

# Z D R A V N I Š K I V E S T N I K

**STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAV. BANOV.**

## **KEMIKA D.D. — ZAGREB**

priporoča svoje preizkušene domače preparate, predvsem sledeče:

### **PERHEPAR**

Vsebuje delujoče substance jeter v koncentrirani obliki. Po svoji sestavini in delovanju je enakovreden inozemskim preparatom, obenem pa je znatno cenejši.

Tablete: 1 tabl. á 0.5 g odgovarja 50 g svežih jeter.

Orig. stekleničica s 40 tabl. Doza: 3 x 1-2 tabl. dnevno.

Injekcije: 1 ampula á 2 ccm odgovarja 500 g. svežih jeter.

Orig. škalja s 6 amp. Doza: 1-2 ampuli dnevno intramuskularno ali intraveno zno

Perhepar deluje hitro in zanesljivo pri **perniciozni anemiji**, sekundarnih anemijah ter splošni telesni slabosti.

### **KOLALIQUOID**

Vsebuje Nux Colae v zvezi s sperminovo bazo v obliki likerja, zelo ugodnega okusa. Deluje zanesljivo tonizirajoče in roborirajoče. Popravi presnavljanje, pospešuje tvoritev krvi in krepi živčni sistem. Daje se z odličnim uspehom pri vseh pojavih slabosti, v rekonvalescenci itd.

Orig. steklenica z 250 g. Doza: 3 x 1 čašica za liker.

### **KOLALECITHIN**

Tonicum v formi tablet ugodnega okusa in zanesljivo delujoč. Vsebuje vse delujoče snovi Nux Colae. Deluje hitro in sigurno ter ga bolniki radi jemljejo in dobro prenesejo.

Orig. škalja s 30 tabletami. Doza: 3 x 1-2 tableti.

### **KOLA GRANULÉE „KEMIKA“**

Vsebuje granuliran in oslajen Nux Colae ter je v vodi in drugih tekočinah topljiv. Po svoji sestavi in delovanju je enakovreden z vsemi inozemskimi preparati in znatno cenejši.

Orig. stekleničica s 100 g. Doza: 3 x 1 žličica.

**Predpisujte dobre domače preparate!**

# PRI IZPAHIH RAZNE STOPNJE

kot posledicah modernega sportskega udejstvanja neprestano rabijo ANTIPHLOGISTINO. Dolgotrajna toplota, kakor tudi dejstvo, da

*Antiphlogistine*

olajša bolečine in pospeši zdravljenje povzročajo skorajšnjo zboljšanje stanja nestrpljivega bolnika in s tem omogočijo skrajšanje časa, ki je potreben za popolno ozdravljenje.

Vzorci in literatura brezplačno

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NEW YORK USA

BRAĆA JOVANOVIĆ

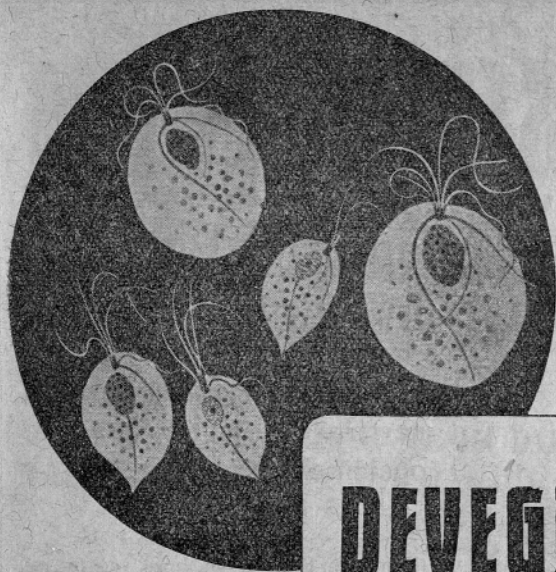
ENGLSKA DROGERIJA

ULICA KNEZ MIHAJLA 33, BEOGRAD

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH  
ORGANOV IN PREOSNOVE

## **ROGAŠKA SLATINA**

ima v svojih treh vrečah „TEMPEL“ „STYRIA“ in „DONAT“ izvanredno lekovito slatino, ki s svojo silno transmineralizacijo organizma najugodnejše upliva na organske funkcije, njih vegetativno in hormonalno regulacijo. Indikacije: Vse bolezni želodca, črevesa, jeter, žolčnih kamnov, ledvic. Sladkorna bolezen in giht. Letna in zimska sezona. Glavna sezona: maj — oktober. — Gospodje zdravniki! Zahtevajte prospekte in vzorce vode pri direktni zdravilišča  
**ROGAŠKA SLATINA!**



## DEVEGAN

za zdravljenje vaginalnega fluorja na novi terapijski bazi. Posebno promptno reagirata trihomadni fluor in fluor radi disfunkcije vaginalne sluznice. Čisto in ugodno zdravljenje, hitri uspeh.

Originalni omoti: Škalje s 15 in 30 tabletami

## ZEPHIROL

ново sredstvo za desinfekcijo, močno baktericidno. Ne barva, ne draži kože, prijetno diši.

Za izpiranja in tamponadno zdravljenje v ginekologiji in porodništvu, za čiščenje inficiranih ran, za desinfekcijo rok in instrumentov pred operacijami itd.

Originalni omoti: Stekleničica s 150 gr.



»Bayer«

LEVERKUSEN NA RAJNI

Zastopstvo za Jugoslavijo :

»JUGEFA« K. D.

Beograd Zagreb

# PANTHESIN BALSAM

odpravi bolečine  
in vnetja

pri solnčnem eritemu, revmi,  
nevralgijah, tvorih, pruritus,  
opeklinah itd.



(Panthesin-Balsam se mora večkrat na  
dan intenzivno vdrgniti).

**CHEMISCHE FABRIK vorm. SANDOZ, BASEL, ŠVICA**

# LEGATIN DRAGEES

Dr. WANDER

Radix valer. dialys. sicc.	0,03 g
Humuli lupuli dialys. sicc.	0,01 g
Acid. phenylaethylbarbit.	0,01 g
Acetparaphenitidin	0,05 g

LEGATIN ZDRUŽUJE SEDATIVNO IN BLAGO HIPNOTIČNO  
DELOVANJE VALERIJANE IN HMELJA, OJAČENO Z DELO-  
VANJEM PHENYLAETHYL-BARBITURNE KISLINE IN ACETPA-  
RAPHENITIDINA

Fiola z 20 dražejami Din 12.—

Škatlja s 50 dražejami „ 24.—

Vzorci in literaturo  
pošilja na zahtevo

**Dr. A. WANDER D. D.**

Ivornica farmacevtskih in  
dietetskih preparatov

**ZAGREB**

# ZDRAVNIŠKI VESTNIK

UREDNIŠTVO IN UPRAVA.:  
Dr. R. NEUBAUER, GOLNIK,  
VESTNIK IZHAJA LETNO 40 KRAT  
(MESECA JULIJA IN SEPTEMB.  
NE IZHAJA). — NAROČNINA ZA  
NEZDRAVNIKE DIN 90.— CELO-  
LETNO, DIN 50.— POLLETNO;  
ZA MEDICINCE DIN 50.— CE-  
LOLETNO, DIN 25.— POLLETNO

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

ŠTEVILKA ŠESTA—SEDMA

JUNIJ—JULIJ

LETO DEVETO

Dr. LUNAČEK PAVEL:

## VAGINALNA PREISKAVA IN PUERPERALNE INFEKCIJE

V medicini velja pravilo, da niso upravičene diagnostične in terapevtske metode, pri katerih sta mortaliteta in morbiditeta večji nego iz njih izvirajoče koristi. Zato je treba točno ugotoviti, kolika je škoda in kolike so koristi posameznih metod. S tega vidika je treba kot diagnostično metodo presoјati tudi vaginalno preiskavo, kajti prav v tem vprašanju se že desetletja kažejo nasprotja, ki še do danes niso premoščena.

Leta 1886 je Credé prvi striktno in energično zahteval, da se vaginalna preiskava kolikor mogoče nadomesti z zunanjo porodniško preiskavo, zlasti pri normalnih porodih. Tej zahtevi nasprotujejo predpisi za babice v marsikateri deželi. Pruska babiška učna knjiga n. pr. zahteva, da mora babica vselej notranje preiskati in sicer neposredno po razpoku mehurja — ako je predležeci plodov del še premakljiv nad medeničnim vhodom — da ugotovi, ali ni izpadla popkovina.

Pričakovali bi, da slonijo taki predpisi babiških učnih knjig na znanstvenih izsledkih, ki dokazujejo, da je zahteva Credé-ja in njegovih pristašev neutemeljena. Dejansko pa je skoro vse naše znanje o tem vprašanju še vedno pomanjkljivo in nezadostno. Mnenja največjih ginekoloških kapacitet si nasprotujejo. Zato je upravičen poizkus ugotoviti, v kaki luči nam kaže ta problem statistični pregled materijala bolnice za ženske bolezni v Ljubljani in objavljeni izsledki drugih zavodov.

Pri obdelavi statističnega materiala, se stavljajo naslednja tri vprašanja:

1. Ali je notranja porodniška preiskava nevarna, in ako je, v koliki meri?
2. Ali lahko opustimo vaginalno preiskavo brez nevarnosti za plod?
3. Kedaj lahko opustimo vaginalno preiskavo brez škode za porodnico?

Za rešitev prvega vprašanja smo pregledali 13.892 porodniških zapisnikov (od leta 1924 do 1934) in ugotovili, da je bilo:

8508 porodnic notranje nepreiskanih,

3864 porodnic notranje preiskanih brez vsake poznejše operacije in

1520 porodnic notranje preiskanih in pozneje operiranih.

Glede mortalitete in morbiditete se je pokazalo, da sta znašali mortaliteta za sepso ali peritonitis notranje nepreiskanih in neoperiranih porodnic 0·11% in njihova morbiditeta v otroški postelji (febrilnost nad 38°, merjena pod pazduho, ali več kot 14 dni trajajoča subfebrilnost) 6·12%. Pri notranje preiskanih neoperiranih pa sta znašali mortaliteta 0·36%, morbiditeta pa 15·55%.

Pri notranje preiskanih porodnicah je torej mortaliteta trikrat večja in morbiditeta več nego dvakrat večja kakor pri notranje nepreiskanih.

Pri notranjih preiskavah namenoma nismo analizirali, kdo je preiskoval porodnico (babica, zdravnik-praktik, zdravnik-specialist), kje je bila porodnica preiskana (v zavodu, izven zavoda), kdaj je bila preiskana (koliko ur pred ali po razpoku mehurja) in koliko časa je porod trajal. Analizo okolnosti notranjih preiskav smo opustili v prvi vrsti iz razloga, ker smo hoteli odgovoriti na vprašanje čim enostavnejše na podlagi čim večjih števil. Analiza smrtnih primerov je upoštevala samo puerperalne sepse in peritonitide. Čeprav je ta analiza morda nekoliko subjektivna, je vendar odstotek smrtnih primerov po notranjih preiskavah toliko večji od odstotka smrtnih primerov brez notranje preiskave, da spričo te razlike subjektivnost bistveno ne spreminja rezultata.

Na podlagi statistike je torej odgovor na prvo vprašanje jasen in enostaven: Porodnice, ki so bile notranje porodniško preiskane, so izpostavljene mnogo večjim nevarnostim, nego one, ki notranje niso bile preiskane. Dalje je razvidno iz statistik Hegar-ja, Fürst-a, Koller-ja in drugih, da je notranja preiskava mnogo nevarnejša, ako je izvršena izven zavoda nego tedaj, če so bile žene notranje preiskane v porodnišnicah s prvovrstnim aseptičnim obratom.

Hegar je leta 1889. statistično ugotovil za državico Baden, da vzlic uvedbi antiseptice ni padla mortaliteta na puerperalnih sepsah izven zavoda.

Böhr, Ehlers, Dohrn in drugi so v istem smislu ugotovili na podlagi obsežnih statistik, da vzlic izredno ugodnim rezultatom v porodnišnicah ni padla skupna mortaliteta otročnic v znatni meri in sicer radi tega, ker se niso izboljšale razmere izven zavoda.

Fehling ugotavlja po vaginalni preiskavi 5—10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> večjo mortaliteto, nego po rektalni preiskavi.

Jegge je leta 1919 poročal, da je od samo zunanje preiskanih 500 žen bilo febrilnih v otroški postelji 3·6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, od vaginalno preiskanih pa 8·6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Schuster—Hedvig sta leta 1911 našla, da je znašala pri 319 nepreiskanih morbiditeta 15·7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, pri 151 rektalno preiskanih 17·8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, pri 250 vaginalno preiskanih ženah pa 22·2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Heimann je leta 1921 ugotovil, da so bile od 720 žen febrilne v otroški postelji: nepreiskane v 7·3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, rektalno preiskane v 6·8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, vaginalno preiskane v 20·6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Fürst (Zürich) je pri 4000 vaginalno preiskanih otročnicah našel šestkrat večje število peruterinoh obolenj nego pri 4000 rektalno preiskanih porodnicah. Od notranje pre-

iskanih do 3 ure po razpoku mehurja je bilo febrilnih v otroški postelji 10·22‰—13·58‰, od rektalno preiskanih samo 7·87‰—8·77‰.

Füth (Köln) poroča, da je bilo od 500 samo zunanje preiskanih žen 5‰ febrilnih in nobene sepse; od 1500 vaginalno preiskanih žen bodisi od babic, učenk ali zdravnikov 12‰ febrilnih v otroški postelji in enkrat sepsa. 1000 žen je bilo samo rektalno preiskanih, od teh je bilo v otroški postelji febrilnih 7‰ in 1 puerperalna sepsa.

Koller Th. (Zürich) (leta 1926) primerja 4279 rektalno preiskanih porodnic z istim številom vaginalno preiskanih porodnic in ugotavlja, da obolijo žene na periuterinih puerperalnih infekcijah češče po vaginalni preiskavi nego po rektalni preiskavi. To velja za aseptični klinični obrat, kjer se vaginalno preiskuje izključno s sterilnimi rokavicami. Pomen rektalne preiskave v aseptičnih porodnišnicah je po njegovem mnenju v tem, da se ne inficirajo žene s piogenimi bakterijami vulve. Veliki pomen izključno rektalne preiskave sub partu izven zavoda, kjer asepsa nikdar ni zanesljiva, je po njegovem mnenju samoosebi razumljiv.

Schulcz obravnava na 7509 otročnicah vprašanje rektalne in vaginalne preiskave. Zaključuje, da vaginalna preiskava ni indiferentna zlasti, ako je izvršena izven zavoda.

Statistike Fehling-a, von Scanzoni-ja, Poten-a, Benthin-a in Pankov-a dokazujejo istotako, da so temperature češče v otroški postelji pri vaginalno preiskanih nego pri nepreiskanih porodnicah.

Statistike Sticker-ja, Stolz-a, Hannes-a, Ech-a, Selenev-a, Baisch-a in Schmith-a niso ugotovile razlike med vaginalno preiskanimi in vaginalno nepreiskanimi porodnicami. Tudi v najnovjšem času se tu in tam poudarja, da se pretiravajo nevarnosti vaginalne preiskave. Kako se včasih obravnava to važno vprašanje, naj pokaže naslednji primer: V berlinskem ginekološkem društvu demonstrira 24. jan. 1930 Hammerschlag odluščen kos placente, ki je mohl v nožnico. Pri rektalni preiskavi so smatrali, da je ta placentalni kos izpadla ročica. V zvezi z nekaterimi drugimi napačnimi diagnozami prihaja Hammerschlag do zaključka, da bi se babice bolje orientirale z vaginalno nego z rektalno preiskavo tedaj, kadar jim ne da jasnosti zunanja porodniška preiskava. Poudarja, da ne smemo pretiravati nevarnosti vaginalne preiskave. Strassmann pravi: „Mnogo smo preboječi glede vaginalne preiskave. Ako zdravnik ali babica po predpisanih predpripravah — tudi zunanjih spolovil — s sterilnimi rokavicami preišče, sem trdno predričan, da ne more priti do infekcije... Gotovo bomo preiskovali rektalno že zato, da se izognemo neupravičenim obtožbam...“. Strinja se s Stoeckel-om, da naj se vsaka sprejeta porodnica vaginalno preišče. Poudarja, da se ne spušča v vprašanje ali naj pustimo babicam vaginalno preiskavo. Stoeckel pravi, da je v tem vprašanju konzervativen, njegovi asistenti napreden element. Toda v teku let se je prepričal, da ima tudi rektalna preiskava velike prednosti... Strinja se s Strassmann-om, da se nevarnosti vaginalne preiskave nekoliko pretiravajo in vprašuje navzoče, ki so sami izkušeni ginekologi: „Ali ste že kedaj z vaginalno preiskavo težko ali celo smrtno inficirali? Ali sploh veste za kak primer, kjer je nastala puerperalna temperatura vsled vaše preiskave? Mene bi zanimalo, ali imajo kolegi druge izkušnje, ali je torej utemeljen glavni argument proti vaginalni preiskavi, to je opasnost infekcije. Vem, da je treba presojati prakso in kliniko ravno v tej točki različno in da ono, kar je pravilno za kliniko, še dolgo ne velja za prakso; mislim pa, da nevarnosti vaginalne preiskave ne smemo podcenjevati, a tudi ne pretiravati...“. Wagner priporoča v nasprotju z drugimi temeljito izobrazbo v rektalni preiskavi.

Velika večina porodničarjev je mnenja, da je notranja porodniška preiskava, celo ako je izvršena z vsemi kautelemi asepse, bolj ali manj nevarna, le nekateri jo smatrajo za indiferentno.

Drugo vprašanje, kedaj lahko opustimo vaginalno preiskavo brez nevar-

nosti za plod, je praktično prav tako važno in zato zasluži, da se z njim po bližje pečamo.

Porodničarji pogosto poudarjajo, da ja vaginalna preiskava potrebna pri vsaki porodnici zato, da spoznamo, ali ni morda izpadla popkovina. Za razjasnitev tega vprašanja smo statistično izkoristili material 10 let. Prešteli smo vse izpadle in predležee popkovine pri vzdolžnih legah, dočim izpadlih popkovin pri prečnih legah nismo upoštevali, ker zahteva prečna lega po razpoku mehurja itak vselej operacijo, pred katero je potrebna vaginalna preiskava.

Med 13.892 porodi je bilo pri vzdolžnih legah 105 izpadlih, odnosno predležeeh popkovin, to je 0,76 % vseh porodov. (Frekvenca v nekaterih drugih zavodih znaša: Küstner 1 %, Schweitzer 1,13 %, Martius 1 %.)

Da lahko odgovorimo na vprašanje, moramo primerjati rezultate za otroke pri vseh primerih, kjer je izpadla popkovina, a porodnica ni bila ves čas poroda vaginalno preiskana, z vsemi primeri izpadle in predležee popkovine, kjer je bila porodnica notranje porodniško preiskana a neoperirana (Glej tabelo).

TABELA 1.

Izpadlih popkovin	Otrok rojenih	Pri prihodu porodnice v zavod je splod:		Otrok rojenih		v zavodu umrlih otrok	Odpuščenih zdravih otrok		Praematurus	% otrok, ki so zdravi odpuščeni od živih in donošnih plodov pri prihodu porodnice v zavod
		Živ	Mrtev	Živih	Mrtvih		v % vseh rojstev			
Porodnica nepreiskana	<u>24</u>	23	1	16	8	2	<u>15</u>	<u>62,5</u>	2	<u>71,14</u>
Porodnica preiskana	<u>81</u>	69	12	44	37	13	<u>31</u>	<u>38,27</u>	3 (2 mrtva pri sprejemu)	<u>45,59</u>
Porodnica preiskana (odšete vse tesne medenice defleks. lege in placente praevie).	56	49	7	32	24	10	22	39,28		48,89

Mislimo, da bo primerjava primernejša, ako vzamemo samo one otroke obeh skupin, ki so bili zdravi odpuščeni iz bolnišnice, ne pa tudi onih, ki so bili rojeni sicer živi, toda blede ali modro-asfiktčni in ki so kmalu po porodu umrli, kar je praktično isto, kakor da so bili rojeni mrtvi.

Rezultat za otroke je ugodnejši pri porodnicah, ki niso bile notranje preiskane. Pri tej skupini je bilo odpuščenih iz bolnice 62,5 %, pri notranje preiskanih porodnicah pa samo 38,27 % zdravih otrok.

Od plodov, ki so bili mrtvi že ob prihodu porodnice v zavod, odpade na skupino notranje nepreiskanih porodnic samo eden, na skupino notranje preiskanih porodnic pa 13. Sicer bi to dejstvo lahko deloma služilo za dokaz, da notranje preiskave ne delajo babice zadovoljivo, vendar naj primerjam še enkrat rezultate za otroke pri notranje nepreiskanih in preiska-



ODSTRANJUJE NOVI ANTIKLIMAKTERIUM

# PROKLIMAN

„CIBA“

**KLIMAKTERIČNE TEŽAVE:**

OBČUTEK TOPLOTE

NAVAL KRVI

UTRIPANJE SRCA

GLAVOBOL

NESPEČNOST

OBČUTEK STRAHU

ZAPRTJE

ADIPOSITAS

PRURITUS

PREKLIMATORIČNE

MENORAGIJE

Ovarialni hormon — Peristaltin—  
Nitroglycerin — Dimethylamino  
phenyldimethylpyralozon — —  
Coff. nair. salicyl

1—2 krat na dan 2—3 tablete  
Originalni zavoj z 40 tabletami



GESELLSCHAFT F. CHEMISCHE INDUST. IN BASEL

ZASTOPSTVO ZA JUGOSLAVIJO:

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

# Elastični Hansaplast



D. R. P., Jugoslov. patent.

## Elastični brzi povoji za rane v mali kirurgiji

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

Hidrofilna kompresja 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 zadoštuje popolnoma mesto voluminoznih in dragih povojev

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

# Radio-Therma, Laško

## Odprto celo leto

Radiotermalne kopeli 37,5° C. Elektroterapija,  
ogjikokisle in kisikove kopeli, masaža in diete-  
tično zdravljenje. — Najučinkovitejše zdravljenje  
ishijasa, revmaličnih obolenj, ženskih bolezni, re-  
konvalescenca, znižanje krvnega tlaka i. t. d.

Sezona traja od 15. junija do 15. septembra. Izven sezone od 16. septembra do 14. junija se nudi popolna oskrba za 20 dni za pavšalno ceno Din 1.100—, za 10 dni za Din 600— (štirikrat dnevno hrana, stanovanje, zdravniška preiskava in kopel. Vštete so tudi vse takse). Prospekte in informacije na zahtevo od

UPRAVE ZDRAVILIŠČA

## KOCJANČIČ IN DRUG — DOMŽALE

TVORNICA VATE, OVOJNEGA MATERIALA IN SANITET. ARTIKLOV

Priporoča gg. zdravnikom svoje odlične proizvode

Imamo dobro sortirano skladišče vseh sanitetskih in kirurških predmetov in kjer ne dobite našega blaga v apotekah in drogerijah, prosimo, da se obrnete direktno na nas ter Vam bomo z vsem točno postregli.

ZAHTEVAJTE DOMAČE PROIZVODE

## Za rentgenske snimke uporabljajte samo

**GEVAERT** Super Rapid Special na modri, nevnetljivi podlagi

**GEVAERT** dentusfilm na modri podlagi

**GEVAERT** rentgenpapir PARIX 8 za kontakt

**GEVAERT** Ridax papir za povečave

**GEVAERT** Orthobrom

### KEMIKALIJE:

**GEVAERT** rentgen razvijalec v dozah po 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, 9, 13<sup>1</sup>/<sub>2</sub> in 18 lit.

**GEVAERT** rentgen fiksirna sol v dozah po 5, 10 in 20 lit.

nih porodnicah, upoštevajoč samo one primere izpadle popkovine, pri katerih je bil plod pri prihodu porodnice v zavod donošten in živ. Tudi pri tej primerjavi je odstotek otrok, ki so zdravi odpuščeni iz bolnišnice, ugodnejši pri skupini nepreiskanih porodnic: 71·14 % proti 45·59 %.

A tudi ta primerjava ni popolnoma pravilna, ker je pri notranje preiskanih porodnicah mnogo več porodnih komplikacij, ki same po sebi poslabšajo prognozo za otroka, kakor n. pr.: tesna medenica, defleksijske lege, placenta previa. Vse te porodnice so morale biti vaginalno preiskane zaradi porodne komplikacije v interesu žene. Pravilna bo primerjava obeh skupin šele, ako odštejemo omenjene porodne komplikacije od skupnega števila preiskanih porodnic z izpadlo popkovino, tako, da ostane še 56 primerov.

Tudi tukaj so rezultati pri skupini nepreiskanih porodnic ugodnejši, to je 62·5 % proti 39·28 %, odnosno ako upoštevamo samo žive in donošene plodove pri prihodu porodnice v zavod, 71·14 % proti 48·89 %. Iz rezultata sledi, da imamo slabše uspehe v primerih, v katerih so bile žene notranje preiskane in smo z operacijo spremenili potek poroda. To izgleda na prvi pogled neverjetno, vendar to lahko razložimo tako, da se komprimira pri operacijah (repozicija popkovine notranji obrat) popkovina in večkrat protrahira porod.

Odgovor na drugo vprašanje: vaginalno preiskavo lahko opustimo brez nevarnosti za plod. Potrebna je le pri patoloških porodih, kjer je indicirana v interesu matere in otroka. Naša statistika, ki kaže ugodne rezultate pri izpadlih popkovinah, ko porodnica ni bila notranje preiskana, potrjuje tezo, da babicam ni treba notranje preiskovati. Že v Halban—Seitz-u kritizira Martius uvodoma omenjeni predpis pruske babiške učne knjige tako-le: V interesu čim večje omejitve notranje preiskave po babicah je ta predpis nesmiseln, zlasti še, ker si mora po predpisu babica pred notranjo preiskavo dizinficirati 20 minut roke in torej ne more preiskovati neposredno po razpoku mehurja, kakor ta predpis zahteva. Vrh tega je babica ovirana pri točnem opazovanju plodovih srčnih utripov (Robert). Umestnejši bi bil predpis, ki ga predlaga Robert, da naj babica po razpoku mehurja najpazljivejše kontrolira plodove srčne utripe. Ako se plodovi srčni utripi preko običajnih mej spremene, naj babica dvigne zadek porodnice (Beckenhochlagerung, Knieellenbogenlage) in pokliče zdravnika.

Z Robert-ovim predlogom se v celoti ne moremo strinjati, ker mu nasprotuje ponekod pomanjkanje zdravnikov na deželi. Zlasti odsvetujemo ta postopek pri multiparah, ki so že normalno rodile, ki imajo dobre popadke in pri katerih glavica ploda naglo vstopa v medenično votlino. S prigovarjanjem ženi, naj pritiska, dosežemo večinoma boljši uspeh in v krajšem času, nego z dvignjenjem zadka in čakanjem na zdravnika, ki bo ob prihodu našel morda že mrtev plod ali mu bo plod med operacijo umrl z večjo verjetnostjo nego pri spontanem porodu. Kakor kaže naša statistika dobimo pri spontanem porodu z izpadlo popkovino nad 70 % živih in

za življenje sposobnih otrok. V drugih zavodih je mrtvorojenih otrok pri izpadli popkovini približno 50%: Halter 44%, Zweifel 62·5%, Schweitzer 56·5%, Martius 55·4%. Ako odštejemo vse primere izpadle popkovine, kjer je bil plod pri prihodu porodnice v zavod mrtev ali sigurno oškodovan, znaša odstotek mrtvorojenih pri Halter-ju 32%, Zweifel-u 37·5%, Schweiz-ju 37·9%, Martius-u 36·5%.

Izpadla nožica poleg glavice je velika redkost (po Benda-u v 0·035% vseh porodov). Večinoma gre za nezrele ali macerirane plode.

Tudi izpadlo ročico poleg glavice opazamo v manjšem odstotku nego izpadlo popkovino (po v. Franyu-é-ju sen. v 0·04%, po Sachs-u v 0·5% vseh kliničnih in polikliničnih porodov).

Izpada malih plodovih delov poleg glavice na tem mestu ne analiziramo, ker se ta analiza ne tiče direktno našega vprašanja. V precejšnjem odstotku primerov z izpadlimi malimi plodovimi deli, kjer žena spontano rodi, notranja preiskava ni potrebna. V vseh drugih primerih pa se porodnica itak notranje preišče, bodisi radi porodne komplikacije, ki je bila vzrok, da je izpadel mal plodov del (tesna medenica, hidramnion,) bodisi radi prominentne ali odmaknjene glavice proti eni ali drugi črevnici, bodisi da se protrahira porod, odnosno, da se porod vstavi zaradi izpadlega malega plodovega dela.

Pri razmotrivanju tretjega vprašanja: kdaj lahko brez škode za porodnico opustimo notranjo preiskavo, je treba razlikovati: klinično porodništvo v zavodih (klinike, bolnišnice itd.), od izvenkličnega porodništva.

V koliko lahko omejimo notranjo preiskavo v zavodih, naj pokaže statistika, ki je razvidna iz tabele 2.

Iz te tabele je razvidno, da je v našem zavodu število notranje nepreiskanih porodnic od leta do leta rastle in da se je v zadnjih letih ustalilo približno pri 80%.

Vzlic temu, da smo omejili notranjo preiskavo, nismo opazili zlih posledic za porodnice; nasprotno mortaliteta pri notranje nepreiskanih je padla. Z ozirom nato, da ima naš zavod babiško šolo in da prakticira večina zdravnikov iz Dravske banovine na tej porodnišnici, se notranje preiskuje v neki meri iz pedagoških razlogov.

Vseučiliške klinike imajo v tem oziru izjemno stališče, ker mora vsak zdravnik obvladati vaginalno preiskavo in se jo mora naučiti za časa študija. Vendar na nekaterih univerzah študentom medicine ni dovoljena vaginalna preiskava (Eymér).

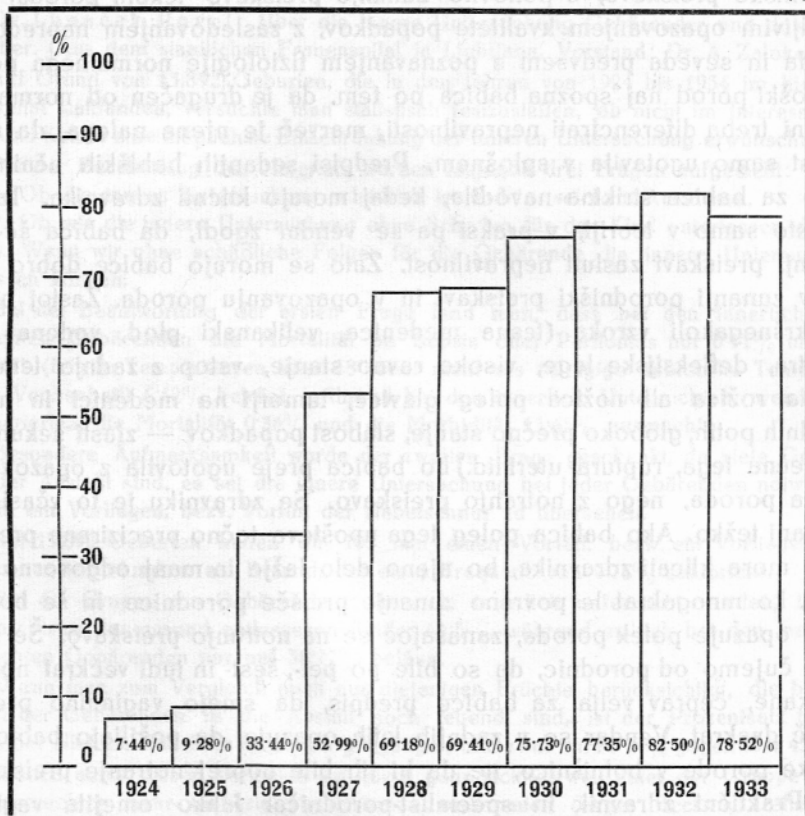
Vaginalno preiskavo lahko v velikem odstotku nadomestimo z rektalno in z zunanjo porodniško preiskavo (Krönig, Riess, Credé, Veit, Leopold, Spörling, Panzer, Demme, Schulcz, Schneider, Oettingen, Baumm, Müller, Werth, Fränkel, Löhnlein, Wiener, Zweifel, Chazan, Stuckert, Rosenberg etc.). Po Baisch-u lahko omejimo vaginalno preiskavo na ca 5% vseh porodov. Po

Eufinger-ju minejo v njegovem zavodu meseci brez diagnostične vaginalne preiskave.

Rektalna preiskava ima mnogo pristašev (Krönig, ki jo je vpeljal v porodništvo leta 1893, Riess neodvisno od prvega leta 1894, Fürst, Koller, Reifferscheid, Fehlbusch, Reist, Treu, Eufinger, Baisch, Eizner, Pankow, Oettingen, Klein, Stuckert, Wagner etc.), ker

TABELA 2.

VAGINALNO NEPREISKANE PORODNICE V %



je skoro brez nevarnosti in lahko često nadomesti vaginalno preiskavo. Zlasti dobra je pri protrahiranih porodih, kjer nadomešča ponovno vaginalno preiskavo in izpopolnjuje zunanjo porodniško preiskavo, ako so trebušne stene jako občutljive ali debele. Debelost rektovaginalnega septa pa je včasih tako velika, da podrobnosti (maternično ustje) ni mogoče točno otipati. Važno je, da delamo sklepe iz rektalne preiskave le takrat, kadar je izvid jasen. Nejasni izvidi ne govore proti rektalni preiskavi, ker vaginalno lahko še vedno preiščemo. Vzlic temu ima rektalna preiskava nasprotnike (Ahlfeld, Eberhart, Hammerschlag etc.).

Zunanja porodniška preiskava kot nadomestilo za vaginalno preiskavo ima bržčas več pristašev nego rektalna preiskava (Credé, Leopold, Spörling, Panzer, Veit, Ahlfeld, Mayer, Müller, Werth, Fränkel, Löhnlein, Wiener, Zweifel etc.).

Glede izvenkliničnega porodništva teoretično lahko trdimo, da babica brez škode za porodnico vedno lahko opusti notranjo preiskavo. (Nemško-švicarsko društvo za ginekologijo in porodništvo zastopa isto stališče.) Babica sme voditi le normalne porode. Pri pataloških porodih mora klicati zdravnika. Dali je porod normalen, bi morala babica spoznati z zunanjo porodniško preiskavo, s ponovno zunanjo preiskavo tekom poroda, z neutrudljivim opazovanjem kvalitete popadkov, z zasledovanjem napredovanja poroda in seveda predvsem s poznavanjem fiziologije normalnega poroda. Patološki porod naj spozna babica po tem, da je drugačen od normalnega. Njej ni treba diferencirati nepravilnosti, marveč je njena naloga, da nepravilnost samo ugotavlja v splošnem. Predpisi sedanjih babiških učnih knjig imajo za babice striktna navodila, kedaj morajo klicati zdravnika. Tako je pogosto samo v teoriji, v praksi pa se vendar zgodi, da babica še-le pri notranji preiskavi zasluži nepravilnost. Zato se morajo babice dobro izvežbati v zunanji porodniški preiskavi in v opazovanju poroda. Zastoj poroda iz kakršnegakoli vzroka (tesna medenica, velikanski plod, vodena glava, monstra, defleksijske lege, visoko ravno stanje, vstop z zadnjo temenico, izpadla rožica ali nožica poleg glavice, tumorji na medenici in mehkih porodnih potih, globoko prečno stanje, slabost popadkov — zlasti sekundarna — prečna lega, ruptura uteri itd.) bo babica preje ugotovila z opazovanjem poteka poroda, nego z notranjo preiskavo. Še zdravniku je to včasih več ali manj težko. Ako babica poleg tega upošteva točno precizirane predpise, kedaj mora klicati zdravnika, bo njeno delo lažje in manj odgovorno nego sedaj, ko mnogokrat le površno zunanje preišče porodnico in še bolj površno opazuje potek poroda, zanašajoč se na notranjo preiskavo. Še danes često čujemo od porodnic, da so bile po pet-, šest- in tudi večkrat notranje preiskane, čeprav velja za babice predpis, da smejo vaginalno preiskati največ dvakrat. Vendar se v zadnjih letih opazuje, da pošiljajo babice patološke porode v bolnišnico, ne da bi jih bile poprej notranje preiskale.

Praktični zdravnik in specialist-porodničar lahko omejita vaginalno preiskavo po istih vidikih kakor zavod. Omejitev je treba priporočati zdravnikom na deželi tem bolj, ker imajo večkrat opravka z gnojnimi ranami in sploh z infekciозnim materialom. Za vsako vaginalno preiskavo in operacijo naj zdravnik po predpisih umije roke in vrhu tega natakne sterilne gumijeve rokavice. Rektalna preiskava praktičnemu zdravniku mnogokrat zadostuje za hitro orientacijo in za definitivno diagnozo.

### Zaključki:

Tudi na podlagi našega opazovanja lahko ponovno trdimo: 1. da z vaginalno preiskavo izpostavljamo ženo nevarnosti infekcije, 2. da ni nob-

ene nevarnosti za plod, če opustimo vaginalno in skrbno izvršimo zunanjo porodniško preiskavo, niti pri izpadli popkovini, 3. da ni kvarnih posledic za ženo, če pravilno omejimo pogostost notranje preiskave. Predvsem lahko odpadejo vse vaginalne preiskave pri normalnih porodih. S tem bi zmanjšali število vaginalnih preiskav na 10 in manj odstotkov vseh porodov. Babice naj bi v prvi vrsti zunanje in le v izjemnih primerih tudi notranje preiskovale. Zdravnik naj se pa tudi vselej vpraša, ali je notranja preiskava res strogo indicirana.

## ZUSAMMENFASSUNG:

Dr. Lunaček Pavel: Über die innere Untersuchung Gebärender und das Puerperalfieber. (Aus dem staatlichen Frauenspital in Ljubljana. Vorstand: Dr. A. Zaloker).

Auf Grund von 13.892 Geburten, die in den Jahren von 1924 bis 1934 im hiesigen Frauenspital stattfanden, versuchte man statistisch festzustellen, ob nicht im Interesse der Frauen und Kinder eine mögliche Einschränkung der inneren Untersuchung erwünscht wäre.

Bei der Bearbeitung des Materials wurden folgende drei Fragen aufgestellt:

1. Ob die innere Untersuchung schädlich ist und in welchem Ausmasse.
2. Ob wir die innere Untersuchung ohne Schaden für das Kind unterlassen dürfen.
3. Wann wir ohne schädliche Folgen für die Gebärende die innere Untersuchung unterlassen können.

Bei der Beantwortung der ersten Frage fand man, dass bei den innerlich nicht untersuchten Gebärenden die Mortalität an Sepsis oder Peritonitis nur 0·11% und die Morbidität (febrile Temperaturen über 38° oder mehr als 14-tägige subfebrile Temperaturen im Wochenbett) 6·12% beträgt, während bei den innerlich untersuchten, wenn auch Nichtoperierten, die Mortalität 0·36% und die Morbidität 15·65% ausmacht.

Besondere Aufmerksamkeit wurde der zweiten Frage geschenkt, da viele Geburtshelfer der Ansicht sind, es sei die innere Untersuchung bei jeder Gebärenden notwendig, um nicht ein Vorliegen, bezv. Vorfall der Nabelschnur zu übersehen.

Bei 13.892 Geburten hatten wir 105 mal einen Vorfall, bezw. ein Vorliegen der Nabelschnur vorgefunden, ein Befund, der einer Frequenz von 0·76% entspricht.

Bei der Gruppe von Gebärenden, die nicht innerlich untersucht wurden, beträgt der Prozentsatz der gesund entlassenen Kinder 62·5%, während er sich bei den innerlich untersuchten Gebärenden nur auf 38·27% beläuft.

Wenn man zum Vergleich auch nur diejenigen Früchte berücksichtigt, die bei der Ankunft der Gebärenden in die Anstalt noch lebend sind, ist der Prozentsatz für die Gruppe der Nichtuntersuchten immerhin günstiger, und zwar um 71·14% gegenüber 45·49%.

Jedoch auch dieser Vergleich ist nicht ganz richtig, weil unter der Gruppe innerlich Untersucher mehr Geburtskomplikationen vorkommen (enges Becken, Deflexionslagen, Placenta praevia), die an und für sich die Prognose für das Kind eher verschlechtern, als bei der Gruppe der Frauen, die innerlich nicht untersucht wurden.

Auch nach Abzug der angegebenen Komplikationen beläuft sich der Prozentsatz der gesund entlassenen Kinder günstiger bei der Gruppe der innerlich Nichtuntersuchten, und zwar 62·5% gegenüber 39·28%, bezw. 71·14% zu 48·89%, wenn man nur diejenigen Früchte berücksichtigt, die bei der Anstaltsaufnahme der Gebärenden noch lebend waren.

In unserer Anstalt wurden die innerlichen Untersuchungen in den letzten Jahren auf ca 20% eingeschränkt, ohne dass wir dadurch irgendwelche schädliche Folgen für die Gebärenden beobachten konnten, im Gegenteil, die Mortalität und Morbidität fiel dadurch ganz bedeutend.

Auf Grund dieser Tatsachen haben wir die Ueberzeugung gewonnen, dass Gebärende nur dann innerlich untersucht werden sollen, wenn hiezu die strengste Indikation vorliegt.

## LITERATURA:

Zanela: Liječnički Vjestnik, 1928. Br. 4. Fürst: Arch. Gynäk. zv. CXXV. št. 395. Eberhard: Diskusija k gornjemu predavanju. Fütth: Diskusija k gornjemu predavanju. Leopold Spörlin: Arch. Gynäk. zv. XLV. str. 337. Credé: Arch. Gynäk. zv. XXX. zv. 3. Leopold, Goldberg: Arch. Gynäk. zv. XL. str. 439. Rossier: Zbl. Gynäk. 1891. Nr. 14. Leopold, Panzer: Arch. Gynäk. zv. XXXVIII. str. 330. Baum: Zbl. Gynäk. 1926. zv. 14. Fischer: Zbl. Gynäk. 1919. zv. 6. Koller: Arch. Gynäk. zv. CXXVII. str. 1. Krönig: Zbl. Gynäk. 1894. zv. 10. (Sitzung der Leipziger-Gesellschaft f. Geburtsh. u. Gynäk.) Riess: Zbl. Gynäk. 1894. zv. 17. Rosenstein: Zbl. Gynäk. 1921. zv. 20. Dipper: Zbl. Gynäk. 1926. Nr. 10. Günter: Ref. v Zbl. Gynäk. 1926. Nr. 16. Feldmann: Ref. v Zbl. Gynäk. 1926. Nr. 16. Reifferscheid: Ref. v Zbl. Gynäk. 1926. Nr. 16. Demme: Ref. v Zbl. Gynäk. 1926. Nr. 16. Fehlbusch: Zbl. Gynäk. 1926. Nr. 15. Sellheim: Ref. v Zbl. Gynäk. 1927. Nr. 5. Kojler, Reist: Zbl. Gynäk. 1927. Nr. 18. Ahlfeld: Ref. v Zbl. Gynäk. 1927. Nr. 23. Treu: Ref. v Zbl. Gynäk. 1927. Nr. 23. Klein: Zbl. Gynäk. 1929. Nr. 47. Baumm: Ref. v Zbl. Gynäk. 1928. Nr. 20. Schneider: Ref. v Zbl. Gynäk. 1928. Nr. 10. Bericht der Oberrheinischen Gesellschaft f. Geburtshilfe u. Gynäk. (Eberhard, Pankow, Öttingen, Meyer.) Zbl. Gynäk. 1929. Nr. 11. Schulcz: Ref. v Zbl. Gynäk. 1929. Nr. 47. Stuckert: Ref. v Zbl. Gynäk. 1929. Nr. 47. Bericht der Gesellschaft für Geburtsh. u. Gyn. zu Berlin: Zbl. Gynäk. 1930. Nr. 20. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher u. Aerzte: Zbl. Gynäk. 1930. Nr. 43. Spyropulos: Zbl. Gynäk. 1931. Nr. 47. Eberhart: Zbl. Gynäk. 1932. Nr. 10. Stahnke: Ref. v Zbl. Gynäk. 1932. Nr. 27. Halter: Ref. v Zbl. Gynäk. 1924. Nr. 51. Gajroga: Ref. v Zbl. Gynäk. 1924. Nr. 51. Kynoch: Ref. v Zbl. Gynäk. 1927. Nr. 5. Heckscher: Zbl. Gynäk. 1929. Nr. 15. Oppenheimer: Zbl. Gynäk. 1929. Nr. 29. Sängner: Zbl. Gynäk. 1931. Nr. 38. Winter: v Halban-Seitz-u zv. VIII./2. Reposition vorgefallener Extremitäten. Reposition vorgefallener Nabelschnur. Martius: v Halban-Seitz-u zv. VII./2. Regelwidrige Haltung der Extremitäten. Vorliegen u. Vorfal der Nabelschnur. Sellheim v Halban-Seitz-u zv. VII./1. Untersuchung unter der Geburt. Baisch v Halban-Seitz-u zv. I.: Hygiene u. Diätetik der Geburt. Eufinger v Halban-Seitz-u zv. VI./2. Innere Untersuchung.

Dr. SIMONITI

## O ČREVESNI TUBERKULOZI

Črevesna tuberkuloza je znana že iz pradavnih časov. Hipokrat jo je poznal in jo je smatral za težko komplikacijo pri jetičnem bolniku. Služila mu je tudi v prognostične svrhe pri oceni bolezni in je vedel, da pomeni signum mali ominis. Na isti način sta jo ocenjevala tudi Celsus in Aretaeus. Vse do Bayle-ja (1810) so se zdravniki omejili le na klinična opazovanja, Bayle, Louis in Rokitansky (1810 do 1842) so izpopolnili klinični študij s patološko-anatomskimi dokazi. Že leta 1906 pa je Stierlin poročal o prvih šestih slučajih ileocekalne črevesne tuberkuloze, ugotovljene s pomočjo rentgenovih žarkov. Toda šele z Brownom in Sampsonom (od leta 1919 dalje) so začeli proučevati tuberkulozo črevesja z rentgenovimi žarki na širši podlagi. Od tedaj naprej smo do danes napravili ogromen napredek. Zadnji izsledki na tem polju so tako prepričevalni, da nas upravičeno navdajajo z upanjem v še večje uspehe.

Delo je bilo od JFD nagrajeno z nagrado mesta Ljubljana.





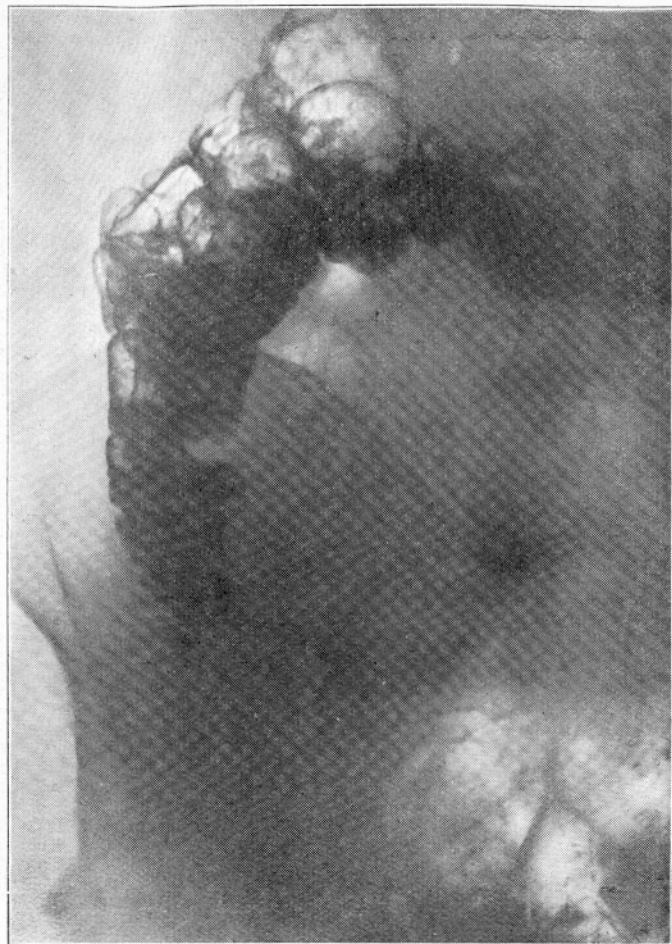
*Slika 1*



*Slika 2*



*Slika 3*



*Slika 4*

Sekundarna črevesna jetika je ena izmed najpogostejših komplikacij pljučne jetike. Posamezni raziskovalci navajajo o tem predmetu različne statistične podatke. Brown in Sampson trdita, da nastopi črevesna tuberkuloza v 60—80 % tuberkuloznih pljučnih obolenj. Nekateri prinašajo še večje številkke. Tako trdi Engelman, da 92.6 % Herxheimer 98 % vseh bolnikov s pljučno tuberkulozo boleha tudi za črevesno tuberkulozo. Na drugi strani imamo Lisenby-ja, ki trdi, da je ta odstotek mnogo manjši in sicer le 15 %. Nam se zdi to število gotovo prenizko.

Glede lokalizacije črevesnih obolenj tuberkuloznih na posamezne dele prebavnega trakta je zelo poučna statistika, ki jo prinašata Fenwick in Dowel. Sestavila sta jo na podlagi 500 obduciranih slučajev, kjer sta ugotovila ulceracije v 85 % v ileocekalnem delu črevesa, v 51.4 % colon ascendens-u, v 28 % v jejunum-u, v 13 % v sigmoideu, 14 % v rectum-u in le v 3.4 % v duodenum-u. S temi številkami se ujemajo tudi podatki Powell-a in Hartley-a v letu 1921 in od Kruszevska in Werkenthen-a iz leta 1931. Če se sedaj vprašamo, katere oblike pljučne tuberkuloze nam dajo največji procent črevesnih obolenj, bomo videli, da so to skoraj izključno fibrokazeozne in fibroulcerozne kavernoze oblike ter rapidno napredujoče eksudativne oblike. To sta ugotovila na podlagi številnih slučajev v letu 1935 Boles in Gershon-Cohen.

Najpogosteje nastopi črevesna tuberkuloza v obliki večjih ali manjših čirov, ki se najraje naselijo v okolici ileocekuma. Privedejo lahko do ogromnih patološko anatomskih sprememb. Ne bom se spuščal v opisovanje teh čirov, ki jih vsi dobro poznamo iz patološke anatomije, povdarim le, da so različne velikosti od jedva vidnih do tako velikih, kakor nam jih kažeta sliki (sl. 1 in 2). Radi narave bolezni same, odpornosti organizma in imunitetnega stanja se lahko organizem brani s tvorbo fibroznega tkiva, ki dovede do močnih in hudih črevesnih zoženj (striktur), kar na naši sliki tudi lepo vidimo. Večkrat pride do tumoroznih zadebeljenj bližnjih bezgavk in peritoneja, ki dovedejo do tumorozne ileocekalne tuberkuloze (Tumor ileocecalis tbc.). Če je potek splošnega obolenja preburen, organizem brez odporne sile, imunitetno stanje slabo, tedaj ne pride do fibrozacije, niti ne do stenoz, ampak samo do površnih ulceracij v mukozi. Z anatomsko-patološkega stališča lahko razdelimo črevesno tuberkulozo v različne oblike:

1. ulceroeksudativno,
2. ulcerohiperplastično in eksudativno,
3. hiperplastično-fibrozo obliko.

Iz kliničnega stališča pa opazujemo te-le reakcije organizma na tuberkulozno obolenje čreves:

1. ulceracije sluznice,
2. plastična reakcija na mestu obolenja samega,
3. lokalne in splošne motnje toksičnega značaja.

Ti razdelitvi seveda ne izključujeta vmesnih oblik, ki jih vidimo v najraz-

ličnejših nijansah in ki nam edine lahko razložijo polimorfnost motenj samih.

Glede nastanka črevesne jetike moramo vsekakor upoštevati možnost hematogene propagacije tuberkuloznega virusa iz kjerkoli — večinoma pa v pljučih — ležečih ognjišč.

Poleg sekundarne črevesne tuberkuloze poznamo tudi primarno. Ta je zelo redka in je po večini povzročena od direktne intestinalne infekcije potom hrane. V prvi vrsti pride v poštev mleko tuberkulozno inficiranih krav. Kakor znano, velja to posebno za otroško dobo, kjer vidimo primarni kompleks v črevesju, z njim v zvezi — ali hematogeno povzročena — pa pri otrocih tako pogosta obolenja kakor so tuberk. peritonitis itd. So pa ti slučajji v primeri s sekundarno črevesno tuberkulozo zelo redki in so praktično komaj omembe vredni.

Do pred nedavim smo bili navezani samo na klinično diagnozo, podprto edino-le od laboratorijskih preiskav. Toda ena in druge so glede lokalizacije in razsežnosti obolenja nesigurne in nam dajo absolutno pozitivne rezultate skoraj izključno le v slučajjih, ko bolniku ni več možno pomagati. Laboratorijski izvid se je omejil do pred nedavnim na ugotovitev okultnih krvavitev, metode, ki so kaj varljive, in na dokaz Koch-ovega bacila v blatu. Vsi vemo, da ta ni prepričevalen, ker mnogo jetičnih bolnikov hotè ali nehotè požira izmeček. Nemogoče je tedaj ločiti, kedaj prihajajo bacili iz ulceracij črevesja, kedaj iz izmečka. Praktično smo bili torej navezani na opazovanje kliničnih simptomov, ki so pri že izrazitem obolenju zelo jasni, odpovedó pa pri še ne izrazitih spremembah. Izmed številnih kliničnih porazdelitev črevesne tuberkuloze se mi zdi najprimernejša in tudi najpraktičnejša ona od Christiansen-a (Kopenhagen), ki jo deli v latentno in manifestno jetiko čreves.

Pri latentni črevesni tuberkulozi so klinični simptomi le malo izraženi. V glavnem se pojavljajo v obliki splošnih motenj pri prebavi, kakor so slab apetit, izgubljanje telesne teže ali vsaj v tem, da se nam bolnik, vključno z mirovanjem, primerni negi in hrani ne more popraviti. Zelo važen simptom so tudi trajne, trdovratne srednjevisoke temperature od  $37.5^{\circ}$  do  $38^{\circ}$  in čez, pri mirujočem ali relativno umerjenem pljučnem procesu. Te so nam lahko važen znak za še skrito črevesno obolenje. Posebno značilne so one temperature, ki se zvišajo eno do dve uri po jedi. Zato smo dolžni v takih slučajjih obračati vso našo pozornost na opazovanje črevesja. Zelo poučni so za nas slučajji, ki jih zdravimo z umetnim pneumotoraksom. Pri slučajjih, kjer nimamo opraviti z izvenpljučnimi komplikacijami, vidimo, da se bolniki pri učinkovitem kolapsu kaj kmalu popravijo, predvsem pa izgubijo febrilne temperature. Ako nam bolniki vključno z dobremu kolapsu ostanejo še mesece in mesece febrilni in njih zdravljenje zelo počasi napreduje, tedaj bomo morali misliti na izvenpljučne komplikacije. Te pa so večinoma v črevesih. Če take bolnike natančneje izprašujemo, bomo v veliki večini dognali gastrointestinalne motnje, ki nam pričajo, da črevesje ni v popolnem redu.

# CAPHOSEIN

77 % -na mlečna beljakovina z veliko  
količino kalcija in fosforja

**Suvereno sredstvo proti diarejam vsled vrenja**

V dečji praksi neobhodno potrebno

**Indikacije:** Dispepsija, eksudativna dijateza, anemija, rekonvalescenca itd.

**Uporaba:** 1—2 polni kavini žličici, vkuhani na čaju in oslajeni s saharinom.

Najcenejši preparat beljakovine

LITERATURO IN VZORCE POŠILJA

**PARACELSUS K. D. ZAGREB 3**

ZDRAVILIŠČE IN KOPALIŠČE



SLATINA RADENCI

Kraljevski dvorski dobavitelj

najmočnejše prirodne oglj.-kisle (CO<sub>2</sub>) kopelji v Jugoslaviji. Izredni uspehi pri zdravljenju boleznj srca, ledvic, želodca, jeter, protina, kamnov in notranjih žlez

Sezona se prične s 1. majem

*Radenske prirodne mineralne vode*

Zdravilna,  
Kraljeva,  
Gizela,

najjačje litijske vode v Jugoslaviji  
najjačje po ogljikovi kislini v Jugoslaviji  
edine vode s težkimi minerali v Jugoslaviji

Gg. zdravniki imajo 50% popusta na stanovanju, kopelji brezplačno. Mineralna voda ad usum proprium vedno gratis!

Prospekti, brošure gratis!

## ROBOR

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

## SKALIN

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

## REAL PILULE

Kombinirani rastlinski in organski laksans. Dovršeni regulator prebavnih organov. Orig. zavitki: škatlja z 25 pilulami.

## CAMPHOSOL INJEKCIJE

10% - vodena raztopina sulfoniranega preparata 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: škatlja z 20 dražejami a 0.10

## CAMPHOSOL-CHININ INJEKCIJE

Camphosol 0.20 in Chinin 0.20 vodena raztopina v 2 ccm.

## CAMPHOSOL-CHININ DRAŽE

Camphosol 0.10 in Chinin 0.10

## HIDROGEN TABLETE

Hydrogenium hyperoxidatum v močnem stanju vsebuje 35%  $H_2O_2$ . Pakirano v cevkah po 10 in 20 tablet a 1 gr.

KEMIJSKO-FARMACEVTSKI LABORATORIJ

MIŠKOVIĆ IN KOMP.

BEOGRAD, SARAJEVSKA ULICA BROJ 84.

So to večinoma lahak meteorizem, popolna anoreksija, predvsem pa mučne obstipacije, združene z drugimi črevesnimi simptomi.

Pri manifestni obliki prevladujejo slike intestinalni znaki. Tu imamo najrazličnejše težave od raznih dispepsij, anoreksije, dražljaja na bruhanje, kardialgije, pritiska in občutka napetosti po jedi — do kolikam podobnih bolečin posebno v spodnjem delu trebuha. Stalna napetost z močnim meteorizmom, združeni z neugnanljivimi driskami zaključujejo žalostno sliko. Pri skoraj vseh naših slučajih, kjer so nam bolniki tožili o bolečinah, katere so po večini tudi natančno lokalizirali, smo mogli rentgenološko ugotoviti na mestu bolečine hude črevesne spremembe, po večini zelo izrazite strikture. Opazili smo tudi, da se bolečine povečajo nekaj ur po jedi. To so mi tudi potrdili nekateri naših bolnikov, ki so mi povedali, da nimajo bolečin, če ne jedo. Zato se včasih enostavno odpovedo jedi, da si prihranijo bolečine. Po natančnem povpraševanju smo mogli ugotoviti, da so bolečine najhujše ob času, ko pride hrana v dotiko s čiri. To se strinja tudi z opazovanjem, ki smo ga napravili pri rentgenološko preiskanih bolnikih. Vsi so nam spontano izjavili, da so jim izginile bolečine na dan preiskave in so mogli jesti brez težav. Bariumova masa pokriva, nekako tapecira ranjeno sluznico in jo na ta način obvaruje od dražljajev. Bolečin ni več. Mislim, da bi nam ta znak mogel biti nekak indikator za ulcerativno obliko črevesne tuberkuloze.

Po večini lokalizirajo bolniki bolečine v fossa iliaca dex., ker je pač tu najpogosteje sedež obolenja. Med simptomi smo že omenili močan meteorizem, ki lahko povzroča hude težave. Zelo redke pa so močne črevesne krvavitve. Obstipatio sama ali — najpogosteje — zaprtje, menjaje z driskami, spada k najobičajnejšim pojavom črevesne tuberkuloze; za diagnozo pa spričo pogostosti teh simptomov tudi pri netuberkuloznih seveda ne zadostuje. V končnem stadiju prevladujejo driske, združene z bolečinami, ki so včasih zelo hude. Da pride lahko do perforacij in naknadnih peritonitid z letalnim izidom, ni potrebno še posebej omenjati. Toda vsi ti simptomi so posebno v začetku obolenja tako labilni in nestalni, da nam praktično le redkokdaj pomagajo. Postaviti diagnozo v terminalnem stadiju ni težko, je pa taka diagnoza za bolnika brez pomena, ker mu tedaj itak ni več pomoči.

Pri iskanju drugih metod, ki naj bi privedle do izhoda, smo našli Tribouletov poskus, ki sloni na tem, da s pomočjo kemične reakcije dokažemo v blatu beljakovine (serumalbumine), katere izloča ulcerirana sluznica črevesja. Poizkus je tako enostaven in zahteva tako malo truda, da ga moremo samo priporočati. Pri vseh naših slučajih, kjer smo rentgenološko ugotovili ulcerozno črevesno tuberkulozo, smo dobili vedno tudi pozitivno Tribouletovo probo. Seveda ni taka reakcija značilna za tuberkulozno obolenje. Ona nam samo pove, da so v črevesju ulceracije. Negativna reakcija pa seveda ne izključi črevesne tbc., temveč nam samo pove, da ulceracij ni. Zato nam ta poizkus nič ne pomaga pri latentnih oblikah.

Iz vsega tega je razvidno, da do sedaj nismo imeli sigurnih kliničnih

in laboratorijskih znakov za ugotovitev začetne črevesne tuberkuloze. Je zasluga v prvi vrsti Browna in Sampsona, da danes lahko govorimo o rani diagnozi črevesne tuberkuloze s pomočjo rentgenovih žarkov. Velike zasluge na tem polju ima tudi Stierlin, čigar simptom je veljal do pred nedavnim še kot glavni in patognomoničen v diagnostiki ileocekalne tuberkuloze. To pa ne odgovarja resnici, ker ga relativno redko vidimo tudi pri izrazitih specifičnih spremembah, kar potrjujejo nova raziskavanja (Fleischner, Knothe, Maingot i. dr.). Pozitivni Stierlin pa dokazuje tuberkulozo. Mi smo ga videli le v dveh slučajih. Bistvo Stierlin-ovega simptoma obstoja v tem, da ostaneta bolni coecum in colon ascendens 6—8 ur po zavžitju barijeve mase skoraj prazna, oziroma sta pomanjkljivo napolnjena, medtem ko sta proksimalni (ileum) in distalni del (colon transversum) črevesja normalno napolnjena z barijem. Patološko-anatomsko si to razlagamo na ta način: bolni coecum in colon ascendens sta radi fibrozacije izgubila svojo elastičnost, stene so postale trde in so zadobile obliko trde cevi, v kateri so uničeni vsi haustri. Radi tega se barijeva masa ne ustavi v tem delu čreves, ampak zdrkne skozi. Na ta način je pretrgana kontinuiteta barijeve sence.

Običajna rentgenska preiskava črevesja se je vršila na ta način, da je bolnik zavžil gotovo količino barijeve mase in so potem bolnika v določenih presledkih preiskali. Na podlagi delovanja, gibljivosti, polnitve črevesja itd. smo potem sklepali o obolenju posameznega dela. Šele Fischer je uvedel nov način in sicer tako, da se bolniku napolni črevesje s kontrastno maso per clysmam. Radi boljše vidljivosti in preglednosti je potem kombiniral metodo še z insulflacijo zraku v črevo („Luftbariumfüllung“). Ta način nam omogoča boljšo preglednost celotnega črevesja in posameznih delov, predvsem nam pa omogoča proučevanje sluznice same. Na isti način dela Knothe, ki je stvar še izpopolnil z detaljnimi slikami črevesne sluznice. Mi smo se v glavnem držali Francoza Maingot-a, le da smo stvar poenostavili radi pomanjkanja od njega navedene aparature. Vendar pa mislimo, da naše preiskave radi tega niso preveč trpele. Vsa naša aparatura obstoja iz navadnega irigatorja in malega Richardson-ovega balona. Kot kontrastno maso smo uporabljali od Knotheja priporočeni Neobar. Celo preiskavo si lahko razdelimo na dva dela in sicer v predpripravo bolnika in v preiskavo samo. Pacient je podvržen dva dni strogi mlečni dieti, obstoječi iz mleka in mlečnika. Drugi dan zvečer ob 21. uri dobi izdaten čistilno klizmo; na dan preiskave, to je tretji dan zjutraj ob 7. uri, zopet čistilno klizmo, nato počaka bolnik v postelji do 9. ure, ko se začne drugi del preiskave. Ta se zopet deli v tri dele in sicer: a) preiskava črevesja, napolnjenega s kontrastno maso; b) preiskava pri izpraznjenem črevesu in c) preiskava po insulflaciji z zrakom.

a) Bolnik dobi per clysmam eden do en liter in pol kontrastne tekočine, ki naj bo podobna gostemu mleku in naj ima približno temperaturo 37°. Takoj nato gledamo bolnika na rentgenu in se prepričamo, kako se razdeli



masa v črevesju. Že ta prvi pogled nam nudi običajno veliko zanimivosti. Če opazimo kakšno posebno anomalijo, ki si je pri sami presvetljavi ne znamo raztolmačiti, napravimo takoj sliko. Ta nam večkrat pojasni, kar nam je bilo pri preiskavi nejasno. Običajno se zadovoljimo s samo rentgenoskopijo. Navadno se masa takoj porazdeli po celem črevesju do valvule Bauhini, če je ta intaktna. Če pride masa v ileum, nam to pové, da je zaklopka pokvarjena in nam je to važen znak za ileocekalno tuberkulozo. Včasih se masa ne razdeli pravilno in ne napolni celega debelega črevesa. To skušamo popraviti z masažo, s katero povzročimo lahko antiperistaltiko. Največje težave smo imeli pri slučajih s stenozami in meteorizmom. Če nam tudi z masažo ni uspelo, smo se poslužili kombinirane peroralne in rektalne metode. Seveda je ta kombinirani način za bolnika mučnejši in za nas zamudnejši. Ko smo si torej natančno ogledali napolnjeni colon in si zabeležili vse posebnosti, nastopi drugi del preiskave.

b) Bolniku priporočamo, da se dobro izprazni in da pri tem pomaga tudi s pritiskanjem. Na stranišču naj ostane najmanj deset minut. Takoj nato ga zopet rentgenoskopiramo in si s pomočjo kompresorja ogledamo sluznico colona kos za kosom. Tudi ta del preiskave je zelo važen, ker nam je mogoče z natančnim opazovanjem videti razne defekte na sluznici sami. Pri tem nas bo tudi bolnik opozoril na mesta, ki so posebno občutljiva na pritisk. Ulceracije se napolnijo z barijem, ulcerirana sluznica je razcefedrana. S tem je končan drugi del preiskave.

c) Tretji del je najvažnejši in obstoja v tem, da bolniku, pod stalno kontrolo rentgena, insuffliramo per rectum zrak in tako napihnemo debelo črevo do zaželjene mere. Bolniki občutijo to kot neprijetnost, nekateri celo kot bolečino. Že sam pregled tako napihnjenega črevesa nam nudi lepo, kontrastno sliko. Mogoče nam je videti že male defekte sluznice, ki so tapcirane z barijem. Posebno lepo pridejo do izraza strikture, zoženja celih delov kolona, deformacije haustrov, skrčenje posameznih delov. Natančnemu rentgenoskopičnemu pregledu sledi slikanje črevesja. S tem je rentgenološka preiskava končana.

V slučajih, kjer nam ta način per rectum ni uspel, smo se poslužili starega klasičnega načina per os. Po zavžitju barija čakamo, da se ves colon do rektuma napolnjuje s kontrastno maso. Nato insuffliramo per rectum zrak. Tudi na ta način smo prišli večkrat do zaželenih rezultatov, četudi slika črevesja ni tako lepa kot s preje opisanim načinom.

Kaj nam pravzaprav z gotovostjo pokaže kombinirana preiskava z barijem in zrakom? Kakšne so prednosti te metode pred običajno, klasično metodo s samim barijem? Predvsem je pregled z novim načinom lepši, zaradi plastičnosti slik jasnejši, kar nam olajša tolmačenje slike same. Dana nam je možnost, da ugotovimo že male okvare sluznice. To nam pa omogoča relativno rano diagnozo. Kakšne važnosti je to dejstvo za event. terapijo, nam ni potrebno še posebej povdarjati. Da so večje okvare in črevesne spremembe celó dobro vidne, se vidi iz slik (glej slike 2—4!)

Lepo pridejo do izraza strikture, skrčenja celih delov črevesja. Običajno vidimo pred in za strikturo nenormalno razširjeno črevesje. Lepo se vidi deformiranost in razcefranost sluznice same. Posebno lepe in karakteristične so spremembe v ileocekumu, katerega vidimo včasih skrčenega na nekoliko centrimetrov, včasih zoženega s trdimi stenami bolj podobnega ileusu samemu, kot pa kolonu. Vedno izgubi svojo znano, navzdol zaokroženo, široko obliko. Mesto tega vidimo, da je cel colon ascendens s cekumom zadobil obliko nekega trikotnika z bazo pri flexura hepatica. Stene so vedno nazobčane in pričajo o ulceracijah. Ne bom objavil vseh preiskanih slučajev. Omejil se bom le na dva, ki se mi zdita najbolj karakteristična in z vsi prepričevalnostjo potrjujeta naša izvajanja.

Slučaj 1. V. I. star 19 let, dijak. Rodbinska anamneza brez vsake posebnosti. Prišel v zdravilišče radi težke obojestranske pljučne tuberkuloze. Ima že dalj časa hude težave s prebavo. Nima nikakega apetita, toži o hudih bolečinah v trebuhu, posebno v ileocekalnem delu. Večkrat bruha. Bolečine so tako močne, da včasih sploh ne jé, ker je opazil, da se mu bolečine po jedi še povečajo. Ima stalne temperature okrog 38°, telesna teža stalno pada. Izvršimo pregled črevesja. Že pri navadnem vlivu z barijem ugotovimo, da pride kontrastna masa v colon ascendens le do polovice. kar nam da misliti takoj na močno strikturo. Po izpraznenju črevesja in naknadni insuflaciji z zrakom pride stenoza šele izrazito do veljave. Flexura hepatica je ogromno razširjena, pod njo pa se vidi ostali del kolona, ki je zelo kratek, zožen in nam daje ulis trdih sten (glej sliko števil. 2). Vidi se tudi na sliki napolnjeni appendix. Na podlagi tega izvida smo prišli do zaključka, da je izredno močna stenoza ona, ki dela našemu pacientu težave pri prebavi in mu povzroča tudi bolečine. Radi tega smo pacientu, vključno s težkemu stanju pljučnega procesa, svetlovali operacijo, da nam vsaj ne bi umrl radi inanicije in da bi ga rešili trpljenja. Pri operaciji je bila naša rentgenološka diagnoza v celoti potrjena. Coecum je bil močno zadebeljen, trd, zadnja vijuga ileuma je vsa infiltrirana v dolžini 20 cm. Oralno od coecum-a na ileum več svetlobledih infiltratov na serozi, ki so ostro omejeni in ne delajo mehaničnih sprememb. Lymphoglandulae v mesenterium-u so povečane. Ker je tumor zelo velik in stenozira ileum in vhod v coecum, se resekira coecum ascendens v dolžini ca. 20 cm. in istotoliko ileuma. Sluznica coecum-a je spremenjena v ogromen ulcerozen defekt, ki se razteza preko Bauhini-jeve zaklopke v ileum. Na sluznici ileuma so manjši defekti, ki odgovarjajo infiltratom na serozi (glej sliko 1). Postoperativen potek normalen. Od tedaj bolnik ni imel več bolečin v trebuhu. Radi progresije pljučnega procesa je pa vendar bolnik umrl 6 mesecev po operaciji.

Slučaj 2. L. T. star 27 let, uradnik. Boleha za težko obojestransko pljučno tuberkulozo. Ponovno v našem zdravilišču, vedno toži o motnjah v črevesju in pri prebavi. Obstipacije se menjajo s hudimi driskami združenimi s precejšnjimi bolečinami. Muči ga tudi huda napetost s številnimi flatusi. Izvršimo pregled na opisani način, rezultat tega pregleda nam kaže sliko 3, kjer vidimo težke spremembe v colon ascendens-u, ki je izredno skrajšan, s trdimi stenami, na katerih so ulceracije zelo lepo vidne. O coecum-u ni takorekoč govora. Cel coecum in ascendens imata obliko trikota z bazo pri flexura hepatica, ki je tudi grobo deformirana. Tudi colon transversum je hudo prizadet in kaže spremembe v obliki težke colitis. Na podlagi tega izvida smo postavili diagnozo: Tbc. ileocecalis hyperplastica ulcerosa, colitis ulcerosa transversa.

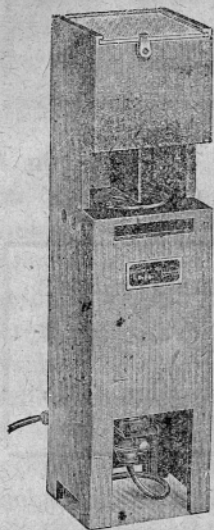
Prinašam še eno sliko, ki nam posebno lepo kaže trikotno obliko coecum-a z izredno jasnimi spremembami sluznice same.

Prognoza črevesne tuberkuloze je odvisna od več činiteljev. Najprvo od boleznih same, vzete kot celota. Predvsem pa od poteka in zdravljenja

# ZEISS

## aparati za štetje krvnih telesc

Stanice za štetje krvnih telesc, izdelane iz enega komada



**Novo!** Stanica za štetje po Brandt-u, pregledna razdelitev brez trojnih črt, jasno ločeno za rdeča in bela telesca.

Razdelitev v 4 polja.

Stanica za štetje po Thoma z izboljšano mrežo za štetje.

Blende za stanice za štetje krvnih telesc, ki hitro pokažejo razdelitev.

**Novo!** Naprava za preiskavo krvnih stanic po dr. Pijper-ju za lahko in brzo ugotovitev težkih krvnih obolenj s pomočjo primerjave dveh razmazov krvi.

Prospekti brezplačno pri

**CARL ZEISS — JENA** ali

**M. PAVLOVIĆ,** GENERALNO ZASTOPSTVO ZA JUGOSLAVIJO

Beograd, Mil. Draškovića ul. 9 - Pošt. pretinac 411 - Tel. 23-500

# DOBRNA PRI CELJU

396 m NAD MORJEM

NARAVNO · TOPLI 37° C VRELCI  
ZDRAVIJO S POSEBNIM USPEHOM  
SRČNE IN ŽIVČNE TER ŽENSKÉ BO-  
LEZNI. VSA OSTALA ZA OKREPI-  
TEV ŽIVLJENSKIH SIL POTREBNA  
ZDRAVILNA SREDSTVA · KRASNI  
NASADI, VABLJIVI SPREHODI IN  
IZLETI V BLIŽNJI PLANINSKI SVET

IZVEN GLAVNE SEZONE CELO-  
KUPNO 20-DNEVNO ZDRAVLJENJE  
ZA NIZKO PAVŠALNO CENO  
OD DIN 1.100.— DO DIN 1.650.—

ZAHTEVAJTE PROSPEKTE!

Vodeći preparati železa

**CHINOFERRIN PURUM, CHINOFERRIN CUM  
ARSENO, PILLULAE CHINOFERRINI CUM ARSENO**

Proizvodi Mr. MIRKO KLESČIĆ, lekarnar — SAMOBOR, Savska banovina

Literatura po zahtevi!

**Kompletne zdravniške ordinacije, kirurške instrumente**

in vse ostalo gumasto, kirurško in sanitetno blago — Vam dobavlja po najnižjih cenah in pod zelo ugodnimi plačilnimi pogoji

**SPHINX — Mr. Ph. Josip Bemski, Zagreb — Ilica 17/IV**

Kataloge na zahtevo!

**VILA  
MIRA**

**SOLINE  
PRI  
MAKARSKI**



INFORMACIJE  
DAJE:

**VILA MIRA  
BAŠKAVODA  
SOLINE  
(VIA SPLIT)**

V enem najlepših zalivov Dalmacije leži to idilično morsko kopališče, daleč od vsega vrvenja in vendar v prometnem oziru zelo lahko dostopno. Borov gozd sega prav do plaže. Vsem, ki so željni in potrebni počitka, ta kraj kakor tudi „Vilo Miro“ najtopleje priporočamo

Cena Din 50.—  
za osebo

Kopališčna taksa Din 2.— dnevno

pljučnega procesa. Odvisna je tudi od lokalnih sprememb v črevesu ter od odpornosti in imunitete vsega organizma. Že enkrat sem omenil, da je črevesna tuberkuloza najčešča komplikacija pljučne. Zatorej nam je razumljivo, da ima potek pljučnega obolenja velik vpliv na črevesno tuberkulozo. Pogosto vidimo pri slučajih, kjer nam je uspelo pomiriti in asanirati s kolapsoterapijo pljučni proces, da tudi črevesne motnje kaj kmalu izginejo. Izostal je namreč vir ponovne infekcije, ker smo zaprli izvor v pljučih. Slabe so posledice zdravljenja s preparati zlata v onih slučajih, kjer imamo težje črevesne spremembe. Zato je tudi pri teh krizoterapija vedno kontraindicirana. Včasih nam lahko tudi zlato služi nehoté kot diagnostikon za črevesno tuberkulozo, kjer simptomi te niso še klinično izraziti. Pri takih bolnikih vidimo, da reagirajo že na male količine z burnimi črevesnimi motnjami, kar nam mora vedno služiti kot opomin, da prenehamo z auroterapijo. Prognoza je tudi odvisna od sprememb v črevesju samem. Tako je črevesna striktura nepopravno stanje. Do pred nedavnim smo prognozo vsake oblike črevesne tbc. smatrali kot infaustno. Številne preiskave v zadnjih letih ne potrjujejo tega mnenja. Razumljivo je, da so samoozdravljenja možna in da jih tudi v resnici vedno srečavamo pri naših preiskavah. Za to nam govorijo spremembe v črevesju, v prvi vrsti stenoze, strikture, ki so pač nekaki končni rezultati in posledice ozdravljenja. Tage Christiansen trdi da je možno ozdravljenje črevesne tuberkuloze tudi neodvisno od poteka pljučnega procesa in pravi, da je taka ozdravljenja dosegel z obsevanjem, vključno temu, da je bolnik ostal še vedno bacilaren. Brauer in Spengler smatrata tuberkulozo črevesja za kontraindikacijo pri kolapsoterapiji. Mi se s takim mnenjem ne strinjamo. Za nas je kontraindikacija le maligna, manifestna črevesna tuberkuloza. Brummer, Kieffer, Gant, Schwatt in Jacqueroed so pesimisti v prognostičnem presojanju črevesne tuberkuloze. Tem nasprotujejo Brown, Sampson, Gram, in Flemming, Möller, Börse, Larsen in Christiansen, katerim se pridružujemo tudi mi. Mi smatramo, da je črevesna tuberkuloza ozdravljiva, če je splošno stanje bolnika dobro in če pljučni proces na terapijo dobro reagira.

Zdravljenje ločimo lahko v konservativno in kirurško. K prvi spada primerna hranilna dijeta, absolutno mirovanje (v postelji) in po možnosti sanatorijsko klimatično zdravljenje. Hrana naj bo lahko prebavljiva, nedražljiva, vendar hranilna, predvsem pa bogata na vitaminih. Velike važnosti je, da se tudi tu držimo načela stroge individualizacije od slučaja do slučaja in se ravnamo po simptomih samih. Izredno dober vpliv ima na črevesno tuberkulozo ribje olje (Gant, Mc Conkey, Kramer i. dr.) Zelo navdušeni so mnogi za obsevanje z višinskim in naravnim solncem (Rollier, Blanchet, Erikson, Brown in Sampson, Kline, Gram in Flemming, Möller, Christiansen in Börre, Larsen). Temu nasprotno trdi Mayer, da s tem zdravljenjem ni dosegel nikakih prepričevalnih uspehov. Mi smo poskušali z obsevanjem zelo previdno v dveh slučajih; toda morali smo ga obakrat prekiniti radi hudih splošnih reakcij. Vključno temu, da se

hvali Bacmeister z lepimi uspehi z rentgenskim obsevanjem, je velika večina ftizeologov nasprotnega mnenja ter to zdravljenje zavrača kot neuporabno in škodljivo.

Nekako vmesno stopnjo med kirurškim in konservativnim zdravljenjem predstavlja nov poskus zdravljenja s pneumoperitoneom. To zdravljenje se oslanja na opažanja, da se črevesna tuberkuloza zboljša že na navadno laparatomijo. To dejstvo so pripisovali zraku, ki je prišel v trebušno duplino (König, Jaboulay). To jih je dovedlo do tega, da so insuflirali v abdomen navadni zrak, ozir. kisik. Razni ftizeologi so to metodo poskušali na svojih bolnikih in trdijo, da so dosegli zadovoljive uspehe. (Bonafé, Rost, Purves in še mnogi drugi). Predvsem izginejo baje bolečine in se zboljšajo driske. Mi smo poskušali pneumoperitonej pri nekaterih naših slučajih. Žal moremo ugotoviti, da nismo želi uspehov.

Kirurško zdravljenje je odvisno od lokalizacije, oblike in obsežnosti črevesne tuberkuloze, od poteka pljučnega procesa in predvsem od splošnega stanja celega organizma. Če je črevesna tuberkuloza izolirana samo na en del črevesja, najpogosteje na ileocecum, in če je stanje na pljučih dobro, lahko upravičeno pričakujemo uspeha od kirurškega posega. Ta lahko obstoja v enteroenteroanastomozi ali radikalni resekciji celega obolelega dela.

Če torej kritično preotrimo vso zdravilno zakladnico, moramo priznati, da smo še zelo revni in da smo odvisni od splošnih higijensko-dijetetskih in palijativnih ukrepov. Naše zdravljenje mora stremeti za tem, da ozdravimo pljučno tuberkulozo, ki je največkrat vzrok črevesnega obolenja in da mobiliziramo vse rezervne sile telesa ter tako omogočimo organizmu, da pride zopet v biološko ravnovesje. Na ta način bomo dosegli posredno ozdravljenje črevesne tuberkuloze.

## ZUSAMMENFASSUNG

Ausführliche Übersicht über Diagnose und Therapie der Darmtuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Röntgendiagnostik (siehe Bilder 1 bis 4).

## UPORABLJENO SLOVSTVO :

Huebschmann: Pathologische Anatomie der Tuberkulose.

Kaufmann: Lehrbuch der path. Anatomie.

H. Assmann: Die klinische Röntgendiagnostik der inneren Erkrankungen.

G. Maingot, Sarasin, Duclos: Exploration radiologique des colons et de l'appendice au moyen des solutions floculantes — images de muquoses.

Fleischner: Darmtuberkulose im Röntgenbilde.

Tage Christiansen: Die sekundäre Darmtuberkulose (Zentralblatt für die gesamte Tuberkuloseforschung Bd. 46. 1/2).

Knothe: Die Dickdarmschleimhaut, ihre normale und pathologische Funktion im Röntgenbilde.

Iz zdravilišča Golnik: šef: dr. R. Neubauer.

## SILICOSIS

Šolska medicina nam je vse do današnjih dni podajala obolenje, s katerim se hočemo pečati v veliki skupini takozvanih pneumokonioz, to je obolenj, ki jih povzročajo vdihani mali prašni delci najrazličnejše kakovosti. Od vsakdanje anthracosis pa do maloverjetne tabacosis nam je v prvi vrsti patološka anatomija skušala razlagati svojevrstne spremembe na pljučih, med katerimi pa naše obolenje ni zavzemalo vidnejšega mesta. Internist o teh stvareh ni vedel mnogo. Če je morda smatral za svojo dolžnost mimogrede spregovoriti tudi o koniozah, je to storil le v toliko kolikor se je tega naučil pri pat. anatomiji. Očividno so bili primeri težkih pneumokoniotičnih bolnikov le redki in prav zato do pravih diagnoz intra vitam ni prišlo. Radi stalno naraščajoče industrije in rudarstva pa narašča tudi število bolnikov. Poleg tega je sedaj s pomočjo rentgenološke preiskave razpoznavna neprimerno lažja in zanesljivejša. To so oni najvažnejši činitelji, ki so doprinesli do preokreta v gledanju pneumokoniotičnih obolenj. Pričujoče delo naj bo obenem tudi poročilo triletnega raziskavanja na bolnikih in delavcih Kranjske ind. družbe v Jeseniškem dispanzerju.

Poleg omenjene znanstvene aktualnosti obstoja — po svojih posledicah skoro še važnejša — socialna plat našega problema. Silikoza je bolezen, dostikrat s smrtnim izidom, pridobljena pri izvrševanju poklica. Z vsu pravico bi jo lahko uvrstili med obratne nezgode, toda tak karakter tej bolezni v naši državi dosedaj še ni priznan. Jeseniški dispanzer je skupno z vodstvom bratovske skladnice na Jesenicah započel akcijo, da se silikotična obolenja uvrste kot poklicne bolezni med obratne nezgode. V želji, da bi svojo akcijo podprli še z bolj avtoritativnega mesta, je poslala krajevna br. skladnica enega izmed bolnikov (slika števil 3) ki ima sedaj po 3 letih opazovanja bolezen že močno izraženo, na pregled na omenjeno znanstveno avtoritativnejše mesto. Odgovor, ki smo ga od tamkaj prejeli, prinašamo dobesedno: „Mislim, gospod kolega, da sem Vaši prošnji ustre gel, v kolikor se tiče obolenja imenovanega. Rentgenološko pa silikoze nismo našli, akoravno je bil glede nje izrecno preiskan“. S takim odgovorom, ki ga ni nihče pričakoval in ki je za vsakega zdravnika že po sami priloženi fotografiji pljuč popolnoma nemogoč, si pri naši akciji nismo mogli mnogo pomagati. Vkljub znanstvenemu ugledu, ki ga uživa dotično mesto, pa silikoza pri imenovanem delavcu le obstoja in to v tako veliki meri, da ubogi bolnik radi svoje silikoze — „akoravno je bil glede nje izrecno preiskan“ — ne more ne živeti ne umreti.

Priznanje obratne nezgodnosti po zakonodavcu ima včasih naravnost katastrofalne gmotne posledice. Toda take posledice nas zdravnikov ne morejo ovirati, da ne bi izvršili svoje dolžnosti napram bolnemu delavstvu. V zlatih rudnikih Južne Afrike — odondot tudi najbojjša opazovanja in opisi

naše bolezni — so plačali samo v l. 1932 rente za bolnike s silikozo skoro 300 milijonov dinarjev.

V Nemčiji so izdali l. 1929 naredbo, ki prizna silikotičnim obolenjem težke vrste nezgodno rento in sicer tudi za tiste pacijente, ki so si nakopali obolenje v predhodnih 10 letih. Gospodarska posledica te odredbe je bila za naše pojme ogromna. Ena sama br. skladnica v sev. Nemčiji je plačala v prvem letu po pravomočnosti imenovane odredbe preko  $1\frac{1}{2}$  milijona nemških mark, recimo preko 20 milijonov dinarjev.

Očividna je potreba, da se s to izrazito obratno boleznijo seznanimo pravočasno tako mi zdravniki kot delavska zavarovanja, a še posebej obratovodje. V poročilu, kako napredujejo dela na cesti Ljubljana—Kranj čitamo tudi odstavek, ki je poudarjen kot posebna odlika pri graditvi, da porablja pesek za betoniranje, v katerem je do 98% kremenjaka ( $\text{SiO}_2$ ). Bogve, če se obratno vodstvo zaveda, s kako opasnim delom zaposluje svoje delavstvo. Vse konioze, pa naj se imenujejo kakorkoli, so povzročene — kakor stvari danes stoje — večinoma po kremenjaku. Danes izgleda tako, da za silikozo daleč zaostajajo vse sideroze, chalikoze, antrakoze, tabakoze. Najvažnejša je silikozna kot posledica vdihavanja kremenčevega prahu. Celo staroslavna phthisis atra se je izkazala kot silikozna v zadnjih izdihljajih.

Silicij je najbolj razširjena prvina po vsej zemeljski skorji. Nastopa kot kremenjak, to je silicijev dioksid  $\text{SiO}_2$  in je glavna sestavina granita sljudi, gline, porfirja in kaolina. Iz tega je takoj razvidno, v kakšno nevarnost se podaja vedno bolj razširjena industrija in rudarstvo. Zato si moramo biti s stvarjo vsaj zdravniki na jasnem, da ne bomo po starem načinu zvrčali vzroka za nastanek opasne poklicne bolezni na katerokoli spremljajočo slučajnost n. pr. tabacosis, če je pacient ravno hud kadilec. Vedno moramo iskati, kje prihaja pacient v dotiko s  $\text{SiO}_2$ . Često zadostujejo že prav male količine, delujoče samo skozi par let. Toda o tem kasneje.

Ko je začel poslovati Jeseniški dispanzer, smo posebno pazili na delavce iz „črne tovarne“ kakor imenuje delavstvo samo danes že podrtovarno elektrod na Dobravi. Naslov „črna fabrika“ si je ta obrat pridobil radi črnega dima, ki se je vlekel po tovarni in ki je izviral od zmletega premoga. Toda ničesar takega nismo zapazili niti v pogledu antrakoz niti v pogledu tuberkuloze, kar bi tovarno elektrod odlikovalo pred drugimi Jeseniškimi obrati. Delavstvo je bilo ravno v tem obratu razmeroma še najbolj zdravo. Tudi drugi obrati se po triletnem opazovanju niso izkazali kot posebno škodljivi delavskemu zdravju. Morda, da povzročajo pare kislin, ki se rabijo pri pocinkanju, večjo nagnjenost k bronhitidam, gotovo je tudi, da so posamezni delavci izpostavljeni velikim temperaturnim razlikam ter velikim telesnim naporom, tako pa je tudi gotovo, da nismo mogli nikjer ugotoviti niti sledu kake sideroze, dokler ni obrnilo pozornosti na sebe večje število bolnih delavcev iz livarne in nato še množiči se bolniki iz zidarskih vrst. Prvi pacient iz vrste silikoz je bil pregledan takoj v prvi dispanzerski uri radi srčne napake. Cor bovinum in neka čudna zasenčenost, ki si je nismo



upali tolmačiti kot zastoj v pljučih. K nesreči je ravno ta bolnik kmalu za tem podlegel neki mali obratni nezgodi, ohranjen pa je rentgenogram njegovih pljuč. Od začetka smo v vseh slučajih nasledli in ugotovili tuberkulozo. Čudili smo se le temu, da v nobenem primeru ni mogoče najti Kochovih bacilov. Čudili smo se tudi — to pa samo v par primerih — izredni rentgenski sliki. Vsi rentgenogrami so kazali produktivno tuberkulozo, hematogene narave. Iz te diagnostične zadrege nas je rešilo pripovedovanje starega livarja, ki da je pokopal že vse svoje tovariše in da v livarni skoro nihče ne doživi 50. leta. Naše tavanje v razpoznavi navajamo samo radi tega, da pokažemo, kako težka je ločitev med tuberkulozo in silikozo.

Toda težkoče ne obstojajo samo pri rentgenski presvetljavi ali pri gledanju rentgenograma. Iste težkoče doživlja tudi patološki anatom pri makro- in mikroskopskem pregledu. Težko mu je ugotoviti razliko med obema obolenjima. Najdrobnejši delci silicijevega dioksida v velikosti pod  $5 \mu$  so zanešeni do zadnjih koncev bronhijalnega sistema, kjer začno svoje razdiralno delo. Uničujoč učinek kremenjaka na pljuča ni morda posledica njegovega mehaničnega draženja. Tega bi si lahko ravno tako predstavili tudi pri železu ali recimo pri apnencu; škodljivost kremenjaka je osnovana na njegovi posebni lastnosti, da preide, čeprav sama na sebi netopljiva snov, v organizmu v koloidno raztopino v silicijev sol. Tako disperzno stanje silicija utegne povzročati hude nekroze, kar je mogoče dokazati z vbrizganjem tega sola pod kožo. Vedno in v vsakem slučaju je mogoče dobiti obširne nekroze. Isto se dogodi v pljučih. Silicijev prah preide v alveolah v sol in nekrotizira tkiva. Organizem odgovori s svojo staromodno in stereotipno obrambo, ki jo natančno poznamo pri tuberkulozi kot obrambo na nekrozo povzročeno po Koch-b. Končne posledice v obeh primerih je tvorba tuberkla, recimo organskega ali anorganskega tuberkla z zasirenjem in brazgotino. Ako je delavec stalno izpostavljen kremenjakovemu prahu, se nekrotiziranje in zabrazgotinjenje vedno bolj množi ter slednjič doseže prave tumorske oblike, ki v razpoznanem oziru ne delajo več nobenih preglavic (slika št. 4). Slednjič lahko pride v brazgotinskih tumorjih do kolikvacije, do tvorbe kavern in pred nami stoji phthisis atra v najčistejši formi. Silicijevih kavern na Jesenicah nismo opazovali, najbrže zato ne, ker so vse naše diagnoze storjene zgolj s pomočjo rentgenološke razpoznavne.

Po tem opisu si že lahko sami ustvarite klinično sliko. Prevladuje — seveda samo pri težkih oblikah — neutolažljiv kašelj, za bolnike večno prehlajenje in težka sapa kot posledica obupnega emfizema, kakor ga kažejo tudi vse naše slike. Smrt nastopi kot pri kronični ftizi: myodegeneratio, dilatatio cordis kot posledica uničenega krvotoka v pljučih. V takem položaju smo videli našega prvega bolnika iz Jeseniške livarne.

Slika, kakršno smo dosedaj narisali, je dokaj shematična. V praksi igra individualna sposobnost človeškega organizma veliko, da celo smemo reči, odločilno vlogo. Če bi hoteli šariti z običajnimi izrazi, bi dejali, da obstoji tudi pri silikози neke vrste imuniteta, torej imuniteta na poznani

anorganski virus  $\text{SiO}_2$ . Potek obolenja v enem in istem obratu je povsem individualen. Bolnik ne sliči bolniku. Nekdo lahko oboli v par letih in pogine, drugi lahko pri isti zaposlitvi vstraja celo življenje do pozne starosti. Stanje torej, ki mnogo in v marsičem sliči tuberkulozi. Resnično: marsikatera silikoza polagoma preide v navadno ftizo, kar še povečava težkoče pri določitvi rente.

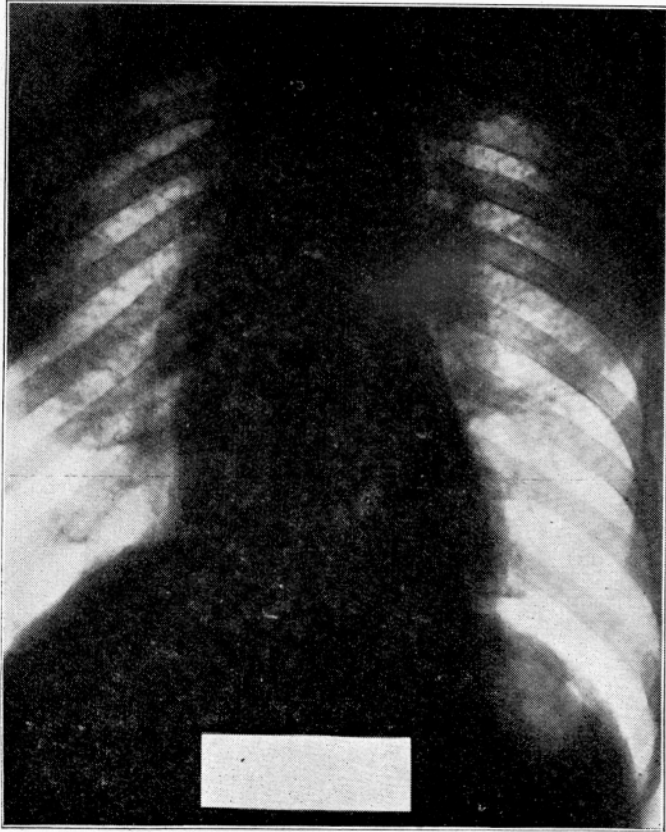
Seveda nimamo prav nobene pravice razrešiti biološke uganke postanka silikoze na ta način, da jo apriorno vežemo na Kochov bacil.

Možnost za neštevilnost različnih oblik našega obolenja leži tudi v kamenu samem. To opažanje so zopet kot prvi ugotovili v zlatih rudnikih Južne Afrike. Posamezni rudniki se v silikozni patogenosti ogromno razlikujejo, a v nekem premogokopu so dosegli najvišjo številko 385 silikotičnih bolnikov. Vzroki različne patogenitete niso poznani, najbrže pa je odločilnega pomena, v kaki spremljajoči kamenini se nahaja silicij.

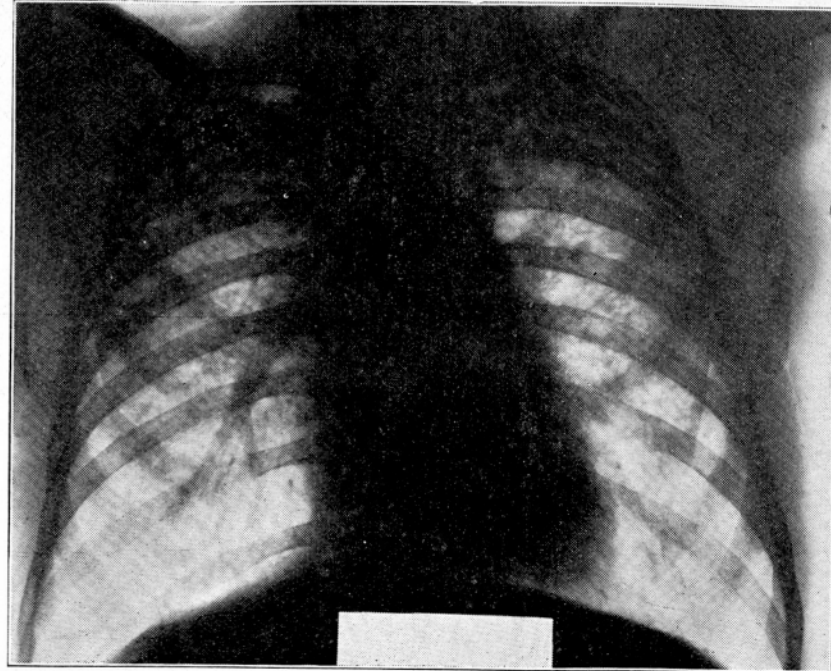
Še težje si razlagamo navidezno imuniteto napram anorganskemu virusu. Morda je ta zavisna od dobre ali slabe službe nosnega cedila, migetalnega respiratornega epitela ali od prirodne resistence tkiva, od boljšega limfnega fagocitarnega sistema? Najbrže pa to dejstvo nima vzročne skupnosti s podobnim stanjem pri tuberkulozi, kjer posamezniki ravnotako posedujejo rekli bi imuniteto, drugi posamezniki pa so brez vsake zaščite napram islemu povzročitelju. Izraz imuniteta — sposojen od drugih infekcijskih bolezni — je postal tudi pri tuberkulozi po teh razmišljanjih močno problematičen, če ne morda že neumesten.

Na silikozo bomo mislili vedno pri ljudeh, ki so zaposleni v rudnikih, v kamnolomih, pri cestnih delih, posebno sedaj, ko iščemo vedno trši material za posipanje cest (porfir, granit). Nadalje pri livarnah, ki porabljajo peščenec za vlivanje modelov, pri zidarjih, ki delajo z odpornejšim gradivom kot n. pr. pri podiranju in zidanju Martinovih peči, pri minerjih, pri izdelovanju porcelana itd. Diagnoza bo vsaj ob začetkih precej nesigurna radi težkega diferenciranja s hematogeno sliko tuberkuloze. Anamneza, zaposlitev sedanja ali pretekla in daljše opazovanje bo prineslo potrebno jasnost. Končno tudi rentgenska slika pove svoje. Posejanost finih karakterističnih vozličkov, posebno v srednjem pljučnem polju (slika št. 1) govori obenem z anamnezo in pomankanjem bacilov v sputumu odločno za silikozo. V kasnejših stadijih, ko je zabrazgotinjenje že močno napredovalo, nastopi v rentgenski sliki nezgrešljiv „metuljček“: gosnica je mediastinum a obe krili tvorita zabrazgotinjeni srednji in zgornji pljučni polji (slika št. 3 in 4). Nazadnje se brezgotine strnejo v tumor (slika št. 4). Vse te prehode od početne vozličaste preko metuljčka do tumorozne forme lepo vidite na priloženih rentgenogramih. Vse slike so posnetki Jeseniških delavcev in v Jeseniškem dispanzerju.

Terapija ne obsega mnogo možnosti. Zato je tem važnejše spoznati začetne oblike, da take delavce pravočasno odstraniš iz opasnega obrata. Ako čakamo, da se nam pacienti sami javijo, to se pravi čakati, ko se

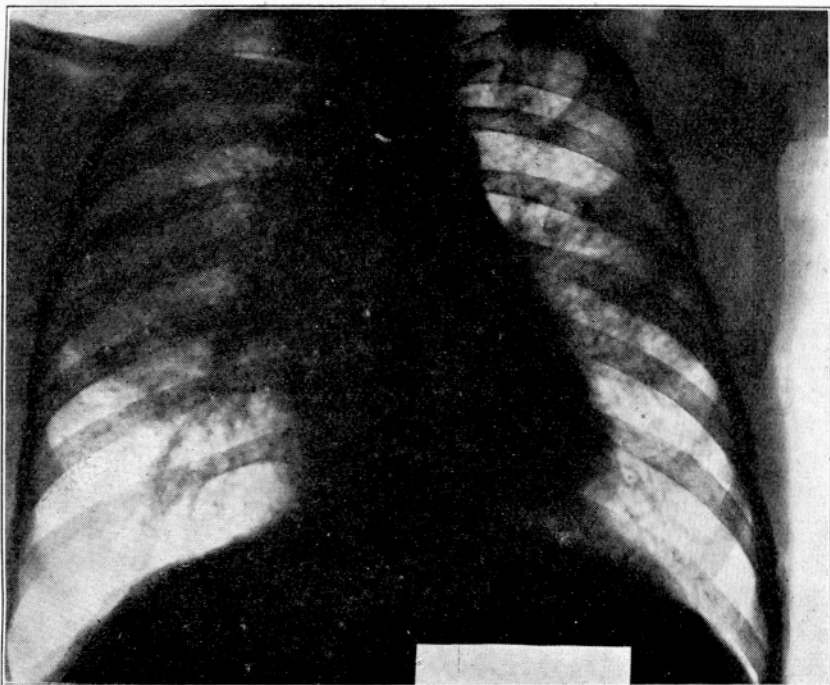


Slika 1. Srednje težka silikoza. Obe gorenji in srednji pljučni polji posejani z gostimi, trdimi sencami, močan emfizem spodaj.



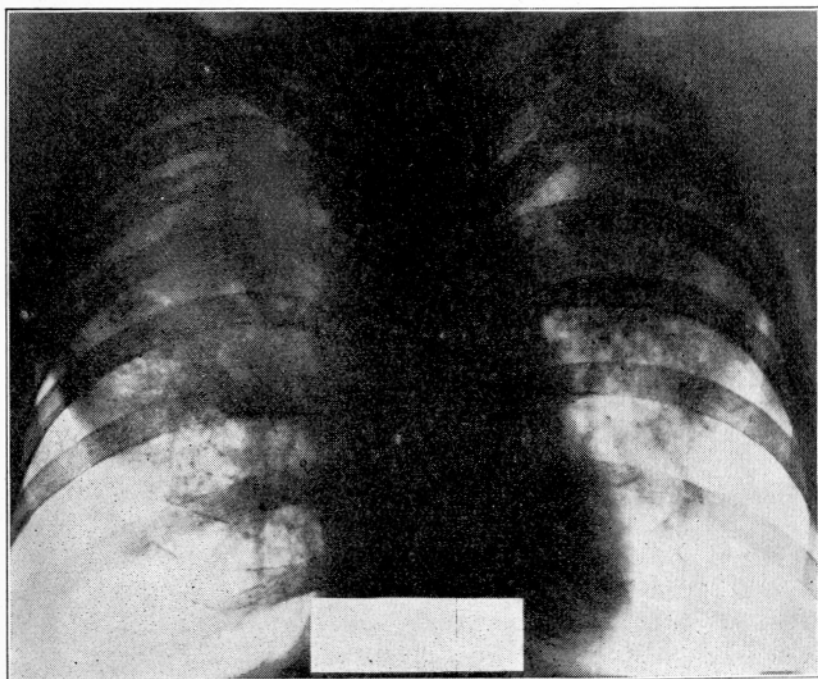
Slika 2.

Iz leta 1934. Povsem slučna sliki 1



Slika 3.

Isti bolnik kakor na sliki 2, leta 1937



Slika 4.

Tumorozna oblika silikoze

pojavlja že konsekutivni emfizem, smo zapravili vse zdravilne možnosti. Proces zabrazgotinjenja je ireversibel, tumorozna oblika silikoze nima rešitve. Življenje poteka, dokler srce zmore pumpati napram vedno hujšemu uporu v malem krvotoku, ki ga uničuje zgoraj zabrazgotinjenje, spodaj emfizem in dušljiv kašelj.

Važna bi bila profilaksa, ako bi bila vselej mogoča. Jeseniški livarji so dobili svojo bolezen — kakor sami pravijo pri čiščenju vlitih zvonov. Delavec je zlezal s kompresorjem v zvon, odkoder je izvrtal in izpihal ves peščenec. Seveda se je med tem časom valjal v gosti silicijevi atmosferi. Ako bi bil zvezan kompresor z vodovodom, da bi bil pesek stalno namočen, bi bil — vsaj pri zvonovih — poslužitelj kompresorja komaj deležen prahu. Maske se niso obnesle, ker ni nihče vzdržal v njej dalje časa. Morda maske s kisikom in prostimi očmi.

Mi smo pregledali sistematično oba obrata, v katerih so nastopila silikotična obolenja, to sta livarna (samo čistilci) in Martinarna (samo zidarji). Letos se je pridružil tema dvema obratoma še nov obrat, ki tudi uporablja silicij, to je šamotna opekarna. Pregledali smo 45 v poštevh prihajajočih delavcev in našli 15 obolelih to je 33%. Trije so med tem že umrli. Nekaj pa jih je še težko bolnih. Za lete zahtevamo nezgodno rento. Uvedli smo kartoteko vseh delavcev, ki so zaposleni v imenovanih obratih s sistematičnim vsakoletnim pregledom in z rentgensko presvetlavo, merjenje respiratorne vitalne kapacitete in sedimentacije eritrocitov. Tako upamo pravočasno odkriti vsako začetno silikozo, delavstvo obvarovati pred težko boleznijo, socialna zavarovanja pa pred občutno škodo, ki bi jo povzročalo večje število rent po silikozi. Nedvomno je, da se bo tudi pri nas raztegnilo nezgodno zavarovanje na silikoze, kar karakter boleznij kot poklicne boleznij vsekakor zahteva. Seveda pa je potreben najprej studij in poznanje boleznij, da bomo vedeli, kako razširjena je pri nas ta bolezen. Prav temu namenu v prvi vrsti je posvečeno to kratko delo iz področja socialne medicine.

Dr. IGOR TAVČAR — LJUBLJANA

## ULKUZOVA BOLEZEN KOT ALERGOZA — SMERI TOZADEVNE MODERNE TERAPIJE\*

Vsak, komur je znana literatura zadnjih desetletij in to o fiziologiji, patogenezi ter slednjič o klinični in kirurški terapiji ulkuzove boleznij, ve, kako se polašča znanstvenikov prav v teh vprašanih nekakšna resignacija, ki je v toliko na mestu, ker jih vedno znova podžiga do novih opazovanj, do novih hipotez, predvsem radi tega, ker do danes še niti ena terapija, bodisi medikamentozna ali kirurška, ni dala popolnih uspehov, pa naj se je še tako tesno naslanjala na fiziološka opazovanja in hipoteze ulkuzove boleznij.

\* Predavanja v okvirju SZD.

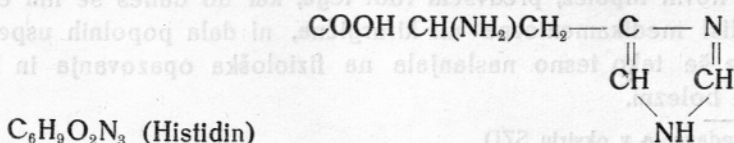
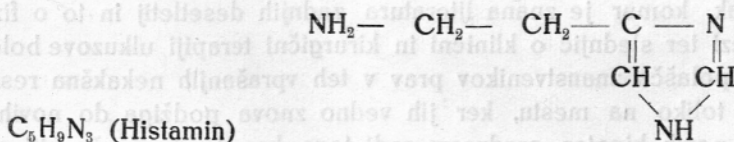
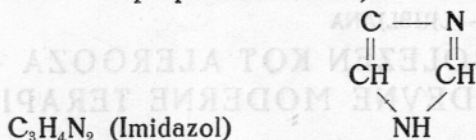
V današnjem predavanju imam nalogo seznaniti vas z nekaterimi dognanji zadnjih let, zlasti s teorijo alergične geneze ulkuzove bolezni. V prvi vrsti mi je na tem, da spozna praktičen zdravnik, čemu je farmakološka industrija v zadnjih letih zasula trg s preparati, katere moramo nekako s skupnim imenom imenovati „antialergene“, po onem, za nas danes še hipotetičnem antigenu (alergenu), ki naj bi povzročeval ulkuzovo bolezen, odnosno bolezen, katere srečamo na kliničnih postajah pod najrazličnejšimi imeni, n. pr. razdražen želodec, (Reizmagen), hyperaciditas, neurosis hyperacida ventriculi itd.

Prvo vprašanje, ki se razvije iz vsega, je, ali imamo vobče med splošnimi alergičnimi simptomi tudi take, ki se dajo proučevati na prebavilih in ki kažejo nekako sorodnost s simptomatiko ulkuzove bolezni, odnosno njenih predstopenj. Predno odgovorim na to vprašanje, moram na kratko objasniti, kaj je alergija in kako si danes razlagamo izredno stanje organizma, v katerem je prišlo do alergičnih pojavov. V razlagi bom kratek, zakaj v potankosti alergičnih pojavov se v današnjem predavanju nimam namena spuščati.

Alergija je izredno stanje organizma z značilnimi kvantitativnimi in kvalitativnimi pojavi reakcije, ki je časovno omejena, torej odvisna od tega, kdaj pride organizem ponovno v dotik s snovmi, katerim pravimo antigeni.

Antigen pa je ona snov, katere je v stanju, če jo spravimo v gotovem času v ponovni dotik z organizmom, povzročiti pojave, ki jih danes klinično uvrščamo v alergični simptomni kompleks, odnosno v ona poglavja bolezni, katerim pravimo alergeze.

Še danes najdemo na prvem mestu med antigeni proteine. Predno nadaljujemo, naj vas seznanim s snovjo, katere bi spadala po svojih farmakoloških učinkih, ki se kažejo v času aplikacije na gastrointestinalnem traktu, v simptomatiko alergije na eni in simptomatiko ulkuzove bolezni na drugi strani. Ta snov je histamin. Histamin, ali imidazolaethylamin, vsebuje v jedru imidazolov prstan, ustvarja se potom dekarboksilacije histidina (alfaaminobetamidazalilpropionska kislina).



Od farmakoloških učinkov histamina nas zanimajo v prvi vrsti oni, ki se pokažejo na prebavilih in na okrajnem (periferem) ožilju. Vseposod je v teh organih opaziti razdraženost in to v smislu kontrakcije.

Vpliv histamina na sekrecijo želodčne kisline je vsem znan; saj ga klinika že več let uporablja za razpoznavanje prave ahilije. V vseh primerih, ko z histaminom izzovemo še nekaj sekrecije solne kisline v želodcu, govorimo o psevdoahiliji.

Vsled delovanja histamina postane torej želodec hiperergičen do pilora — prehodišča želodca v žolčno črevo (hypertonia, pylorospasmus). Izločevanje soka se izpremeni v smislu zvišanja in prekomerne kislosti (hypersecretio et hyperaciditas). Ožilje želodčne stene zapade v stanje delnih krčenj; pojav, ki ga opažamo na vseh organih, na katere deluje histamin. Pripomnim pa naj že sedaj, da je velika razlika med učinki, ki se razvijajo, ako smo dali majhne doze histamina in med onimi, ki nastopijo, kadar vtelesimo organizmu polno, odnosno „šokovo“ dozo.

Ako razpletam vprašanje še dalje, moram prav na tem mestu omeniti, da se je posrečilo pri poskusih na živalih, in to potom stalnega parenteralnega dovajanja histamina, izzvati poleg izprememb na jetrih (cirrhosis) in degenerativnih izprememb na centralni živčni substanci, še prave ulcerozne izpremembe na prebavilih (E pinger).

Pri prebavi, posebno pa še pri bakterijelnem razkroju beljakovinske hrane, nastanejo strupene snovi v živalskem telesu (fenoli, amini), katere je treba, ker so neljubi in odveč, odstraniti iz krvnega obtoka. To se dogaja deloma v jetrih, deloma v ledvicah in kar je zelo važno — ter uspeh najnovjših raziskavanj — v steni žolčnega črevesa (Mc Henry Best).

Vzemimo za primer, da se iz kakršnikoli vzrokov odvišne snovi ne morejo odstraniti iz krvnega obtoka. Računati moramo s takimi primeri, saj jih opisuje tisto zaglavje farmakologije, ki govori o vplivih histamina na organizem. Raziskovanja zadnjih let pa so pokazala, da deluje histamin toksično tudi pri onih boleznih, ki so danes brez vsakega zadržka priznane za alergične ali skratka za alergeze. Vprašanje je, ali je vpliv toksičen v pravem smislu ali alergičen. Pod alergičnim pojmom smatramo histamin kot nekak faktor, ki se sprostí pod vplivom antigena, na eni in pri pravljenja protiteles (Gegenkörper) na drugi strani.

S študijami o tem vprašanju se je pečal Lewis pri urtikariji (1928). Na vsak dražljaj, naj si bo mehaničen, termičen ali aktičen, odgovarja koža na enak način: Skraja z začetnim razširjenjem kožnih nitkastih žilic (kapilar), kasneje z razširjenjem večjih odvodnic v okolici (aura) in h koncu s povečano propustljivostjo žilnih sten (urtica). Vse reakcije moramo smatrati za posledico učinka kemičnih snovi, ki imajo lastnosti podobne histaminu. Lewis imenuje te snovi H-substanco in sklepa, da se sprostí iz staničja epidermisa pod alergičnimi vplivi.

Zanimivo je, da opažamo na koži prav iste pojave, ako vbrizgamo alergičarju intrakutano histamin sam ali pa kakšen drug antigen.

Klasičen študij anafilaksije je razkril, da je delovanje antigena pri senzibiliziranem organizmu v toliko posredno, da nastanejo toksično delujoče snovi šele potem, ko pride do zveze antigena s protitelesom, pripravljenim v celici alergičarja.

Vsled tega, ker je fiziološki efekt (torej reakcija) te snovi prav tak kot od histamina, odnosno Levis-ove H substance, razlaga Levis pojav reakcijskega produkta (RP) na dva načina. V prvem dopušča, da je RP histamin sam; v drugem pa, da deluje RP posredno na staničevje ter ga prisili na oddajo histamina. V obeh primerih se pokaže na koži urtikarija.

Isto reakcijo, katero smo izzvali na koži z draženjem od zunaj, dosežemo tudi pri splošni anafilaksiji. Razlika je le v tem, da deluje sedaj histamin, odnosno RP iz ožilja. Sedež dražljajev torej ni več v zunanjem svetu, marveč je skrit v notranjosti organizma.

Iz teh, malo bolj obširnih razlag, lahko razberemo, kakšno važno mesto je zavzel histamin kot posredni in neposredni povzročitelj alergičnih ali bolje rečeno anafilaktičnih pojavov. Histamin pa ne igra velike vloge samo v koži, temveč je tudi v drugih organih važen kot alergičen „strup“.

Bartosch, Fehberg in Nagel so dokazali, da se pri pretakanju antigena skozi pljuča senzibiliziranega morskega prašička sprošča snov, ki deluje farmakološko enako kot histamin (Pflügers Archiv 1932). Pri psu so isto opazovali Amerikanci (Dragstedt, Gebauer-Fuelnegg).

Na podlagi vsega tega lahko sklepamo, da so vsi organi, ki so izpostavljeni čiščim vplivom antigena (zunanjemu svetu) bogati na histaminu, odnosno na Levis-ovi H substanci.

Ako je ta teorija pravilna, potem mora vsebovati želodec mnogo histamina, saj je v trajnih stikih s proteini (antigeni) ali po domače povedano z beljakovinsko hrano.

Podajam tabelo, povzeto po Govin Mc. Henry in Wilsonu (Journal of Physiol. 1933), ki predstavlja razmerje histamina v mg napram kg želodčnega tkiva. Poskusna žival je bil pes.

Pogoji poskusa	Pylorus		Fundus	
	mucosa	muscularis	mucosa	muscularis
Po 24 urah na tešče . . . . .	28	17	48	16
„ 24 „ „ „ . . . . .	40	4	60	14
„ 30 „ „ „ . . . . .	50	15	90	33
„ 24 „ „ „ . . . . .	37	19	80	27
Povprečno . . . . .	<u>39</u>	<u>14</u>	<u>69</u>	<u>22</u>
1 ura po mesni hrani . . . . .	54	18	79	25
2 uri „ „ „ . . . . .	100	50	110	60
1 ura „ „ „ . . . . .	46	30	80	28
2 uri „ „ „ . . . . .	54	15	105	38
Povprečno . . . . .	<u>63</u>	<u>28</u>	<u>92</u>	<u>38</u>



Poskusa, kako vpliva drugače sestavljena hrana, predvsem brez mesa na odnos histamina želodčne mukoze in muskularis nisem mogel zaslediti v literaturi. Tozadevni studij dijetetične prehrane pri ulkuzovi bolezni bi bil neizmerno važen.

Vzemimo za dokazano resnico, da nastopa histamin v želodcu izzvan od gotovih dražil, ki jih vsebuje hrana. Ako bi ta histamin, sproščen iz želodčnega tkiva, imel možnosti lokalno vplivati na želodčno steno in to v smislu ulceracij, bi bila pač ulkuzova bolezen še pogostejša kot je že. Prav radi tega zanika nemška šola navzočnost histamina v želodcu in govori raje o imidazolovih derivatih. Nastanek histamina pa prenaša v črevo. Dopušča pa možnost, da dospe histamin v želodec, a to le v patoloških prilikah, n. pr. pri regurgitiranju soka žolčnega črevesa. V tej točki obstoja nasprotje med nemško in ameriškansko šolo.

Tako se počasi izoblikuje mnenje, da histamin ni nevaren, dokler je v območju prebavil, pa najsi bo v želodcu ali črevesju, postane pa škodljiv takoj, čim prestopi v kri. Z drugimi besedami rečeno: v okolišju prebavil morajo delovati mehanizmi, ki pa niso še zadostno poznani, branijo pa vstopanje histamina v krvni obtok (Mc. Henry, Best).

Teorije, ki obravnavajo na eni strani presnovo histamina, na drugi strani pa presnovo histidina z ozirom na patogenezo ulkuzove bolezni, so številne, vendar se mi zdi, da mnogokrat ne prekoračijo meje široko zasnovanih hipotez.

Tako razlaga Weis (Aron) (Predavanje v Soc. Medical Ženeva 9. IV. 1934), da moramo smatrati razvoj ulkuza za bolezen nastalo vsled pomanjkanja važnih aminokislin v organizmu. Na njegove poskuse, modificirane po Mann-u in Wilians-u, se povrnem še kasneje. S histidinovimi preparati, pravi, da je imel popolne uspehe pri ulkuzovih pojavih v črevesju, češ, da je z dovajanjem histamina povečal varovalne sile aminskih kislin v telesu. Poskusi nam potrjujejo novejšo domnevo, da je nekje v duodeno-jejunu mehanizem, ki igra važno vlogo pri hiperhistaminizaciji krvi.

Ratschov (D. M. Wschr. 1935) smatra histidin za važno gradilno substanco pri vsakem poživljanju (regeneraciji) okvarjenega tkiva. Fiziološka razgraditev histidina potom dekarboksilizacije, pravi, da je v teh primerih motena, zavljo česar moramo nuditi organizmu histidina v prekomernih množinah. Pri lokalnih procesih regeneracije dopušča kisiku veliko vlogo.

Öfelein (Klin. Wschr. 1935) je s svojimi poskusi dokazal isto kot Amerikanci in sicer to, da vsebuje želodčni sok imidazolove derivate. Prav zanimive so njegove krivulje, v katerih so začrtana razmerja med aciditeto in imidazoli.

Pri zdravih, torej ne za ulkuzovo boleznijo obolelih, presega krivulja imidazolovih derivatov (histamina) krivuljo aciditete. Obratno je pa pri ulkuzovi bolezni.

Zastopam prav isto mnenje kakor vsa moderna ameriškanska šola, da je namreč v želodcu potreben histamin. Potreben je za uravnavanje prebave. Ustvarjanje histamina si pa moramo predstavljati kot nekakšen vzoren fiziološki refleks, izzvan od dražil, ki jih vsebuje hrana. (Nadaljevanje prihodnjč.)

Tretja vrsta parenhimatoznega iktera se nam predstavi v onem, ki se razvije pri cirozah jeter.

Dočim smemo imenovati icterus catarrhalis sive simplex in icterus toxic., paraholične, moramo onega, ki spremlja ciroze, imenovati pravi hepatalni ikterus.

Pri cirozah poznamo dve grupi, biliarno in hematogeno. Stališče, ki ga je zastopal Minkowsky še l. 1929, odklanjamo. Biliarne ciroze niso samo sekundarne in hematogene niso izključno primarne. Saj se vendar razvijajo iz žariščnih hepatoz in hepatitid pod vplivom neprestanih izvenhepatalnih bolezenskih motenj prave difuzne hematogene ciroze. Te moramo torej šteti med sekundarne, primarne bi bile še-le takrat, kadar bi lahko rekli, da ni bilo poprej na jetrih prav nobenih izprememb, Klinične metode, ki bi bile v stanu to dokazati, še niso znane.

O hematogeni difuzni cirozi jeter pravijo kliniki, da je povzročena povečini po alkoholu. Pri živalih se je pa izkazalo, da alkohol ne dela ciroze. Zato so teoretiki prepričani, da vpliva alkohol le kot krvni strup. Vranica pa, kjer se krvni odpadki zbirajo, ga predela v dosedaj še neznan agens. In ta je v stanu napraviti cirozo. Ker pa vemo, da so delali poskuse samo na živalih in ker tudi vemo, da reagira živalski organizem na alkohol precej drugače kot človeški, se moramo držati kliničnih ugotovitev. Kadar torej naštevamo vzroke za hematogeno difuzno cirozo, takrat moramo prepuščati častno mesto alkoholu. Seveda ne smemo pozabiti, da jo povzročajo tudi ponovne narkoze, večkrat preboljeni icterus catarrhalis, lues in še cela vrsta drugih bolezni. Primeri se pa, da ni nobenega od navedenih vzrokov, ciroza pa je. Ob takih prilikah ogrnemo našo nevednost s plaščem hipotez o autointoksikaciji, avitaminozi in alergičnem stanju jeter.

Svoj čas je Laennec govoril o hipertrofični in njej stalno sledeči atrofični vrsti ciroze. Današnji nauk o tem se je nekoliko izpremenil. So oblike, ki ostanejo do konca hipertrofične, so pa tudi take, da atrofirajo jetra že v prvih začetkih bolezni. Prav posebno pogoste so pa mešane ciroze. Da je težko potegniti mejo med eno in drugo, vedo tudi patološki anatomi. Nema lokrat začno ciroze kot hepatitis, to se pravi, vnetljivo je izpremenjen mezenhimalni parenhim, končajo pa kot hepatoze, kar pomeni degeneriran jeterni parenhim. Vedno se pa bogato razkošati vezivno tkivo. Iz nastajanja vezivnega tkiva in uničevanja jeternega parenhima — pa naj je to na vnetljivi, ali pa na nevnetljivi bazi, se stike podoba, katero klinik bolj razume kot pa spozna. Patološkemu anatomu je lažje, on mikroskopsko vidi izpremembe; klinik si jih je pa v stanu samo predstavljati. Tisto razlago za klinično sliko bolezni, za katero ve patolog anatomski vzrok, si mora klinik ustvariti z dedukcijo. Patolog vidi, kako je mezenhimalni parenhim jeter ujet v vezivno tkivo, on ima pred seboj pot tkiva med jeterne lobule. Do-

dobra lahko presodi, kako so že zadebeljene in obliterirane stene kapilar. Klinik vidi samo simptome za vse to. On sodi, da razpadajo epiteljalne stanice, da degenerirajo, ne ve pa, kako se to v jetrih razpleta. Še-le patolog mu pove, da je pri cirozah vedno manj parenhima in da se razraste vezivno tkivo do krajnih mej; pošilja ga v središče jeter posebno glissonova ovojnica, pa tudi mezenhimalni epitel ne miruje.

Nam pa zadošča tudi to malo kar vemo. Kajti dovolj je za jasno klinično sliko. Že prej nekje sem rekla, da ohrani jeterna stanica svojstvo ustvarjati žolč tudi takrat, ko že ni več polno vredna. Pri cirozah sodimo, da je gotov del parenhima uničen, nadomestilo ga je vezivno tkivo, v katerem je skrit bogat pletež mezgovnih in jeternih kapilar. S tem, da so degenerirale jeterne stanice, se je zmanjšala razsežnost žolčnih kapilar. Ker pa tiste stanice, katere so še ostale vsaj deloma zdrave, kar naprej zbirajo žolč v svojih globinah, se počasi primeri, da ga je preveč za nove razmere. Majhen del se še izliva v vode in gre pravilno v črevo, drugi pa začne zastajati, se gosti in počasi pronica v perilimfatični prostor. Limfa ga željno posrka, pridno ga prenaša dalje in dá vsem tistim organom, katere sreča na svoji dolgi poti. Posebno rada ga izroča krvi, katere ga živahno razliva po telesu. Posledica žolča, katerega so pogнала bolna jetra na nepravo pot, je zlatenica. Jetra sama pa tudi lahko povzročajo težje motnje. Kadar so povečana, pritisnejo na v. portae in tako začne staza. Od staze do transudacije je zelo kratka pot, od transudacije do proste tekočine v trebuhu pa še krajša.

Portalna staza je tudi vzrok kolateralnega krvnega obtoka. Nič posebno tolažilne niso razširjene v. oesophageae, v. haemorrhoidales in pa caput medusae. Vranica je vedno, kadar je bolezen zavzela značilno obliko, povečana. Če je pa ciroza količkaj mešana s še kakšno drugo boleznijo, potem ni podoba, da bi bila vranica kaj posebno izpremenjena.

Jetra niso več tako nežna kot bi morala biti. Rob je grob; površina je zrnata. Kadar presojamo njih velikost, moramo biti previdni. Nekajkrat se je že primerilo, da je klinik opozoril patološkega anatoma na posebno velika jetra, anatom pa je našel majhen, ves zgrbljen, skoraj bi lahko rekli, neznatni organ. Jetra se namreč lahko zavrtje okoli svoje osi. Tako zasukana priromajo niže, ali se pa dvignejo višje kot bi smela biti. Zato se nam včasih zdi, da so velika, drugič zopet, da so majhna, v resnici bi bila pa ravno pravšna, ako bi ležala na svojem mestu.

Kaj vse najdemo v krvi, vodi in na koži, zavisi od tega, koliko zdravega parenhima imajo še jetra. Urobilin in urobilinogen sta v začetku negativna, poznejši čas se pa pokažeta. Ravno tako se obnašajo žolčne kisline. Holesterina ponavadi ni. V seču je nekaj malega urobilinogena in urobilina. Blato je barvano, vendar premalo. Koža srbi in je rumena, če je v krvi kaj več žolčnih kislin in bilirubina.

Poleg hematogene je še važna biliarna ciroza. Pravzaprav moramo odkritosrčno priznati, da bi bilo precej pogumno, ako bi rekli: to je čista

hematogena, to pa čista biliarna ciroza. Zategadelj je kar najboljše poudariti, da se močno radi družita.

Kadar govorimo o bilijarni, bi jo vendarte smeli razdeliti holostatično, holangitično in holangiolično.

Tedaj, ko žolč samo zastaja in ni v njem nobenih drugih patoloških izprememb, so jetra ponavadi povečana. Zaradi pritiska atrofirajo stanice. Podan je prvi začetek holostatične ciroze. Proces je kaj uren, kadar se poleg staze pokaže še holangitis. So pa tudi oblike biliarne ciroze, kjer ni prišlo do zastajanja žolča, okvara je zagrabila naravnost epiteljalni parenhim in razdražila mezenhimalni retikulo — endoteljalni sistem. Za take vrste ciroz ni potreben izrazit ikterus, spremlja jih pa vedno subikterus. Klinično se pa včasih biliarna ciroza ne razlikuje prav posebno od hematogene. Ima stazo v sistemu v. portae, povečano vranico, jetra so pa lahko majhna, granulirana ali pa velika z grobimi vozli na površini. Za sebe sliko napravi tista biliarna ciroza, katero spremljajo prav velika jetra in vranica, staza v v. portae in ikterus, ki nastopa sunkoma. To so redke, posebne hipertrofične ciroze, radi katerih je zgradil Hannover vrsto megalospleničnih, hipertrofičnih ciroz. Jetra so v teh primerih gladka, ikterus se razodeva z vsemi znaki, le bilirubina ni v seči. Odtekanje in pritekanje krvi v v. portae je lahko zelo otežkočeno.

Zaglavje zase predstavlja ikterus haemoliticus. On sodi k boleznim, kjer je preveč razpadlih eritrocitov. Lahko je očiten, prirojen, ali pa pridobljen. Za prirojeno obliko se je zavzemal posebno Minkowski. Kot pridobljen spremlja paroksizmalno hemoglobinurijo, morbus Banti in perniciozno anemijo. Tudi te oblike so imele svojega branitelja, uspešno jih je raziskoval Hajem.

Icterus haemoliticus se razlikuje od drugih vrst zlatenic po posebnosti eritrocitov. Oni so različno veliki in njih ozmotačna odpornost je zmanjšana. Naglo razpadajo, iz prevelike množine oproščenega krvnega barvila se ustvari preveč bilirubina. Jetra ne zmorejo takega navala. Zato vržejo bilirubin v perilimfatični prostor, odkoder ga posrka kri. Čudno je pa to, da je seč zavarovan pred bilirubinom, čeprav ga je v krvi preveč. Ponavadi se v seči ne zbira. Ako pa je bolezen že precej napredovala ga najdemo tudi tam. Žolč je z bilirubinom prenasičen, rekli bi lahko pleiochrom. Holesterina ni v krvi, žolčne kisline ne prestopajo v seč. Znaki bolezni se torej v marsičem razlikujejo od drugih vrst zlatenic.

Nemalo važno je vedeti, kako so prizadeta jetra. Rekla sem, da rdeče krvne stanice naglo razpadajo in prav to potegne za seboj tudi jetra. Bilirubina je preveč, žolč se med trabekulami gosli in jetra, ki ne morejo drugače, vržejo brez pomisleka bilirubin na ono stran, kamor bi sicer ne zašel — v mezgovne vode. Stalno prevelik pritisk na jeterne trabekule jih stisne; parenhim odmre. V bolezen so ujeta na ta način tudi jetra. Zatorej ni nič čudnega, če so nekateri avtorji dali hemolitičnemu ikteru še ime: hepatolienalni ikterus. Vranici je pri tej bolezni zaupana obsežna vloga. Primeri

se, da se zajezi tok bolezni, ako jo kirurgi odstranijo. Uspehi so včasih dobri, včasih jih pa ni. Ikterus traja dalje, pač zato, ker se eritrociti, ko je bila izrezana vranca, niso odrekli svojemu naglemu razpadanju. Oni razpadajo še kar naprej.

Kadar bi se spustili v razpravljanje, kje nastaja pri hemolitičnem ikteru bilirubin, takrat bi zašli v same hipoteze. Vse je pri tej vrsti iktera nekako tako urejeno, da dopušča veljati tudi nauk o morebitni okvari jeternega parenhima. Zdavnej je že bilo jasno povedano, da razpadajo rdeče krvne stanice, nikoli pa še niso bile s popolno gotovostjo izključene samostojne izpremembe v jetrih. O tem bi ne vedela povedati kaj več, pa saj tudi v literaturi nisem zasledila prav posebne jasnosti.

Iz cele zbirke zapletenih razprav naj omenim samo eno. Ker je mehaničen bolezni ostal nekam nerazumljiv, so ga avtorji skušali poenostaviti. Rekli so, da je pri hemolitičnem ikteru organizem bogato založen z barvili, ki so podobni bilirubinu, niso pa bilirubin. In ta barvila so — seveda skupno z bilirubinom — vzrok za včasih zelo očiten ikterus.

Pri mehničnem ikterusu sem povdarila, da zastaja žolč zaradi pritiska na žolčne kapilare in vode. Poznamo pa še drugo vrsto ikterusa, kjer tudi zaostaja žolč, a ne zavoljo mehaničnih ovir. Je to pleiochromi ikterus, verna podoba tistega, ki smo ga srečali n. pr. pri kamenčku, ki ždi v duct. choledochus.

Nekje v organizmu je skrit vzrok za to, z dosedanjimi preiskavami ga pa še ni bilo moči dojeti. Ubranstvo delovanja jeternih stanic je porušeno. Nenadoma se zgodi, da so sicer žolčne kapilare dovolj široke; parenhim jeter je zdrav, prej zmirom pravšen žolč pa postane pregost in ker ne more dovolj hitro odtekati so kmalu preplavljena z njim vsa jetra. Drobni zamaški zgoščenega žolča zaprejo žolčne vode in začne se stara pesem: žolč prekipeva v mezgovne prostore.

Podoba je torej, da sodi tudi ta oblika zlatenice med mehanične, vendar ni grobih izprememb. Jeterne stanice so sicer zdrave, ne stiskajo jih niti bezgavke, niti bule, pa vendar niso polnovredne. Njih žolč je pregost, zakaj, bi ne mogla reči.

Tudi disocijirani ikterus je zapleten. Menda ga je treba prisoditi parenhimatoznim okvaram. Stanice jeternega parenhima so pa še vedno do gotove mere plodne. Samo pot žolča je malo čudna. Včasih gre ves bilirubin v kri, dočim se drugi sestavni deli žolča izlivajo v črevo. Drugič so pa v krvi žolčne kisline in holesterin, v črevesu pa bilirubin.

Po znakih, ki jih poda telo, vemo, kaj je v krvi in kaj v črevesju. Koža je rumena takrat, kadar ji je dala kri bilirubin, blato je pa belo, ker ima premalo žolčnih barvil. Pri drugi vrsti je pa blato zelo temno barvano, koža sicer ni rumena, pač pa neznosno srbeča.

Kam naj uvrstimo icterus neonatorum, tudi še ni popolnoma znano. Mogoče pripada mehničnemu, mogoče pa hemolitičnemu. Za prvega bi

govoril pritisk med porodom, za drugega pa fista materina kri, ki še ostane v otrokovem telesu prve dni po porodu. Ker je postala tuja, čim je otrok zadihal, zapade hemolizi. Verjetnost za to je precejšnja. Ne smemo pa pozabiti, da niso novorojenčkova jetra navajena samostojnega dela, da nastopi torej prve dni po rojstvu lahka insuficijenca, ki bi tudi utegnila napraviti ikterus.

Posebnih težav ne dela novorojenčku, bolezen se izgubi sama po sebi.

Ikterus spremlja pogostokrat sepso in kužne bolezni. Jetra so vnetljivo izpremenjena v smeri akutne hepatitis. Te vrste ne smemo zmešati s takoj imenovanim septičnim ikterom, ki pripada hemolitičnemu in pri katerem ni potreba, da bi se razvila hepatitis. V teh primerih imamo v krvi več hematina kot bilirubina. V seču pa ni nič urobilinogena, pač pa precej methemoglobina. Dočim je torej ta oblika pravi septični, je ona, ki sepso le spremlja, čisti bilirubinski ikterus. Koža je rumena, v seču je nekaj malega bilirubina, mogočno je pa zastopan urobilinogen. Blato je rjavo. Parenhim jeter je prizadet.

V klinično sliko skoro vsake kužne bolezni je zapleten latentni — upam, da ne grešim jezikovno, če mu pravim — pritajevani ikterus. Okvarjen ni zmerom jeterni parenhim, pač pa žolčni vodi. Lahko bi mu torej rekli, holangitični ikterus.

Vse vrste jeternega iktera lahko peljejo do akutne atrofije jeter. Včasih so jo smatrali — v kolikor je nastala kot posledica zastrupljenj — za samostojno bolezen. Danes pa menijo, da je le končni obračun najraznovrstnejših obolenj jeter. Saj vemo, da se lahko izprevrže v akutno atrofijo jeter najbolj miroljuben kataralni ikterus in da ni nič manj nevaren holangitični. Na tej zapleteni poti, ki pelje do akutne atrofije jeter, srečamo celo take oblike, ki so nastale radi kačjega pika.

Patologi so našli v atrofiranih jetrih mastno degeneracijo. Ker pa ne atrofirajo jetra pri vsakem ikterusu, je razumljivo razglabljanje, zakaj nastopa atrofija v nekaterih primerih, v drugih pa ne. Po dolgotrajnih preiskavah so dognali, da vsebuje parenhim atrofiranih jeter peptone, posebno pa aminokisljine, leucin in tyrosin. Torej snovi, ki se razvijajo pri prebavljanju beljakovin. Prva misel je bila, da umirajoči jeterni parenhim ne more več predelati beljakovinskih snovi v sečnino. S takšno razlago pa niso bili prav posebno zadovoljni. Vse je namreč kazalo na to, da se peptoni pokažejo takrat, kadar pride do hitre autolize jeternega parenhima. Od kod so fermenti, kateri zakrivijo autolizo, ne vemo. Lahko, da jih prineseta kri in limfa iz pankreasa, lahko pa, da se izlivajo v jeterne stanice naravnost iz žolčnih vodov. Ako pravimo, da je proces fermentativno autolitični, potem moramo tudi povedati, zakaj ne nastopi pri vsakem jeternem obolenju.

Hipoteze so tri. Prva dopušča tako močno virulenčo, da je odpor antifermotov v jetrih zlomljen že ob začetku bolezni. Druga pravi, da je virulenca sicer majhna, parenhim jeter pa že od zdavnaj bolan. Posebno

nevarno je takrat, kadar imajo jetra premajhno zalogo glikogena, kar se pogosto dogodi pri nosečih ženah. Tretja hipoteza pa sumi, da je zapletena v bolezen vranica. Menijo, da to ni posebno verjetno.

Kadar so — in naj bo to iz kateregakoli vzroka — že atrofirala jetra, takrat se pokažejo najtežji simptomi. Da pride do tega, ni nič čudnega, saj vemo, da uničujejo jetra strupe in da so udeležena pri stvarjanju sečnine. Kakor hitro odpovejo, preplavijo te snovi vse telo.

Zmotno bi bilo, ako bi trdili, da je vsaka atrofija akutna in da pelje vsaka v smrt. So primeri, ko se izprevrže v subakutno ali celo v kronično. Vendar nad takim bolnikom, ki nosi v jetrih kal atrofije, visi zmerom Damoklejev meč. Pri tej vrsti bolezni jeter je vse tako urejeno, da se proces vsak hip lahko osveži in sunkoma uniči organ do kraja.

Imamo še celo vrsto ikterov, o katerih so napisali že dolge razprave, n. pr. emocijski ikterus. Zdrava oseba se razburi in po nekaj urah je rumena. Zakaj, ni nikjer preveč jasno povedano. Morda zaradi fermentativne hemolize.

Inanicijski ikterus je toksičen.

Potem so še zlatenice pri srčnih boleznih. Imenujejo jih icterus cyanoticus. Njih patogeneza je poznana. Zastojna kri v jetrih pritiska na stanice in jih poškoduje. Če traja pritisk predolgo atrofira parenhim, na njegovo mesto pa stopi vezivno tkivo. Ciroze jeter srčnih bolnikov niso baš redke.

Dobro je poznan ikterus pri perniciozni anemiji. Vzrok je podoben onemu, ki izzove hemolitičnega.

Pravijo, da zakrivijo včasih zlatenico ledvične bolezni. Pri bolnikih, ki so rumeni in ki imajo bilirubin v krvi, ni urobilinogena v seču. Funkcija ledvic je pri takih ljudeh bolezensko izpremenjena. One niso v stanju izločati sestavnih delov žolča. Čim se bolezen ledvic popravi, pade tudi množina bilirubina v krvi.

Prav posebna je pa Wilson-ova bolezen, pri kateri so znaki za morbus Parkinson povezani s cirozo jeter, največkrat atrofično. Enaki vzroki bi utegnili oškodovati ganglije in jeterni parenhim. Seveda so pa lahko najprvo bolna jetra in snovi, ki se radi tega v njih ustvarjajo, romajo tudi h ganglijem. Možnost pa je še druga. Kot ves organizem, tako so tudi jetra pod vplivom lobanjskega mozga. Če torej ta zboli, je mogoče, da izzove tudi cirozo. Vse to so pa seveda same domneve.

Kadar se naselijo v jetrih bule, jetika, lues, abscesi, ali pa celo paraziti, takrat tudi usahnejo jeterne stanice in tisto malo kar jih je še plodnih za žolč, ne more preprečiti iktera.

Še to naj omenim. V. de Bergh je izdelal dve metodi, od katerih pokaže ena, kdaj je ikterus hepatalni, druga pa, kdaj je ekstrahepatalni. Njih podrobna razlaga pa spada v zaglavje o funkcijskih preiskavah jeter.

## RÉSUMÉ

Dans le traité, il est raconté brièvement, comment le foie est fait, quelle est sa fonction, et quels sont les symptômes qui relèvent une maladie. Des différentes théories sont notées sur l'origine du bilirubine. On prend note surtout des expériences de savants américains. Dans la partie clinique sont discutés les troubles de la formation, de la repartition et de la circulation de la bile. Les signes de maladie de différentes sortes de la jaunisse sont discutés concisément. La nomenclature laquelle presque tous les nouveaux auteurs font entre dans la clinique est prise en considération.

## LITERATURA

Brugsch: Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Bd II.

Klemperer: Neue deutsche Klinik Bd 5 und 6.

Bergmann: Lehrbuch der inneren Medizin. Bd II.

Lepelne: Die Erkrankungen der Leber und Gallenwege.

Lüdke-Schlayer: Lehrbuch der pathologischen Physiologie.

Testut-Jakob: Anatomia Topografica.

Aschoff: Pathologische Anatomie.

Plečnik: Normalna anatomija.

Klinc: Kemija in mesto tvorbe žolčnega barvila ter geneza zlatence.

Münch. medic. Wochenschrift 1936.

## *Jz prakse*

---

Dr. ANT. BRECELJ, LJUBLJANA

### PRISPEVEK K POGlavJU O KLICONOŠIH

Sitno, ker nerešeno vprašanje za vsakega, posebno pa za zdravnika v javni zdravstveni službi! Ni moj namen, da bi znanstveno razpravljaj o tem prezanimivem vprašanju, ki sem se ž njim bavil že na otroški kliniki prof. Eschericha, pač pa čutim dolžnost, da objavim dva značilna primera, ki sem jih opazoval v zadnjem času.

Kot primarij medicinskega oddelka Splošne bolnice Usmiljenih bratov v Gorici sem v mnogih primerih kroničnih bolezni, ki „šolska medicina“ ne ve, kaj žnjimi početi, poskušal homeopatično zdravljenje in doživljal uspehe, ki so me uverili, da je bil S. Hahnemann, začetnik homeopatije, zelo bistra glava. O teh izkustvih morda kdaj drugič, za danes samo o homeopatičnem sredstvu hydrargyrum oxycyanatum (mercurius cyanatus), ki je po tej ideologiji prvenstveno sredstvo pri vnetjih v goltu (angina, tonsillitis, paratonsillitis itd.) raznega izvora zlasti pri hudi davici (diphtheria septica). Opazovanja v pre mnogih primerih so me osebno uverila o redni učinkovitosti tega sredstva v primerih akutnih obolenj. Nadaljeval sem poskuse v primerih kroničnih oz. ponavljajočih se obolenj in se preverjal o uspešnosti tega sredstva. Opazoval sem tudi preprečevalno vrednost tega sredstva pri anginoznih epidemijah v družinah in zavodih in sicer v epidemijah banalnih angin, pa tudi davice in škrlatice.



V Centralni ambulanci železničarskega bolniškega fonda v Ljubljani, kjer opravljam posvetovalnico za matere in otroški oddelek, sem poskusil to sredstvo pri dveh kliconoših.

I. Justina P., 13letna hči zvaničnika, že več let v mojem opazovanju in zdravljenju (diagnoza: anaemia lymphatica, tbc. gland. hilt), je bila poslana v začetku septembra 1936 v zdravilišče Topolšičico za dobo treh mesecev. Čez nekaj tednov je bila nenadoma odpuščena, ker so odkrili v njej infekcijske Löfflerjeve bacile. Obupana mati je privedla dekle v ordinacijo 13. okt. Takoj sem poslal dekle na bakteriološki-epidemijski oddelek higienskega zavoda, odkoder sem dobil 15. okt. izvid: Löffler pozitiven grlo in obe nosnici. Ordinacija: Rp. Hydrargyri oxycyanat. 0'01, Natr. jodati 0'10, Aq. dest. 10'0. S. 3krat na dan po 2 kapljici na pol čaše vode ali mleka. Po treh tednih ponoven bakteriološki pregled 3. novembra v istem zavodu 5. nov. 1936: grlo-nos bac. Löffler nismo našli. S tem izvidom je odšlo dekle v Topolšičico in ostalo v zdravilišču do konca določene zdravilne dobe (8. jan. 1937).

II. Janez J., 10letni uradnikov sin, je prestal v septembru 1936 davico. Ozdravljen je bil odpuščen iz bolnice, a ni smel v šolo, ker so ugotovili pri njem še davične kali. Mati ga je pripeljala 13. okt. v ambulanco z vprašanjem, kdaj bo deček mogel v šolo. Poslal sem ga na ugotovitev, odkoder sem dobil izvid: 15. okt. grlo: bac. Löffler nismo našli, nos bac. Z. pozitiven. Deček je dobil isto homeopatično zdravilo. Uspeh 20. novembra po nekaj tednih: Sluz grla in nosa Löffler negativen. Ponoven pregled 4. febr. 1937, izvid 11. febr. negativen, torej trajen uspeh.

V tej zvezi naj omenim še drugo homeopatično sredstvo, ki se mnogo rabi tudi v splošnem zdravstvu v druge svrhe. V goriški bolnici sem imel mnogo opravka z legarji (typhus abd., paratyphus). Tovariš dr. Ivan Eržen, ki je prišel v Gorico kot zobni zdravnik iz Postojne, (zdaj živi in posluje v Kranju) me je opozoril na kreozotal (kreosotum carbonicum), ki da se je njemu zelo obnesel pri veliki epidemiji trebušnega legarja v Postojni, kjer je bil novi vodovod okužen. Pobudo sem sprejel tem rajši, ker je kreozot homeopatsko indiciran pri kužnih boleznih prebavil in sem začel poskušati kreozotal (3—4 krat na dan po 10—20 kapljic na mleku) pri bolnikih z legarjem. Uspeh tega zdravljenja me je presenetil, potek bolezni je bil redno lažji in krajši kakor s katerikoli drugim zdravilom, v nobenem primeru s kreozotalom zdravljenih bolnikov nisem opazoval recidivov ali kakršnihkoli komplikacij, kar se sicer rado dogaja. Domnevam, da kreozotal preprečuje nastajanje legarskih kliconošev in zato želim, da bi gg. tovariši, ki imajo opraviti z legarjem in bakteriološko opremo na voljo, znanstveno razčistili to praktično prevažno vprašanje.

## ZUSAMMENFASSUNG

Es wird berichtet, dass bei zwei Diphtheriebazillenträgern auf Darreichung des homöopathischen Mittels Mercurius cyanatus (Rp Hydrargyrum oxycyanat. 0'01. — Natr. jodat. 0'10 — Aq. dest. 10'0 3—4 mal tgl. 1—2 Tropfen, stark verdünnt mit Wasser oder Milch zu nehmen) die Löfflerschen Bazillen innerhalb 4 Wochen verschwanden. Denselben Erfolg meint der Berichtersteller bei Typhuskranken mit Kreosotal (3—4 mal tgl. 10—20 Tropfen in Milch) beobachtet zu haben.

## O SPECIALITETAH\*

Žalosten pojav, ki se globoko zajeda v ljudsko zdravje in premoženje, je preplavljenost trga z različnimi farmacevtskimi izdelki iz tvornic. Ti izdelki prihajajo pod različnimi nazivi v promet, ki naj bi že v naprej vzbujali respekt in so prejeli od bog zna kod odlikovanje „specialiteta“, kar naj bi pomenilo, da so izredno, posebno odkritje v zdravstvu.

Tendenca, ki jo imajo ti tvorniški produkti, takozvane specialitete, je prozorna. Trgovina pod krinko znanosti. Že apartne oblike, ki se dajejo steklenicam in škatlicam, skratka ves način embalaže spominja nehote na ničvredne, a zato toliko bolj bleščeče predmete, ki naj privabljajo srake, v našem primeru bolnike. Slovo, ki se spleta okoli take „specialitete“, naraste v kratkem času do nepreglednosti; mnogo besed malo resnice. Dnevno obmetavanje z najraznovrstnejšimi prospekti, znanstvenimi članki, pestrimi slikami, lepo barvanimi pivniki, beležnicami, dopisi, ki na rafiniran način opozarjajo na novoodkriti preparat, o katerem ste seveda, ker ste pač veleučeni, gotovo že čuli, pa vendar oprostite, pri svoji veliki zaposlenosti ga niste utegnili opaziti; preparat je edinstven, nenadkriljiv, ako ga opustite pomeni vitium artis. Tudi na preparatih ni pozabljeno na gospode zdravnike — sicer bi mogoče bila zamera — „ako zdravnik drugače ne odredi“, potem toliko in toliko tablet dnevno. Gospodje producenti se namreč dobro zavedajo, kdo drži ročico v roki.

S tem pa izkazovanju časti še ni kraj. Od časa do časa vršijo obiske gospodje, ki želijo v izbranih besedah, da se pogovarjajo s teboj. Predstavljajo se za znanstvene sodelavce, inženere kemije; nekateri a le malo po številu, so farmacevti, drugi zopet zdravniki, ki niso nikdar imeli opravka s praktično medicino. Obvladajo več jezikov, tudi mešanico teh, le slovenskega ne poznajo. Njih medicinsko znanje obstaja večkrat samo v mehničnem naštevanju važnih lastnosti hvaljenega medikamenta, kar se naučijo preprosto na izust. Celo predavanje ima strogo znanstven značaj in praktikus cave! da bi si le količkaj upal ugovarjati. Prosim, tu imate kapacitete — nepoznane veličine — vse črno na belem. Gorje zdravniku, ki se drzne zavrnilti te vrste gospodo, češ, da se nima z njim kaj pogovarjati, kajti delokroga inženerja kemije in praktičnega zdravnika sta si precej vsak sebi. Smrtna obsodba ti je neizogibna. Predvsem ostaneš vedno in povsod manjvreden zdravnik, ki nikakor ne želiš korakati vstric z napredkom; tvoji pojmi o trgovski in medicinski indikaciji so izrodek slaboumnosti.

Tem gospodom ne smemo zameriti; hvalijo pač svojo robo, ki jo prodajajo kakor vsak trgovec. Da jim je pri tem prvo zaslužek, ljudsko zdravje pa postranska stvar, je jasno. Drugo je, kar nam mora težiti srce.

Za članek prepuščamo odgovornost piscu, vendar pa smo hoteli otvoriti razpravo o tem važnem vprašanju. Naj bi se oglasili še drugi.

Ur.

Bolnikova psiha je danes napram zdravniku drugačna kakor je bila menda nekoč. Redek je pacient, ki bi konsultiral samo enega zdravnika, še redkejši pa, ki ne bi prečital ali vsaj skušal prečitati recepta kakor da bi hotel imeti nekakšno kontrolo nad terapijo. K temu pripomorejo mnogo razna poljudno-medicinska predavanja, časopisi in revije. V specialitetah vidi napredek in zdravnik, ki ne pozna slučajno kakšnega ol-a ali in-a, se mu zdi drugovrsten. Slab vtis napravi zdravnik, ki prizna resnico, da o tem in o tem preparatu še ni slišal. Tozadevna pojasnila smatra bolnik za opravičevanja, za poizkus, kakor da bi se zdravnik hotel izkupati iz tega neprijetnega položaja. Moram priznati, da se dobijo tudi taki bolniki, ki imajo dovolj kritike in stvar razumejo ali vsaj zdravniku zaupajo; ugotoviti je z dnem razveseljivo dejstvo, da postajajo češči.

S tem, da sta se priprava in izdelava zdravil preselili iz lekarne v tvornico in farmacevtski laboratorij, je padla lekarna na ravên običajne trgovine, ki samo oddaja prejeta robo, torej prekupčevalca. Naravnost žalosten pogled se mi je nudil nedavno, ko sem stopil v znano ljubljansko lekarno in opazil izmed precejšnega števila receptov samo par, ki so se imeli izvršiti magistraliter. Tudi lekarnar se je pritožil, da danes ni pravega lekar-niškega dela več.

Ta pojav ima svoje dobre in zle strani. Z napredkom znanosti je postala tudi terapija obširnejša, preciznejša in zahteva od medikamentov točnejšo dozacijo, kompliciranejšo izdelavo. Obenem pa so se pojavili organopreparati, hormoni in vitamini ter kemoterapeutica katerih lekarnar ne more izdelovati. Za nje je potrebna specialna aparatura in posebno strokovno osebje.

Spričo novih odkritij v zdravstvu je bil preobrat vsekako potreben, ni pa bilo potrebno, da se je izvršil v toliki meri.

Zdravila so labilne tvorbe; večmesečno, večletno ležanje povzroča razpad, razkroj. Primerjati moramo zdravila s hranivi, ki razpadajo, če jih še tako dobro konserviramo. Le sveže pripravljena hrana ima polno vrednost; isto velja o medikamentih.

Zdravila, ki leže v prahu vsako zase, se ne kvarijo ali vsaj ne toliko, kakor če jih s pomočjo raznih lepil (gumi, škrob) in sladkorja predelavamo v tablete, krogljice in dražeje. Še čistim medikamentom moramo braniti pristop zraka, vlage in svetlobe. Koliko večje je razkrajanje, ako jih družimo v novo kombinacijo in pustimo ležati. Toliko bolj velja to še o organskih preparatih, da o njih standardiziranju sploh ne govorim.

Kakor že omenjeno, organopreparatov, hormonskih in vitaminskih ter kemoterapevtskih proizvodov lekarnar ne more izvršiti; le-tè je prištevati med specialitete. Popolnoma napačno pa je n. pr. smatrati theominal za specialiteto, saj mešati theobromin z luminalom ni učenost, ki bi bila pridržana le nekaternikom. Izmed nepregledne vrste teh takozvanih specialitet domačih in tujih tvrdk, jih je bore malo, ki se izdelujejo z znanstveno doslednostjo in z namenom, pomagati bolniku; večina nosi pečat trgovske

indikacije. Ločiti zel od plevla bi bila kaj potrebna stvar in mislim, da ne preveč težka. Nastajajo le nova imena, ne nova sredstva in farmacevtska industrija se bolj bavi z jezikoslovjem nego s farmacijo.

Ugovor, ki ga rabijo nekateri kolege v prid specialitetam, češ, da specialiteta vsebuje točno vse sestavine, ki jih dotična tvrdka navaja, dočim, da so poedini lekarnarji nezanesljivi ali pa iz dobičkaželjnosti ne ekspedirajo zdravila točno po receptu, specialitete pa da so originalno zaprte in je s tem izključena vsaka pomota ali prevara, ne drži. Kdo, prosim vas, nadzoruje vse mogoče firme v tu- in inozemstvu? Delajo in pišejo, kar se jim poljubi. Ne poznam pa lekarnarja, ki bi ne bil pod strogo državno kontrolo, ali pa, da bi se mu zdelo vredno recimo pri 10 gr NaBr odtegniti 1—2gr.

Že pred leti je primarij dr. Jenko opozoril na občnem zboru Zdravniške zbornice v Ljubljani, da se mlajši zdravniki premalo bavijo z recepturo in da jim je ljubše ordinirati specialitete. Žal, niso samo mlajši, so le prevečkrat tudi starejši med njimi. Nobeden manjši kakor je prof. Bier je izjavil, da ni digitalis-preparata, ki bi dosegal infusum digitalis po učinkovitosti. Isto čitamo v Zdr. Vest. VIII. 12. str. 480 (Mr. Ph. Damaška, Inkompatibilne zmesi zdravil).

Drugi argument, ki se navaja za specialitete, je cena. Specialitete, da so cenejše kakor pa magistraliter izvršen recept. Evo Vam primerov:

1. Otalgan	10 ccm	Din 64.—	Magistraliter:		
	6 "	" 34.—	Antipyriini	0·5	Din 0·50
			Extr. Opii	0·085	" 0·80
			Anaesthet.	0·2	" 12·80
			(recimo Percain)		
			Glycerini ad	10·0	" 1·00
					" 10·00
					" 2·00
					<hr/>
					Din 27·00
2. Guajacalcol		Din 38.—	Magistraliter:		
			Kal. sulfogujaccol.	11·6	Din 4·46
			Ferr. glycerophosph.	2·0	" 2·00
			Calc. lact.	2·0	" 2·00
			Extr. Condurango	0·5	" 0·50
			Sir. aurant. cort.	116·0	6·96
					" 10·00
					" 3·00
					<hr/>
					Din 27·70
3. Sorisin lag. orig.		Din 54.—	Magistraliter:		
Sirolin lag. orig		" 36.—	Sir. kal. sulfogujaccol.	150·0	
Sulfotin lag. orig.		" 29.—			Din 13·50
Novocolsir. l. orig.		" 29.—			" 6·00
Kresival lag. orig		" 32.—			" 3·00
itd. itd.					<hr/>
					Din 22·50

4. Adigan lag. orig.	Din 26.—	Magistraliter :	
Cordigan lag. orig.	" 24.—	Infus. fol. dtgit.	1'0 : 180'0 D 1'50
Digalen lag. orig.	" 30.—	spir. concentr.	10'0 " 0'90
Digipuratum lag. orig.	" 34.—	glycerini	5'0 " 1'60
Digiclarin lag. orig.	" 22.—		" 0'50
Pandigal lag. orig.	" 46.—		" 14'00
id. itd.			" 3'00
			<hr/> Din 21'50

5. Theominal 20 x 0'33	Din 48.—	Magistraliter :	
		Theobromini	0'3 Din 6'00
		luminali	0'03 " 18'00
		sacch.	0'4 " 0'40
		dos. XX	" 10'00
			" 7'00
			" 3'00
			<hr/> Din 44'40

Pa bi mogel ta seznam razširiti v neskončnost.

Res je, da so nekatere specialitete cenejše, kar je razumljivo pri izdelavi večjih količin.

Cvetna doba za specialitete je povojni čas, za katerega je značilno pomanjkanje kritike in lov za novotarijami.

Nadalje: Odkod imamo jamstvo, da ravno farmacevtska industrija odaja pošteno robo? Država izda farmakopejo s strogimi predpisi, nadzira lekarne, določa takso za medikamente, nima pa prav nobene kontrole o specialitetah, ki tvorijo danes mogoče že  $\frac{3}{4}$  vsega prometa. Vse kombinacije, indikacije in kalkulacije so prepuščene na milost in nemilost fabrikantom. Fabrikanti, inženjerji kemije, lekarnarji 1. in 2. razreda so postali na mah kliniki velikega kova in vedó povedati o pneumoniji in dekonpenzaciji srca več nego praktik, ki mu je to vsakdanji kruh.

Razvoj v tej smeri bo potisnil zdravnika in lekarnarja povsem ob stran. Receptura bo postala nepotrebna in sčasoma tudi zdravnik. Na ovitku je naziv medikamenta, v notranjosti listek z navodili, v časopisih in revijah zdravniška posvetovalnica, čemu bi rabili zdravnika in njegov recept. Po hišah je danes vse polno originalnih zavitkov in steklenic, važen barometer za moderno recepturo.

Lekarniški studij so podaljšali, uvedli nove izpite, celó anatomijo, lekarnar pa stoji v lekarni in čita napise. Po tolikem studiju in praktičnem delu mu ni treba drugega, ko da zna čitati. Še bolj smešno pa je, da se vedno in povsod na dolgo in široko razpisujemo o psihi in individualnosti bolnika, pri tem pa mu predpisujemo industrijske izdelke.

In če se povprašamo, kdo je največ pripomogel k razširjenju in popularizaciji specialitet, si moramo dati roko na srce in priznati: Mea culpa. Sami smo privabili to suženjstvo nad sè in prišel bo čas, ko bomo morali nastopiti boj proti njemu, ko bo postal problem specialitet naš eksistenčni problem. Bolnik si kupi sam v apoteki radi kašlja kresival; ker mu kašelj

ne poneha, gre k zdravniku in zamislimo se sedaj v njegov obraz, ko dobi na recept zopet kresival. To so dejstva, ki se dnevno dogajajo.

Na trgu zdravnih sredstev vlada kaos kakor še nikoli. Posebno močno gibanje proti tej zmešnjavi se opaža med zdravniki v Ameriki. Tudi pri nas bi bilo treba že enkrat izreči odločilno besedo, kaj je zel in kaj je plevel. Naše geslo mora biti: *Salus populi suprema lex in* — kakor pravi dr. Rapp „Dem Fabrikanten, was des Fabrikanten ist, dem Apotheker, was des Apothekers ist“. Držati bi se morali pravila, da izdelujejo tvornice sredstva, ki ne predstavljajo nobenih mešaníc, torej samo čiste kemične snovi; apotekar pa naj obdrži vse ostale mešanice in galenske preparate. V interesu bolnika.

Potreben je zakon o specialitetah in tajnih sredstvih, kajti država ne more kar tako mirno gledati na cel problem specialitet, ki postaja z dnem bolj pereč, sama pa z vso skrbjo sestavlja farmakopejo za prazen nič. Vsa tajna sredstva je kratkomalo zatreti, da prenehajo enkrat za vselej biti aloe, senna in drugo čudovita zdravila, ne pa, da dobivajo še od ministerstva za narodno zdravje odobritve in priporočila.

Poplavo takozvanih specialitet zajézimo tudi mi zdravniki. Ako jih ne bo nihče zapisoval, lekarnarji ne bodo naročevali in življenski sok, od katerega živi manjvredna farmacevtska industrija, bo usahnil. Mislim pri tem seveda na preparate, ki niso nobene specialitete v znanstvenem smislu. Resni in znanstveni farmacevtski industriji bo ostalo še vedno dovolj dela.

„Materia medica“ naj bi bila zdravnikom in naraščaju bolj pri srcu. Kajti res je, da se njej posveča premalo pozornosti. Po medicinskih revijah mrgoli danes oglasov farmacevtske industrije, od katerih bi jih lahko 90% mirne duše odpadlo.

Enostavnejše je ordinirati industrijski preparat, saj zadostuje, da enkrat o njem čujemo ali čitamo; često nas nanj opozarja tudi vzorec. Z receptom zadeva ni tako enostavna.

Tu se je treba poglobljati leta in leta v vse fineše, ki jih nudi razumna receptura. Ali tu najdemo tudi več veselja. Tak recept je produkt zdravnika in last edinega bolnika. K temu še pripravljanje v apoteki vpliva ugodnejše na bolnikovo duševnost, ker se to zdravilo izgotavlja specielno zanj. Pravi lekarnar bo našel več zadovoljstva v pravem lekarniškem delu nego da prodaja industrijske izdelke, akoravno vlaga v to manj truda. Brez sodelovanja med zdravnikom in lekarnarjem pa ni ljudskega zdravja.

## SLOVSTVO:

Dr. Rapp, Wissenschaftliche Pharmazie in Rezeptur und Defektur 1929.

## IZ ZGODOVINE MEDICINE NA DOLENJSKEM

ZDRAVNIŠKO IN ORGANIZATORNO DELO POK. Dr. P. DEFRANCESCHI-JA  
V NOVEM MESTU, OD L. 1894 DO 1911; ZAČETEK MODERNE MEDICINE  
NA DOLENJSKEM

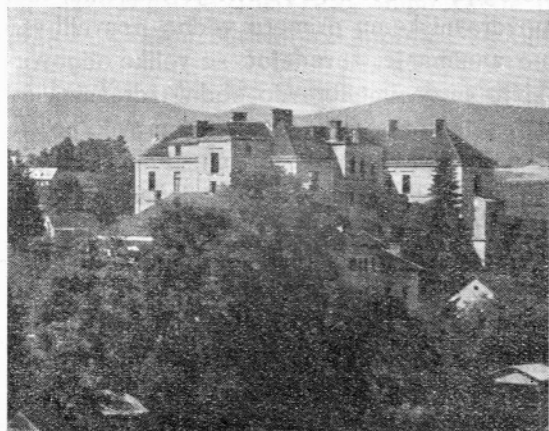
Nadaljevanje in konec.

Mnogo dela se je medtem nabralo Defranceschiju. Poleg obeh primarijatov z velikim številom operacij, je moral opravljati še posle okrožnega zdravnika, zadostiti zahtevam svoje obsežne privatne prakse, izgubljati čas v tedanji predautomobilski dobi z vožnjami k oddaljenim bolnikom, hoditi na razne seje itd. Razventega so nastajali razni spori, prepustiti je moral primarijat v Ženski bolnici drugemu tovarišu, čutil se je užaljenega, nerazumevanega in nenagrajenega za dolgoletno prizadevanje pri ustanovitvi Ženske bolnice in sploh za vse svoje delovanje v obeh bolnicah in v javnem življenju. Poleg tega toži v svojem odločilnem, ultimativnem, pismenem poročilu za sejo zdravstvenega zastopa, dne 14. XII. 1910., da mu je požrtvovalno 17 letno delo v bolnicah in v praksi tudi že zrahljalo zdravje itd. Kratko se odloči, zapusti Novo mesto in se preseli v Gorico.

Za časa Defranceschi-jevega delovanja v obeh novomeških bolnicah so mu zvesto stali ob strani sekundariji: Dr. M. Papež, E. Majer, Fr. Dolšak, I. Hubad, Fr. Celestin Liebsch, J. Strašek. Defranceschi-jevi sodelavci (ne-zdravniki) pri operacijah pa so bili: Fr. Primitiv Osvald, Polikarp Vavpotič, Ksaver Zaman, Hugo Passler, Gervazij Vidmar, Gebhard Kač, Augustin Urban, Kazimir Prokop; nadalje S. Alojzija, Roza, Ana, Agnes, Leopoldina, Auguština. Prav

posebno je Defranceschi cenil delo Usm. brata Ksaverja Zamaņa.

Defranceschi se je udeleževal tudi publicistično. Če gremo kronološko, moramo najprej omeniti, da je Defranceschi baje precej publiciral, še ko je bil po promociji v Gradcu in na Dunaju, na klinikah Wölfler-ja, Chrobak-a in drugih; menda je šlo za dela iz kazuistike, ali mogoče tudi iz kirurške tehnike, ki je Defranceschi-ja vedno zelo zanimala, saj je bil okoli leta



*Novo mesto: Bolnica Usmiljenih bratov  
Celokupna slika, danes*

1890 tisti čas, ko so nastajale klasične metode kirurške tehnike. Ta znamenita doba je morala imeti pač tudi na Defranceschi-ja odločilen

upliv. Žalibog mi Defranceschi-jeve publikacije iz tiste dobe niso bile več dostopne, zanašati se moram samo na verodostojnost pripovedovanja nekaterih njegovih nekdanjih sodelavcev, katerim je večkrat o tem govoril in spise tudi kazal. Baje so se, kakor tudi mnogo dragocenega gradiva, najbrže tudi veliko število separatov (Defr. je bil nekaj v zelo tesnih in tudi prijateljskih stikih z vodilnimi možmi medicine takratne dobe v Gradcu, Dunaju in drugod) izgubili o priliki njegovih selitev med svetovno vojno, zlasti v Gorici.

Tekom svojega bivanja v Novem mestu je Defranceschi ponovno zastavil svoje pero. Sestavljal je baje večje delo, ki naj bi imelo naslov: „Slovenska kirurgična enciklopedija“. V tem delu je Defranceschi pač hotel pokazati, kaj zna in zmore in pa svoje bogate izkušnje na medicinskem, zlasti kirurškem polju. Razven tega pa ga je pri sestavljanju tega dela predvsem mikalo ustvarjati novo slovensko medicinsko nomenklaturo. Tudi rokopis, oziroma osnutki tega dela so žal izgubljeni.

Defranceschi je sodeloval pri „Slov. pravniku“. Tam gre predvsem njemu zasluga, da je začel orati ledino, kar se tiče slovenske terminologije v sodno-medicinski praksi. Pred njim se je bil dr. Fran Zupanc nekoliko bavil s tem (Slov. pravnik 1889, 1890). Defranceschi je povsod dosledno, kjerkoli je bilo tudi sodno postopanje v slovenskem jeziku, že v tistih časih oddajal slovenska izvedenska mnenja in izvide ter diktiral izključno slovenske protokole. Drugi zdravniki so ubrali potem isto pot. Kmalu za tem se je začel tudi doc. dr. I. Robida baviti z istim delom v svoji specialni stroki in je že takrat tudi mnogo pisal v „Slov. pravnik“. Na ta način je bilo mogoče, da je že 1904 izdal dr. Al. Homan malo knjižico: „Nemško-slovenska sodnozdravniška terminologija“. Defranceschi je vsakemu, tudi na videz manj zanimivemu, sodnozdravniškemu primeru vedno posvetil vso svojo pozornost in živo znanstveno zanimanje, zavedajoč se velike odgovornosti in visoke etične vsebine, ki jo mora imeti ravno sodni zdravnik, od katerega so v dobršnem delu takih primerov odvisne nadaljne pravno postopanje in pravne posledice. V „Slov. pravniku“ so izšli ti-le Defranceschi-jevi prispevki: Letnik 1898, str. 27. „Do kosti segajoča rana — jeli sama na sebi težka oškodba (§ 152. kaz. zak.)“? Ostali članki pa so zbrani pod naslovom: „Sodnozdravniška mnenja“ in so objavljeni v letniku 1898, str. 232.; l. 1898 str. 299.; l. 1899, str. 17, 109, 136, 202, 293, 335, in l. 1900, str. 6, 71. V teh svojih člankih opisuje različne poučne primere iz svoje sodnozdravniške prakse pri novomeškem okrajnem in okrožnem sodišču. Z jedrnatim, večkrat drastičnim besedilom razpravlja v začetku najprej o imenoslovju. Naslanjal se je pri zbiranju in prikrojevanju slovenskih izrazov na različne besednjake, na Levca, Erjavca, Bežeka, osebni stik pa je imel glede tega zlasti z novomeškim juristom-publicistom Volčičem in s takratnim slavistom novomeške gimnazije dr. Al. Virbnikom. Nato podrobno podaja s posameznimi primeri iz sodnozdravniške prakse postopek pri obdukcijah in ima pri tem priliko vporabljati slovenske strokovne



izraze. Pozneje se spušča v kritično obravnavanje posameznih primerov in navaja tudi različna fakultetna mnenja. V njegovih prvih razpravah tudi še najdemo izraz borbe, ki jo je imel takrat moderno vzgojeni zdravnik pr presojanju poškodb in njih fizijoloških konsekvenc z nazori drugih izveden cev, ki takrat, posebno na deželi, še niso priznavali niti poznali nove aseptične dobe in nove znanstvene medicine, kakor jo je De Franceschi takrat prvi prinesel na Dolenjsko.

Razven imen za posamezne mišice, kosti itd., se je De Franceschi lotil tudi poslovenjanja kompliciranejših medicinskih izrazov in opisov npr. krvnat (blutgefüllt, durchblutet), krvavkast (blutig verfärbt), globočje dovodniške mreže (tiefere Adergefässnetze), krvni upoj (haemorrhagisches Infiltrat), odsevni uplivi srčnih živcev ovirnikov (Herz-Vagus-Reflex); jetra so lomka (brüchig), epicranium, nalobje itd. Pogostoma v duhu takratne dobe, oziroma kot dijak šole z nemškim učnim jezikom dobesečno prevaja nemške zloženske v enako slovensko zloženko, ali pa se nasloni na hrvaški izraz (okretač, nosač). Mnogo izrazov pa je jako posrečenih in je škoda, da so pozabljeni. Vsekakor se Plečnik ni oziral nanj, npr.: medulla oblong., corp. quadrigemina, corp. striatum, sinus, po De Franceschi-ju, primozek, četvornik, progasto jabolko, splava; po Plečnik-u, vezni sredež, četverčki, progasti narastek, krvnica itd. Toda, klub vsem eventualnim nedostatom, ki bi se jih dalo iz kateregakoli stališča kritizirati, je De Franceschi-jev poskus nove terminologije v letih pred 1900 nadvse hvalevreden, saj še večina današnjih slovenskih zdravnikov, ki niso študirali pri Plečniku, anatomije oziroma niso imeli prilike, da bi bili po prevratu na domačih bolnicah sploh ne pozna sistematične slovenske medicinske terminologite.

De Franceschi-jeve publikacije o stanovskih vprašanjih se nahajajo v „Glasilu zdravniške zbornice za Slovenijo“ in sicer:

1. L. 1924., str. 59: O pokojninskem zakladu za zdravniške vdove in sirote.
2. „ 1924., „ 83: O razmerju zdravnikov med seboj.
3. „ 1924., „ 110: † Dr. Ivan Vavpotič (nekrolog).
4. „ 1925., „ 92: Kaj je „Zdravniška praksa“ v smislu Uredbe o zdravniških zbornicah in kaj „Slobodna praksa“ v smislu novega zakona o stanovanjih?
2. „ 1927. „ 39: O vlogi dr. Č. glede zdravniških spričeval.
6. „ 1926., „ 41: O ugodnosti zavarovanja pri „Pokojninskem zakladu za zdravniške vdove in sirote v Ljubljani“.
7. „ 1926., „ 67: So li zbornice zdravniškemu stanu potrebne?
8. „ 1926., „ 81: O minimalnem tarifu.
9. „ 1926., „ 82: Nekaj zgodovinskih podatkov o „Pokojninskem zakladu za zdravniške vdove in sirote“ v Ljubljani.
10. „ 1926., „ 145: † Dr. Alfred Valenta (nekrolog).
11. „ 1927., „ 54: Dr. Vinko Gregorič — organizator zdravniškega stanu.
12. „ 1928., „ 203 in 205: O socialnem zavarovanju.

V prvem članku podaja Defranceschi najprej zgodovino „Zaklada“, ki obstoja že od leta 1906. Do tedaj je delovala „Löschner—Maderjeva ustanova“, ki je dovoljevala vsako leto le najsiromašnejšim vdovam in sirotam podpore. Prvi predsednik „Zaklada“ je bil dr. V. Gregorič, ki je „Zaklad“ požrtvovalno in neumorno vodil celih 15 let. Vendar so zdravniki že takrat kazali nepojmljivo brezbržnost napram tako važni instituciji. Nato opisuje Defranceschi z drastičnim besedami bedo in nepreskrbljenost zdravniških vdov in sirot in utemeljuje potrebo in važnost take ustanove za zdravniški štan. Končuje z apelom predvsem na mlajše tovariše, ki stopajo v negotovo bodočnost.

V drugem Defranceschi-jevem članku: „Razmerje zdravnikov med seboj“, je veliko število resničnih misli, dobrih naukov in nasvetov, ki so bili in bodo za zdravniški stan vedno aktualni in ki si jih kljub temu nihče ne upa glasno izreči, kaj šele napisati. Članek začinja s sentenco: *medicus medicum odit*“ in končuje z nič manj modrim izrekom: „najprej je treba ozdraviti notranje razmere zdravništva — *medice, cura te ipsum!*“ „Vsak zdravnik ravnaj po stanovskem redu zdravniške zbornice, potem ne bo razprtij, ne zdražb, ne nasprotstev, odpadla bo nevoščljivost, zahrbtnost, zaničevanje, podlost, a rastle bosta čast in ugled zdravniškega stanu, zupanje v zdravniško znanost in spretnost se bo širilo — zadovoljni bodo zdravniki in bolniki! Besede so namenjene mladim in starim tovarišem. Besede so namenjene tudi bolniškimi zdravnikom in primarijem, slednjim posebno še oba primera iz berlinske Charité, ki jim je bil Defranceschi sam priča. Neki sloveči profesor berlinske Charité se ni oziral na anamnezo, ki jo je sporočil praktični zdravnik, ko je poslal bolnika na kliniko. Bolnik je bil laparotomiran radi bolečin v desni strani trebuha in temperature 40°. Izvid na slepiču je bil malenkosten, temperatura po apendektomiji ni padla in po dveh dneh je nastopil še ikterus. Praktični zdravnik je v anamnezi omenil ponovne podobne atake z bolečinami, vročino in parkrat tudi ikterusom. Sloveči profesor je nato javno, pred celim auditorijem priznal zмотo in opral čast praktičnega zdravnika.

Spominski članek pokojnemu viš. okrajnemu zdravniku dr. Ivanu Vavpotiču v Novem mestu je poln toplote in zvestega tovarštva. Ravnotako so tudi ostali Defranceschi-jevi stanovski spisi polni živega zanimanja za stanovska vprašanja in pričajo o njegovem organizatoričnem znanju. Vsi članki so pisani z jedrnato, avtoritativno besedo.

Defranceschi je bil na Dolenjskem prvi zdravnik, ki je zaslužil to ime v pravem pomenu besede. Ponesel je v Novem mestu pojem napredka zdravstva in zdravnika takorekoč od dobe padarstva v dobo moderne bolnice z asepsom, rentgenom in v dobo moderne, absolutno znanstvene medicine sploh. Kot zdravnik je bil vesten, dobrosrčen in skrajno avtoritativen ter ni trpel ugovora. Kako pa tudi more nepoklicanec sploh kritizirati ali dvomiti o pravilnosti misli zdravnika, ki zajema iz tisočere izkušnje in ki posveti pravilnosti svojena mnenja in postopanja vso svojo miselno vse-

binu, vse čustvovanje in pogostoma vso svojo osebno komoditeto, ki je pač noben drugi poklic ne žrtvuje v toliki meri. Radi svoje močne individualnosti in sugestivnosti je imel Defranceschi nenavaden osebni vpliv na svojo okolico in na pacienta. Novomeščanom, ki smo bili v tisti dobi še otroci, pa nam je s strahospoštovanjem v spominu njegova impozantna velika postava in njegova dolga, takrat še črna brada, za katero pa smo že otroci slutili več, kot samo hladnega strokovnjaka.

V novomeški okolici živi Defranceschi še danes — po trideset letih — kot lik avtoritativnega in dobrohotnega hišnega zdravnika in marsikatera značilna, simpatična in humoristična anekdota je nastala o „Gospudu Frančeškotu“.

Anekdote nastajajo o nadpovprečnih, nekoliko nenavadnih osebah, ki so na prvi pogled mogoče robate ali odurne, v srcu pa dobre in mehke. Z anekdotami se ljudstvo vedno rado spominja zanimivih in priljubljenih ali žalostno-veselih dogodkov iz polupreteklega ali preteklega časa. Naj mi bo še dovoljeno podati nekaj takšnih „benignih“ anekdot o Defranceschi-ju in sicer radi tega, ker so značilne zanj in za takratno dobo na Dolenjskem.

Že izza Defranceschi-jeve študentske dobe na novomeški gimnaziji, ko je bil član vesele družbe „Pipčkarjev“, ko so uhajali v mlačnih poletnih nočeh študentje iz svojih študentskih sobic in prepevali zdaj tu zdaj tam po mestu — je znano vse polno takih nedolžnih in prisrčnih dogodkov. Starega mestnega čuvaja Adamca, ki je študente zalezoval in jih miril, so neko noč zvalili na Loko ob Krki in reveža tam privezali na neke planke. — Ko se je mladi Defranceschi nekoč spozabil in poljubil zalo deklo, je mimo prišel slučajno strogi nemški profesor Nikolaus Donnemüller; malo je manjkalo, da ni bil Defranceschi radi tega izključen. Pater Bernard Vovk, matematik in filozof, ki se je za Defranceschi-ja potegnil in nadarjenega dijaka to pot izrezal, mu je rekel: „wie kann man sich bei so etwas erwischen lassen“. Kot kazen so mu naložili, da se je moral preseliti v stanovanje ranocelnika Ipavca, kjer so mu odkazali sobo, v katero je mogel le skozi stanovanje svojega stanovalca, razven tega je moral biti vsak večer že ob šestih doma. Kljub temu je po ozkih mestnih ulicah še isto noč zopet zadonel njegov gromki bas, ki ga je izdajal. Drugi dan že je morala gospodinja profesorjem pod prisego zatrjevati, da je bil Peter celo noč doma. Gospodinja sama pa seveda tudi ni vedela, da so tovariši ponoči Petru pristavili lestvo k oknu, da se je lahko zmuznil iz stanovanja. Ko pa je direktor Fischer konečno vendar zvedel, da imajo študentje tajno društvo, kar je bilo takrat strogo prepovedano, je bil Defranceschi izključen iz novomeške gimnazije; isto se mu je radi malenkostnega disciplinarnega prestopka zgodilo tudi v Gorici; konečno je bil sprejet na tržaški gimnaziji, kjer je tudi maturiral.

Ko je Defranceschi pozneje deloval v Novem mestu kot zdravnik, je njegova nenavadna osebnost, nadarjenost in originalnost dala vnovič

povod za najrazličnejše anekdote, ki ga osvetljujejo deloma kot človeka plemenitega značaja, deloma kot odličnega zdravnika, deloma pa tudi kot človeka, ki se je znašel v vsakršni situaciji in ni ostal dolžan energičnega ali humorističnega odgovora. Ko je bil nekoč klican na neko graščino v okolici Novega mesta, da stari baronici uredi neko malenkost na nohtih palcev na nogi, ga je baronica zafrkljivo pozvala češ, da je vajena, sprejemati svoje zdravnike samo v salonski obleki. Defranceschi se ni zmedel, temveč ji je korajžno odvrnil: „To se lahko zgodi, gospa baronica“, vsedel se je zopet na voz, se odpeljal domov, se preoblekel v salonsko obleko in se vrnil na grad k baronici. Ko opravi svoje delo, in ga vprašajo za honorar, odvrne enako korajžno: „V salonski obleki 500 kron, drugače 5 kron“. — Nekoč ga je v isti graščini konzultiral stari baron, ki je bil znan pristaš homeopatije, da naj mu pove, kaj bi on kot zdravnik v njegovem primeru ordiniral v alopattiji. Ko mu Defranceschi pove diagnozo in terapijo, odvrne stari baron, da bo baš nasprotujočo stvar vzel iz homeopatije. Tudi za to ordinacijo je bil honorar — po pravici — precej visok. Kljub protestu si je mogel Defranceschi dovoliti, da je napravil opazko, da bogataši plačajo pač tudi za one, ki nimajo sredstev, da bi plačali zdravnika. — Pravljичni časi! — Ko je nekoč nekemu Vlahu izza Gorjancev z uspešno porodniško operacijo rešil ženo in ga je mož vprašal za račun, je računal 500 kron; Vlah mu je stotake brez ugovora odštel, Defranceschi pa mu je polovico porinil nazaj z besedami: „Nisem mislil, da ti je žena toliko vredna.“ — K neki bajtarici v Šmihelu, ki je imela sepo po porodu, je hodil več tednov, včasih tudi po parkrat na dan, dokler je ni rešil. Ko je bilo ženi bolje, ga je mož prosil, naj ne hodi več, češ, da ga ne bo mogel plačati. Defranceschi pa je nanj zarohnel, naj ne misli, da hodi radi njegovih grošev — vzel je iz žepa bankovec ter ga del bajtarju: „Tu imaš, pa glej, da ga ne boš sam zažrl in zapil — babi kupi mesa in vina!“ — Številni porodi, splavi, pomanjkanje in naporno delo v času nosečnosti in neposredno po porodu, splošna izčrpanost socialno zapostavljene kmečke in delavske žene, so bili argumenti, ki so Defranceschi-ju vzbujali vedno posebno sočutje in zdravniško skrb. S tem je izdatno paraliziran vtis krezovske honorarne politike glasovitega zdravnika, posebno če vemo, da se je je posluževal samo tam, kjer je bila na mestu in ni povzročala bolečin. Znano je bilo, da je bil Defranceschi kar tiče honorarjev, zelo socialen; revežem, dijakom in uradnikom običajno ni nič računal.

Druge anekdote o Defranceschi-ju posegajo v strokovno, oziroma terapeutsko plat: Nekega dne je bilo treba iti v neki samostan, ker je imel neki 78 let star pater inkarcerirano veliko hernijo. Ker radi oddaljenosti in oslabeledosti starega bolnika ni bilo misliti na transport v bolnico, je Defranceschi vzel seboj asistenta Usm. brata X. in instrumente, da bi po potrebi operiral pacienta kar na domu. Z običajnimi poskusi repozicija hernije ni uspela. Defranceschi se je lotil nato poskusa repozicije na

neki klasičen in nič manj originalen način. Drug pater je moral bolnika zadeti na rame, hrbet na hrbet, z glavo navzdol in s koleno je visel bolnik čez ramena pomagača, za noge pa ga je pomagač držal. V tej legi („Beckenhochlagerung“, relata referro!) se je poskušalo potlačiti hernijo nazaj, toda tudi ta metoda ni zalegla. Nenadoma zazvoni ob 19. uri samostanski zvon Ave Marijo, patrom signal za skupne molitve. Pomagač pozabi na bolnika, mehanično poklekne, bolnik zdrсне na tla; pri tej priliki v inkarcerirani herniji zaklokota in črevo glasno smukne nazaj v trebušno votlino. Toda anekdote še ni konec. Zvečer se vračata operater in asistent v Recljevem landauerju proti domu, kar jim privozi izza ovinka nasproti avtomobil, ki je bil takrat prvi auto na Kranjskem in v njem lastnik, bar. Codelli iz Ljubljane. Konji se splašijo, mlad voznik od strahu zbeži in se skrije v bližnjo hosto, kočija s konji se prekotali po bregu navzdol, konečno se izvijeta skozi okno zvrnjenega landauerja operater in asistent, oba vesela, da imata še cele ude. Defranceschi zarohni nad baronom in ga pozove, da s pomočjo auta izvedejo kočijo iz jarka; nato se duhovi pomirijo, kočijaž prileze iz svojega skrivališča, odpeljejo se proti domu, kamor dospo pozno ponoči. Da se proslavi čudežna rešitev, povabi Defranceschi brata X s seboj na steklenico najboljšega vina, ki ga hrani njegova klet. Šele iz prestrašenih obrazov domačih sta razbrala in videla, da sta pravzaprav tudi vsa krvava, ker so ju drobci razbitih šip voza porezali po rokah in obrazu.

Defranceschi je bil tudi med Slovenci v Ameriki znan in popularen. Hodili so k njemu operirati si kile in druge take stvari. Tako se je nekoč pojavil tudi neki Amerikanec, ki si je domišljeval, da je pogoltnil goldinar in ta goldinar ga sedaj tišči v želodcu in se kotali po njem in povzroča bolečine. Defranceschi je s pomočjo klinične preiskave takoj ugotovil, da to ne bo res in je skušal pacienta na različne načine pregovarjati in mu izgovarjati namišljeno bolezen. Pacient se ni dal pomiriti in Defranceschi je šel, čeprav nerad, s pacientom osebno v Ljubljano k pok. Šlajmerju, ki je imel takrat v svoji ordinaciji prvi rentgenski aparat na Kranjskem. Rentgenski izvid je bil tudi negativen. Amerikanec še ni verjel. Konečno se je Defranceschi odločil, da pacienta z navidezno laparotomijo reši mučne imaginacije. V lahki narkozi mu je napravil rez skozi kožo in zopet zašil. Ko se je pacient iz narkoze zbudil, je hotel videti svoj goldinar. Defranceschi mu je po daljšem oklevanju konečno pokazal goldinar, ki so ga, da bo verjetnejše, pomazali poprej s krvjo. Od takrat je bil pacient zdrav in goldinar mu ni več obteževal želodca (marsikateri njegov tovariš pa menda tudi ne več žepa). — Ko so na goriško „Malo Semenišče“, v katerem je Defranceschi ob začetku vojne z Italijo deloval kot kirurg v zasilno urejeni bolnici Rdečega križa, padale že italijanske granate in šrapneli, je Defranceschi pravkar operiral nekega avstrijskega generala in mu v trebušni votlini iskal projekte. Hipoma udari šrapnel v operacijsko dvorano in drobec rani tudi Defranceschi-ja v stegno. Defranceschi se razjezi, da mu hudiči še pri delu ne dajo miru in ukaže, da preneso operacijsko

mizo z operirancem vred v klet, kjer je potem operacijo nadaljeval in uspešno dovršil. Ko je bilo vse gotovo, si je šele oskrbel svojo rano. Rana pa se mu je inficirala in se je moral nato par tednov zdraviti na kliniki v Gradcu.

Takih in podobnih anekdot je krožilo takrat po mestu vse polno; vse te anekdote so zgovorno pričale, kakšen ugled kot zdravnik in kirurg je Defranceschi užival in kako je bil popularen.

Defranceschi si je vedno želel, da bi po smrti počivali njegovi zemski ostanki v dolenski grudi, ki mu je postala njegova druga domovina. Želja se mu je izpolnila; iz bolnice Usmilj. bratov v Kandiji je krenil Defranceschi na svojo zadnjo pot, na tiho Šmihelsko pokopališče. Spremljala ga je, poleg odličnikov, veliko števijo tistih, ki so ga poznali in cenili še poprej, ko je deloval na Dolenjskem. Izredno mnogo je bilo v žalnem spremvodu starih ljudi in siromašnih ljudi iz mesta in okolice — najbrže sami njegovi nekdanji, hvaležni pacienti, ki se niso mogli oddolžiti z zlatom. Vsi ti so hoteli izkazati poslednjo počastitev svojemu dobrotniku.

Končam naj z besedami, ki jih je sam nekoč napisal v posmrtnici tovarišu: „Zapela je lopata in domača gruda je zasula krsto, v kateri leži truplo velikega zdravnika in dobrotnika dolenskega ljudstva.“

#### VIRI IN INFORMAGIJE:

Stanovski list zdravniške zbornice; Glasilo zdravn. zbornice (glej v tekstu); Letna poročila 1894 do 1911 „bolnice Usmilj. bratov“, v Novem mestu; Informacije od fr. Ksaverja Zamana; Zapisniki sej novomeškega okrajn. zdrastvenega zastopa, 1900 do 1911; Operacijski protokoli iz „bolnice Usmilj. bratov“ in „Ženske bolnice“ v Novem mestu, po posredovanju prim. dr. J. Pavliča, prim. dr. M. Ž. Červinke in upravitelja „bolnice Usmilj. bratov“ fr. Ksaverja Zamana; „Slovenski pravnik“ l. 1898, 1900; Dr. A. Rogina, predsedn. apelac. sodišča v p. Ljubljana, Dr. G. Barle, predsedn. okrož. sodišča v Novem mestu; Dr. E. Dereani, Ljubljana; Informacije od rodbine Clarici—Mušič, Novo mesto in dr.

*Kaj pa je vse zdravilstvo če ne iskanje poti, kako bi mogli podpirati one zdravilne moči, ki v telesu delujejo.*

W. Klusmann

(„Das Ärztebüchlein“).

# *Jz socialnega zavarovanja*

## UMRLJIVOST ZAVAROVANIH DELAVCEV IN NAMEŠČENCEV V JUGOSLAVIJI V MESECIH OKTOBRU, NOVEMBRU IN DECEMBRU 1936

V mesecih oktobru, novembru in decembru 1936 je po dospelih prijavah umrlo 199 (199) 212 delavcev in nameščencev, od teh 150 (173) 161 moških in 49 (26) 51 žensk.

Za nalezljivimi boleznimi je umrlo 75 (57) 85 oseb, od tega za tuberkulozo 59 (29<sup>6</sup>/<sub>10</sub>) 52 (26<sup>10</sup>/<sub>10</sub>) 69 (32<sup>5</sup>). Od teh jih je umrlo 58 (52 67 za tuberkulozo pljuč, 5 (1) 2 za trebušnim tifusom, 3 (1) 6 za piemijo, 1 (1) 4 za gripo, 1 (1) za šenom, 1 (1) za tetanusom, 1 (1) za malarijo, (1) za dizenterijo, (1) za tuberkulozo kosti, 1 (1) za tbc. meningitis, 5 (1) za venerično boleznijo.

Za ostalimi boleznimi je umrlo 39 (123) 108 delavcev in nameščencev, od tega odpade 21 (29) 39 na boleznih krvnega obtoka (srčne bolezni), 20 (18) 14 na boleznih prebavil, 19 (19) 18 na novotvorbe, 12 (20) 13 na boleznih dihal, 11 (17) na boleznih možgan in živcev. Samomor je izvršilo 10 (7) 7 delavcev, ponesrečilo se jih je pri delu 7 (5) 6, a izven posla 14 (7) 6 delavcev.

Po poklicu je bilo od umrlih 14 (14) 32 uradnikov, 76 (64) 70 kvalificiranih delavcev, 19 (24) 23 vajencev in 90 (97) 87 nekvalifi-

Prva številka velja za oktober, druga za november, tretja za december.

ciranih delavcev. Največje število umrlih odpade na trgovske nameščence 25 (22) 27), zatem sledo delavci tekstilne industrije 19 (15) 17, hišna služinčad 17 (—) 12, delavci gozdnosne industrije 13 (—) 15, delavci pri gradnjah — (15) —, nameščenci v gostilnah in kavarnah — (15) —, nameščenci pri javnih delih — (14) 12, ter delavci industrije obleke in čiščenja — (13 11).

Pri ostalih skupinah delavcev je bilo število umrlih izpod 10 (n. pr. grafični delavci 2 (2) 6).

Največje število umrlih je bilo zavarovanih z mezdo Din 48.— (48.—) 48.— in to 45 (31) 44 delavcev in nameščencev.

Rodbinam umrlih delavcev in nameščencev v mesecih oktobru, novembru in decembru 1936 je bilo izplačano za pogrebne skupaj Din 153.766.— (150.460.—) 173.456.—. Od te vsote odpade na zavarovanje za slučaj bolezni Din 137.466.— (147.412.—) 169.268.— a na nezgodno zavarovanje Din 6.300.— (3.048.—) 4.188.—

Naknadno je prijavljenih iz leta 1935 in prejšnjih mesecev 68 (52) 59 umrlih delavcev (od tega 51 (45) 53 moških in 17 (7) 6 žensk). Rodbinam teh umrlih delavcev je izplačano za pogrebne D 43.176.— (39.964.—) 34.690.—.

Število naknadno prijavljenih umrlih delavcev v mesecih oktobru, novembru in decembru 1936 bo objavljeno v naslednjem poročilu za mesec januar 1937.

Suzor.

# *Jz medicinskih časopisov*

## VOJNO-MEDICINSKI GLASNIK

II. JUGOSLOVANSKI KONGRES PROTI TUBERKULOZI V SARAJEVU OD 30. MAJA DO 2. JUNIJA 1936.

Strokovno-medicinski del:

Dr. Vjekoslav Kušan: Rana diagnostika tuberkuloze pluća. „Apicitis“ mora biti zbrisana iz slovarja sodobnega zdravnika, saj je rani infiltrat povsod drugje v pljučih

češči kot v vrhovih. O usodi obolelega individuuma odločajo imunobiološke prilike, konstitucionalni momenti organizma. Prvi stadij karakterizira širjenje in metastaziranje limfnim putem, dočim je za drugi stadij tipična hematogena propagacija virusa. Vendar pa predstavljajo vsi stadiji od primarnega kompleksa do izolirane organske flize biološko povezanost, ki ima tudi svojo praktično važnost. Rana diagnostika obsega vse spremembe vseh stadijev bolezni, brez ozira na lokalizacijo procesa.

Avtor se priključi Aschoffovemu označevanju manifestnega in latentnega, mesto aktivnega in inaktivnega procesa. Simptomi tuberkuloze so občega značaja, saj je jetika bolezen vsega organizma. Sledi podroben opis simptomov vseh oblik jetike, ki pridejo v poštev za rano diagnostiko te bolezni, s posebnim povdarkom kliničnih znakov.

Prof. dr. V. Čepulić: Specifična i serološka diagnostika ranih tuberkuloznih obolenja. Tuberkulinske reakcije so mnogoštevilne. Najbolje se je izkazala intrakutana reakcija po Hamburgerju. Bistvo tuberkulinske reakcije še danes ni popolnoma jasno. Važno je vedeti, da je lahka reakcija pri eni in isti osebi z enim AT negativna, z drugim pa pozitivna. Reakcija je najmočnejša na koži trebuha in prsi. Hitrost poteka reakcije je individualna. Pozitivna reakcija nima pomena v rani diagnostiki, razen pri otrocih do 2. leta, kjer pomeni aktivno tuberkulozo.

Izmed seroloških metod se aglutinacija ni uveljavila, ker ni mogoče homogenizirati bacilne suspenzije. Reakcije vezanja kompleksa raznih avtorjev se razlikujejo po antigenih. A. je v svojih poskusih uporabljal več antigenov ter s to sumacijsko reakcijo dokazal tvorbo različnih antiteles pri različnih bolnikih. Morda bi dobile te reakcije večji pomen, ako bi se našel zadovoljivi antigen. Meineckeova precipitacijska reakcija je do zdaj najvažnejša, radi enostavnosti in pa svoje klinične uporabljivosti. Žal pa je pri ranem infiltratu — kjer bi jo najbolj rabili — negativna. Vse splošno se je uveljavila sedimentacijska reakcija.

Dr. R. Neubauer: Rentgenska diagnostika ranih tuberkuloznih obolenja pluća. Rentgenska diagnostika ima za diagnozo začetne tuberkuloze neizpodbitno prvo mesto. Potrebna je tako radioskopija, kakor radiografija, ker se oba načina izpopolnjujeta. Fizeolog naj sam rentgenizira radi ožjega kontakta z bolezenskim dogajanjem. Važna je pravočasna diagnoza, radi večje uspešnosti terapije. Kljub ogromni raznolikosti patološko-anatomske slike, lahko opredelimo pojave v nekaj tipičnih oblik. Sistematični rentgenski pregledi pa služijo tudi, danes še dokaj nejasni, fizeogenezi. Površnost pregleda in slaba adaptacija so največji krivci pomanjkljivih diagnoz. Povsod skuša A. pokazati meje, ki jih ima tudi vestna in točna uporaba rentgena.

Dr. Fr. Debevec: Diferencijalna diagnoza rane tuberkuloze. V prvem delu predavanja opisuje A. bolezenske znake jetike (hujšanje, temperatura, bolečine, dispepsija, kašelj, hemoptoe, znojenje) ter kritično presoja njihovo patognomonično vrednost. Drugi del obsega izčrpno klinično in rentgensko diferencijalno diagnozo vseh bolezni, ki pridejo v poštev, predvsem pa obolenj, ki se odigravajo v prsnem košu.

Prof. dr. Radosavljević: Načelno gledište u pitanju rane diagnostike plućne tuberkuloze. Za sporazumevanje je važna definicija pojma: rana diagnoza ali diagnoza rane tuberkuloze. Tudi pojem rane tuberkuloze ni enoten. Cilj rane diagnoze je po avtorjevem mnenju ta, odkriti obolenje čimpreje, brez ozira na obliko ali stanje bolezni. Temu cilju služi najbolje rentgenski kataster, ki pa ostane iz gmočnih razlogov nedosegljiv ideal, ki se mu pa moramo skušati čimbolj približevati.

Dr. V. Spužić i dr. Dj. Brajović: Vrednost sedimentacije u ranoj diagnostici plućne tuberkuloze. Po kratki razlagi fizikalno-kemijskih principov, v katerih povdarja A. nespecifičnost sedimentacije, opiše njeno važnost za rano diagnostiko jetike. Pri sumljivem stetakustičnem pljučnem izvidu je povišana sedimentacija prvi poziv na previdnost. Ako pa obstoje v pljučih sigurno tuberkulozne spremembe, nam je sedimentacija velike vrednosti za presojo njihovega dinamičnega in evolutivnega značaja. V tem pogledu jo moremo staviti v isto vrsto s temperaturo in kliničnim izvidom, včasih ju pa celo prekaša. Z ozirom na njeno priprostost in neobčutljivost zavzema danes eno najvažnejših mest v preiskavi.

Dr. M. Bračević: Uloga eksudativnog pleuritisa u ranoj diagnostici plućne tuberkuloze. Statistični odnos eksudativne pleuritide do tuberkuloze s posebnim ozirom na tuberkulozna obolenja pljuč, ki se razvijajo v nasledju eksudativne pleuritide.

Dr. T. Živanović: Prilog ranoj diagnostici tuberkuloze hilarnih žlezda. Rentgensko najdemo spremembe hilusne sence v jakosti, obliki in dolžini. Za tuberkulozna obolenja hilusa je važno, da ni zasenčenje enakomerno, temveč pokazuje v svetlejših mestih temnejša, ki predstavljajo fokuse, iz katerih se širi specifična limfadenitis.



**Dr. M. Vračević:** Uloga plućnih krvavjenja u ranoj diagnostici plućne tuberkuloze. Pri jetičnih bolnikih se pojavljajo pljučna krvavenja v približno 50%. Vzročno zvezo imajo krvavitve s klimatskimi spremembami (zračni tlak, električni potencial in sl.), povod pa so često manjši napori, ki povišajo krvni tlak. Pri 1615 bolnikih, ki so krvaveli iz pljuč je bilo 71.4% ranih oblik tuberkuloze, iz česar je razvidna važnost tega simptoma za rano diagnozo jetlike.

**Dr. M. Samardžija:** Patogenetsko gledište u ranoj diagnostici plućne tuberkuloze. Radi težkoč, ki se pojavljajo pri ocenjevanju rentgenskega izvida je potrebno ftizeogenetsko presojanje za pravilno kvalifikacijo procesa. Pozna primoinfekcija ima za posledico posebno težke ftize, ki se razvijejo iz primarnega ognjišča. Druga možnost razvoja so slučajni protrahiranega sekundarnega stadija, torej limfo-hematogene oblike (fibrosa densa, discreta miliaris, pleuritis exsudativa). Tretji razvojni modus je tkzv. pozni infiltrat, ki se razvije iz starih kalcificiranih ognjišč in je često prav maligne narave. Čuvati moramo otroke superinfekcij, ki zapuščajo labilna žarišča, ki se vedno lahko razvijejo v omenjeno smer. Končno pa moramo poznati razvojno obliko, ki se razvije v popolnoma zdravem pljučnem tkivu tkzv. rani infiltrat kot posledica masivne reinfekcije. Vendar pa je često nemogoče oddeliti rani infiltrat od kasnega. Tudi geneza še ni popolnoma jasna (eksogena ali endogena reinfekcija?). Te štiri razvojne oblike imajo vse mogoče prehode druga v drugo in jih večkrat težko opredelimo.

## DISKUSIJA

### POTEK LETNE SKUPŠČINE JUGOSLOVANSKEGA FTIZEOLOŠKEGA DRUŠTVA

#### Socialno-medicinski del.

**Dr. Ž. Ruvidić:** Kako da se u Jugoslaviji organizuje borba proti tuberkulozi? Po prikazu statističnega materijala raznih evropskih držav, ki dokazuje uspešnost protituberkulozne borbe, prinaša a. pregled zdravstvenega stanja pri nas. V protijetično borbo naj posegajo državni, banovinski in privatni zavodi odn. organizacije, ki bi pa dobile smernice od posebnega odseka ministrstva zdravja in socialne politike. Predvsem bi pa bil potreben moderen zakon za pobijanje tuberkuloze.

**Dr. B. M. Djordjević:** Kako da se u Jugoslaviji organizuje borba protiv tuberkuloze? Potrebno je intenzivno skupno delo privatne inicijative z državno in samoupravno oblastjo. Poleg vseh potrebnih mer v smislu pobijanja tuberkuloze (strokovno izobraževanje zdravnikov, sistematični pregledi bolnih in izpostavljenih oseb, ustanavljanje novih dispanzerjev, preventorijev, gozdnih šol itd.) je važna tudi čim točnejša statistična služba. Uspehu bi pripomogel ponovno ustanovljen odsek za tuberkulozo v ministrstvu zdravja in soc. polil. ob novem zakonu za pobijanje tuberkuloze.

**Prof. dr. Vl. Čepulić:** Kako da se organizira borba protiv tuberkuloze kod nas? V današnjih slabih ekonomskih prilikah naj se uporabljajo že obstoječe medicinske institucije na ta način, da bi se dispanzerji in stanice za pneumotoraks posluževali njihovih prostorov in aparatur. K protijetičnoj borbi naj se pritegnejo predvsem splošni zdravniki, ki bi z ljubeznijo in vestnostjo lahko mnogo koristili.

**Dr. V. Savić:** Kako da organizujemo borbu protiv tuberkuloze u Jugoslaviji? Neuspeh dosedanje protijetične borbe leži v napačnih premisah zastarelega naziranja. Moderna diagnostika in terapija s svojimi uspehi zahteva revizijo dosedanje borbe. Sodelovati mora narod v najširšem smislu, borbo pa naj vodijo centralne organizacije v posameznih banovinah. Uspešno propagando za jetično borbo bi vršili tudi lahko po šolah in v vojski. Ker iz gmočnih ozirov mnogo bolnikov ni deležnih sistematične terapije, je potrebno, da jim omogočimo vsaj sodobno ambulatorno zdravljenje.

**Dr. J. Bohinjec:** Kako naj bo v Jugoslaviji organizirana borba proti tuberkulozi? Tuberkuloza je naša narodna bolezen, saj smo v pogledu obolezlosti in umrljivosti na enem zadnjih mest. Borba proti jetiki je pri nas komaj v začetnem stadiju, najmanj pa je skrbjeno za našega kmeta. Zanimanje prav onih, ki bi se morali najbolj zanimati za stvar, je minimalno, ali pa ga sploh ni. Organizacija borbe proti tuberkulozi mora sloneti na načelu skrajne decentralizacije, težišče mora ležati na ligah zunaj na terenu. Liga mora biti poluradna institucija, mora torej imeti značaj privilegirane organizacije (kot je to v dravski banovini). Potreben je zakon, ki naj uredi privatno protijetično skrb-

stvo in regulira kolaboracijo z javnimi korporacijami. Jugoslovanska liga mora predstavljati delovno skupnost zastopnikov gospodarstva, delavstva, delavskega zavarovanja, pokojninskega zavarovanja ter dobroteljskih organizacij. Krajevne lige pridobivajo ljudstvo samo k sodelovanju, kar je rodilo v dravski banovini že mnogo uspehov, vendar pa mora država avtoritativno podpirati borbo, če ne bo ostal ves trud zamanj.

**Dr. Ž. Hahn: Organizacije borbe protiv tuberkuloze u našem radničkom osiguranju.** O ogromni vlogi, ki jo igra jetika v delavskem zavarovanju govori izdatek SUZOR-ja od preko 51 milijonov dinarjev v l. 1934 za tuberkulozne delavce. Vkljub temu, da razpolaga urad z 2 sanatorijema, 4 okrevališči in 37 postajami za pneumotoraks z rentgenom, še vedno ni zadoščeno potrebi, saj umrje od 100 umrlih zavarovancev 36,3 za jetiko. Potrebna je vsesplošna organizacija borbe proti tuberkulozi.

**Dr. Ž. Ruvidić: Organizacija borbe protiv tuberkuloze u našoj vojsci.** Tuberkuloza v vojski je ozko povezana s tuberkulozo naroda, saj črpa vojska svoje sile iz naroda. Na podlagi preiskav v vojnih šolah je dognano, da pride večina gojencev že inficirana v vojsko (77%), dočim se inficira v šoli še nadaljnih 15%. Letno odpuščajo od vajakov radi jetike 400—450 ljudi, ki se zdravijo brezplačno iz „Fonda Viteškega kralja Aleksandra I. Ujedinitelja“. Ministrstvo vojske je izdalo posebno uredbo o pobijanju tuberkuloze v vojski, ki predvideva vse potrebno za uspešno borbo, ki pa je možna le, ako je skupna s civilno saniteto.

**Dr. R. Ferrí: Kako da se organizuje borba protiv tuberkuloze u Jugoslaviji?** Rabimo nujno zakon o pobijanju jetike, ki naj bo enostaven in praktično izvedljiv. Potrebna je razširitev in ustanavljanje bolnic za tuberkulozo, ki so cenejše od zdravilišč. Dobro opremljenih dispanzerjev bi moralo biti mnogo več.

**Dr. K. Radulović: Lekari će uspešno suzbijati tuberkulozu samo uz učešće celokupnog gradjanstva.** Najvažnija je prosveta naroda. Organizirajo se naj dobra predavanja z malim številom laičnih udeležencev, ki naj propagirajo potrebne ukrepe med narodom.

**Dr. P. Uzelac: Kako da se u Jugoslaviji organizuje borba protiv tuberkuloze?** A. poda v 26 točkah svoje mnenje za uspešno pobijanje jetike. Glavni pomen polaga rešitvi problema brezposelnih in kmetskih jetičnih bolnikov. Predlaga ponovno uvedbo obvezne prijave tuberkuloznih obolevnj.

**Dr. M. Petrović: Način in sretstva za čuvanje dece i mladeži od tuberkuloze.** Predavanje obsega tri dele: uvod in malo statistike, kako naj se organizira borba in praktično izvajanje. Otroški in protituberkulozni dispanzerji naj združeno posvetijo skrb inficirani in izpostavljeni deci. 26% naše mladine trpi lakoto, zato naj se za revne otroke ustanavljajo v šolah brezplačne kuhinje po vzorcu že obstoječe „šolske kuhinje Nj. Vel. kraljice Marije“. Pozabili pa ne smemo, da je najvažnejše orodje v borbi proti tuberkulozi dobro socialno skrbstvo.

**Dr. S. A. Kostić—Joksić: Značaj i uloga B. C. G. vakcinacije u borbi protiv tuberkuloze.** Tekom 8 let so cepili na akušerski kliniki v Beogradu preko 3.100 novorojenčkov, o katerih je bilo pričakovati, da bodo izpostavljeni skorajšnji infekciji s tuberkulozo. A. pravi, da je uspeh nedvomljiv, važna pa je kritična kontrola posebno za tuberkulozo umrlih vakcinirancev.

**Dr. M. Vračević: Važnost kuratoriuma i pneumotoraksa u radu antituberkuloznih dispanzera.** V Beogradu su ustanovili l. 1931 v vezi s protituberkuloznim dispanzerjem kuratorij za ubožne bolnike. Ker niso razne humane družbe hotele prispevati, predlaga a., da naj se predvideva zakonita obveznost take podpore.

**Dr. Č. Djurdjević i dr. B. Djurdjević: Kako stojimo sa vakcinacijom protiv tuberkuloze?** Dokazano je, da je vakcinacija z B. C. G. bacili neškodljiva in uspešna. Za kontrolo služi tuberkulinska reakcija, ki postane po uspešnem cepljenju pozitivna. Najboljša je subkutana aplikacija. Cepiti bi bilo treba poleg novorojenčkov tudi vse AT-negativne vojake. Imunizacija z B. C. G. cepivom je danes važen činitelj v borbi proti jetiki.

**Zapisnik IV. redne letne skupščine jugoslovanske lige proti tuberkulozi l. VI. 1936 v Sarajevu.**

Dr. Ivo Klemenčić.

# Nove knjige

Dr. Čedomir Simić: **Malaria**. Izdanje Šole narodnega zdravja v Zagrebu l. 1936. Str. 255. Poleg tuberkuloze je v naši državi najbolj razširjena malaria. Računa se, da je pri nas tekom leta okrog 1.000.000 ljudi bolnih na malariji, od teh jih pa okrog 5000 vsako leto umre. Ministrstvo oc. politike in nar. zdravja stalno posveča največjo skrb vprašanju raziskavanja, zdravljenja in preprečavanja malarije, tako da smo v tem pogledu dosegli pa tudi presegli tozadevno delo v drugih evropskih državah in se tuji zdravniki prihajajo k nam učiti.

Napisanih je bilo po vojni cela vrsta razprav o malariji, nismo pa do sedaj imeli nobene večje knjige, nobenega učbenika, ki bi obravnaval malarijo kot bolezen v splošnem, nato pa podal domače jugoslovanske izkušnje in naše metode. To važno knjigo je lani napisal dr. Čedomir Simić, direktor Higijenskega zavoda v Skoplju, eden najbolj znanih jugoslovanskih malariologov.

Pisatelj nam po kratkem uvodu poda zgodovino odkritja plasmodija, nato pa nas uvaja v podrobnosti parazitologije malarije. V sledečem poglavju se peča s prenašalcem malarije, anofelom. Nato preide na človeka in nam opiše klinični potek obolenja pri raznih oblikah malarije z eventualnimi komplikacijami. Obširno je podana epidemiologija kakor tudi način raziskavanja krajev z endemično malarijo.

Za nas so posebno važna sledeča poglavja, v katerih so statistični in epidemiološki podatki o malariji v raznih banovinah v naši državi s posebnim ozirom na Južno Srbijo, katero pojasnujejo številne statistične tabele. Na koncu knjige je 39 slik raznih malaričnih krajev.

V celoti je knjiga odlično napisana in bo dobro služila vsem zdravnikom brez razlike, pa tudi laikom (inženjerjem, entomologom itd.), ki se bavijo s pobijanjem malarije v naši državi.

Dr. V. Meršol

**Zdravje v Sloveniji**. (Prva knjiga). Življenske bilance Slovenije v letih 1921—1935. Sestavila dr. Bojan in dr. Ivo Pirc. Univerzitetna tiskarna.

Brata Pirca sta nam s pričujočo knjigo odprla bogate zaklade statističnega materiala,

ki jih leto za leto nabira Higijenski zavod. Poleg tega sta nas z uvodi, primerjavami, krivuljami uvedla v biološke skrivnosti Slovenije, ki vsakega zdravnika že po poklicu zanimajo.

Nič višje matematike in skoro brez računskih formul teče lahkolna slovenska beseda, podprta od tehtnega statističnega računa. V prvem delu so podane osnove življenske statistike, v drugem delu pa naša življenska bilanca. Tretji del pa izpolnjujejo tablični pregledi.

Rezultati tega dela so za Slovenijo dostikrat porazni n. pr.: „Naravnost rapidno lahko imenujemo zmanjšanje rodnosti v zadnjih petih letih. Velika večina prebivalstva Jugoslavije ne pozna takšnega zmanjšanja rodnosti kakor je v Sloveniji. Število nezakonskih otrok presega vse druge kraje v naši državi. Vključ številnim okrožnim zdravnikom, vključ tolikšnemu številu privatnih zdravnikov umre torej 64% prebivalstva v Sloveniji tako, da ga zdravnik ne vidi in ne ugotovi vzroka smrti“ Statistika umrljivosti za jetiko v Jugoslaviji in Sloveniji je vsaj za leti 34 in 35 gotovo napačna, ker se obe umrljivosti krijeta. Lahko rečemo: nadvse zanimiva in nadvse potrebna knjiga.

Dr. T. F.

Prof. dr. W. Weygandt: **Udžbenik nervnih i duševnih bolesti**. Preveo: Dr. Kuzman Kekić, primarius Opšte državne bolnice, Beograd.

Predgovor prevodu napisao: Prof dr. Laza Stanojević, Beograd. XXIX + 765 strana teksta sa 210 slika. Beograd, 1937. Štamparija Drag. Gregorića, Strahinića bana 75. Cena Din

Prevod tega edinstvenega dela, ki je v ponos nemški medicinski literaturi sploh, osvetljuje živčne in duševne bolezni v oni luči sodobnih izsledkov ne samo v nevro-psihopatologiji, ampak med drugim tudi v naravoslovju in dušeslovju, ki vidijo v človeku psihofizično enoto, med čigar duševnostjo in organi telesa posreduje psihofizični princip, realiziran v njegovem živčevju in ki kažejo na človeka kot na svet, ki je v stalnem gibanju, spreminjanju in razvoju obenem z zunanjim svetom, ki torej ne ustvarjajo prepada med njegovim duševnim in telesnim

svetom, ampak ju kvečjemu družijo, pa ustvarjajo tudi za nevrologijo in psihiatrijo ona tla, na katerih je moči njune elemente združili in iz njih, rekli bi, zgradili enotno stavbo, ki je tokrat kot prva našla svoj vidni izraz ravno v pričujočem delu. Prevod tega dela je torej tudi pomembna pridobitev za našo medicinsko literaturo v širšem pomenu besede.

In če pravi prof. dr. Oswald Bumke v predgovoru k četrti izdaji svojega afirmiranega učbenika duševnih bolezni, ki je izšel leta 1936, da se je v psihiatriji od leta 1929 toliko izpremenilo, da je moral pisati to knjigo v glavnem na novo in če govori prof. dr. Ernst Rüdin, predsednik društva nemških nevrologov in psihiatrov v uvodu k pričujočemu Weygandlovemu učbeniku živčnih in duševnih bolezni, da je bila že velika potreba po takem učbeniku, ki bi vseboval bolezni celotnega centralnega živčnega sistema in ki pri navajanju njih vzrokov tudi temeljito razpravljal o modernih dedno bioloških raziskavanjih in to še s posebnim ozirom na človeka in ko laskavo pohvali avtorja, da mu je s pomočjo odličnih sodelavcev uspelo realizirati njegov povsem novi načrt skupne obdelave nevrologije in psihiatrije še s posebnim ozirom na dedno biologijo in ko vidi tudi ostala popriščča te knjige povsem na višku kot napredna in sodobna, potem ni treba izgubljati besed o aktualnosti in o svojstveni vrednosti te knjige, ki bo bogatila s svojo globoko zajeto vsebino zdravnika, medicina, na gotovih popriščih pa tudi laika kot n. pr. filozofa, pedagoga, sociologa, sodnika, advokata.

Imamo torej pred seboj prvi tak učbenik, ki osvetljuje hkrati oba do sedaj ločena področja: nevrologijo in psihiatrijo. Kdor se je hotel z njima seznaniti, si je morat nabaviti dva učbenika, cd katerih pa je vsaki odvisno

pretresal isle bolezni kot n. pr. organska obolenja lobanjskega mozga, lues lobanjskega mozga in paralizo, arteriosklerozo, encefalito, endokrina obolenja, epilepsijo, histerijo in mnoge druge psihonevroze. Pa tudi splošna poglavja kot n. pr. etiologija živčnih in duševnih bolezni, simptomatologija, patološka anatomija, terapija le pridobijo na plastičnosti, če se jih motri z vidika, ki osvetljuje oba področja hkrati. Glavno poprišče za psihiatra so klinične psihoze, ki jim je mesto v sredini med organskimi obolenji živčnega sistema po eni in konstitucionalno upogojenimi psihonevrozami po drugi plati, pa je prišel ta etiološki kriterij do izraza tudi v razdelitvi tvarine v specialnem delu te knjige.

Dr. Kanoni.

*Quelques vérités premières en Urologie* par G Marion Masson & Cie Éditeurs 60 strani.

Pod vodstvom L. Ombrédanne in N. Fiesingerja je začel izhajati periodikum, napisan od znanega strokovnjaka. Marion je v tem zvezku obdelal vso urologijo. Namen teh publikacij, kakor pravi sam Ombrédanne v uvodu, je ta, da avtor poda v kratkem in preglednem stilu svoje stališče v vseh vprašanih urologije. Pravzaprav naj bi se imenovala publikacija „Vérités daujourd'hui“, ker se ne bavi z problemi ki še niso rešeni. Večina brošure zavzemajo pregledne tabele, v katere so slisnjene in po rubrikah razdeljene najvažnejše stvari. Razdelitev je prvo po organih. Simptomi, indikacije in terapevtske metode so zelo shematično razdeljene in v telegrafskem stilu obdelane. Knjiga je namenjena v prvi vrsti praktičnemu zdravniku, ki nima interesa kakšnega globokejšega študija posameznih vprašanj iz urologije, temveč je dovolj, da si v tem leksikonu poišče odgovarjajoče mesto,

## KNJIGARNA KLEINMAYR & BAMBERG

LJUBLJANA

TELEF.  
31—33

**P**riporoča gg. zdravnikom medicinsko in farmacevtsko slovstvo po originalnih cenah. Ne naročajte pri inozemskih potnikih, pri katerih plačate višje cene! Nemško marko preračunavamo do nadalj. po 12 Din.

MIKLOŠIČEVA C. 16

kjer dobi natančen in hiter pregled željene stvari. Knjigo posebno odlikuje sistematika in preglednost.

Dr. B. Lavrič.

**Quelques vérités premières en chirurgie abdominale** par H. Mondor. Masson & Cie Éditeurs 96 strani.

V sličnem stilu je napisana cela kirurgija abdomena s to razliko, da ni shematičnih pregledov, temveč je vsako vprašanje obdelano v kratkih odstavkih. Avtorska imena so popolnoma zanemarjena.

Knjiga ima sledeče odstavke: Prvi odstavek vsebuje trebušno steno, želodec, duodenum in pankreas.

V drugem odstavku najdemo vsa vprašanja iz črevesne in peritonealne kirurgije.

Dočim je tretje poglavje rezervirano za ginekologijo.

Cela knjiga je sestavljena pregledno in zelo duhovito. Ko človek prebira te knjizice, dobi vtis, da so to zbirke vprašanj in odgovorov, katere najdemo na zadnjih straneh raznih strokovnih revij. Mogoče je to tudi pandan sličnim Lexerjevim zvezkom, v katerih pa najdemo na isti način obdelana bolj ozka in omejena vprašanja iz kirurgije.

Dr. B. Lavrič.

Noel Fiessinger: **Quelques vérités premières sur les maladies du foie** — (Masson et Cie Editeur — Paris 1936). Pod vodstvom L. Ombredaine et N. Fiessinger izhaja zbirka izredno praktičnih, dobro in duhovito pisanih priročnikov iz raznih področij medicine. Te knjizice so pisane v izredno lahkem, duhovitem stilu, ki izdajajo temeljito znanje piscev samih. Pričujoča knjizica — 80 strani — o boleznih jeter, spada med najlepše medicinske knjige, ki sem jih čital v zadnjem času. V predgovoru pove pisec sam, kaj je s knjigo hotel, s temi-le besedami: „Nasveti, ki jih v tej knjigi dajem, združujejo in pričajo v par stavkih to, kar znam. Naj bi pomagali onim, ki tavajo v negotovosti, razjasnili one, ki so zašli na stranpota in zabavali te, ki že znajo“. Po končanem čitanju moram priznati, da se je pisec točno držal teh stavkov. V obliki kratkih stavkov, skoraj bi rekel aforizmov, zgoščenih v posameznih poglavjih, obdelala celo anamnezo, klinično in funkcijsko preiskavo jeter, preide nalo na simptome, govori o raznih vrstah

zlatenice ter obdelala razna obolenja jeter, kjer ne pozabi diferencialne diagnoze. Na kratko se dotakne tudi radiološke preiskave in duodenalne tubeze. Konča s terapijo, kjer posebno povdarja važnost dietetike nad zdravili. Govori o indikacijah in kontraindikacijah operativnih posegov, kjer s pravico povdarja, da: „Bolniki jeter, najsi bodo katerekoli vrste, ne ozdravijo nikoli z operacijo samo, ker ostanejo še jetra in z njimi vzroki bolezní. Edino-le zdravnik-internist ostane gospodar bodočnosti. On mora že vnaprej misliti, da se lahko prepreči in zagotovi bodočnost z zdravljenjem, dietetiko in higijeno“.

Vsem tovarišem, ki obvladajo francoščino, morem knjigo le priporočati, ker jo bodo radi, z zanimanjem in koristljo zopet in zopet čitali.

Dr. Simoniti Lojze.

Emil C. Barell: **Festschrift. Ob priliki 40-letnega prezaslužnega in plodonosnega dela glavnega generalnega ravnatelja dr. phil. Emila C. Barell-a, kateremu sla lekoma doksarata med. univ. h. c. vseučilišča v Zürichu in Baselu in ki je s svojim pionirskim vzglednim in požrtvovalnim delom vzdignil podjetje F. Hoffmann—La Roche & Co. d. d. in ves koncern Roche od samega početka do njegovega kozmopolitskega značaja na polju izdelave zdravil, znanih in priznanih pod znakom „Roche“, so izdali njegovi osebni prijatelji in najbližji sodelavci v založbi trg. hiše „Roche“, spomenico neobjavljenih znanstvenih del iz celokupne znanstvene in uporabne medicine ter medicinske in farmacevtsko-tehnološke kemije. Na 570 straneh velikega oktava so nanizana dela vsemu medicinskemu svetu dobro znanih veličin medicinske vede in to vprašanja, zanimiva ne samo za znanstvenike, temveč tudi za vsakega praktičnega zdravnika, lekarnarja in kemika. Kot primer visokega znanstvenega nivoja in zanimivosti obdelanega gradiva naj navedemo samo nekatera pomembnejša dela kot n. pr.: Cloetta: „Misli in dejstva o biokemijskih osnovah čuječnosti in spanja;“ P. Karrer: „Raziskavanja o konstituciji ter sinteza laktoflavina (vitamin B<sub>2</sub>);“ W. Löffler: „Helborsid kot sredstvo za srce;“ R. Staehelin: „Vitaminska klinika;“ W. Straub: Analiza delovanja sene-sovega listja na črevo;“ M. Guggenheim: „Temeljni farmakoterapije;“ C. Vetter: „Novejši**

problemi izdelovanja kinina;“ A. J. Frey: „Opinjati iz makove glavice“ itd.

Knjiga se ne nahaja v prodaji, temveč je razposlana kot dar vseučiliškim bibliotekam ter fiziološkim, farmakološkim, farmacevtskim,

## Kongresi

„Jugoslovansko kirurško društvo priredi svoj drugi redni kongres 3. 4. 5. septembra v Ljubljani.

Na dnevnem redu sta dve glavni temi: **peritonitis perforativa in nephrolithiasis**. Poleg omenjenih tem so dovoljene tudi

## Drobne novice

Forlaninijev zavod v Rimu je letos razpisal nekaj stipendij za studij tuberkuloze v tem zavodu.

V Grčiji so s prav posebno intenziteto začeli borbo proti tuberkulozi. Država posebno podpira ustanovitve podeželskih bolnic za tuberkulozne ter zdravišič, predvsem tudi za koslno tuberkulozo.

Čudna vrsta goljufije zaposluje dunajske zdravnike. Po dunajskih bolnicah so se v zadnjem času pojavili slučaji težkih flegmon, katerih vzroka niso mogli pojasniti, dokler se ni

## Iz uredništva

**ZA TISKOVI SKLAD Z. V.  
SO PRISPEVALI:**

Po Din 100—: Dr. Hammerschmidt E., dr. Derganc F., dr. Breclj A. — Ljubljana; dr. Skulj S. — Mokronog; dr. Černič M. — Maribor; dr. Baumgartner H. — Trbovlje; dr. Blanke W. — Ptuj; dr. Šarec J. — Radovljica. Po Din 50—: Dr. Tičar J., dr. Sonc A. — Ljub-

medicinsko-kemičnim inštitutom širom celega sveta in nekaterim medicinskim univerzitetnim klinikam. V Beogradu se nahaja 8, v Zagrebu 6, v Ljubljani 1 izvod te knjige.

druge proste teme. Kongres se vrši v veliki dvorani na univerzi.

Predsedstvo vabi vse zdravnike, da se predavanju udeležijo.

Jugoslovansko kirurško društvo  
v Ljubljani.

ugolovilo, da so si ljudje vbrizgavali petrolej, da bi čimdalje dobivali holezino.

V Čehoslovaški republiki so do konca marca t. l. ugotovili skoraj 400 obolenj za tularemijo.

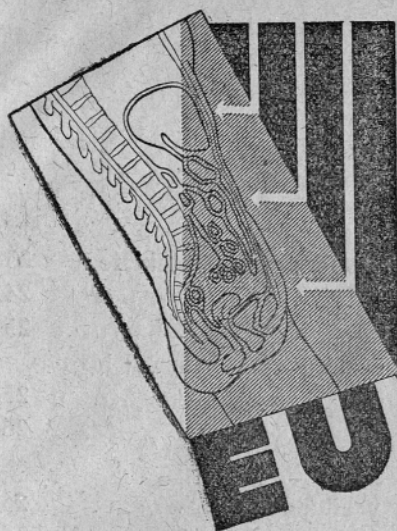
Med nemško ekspedicijo na Nanga—Parbat, ki je našla letos tako žalosten konec, sta se nahajala tudi dva zdravnika, dr. G. Hepp iz Münchena iz dr. H. Hartmann iz Berlina.

Umrli: Prof. Ludolph von Krehl, eden največjih nemških internistov naše dobe.

ljana; dr. Rituper A. — Krizevci; dr. Vrečko V. — Ptuj; dr. Fedran G. — Hudo; dr. Stuhec-Ramšak M. — Črna; dr. Repšič F. — Planina. Po Din 40—: Dr. Hočevar — Kočevje. Po Din 30—: Dr. Češarek A. — Bled, dr. Volbank J. — Kr. gora, dr. Kocijančič V. — Škofja Loka. Po Din 20—: Dr. Rakež J. — Šmarje. Hvala!

Seznam zaključen dne 20. VIII. 1937.

# SPAZMI



žolčnega mehurja žolčnih poti želodca in čreves urogenitalnega aparata

# EUPACO

Merck

Tablete, supozitorija  
ampule Syntaverin Atropin  
E. MERCK - DARMSTADT  
Zastopstvo za Jugoslavijo: Mr. Dr. Leo  
Neumann, Zagreb, Mošinskoga 14

---

## Röntgen

FILMI - PLOŠČE - PAPIRJI

## Röntgen

Cene nizke, postrežba točna!

Zahtevajte ponudbe:

DROG. ADRIJA — LJUBLJANA — ŠELENBURGOVA

---

AKRATOTERMA

## KRAPINSKE TOPLICE

Starodavni zdravilni izvori (aquae vivae 38 - 42) uporabljamo s sodobnim balneoterapevskim spoznanjem. V vezi s peloidi dosežemo najboljše uspehe pri vseh kronično-vnetljivih procesih, posebno pa revmatoidnih obolenjih. Blago podnebje deluje sedalivno na neuropatično in nadražilno na rekonvalescente in na preosnovno tvari.

UMERJENE PAUŠALNE CENE!

## VSEBINA:

	Stran
Dr. Lunaček P.:	Vaginalna preiskava in puerperalne infekcije . . . . . 235
Dr. Simoniti:	O črevesni tuberkulozi . . . . . 242
Dr. Furlan T.:	Silicosis . . . . . 251
Dr. Tavčar I.:	Ulkozova bolezen kot alergoza — smeri tozadevne moderne terapije . . . . . 255
Dr. Merljak B.:	Patogeneza iktera . . . . . 260
<b>IZ PRAKSE</b>	
Dr. Brecelj A.:	Prispevek k poglavju v kliconoših . . . . . 266
Dr. Kremžar:	O „specialitetah“ . . . . . 268
Dr. Mušič D.:	Iz zgodovine medicine na Dolenjskem (Zdravniško in organizatorno delo pok. dr. P. Defranceschi-ja v Novem mestu od l. 1894—1911; začetek moderne medicine na Dolenjskem — Nadaljevanje in konec) . . . . . 275
Iz soc. zavarovanja:	. . . . . 281
Iz medic. časopisov: (vojno medic. glasnik)	. . . . . 281
Nove knjige:	. . . . . 285
Kongresi:	. . . . . 288
Drobne novice:	. . . . . 288
Iz uredništva:	. . . . . 288

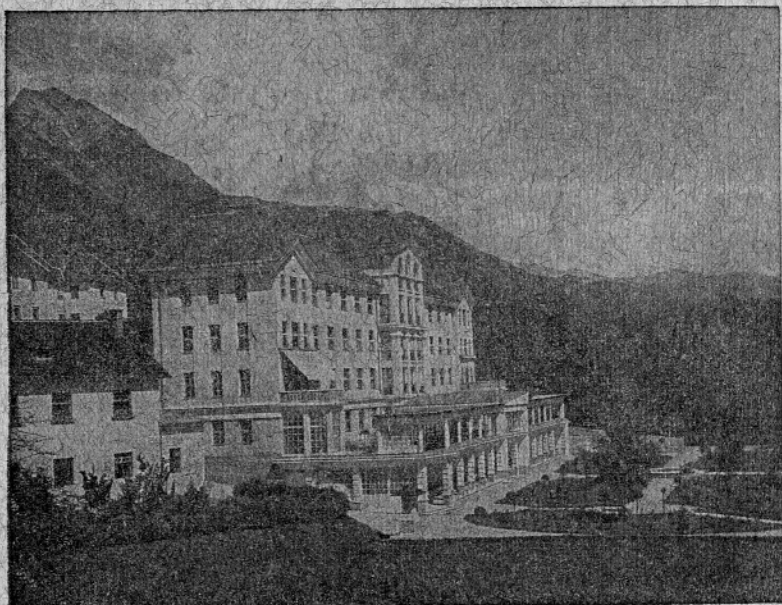


---

---

# Zdravilišče Golnik

za bolne na pljučih.



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

## 3 oskrbni razredi

Vsi moderni diagnostični pripomočki na razpolago! — Higienično-dietetično zdravljenje, tuberkulin, avroterapija, pneumothorax artificialis, phrenicoexairesis, thoracoplastica, Jakobäusova operacija.

**Vse informacije daje uprava zdravilišča Golnik.**

**Pošta — telefon — brzojav: Golnik.**

**Železniška postaja za brzovlake Kranj, za osebne vlake Križe - Golnik na progi Kranj - Tržič. Avto pri vseh vlakih.**

---

---

---

 **Kaštel d.d.**

ODDELEK  
„SANABO-KAŠTEL“

---

# TESTOSAN FORTE

HORMONSKI PREPARAT IZ MOŠKE SPOLNE ŽLEZE  
Injekcije (vodena raztopina) vsebujejo spermatogenetski del  
spolne žleze.

Tablete in želat. kapsule

# TESTOSAN FORTE OLEOSUM

Injekcije vsebujejo ekstrakt intersticijelnih stanic

PREPARAT BIOLOŠKO STANDARDIZIRAN

---

ZANESLJIV HOLAGOGUM

# BILAGIT

„KAŠTEL“

ODSTRANI MOTNJE V ŽOLČNIH KANALIH

Orig. škatlje z 20 in 40 draž. tabletami

2—3 krat dnevno 1—2 tableti

 **Kaštel d.d.**

**Zagreb**

---