabosti popadkov, pri prezgodnjem razpoku

mehurja in pri prenošenosti gravidnosti kot sredstvo, s katerim je mogoče pobuditi porodne popadke. Avtor je uporabljal ergobasin v obliki preparata Basergina.

Basergin je dajal oralno 3 do največ 5 kapljic na enkrat, to dozo pa je ponovil največ 1 do 2 krat. Pri nobenem porodu ni dal več kot 10 kapljic. Če je Basergin pravilno indiciran in doziran, se ni treba bati nezaželenih učinkov za mater in plod. Avtor ni nikdar opazoval tetanusa uterusa ali prepogostih in premočnih popadkov, vselej pa je videl po ca. 10 do 15 minutah ritmične in izdatne kontrakcije uterusa.

S samim Baserginom je v 70% primerov dosegel dobre popadke in spontan porod. V ostalih primerih je z običajnimi sredstvi za pospeševanje popadkov ali z operacijo dokončal porod. Najboljše uspehe (85%) je dosegel pri sekundarni slabosti popadkov, nekaj slabše (75%) pri primarni. Kot sredstvo za uvajanje poroda pri kasnih abortusih in gravidnostih s prenošenim ali mrtvim plodom se Basergin ni obnesel. V teh primerih pa so bila brezuspešna tudi ostala sredstva.

Pri treh porodih je bil plod mrtev. Vzroki smrti so bili: enkrat izpadla popkovina drugega dvojčka pred prvim, drugič tesna medenica in tretjič diafragmatična kila. Nikdar ni povzročil smrti Basergin.

Izkušnje so pokazale, da moremo Basergin s pridom uporabljati in priporočati kot sredstvo za pospeševanje popadkov v prvi in drugi porodni dobi, vendar le v strogo indiciranih primerih. Nad vse važno je točno doziranje. Dr. V. L.

Pediatrija

Lj. Vulović: **Poizkus zdravljenja otroških pljučnic s sulfapiridinom.** (Srpski Arhiv, št. 12., 1940.).

Zdravljenje otroških pljučnic, ki ga avtor sledi z vso pažnjo, se je v zadnjih desetletjih zelo menjavalo. Opisani so bili dobri uspehi z ol. camphorat, s kalcijem, z vakcinami, serumi, kininskimi zdravili in v zadnjem času s Prontosilom. Vsa ta zdravila dajemo po parenteralni poti. Vendar pa ne smemo zametavati osnovnega terapevtskega principa pri otroških pljučnicah, ki je v svežem zraku, v zmerni hidroterapiji in kardiakumih.

V dobi kemoterapije so se zlasti pokazala nova pota v zdravljenju infekcij s koki. Z vcepitvijo priridinske kemične skupine v sulfanilamide so nastali sulfapiridini, ki so se izkazali kot specifična sredstva proti pneumokokom. Najrazličnejši avtorji (Whitby, Wim, Maigraith, Durel) si dele zasluge na tem polju in mnogo od njih je raziskovalo zlasti učinek sulfapiridinov pri pljučnicah (Telling, Oliver, Benda, Hegler, Spenger). Razne tvornice so uvedle za svoje sulfapiridine razna imena (Eubasin, Dagénan itd.), naš sulfapiridinski preparat je Plurazol (Kaštel). Avtor je preizkusil Plurazol na velikem materialu. Pri vsakem otroku je ves potek pljučnice zasledoval rentgenološko in napravil posnetke, ki so priloženi originalnemu članku. Svoje delo opisuje dosledno: »z navdušenostjo, borbenostjo in vztrajnostjo sem nosil vse težave znanstvene Golgote in se boril za sulfapiridin celih 16 mesecev. Vse to zato, ker sem zaslutil njegovo klinično bistvo, praktično vrednost in visoko znanstveno važnost. Pričel sem verovati vanj, iz dneva v dan, vse bolj in bolj. To ni bil mladostni zanos, temveč zrelo navdušenje po 20 letih pediatričnega dela.«

Zlasti poudarja avtor svoje izsledke, da se namreč težko stanje otroka s pljučnico po Plurazolu naglo popravlja, otrok se prerodi, vročina pade, srčnega kolapsa ni. Vročina traja največkrat le 1—2 dni, dočim trajajo znaki pljučnice na pljučih 4—6 dni, redkokdaj dalj časa. Recidivne pljučnice niso česte. Bruhanje je pogosto, prav tako cianoza in driske, kar so pa le nenevarni sopojavi. Vročina pade kritično ali litično v približno enakem razmerju. Empiemov avtor ni opazoval, če so bile pljučnice pravočasno zdravljene s sulfapiridinom. Če pa so se pojavili empiemi, ker so otroci prišli prepozno, so se pozdravili kmalu po operaciji.

Pri kemoterapiji otroških pljučnic je najvažnejša dozacija. Otroški zdravnik mora vedeti, da li je pljučnica težka, kakšna je konstitucija otroka, kakšno je srce in stanje jeter, da lahko sklepa na reaktivnost otroka. Življenje ni shema, zato tudi ni možno podati izgotovljenega načrta za dozacijo, po katerem ne bi bilo treba zdravniku ničesar več misliti. Po avtorjevih izkušnjah je dozacija sulfapiridina per os sledeča:

- | | |
|--|---|
| I. do 3. meseca $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{4}$ in $\frac{1}{8}$ tbl. itd.
ali $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{4}$ in $\frac{1}{8}$ tbl. itd. | II. od 1.—2. leta 2, $1\frac{1}{2}$, 1, $\frac{3}{4}$ tbl. itd.
ali $1\frac{1}{2}$, $1\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, $\frac{3}{4}$ tbl. itd. |
| od 3.—6. mes. $\frac{3}{4}$, $\frac{1}{2}$ in $\frac{1}{4}$ tbl. itd. | ali 1, 1, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$ tbl. itd. |
| od 6.—12. mes. 1, $\frac{3}{4}$ in $\frac{1}{2}$ tbl. itd.
ali kakor pri 3.—6. mes. | III. od 2.—5. leta 2, 2, 1, 1 tbl. itd.
ali 3, 3, $1\frac{1}{2}$ ali 1
tbl. itd. |
- IV. od 6.—15. let 3, 3, $1\frac{1}{2}$, $1\frac{1}{2}$ tbl. itd. ali 4, 4, 2, 2, tbl. itd.; čas: 48—60 ur.

Na podlagi svojega kliničnega materiala je prišel avtor do sledečih zaključkov:

1. delovanje sulfapiridinov je izredno. Visoka vročina naglo pade, največkrat že v prvem dnevu, splošno stanje se hitro popravlja;
2. lokalne spremembe na pljučih izginejo mnogo kasneje;
3. delovanje Plurazola je antibakterielno, ne antitoksično;
4. če hočemo imeti uspeha z novim zdravilom, moramo pričeti zdraviti pravočasno, doze morajo biti zadostne, otroke moramo buditi tudi ponoči in jim hkrati z zdravilom dajati mnogo tekočine. S Plurazolom ne smemo prenehati naglo, zlasti ne pri težkih pljučnicah, da s tem preprečimo recidive;
5. zdravilo otroci pojedjo, kar je najprirodnejša pot zdravljenja, Plurazol je cenen in ne dopušča polipragmazije;
6. pri lažjih nefritisih ni kontraindiciran, pač pa pri obolenjih jeter;
7. strokovna napaka je, če ne ordiniramo sulfapiridinskih preparatov pri pljučnicah (Fancioni).

Dr. M. A.

Razno

A. Š t a m p a r : **O reformi medicinskega pouka.** (Lij. Vjesn., št. 1., 1941.)

Po razvoju in tradiciji razlikujemo 4 tipe medicinskih šol: vseučiliški tip, bolniški, proprietarni in utilitarni tip. Prva dva sta najstarejša, proprietarni tip je razširjen po Severni Ameriki, utilitarni pa največ po Sovjetski Rusiji. Vseučiliški tip sledi tradicijam univerze, največ se peča z znanstvom in javnim zdravstvom. Bolniški tip medicinskih šol skrbi predvsem za praktično znanje zdravnikov. Proprietarni tip se je razvil največ v deželah brez univerzitetnih tradicij, medicinske šole tega tipa vzdržujejo privatne ustanove, ki nastavljajo učitelje in vodijo vso upravo. Najboljši primer za utilitaristični tip najdemo v Sovjetski Rusiji, kjer morajo medicinski inštituti, kakor se te šole imenujejo, predvsem služiti potrebam javne zdravstvene službe, dočim vrše znanstvena raziskovanja drugi, posebni zavodi. Radi tega so ti inštituti pod upravo komisarjata narodnega zdravja, ne pa pod prosvetnimi oblastmi, kakor drugod.

Nagli razvoj medicine, razvoj javne zdravstvene službe, socialne medicine in socialnega zavarovanja je terjal spremembe v medicinskem pouku, ki doslej ni šel vzporedno z duhom časa. Zdravniki v večini primerov končajo svoje študije, potem se pa morajo še posebno urediti za naloge, za katere jih fakulteta ni zadostno pripravila. Zato je razumljivo, da v zadnjih letih povsod po svetu mnogo delajo na reformi medicinskega pouka, seveda, v kolikor se lahko univerzitetne tradicije umaknejo pred duhom časa.

Dokler nismo imeli v Jugoslaviji treh medicinskih fakultet, so morali naši zdravniki študirati po svetu. Od ustanovitve domačih fakultet do l. 1940. je diplomiralo in

nostrificiralo pri nas 3200 zdravnikov. Skupno število zdravnikov v državi je bilo l. 1937. okrog 5500 (10 % žena), en zdravnik je prišel l. 1938. na 2750 prebivalcev (v Belgiji na 2344, v Franciji na 1509, v Nemčiji na 1344, v Rusiji na 1250 prebivalcev).

Vendar nam pa to dejstvo, koliko prebivalcev odpade na enega zdravnika še ne pove, kako so v resnici zdravniki porazdeljeni po deželi. Več kot četrtina vseh naših zdravnikov je koncentriranih po velikih mestih, v glavnem na področju Zagreba in Beograda s 600.000 prebivalci, dočim pride na vseh drugih 15 milijonov ljudi le ostalih 75 % zdravnikov. Le okrog 800 zdravnikov živi res na deželi in skrbi za zdravje prebivalstva, od katerega je tri četrtine kmečkega. Čeprav se je pri nas v zadnjih 25 letih število zdravnikov zelo zvišalo, je razdelitev po deželi slabša kakor pred tem časom. Tako je bilo l. 1940. na Hrvaškem le 5 % vseh zdravnikov na deželi, dočim je bilo v samem Zagrebu čez 40 % vseh zdravnikov iz Hrvatske banovine. V tem pogledu so zdravniki najboljše razporejeni v dravski banovini.

Niso pa take prilike samo pri nas. Tudi v drugih državah je tako. Temu dejstvu moramo iskati vzroka v tem, da so po glavnih mestih tudi glavne zdravstvene ustanove, v katerih služi mnogo zdravnikov. Drugi vzrok je pomanjkanje smisla za službo na deželi in pa vere v uspeh. Zato so poizkušali na razne načine pritegniti zdravnike za službo na deželi. Vendar pa prisilne metode niso imele uspeha. Izkazalo se je, da je bolje, če damo zdravnikom prilike za delo, jih materielno zavarujemo, da niso odvisni od ljudi, ki jim morajo čuvati zdravje in jih v primeru bolezni zdraviti.

Medicinske fakultete v sedanji obliki pri nas ne dajejo harmoničnega znanja o zdravju in boleznih, temveč urijo mlade zdravnike vse bolj v specialnih strokah, od katerih jih večina nima posebne važnosti za kasnejše življenje. Vsak predmet je v očeh učiteljev najvažnejši. Med predmeti tudi ni harmonične zveze in ni razlike med bistvenim in nebistvenim. Ves pouk je deljen v glavnem v dve skupini: v pripravljajno in patološko. Preventivni, konstruktivni in socialni medicini ne posevčamo tiste pažnje, kakor bi jo morali. Medicinci ne dobe vpogleda v življenje ljudstva in ne vedo za svojo vlogo v družbi. Pripravljamo jih vse bolj za delo v dobro urejenih ustanovah kakor pa na težke prilike po deželi. Medicinac je slušatelj, ni študent, ker mu ni dano, da bi sam opazoval in sklepal. Radi tega se zdi mlademu zdravniku medicinska znanost preobširna in se odloči za specialno stroko, da bi lažje izdržal življenjsko borbo.

Medicinske fakultete so postale tudi pri nas osamljene in brez zveze z javno zdravstveno službo, ki mora sama priučevati ljudi za delo v svojih ustanovah. Vseučilišča se ne bi smela brigati samo za koristi znanosti, temveč tudi za dobrobit ljudskega zdravja in praktičnega zdravljenja.

Pri nas se rekrutira skoro tri četrtine medicincev iz meščanskih rodbin: uradnikov, trgovcev, industrialcev, zdravnikov, odvetnikov in le malo iz kmečkih in delavskih družin. Zato je treba z izboljšanjem študijskih prilik in podporami nuditi tudi sposobnim kmečkim in delavskim otrokom možnosti, da se posvetijo zdravniškemu poklicu.

Koliko časa traja pri nas medicinski študij? Uradno le 10 semestrov, vendar pa le mal odstotek medicincev promovira v 5 in pol letih, večinoma šele med 6. in 7. letom. Praktično traja torej študij mnogo dalje, kakor je predvideno po učnem načrtu, čemur pa moramo prišteti še enoletni staž.

Povsod po svetu se kaže potreba po reformi medicinskega pouka. Amerikanci se držé principa, da se medicinski pouk ne more ločiti od nauk o splošnih potrebah človeške družbe in od splošne izobrazbe. Zdravniki morajo biti več kot čisti tehniki. »Uredbe, učni načrti in nove katedre imajo uspeh le tedaj, če pobude razvoj širokih pogledov med učitelji, zdravniki in dijaki« (Fleksner). Najradikalneje so preobrazili svoje medicinske šole Rusi. Vsakdo ima pravico na socialno in zdravstveno zaščito. Pouk se deli v tri skupine: kurativno, preventivno in v

zaščito mater in dece. Francozi so reformirali medicinski študij zlasti z uvedbo šestega leta, ki ga morajo dijaki odslužiti po bolnicah, v katerih dobijo vse pomoči in kjer se izpopolnjujejo v splošni medicini, kirurgiji in porodništvu. Nemci so skrajšali študijsko dobo. Dijaki morajo služiti po bolnicah kot pomočniki. V predkliničnih semestrih se učijo medicinske zgodovine, etnologije, populacijske politike, botanike, fiziologije športa in avijacije, hkrati pa morajo tudi praktično delati po tvornicah in gospodarstvih. Kliničnemu študiju so priključene: radiologija, prirodno zdravljenje, obrtna bolezn, zdravljenje poškodb, zaščita otrok, evgenika, odontologija, genetika, sodna medicina in deontologija. Italijani delijo medicinski študij v skupine, pri čemer dijaki ne smejo v višjo skupino, dokler niso napravili izpitov iz prejšnje. Imajo tudi medicino socialnega zavarovanja, glavnih predmetov je 21, poleg tega 3 stranski izpitni predmeti. Madžari so predlagali, naj bi preživeli dijaki šesto leto po bolnicah, potem naj bi šele poslušali higieno in sodno medicino. Predlagali so tudi pouk medicinske etike. Za zdravnike v občinski, sreski in socialni službi zahtevajo posebne izobrazbe. Angleži poudarjajo važnost preventivne medicine in javne zdravstvene službe. Lord Horder razločuje 4 dobe medicinskega pouka: splošno izobrazbo, izobrazbo, za katero skrbi dijak sam, predklinično in klinično izobrazbo. Pravi: »Zdravnik se mora odreči luksuznosti mišljenja, ki je izven njegovega svetega poklica. Opustiti mora svoje osebno prepričanje v mnogih vprašanih in mora postati človek, ki mu vsi verjamejo. Zdravnik mora biti človek življenja, ne smrti, človek miru in ne človek vojne.«

Kakor je razvidno, povsod čutijo potrebo po reformi medicinskega pouka. Prav tako, da medicinske šole niso več izolirane, ampak morajo biti ne samo središča znanosti, znanja in umnosti, temveč tudi pripravljati zdravnike bolj za kolektivne, kakor za individualne potrebe, z več smisla za splošna zdravstvena vprašanja v zvezi z življenjem naroda, z njegovimi družabnimi in gospodarskimi prilikami.

Avtor predlaga reformo medicinskega pouka. Delil naj bi se v tri dele: 1. v splošni in pripravljalni del; 2. v predklinični del, v katerem bi se dijaki spoznali s patološko-anatomskimi in patološko-histološkimi spremembami, s patološko fiziologijo in splošno etiologijo, diagnostiko in terapijo bolezni; 3. v klinični del, v katerem bi se medicinci seznanili s teoretično in praktično diagnostiko in terapijo poedinih bolezni, hkrati pa z načeli preventivne in socialne medicine. Dijake, ki bi v nekem času ne napravili izpitov iz prve skupine, bi smatrali za nesposobne in bi jim bil prepovedan nadaljnji študij. Promoviranim zdravnikom bi morala fakulteta nuditi izpopolnjevalne tečaje. Število predavanj naj bi imelo pravo mero. Študij naj traja 6 let, stažiranje se ukine. V času počitnice naj bi bile praktične vaje, tudi izven fakultetnih ustanov, da bi dijaki lahko spoznali prilike tudi po drugih zavodih, zlasti na deželi. Preskrbetj bi bilo treba dovolj in zadostnih podpor za potrebne in sposobne dijake, dr. A. A.

„Delo za zdravje“

Tako se imenuje poljudno zdravstveni list, ki je nastal po združitvi dveh dose-danjih poljudno zdravstvenih listov: »Zdravja« in »Delo proti tuberkulozi«. Urejevala bosta list še naprej dir. dr. I. P i r c in prim. dr. T. F u r l a n, prvi predvsem higienski del, drugi za proti tuberkulozi.

»Zdravniški vestnik« iskreno pozdravlja novega tovariša s poljudne strani našega zdravstva ter mu želi kar najlepšega napredka in čim več uspehov. Prepričani smo, da ti ne bodo manjkali. O tem nas prepričuje že vsebina uvodnika prve številke »V združitvi je moč«, iz katerega veje polno zdravega optimizma in smisla za ne-sebično delo.

U r e d n i š t v o.

Nove knjige

R. H. Shryok: *Die Entwicklung der modernen Medizin in ihrem Zusammenhang mit dem sozialen Aufbau und den Naturwissenschaften*. Stuttgart: Ferdinand Enke 1940. 358 strani. Cena: vezano RM 18.—. Nemški prevod R. H. Shryock-ovega dela »The Development of modern Medicine an Interpretation of the Social and Scientific Factors Involved«. Delo je edinstveno v svoji vrsti. Je to zgodovina medicine od 1600. dalje; pisal jo je pa čisti zgodovinar, ne medicinec. Zato nam poudarja posebno pomen kulturne in socialne zgodovine za razvoj medicine in nam slika povezanost napredkov v posameznih znanostih. Medikohistoriki so to idejo v zadnjem času že precej poudarjali in zato je delo močna pritrnitev tej miselnosti. Obenem pa tudi izdaten korak naprej v navedenem smislu. Predvsem hoče avtor prikazati, kako mnogo stikov imata zgodovina znanstvene medicine in zgodovina javnega zdravstva. Posebno je temeljito obravnavan vpliv matematike na medicino na eni strani in vpliv socialnih ved na medicino na drugi. Enako dobro so razloženi činitelji, ki so povzročali propadanje znanstvene medicine v začetku osemnajstega stoletja. Kritika raznih terapevtskih in patoloških monizmov je ostra in temeljita, tako da ne moremo dvomiti, da je avtor iskal pouka pri zelo kritičnih medicincih in tudi razumel ta pouk dobro in temeljito.

Upam, da ne temelji nemško navdušenje za to knjigo samo na dejstvu, da je avtor vnuk nemškega deda. Knjiga poudarja jasno in točno delež tudi drugih evropskih narodov na napredku moderne medicine. Poglavje, ki nam slika pomen bakteriologije za ta napredek, začenja s Pleučičem in poudarja pomen velike zamisli, katera sicer ne vžge v svoji dobi, ker ta še ni dostopna zanjo, ki pa deluje podtalno naprej, dokler ne nastopita pravi čas in sposoben mož obenem.

Jasno nam predočuje avtor pomen »mere in vage« za boljši uspeh poizkusa in pripisuje temu izboljšanju točnosti glavni pomen za napredek moderne medicine.

Avtor je Američan. Ravno v tem tiči pomen knjige. On ne gleda razvoja moderne medicine s stališča dunajske ali pariške šole. On gleda to iz viška, iz dežele, ki ni imela tekom zadnjih 200 let toliko svetovnih medicinskih veljakov, da bi se zaradi teh smatrala za prvo ali celo za »dino domovino medicine. To objektivno gledanje je glavna vrлина tega dela in ravno zaradi tega ima knjiga enako vrednost za vse. Tudi socialno zavarovanje je tukaj tretno z objektivnim kritičnim pogledom, ki ga je zmožen samo pripadnik države, katera socialnega zavarovanja v našem smislu ne pozna.

Želeti bi bilo, da čim več čitateljev spozna vsebino te knjige.

Docent dr. Ivan Pintar.

Prof. dr. Hans v. Seemen: *Wundversorgung und Wundbehandlung*. Stuttgart: Ferdinand Enke 1940. 66. strani. Cena RM 4'20.

V današnjih časih še posebno aktualna razpravljanja so napisana kratko in lahko razumljivo. Upoštevani so gotovo vsi momenti, ki prihajajo v poštev pri oskrbi in nadaljnjem zdravljenju priložnostnih ran.

Avtor je, kakor je danes samo posebi razumljivo, zagovornik primarne operativne oskrbe ran, kot sta jo upeljala Friedrich in v. Bergmann. V nadaljnjem zdravljenju pa pri ranah, ki so okužene priporoča odprto zdravljenje. Ta način je prvi priporočal naš rojak Vincenc Kern (1760—1829), ki je še pred Listrom spoznal veliko škodo, ki jo povzročajo v rani se razkrajajoče snovi, če ne poskrbimo za dober odtok.

V knjižici se bavi podrobno z razdelitvijo priložnostnih ran, s tehniko operativne oskrbe, z dogajanjem ob celitvi ran, z drenažo itd. Obdelava lastnega materiala podkrepljuje navedbe o uspehih.

S knjižico si bo osvežil vsak kirurg znanje. Priporočljiva je pa tudi vsakemu zdravniku, ki ima posla z nezgodami, ker bo iz nje mogel povzeti zelo veliko dobrega za prakso.

Dr. O. Bajc.

Iz zdravniških društev

Strokovni sestanek Slov. zdrav. društva v Ljubljani

dne 31. januarja 1941. v predavalnici Drž. bolnice za ženske bolezni v Ljubljani.

Predsednik: dr. A. Kunst.

Zapisnikar: dr. R. Del Cott.

Dr. A. Zalokar: **Umetna vagina.** (Predavanje bo izšlo kasneje v celoti.)

Dr. P. Lunaček: **Forceps in mortua.** (Predavanje bo izšlo kasneje v celoti.)

Dr. V. Lavrič: **Hydropsfoetus et placentae universalis.**

Plod ženskega spola se je rodil živ na koncu VIII. lunarnega meseca v prvi zatilni legi. Porod je bil spontan. Podkožni edemi so bili močni po vsem telesu, prav posebno pa na obrazu in trebuhu, kar je zlasti dobro vidno na demonstrirani rentgenski sliki. Plod je bil 2700 g težak in 37 cm dolg ter je 1 uro po porodu umrl, 1600 g težka, močno edematozna placenta se je porodila spontano. Ker je bila sumljiva in ker je žena močno krvavela, je bilo potrebno iztipati uterus. V njem smo našli le koagula in jih odstranili. Atonična krvavitev je nato prenehala.

Mati je prve 4 mesece nosečnosti močno bruhala, pozneje pa so ji otekale spodnje okončine. Ob prihodu v bolnico je imela urin kalen, albumen je bil pozitiven, v sedimentu smo našli nekaj levkocitov in eritrocitov. Essbach $1\frac{1}{2}\%$. RR 150/95. Wassermannova reakcija negativna. Puerperij je bil b. p.

Avtor omenja nato patološko anatomsko sliko fetalnega hidropsa, ki je skoro vseh opisanih primerih enotna, ter našteva nato hipoteze in teorije, ki skušajo razložiti to neobičajno in precej redko fetalno bolezen. Najverjetnejša se zdi hormonalna teorija, po kateri je hidrops fetusa posledica prekomerne produkcije folikulina v placenti.

Dr. Š. Divjak: **Dicephalus tribrachius.**

Marca leta 1938. je v naš zavod poslal dr. Erat spačka. V pismu sporoča natančno familiarno anamnezo, potek gravidnosti in poroda. Radi slabosti popadkov so ga klicali k porodu. Pri ponovni notranji preiskavi je ugotovil, da je maternično ustje skoro popolnoma odprto in glavica v medenični sredini. Čez eno uro se je glavica porodila v zatilni legi in istočasno ena ročica. Drugo ročico je rešil zdravnik sam, ter poskusil z ekstrakcijo ploda, ki pa ni uspela. Ponovno preišče notranje, pri tem otiplje drugo glavico v obrazni legi, sumi na dvojčke. Ker ekstrakcija ni uspela, dvigne že rojeno glavico in ročico, oboje rotira nekoliko na desno, nakar se z manualno pomočjo porodi druga glavica. Nato sledi ekstrakcija ploda. Plodovi srčni utripi so bili slišni še dve minuti po porodu.

Kako in zakaj nastanejo spački? Dogodke, ki se odigravajo pri razvoju spačkov, nam razjasnjujeta formalna in kavzalna geneza. Doba, v kateri nastanejo spački obsega ves čas embrionalnega razvoja. Najbrže nastanejo spački v prvih treh mesecih razvojne dobe. Čim abnormalnejši je spaček, v tem bolj zgodnji dobi je nastal. Verjetno je, da so odvisni spački od abnormalne sestave spolnih produktov. Schwalbe in Fischel razlagata formalno genezo kot patološko-morfološki dogodek, ki nastane pri razvoju spačka. Spojitev in cepitev najdemo tudi pri normalnem razvoju celice, toda pri spačkih nastane ta dogodek na nepravem mestu, ob nepravem času ali pa sploh ne nastane.

V našem primeru gre za dupliciteto. Te nastanejo najbrže iz materinega kličnega mešička, ki tvori iz neznanih vzrokov s pomočjo dvojne gastrulacije dvoje embrionalnih nastavkov. Ako se oba embrionalna nastavka razvijeta popolnoma ločeno, se razvijeta v normalno oblikovana enojajčna dvojčka. Če pa popolna delitev izostane, nastanejo najrazličnejše oblike duplicitet. Ako se embrionalna nastavka razvijata

približno enako, nastanejo tako zvane simetrične duplicitete, če pa se razvijata različno, govorimo o asimetrični dupliciteti. Važne v porodništvu so simetrične duplicitete. Seitz jih deli v tri skupine: v prvo skupino prišteva duplicitete, ki so zraščene med seboj s trdimi plodovimi deli (obe glavicici ali obe zadnjici). Sem spadajo cranio- in ischiopagusi. V drugo skupino uvršča duplicitete, ki so zraščene na poljubnem delu telesa; to so thoracopagus in dicephalus. Tretja skupina obsega duplicitete, pri katerih dvojnost ni tako izrazita, tem večja pa je spojitev posameznih delov. To so dipygus in cephalothoracopagus. Po tej razdelitvi uvrstimo naš primer v drugo skupino. Spaček je dicephalus-tribrachius. Ena glavica je normalna, pri drugi manjkajo možgani. Ima troje ročic; dvoje normalnih, tretjo s sindaktilijo.

V porodništvu so zlasti važne duplicitete radi komplikacij, ki nastanejo pri porodu. Spontan porod je redek in tvegan. Saj je pri donošenem plodu zaradi nepravilnega porodnega mehanizma nevarnost ruptur uterusa zelo velika. Pravilno ravnanje je v takih primerih zelo važno.

Strokovni sestanek Jug. kir. društva, sekcija Ljubljana

dne 11. februarja 1941. v predavalnici Drž. bolnice za ženske bolezni v Ljubljani.

Predsednik: dr. L. Ješe.

Zapisnikar: dr. F. Novak.

Dr. L. Ješe: **O blefaroplastiki.**

Predavatelj opiše na kratko pojem blefaroplastike in kdaj nastane potreba po taki operaciji. Večinoma so novotvorbe in poškodbe, ki zahtevajo nadomestitev trepalnice ali korekturo njene lege. Na kratko opiše pogoje, ki morajo biti dani, da operacija uspe, potek operacije in naknadno zdravljenje. Na podlagi projiciranih skic in slik pojasni temeljne blefaroplastične metode, iz katerih so se razvile vse sedanje. Bolj obširno tolmači takozvano ogersko metodo, ki se danes na očesnem oddelku največ uporablja.

Dr. B. Breclj: **Kongenitalni defekt tibije.**

To razmeroma redko prirojeno okvaro smo opazovali na poldrugetnem dekletcu, ki je bilo te dni sprejeto na tukajšnji ortopedski odsek. Na sicer zdravem otroku je bilo opaziti močno skrajšanje desne spodnje ekstremitete z deformacijo stopala. Skrajšanje znaša ca. 12 cm in gre na račun krače, medtem, ko je stegno normalno razvito in enako dolgo kot levo.

Kolenski sklep je pri otroku skoraj normalno gibljiv, medtem ko je v skočnem sklepu gibljivost znatno omejena. Desno stopalo se nahaja v popolni varus-poziciji. Mall. ext. močno prominira. Od kolena navzdol je ekstremiteta atrofična.

Rentgenološka slika nam poda: aplasia tibiae dex, luxatio fibulae dex. v kolenskem in skočnem sklepu. Epifizno jedro kondilov tibie je ob sredini fibule.

Klinični znaki prirojenega nedostatka tibie so torej dokaj težki in odgovarjajo pač obsegu ter statičnemu pomenu te nežne kosti. Mimogrede omenim, da smo, kot vselej v primerih kongenitalnih defektov, stikali še za drugimi ter resnično našli pri otroku po 6 metakarpalnih kosti obojestransko. — Izmed prirojjenih okvar na spodnji ekstremiteti je najpogostejši defekt fibule, ki pa klinično ni tako pomemben kot izpad tibie oziroma še redkejši defekt femorja.

V terapevtičnem oziru so vsi dosedanji operativni poskusi bolj ali manj odpovedali (omenjam tukaj Albertovo implantacijo v srednji del femurja oziroma po Joachimsthalu v foss. interkondyloides). V našem primeru bo radi močne deformacije potrebna amputacija ter nato provizorična in končno trajna proteza.

Znanstveni sestanki v Ban. splošni bolnici v Mariboru

dne 22. novembra 1940.

Dr. St. Lutman: **Pretok krvi v interni medicini.** Predavatelj je govoril najprej o določevanju primerne skupine za pretok krvi, potem pa izčrpno o indikacijah in uspehih pretoka krvi. (Predavanje bo objavljeno v celoti.)

Dr. St. Lutman: **Načrt, kako bi v Mariboru organizirali krvodajalsko službo.** Načrt se že izvršuje. Organizacijo je prevzel oblastni odbor RK v Mariboru s sodelovanjem medicinskega oddelka Banovinske bolnice in Zdravstvenega doma v Mariboru. Pri RK se je osnovala posebna sekcija, ki jo bo vodil g. dr. Kerže, primarij kirurškega oddelka.

dne 20. decembra 1940.

Dr. V. Kušar: **Anatomija, fiziologija in patologija retikuloendotelialnega sistema.** (Predavanje bo objavljeno v celoti.)

dne 24. januarja 1941.

Dr. J. Benčan: **Statične okvare v ginekologiji in njih operativno zdravljenje.** (Predavanje bo izšlo kasneje v celoti.)

Dr. V. Kušar: **Leucaemia lymphatica tumoralis.** Predavatelj je opisal primer limfatične levkemije z nekaj nad 50.000 leukociti. To število pa je bilo kaj majhno v primeri z ogromnimi tumoroznimi bezgavkami v trebuhu ter z močno infiltracijo cekuma in pankreasa. Tumoralne tvorbe so bile zrasle med seboj in z organi. Pri histološkem pregledu je bilo opaziti atipijo in hiperhromatozo celic ter perikapsularno infiltracijo bezgavk, kar govori za limfosarkom. Prikazani primer jasno govori v prilog novejšemu naziranju, da limfatična levkemija in limfosarkom nista dve čisto ločeni obolenji, temveč, da so možni prehodi.

dne 31. januarja 1941.

Dr. I. Kanoni: **O modernih metodah in uspehih v psihiatriji.** Predavatelj je v izbranih besedah podal uspehe, ki jih dosega psihiatrija z modernimi načini zdravljenja. Posebno natančno je opisal zdravljenje shicofrenije in morfinizma z insulinom ter melanholije s konvulzivno terapijo. Dalje je govoril o pomenu psihoterapije. Njegovo predavanje je jasno pokazalo, kakšne uspehe dosega psihiatrija v zadnjem času, kar je opaziti že v sami duševni bolnici, ko bolniki ne ležijo več bedno v celicah temveč se skoraj vsi bavijo s koristnimi posli.

dne 21. februarja 1941.

Dr. M. Černič: **O smotrenem in nesmotrenem zatiranju raka.** (Predavanje bo objavljeno v celoti.)

Dr. V. Kerže: **Primer začetne addukcijske kontrakture.** Bolnica, stara 61 let, je padla pred 3 tedni. Ker so bolečine v ramenskem sklepu postajale hujše in ker ni mogla dvigniti roke, je prišla v bolnico. Roka je imobilizirana na triangulumu, kate-rega mora nositi tako dolgo, dokler ne bo dvignila roke do približno 130°, ker preti sicer nevarnost, da bi se vrnilo staro stanje.

Pri bolnikih nad 40 let se pojavlja redno abdukcijška kontraktura, če roke ne imobiliziramo v abdukciji — ko so pa bolečine ponehale, pa začne bolnik dvigati roko nad horizontalo.

Dr. E. Pertl: **Lichen ruber acuminatus.** Bolnica, stara 57 let, ima tri mesece ribežast izpuščaj na vratu in zgornjem delu trupa. Poleg tega trpi že dalj časa radi želodčnih in črevesnih motenj. Dermatoto so v začetku opazovanja smatrali za Morbus Darrier. Histološka preiskava (prosektor dr. Kušar) in nadaljni potek sta pokazala, da ima bolnica lichen ruber acuminatus.

Za l. r. a. so govorili sledeči znaki: strme, šiljaste papule rjavkasto-svetlo-
debele barve, folikularna koncentrična ovalna oroževanja, močno srbenje in gastro-
intestinalne motnje. Pri Morbus Darrier pa izrazito lihenozne efflorescence, netipična
lokalizacija in splošne motnje.

Predavatelj je naglasil, da se primarna efflorescenca pri morbus Darrier radi
apozicije sčasoma poveča, pri l. r. a. pa ostane trajno takšna, kot je bila v samem
začetku. Odloča pa v nejasnih primerih edino histološka slika, ki je pri l. r. a.
karakteristična.

Opisani primer je prištevati k benignjšim oblikam lichen ruber acuminat.; vsaj
dosedanji potek govori v prilog temu. Terapija: visoke doze arzena.

**Dr. Z. Šporn: Primer perforiranega zagnojenega kaloznega tumorja radi čira
želodca v trebušno votlino.** Pacient je prišel na oddelek v težkem stanju z večletno
anamnezo za čir na želodcu. Défense preko celega trebuha z vsemi znaki difuznega peri-
tonitisa. Laparotomia mediana superior. V gornjem delu trebuha gnoj brez primesi
ostankov hrane. Na mali kurvaturi za otroško pest velik temnordeč tumor, v katerem je
opaziti majhno luknjico, iz katere se cedi gnoj. Komunikacije z lumenom želodca ni.
Tumor je vnet, edematozen. Radi težkega stanja bolnika je bila kakšna večja operacija
nemogoča. Otvor se za silo zašije, preko tega pa se položi široka krpa resecirane
pečice ter se prišije široko v zdravi okolici tumorja. Gumijev dren v okolico tumorja
in v cavum Winslowii. Postoperativni potek brez posebnosti. Rana se zaceli do drenov
per primam. Pri diaskopiji po treh tednih ni bilo opaziti na želodcu nič posebnega razen
lahkih spazmov v antrumu.

Strokovni sestanek pediatrične sekcije Slov. zdr. društva

dne 28. februarja 1941. v predavalnici Dečjega doma v Ljubljani.

Predsednik: dr. B. Derč.

Tajnik: dr. M. Avčin.

Dr. V. Stacul: O transfuzijah pri dojenčkih.

Predavatelj je podal izčrpno poročilo o transfuzijah pri dojenčkih, njihovi metodiki,
tehnik; indikaciji in terapevtskih uspehih. Navedel je tudi nekaj primerov transfuzij
pri dojenčkih iz svoje prakse.

Dr. I. Peršič: Osteomielitis pri otrocih.

Predavatelj je orisal zdravljenje osteomielitisa pri otrocih. Zlasti je poudarjal to-
talno subperiostalno resekcijo diafize in demonstriral dva primera subperiostalne resek-
cije obojestranske tibije.

Dr. M. Avčin: Primer kapilarne toksikoze s svojstvenim potekom.

Predavatelj je opisal primer kapilarne toksikoze tipa Schoenlein-Henoch, ki se je
razvil pod sliko purpure simplex v revmatično purpuro, prešel v abdominalno in po
transfuziji v fulminantno obliko. Vzrok takemu poteku je bila prehodna trombopenija,
ki sicer ne spada v sliko kapilarnih toksikoz.

Občni zbor Zveze blagajniških zdravnikov v Ljubljani

Na rednem letnem občnem zboru Zveze blagajniških zdravnikov v Ljubljani
dne 16. februarja 1941. je bil izvoljen naslednji odbor:

Predsednik: dr. Logar France; podpredsednik: dr. Pintar Ivan; tajnik
dr. Grapar Stane; blagajnik: dr. Zajc Stane; odborniki: dr. Švajger Drago,
dr. Pance Pavel, dr. Svetina France; nadzorni odbor: dr. Logar Ante, dr. Hri-
bar Mirko; raziščišče: dr. Pogačnik Josip, dr. Bajc Oton.

Drobiž

Deputacija mladih zdravnic se je te dni zglasila pri g. banu ter mu izročila spomenico o zapostavljanju zdravnic pri namestitvah. Med drugim poudarjajo zdravnice, da je v nasprotju z načelom enakopravnosti, če imajo pri sprejemanju v službe prednost moški prosilci.

Ljubljanska bolnica v l. 1940. Lani se je zdravilo v spl. bolnici v Ljubljani 35.600 bolnikov. Mesečno je bilo povprečno sprejetih okrog 1600 moških in okrog 1300 žensk. Največji naval bolnikov je bil v aprilu, ko je bilo sprejetih 1897 moških, v maju, ko je bilo sprejetih 1761, in v avgustu, ko se je prišlo zdraviti 1708 moških. Žensk pa je bilo največ sprejetih v maju, in sicer 1425, in v juliju 1437.

V bolnici se je lani zdravilo 1100 bolnikov več kakor predlanskim. Zdravilo se je 19.861 moških in 15.739 žensk. V bolnici je lani umrlo skupno 613 bolnikov, 377 moških in 236 žensk. Umrljivost med moškimi je bila največja v aprilu, ko je umrlo 41 moških. Tudi žensk je umrlo največ v aprilu, in sicer 34.

Zdravljenje v bolnici je bilo lani odklonjeno 1950 bolnikom, v glavnem zaradi tega, ker obolenje ni bilo hudo, v mnogih primerih pa tudi zaradi pomanjkanja prostora. Številni bolniki so morali spatiti tudi na hodnikih ali pa po trije v dveh posteljah. Potrdil za ambulančno zdravljenje v bolnici je dobilo 3031 bolnikov, po večini državni nameščenci in revni ljudje. Sprejemni urad, ki je bil z delom vedno preobložen, je sprejel oziroma odpravil povprečno po 111 bolnikov na dan.

Rodnost v Jugoslaviji. Revija »Socialni arhiv« objavlja v zadnji številki podatke o številu rojstev v Jugoslaviji v razmerju s številom prebivalstva. Po teh podatkih, ki upoštevajo zadnja tri leta (pred ustanovitvijo banovine Hrvatske), je prišlo na 1000 prebivalcev v vrbaski banovini 47'8, v drinski banovini 43'3, v vardarski 42'9, v primorski 36'5, v moravski 34'1, v zetski 33'6, v savski 29'4, v dunavski 27'2 in v dravski 26'7 rojstev na leto. Slovenija je

torej glede rodnosti najslabša, siromašna vrbaska banovina pa najboljša. Slabše od Slovenije je samo še upravno področje mesta Beograda, ki izkazuje na 1000 prebivalcev samo 19 rojstev na leto. Zanimivo je, da sta na prvih dveh mestih vrbaska in drinska banovina, torej področji, ki imata razmeroma največ muslimanov.

Prebivalstvo Italije. Po zaključenem štetju znaša število prebivalstva v Italiji ob koncu leta 1940. 45 milijonov 11.327, kar pomeni 427.000 več kakor pa pri zadnjem popisu. V letu 1940. se je rodilo 1.037.586 otrok. Iz tujine se je vrnilo 59.814 oseb. V istem časovnem razdobju je umrlo 602.865 oseb, 67.063 oseb pa je sprejelo tuje državljanstvo. Med temi je 56.803 oseb iz alpskih italijanskih pokrajin, ki so se izselile v Nemčijo, ker so izrazili željo sprejeti nemško državljanstvo.

90 milijonov za nove bolnišnice in sanatorije. Ban banovine Hrvatske je pooblaščen, da najame posojilo 50 milijonov dinarjev za gradnjo in opremo bolnišnic in drugih zdravstvenih ustanov, poleg tega pa še posojilo 40 milijonov din za gradnjo klinik in inštitutov medicinske fakultete v Zagrebu. S tem bo banovina Hrvatska dobila cel niz novih bolnišnic, sanatorijev, higienskih zavodov in zdravstvenih postaj. Doslej je imela banovina Hrvatska vsega skupaj 50 bolnišnic z 11.000 posteljami, kar pa je daleč premalo. V Krapini bodo zgradili novo bolnišnico s 150 posteljami za Hrvatsko Zagorje, ki je bilo doslej brez vsakega zdravstvenega zavoda. Novo bolnišnico bodo zgradili v Travniku in dovršili novo splitsko bolnišnico, ki je že delj časa v gradnji. V Mostarju in Derventi bo banovina prevzela stari mestni bolnišnici. Na Skopljaku na Zagrebški gori bodo zgradili nov sanatorij za jetične, ki bo imel 300 postelj in bo veljal okrog 40 milijonov, zdravilišče v Novem Marofu pa dobi nov paviljon za 50 postelj. Razširili bodo zdravilišče za kostno tuberkulozo v Kraljevicu in ustanovili okrog 20 zdravstvenih postaj v krajih, ki nimajo niti bolnišnice niti zdravnika.

Iz uredništva in uprave

Na skupščini Zdravniške zbornice v Ljubljani dne 23. marca 1941. je poročal dr. O. Bajc v imenu uprave »Zdravniškega vestnika« o delu v letu 1940. Poročilo je bilo od skupščine z odobravanjem sprejeto.

Tej številki smo ponovno priložili naročilnice za dr. Černičev »Klinični besednjak«, ki bo izšel okoli Velike noči. Ker bo cena kasneje zvišana, vljudno vabimo gg. tovariše, da naročijo čimprej knjigo ter pošljejo izpolnjeno naročilnico naši upravi.

Vodilna nemška tvornica farmacevtskih specialitet

išče

za vodstvo propagande v Jugoslaviji

mlajšega zdravnika

z znanjem nemškega jezika

Gre za stalno in dobro plačano namestitev

Pogoji so: volja do dela, sposobnost za ta posel,
inicijativa in dober nastop

Točne podatke z označbo plače in fotografijo je
poslati na uredništvo Zdravniškega vestnika

Prošnja gospodom kolegom!

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO V LJUBLJANI je priložilo tej številki Zdravniškega vestnika položnice in prosi vse člane Slovenskega zdravniškega društva, da plačajo članarino za tekoče leto. — Članarina znaša Din 40.—. Istočasno vabi odbor S. Z. D. vse one gospode zdravnike, ki še niso člani, da pristopijo v Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani, ki je najstarejša slovenska zdravniška organizacija. — Članarina za leto 1941. znaša Din 40.— in se plača po priloženi položnici

Odbor
Slovenskega zdravniškega društva
v Ljubljani

Navodila tvrdkam

KI OGLAŠAJO V ZDRAVNIŠKEM VESTNIKU

1. Zdravniški vestnik prejemajo vsi zdravniki v dravski banovini, številni zdravniki v naši državi in inozemstvu, zdravstvene oblasti in zavodi, mnogi lekarnarji, živinozdravniki itd. Njegova naklada znaša 1000 komadov.

2. Zdravniški vestnik izhaja koncem meseca. Letno izide 10 krat (12 števil): 1, 2, 3, 4, 5, 6/7, 8/9, 10, 11 in 12. Številki 6/7 in 8/9 sta torej dvojni in izideta koncem julija oziroma septembra.

3. Uprava prosi tvrdke, da pošiljajo tekste, klišeje ali matrice po možnosti za več števil vnaprej, najkasneje pa do 5. dne tistega meseca, v katerem mora oglas iziti. Potrebne klišeje ali matrice naj si tvrdke po možnosti preskrbe same, ker prihranijo s tem upravi mnogo dela.

4. Na željo pošilja uprava tvrdkam krtačne odtise v korekturo. Odtise je treba vrniti takoj. Ako jih uprava do 20. dne v mesecu ne prejme, opravi korekturo sama.

5. Ob izidu številke prejmejo vse tvrdke, ki oglašujejo, zaželeno število dokaznih izvodov.

UPRAVA
ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

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 povoj za rane v mali kirurgiji

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

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

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

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

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.**

Zagreb
