

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

MED. UNIV.
DR. VLADIMIR GULIČ

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

KEMIKA D. D. ZAGREB

Priporoča svoje preizkušene domače preparate:

P a n k r i n

ekonomični in delotvorni preparat pankreasa

Vsebuje vse fermente, v želodcu se ne razkraja in razvija absolutno zanesljivo delovanje. indiciran pri nedovoljni funkciji pankreasa, prebavnih motnjah, trdovratnih diarejah in sl. Prah za recepturo in tablete (orig. cevčica s 25 ali 50 tabl.)

Eupaverin

Visoko učinkoviti preparat Eumydrina in Papaverina za zdravljenje vseh spazmov gladke muskulature. Posebno indiciran pri kolikah, krčih, spastični obstipaciji in sl. Tablete (orig. cevčice z 20 tabl.) in supozitoria (orig. škalljice z 10 supozitorijami)

Kalmopyrin

Najbolj dovršeni preparat salicila. Odličen antipyreticum, analgeticum in antirheumaticum

Topljiv v vodi — Prenaša se odlično — Deluje zanesljivo in hitro
Prah za recepturo in tablete a 0.5 g (škallje z 10 ali 20 tabl.).

Alexipon

Visoko delujoči perkulani antirheumaticum in analgeticum. Resorbira se odlično in nima neugodnega duha. Ojačen z antirheumatičnimi dodatki kot

Alexipon comp.

razvija krepko delovanje. Orig. stekleničice po 25, 50 in 100 gr.

Predpisujte dobre in preizkušene domače preparate!

Naslov uredništva in administracije:
Zdravniški Vestnik - Golnik.

Vsebina: Glej stran X.

PUHLMANN ČAJ

znamke „RIPON“

več kot 25 let priznan pri

akutni in kronični bronhiti,
ker izvanredno omiljuje draženje h kašlju, zlasti pri
asthma bronchiale
ker lahko razsluzi.

Doziranje: Pri odraslih 10 — 15 g = 2 navadni žlici na 1 l vode, vkuhati na pribl. $\frac{2}{3}$. Prvo polovico je izpiti zjutraj gorko, ostalo 2—3 ure predno ležemo spat, pravtako segreto.

Odobreno od Ministarstva narodnega zdravlja z. Br. 18260., 29. IX. 1931.

Originalni omot ca 125 g za 6 dni . Din 30—
Originalni omot ca 500 g za 3 tedne Din 100—



Literaturo in poskusne količine pošilja :

Puhmann & Co., Berlin O. 171, Müggel-Strasse 25—25 a

Glavno skladišče za Jugoslavijo: PH. MR. TICHY BÉLA-HORGOS (Dunavska Banovina)

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH
ORGANOV IN PREOSNOVE

ROGAŠKA SLATINA

ma v svojih treh vrelcih „TEMPEL“ „STYRIA“ in „DONAT“ izvanredno veliko 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 direkciji zdravilišča

ROGAŠKA SLATINA!



GARDAN

Pri bolečinah vseh vrst

Deluje odlično pri **gripi**, febrilnih prehlajenjih, revmatizmu in nevralgiji

Posebno se priporoča proti bolečinam ob času menstruacije
Dobro ga prenašajo odrasli in otroci

Originalni zavitki:
Cevčica z 10 in stekleničica z 25 tabletami po 0.5 g

»Bayer«

I.G. Farbenindustrie A.G.
LEVERKUSEN NA RAJNI



Zastopstvo za Jugoslavijo:

„JUGEFA“ K. D.
BEOGRAD ZAGREB

Protiv
Kašlja

Dicodid-Tabletten

«Knoll»

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

daleko je podesniji od Codeina.

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

Vrlo retko uzrokuje opstipaciju.

Rp. Dicodid-Tabletten »Knoll«

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

Cevčice sa 10 tableta po 0,01 g.

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



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

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

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA
V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO IN ADMINISTRACIJA: DR. R. NEUBAUER — GOLNIK

Štev. 3.

31. Marca 1935.

Leto VII.

S porod. - ginekol. klinike Masarykove univerze v Brnu - šef. Prof. G. Müller

Ruptura vaginae et parametrij progrediens ad cavum peritoneale per corpus alienum *

Dr. BOGO SKALICKÝ, sekundarij splošne bolnice v Mariboru.

Poškodbe zunanjih, posebno pa notranjih spolovil so v ginekološko-porodniški praksi razmeroma zelo redke. Raaflaub je v svoji statistiki zavarovalnice zoper nezgode v Luzernu v letih 1920/23 ponazoril, da je med 350.000 poškodbami vobče le 60 slučajev poškodb ženskih spolovil. V današnji dobi so morda te poškodbe pogostejše, ker žena ni vezana samo na hišno delo, temveč zapušča dom in odhaja za zaslužkom. Vrhu tega pa je gotovo velikega pomena tudi današnji velik razvoj sporta, ki ga tudi žene v izdatni meri gojijo.

Poškodbe nastanejo navadno vsled mehničnega, redkejše vsled kemičnega odnosno toplotnega delovanja ali z električnim tokom. Mehanično delovanje povzroča poškodbe posredno ali neposredno. Čeprav so poškodbe mnogolične, kadar so spolovila posredno ranjena, jih moremo po svojem nastajanju deliti na tri glavne skupine:

1) Poškodbe pri padcu na zadnjico (regio glutealis) na tope ali ostre predmete (na rob stopnice, na kamen, steklene drobce i. t. d.)

2) V drugo skupino lahko prištevamo poškodbe, ki so nastale pri padcu z razkoračenimi nogami (pri sankanju, smučanju, vožnji na kolesu i. t. d.)

3) Najvažnejša je tretja skupina, kjer gre za poškodbe spolovil z nasajenjem na predmete, ki imajo obliko kola ali klina (držaji orodij, plot ograje, štrcelj.)

Redkejše so poškodbe spolovil, ki nastanejo neposredno in so posledice težjih poškodb mehkih delov pri prelomu medeničnih kosti.

Ginekologa zanima predvsem tretja skupina, ki je najbolj tipična po svojem mehanizmu med vsemi poškodbami posrednega postanka. Redno so tu poškodovana notranja spolovila, pri katerih najdemo krvavitev iz nožnice. Poklicani zdravnik preda navadno tako poškodbo v strokovno zdravlje-

* Ob 60 letnici prof. dr. G. Müller-ja. Predavanje na VI. znanstvenem sestanku mariborskih zdravnikov.

nje ginekologu. Tako je bilo tudi v slučaju, ki sem ga imel priliko opazovati na svojem študijskem dopustu na ginekološki kliniki prof. G. Müller-a, na Masarykovi univerzi v Brnu.

R. A. 40 letna žena poljedelca, ki je šestkrat spontano porodila, je delala na podu in skladala ječmen na kopico. Spustila se je po končanem delu po trebuhu s 4 m visoke kopice ter se pri tem nasadila na držaj vil, ki so bile prislonjene ob kopico. Ženo je močno zbolelo, padla je na tla ter si leže sama izvlekla krvav držaj iz nožnice. Bolnica je priklicala pomoč šele po preteku četrte ure; kljub temu, da je izgubila veliko množino krvi, se ni onesvestila. Ko je poklicani zdravnik ugotovil krvavitev iz nožnice, je ženo tamponiral ter jo takoj odpremil na kliniko.

Predno je bila žena notranje preiskana, je dobila profilaktično dozo tetanus-antitoksinovega seruma. Pozneje smo dobili na lastno željo na vpogled držaj vil, na katerega se je žena nasadila. Držaj je 1.50 m dolg, ovoidnega prereza, v premeru 2.5 cm, ki se polagoma navzdol razširja do širine 4 cm. Držaj je razmeroma gladke površine, do dolžine 19 cm je pomazan s krvjo in mestoma najdemo na njem prilepljene zasušene ostanke gnoja, ki se dajo le težko odstraniti.

Status praesens: Žena srednje rasti, dobro hranjena, bleda in jako anemčina.

Pljuča in srce brez posebnosti.

Trebuh nekoliko izpod površine prsnega koša napet (deféense musculaire); precejšnja difuzna občutljivost pri palpaciji; najbolj občutljiv levo pod popkom.

Puls 132, reguløren, mehak.

Urin čist; beljakovine, sladkorja in krvi ni najti.

Zunanja spolovila niso ranjena. Po odstranitvi vaginalne tamponade: introitus vaginae precej širok, kot posledica slabo zaraščene poporodne raztrganine presredka. Nožnica normalno dolga, prostorna, sluznica gladka, gube izgajene. V zadnjem delu nožnice več krvnih koagulov. Po odstranjenju koagulov otipljemo portio vaginalis uteri, ki leži v srednji črti in ima na obeh straneh brazgotine, nastale pri poporodnih raztrganinah. Zunanje maternično ustje prehodno za konico prsta. Maternica je normalno velika, trda v anteverziji - fleksiji, vsestransko premakljiva. Pri bimanualni preiskavi toži pacientka o bolečinah na levi strani trebuha pod popkom. Desni adneksi so prosti in brez posebnosti. V levem fornixu nožnice najdemo raztrganino nožnične stene, ki je prehodna za dva prsta in sega globoko v parametrij. Radi močno napete trebušne stene ni mogoče ugotoviti digitalno, da li je pretrgan peritonej. Pri preiskavi z vaginalnimi spekuli se ugotovi krakasta raztrganina v levem stranskem predelu forniksa v obliki črke V, katere vrh leži v cerviksu. Oba kraka raztrganine sta enako dolga, z neostrimi in razcefranimi robovi. Nožnična sluznica v okolici rane ni poškodovana, iz raztrganine priteka kri. S Hegarovim dilatatorjem, vloženim v rano, pridemo globoko v prosto trebušno votlino.

Rektalna sluznica je gladka in nepoškodovana. Z ozirom na akutno krvavitev in radi upravičenega suma, da je ranjeno črevo, se pristopi k laparatomiji (po preteku štiri in pol ure po poškodbi).

V inhalacijski narkozi z mešanico se odpre trebušna votlina v srednji črti pod popkom. V peritonealni duplini najdemo večjo množino stare, strjene pa tudi sveže, tekoče krvi. Revidirajo se organi male medenice in išče izvor krvavitve. Maternica je normalne velikosti v anteverziji - fleksiji,

adneksi na obeh straneh brez posebnosti. Levi ligamentum latum v velikosti otroške dlani devastiran, robovi raztrganine potekajo nepravilno, so razcefrani in infarsirani. Peritonej, ki pokriva velike žile, je odrgan in ligamentum infundibulopelvicum, katerega kontinuiteta je sicer ohranena, visi prosto, odrgan od spodnjega dela insercije. Skozi defekt prosevajo vena in arteria iliaca in iz njega priteka kri. Po izsušenju krvi se ugotovi, da je ono mesto, kjer križa arteria uterina ureter, kot bi bilo anatomske izpreparirano. Ureter sam leži v dolžini 6 cm popolnoma izoliran, enako tudi art. uterina prav do svoje odcepitve od art. hypogastricae. Krvavitev izvira iz natrgane art. uterinae medialno od ureterja, kot tudi v raztrganem tkivu okolice in je parenhimatoznega značaja. Arterija uterina se z ozirom na njeno izolacijo z lahkoto podveže ter izvrši nato hysterektomija z levostransko adneksotomijo. Prostoležeči ureter ima v dolžini 1 cm poškodovano adventicijo. Po ustavljeni krvavitvi se vaginalni krn zdrigne le s par situacijskimi šivi, skozi raztrganino v vaginalni steni pa se vloži subperitonealno dva drena. Sledi peritonealiziranje male medenice. Ker se defekt v levem parametriju ne da kot navadno pokriti, se k peritonealizaciji uporabi sigma. Na sigmi se najde 3 cm dolg in $1\frac{1}{2}$ cm širok defekt seroze, ki se zašije. Nato se revidirata tenko in debelo črevo, katerih kontinuiteta pa ni na nobenem mestu poškodovana. Tudi mezenterij ni poškodovan. Peritonealna duplina se izpere s par litri tople fiziološke raztopine in po izsušenju se laparatomijska rana v etažah zašije.

Postoperativni potek: Drugi dan po operaciji se dvigne temperatura na 38° . Po odstranjenju vaginalne drenaže oboli bolnica na težkem vnetju mehurja (b. colli). Laparatomična rana zaceljena pp. Dvanajsti dan po operaciji priteka iz vagine gnoj, ki ga je od dne do dne več. Devetnajsti dan po operaciji je temperatura septičnega značaja (do 40°). Nožnica je zlepljena ter slepo konča, le na mestu prvotne raztrganine pridemo levo skozi odprtino, prehodno za dva prsta, v prostorno votlino, iz katere priteka pri pritisku na trebuh velika množina gnoja. Trebuh je mehak in nikjer ni najti rezistence. Večkrat dnevno se izpere nožnica in recessus s hipermandanovo raztopino, pozneje z rivanolom, vendar se sekrecija ne zmanjšuje. Bolnica dobi urotropin, izpira se ji mehur in vnetje mehurja se kmaluboljšuje. Hemokultura stalno negativna, četudi je temperatura še vedno septična. Ordinira se elektrargol s coraminom. Po 7 tednih po operaciji je vročina padla in bolnica je več dni afebrilna, le gnojna sekrecija iz nožnice traja še vedno, vendar v manjši meri. Pacientka hodi. Po tej, teden dni trajajoči evforiji, nastane nenadno profuzna krvavitev iz granulacij recessa, kateri je le še za en prst prehodan. Krvavitev se je ustavila po iztamponiranju z gazo, prepojeno z raztopino ferri sesquichlorati. Gnojna sekrecija traja dalje kljub temu, da se izpira, instalira Sol. Chlumsky in lapizira. Zato se recessus previdno izpraska. Histološki izvid izpraskanega tkiva pokaže, da je to granulacijsko tkivo s piogeno membrano. Kmalu nato je sekrecija prenehala in odprtina se je zlepila. Bolnica toži pri hoji na bo-

lečine na levi strani pod popkom in na bolečine v križu, ki izžarevajo v levo stegno. Hodi sključena, pregibanje v levem kolku je izredno boleče.

Rentgenska slika pokaže, da je okostje in leva articul. coxae brez patoloških sprememb. Težave, ki so sedaj nastopile, so nedvomno v zvezi z vnetljivimi izpremembami v m. psoas-u. Po fototerapiji so te težave kmalu izginile. Postoperativno zdravljenje je zahtevalo cele štiri mesece.

Te vrste poškodb lahko delimo glede na razsežnost na štiri stopnje.

V vrsto poškodb prve stopnje lahko prištevamo poškodbe vulve, perineja in anusa. Poškodbe druge stopnje so one, ki vodijo globlje v vagino, v rektum, v mehur in v njihovo okolico, ne da bi bil načet peritonej. Tretjo stopnjo pa predstavljajo poškodbe, kjer so poškodovani peritonej in eventualno intraperitonealno ležeči organi. Zelo redke so poškodbe četrte stopnje, kjer predre tuje telo trebušno steno iz notranjosti trebuha navzven ali pa prodre skozi diafragmo v prsno votlino. Če pregledamo gornjo razdelitev vidimo, da tvori naš slučaj prehod med poškodbami 2. in 3. stopnje. V našem slučaju je poškodovan peritonej. To odgovarja po zgornji razdelitvi poškodbi tretje stopnje. Od intraperitonealno ležečih organov je poškodovana le sigma, katere seroza je natrgana. Pri tej kvalifikaciji nam je upoštevali še natrganje art. uterinae in ureterja. Ker bi pacientka iz natrgane arterije lahko izkravela, moramo oceniti to poškodbo enako kakor one, kjer so poškodovani trebušni organi.

Slične poškodbe so razmeroma redke in v pristopni literaturi sem našel popisanih le pet podobnih slučajev.

Našemu slučaju najbolj sliči poškodba, ki jo je publiciral A. Mayer. Držaj vil je v tem slučaju prodril skozi levi forniks nožnice in sprednji list lig. lata v trebušno votlino. Zanimivo je, da zunanja spolovila niso bila ranjena in da ni trpela obenem nosečnost v prvem mesecu.

V slučaju Brunzel-a je prodril držaj skozi prednji forniks nožnice, pretrgal mehur, poškodoval serozo čreva na več mestih in preluknjal mezenterij sigme. Držaj se je otipal pod trebušno steno v bližini želodca.

S francoske literature naj omenim slučaj, ki ga popisuje Keller, kjer je žena padla s kopice dračja na kol zapičen v zemljo. Pri padcu je bil težje poškodovan mehur in obenem raztrgan peritonej.

Pri teh treh slučajih je prodrlo tuje telo, ki je povzročilo poškodbo skozi vagino. Publicirana pa sta še dva slučaja, kjer je predmet prodril skozi anus v nožnico in dalje v trebušno votlino približno pod istimi okoliščinami.

Hubrich opisuje poškodbo pri ženi na koncu nosečnosti, kjer je držaj vil prodril skozi anus v vagino in od tu skozi fornix vaginae v Douglas. Takojšnja sectio cesarea je rešila živega otroka.

V slučaju, ki ga je publiciral Fuchs, gre slednjič za poškodbo, nastalo pri padcu z zadnico na nogo stolice. Pri tej poškodbi, h kateri so se pridružile pozneje komplikacije, se je noga stolice vrinila v anus brez poškodbe sfinkterja, prodrla prednjo rektalno steno, zadnjo nožnično in

natrgala prednjo nožnično steno. Mehur ni bil poškodovan. Slučaj je posebno zanimiv radi tega, ker je poškodba navidezno lahka in ozdravljena, vendar povzročila komplikacije, ki so se javile šele po letih, ko je bila ta žena noseča. Kot posledica starih rektalnih in pararektalnih brazgotin je nastal pri bolnici na koncu nosečnosti delni prolaps rektuma, kompliciran z nenavadno velikimi hemoroidalnimi vozli. Ker je nastopila začetna nekroza vozlov in se je bilo bati izkrvavitve in slednjič infekcije se je končala nosečnost s cesarskim rezom.

Zanimivo je, da niso bila niti v našem, niti v literaturi popisanih slučajih obenem poškodovana zunanja spolovila, odnosno anus (sfinkter). To dejstvo si lahko razložimo tako, da je tuje telo prodiralo centrično, pod primernim kotom v smeri medenične osi v spolovila, dalje s tem, da je bil predmet na prerezu ovoidne oblike, gladke površine, da je vulva zijala, (ruptura perinei male sanata), ali pa, da je obstojalo vsaj gotovo ugodno razmerje med odprtino vulve in debeljino prodirajočega predmeta. Mehanizem je pri vseh opisanih slučajih isti. Intaktnost sfinkterja si lahko razlagamo, na enak način s tem, da je predmet okrogle oblike prodiral centrično. Sfinkter se tako sicer maksimalno razširi, toda enakomerno na vseh mestih, tako da ne pride do nobenih patoloških sprememb.

Prvi pogoj uspešnega zdravljenja je, da ugotovimo razsežnost poškodbe. Razen v slučajih poškodb prve stopnje, kjer je njih značaj evidenten, je treba brezpogojno vedno ugotoviti, da li so poškodovani tudi peritonej in trebušni organi. Iz okoliščine, kako daleč je predmet pomazan s krvjo, ne moremo sklepati na razsežnost poškodbe, ker kri pač lahko steče po gladki površini predmeta in bi nas tako privedla v zmoto. Na drugi strani je gotovo važno, da predmet, ki je povzročil poškodbo, po možnosti pregledamo, če ne manjka na njem del, ki bi bil odlomljen in ostal v telesu. Enako važna je adspekcija predmeta, ali je pokrit z gnojem, zemljo ali sicer nečist. V slučajih ekstraperitonealnih poškodb zadostuje šiv raztrganine in kontrola eventuelne poškodbe mehurja in rektuma s pomočjo cistoskopije in rektoskopije. Če najdemo, da je poškodovan peritonej, je vedno nujno indicirana laparatomija ter revizija intraperitonealno ležečih organov. Kako važna je revizija z laparatomijo je številčno dokazal Maurice Gérard ki je zbral vrsto poškodb mehurja, kjer je bil istočasno poškodovan peritonej. V petnajstih slučajih je bilo zdravljeno konservativno in od teh jih je umrlo dvanajst, od naslednjih dvanajst, ki so bili takoj operirani pa so umrli le štirje.

O prognozi poškodb te skupine se moramo izražati vedno zelo previdno. Poškodbe so tem resnejše, težje, čim se pridruži infekcija. Če je tkivo po sebi manj vredno, ali sicer patološko spremenjeno, pa tudi za časa nosečnosti so vse te poškodbe mnogo težje. Predmeti, s katerimi nastanejo poškodbe, se navadno uporabljajo v gospodarstvu; zato so pogosto zamazani in nečisti in tako pride prav lahko do infekcije. Tako nastanejo obolenja, kakor so erisipel, flegmone ali celo sepsa. Dasiravno

najdemo na takih umazanih predmetih pogosto bacile tetanusa, vendar do izbruha obolenja tetanusa ne pride, ako se pravočasno aplicira antitoksični serum. Do poškodb večjega obsega in obenem težjega značaja pride, kadar je tkivo radi pomanjkanja elastičnih vlaken ali pa radi motnje v prehrani tkiva izredno krhko in se trga (v starosti, pri prolapsih nožnice in maternice, craurosis vulvae itd.). Večkrat so žile varikozno razširjene in tako pride često do profuzne krvavitve, ker se pri relativno slabi sili žile natrgajo oziroma počijo. Tudi druge patološke spremembe ženskih spolovil morejo komplirati poškodbe, ki bi bile sicer lažjega značaja, čeprav je delujoča sila ena in ista. Sem uvrstimo razne deviacije maternice, gnojna adneksalna vnetja, tumorje maternice, jajčnikov itd. V nosečnosti se komplikacije stopnjujejo in jasno je, da žena lahko spovije, prečkasno porodi, ali da se poškoduje sama maternica ali pa celo plod sam.

Smrt nastopi navadno vsled izkrvavitve ali infekcije, ki je bila zanešana z umazanim predmetom ali pa se razširila iz poškodovanega črevesja. Popisani so redki slučajji, kjer je nastopila smrt vsled šoka ali embolije (Gujot, Villar). Procentualno navaja Tillman umrljivost pri poškodbah različnih delov telesa z nasajanjem na predmete sledeče številke: 76% smrtnih slučajev, kjer so poškodovani poleg peritoneja tudi drugi organi, kjer pa so ostali nepoškodovani, le 31%. Pri ekstraperitonealnih poškodbah znaša umrljivost le 7%.

Na drugi strani je splošno znano, da imajo ženska spolovila tendenco da se po poškodbah hitro celijo in ozdravijo. Vendar ostanejo pogosto posledice po poškodbah ki so večkrat težkega, prehodnega ali trajnega značaja. Tako najdemo često tudi posttraumatične brazgotine, stenoze ali celo atrezije nožnice (Fuchs), redkeje fistule — rektovaginalne in vezikovaginalne. Tako nastanejo na eni strani motnje v seksualnem življenju in obenem s spremembami mehkih porodnih poti in okolice na drugi strani motnje v nosečnosti in pri porodu. Zgoraj navedeni Fuchsov slučaj poškodbe rektovaginalnega septa jasno priča o tem in dokazuje, da morejo posttraumatične brazgotine spolovil tudi mnogo pozneje po poškodbi povzročiti komplikacije. Klinični pomen poškodb ženskega genitala prehaja s tem na novo polje — na polje strokovne kvalifikacije in nezgodnega zavarovanja.

Résumé.

Dr. Bogo Skelicky, assistant, Maribor: Ruptura vaginae et parametriae progressiva ad cavum peritoneale per corpus alienum.

(Clinique gynécologique - obstétricale du professeur Dr Müller a Brno).

L'auteur fait la description d'un cas très rare de blessure des parties génitales de femme, causée par un empalement sur une manche de fourche. L'objet a pénétré à travers le fornix gauche du vagin et les parametria gauches, profondément dans le ventre. La partie gauche du lig. latum a été dévastée; le peritoneum qui couvre les grandes veines a été sectionné avec le lig. infundibulo-pelvicum de son insertion, l'art. uter. et l'adventitia de l'ureter gauche ont été déchirés. Par opération (hystérectomie et adnexotomie) la malade a échappé à l'hémorrhagie.

L'auteur compare ce cas a cinq autres qui ont été décrits dans les publications medicales de la literature mondiale accessibles. Il énumere les différentes lésions des parties génitales et de leur origine, et parle de leur mécanisme, de leur prognose et de leur guérison efficace.

Literatura.

- A. Mayer: Weibliche Geschlechtsorgane und Unfall.
Fuchs Pfählungsverletzungen und ihre Späifolgen.
Zbl. f. Gynaekol. 1931 str. 1400.
Keller: Empalement de la vessie. Bull. de la soc. d'obstetr. et de gynécol de Paris. Letnik 13 štev. 1 str. 74-75-1924.
Moritsch: Einige Fälle von Pfählungsverletzungen.
Wien. Klin. Wschr. 1929 str. 737.

Državno lječilište za tuberkulozu kosti i zglobova, Kraljevica

Diagnostika, diferencijalna diagnostika i terapija osteo-artikularne tuberkuloze*

DR. MIROSLAV DELIĆ

U tako kratkom vremenu, koje mi stoji na raspolaganju, htjeo sam dati cjelokupnu sliku osteo-artikularne tuberkuloze dotičući se samo letimice svih problema. Svijestan sam, da ću na taj način mnogo toga morati ispustiti, ali sam uvjeren, da mnogi od Vas pozna tuberkulozu kosti i zglobova ne samo iz literature nego i iz prakse. Moje predavanje ima za svrhu jedino to, da Vas orijentira o tome, kako stanovište ortopedi danas zauzimaju u pitanju osteo artikularne tuberkuloze, i to poglavito t. zv. škola Bercka, kojoj i ja pripadam.

Koštano zglobna tuberkuloza nastaje u II. stadiju opće tuberkulozne infekcije (Ranke). U tom stadiju raznašaju se bacili po organizmu i fiksiraju ili u izvjesne organe ili u sve organe od jednom provocirajući tako lokalne ili generalizirane lezije. Bacil tuberkuloze dopijeva do kosti ili zgloba krvnim ili limfnim putem, dodirom sa susjednim tuberkuloznim žarištem ili u najredjim slučajevima preko otvorene rane. Najčešći je put infekcije krvnom strujom.

Tako je u pretežnom broju slučajeva koštano-zglobna tuberkuloza metastaza već drugdje postojećeg žarišta.

Patološka anatomija: Bacil se tuberkuloze ugnijezdi u spongijoznom dijelu kosti. Ali istom nakon nekoliko mjeseci dodje do klinički vidljivih znakova. Na mjestu infekcije stvori se granulacijono tkivo, protkano sa tuberkulima, koje rastući u okolini razori sve, što mu na putu stoji. Za tuberkulozu je tipično, da kod nje unatoč raširene destrukcije normalnog tkiva nema apozicije sa strane periosta. Iznimku čini spina ventosa. Rijetko se kada granulacije ne raspadaju. Obično se one osire, pa dalje raspadnu u gnoj.

*Predavanje održavano na Golniku 16. IX. 1934.

Taj si gnoj nadje prolaz na površinu kože duž muskulature i javlja se kao absces. Naravno, da osim fibrozne i kazeozne forme zglobno-koštane tuberkuloze postoje kao i kod plućne sve moguće kombinacije.

Tuberkulozni proces može da utječe na rastuću kost ili u smislu ubranog rasta, ako se žarište nalazi u blizini epifize ili u smislu spriječavanja rasta, ako je pogodjena upravo epifiza.

Zglobovi se mogu inficirati ili preko kosti, a onda govorimo o primarno koštanoj formi. Poznata je i primarno sinovijalna forma. Kod te forme stvara se na unutrašnjoj strani zglobne čahure granulacijono tkivo, koje razara zglobnu hrskavicu. Sada nastaju upalni izljevi u zglob, koji mogu biti ili sero-fibrinozni (hidrops) ili gnojni. Nad takovim zglobovom koža je natečena i blijeda, od tuda naziv tumor albus.

Koštano-zglobna tuberkuloza javlja se najviše između 2—6 godine, u kasnijim godinama sve rjeđe. Vanjski nas izgled bolesnika ne smije nikada zavesti, jer i rumen, pun čovjek može bolovati od vrlo teške koštane ili zglobne tuberkuloze.

Prema Rankeu osteo-artikularna tuberkuloza nastaje u II. stadiju ili u stadiju alergične hipersenzibilnosti.

Zglobno-koštana tuberkuloza ima određeni razvojni ciklus sa tri stadija, od kojih prvi i drugi stadij spada u II. Rankeov stadij, a treći stadij osteo-artikularne tuberkuloze, stadij progresivne reparacije, spada u treći Rankeov stadij ili stadij histološkog imuniteta.

Opća diagnostika: Koštano-zglobna tuberkuloza počinje uvijek neprimjetno, potajno. Od prvih subjektivnih znakova treba spomenuti osjećaj težine i ukočenosti. U početku još nema nikakvih bolova. Vrlo često bolesnici dovadjaju početak bolesti u vezu sa traumom. Ali, u jednoj ranijoj radnji dokazao sam, da taj traumatski momenat dolazi u obzir samo onda, ako je za vrijeme inzulta postojala bacilemija.

Pojava bolova dovodi do muskularne fiksacije bolesnog segmenta ili zgloba. Naskoro se pojavi i otok, koji već mehanički priječi kretanje zgloba i dovodi do fiksacije u funkcionalno nezgodnom položaju. U tom stadiju bolesti bolesnici se bude od bolova; to dolazi od tuda, što se u snu ne čuva bolesni zglob i svaka kretanja izaziva odmah velike bolove.

Pregled bolesne kosti ili zgloba mora biti veoma točan, a osobita se pažnja ima posvetiti na otekline, na prisilna držanja i na atrofiju kod bolesti ekstremiteta. Male razlike ne možemo okom primjetiti, zato vršimo na ekstremitetima komparativna mjerenja, koja odmah otkrivaju atrofiju bolesne strane.

Palpacijom se ustanovljuje razlika u debljini i konzistenciji mekih djevoja, ali i razlika temperature kože. Nad bolesnim zglobovom koža je uvijek toplija. Pritisak uvijek izaziva bolove. Ne smije se zaboraviti ni na pretragu gibivosti zgloba ili sistema zglobova. Upala uvijek dovodi do manje ili veće ograničenosti kretanja. Sama bolest uzrokuje prisilna držanja, kontrakture.

Tuberkuloznu upalu prepoznaćemo u početku po podmuklom, neprijetnom toku, po bolovima na pritisak, po povišenju toplote bolesnog zgloba i po ispadu normalne funkcije. Tjelesna toplota redovito je normalna i u postavljanju dijagnoze ne igra nikakvu ulogu. Od pomoćnih dijagnostičkih sredstava u prvom se redu moramo poslužiti rentgenovom slikom. Akoprem treba najmanje tri mjeseca do makroskopski vidljivih promjena, kod sumnjivog slučaja moramo odmah načiniti snimku, koja može da pokaže otok nekih djelova, proširenje zglobne pukotine, koštanu atrofiju.

Sedimentacija crvenih krvnih tjelešaca ubrzana je kod svih patoloških procesa, kod kojih postoji raspad tkiva. Time ta proba prestaje biti specifična za tuberkulozu, ali nam pokazuje jeli taj proces upalne i razorne ili druge naravi.

Tuberkulinska proba ima svoje značenje jedino kod negativnog ishoda, koji dokazuje, da pregledani nije zaražen bacilima tuberkuloze. Pozitivni Pirquet dokazuje samo, da je bolesnik prebolio tuberkuloznu infekciju, ali nije pouzdan dokaz, da je zglobni proces bezuslovno tuberkulozne naravi. U naše dijagnostičke svrhe možemo sa sigurnosti upotrebiti samo negativan ishod reakcije.

Dijagnostiku nam olakšava pretraga punktata na bacile. Bojenjem dobivamo pozitivan rezultat u 8—9⁰/₁₀. U početnom stadiju bolesti, dakle u prvih šest mjeseci inokuliran punktati obično je negativan kod probe na zamorcu, tako da i ovdje samo pozitivan ispad kulture ili biološkog dokaza imaju sigurno značenje. Negativan ispad bojenja ili biološkog pokusa nisu još dokaz, da se ne radi o tuberkuloznoj naravi procesa.

Nakon općenite simptomatologije preći ćemo na rane simptome kod pojedinih lokalizacija i početi ćemo sa opisom tuberkuloze kosti. Kod tuberkuloze falangi i metatarzalnih i metakarpalnih kosti proces se odigrava redovito u diafizi. Spongioza i kompakta se razore, a periostalni se obruč stalno odebljava. Bolova gotovo i nema, meki su djelovi otečeni a kretanje nisu ograničene. U dugim kostima opažamo diafiznu tuberkulozu multipno, simetrički. Ni kod te lokalizacije u početku nema ni bolova ni smetnje funkcije. Centralno položena žarišta mogu ostati čitavo vrijeme nezapažena. Bolovi nastaju istom uslijed simpatičkog izljeva u susjedni zglob. Koža je bolesnog ekstremiteta nad oboljenim mjestom toplija. Iznimku čine slučajevi sa naglim napredovanjem bolesti i sirastim raspadom. Tu su bolovi već od početka vrlo veliki, a ispad funkcije znatan.

Kod bolesti osa plana vidljiv je samo otok, a bolovi se javljaju istom kasnije.

Kratke kosti obole vrlo često i kao primjer obično se uzima kalkaneus. On oboli najčešće na zadnjoj poli. Oko čitave petne kosti pojavi se otok, koji međjutim nikada ne prelazi u maleolarnu reviju. Bolovi se javljaju kod pokušaja hodanja. Bolesnik se štiti od bolova tako, da ne stupa na petu, samo na prste.

Tuberkuloza kralježaka je jedna od najčešćih lokalizacija, koju susrećemo. Bolest se nekada ograničuje samo na jedan kralježak, ali u većini slučajeva bolesnici dodju sa razorenjem od nekoliko kralježaka. Nekada se vidjaju i dva odjeljena žarišta.

Klasične simptome spondylitisa, gibbus, absces, nervne smetnje, naravno da ne vidimo odmah u početku. Kod male djece roditelji opažaju, da se ne rado izgraju, ili kreću i da sve više blijede. Bolovi u grudnom košu i truhu, ako za njih ne nadjemo uzrok u promjeni dotičnih organa, uvijek su suspektni na oboljenje stupa kralježaka. Te bolove možemo izazvati udarajući oprezno po šiljatim nastavcima kralježaka ili vršeći indirektni pritisak preko glave. Mnogo je bolji v. Bayerov, kod kojega dijete podigne obje ruke do horizontale i nakon nekog vremena točno lokalizira bolove u stupu kralježaka. Bolesnik se brani od bolova tako, da hrptenicu odtetere uje podupirajući se rukama. Ako se prstom predje preko stupa kralježaka preko šiljatih nastavaka, može se sa malo pažnje ustanoviti početni gibbus t. j. nestanak jedne od normalnih krivulja. Ograničenje jedne od fizioloških kretnji isto je sumnjivo. Kod odraslog početni su simptomi spondylitisa mnogo nejasniji. Bolest se razvija mnogo sporije, a smetnje općeg stanja su manje. Bolesnici se obično tuže na iradiirajuće bolove ruke i noge. Prisilna držanja i kontrakture mnogo su nejasnije nego kod djeteta.

Tuberkuloza zglobova nastaje ili primarno u zglobnoj čahuri ili sekundarno od susjednog koštanog žarišta. Osobito je teško u početku postaviti pravu diagnozu, jer nam manjkaju važni simptomi koštanog oboljenja, bolnost na udar i promjene na rentgen slici.

Svaki ispad funkcije zgloba sumnjiv je. Nije dosta ispitati aktivne kretnje, potrebno je uvijek izvesti i pasivne. Samo se po sebi razumije, da ćemo komparacije radi izvadjati kretnje na zdravoj i na bolesnoj strani.

Tuberkulozno oboljenje zglobova prstiju očituje se u otoku zgloba i u bolnosti na pritisak. Nije rijetkost, da se ta tuberkuloza propagira na ovojnice tetiva i na same tetive.

Tuberkuloza ručnog zgloba počima obično na bazama metakarpalnih kosti. (Slika br. 1—2). Otok i bolovi sve su veći, ruka se postavlja u laku volarnu fleksiju i ularnu abdukciju, prsti su opruženi i nešto rašireni. Bolesnik, da bi smanjio bolove, oprezno drži bolesnu ruku u zdravoj. Lakteni zglob oboli primarno u nekim slučajevima na sinoviji, uslijed čega kapsula odeblja. Izljev u zglob priječi normalne kretnje. U drugim slučajevima početak je obično u ulni, pa istom nakon nagriženja hrskavice dodje do infekcije cijelog zgloba.

Rameni zglob oboli sa znakovima postepenog slabljenja ruke i ukočenosti zgloba. Bolovi su neznatni. Bolesnik čuva rane i drži ruku mlohavo uz tijelo. Ipak pritisak na samo žarište izaziva bolove. Rijetka eksudativna forma kod djece dovodi do izljevova u zglob i otoka mekih djelova. Uslijed toga je rame otečeno. Kod caries sicca naprotiv dodje do atrofije m. deltoideusa. Akromion jako iskoči na van, a kod pokušaja kretnji čujemo u zglobu pucketanje.

Tuberkuloza sternoklavikularnog zgloba razvija se vrlo sporo gotovo bez ikakvih bolova. Ako su oba zgloba zahvaćena, što nije tako velika rijetkost, lako se pomišlja na lues. Za to je osobito kod te lokalizacije potrebno učiniti Wassermannovu reakciju.

Sakro-iliakalna tuberkuloza javlja se između 20 i 35 godine. Bolovi su vrlo jaki kod hodanja, kod sjedenja i kod stajanja. Udar na sam zglob izaziva vrlo jake bolove, a često se može ustanoviti već i absces. Pritisak na obe crijevne kosti izaziva isto jaku bol, koju bolesnik lokalizira točno na sam zglob.

Jedna od vrlo čestih lokalizacija je tuberkuloza zgloba u kuku. U početku se bolesnici tuže na umor i slabost bolesne noge. Odmah iza toga javljaju se bolovi, koje bolesnik vrlo često projicira u koljenu. To je vjerovatno u vezi sa draženjem n. obturatoriusa, koji opskrbljuje kuk ali odašilje neke izdanke sve do koljena. Kod bolova u koljenu, i to tamo gdje za samu bolest nema nikakvih znakova, mora se pretražiti i kuk, jer je velika vjerovatnost, da je baš on bolestan. Bolovi se ublažuju mirovanjem, no to nas ne smije zavesli od pomisli, da bi se moglo ipak raditi o tuberkulozi zgloba. Pustimo li takog bolesnika opet da hoda, njemu će se bolovi opet vratiti. Da bi smanjio bolove, bolesnik šepa. Ako u tom stadiju pregledamo bolesnika, to ćemo opaziti odmah atrofiju noge, ali i otok zgloba, kao i povišenu temperaturu kože. Regijonalne žlijezde su otečene. Direktna pritisak na zglob, ali isto tako i udar na trohanter, izazivaju jake bolove.

Od tuberkuloze koljena najčešće obole djeca. Bolest se javlja u dvije forme: ili kao hydrops ili kao fungus. Ali izgleda, da je preteča fungu a uvijek hydrops, samo što u dosta velikom broju slučajeva kod ispravnog ranog liječenja bolest ne prelazi u fungus. U početku bolesti subjektivni su simptomi vrlo maleni. Oni se očituju često u umoru i slabosti bolesne noge. Bolovi se javljaju kasnije. Uslijed zglobnog izlivanja čahura se ispupči oko čašice. Punktat biće uvijek nešto zamućen uslijed sadržine fibrina. Kod fungusa forma je zgloba drugačija. Otok je najveći u visini zglobne pukotine, zbog čega cijeli zglob ima vretenastu formu, koja se još pojačava atrofijom kvadricepsa. Otok je mekano elastičan. Gibanja su vrlo ograničena, zglob se nalazi u fleksionoj kontrakturi većeg ili manjeg stupnja. Tuberkuloza skočnog zgloba počima često u jednoj kosti, što uzrokuje izoliranu bol i otok. Čim se proces proširi na cijeli zglob, otok se protegne preko cijelog zgloba. Zglob je nepokretan, bolan i vrlo brzo se postavi u položaj ekvinusa (V. sliku br. 3, 4, 5, 6.).

Tuberkuloza ostalih zglobova noge ima mnogo sličnosti sa tuberkulozom ruke. Izoliranu tuberkulozu malih zglobova možemo ustanoviti po tačno omeđenom otoku i bolovima.

Diferencijalna diagnostika. Izvjesne grupe bolesti u njihovom početku mogu da se jave pod slikom tuberkuloznog oboljenja zgloba, pa je za to potrebno, da u kratko nabrojim te bolesti po grupama.

U prvu grupu spadaju infektivne bolesti, koje uvijek počinju naglo, sa velikom temperaturom i jakim bolovima. U akutnom stadiju lako ih je

razlikovati, ali u kroničnom ili subakutnom stanju mogu činiti velike poteškoće ispravnoj diagnostici.

Reumatizam zglobova u subakutnom i kroničkom stadiju razlikuje se od tuberkuloze po negativnoj tuberkulinskoj probi, po čistom punktatu i po smanjenju bolova podavanjem salicilnih preparata.

Gonorrhoe javlja se monoartikularno, naglo, sa vrlo velikim bolovima i visokom temperaturom. Za dijagnozu je odlučujuća dobra anamneza i dokaz gonokoka.

Kronički osteomielitis se lako diagnosticira kod klasičkih simptoma, ali nekada nema ni bolova, ni temperature, ni otoka. Rentgenološki nalaz može da bude nekada potpuno negativan. I u tom slučaju jedino negativni Pirquet može da odluči, da se radi o osteomielitisu, a ne o tuberkulozi.

Tifus se javlja najčešće na rebrima ili kralježcima. Uvijek počinje sa temperaturom. Pozitivna Gruber-Widalova reakcija, žućkasto sivi punktati abscesa, nalaz tifus-bacila u punktatu omogućuje dijagnozu tifusa.

Jaki noćni bolovi uz istodobni mali izpad funkcije zgloba sumnjivi su na sifilis. Dijagnozu osigurava pozitivna Wassermannova reakcija i poboljšanje bolesti podavanjem jod-kalija.

Drugu grupu čine tumori i to u prvom redu sarkom. On brzo raste široko je priljubljen uz kost, ne pravi nikakove upale u okolini, ali izaziva vrlo jake bolove. Metastaze odašilje u pluća. Sam tumor za razliku od tuberkuloze na opip je tvrd i pripada kosti.

Karcinom javlja se najčešće iza 40. godine. Primarni su koštani karcinomi vanredna rijetkost. Inače su oni metastaza poznatog ili još neotkrivenog žarišta raka. Vrlo jaki bolovi, koji se ne daju nikakvim ortopedskim sredstvima uništiti, govore za maligni karakter tumora. Dijagnozu utvrđuje tamo gdje je to anatomski moguće, pregled materijala, dobivenog probnom ekscizijom.

Bolesti razne etiologie. Ostitis fibrosa karakterizirana je pretvaranjem koštane moždine u fibrozno tkivo. U tom tkivu nastaju često ciste, a uporedu s time dodje do razgradjivanja koštane supstance i do spontane frakture. Rentgenološka slika upućuje nas na ispravnu dijagnozu.

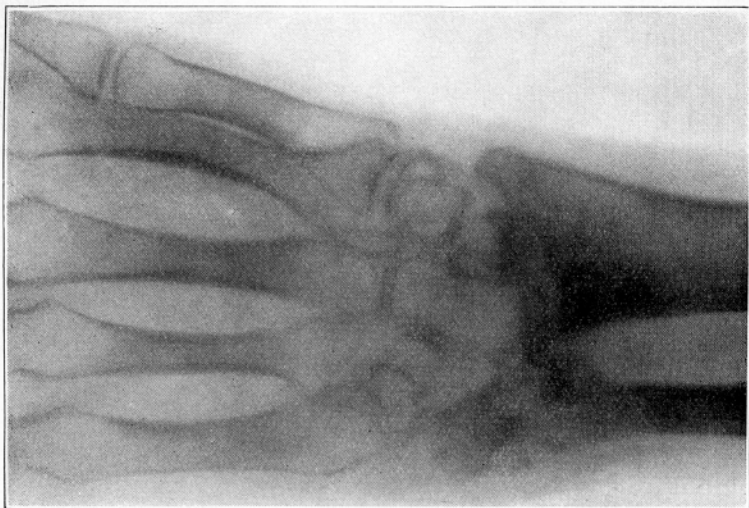
Koštane ciste mogu biti ili traumatske ili nepoznatog uzroka. Traumatske ciste javljaju se samo kod elastične kosti djeteta. Te ciste ne prave nikakove smetnje globalnim ekscurzijama, ali prouzrokuju dosta jake bolove. Tek spontana fraktura omogućuje u mnogo slučajeva ispravnu dijagnozu.

Bolesti zglobova. Nevropatska obolenja najčešća su uslijed tabesa, siringomielije, uslijed multipne skleroze. Rijetko kada će te bolesti biti zamijenjene sa tuberkulozom, jer dolaze u dosta naprednom stadiju. Nevropatska oboljenja karakterizirana su potpunim odsustvom bolova uz dosta velike deformacije.

Arthritis deformans ima isti početak kao i tuberkuloza. Ta se bolest u velikoj većini slučajeva javlja kod staraca, a rentgenološka slika pokazuje uvijek stvaranje koštanih izdanaka, a nikada koštanu atrofiju.

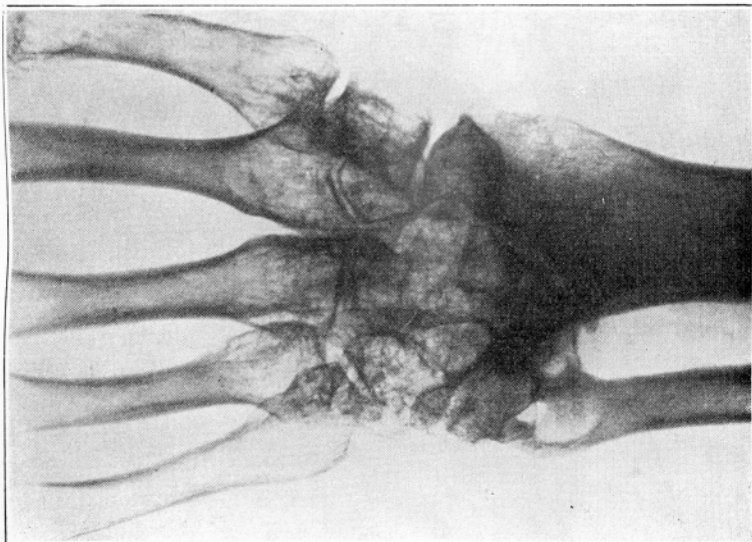
Dr. MIROSLAV DELIĆ

*Diagnostika, diferencijalna diagnostika i terapija osteo-artikularne
tuberkuloze*



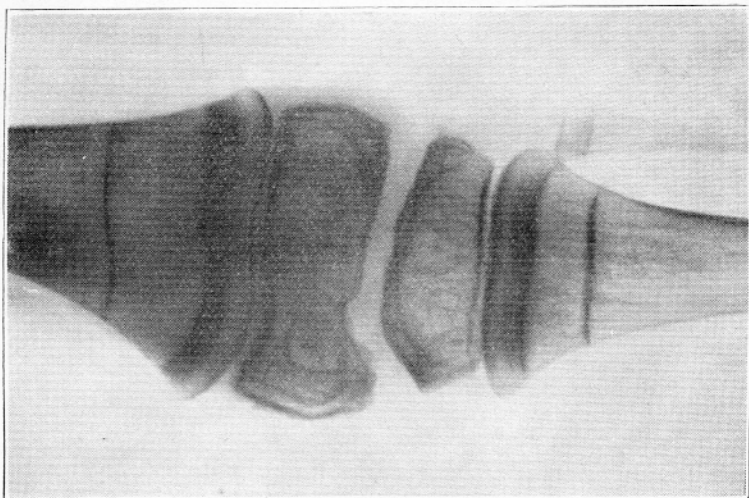
Slika br. 1.

*Teška tuberkuloza karpalnog zgloba i baze metakarpalnih kosti. Jaka atrofija, vrlo
mutan crtež*



Slika br. 2.

Potpuno izliječen proces. Struktura normalna



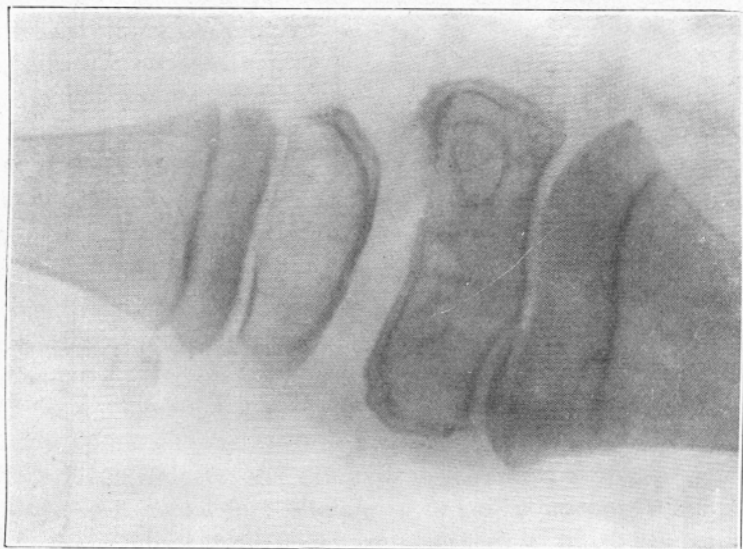
Slika br. 3.

Žarište u medijalnom kondilu, proboj u zglob. Jaka atrofija kosti



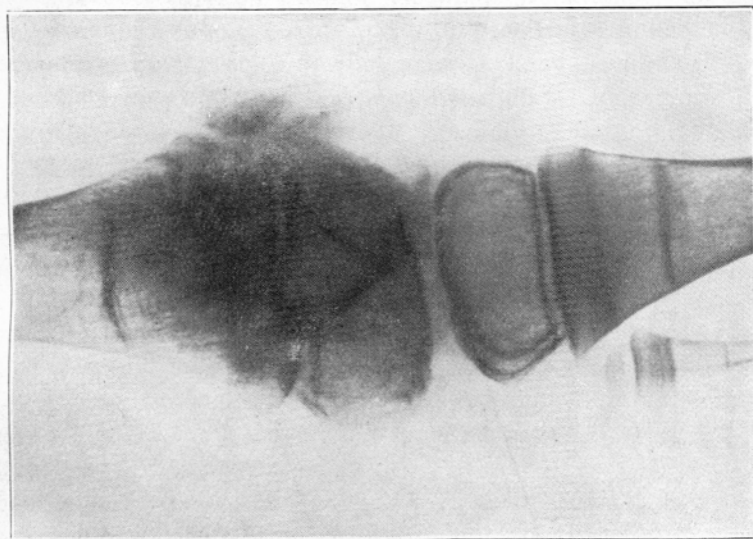
Slika br. 4.

Isti slučaj u profilnom snimku



Slika br. 5.

Potpuno izliječenje. Kaverna ispunjena dobro strukturiranim koštanim tkivom



Slika br. 6.

Izliječena tuberkuloza koljena u profilnom snimku

Osteochondritis dissecans javlja se između 15. - 30. godine. Uzrok joj je nekroza hrskavice, uslijed čega se stvara slobodno tijelo u zglobu. Bolovi nastajaju naglo i to samo po sebi dostaje, da se izključi tuberkuloza.

Zglobovi *hemofiličara* opažaju se samo kod muškaraca. Karakteristično je, da otok nastupa naglo, da sa mirovanjem izčezava, ali se za par dana javlja tipično obolenje kože.

I *traumatske* ozlijeđe zglobova mogu se u rijetkim slučajevima zamijeniti sa tuberkulozom, ali ako nakon ispravnog liječenja unutar 2—3 nedelje simptomi nestaju, sigurni smo, da se radi o traumatskoj upali zgloba.

Histeričari pokazuju nekada kontrakture, tipične za tuberkulozu zgloba. Rentgenološka slika pokazuje u takovim slučajevima, da na zglobno-koštanom sistemu nema ništa patološkog.

Liječenje osteo artikularne tuberkuloze dijeli se na općenito i ortopedsko-lokalno.

Od općeg liječenja u prvom redu treba spomenuti dijetetsko liječenje. Ja ću samo spomenuti Sauerbruch-Gersonovu dijetu, koja je u svoje doba pobudila priličan interes. Sa ortopedske strane u mnogim publikacijama bilo je dokazano, da se tom dijetom ni u koliko ne pospješuje izliječenje zglobno-koštane tuberkuloze. Ja to mogu sa mojim iskustvom samo da potvrdim. Mi dajemo običnu miješanu hranu, koja se je pokazala najkorisnija i za bolesnika najugodnija.

U općenito liječenje spada i medikamentozno i tu treba u prvom redu spomenuti jodne preparate. Autori kao Finikoff i Vulpus javljaju o vrlo dobrim uspjesima, koje su postigli vlastitim preparatima, ali naša lična iskustva yatrenom i jodom govore, da ti preparati ni u koliko ne utječu na tok tuberkuloze. Fosfor dajemo uvijek samo u kombinaciji sa ribljim uljem. Rzne kalcijeve preparate prepisujemo vrlo rijetko i to samo u III. stadiju zglobno-koštane tuberkuloze, je se je opazilo, da bezprekidno podavanje kalcija dovodi do stvaranja bubrežnih kamenaca. Proteinoterapija, teški metali, biološke metode (bakterio-toksino i opoterapija), pa Bierova metoda hiperemije nemaju nikakav utjecaj na sam tuberkulozni proces. To isto vidi donekle i za helio- i klimato-terapiju, koje su samo podražajne terapije i koje djeluju, dok ne nastupi zasićenost. Neko vrijeme vodila se je diskusija, da li je potrebno provadjati opću helio-terapiju ili se zadovoljiti sa parcijelnom u tom smislu, da je bolesni zglob obuhvaćen sadrenim povojem i za vrijeme sunčanja. Stojeći na stanovništvu, da je najvažnije lokalno ortopedsko liječenje, mi provadjamo parcijelno obasjavanje, u koliko nam to sadreni povoj dozvoljava.

Sasvim je pogrešno mišljenje, da opće liječenje dostaje i da je dovoljno poslati bolesnika sa zglobno-koštanom tuberkulozom u odgovarajuću klimu odrediti mu odgovarajuću hranu, pa da će se izliječenje postići u najkraćem vremenu. Akoprem je zglobno-koštana tuberkuloza samo lokalna, izraz opće infekcije organizma, u vrlo velikoj većini slučajeva stupa ipak u prvi red lokalno oboljenje, koje se mora lokalno liječiti. Opće metode

liječenja samo pripomažu, da se teren, na kom se bolest odigrava, što bolje osposobi za ohranu, ali je teška pogreška misliti, da će popravak općeg stanja ujedno moći da svlada i lokalnu bolest. Za to i iz tih razloga mi se moramo odlučiti za izvjestan tip lokalne terapije. Pri tome se ne smije ni pošto ispustiti iz vida patološko-anatomska stanje bolesnog zgloba, jer će se samo na taj način moći odrediti prava terapija. U glavnom mogu se terapeuti podijeliti u dvije grupe. Jedni, i to Rollier, Bier i Kisch žele u svakom slučaju postići gibiv zglob na koncu liječenja, a svi ortopedi daju prednost ukočenom koštano-ankiloziranom zglobu na kraju liječenja i u tom se smjeru kreće sva njihova terapija. U onim rijetkim slučajevima, gdje možemo očekivati, da proces neće prijeći u zglob, a to su para- i juxta-artikularna žarišta i čisto sinovijalne forme zglobne tuberkuloze, u onim slučajevima dakle možemo liječenje provesti sa ekstenzijom i postići nakon liječenja gibiv zglob. No kod male djece, koja uvijek iznadju načina, da se oslobode ekstenzije, čak i kod tih formi dajemo sadreni povoj i to s vrlo dobrim uspjehom. Ekstenzijom se služimo i u slučajevima početne kontrakture, da bi je korigirali. U svim ostalim slučajevima, gdje smo nakon kliničkog i rentgenološkog pregleda utvrdili, da će uslijediti ili čvrsta fibrozna ili koštana ankiloza, odredjujemo odmah od početka sadrene povoje.

Ima izvesnih slučajeva, kod kojih je potrebno provesti operativno liječenje, ali o postavljanju operative indikacije vlada veliko razmimoilaženje pojedinih ortopedskih škola.

Mi smo se držali kod postavljanja operative indikacije Rankeove podjele, prema kojoj osteo-artikularna tuberkuloza nastaje u II. stadiju ili u stadiju alergičke hipersenzibilnosti. U tom stadiju nije dozvoljeno vršiti nikakav zahvat, jer bi on oslabio teren, na kome se upala dogadje. U taj II. Rankeov stadij spadaju I. i II. stadij cikličkog razvoja osteo-artikularne tuberkuloze. U III. Rankeov stadij ili u stadij histološkog imuniteta spada i III. stadij osteo-artikularne tuberkuloze, stadij progresivne reperacije. Samo u tom stadiju dozvoljene su zahvati bez pogibelji generalizacije.

Samo operativno liječenje možemo podijeliti na dva perijoda. Prvi počinje sa aseptičkom erom, a svrha mu je faktično operativno liječenje same tuberkuloze. Glavni tip operacije jeste resekcija zgloba. Kako se nije polagalo nikakove važnosti na imuno-biološko stanje pojedine faze bolesti, nego se je želilo radikalnim odstranjenjem žarišta presjeći daljni tok tuberkuloze, to su se ubrzo pokazale posljedice u formi diseminacija sa letalnim ishodom ili strahovita skraćenja ekstremiteta. Kao reakcija javlja se ekstremno konzervativna škola, koja zabacuje svaki operativni zahvat. Druga perijoda operativnog liječenja počinje sa Albee-, Lange-, Chipaultovom osteosintezom kod tuberkuloznog spondilitisa i nastavlja se izradjivanjem operative tehnike artrodeza za malo ne sve zglobove. Ali te operacije u užem smislu riječi ne mogu se zvati hirurškim metodama za liječenje tuberkuloze, jer one samo osiguravaju stabilitet zgloba ili sistema zglobova. Indikacije za operativno liječenje same tuberkuloze ograničene su danas za rijetke

slučajeve para- ili juxta-artikularne tuberkuloze i to opet u povoljnom momentu njihovog razvoja.

Ortopedsko liječenje osteo-artikularne tuberkuloze sastoji se u aplikaciji sadrenih povoja, koji se perijodski mijenjaju sve do konačnog izliječenja. Sam tok bolesti redovito se kontrolira rentgenološki i kad se utvrdi klinični i rentgenološki, da je proces izliječen, onda se bolesniku dozvoljava postepeni hod najprije u sadrenom povoju, a zatim u ortopedskom aparatu.

Danas mi stojimo kod osteo-artikularne tuberkuloze na tome, da se imade u prvom redu osigurati potpuna imobilizacija bolesnog zgloba s dva razloga: prvo, da se prepriječi kompresivna ulceracija, a drugo da se zaustavi tuberkulozna destrukcija. Operativno liječenje u vrlo rijetkim slučajevima pospješuje izliječenje. Operativne metode jedino osiguravaju stabilitet zgloba ili sistema zglobova ili pako korigiraju deformitete, koji su nastali tijekom bolesti.

Do danas još nije uspjelo ni jednom metodom skratiti evolutivni ciklus tuberkuloze kosti i zglobova i glavni se problem sastoji još uvijek u tome da se iznadje sredstvo, koje će u najkraće vrijeme dovesti do izliječenja tuberkulozni proces.

Ne vjerujemo, da će se iznaći sredstvo, koje bi ne samo izliječilo bolesni zglob i presjeklo tok evolucije, nego i dovelo do potpune restitucije lediranog zgloba.

Držimo, da je moguće pronaći sredstvo, koje će znatno skratiti trajanje bolesti pretvarajući u najkraće vrijeme kazeozno ili granulacijonu formu zglobne tuberkuloze u potpunu fibroznu ili čak koštanu ankilozu.

Još uvijek je ideal, da se postigne u što kraće vrijeme potpuno ankilozirani zglob, koji je jedina garancija, da se proces više neće obnoviti.

Kod para- i juxta-artikularne tuberkuloze, zatim kod čisto sinovijalne forme zglobne tuberkuloze možemo postići ispravnim liječenjem potpuno gibiv zglob i za te forme sklerozirajuća sredstva neće nikada dolaziti u obzir.

Zusammenfassung.

Dr. Miroslav Delić: Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie der osteo-artikulären Tuberkulose.

In einem Vortrage suchte der Verfasser einen kurzen Überblick über die pathologische Anatomie, allgemeine Diagnostik und über die klinischen Methoden der Diagnostik, sowie über die Differentialdiagnostik der Knochen- und Gelenktuberkulose zu geben.

Die Therapie ist eine allgemeine (medikamentös, klimatisch-diätetisch) und lokale, d. h. orthopädische (Gipsverbände, Extension u. s. w.) oder chirurgische.

Der Verfasser betont die Möglichkeit vollständiger Heilung jener Fälle, die frühzeitig richtig diagnostiziert und konsequent bis zur vollständigen Heilung behandelt wurden.

Maligni tumorji debelega črevesa

Dr. BOŽIDAR LAVRIČ

(Nadaljevanje)

Terapija je paliativna ali pa radikalna. Paliativna je lahko kirurška, rentgenoradiološka in kombinirana. (Elektrokoagulacijo, razne kemijske in biološke metode prištevam kirurškim metodam).

Po današnjih rezultatih in izkušnjah, kakeršne je letos podal na kirurškem kongresu v Berlinu Götze, sledi, da moramo pri inoperabilnih karcinomih debelega črevesa uporabljati kombinirano vse našete metode, da pa so uspehi zelo nezadovoljivi. Brez dvoma pa je, kakor trdi Holfelder, da moremo s temi metodami znatno olajšati trpljenje bolnika in njegovo življenje podaljšati.

Kdaj je maligni tumor debelega črevesa inoperabilen?

Če je lokalni izvid, podkrepjen z vsemi kliničnimi sredstvi tak, da smo prepričani, da z ekstirpacijo ne moremo odstraniti vsega blastomnega tkiva, ali pa če je stanje bolnika tako, da je izključeno, da bi operacijo preživel, tedaj si pomagamo s paliativnimi sredstvi in metodami. Zelo pogosto pa šele laparatomija odloči o operabilnosti. Götze trdi, da metastaza v jetrih ne izključuje radikalne operacije marveč samo znatno poslabša prognozo.

Dovolite, da spregovorim par besedi o paliativnih metodah.

1.) Najbolj znana in tudi zelo učinkovita je sterkoralna fistula, anus praeternaturalis, ki mora biti napravljen oralno od tumorja.

2.) Z anastomozo črevesja obidemo tumorozno zapreko in vzpostavimo možnost dobre črevesne pasaže.

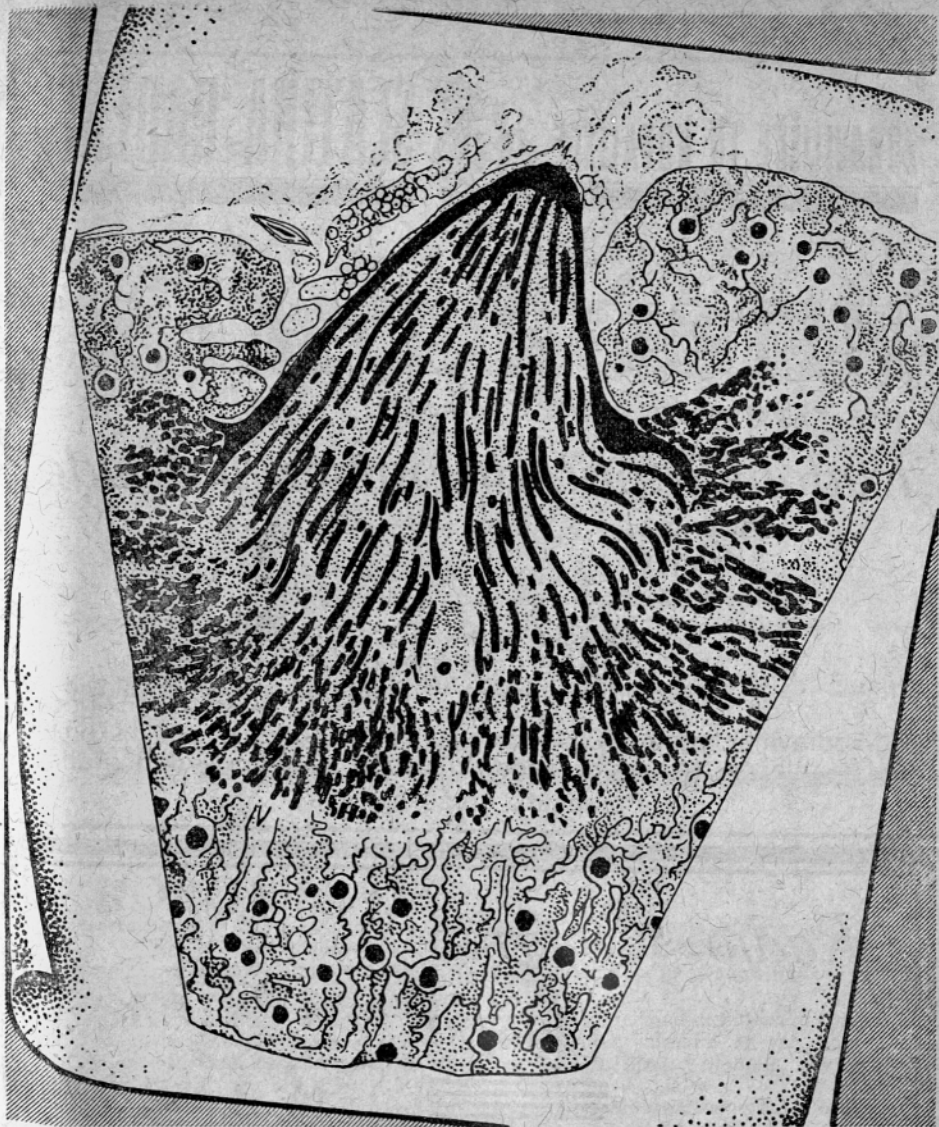
Obe metodi nam lahko služita kot definitivna ali pa temporerna operacija.

Definitivni anus praetern. napravimo tam, kjer je iz kateregakoli razloga popolnoma izključeno, da bi prišel radikalni poseg še sploh v poštev.

Temporerni anus je na mestu tedaj, če računamo, da bo po popravljenem bolnikovem stanju dana možnost za radikalno ekstirpacijo blastoma. An. pr. lahko napravimo na vsakem mestu kolona, samo da je oralno od tumorja. Najpogostejša mesta, kjer se dela anus praetern. so appendix, coecum, sigma. Apendicostomia je dobra tam, kjer potrebujemo razbremenitev samo za kratek čas.

Metod za tehnično izvedbo a. pr. je mnogo; katero si izberemo, ni važno, vendar pa je važna neka druga stvar, na katero je treba pri operaciji paziti.

Pri definitivnem a. pr. naj bo črevo popolnoma razdeljeno, tako, da dobimo dva lumena, položena eden zraven drugega in popolnoma ločena. V tem slučaju smo prerezali celo steno in še del mesokolona.



NEOTROPIN

Originalni
zavitki z
20 in 50 dražeti
po 0,1 g

*peroralni dezinficiens odvodnih
sečnih poti in žolčnih poti pri*

CISTITIS, PYELITIS in PYELONEPHRITIS

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

ZDRAVILIŠČE IN KOPALISČE



SLATINA RADENCI

Kraljevski dvorski dobavitelji

najmočnejše prirodne oglj.-kisle (CO₂) kopelji v Jugoslaviji. Izredni uspehi pri zdravljenju bolezni srca, ledvic, želodca, jeter, gihta, 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!

Radio = Therma Laško

Najučinkovitejše zdravljenje išiasa, revmatičnih obolenj, ženskih bolezni, znižanje krvnega tlaka, rekonvalescena itd. = Sezona traja od 15. junija do 15. septembra. = V posezon. t. j. od 15. septembra do 15. junija se nudi popolna oskrba 20 dni za Din 1.100—, 10 dni za Din 600— (štirikrat dnevno hrana, stanovanje, kopel, dve zdravniški preiskavi. Vštete so tudi vse takse). Prospekte in informacije na zahtevo od uprave

zdravilišča.



NOVO!

ANDROSTIN

„CIBA“

Popolni izvleček iz
moških spolnih žlez

Nevroze in psihoze seksualnega izvora pri moških
in ženskah, motnje potence, endokrini debelost itd.

ampule dražeji tablete

Gesellschaft für chemische Industrie in Basel

Zastopnik za Jugoslavijo:

Mr. ph Kaiser Dragutin, Zagreb, Preradovičeva ul. 40



ROBOR M. i K.

..... za ojačenje živčne in telesne moči. Jako posrečena kombinacija glicerofosfata, arsena, mangana, oreha Kola in strihninovega oreha. Orig. stekl. 150 gr. Sirup prijetnega okusa.

SKALIN M. i K.

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

REAL M. i K.

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

CAMPHOSOL M. i K. injekcije

..... 10% in 20% - vodena raztopina sulfoniranega preparata japonske kafe. — Subkutano, intravenozno in intramuskularno. V ampulah po 1,1; 2,2; 5 in 10 ccm.

CAMPHOSOL M. i K. draže

..... sulfonirani preparat naravne japonske kafe v subst. Orig. zavitki: škatlja z 20 dražejami a 0,10.

HIDROGEN M. i K. tablete

..... Hydrogenium hyperoxidatum v močnem stanju vsebuje 35% H₂ O₂. Pakirano v cevkah po 10 in 20 tablet a 1 gr.

Kemijsko-farmaceutski laboratorij
MISKOVIĆ in KOMP. Beograd, Sarajevska 84.

Jugoslavensko SIMENS D. D., Odeljenje za medicinsko tehniko
Kralja Aleksandra 8 **BEOGRAD** Kralja Aleksandra 8

Zastopstvo za Slovenijo,
Ljubljana, Tyrseva 1a, Telefon
2102 (Wellfey) in Ljubljana,
Trubarjeva 2, T. 2891 (Roblek)

Röntgen-naprave v vseh izvedbah; Diatermijski in ultra-
kratko-valovni aparati; splošna elektromedicina. Kom-
pletna dentalna oprema in dentalne potrebščine. Celotna
oprema za operacijske dvorane, laboratorije, prak-
tičnega zdravnika. Mikroskopi, mikrotomi, projek-
cijski aparati; veterinarska oprema

Vodeči preparati železa

**CHINOFERRIN PURUM, CHINOFERRIN CUM
ARSENO, PILULAE CHINOFERRINI CUM ARSENO**

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

Literatura po zahtevi!

JODCALCIUMTHEOSAN — DRAGÉES

Dr. Wander

Pri hipertenziji znižajo krvni tlak, ojačijo diurezo

Vsaka rdeča dražaja vsebuje: Theobromin natrio-salicyl. Dr. Wander 49 40/100
Jodum 34 90/100
Calcium 11 0/100

Indikacije: hipertenzija, angina pectoris, asthma cardiale, aortitis
luica, asthma bronchiale, naglušnost in kronična kardijalna dispnoe

Doziranje: 3-4 dražaje dnevno (dražaje se pogolne z malo vode cela, ne sme se razgristi)

Cena za publiko: Cevčica z 20 dražejami Din 27.—

Vzorce in literaturo pošilja

Dr. A. Wander d. d. Zagreb

Predpisujte domače proizvode

Tempor. a. pr. pa je drugačen. Tu odpremo samo del črevesne stene; zadnja stena črevesa, torej ona, ki je obrnjena v trebušno votlino in na kateri je priraščen mezokolon, naj ostane intaktna.

Kasneje nam to silno koristi, kadar namreč a. pr. zapremo. Poseg je enostavnejši, ker ni potrebna resekcija črevesa.

Elektrokoagulacijo omenim kot paliativno metodo samo mimogrede, ker moramo isto uporabiti samo pri analnih in nizko ležečih ampularnih karcinomih.

Radikalna terapija: Med radikalne metode štejemo razen operacije, rentgen in radium. Götze je odločno odklonil obe metodi v slučajih, kjer je kirurško zdravljenje še mogoče; priporoča pa po radikalni ekstripaciji blastoma postoperativno aplikacijo radija oziroma rentgena. Tako je pravzaprav pri tumorjih debelega črevesa edina radikalna metoda operativna.

Princip radikalne kirurške terapije je resekcija bolnega dela črevesa in ekstripacija vsega okolšnega, po blastomu obolelega tkiva. Resekcija črevesa mora biti taka, da je od tumorja oralno in aboralno najmanj 20 cm zdravega črevesa ekstripirano. Kako se preostalo črevo medsebojno spoji, je odvisno od položaja črevesja in od sprememb, ki narekujejo v posameznem slučaju eno od poznanih anastomoznih metod.

Zelo važno je, da šivi črevesa tudi držijo. Zato mora biti črevo v takem stanju, da ga šivamo lahko in sigurno. Pri velikih stenozah ali pri ileusu se ravno radi tega ne priporoča primarna resekcija črevesa, marveč razbremenitev v formi anus pr.; šele mnogo kasneje pride radikalna odstranitev v poštev. Tudi v tem slučaju odloča največkrat splošno stanje bolnika, lokalni izvid in pa skušnja kirurga.

Razne starejše metode, invaginacije in antepozicije danes opuščamo ravno radi prevelike nevarnosti peritonitide.

Posebno stališče v kirurški terapiji malignih tumorjev debelega črevesa zasluži ca. recti.

Za radikalno odstranitev karcinoma lahko uporabimo metodo resekcije ali pa amputacije rektuma.

Pri resekciji skušamo ohraniti sfinkter in s tem kontinenco, kar lahko dosežemo tudi s Hocheneggovo metodo („Durchziehverfahren“) in z invaginacijsko metodo. Kontinenco je pa Hochenegg dosegel le v 20%.

Za amputacijo rektuma imamo tri možnosti dostopa:

1. sakralna (po Kraskeju)
2. abdomino-sakralna (po Quénu-Kirscherju) in
3. abdomino-vaginalna pot (po Schuchartu).

Raziskovanja o prednosti ene izmed teh poti še niso zaključena. Znano je to da, ima Kraskejeva metoda manjšo mortaliteto od drugih dveh kombiniranih.

Abdomino-sakralna in abdomino-vaginalna pa nudita znatno lepši pregled, lažjo orijentacijo in sta najbrže tudi radikalnejši.

Kirschner je svojo metodo poenostavil s svojim takozvanim sinkronim operiranjem; dve grupi operirata istočasno, ena abdominalno, druga sakralno. To pomeni znatno skrajšanje operacije.

Katero metodo izberemo, ni važno. Važno pa je, da zadostimo postulat, ki ga je letos postavil Götze in ki se glasi: Pri radikalni operaciji rektalnega ca. mora biti ekstirpiran rektum in sigma: na preparatu mora biti fascia visceralis pelvis, periproktalno tkivo in levator ani. Na preparatu morajo pa biti tudi karcinomatozne bezgavke. Sudeckova kritična točka je izgubila na veljavi pri tem načinu operiranja.

Na koncu pripominjam le toliko, da oni benigni tumorji, za katere vemo, da lahko maligno degenerirajo in katere sem naštel, zahtevajo ravno tako radikalno terapijo kot blastomi.

Omenim le nekaj številčk iz literature.

Mortaliteta: Kirschner ima pri sakralni metodi 18.5% pri abdominosakralni pa 35.4% mortalitete.

Hochenegg pri Kraskeju in to pri 119 slučajih 5.4%.

Gussenbauer 26.6% pri sakralni metodi.

Mayo je imel pred letom 1914 pri abdomino sakr. metodi 50%, sedaj pa 18% mortalitete.

Rotter poroča, da je pri abdominosakralni metodi mortaliteta pri raznih avtorjih od 6 - 60%.

Trajni rezultati:

Pri Hocheneggu je trajno ozdravljenje v 19.3%.

Pri sakralni metodi so sledeči rezultati:

	Po Hocheneggu	Po Küsterju
po 3 letih	33.6%	32.5%
" 5 "	25.8%	21.6%
" 10 "	10.1%	12.8%

Per besedi o onih plastikah, ki naj bi vrnilo izgubljeno kontinenco. Najduhovitejša je na vsak način ona po Kurtzahn-Häckerju. Te plastike so večinoma opuščene, ker so bolj motile kot pa koristile.

Glede recipijentov je ista stvar. Čim enostavnejša konstrukcija, tem boljše služi. Še najbolj primeren je dober povoj s hidrofilno tkanino.

Naši rezultati:

V času od 1. januarja do koncem septembra 1934. je bilo od 3.600 sprejetih bolnikov na II. kirurškem oddelku

4 Ca recti

1 Ca ani

1 Ca flexurae hepaticae

1 Ca coeci

1 Ca appendicis (kankroid)

Skupaj 8 malignih tumorjev debelega črevesa. Od tega je bilo 5 moških in 3 ženske. Starost od 41 - 82 let.

Od 4 ca. recti sta bila 2 radikalno operirana in sicer 1 po abdomi- nosakralni metodi, drugi po sakralni metodi.

Operirani po Kraskeju se je vrnil čez 4 mesece z recidivom, operi- rana po Quenu-ju pa je po 7 mesecih v zelo dobrem stanju.

Pri enem bolniku nismo ničesar napravili, ker je odklonil vsako zdravljenje.

En bolnik je imel anus praet. že od preje in je prišel le na palia- tivno röntgen-obsevanje.

Pri analnem karcinomu je napravljena paliativna elektrokoagulacija. Ta je umrl po 2 mesecih (82 let).

Kankroid je operiran radikalno (appendectomy). Diagnoza seveda šele po histološkem pregledu.

Pri slučaju ca. flexurae hepaticae, ki je prišel v stadiju popolnega ileusa in moribunden, je bila napravljena cekostomija; bolnik je po par urah umrl.

Pri bolnici s ca. coeci je napravljena radikalna resekcija cekuma z ileotransversostomijo. Bolnica je do sedaj dobra.

(Ista operacija je bila izvedena pri bolnici, ki je imela tbc. coeci, kar je pa šele histološko diferencirano).

(Predavanje je bilo na sestanku ljubljanske sekcije jugoslov. kirurškega društva dne 9. oktobra 1934.)

Zusammenfassung

Kurze Übersicht der diagnostischen und chirurgischen Methoden bei malignen Dickdarmgeschwülsten. Die Möglichkeit der Feststellung der Operabilität vor der Operation. Bericht über 8 Fälle, von denen nur drei radikal operiert wurden.

Literatura.

J. Hochenegg — All. Chirurgie.

O. Kleinschridt — Chirurg. Operationlehre.

Reichle - Frieze — Chirurg des Dickdarmes (Kirschner Nordmann).

Stich - Makkas — Fehler u. Gefahren bei chirurg. Operationen. Chirurg 1934.

Münch. Mediz. Wochenschrift 1934.

Wiener klinische Wochenschrift 1934.

Liječnički Vjesnik.

Dr. TOMAŽ FURLAN, asistent zdravilišča Golnik

Prekužni indeks za tuberkulozo na Gorenjskem

Stanje tuberkuloze v kakem kraju ugotavljamo s pomočjo števila umrlih, oziroma s pomočjo števila bolnih za tuberkulozo. Oba načina sta dokaj nezanesljiva. Vzrok smrti določi ali mrliški oglednik ali pa domači župnik in ga vnese v mrliško knjigo, ki nam po tem takem ne more služiti kot ob- jektivna osnova za presojo stanja tuberkuloze gotovega okoliša. Ravno tako slabo osnovo nam pa daje poznanje tuberkuloznih bolnikov. Noben dispan- zer na svetu ne more reči, da pozna vse jelične svojega področja. Od-

stotek teh nepoznanih pa še daleč ni tako majhen, da bi ga pri računih lahko prezrli; celo najbolje vodeni in najbogatejše fundirani dispanzerji ostajajo daleč od zaželjenega 100 odstotnega poznanstva tuberkuloze v svojem okolišu.

Vendar obstoji metoda, ki nam omogoča podati objektivna števila glede stanja tuberkuloze. Ta metoda je določitev prekužnega indeksa s pomočjo tuberkulinske reakcije, napravljene po vseh razredih krajevne šole. Na ta način dobljeno število lahko smatramo kot najobjektivnejše merilo tuberkuloze dotičnega kraja, kot njegov objektivni prekužni indeks. Izpolnjen mora biti le en pogoj: vse delo, ki je v zvezi s tuberkulinsko probo, posebno pa pregled, izvrši zdravnik s a. m. Kakor je vse delo enostavno, tako je lahko goljufivo, posebno pri presoji v dvomljivih slučajih. Iz tega vidika bomo najhitreje lahko razumeli nesoglasje med našimi drugimi in rezultati.

Vrednost tako dobljenih prekužnih indeksov moramo smatrati kot relativno vrednost, ki se spreminja po posameznih krajih. V kmetijskih okoliših je verjetnost, da nam prekužni indeks šolskih otrok pove resnično stanje tuberkuloze za sedanje oziroma komaj preteklo dobo, veliko večja, ker se prebivalci kmečkih vasi le malo odseljujejo in doseljujejo in ker otroci v šolski dobi običajno sploh ne zapuščajo svoje vasi ali trga in zato infekcija od zunaj sploh ne pride v poštev. S pravico se lahko veliko bolj zanesemo na številke, ki smo jih sami ugotovili, kot pa na mnenje mrliškega oglednika, seveda le pod pogojem, da je prebivalstvo konstantno. Vrednost prekužnega indeksa pri šolski mladini je v mestih v tem oziru morebiti mnogo manjša radi nekonstantnega ljudskega miljeja. Takoj pa moram pripomniti, da nam dosedaj manjka prav vsak točen podatek, ker dosedaj še ni nihče — kolikor je nam znano — zasledoval skozi celo desetletje gibanje okuženosti šolskih otrok. Mi se nagibamo k mnenju, da doživijo otroci srečanje s Kochovim bacilom v prvi vrsti v domačih in sosednih družinah ter da ima zato prekužni indeks šolske mladine tudi v mestih svojo veliko vrednost za presojno splošne okuženosti.

Poleg omenjenega objektivnega merila za stanje tuberkuloze v kakem kraju pa nam sistematične šolske preiskave nudijo še druge koristi. Najprej lahko mirne duše izključimo vse „negativne“ otroke od rentgenske in klinične preiskave. Na ta način je šele ustvarjena možnost sistematičnega rentgenskega pregleda po velikih šolah, ker se tako zmanjša delo za dve tretjini. Nasprotnega mnenja je dr. J. Prodan,* vodja ljubljanskega dispanzerja, ki zastopa trditev, da se da zvišati določitev števila obolenj pri otrocih s pomočjo rentgenskega pregleda na skoro 100 odstotkov, četudi ostane biološka reakcija negativna. Mi se temu mnenju ne pridružimo, ker v rentgenski sliki ne moremo ločiti, da li so žleze otečene vsled specifične ali nespecifične infekcije ter smo včasih pregledali ves razred brez izjeme samo zato, da smo videli, kako se pozitivni otroci v ničemer ne ločijo od negativnih, razen če ni viden

* Zdr. Vestnik 1934, kongresna številka: Protituberkulozni dispanzer v službi šolske higijene

primarni afekt, ki je pa dajal vedno brez izjeme velike hiperergične reakcije. Zato smo prepričani, da nismo napravili prav nobene znanstvene napače, če smo se odpovedali pregledu „negativne“ dece, ves obrat sistematičnih šolskih pregledov pa tako močno pocenili.

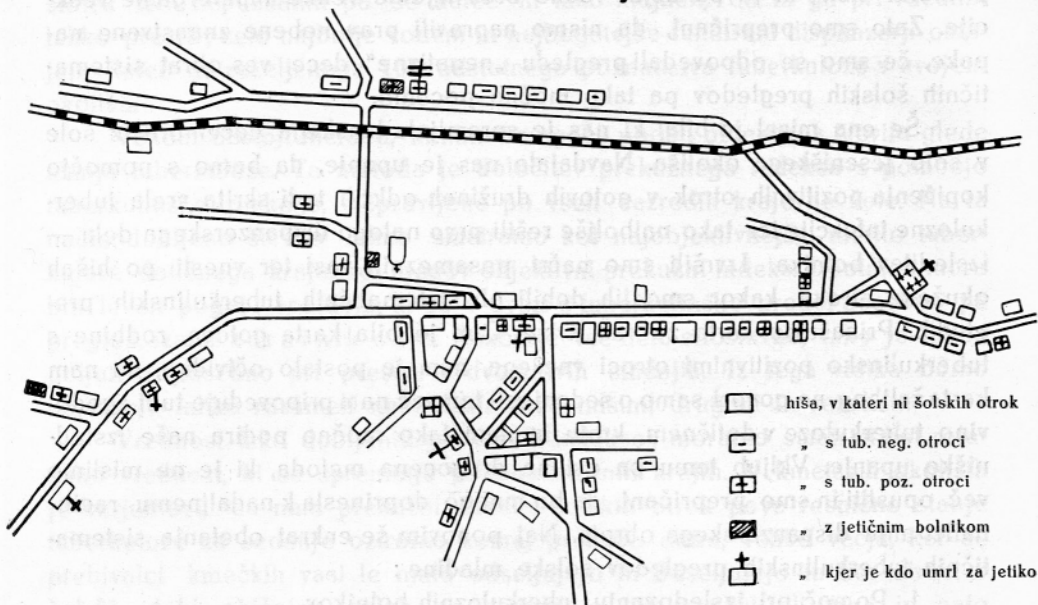
Še ena misel je bila, ki nas je spremljala lanskega decembra iz šole v šolo jeseniškega okoliša. Navdajalo nas je upanje, da bomo s pomočjo kopičenja pozitivnih otrok v gotovih družinah odkrili tudi skrita vrela tuberkulozne infekcije ter tako najboljše rešili prvo nalogo dispanzerskega dela — izsleditev bolnika. Izvršili smo načrt posameznih vasi ter vnesli po hišah okužene otroke kakor smo jih dobili ob sistematičnih tuberkulinskih pregledih. Prinašamo karto za vas Križe. Čim je bila karta gotova, rodbine s tuberkulinsko pozitivnimi otroci vnešene, nam je postalo očitno, da nam karta žalibog ne govori samo o sedanjosti temveč nam pripoveduje tudi zgodovino tuberkuloze v dotičnem kraju in nam tako močno podira naše izsledniško upanje. Vkljub temu pa ostane dragocena metoda, ki je ne mislimo več opustiti in smo prepričani, da bo mnogo doprinesla k nadaljnemu racionaliziranju dispanzerskega obrata. Naj ponovim še enkrat obetanja sistematičnih tuberkulinskih pregledov šolske mladine :

1. Pomoč pri izsledovanju tuberkuloznih bolnikov,
2. zmanjšanje števila kliničnih in rentgenskih pregledov,
3. objektivno merilo za krajevni prekužni indeks.

Naša pričakovanja so bila v veliki meri izpolnjena. Predno še začnemo navajati dobljene indekse po posameznih šolah, naj nam bo dovoljeno opozoriti na velike difference, ki vladajo po posameznih krajih: 10% v šoli pri Sv. Križu, 35,6% v Gorjah in 46,3% v Goričah (indeksi reducirani za tuberkulinsko raztopino $\frac{1}{100}$). Ravno tako naj nam bo dovoljeno v naprej opozoriti in posebej povdariti, da ima industrijsko mesto Jesenice kakor tudi Jesenicam popolnoma slično mesto po svoji socialni strukturi — Tržič (indeks določen po g. dr. Kenk-Pancetovi) nižji šolski prekužni indeks kakor kmetško delavske vasi Gorje, Križe in Goriče. Bajka o zdravju naše vasi bo na ta način z objektivnimi dokazi kmalu postavljena na glavo.

Metodika. Iz več razlogov sem se odločil za intrakutano probo z „alttuberkulinom“. Prvič velja ta način kot najsigurnejši, da se ne pokažejo pozitivni otroci kot negativni. Lübeška katastrofa nas je tudi v tem oziru poučila. Radi perkutane aplikacije, ki je ostala negativna, je bila nesreča kasneje odkrita, otroci pa so naprej dobivali lažni Calmettov virus. Drugič je za delo potrebno malo časa; tretjič je ta metoda najcenejša, kar je že treba vpoštevati pri sistematskih pregledih. Posluževal sem se tuberkulinskih raztopin v koncentraciji 1:10.000, 1:1000 in 1:100. Najpreje sem odločil hiperergične otroke z injiciranjem raztopine 1:10.000, nakar sem po preteku nekaj dni lahko brez opasnosti vbrizgal raztopine 1:1000 vsakemu otroku $\frac{1}{10}$ ccm. da nastane lep vkožni mehurček. Ker sem pa vedel, da v vseh šolah radi velike zamude časa pri dvojni probi ne bom mogel enako postopati, sem metodo spremenil v toliko, da sem pri prvi probi uporabljal raztopino

Vas Križe na Gorenjskem



1:1000, pri ponovitvi pa 1:100, nato sem izračunal, za koliko se poviša procent s pomočjo druge probe. Naprej sem lahko delal samo enkrat, mesto ponovitve z jačjo koncentracijo alttuberkulina (1:100) pa sem empirično dobljeno število (5%) enostavno prištel na že dobljeni procent od prve probe z raztopino 1:1000. Vkljub jakim koncentracijam porabljenega tuberkulina (0.001g), nisem mogel opaziti nobene škode, ravno tako mi ni bilo javljeno nobeno obolenje, ki bi moglo biti v zvezi s tuberkulinom. Omenim naj še, da mi injiciranje ni povzročilo prav nobenih težav tudi ne pri 6 letnih otrocih. S pridom sem uporabljal prav tanke in kratko prikoničene igle. Intrakutani mehurček se s takimi iglami najlažje in brez bolečine napravi. Posebej opozarjam na potrebno ročnost pri delu; podkožne injekcije moramo preprečiti, vedno mora biti tuberkulin vbrizgan strogo vkožno, kar se vidi v nastanku belega mehurčka.

Seveda ostane ideal dvakratna proba, kakor sem jo izvršil na 4 šolah, že radi kontrole dvomljivih slučajev po prvem poizkusu, vendar smo lahko prepričani, da pomembne napake z dodatkom empiričnega koeficienta (5%) ne morejo nastati. Krajevna šolska vodstva so mi šla povsod na roko z velikim veseljem ter umevanjem, ravno tako so starši kaj radi privolili, posebno ker smo radi hitrejšega razumevanja rabili poznani izraz „cepljenje“. Ideja prolitbc. boja je ravno na ta dosti primitiven način mnogo več pridobila kot z najboljšim predavanjem. Ljudje vidijo, da se brigamo za njihove otroke ter vidijo na lastne oči, kako se je sovražnik med njimi na skrivaj razpasel.

Vkljub temu, da smo uporabljali koncentracije že čisto na gornji meji, je bilo vedno še nekaj takih slučajev, pri katerih nismo mogli s trdnim pre-

pričanjem izreči zadnje besede o njihovi pozitivnosti oz. negativnosti. V celoti je bilo takih slučajev tako malo, da niso mogli na odstotek odločilno vplivati, naj smo se odločili že tako ali tako; svetujemo pa vsakomur, ki bo še vršil to delo, da čitanje reakcij vrši vedno ista oseba — če le mogoče zdravnik sam, ki bo po nekaj sto primerih zadobila potrebno ročnost pri delu in v presoji. Mi smo smatrali vse take reakcije, pri katerih oteklina in vročina po otipanju ni bila čisto jasno izražena, za nespecifične reakcije. (Slichreaktion). Prav koristno je, če se čitanje vrši šele tretji ali četrti dan, ko eventualna travmatična reakcija že popusti, specifična reakcija se pa šele razvije do svojega viška. Še po enem tednu so tudi slabotne specifične reakcije lepo vidne, velike hiperergične reakcije pa ostanejo vidne cel mesec.

Da dosežemo potrebno enotnost v postopku, ki nam je radi primerjanja rezultatov nujno potrebna, predlagamo, da bi vsi prevzeli opisani postopek: Dvakratna intrakutana proba z raztopinama „alttuberkulina“ 1:10.000 in 1:100. Kjer dvakratni postopek ni mogoč, naj se injicira brez bojazni raztopino 1:1000 ter se dobljenemu procentu prišteje še 5 procentov. Kdor ne bi hotel delati prvič z 1:1000, mora rezultatu, dobljenemu na raztopino 1.10.000, prišteti še 13 odstotkov. Ta odstotek sem izračunal za meščansko šolo na Jesenicah. Mogoče se bo izkazalo na še številnejšem materialu, kot je naš, da bo treba števili 5 in 13 nekoliko izpremeniti.

Zaključne številke iz vseh preiskanih šol so sledeče:

Celotni pregled

Šola	Štev. otrok	pozitivni	%	Opomba
Meščanska šola Jesenice	359	164	45·68	$\frac{1}{10.000}$ in $\frac{1}{100}$
Osnovna šola Jesenice	831	225	27·0	" " "
" " Koroška Bela	335	70	21·2	$\frac{1}{1000}$ in $\frac{1}{100}$
" " Gorje	281	86	30·6	$\frac{1}{1000}$
" " Blejska Dobrava	85	9	10·0	"
" " Zasip	45	7	15·7	"
" " Breznica	280	60	21·4	"
" " Sv. Križ	40	2	5·0	"
" " Križe	258	77	29·6	$\frac{1}{10000}$, $\frac{1}{1000}$, $\frac{1}{100}$
" " Duplje	100	14	14·0	$\frac{1}{1000}$
" " Goriče	87	36	41·0	Ektebin in $\frac{1}{1000}$
Skupaj	2701	750	27·7	

Otroci se nahajajo v starosti od 10—16 let na meščanski šoli ter od 6—14 leta na osnovnih šolah. V tabeli so vnešeni procenti za šole v Gorjah, Blejski Dobravi, Zasipu, Breznici, Sv. Križu, Križah, Dupljah in v Goričah kakor so bili dobljeni na pregledu po probi 1:1000. Da jih smemo primerjati z ostalimi 4 šolami, jim moramo prišteti še 5%. Torej se glasi končna kolona 45.68, 27.0, 21.2, 35.6, 15.0, 20.7, 26.4, 10.0, 29.6, 19.0, in 46.0. Največji procent ima mešč. šola. To se sklada s starostjo (posamezniki celo 17 let stari). Tudi razumemo, da ima ljudska šola v istem kraju odgovarjajoče nižji procent in okoliške šole še nižjega. Najnižjo točko smo dosegli v 1000 m visoki gorski vasi Sv. Križ kjer je bil močno pozitiven en sam otrok in še ta nezakonsko dete na goslini. Pri drugem slučaju smo se le s težavo odločili za presojo v pozitivnem smislu. Otrok je 40 in so vsi iz kmetiskih družin. Nad vse presenetljivo je število 35.6 iz Gorij. Kraj ima najugodnejšo klimatično lego, prebivalstvo je mešano industr. delavstvo in kmečko. Poznano nam je pet primerov odprte tuberkuloze pljuč. Socialne razmere so relativno prav tako ugodne kot v ostalih vaseh. Posebna pozornost, ki jo bomo posvetili temu kraju, bo veljala vprašanju, v kolikem radiju se v kmetiskem okolju pozna odprt tuberkulotik ter kolikšna je njegova intenziteta razsipanja tuberk. virusa. Milje ne moremo smatrati za močno kor stanten, ker je v bližini velikega letoviškega kraja in tudi v kraju samem se poleti radi naseljujejo letoviščarji. Morda leži vzrok v tem dejstvu, ki nam bo gotovo otežkočalo presojo, vendar je verjetnost le mala. Tabele, razdeljene po posameznih šolah, izgledajo tokole:

Meščanska šola Jesenice

Razred	Starost	Štev. otrok	Pozitivni		Skupaj	‰	
			I	II.			
I. a	Starost v vseh razredih 10—16 let dokaj mešano	42	11	1	12	30.95	
I. b		40	8	12	20	50.0	
I. c		41	23	0	23	56.09	
II. a		40	16	1	17	42.50	
II. b		41	14	2	16	39.0	
II. c		40	14	8	22	55.0	
III. a		34	11	6	17	50.0	
III. b		36	8	9	17	47.22	
IV. a		21	6	1	7	33.3	
IV. b		24	9	4	13	54.0	
Skupaj			359	120	44	164	45.68%

Če odštejemo meščansko šolo od oslalih, dobimo 2342 otrok, od teh 586 pozitivnih, kar da 24,7%. Število 247 približno predstavlja prekužni indeks za šole na Gorenjskem. Kraje, ki se s svojim indeksom dosti razlikujejo od tega števila (Gorje, Goriče) moramo smatrati za močno okužene. Za oba imenovana kraja je to sedaj že poznano dejstvo.

Na prvi pogled je vidno, da biološke probe niso geometrija. Nelogične so kot življenje samo. Morda so tudi izraz naše začetniške nesigurnosti. Kot drugo podamo osnovno šolo na Koroški Beli. V tej kot tudi sledeči tabeli se opaža dosti več reda v rasti procentov s starostjo.

Osnovna šola Koroška Bela

Razred	Starost	Štev. otrok	Pozitivni		Skupaj	%
			I.	II.		
I. a	6—8	40	4	1	5	12,5
I. b	6—8	27	4	0	4	15
II. a	7—9	35	3	2	5	14,3
II. b	7—9	36	4	2	6	16,6
III. a	8—10	26	6	1	7	26,9
III. b	8—10	27	5	1	6	22
IV. a	10—12	32	3	3	6	18,7
IV. b	10—12	34	7	0	7	29,4
V. a	11—13	32	6	1	7	21,9
V. b	11—13	33	11	3	14	42,4
VI.	12—14	13	3	0	3	23
Skupaj	6—14	335	56	14	70	21,2

Oba kraja lahko primerjamo kot kraja z enako socialno strukturo, enako ugodnim klimatičnim položajem, z enako prosvetno stopnjo prebivalstva, le da je na Koroški Beli ljudski milje konstanten, v Gorjah pa ni konstanten radi letoviščarjev.

Tabel iz ostalih šol ni potrebno navajati, ker ničesar drugega ne kažejo.

Razvidnica

bioloških prob z alt-tuberkulinom na šoli v Gorjah

Razred	Starost	Štev. otrok	Pozitiven	%	
I.	7—9	40	9	22·5	
II. a	8—10	38	8	21·0	
II. b.	7—9	41	9	22·0	
III.	9—11	37	16	43·2	
IV.	10—12	37	10	27·0	
V. a	11—14	32	11	34·4	
V. b	10—14	36	15	42·0	
VI.	12—14	20	8	40·0	
Skupaj	6—14	281	86	30·6	

Prekužni indeks 27·7 oziroma 24·7, kakršnega smo našli po najskrbnejšem pregledovanju za Jesenice in okolico, je po svoji nizkosti v močnem nesoglasju napram do sedaj objavljenim indeksom. Doc. dr. Matko nam jih je vse zbral v svojem delu „Šola in tuberkuloza“ (Zdravniški Vestnik, kongresna številka). Na istem mestu se bavijo s tem vprašanjem tudi dr. Prodan in dr. Petrič. Poročilo dr. Ivaniča iz Centralnega hig. zavoda v Beogradu (cit. po dr. Matku) navaja indeks za osnovno šolo v Smederevem. Tukaj čitamo porazno ugotovitev 100% okuženosti v prvem razredu osnovne šole, torej pri otrocih od 6—8 leta. Tisto mesto smo parkrat prebrali, če nismo morda napačno razumeli, vendar stoji prav tako črno na belem. Tak procent mora začuditi, saj ni niti pri odraslih mogoče dobiti čistih 100% in tudi ne v razredu, kjer je skozi več let na odprti tuberkulozi bolan učitelj vzgajal iste otroke. Da celo v družinah z odprto tuberkulozo često najdemo otroke, ki ne reagirajo na biološko probo. Ustved cit. po Živanoviću je dobil samo pri dveh tretjinah otrok iz družin z odprto tuberkulozo pozitivno biološko probo.

Po vsem tem sem uverjen, da bodo mnogi nezaupno gledali na dobljene rezultate. Široki javnosti je bilo sporočeno, da so v Ljubljani že s 14. letom vsi otroci inficirani ali z drugimi besedami, da je prekužni indeks za zadnje razrede osnovnih šol = 100, med tem ko smo mi mogli dobiti le indekse od 30—40. Za našo ožjo domovino morem navajati rezultate šol. poliklinike v Trziču (dr. Kenk — Pancetova), ki je dobila za osnovno šolo v Trziču prekužni indeks 21·7 pri pregledu 414 otrok in prekužni indeks

42 pri 167 dijakih za meščansko šolo v Trziču. Številke so nekoliko nižje kot jeseniške, kar se pa popolnoma sklada z dejstvom, da je vkožna proba občutljivejša kot pa Pirquetova reakcija, po kateri je delano v Tržiški polikliniki. Pa tudi vsi ostali indeksi, citirani po *dr. Matku*, niso mnogo nižji, le *dr. Čepuličev* iz Šestin pri Zagrebu se približa na verjetno nižino srednjeevropskih razmer (45%), — in končno je *dr. Matko* presodil po podatkih, ki so mu bili na razpolago, da znaša prekužni indeks za šolsko mladino v Jugoslaviji od 70—80%. *Dr. Matko* komentira to število kot jako visoko. Mi smo menja, da je za 30—50% previsoko.

Dr. Prodan ima v Matkovem poročilu 3 števila in sicer za dva prva razreda osnovnih šol s 66.1 in 72%, ter postavko 89.5% za prvi razred meščanske šole za deco v starosti 10—12 let. Žalibog nihče ne navaja svoje tehnike. Malo manjši procent (86%) pa je najden pri 1600 ljubljanskih dijakih. Spet ni razvidno, je li to število dobljeno na podlagi sistematskih pregledov, ali pa so to vsi oni, ki so se kot sumljivi javili v dispanzeru. V tem drugem slučaju bi bila višina procenta razumljiva, v prvem slučaju pa nikakor ne, ker dijaki ne morejo imeti nižji procent kot prvi razred meščanske šole. Še bolj na široko delajo s procenti v Ljubljani pri Higijenskem zavodu. *Dr. K. Petrić* je 90—95% celokupne dece proglasil za okuženo. Jasno je, da so podatki, ki jih dobivajo direktorji hig. zavodov, potrebni revizije. Če se pa izkaže, da vsa omenjena presojanja držijo, potem pod solncem ni bolj tuberkulozne države kot je Jugoslavija, pa tudi biološke probe izgube celo za otroke ves svoj pomen, enako kot v drugih krajih pri odraslih. Uporabljive bi bile edino še za dojenčke. Kako je v drugih državah? Zbral sem nekaj poročil od najrazličnejših avtorjev. Amerikansko poročilo v *Zeitschrift f. d. Tbc.-forschung*, 1—2, 1934. Metode: Mantoux 1:10 000 — 1:100 Alt tuberkulin. Slučajno se amerikanski in naš postopek popolnoma vjemata. Otroci do 9. leta 15% pozitivni. Pri bolniških strežnikih obeh spolov od 15—19 leta 47.1% poz. Po 30 letih 90% na pozitivnost, 2492 oseb. Drugo poročilo istotam, tudi iz Amerike pri kmetemskem prebivalstvu. Metode - Pirquet. Število otrok 7841, pozitivnih 11.6%.

Heimbeck: *Med. Kl.* 1933 II. 1931—34. Poročilo iz Osla. Delavci v starosti od 13—15 let 52% pozitivnih, pri meščanih v isti dobi le 24%. Žalibog je metoda po Pirquetu, ki daje nižji procent. 100% pri delavcih s 25 leti, pri meščanstvu s 30 leti. Od 13—18 leta 43% poz. Glavno vlogo za pozitivnost po Heimbecku igra familiarna infekcija.

Rusija. *Zentralblatt f. g. Tbcforschung* 1934. Institut za tuberkulozo Tiflis. Posebna ekspedicija je preiskala gorske vasi Osetov in Georgijcev. 592 otrok do 14 leta na Mantoux-eva probo 10.7% pozitivnih pri Georgijcih 8%. Druga komisija je preiskala gorska ljudstva, ki so se po revoluciji preselila v ravnino ter našla po Pirquetovi metodi pozitivnih 21% v krajih ob prometnih žilah, daleč prometa pa le 8%.

Našim razmeram najbližje je poročilo iz Grevenbroich-Neuss, podeželsko okrožje, zabito med štiri industrijske centre. Okoliš obsega 41.904 prebivalcev industrijskih delavcev ter kmetov. Umrljivost za tuberkulozo l. 1929 še 33., l. 1932 pa samo 18, precej več kot pri nas. (Dravska banovina 16 na 10.000 v l. 1934). Pozitivna reakcija pri izstopu iz šole l. 1927 54.3 % in l. 1933 40.4 %; pri vstopu v šolo l. 1925 — 30.1 %, in l. 1932 samo še — 12.5 %. Povprečni procenti so sledeči:

Občine z industrijskim prebivalstvom	1861 otrok	+ 28.2 %
„ „ mešanim	1465 „	+ 31.2 „
„ „ kmetiskim	2258 „	+ 31.7 „

Ti procenti so popolnoma slični našim, skoro krijejo se. Vzemimo osnovno šolo na Jesenicah s 27 % in tukaj — 28.2 %. Osnovno šolo v Gorjah s 35.6 %, in tukaj 31.7 % oziroma celotni indeks 27.7 %

Večji procent pri kmetiskem prebivalstvu gre na račun manjše prosvetljenosti in večje obljudenosti v posameznih družinah kakor tudi intenzivnejšega medsebojnega občevanja pri kmetiskih sosedih. Zopet je škoda, da tudi ta avtor ne pove, po kateri metodi je delal.

Po vsem tem izgleda — če se morda ne izkaže, da se nam je vrnila pri delu kaka napaka — da smo najbolj okužena zemlja na svetu. Kako je v resnici, nam mora pokazati bližnja bodočnost. Stvar je lahko v enem letu razčiščena, če prevzame inspektorat za tuberkulozo pri ministrstvu narodnega zdravja inicijativo v roke. Potreba je, da odstranimo vse negotovosti, določimo enoten postopek in mogoče še eno komisijo.

Zaključno lahko ugotovimo: Za Gorenjsko velja prekužni indeks 30 za ljudske šole in indeks 50 za meščanske šole. Število smo povišali zato, da upoštevamo tudi one slučaje, ki so morda v kljub visoki koncentraciji tuberkulinskih raztopin še vedno ostali negativni in tudi zato, da dobimo praktična števila. Od sedaj bomo lahko smatrali kraje z indeksom nad 35 za ljudske šole kot močno okužene, kraje z indeksom pod 25 kot malo okužene.

Zusammenfassung:

Dr. T. Furlan: Der Durchseuchungsindex für Jesenice und Umgebung

Verf. hat mittels intrakutaner Tuberkulinprobe (Mantoux) 2701 Schulkinder der Bürgerschule in Jesenice (Zentrum der Metallindustrie in Oberkrain) und der Volksschule dieses Ortes sowie dessen Umgebung untersucht, um den Durchseuchungsindex festzustellen. Dieser beträgt bei allen Schülern zusammen 27.7 Prozent, bei den Volksschülern allein 24.7 Prozent. Bei diesen Untersuchungen hat sich gezeigt, dass die Zahlen an verschiedenen Schulen stark differieren (siehe Tabelle 1). Der Durchseuchungsindex bewegt sich zwischen 5—10 — 45.68 Prozent. Die Volksschulen einiger umliegenden Dörfer weisen einen verhältnismässig höheren Prozentsatz auf als die Volksschule des Industrieortes Jesenice. Soweit sich die Ergebnisse dieser Untersuchungen verallgemeinern lassen, ist Verf. der Meinung, dass man mit einer Durchseuchungszahl von 30 Prozent bei Volksschülern (6 bis 14 Jahre) und von etwa 50 Prozent bei Bürgerschülern (10 bis 17 Jahre) wird rechnen können. Verf. bedient sich der Methode nach Mantoux und führt die Probe mit Alt-Tuberkulin, Verdünnung 1:10.000 und bei negativem Ergebnis zum zweiten Male mit der Verdünnung 1:100 aus. Macht man die Probe nur einmal und zwar

mit der Verdünnung 1:1000, so ergibt nach den Erfahrungen des Verf. eine Erhöhung der gefundenen Prozentzahl um 5 Prozent die maximalen Werte. Verfasser untersucht in der Tuberkulosefürsorgestelle in Jesenice röntgenologisch nur die tuberkulin-positiven Kinder. Es ist klar, dass diese systematischen Schuluntersuchungen und die Aufzeichnung deren Ergebnisse in Ortschaftsskizzen als Methode zur Aufdeckung sonst nicht auffindbarer Ansteckungsquellen sehr brauchbar sind.

Dr. RAJNER BASSIN vodja očesnega oddelka drž. šolske poliklinike v Ljubljani.

O refrakciji naše mladine*

V šolskih letih 1931/32, 1932/33 in 1933/34 sem imel priliko natančno pregledati oči 10.412 dijakov in dijakinj. Na podlagi preiskav sem ves material statistično obdelal ter spada med največje statistike na tem polju.

Za študij razvoja refrakcije pri naši šolski mladini moram najpoprej poseči v prvo otroško dobo. Preiskave so dognale, da je 97% vseh novorojenčkov daljnovidnih. Pri ostalih treh procentih ni bilo mogoče vsled nemirnosti otrok natančneje ugotoviti refrakcije. Pri otrocih, ki vstopijo v šolo, sem zasledil že približno 2% kratkovidnih. Kje tiči vzrok? Brez dvoma v akomodaciji.

Glavni pojavi pri akomodaciji so sledeči: Zenica se zoži. Zenični rob šarenice se premakne naprej, periferni deli pa nazaj. Prednji del lečne površine se izboči naprej in se poveča premer leče po Tscherningu za 0,3 mm. Znanstveniki niso opazovali gibanja leče samo v sredini, temveč tudi na periferiji. Možno je tako opazovanje le pri delni ali popolni pomankljivosti šarenice (aniridiji) in pa pri albinih. Lečni rob je pri mirovanju akomodacije nazobčan. Pri akomodaciji se pa neenakomernosti lečnega robu izenačijo. Znano je, da akomodacijska širina z leti pada. Natančne študije v tem pravcu je izvršil Donders, ki je prišel do zaključka, da se z leti približuje bližišče daljšiču očesa. Pri 10 letih znaša akomodacijska širina skoro 14 dioptrij; pri 70 letih je enaka skoro ničli.

O poteku akomodacije pri emetropu smo vsi poučeni. Potek akomodacije pri kratkovidnem očesu je pa drugačen. Njegova očesna os je daljša od normalnovidne in znaša več kot 24 mm. Kratkovidno oko poveča lomno jakost leče le v manjši meri ali pa sploh ne. To zavisi od stopnje kratkovidnosti. Čim večje je kratkovidnost, tem manjša je stopnja akomodacije. Pri daljnovidnem očesu je očesna os krajša od 24 mm. V tem stanju ni oko sposobno združiti na mrežnici niti paralelnih žarkov iz daljave, še manj pa divergentnih iz bližine. Daljnovidno oko zbere vzporedne žarke iz daljave na mrežnici šele s pomočjo akomodacije v nasprotju z normalnovidnim očesom, ki potrebuje akomodacijo le pri delu iz bližine. Pri tej vrsti dela potrebuje hipermetrop pojačano akomodacijo.

Pojav akomodacije si razlagamo na bazi dveh teorij: Helmholtz-ove in Tscherning-ove. Največ pristašev ima brez dvoma Helmholtzova. Ta

* Delo predano uredništvu dne 13. julija 1934.

zastopa sledeče mnenje: Pri gledanju v daljavo se nahaja oko v mirnem stanju; zonula je napeta in vsled tega leča sploščena. Pri delovanju tenzorja žilnice postane zonula ohlapna; ta mišica poteza zadnji del ciliar-nega telesa, s katerim je zonula v tesni zvezi, naprej. Vsled ohlapnosti zo-nule popusti natezanje na lečni ovojnici in leča se izboči. V nasprotju s Helmholtzom je Tscherning mnenja, da je povod vzbočenju leče pojačanje napetosti zonule radi poteza ciliarne mišice. Ciliarna mišica ima po njego-vem mnenju dvojno vlogo: napenja vlakna zonule in istočasno nateza prednji del žilnice naprej oziroma na notrajno stran. Periferni del steklo-vine stoji v ozki zvezi s tem gibanjem in pritiska na periferni del zadnje lečne stene. Radi pritiska na periferni lečni del se izboči nje sredina in s tem poveča lomna jakost.

Prekomerno delovanje akomodacije vodi do akomodacijskega krča ter nastopa najčeseje pri mladostnih hipermetropih. Izvzete pa niso druge stop-nje refrakcije. Pri normalnovidnih se pojavlja kratkovidnost; pri kratkovidnih višja stopnja slednje, kot pa obstoji v resnici; pri daljnovidnih se hiper-metropija zmanjša, izgine ali celo spremeni v kratkovidnost. Vid v daljavo se dostikrat tako poslabša, da privedejo starši emetrope otroke k okulistu radi kratkovidnosti. Pri preiskavi dosežejo spočetka dober vid v daljavo šele s konkavnimi stekli. Kasneje pa čitajo že z praznim okvirjem dobro v daljavo. V mnogih slučajih pa ugotovimo šele z atropinom akomodacijski krč. H e s s je prišel na podlagi svojih študij do sklepa, da krč izvzemši par primerov sploh ne nastopi. Stanje je namreč obojestransko, kar pri krčih pogrešamo. Pojavlja se zlasti pri ljudeh z labilnim živčnim sistemom in to predvsem pri dalje časa trajajočem delu iz bližine, pri slabi razsvetljavi in pri po-manjkanju počitka. Če damo hipermetropu, ki je že od rojstva trajno in prekomerno akomodiral, zbiralno lečo, se sprva oprosti akomodacije na daljavo in še to le postopoma. Sličen pojav sem opazil pri nekem eme-tropu, ki je nosil dolga leta —3 dioptrije in mi spočetka ni hotel pustiti očal, češ da slabeje vidi brez njih. Šele po dolgem prigovarjanju sem ga pri-pravil do tega, da je stopnjema število dioptrij zmanjšal. To pa velja le za slučaje, kjer postoji v resnici akomodacijski krč. V primerih, kjer najdemo pri preiskavi z atropinom ali bez njega različne refrakcijske vrednote, smemo iskati vzroka v akomodaciji le, če pri preiskavi z atropinom izključimo raz-širjenje zenice z zaslonko. Pri različnih širinah zenice dobimo namreč bist-vene refrakcijske razlike. Redkost akomodacijskega krča je dokazana s tem, da sem ga zasledil med 10.412 slučaji le trikrat in še to na histerični bazi.

Pri zdravljenju prekomerne akomodacije je važno, da natančno ugotovimo refrakcijo, ravnotežje očesnih mišic in živčno stanje pacienta. V potrebnih primerih predpišemo optično korekcijo; pri živčno labilnih pa zmanjšamo delo s potrebnimi odmori. Eventuelno predpišemo pacientu šibka stekla, ki imajo bolj psihičen kot pa stvaren pomen. V trdovratnih primerih pa seže-mo po razširjenju zenice z midriatiki. Motnje akomodacije so dvojne: Leča sama utrpi lahko na svoji prožnosti in ne more spremeniti več svoje obli-

ke ali pa je utrpel mišično-živčni aparat na svoji sposobnosti. Fiziološki primer za prvi slučaj je pojemanje akomodacijske širine v starosti. (presbiopija.)

Velikost akomodacije zavisi od očesne refrakcije. Pri isti uporabi akomodacije ima miop večji, hipermetrop manjši uspeh od emetropega. Pri korigiranem hipermetropu se pojavijo težave mnogo kasneje kot pri nekorigiranem. Srednji porabi že del svoje akomodacije za gledanje v daljavo, preostanek pa za delo iz bližine. Interesanten primer so tabiki s spinalno miozo. Vsled ozke zenice vidijo tudi izven akomodacijskega polja nekoliko jasneje in s tem odpade dostikrat korekcija presbiopije. Končno moramo tudi upoštevati nekatera splošna obolenja, ki običajno motijo akomodacijo: So to lues, diabetes in difterija. Od teh ozdravijo postdifterične motnje običajno v 4 do 6 tednih same od sebe.

Naša težnja pri zdravljenju zmanjšane akomodacije mora iti za tem, da dosežemo prejšnjo akomodacijsko širino. V primerih, kjer akomodacije ne moremo uravnati, si pomagamo z optičnimi pripomočki — očali.

V predstojećih izvajanjih sem malo obširneje razpravljal o akomodaciji in nje motnjah. To predvsem radi važnosti slednje pri razvoju kratkovidnosti naše dece. Iz priloženih tabel lahko zasledujemo ta razvoj:

Kratkovidni:

Šole	-0,5 D		-1 D		-2 D		-3 D		-4 D		-5 D		do -10 D		do -20 D	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Osnovne	7	0,52	26	1,95	29	2,18	7	0,52	4	0,30	2	0,15	2	0,15	1	10,07
Meščanske	7	0,24	71	2,42	79	2,72	30	1,03	24	0,83	20	0,68	22	0,76	10	0,34
Srednje	95	1,54	267	4,34	271	4,39	161	2,61	116	1,88	59	0,96	98	1,59	14	0,23

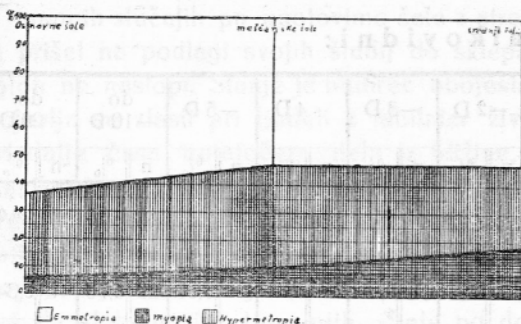
Daljnovidni:

Šole	+0,5 D		+1 D		+2 D		+3 D		+4 D		+5 D		do +10 D	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Osnovne	225	16,85	138	10,48	20	1,49	5	0,37	4	0,30	2	0,15	—	—
Meščanske	652	22,40	374	12,85	59	2,15	12	0,41	5	0,17	1	0,03	1	0,03
Srednje	1086	17,60	587	9,52	95	1,54	31	0,50	13	0,21	7	0,11	10	0,16

Skupen rezultat preiskav:

Šole	Normalnovidni		Kratkovidni		Daljnovidni		Skupaj
	n	%	n	%	n	%	
Osnovne	863	64,60	78	5,85	394	29,55	1335
Meščanske	1546	53,10	263	9,30	1104	37,60	2913
Srednje	3254	52,70	1081	17,55	1829	29,65	6164
Skupaj	5663	54,40	1422	13,65	3327	31,95	10.412

Iz teh tabel je razvidno, da se suka odstotek daljnovidnosti med 29,55% in 37,60%. Zanimivo je, da imamo največji odstotek daljnovidnih v meščanskih šolah, in to 37,60%; v osnovnih šolah je 29,55% hipermetropih, v srednjih pa 29,65%. Tudi tu se kaže vpliv akomodacije, seveda s to razliko, da je odstotek daljnovidnih v srednjih šolah utrpel zaradi visokega odstotka miopih

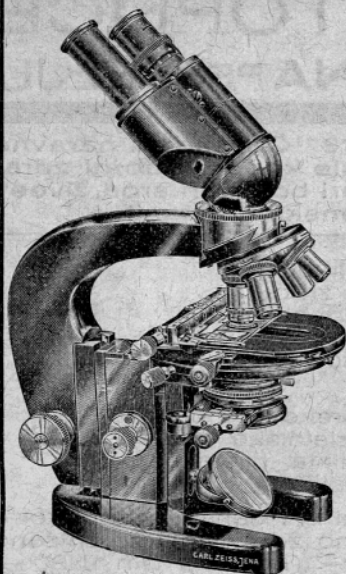


Slika 1. Procentualni razpored treh refrakcij učencev osnovnih, meščanskih in srednjih šol

Število normalnovidnih pade od 64,60% v osnovnih šolah na 53,10% v meščanskih in doseže najnižjo stopnjo pri srednješolcih z 52,70%.

Posebno poglavje zase je kratkovidnost. Kot sem v početku omenil, sem dognal pri vstopu v osnovno šolo 2% kratkovidnih. Ta številka postopoma raste. V osnovnih šolah niso otroci še toliko obremenjeni z delom v bližini in sem tu zasledil porast le za 3,85%, tako da znaša celokupno število kratkovidnih v osnovnih šolah 5,85%. V posameznih stopnjah kratkovidnosti dosežejo najvišji odstotek pri -2 dioptrijah, in to 2,18%, kar je tipično za takozvano šolsko kratkovidnost. Od tu odstotek rapidno pada ter sem med 1335 učenci osnovnih šol našel le enega, ki je imel kratkovidnost večjo od -10 dioptrij. V meščanskih šolah je med dijaki že veliko večji odstotek kratkovidnih, in sicer 9,30%. Porast od osnovnih šol znaša 3,45%. Tudi tu je največ dijakov kratkovidnih pri -2 dioptrijah, in sicer 2,72%. Število od tu stalno pada. Navzlic temu sem pa dobil med njimi še

Zopet velik korak naprej!



ZEISS

MIKROSKOPI

novi stativ L

Večja stabilnost, mirno, sigurno, udobno uravnanje. Radi nizko ležečih gonilnih gumbov uravnanje finega okreta s podvojeno natančnostjo. Možnost najrazličnejših opazovanj radi vsestransko gibljivega monokularnega in binokularnega poševnega tubusa — 4-kratni okularni revolver — epislanga

Stativ L C E z binokularnim poševnim tubusom ABBE-jeva osvetilna naprava

Literatura brezplačno
CARL ZEISS JENA



Desinfekcijska sredstva: SANITOLUM medicinale, SANITOLUM pro desinfectione, SANOFORM, SANEOLINUM medicinale, SANEOLINUM industriale, MAZAVO MILO, KARBOLNE KISLINE, FORMALIN itd.

Nadalje stalno v zalogi svetlovno znani izdelki trdke

S. A. „L a T o j a“, Pontevedra, Španija:

milo, razirna krema, kreme za kožo, shampoo, locion, aceite radico itd.
„C H E M O T E C H N A“ družba z o. z., Ljubljana, Mesni trg 10

K A T G U T

znamke Dr. Ruhland A. G. Nürnberg popolnoma sterilni, prvovrstne kvalitete s popolnim jamstvom za uspešno uporabo pri operacijah dobavlja glavno skladišče za Jugoslavijo:

„SPHINX“ Mr. Ph. Josip Bemski
ZAGREB, Ilica 17.

GOSPOD TOVARIŠ,

tvrdke, ki oglašujejo v Zdravn. Vestniku, so v vsakem oziru posebno priporočljive, zato križite svojo potrebo pri teh tvrdkah. Vedno pa, če kaj naročite pri kaki tvrdki pa bodisi tudi samo vzorce in literature — se sklicujte, prosim, na Zdravniški Vestnik. S tem koristite sebi in svojemu glasilu.

ZDRAVILIŠČE TOPLICE

DOBRNA PRI CELJU

Akratoterma 37° C, radloakt. naravne ogljikove kisle kopeli. Izborni zdravilni učinki pri boleznih srca, živcev in ženskih boleznih

Zdravilni pripomočki: naravne termalne ogljikove kisle kopeli, kopeli v vročem zraku, solnčne zračne kopeli, diatermija, višinsko solnce. Solux obsevanje, masaže, dijetetično zdravljenje. Specijaliteta: zdravljenje s kozjim mlekom, jughurtom in ležalne kure

Krasen park, divna okolica s smrekovimi in jelkovimi gozdovi, tepe številne izletniške točke. Godba, 220 sob, prvovrstna kuhinja, dijetetična kuhinja, lov in ribolov v najbližji okolici

V spomladanski in jesenski sezoni kompletno 20-dnevno zdravljenje za znižano ceno Din 1.200'— (oziroma Din 1.380'—)

Sezija od 15. aprila do 31. okt. Prospekti na zahtevo!

Röntgen

FILMI — PLOŠČE — PAPIRJI

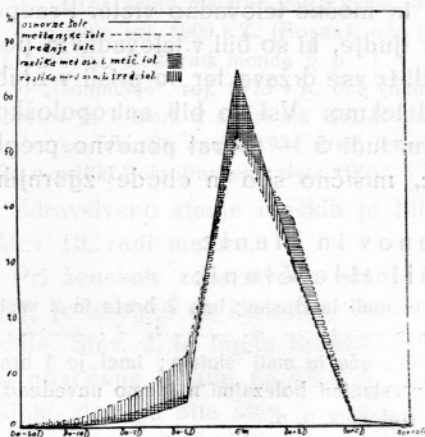
Röntgen

Cene nizke, postrežba točna!

Zahtevajte ponudbe:

DROG. ADRIJA — LJUBLJANA — ŠELENBURGOVA

10 dijakov z več kot —10 dioptrijami, kar bi bilo 0,34%. Rapidno pa raste miopija v srednjih šolah, kjer sem ugotovil 17,55% kratkovidnih. Razlika med meščanskimi in srednjimi šolami je 8,25%, med osnovnimi šolami in srednjimi pa celih 11,70%. Kakor v osnovnih in meščanskih sem našel tudi v srednjih šolah največji odstotek kratkovidnih pri —2 dioptrijah, ki znaša 4,39%. Zanimiva so dognanja preiskav na posameznih gimnazijah. Na uršulinski gimnaziji v Ljubljani raste kratkovidnost od 3,44% v 1. razredu na 21,42% v 4. razredu; na klasični gimnaziji od 8,76% v 1. razredu na 74,3% v 8. razredu; na I. drž. realni gimnaziji od 7,14% v 1. razredu na 30,62% v 8. razredu; na II. drž. realni gimnaziji od 5,88% v 1. razredu na 32,7% v 8. razredu; na III. drž. realni gimnaziji od 7,70% v 1. razredu na 27% v 8. razredu. Iz teh števil je razvidno, da je od vseh vrst študija za oči najnapornejši humanistični. To najbrže v glavnem zaradi prevelikega dela iz bližine, kar zahteva pojačano akomodacijo z vsemi komplikacijami, ki vodijo do kratkovidnosti.



Slika 2. Procentualni razpored refrakcijskih stopenj učencev osnovnih, meščanskih in srednjih šol

Glavnega vzroka ne smemo iskati samo v akomodaciji, temveč tudi v razsvetljavi učnih prostorov. Tako je v neki gimnaziji višji razred, kjer prihaja razsvetljava od hrbtne strani učencev, kar je brez dvoma absurdno in nasprotuje seveda vsaki higijeni očesa. V interesu zdravja mladine bi bila naloga naših šolskih oblasti, da raje zmanjšajo število razredov, kakor da dovolijo pouk v takih prostorih. Poleg pravilno razsvetljenih učilnic bi bilo važno urediti šolski pouk v pravcu zmanjšane akomodacije, to je zmanjšanja dela iz bližine. Pri korenu je treba prijeli celo stvar. Šele potem imamo dane pogoje za izboljšanje zdravstvenega stanja našega dijaštva.

(Delo je bilo vpslano dne 20. julija 1934.)

Zusammenfassung :

Dr. Rajner Bassin: Ueber die Refraktion unserer Schuljugend. Bericht über 10.412 augenärztliche Untersuchungen der Refraktion bei Schulkindern. Skiaskopisch wurde festgestellt, dass die Kurzsichtigkeit mit den Schuljahren zunimmt. In den Volksschu-

len fand der Verfasser 5,85%, in den Bürgerschulen 9,30%, in den Mittelschulen 17,55%, Kurzsichtige. Im letzten Jahrgange der Realgymnasien befanden sich 27%—32,70% Kurzsichtige, im klassischen Gymnasium aber sogar 74,3%.

Literatura :

Hess C. und Heine: Arbeiten aus dem Gebiet der Accomodationslehre. Arch. für Ophthalmologie 46.

Salzmann Max: Dioptrik u. Anomalien der Refraktion u. Akkomodation. Zeitschrift für Augenheilkunde 35.

F. Schieck und A. Brückner: Kurzes Handbuch der Ophthalmologie 1932.

Iz higijenskega zavoda v Ljubljani: Dir. dr. K. Petrič

Telovadba in človeško telo

Prinos k problemu

Priv. doc. dr. B. ŠKERLJ, v. d. šefa antropološkega oddelka

K mednarodnim telovadnim tekmam, ki so se letos vršile v Budimpešti, je tudi SKJ prigljal po eno žensko in moško telovadno vrsto. Predpostavljati smemo, da so ti vrsti sestavljali ljudje, ki so bili v telovadnem pogledu najboljši izmed boljših. Zbrani so bili iz vse države ter so prišli v Ljubljano še na zadnji 6-ledenski trening pred tekmo. Vsi so bili antropološko preiskani in oni, ki so ostali na treningu, tudi 5 — 6-krat ponovno pregledani z ozirom na težo, kapaciteto pljuč, mišično silo in obode zgornjih lakti in meč.

1. Popis članov in članic

Moško vrsto so sestavili tile člani:

1. Stud. jur., roj. 1913 v M. B., oče in mati iz Bosne; ima 2 brata in 2 sestre. Rodovnik razen enega primera raka menda b. p.

2. Stud. tehn., roj. 1911 v Dravski ban., oče in mati istotam; imel je 3 brate, od katerih sta 2 umrla, in ima 3 sestre. Med prestanimi boleznimi najdemo navedeno le angino. Ena sestra ima baje tbc., sicer pa je rodovnik b. p.

3. Priv. uradnik, roj. 1907 na Primorskem, mati in oče v Dravski banovini. Oče uradnik. En brat, ena sestra. Rodovnik menda b. p.

4. Bančni uradnik, roj. 1909 v štajerskem delu Dravske ban., oče in mati tudi; 2 brata; z 9 leti je prebolel lahko pljučnico. Rodovnik menda b. p.

5. Geometer, roj. 1911 v Dravski ban., oče in mati tudi v Sloveniji; 4 bratje, 2 sestre; v 14. letu je prebolel vnetje poreberne mreže. Razen enega primera raka je rodovnik menda b. p.

6. Stud. tehn., roj. 1912 v Avstriji, oče in mati v Sloveniji; oče žel. uradnik; edinec; prestal je tonsillektomijo. Rodovnik izkazuje nekaj tbc., razen tega ima eden od staršev raka.

7. Telov. učitelj, roj. 1908 v Banatu, oče in mati pravtako; 1 sestra, 4 bratje, od katerih je eden umrl. Rodovnik menda b. p.

8. Student, roj. 1913, v Dalmaciji, oče (ho'elir) in mati tudi; 2 brata, od katerih je eden umrl, ena sestra; s 3 leti je prebolel pljučnico; je kratkoviden in nosi očale. Rodovnik menda b. p.

9. Privatnik, roj. 1914 v Savski ban., oče menda istotam (narednik), mati tudi v Savski ban.; edinec. Rodovnik menda b. p.

10. Dijak Sred. tehn. šole, roj. 1913 v V. (Savska ban.), oče (trgovec), in mati istotam; 1 brat, 1 sestra; o boleznih v rodovniku ni nič znanega.

11. Stud. šumarstva, roj. 1913 v S. (Dun. ban.), oče istotam (stavb. podjetnik), mati tudi v Banatu; 2 sestre, 2 brata, od katerih je eden umrl. Rodovnik menda b. p.

Razen šte. 6. in 11. so bili vsi prvič pregledani že v prvi polovici novembra 1933, dočim sta prišla omenjena dva k pregledu prvič 20., odn. 27. aprila 1934.

Ženske članice so bile:

1. Maturanika, roj. 1912 v U. (Lika), oče (notar) tudi v Liki, mati v B. (Sav. ban.); 5. otrok svoje matere; ima 2 brata, dočim sta izmed 4 sester 2 umrli. Rodovnik menda b. p.

2. „Domačica“, roj. 1910 v B., oče (trgovec) istotam, mati v K. (Dun. ban.); 1. otrok svoje matere; ima 1 brata in 1 sestro. Rodovnik menda b. p.

3. Učiteljica, roj. 1911 v Z. (Sav. ban.), oče (garderober) in mati tudi na Hrvaškem; 7. otrok svoje matere; od 3 bratov je umrl 1, od 3 sester pa sta umrli 2. Rod. menda b. p.

4. Absolventka trg. akad., roj. 1910 v M. O. (Č. S. R.), oče (zdravnik), 2. otrok svoje matere; ima 4 brate in 1 sestro. Rodovnik menda b. p.

5. Stud. konzervatorija, roj. 1913 na Goriškem, oče (odvetnik) in mati na bivšem Štajerskem; 7. otrok svoje matere; od 4 bratov je 1 umrl, od 2 sester tudi 1 umrla. Rodovnik menda b. p.

6. Uradnica, roj. 1914 v K. (Sav. ban.), oče (mesar) in mati tudi na Hrvaškem; edinka. Rodovnik menda b. p.

7. Akademka, roj. 1912 v S. (Dalmacija), oče (profesor) istotam, mati tudi v Dalmaciji; 1. otrok svoje matere; ima 2 brata, od 2 sester pa je 1 umrla. Rodovnik menda b. p.

8. Šivilja, roj. 1909 v Z. (Bosna), oče (kolar) in mati istotam; 3. otrok svoje matere; 1 brat, 1 sestra. Rodovnik menda b. p.

9. „Domačica“, roj. 1913 v J., oče (učitelj) in mati v Banatu; 3. otrok svoje matere; od 2 bratov je 1 umrl, 2 sestre sta živi. Rodovnik menda b. p.

Vse so bile 26. aprila 1934 prvič temeljito pregledane, dasi so bile nekatere merjene že o priliki Pokrajinskega zleta 1933.

Zdravstveno stanje moških je bilo vobče dobro. Od moških je odpadel šte. 10. radi mature.

Pri ženskah zdravstveno stanje ni bilo tako dobro. Odpadli sta 2. Štev. 7. je zbolela za škrlatico, šte. 6. pa je imela lažjo srčno napako in je odšla. Štev. 2. je imela bronhitis. Lahko povečano srce je imela šte. 4., lahko povečane tonzile pa šte. 5. Ta in šte. 9. sta se splošno zdeli precej šibki, dasi je bila šte. 5. ena najboljših telovadk.

Glede starosti bi bilo treba pripomniti to-le: *ženske so bile povprečno premlade za premagovanje naporov, ki jih stavi končni trening za mednarodne tekme.* Najstarejša je bila le 25 let stara, dočim najmlajša komaj 20! Le slučajno je prav ta šla zaradi srčne napake domov. Toda na starost v zvezi s treningom in tekmami, zlasti pri ženskah, se še povrnemo.

Pri moških je bila starost pri Slovencih kolikor toliko primerna, pri ostalih pa tudi večinoma nezadostna, skupno od 21 — 27 let. Razen šte. 7. so bili vsi ne-Slovenci premladi za naporna tekmovanja.

Kakor spoznamo iz poklicev očetov, je večina tekmovalk in tekmovalcev iz okolja t. zv. srednjega stanu, večinoma gre za studente ali vsaj absolvente srednjih šol. Celo pri ženskah so le 3 „neštudirane“. Pri vseh se je tudi videlo, da so v dobri telesni kondiciji, tako da jih smatramo lahko res za dobro izbrane ljudi in dobre reprezentante telovadk in telovadcev (omejitev glede starosti pri tem nismo upoštevali). Tem važnejše je, da opišemo telesne lastnosti teh ljudi tudi podrobneje.

2. Opisni znaki

Najkrajši način prikaza opisnih znakov je tabela. V tej tabeli bomo upoštevali razen barve oči in las tudi barvo kože, značaj las, mišičje, tolščo, kosti, telesno držo, gledano s profila. Raso in konstitucijo bomo upoštevali kasneje, ko bomo spoznali tudi še druge telesne znake in lastnosti.

Tabela I. Opisni znaki moških: — Beschreib. Merkmale der Männer:

Znaki Merkmale										
tekmovalci Wettkämpfer	m-šičje Muskulatur	kosti Knochen	tolšča Fett	zobje Zähne	telesna drža ¹⁾ Körperhaltung	ročnost ²⁾ "Händigkeit"	barva oči ³⁾ Augenfarbe	barva las ⁴⁾ Haarfarbe	barva kože Hautfarbe	značaj las Haarform
Št. Nr. 1	močno	močne	malo	dobri	B	o	6	8	rjavk.	gladki
" 2	"	sred.	"	"	B	d	14	7	svrjava	valov.
" 3	"	močne	"	slabi	A	"	11	8	rumbela	"
" 4	dobro	sred.	"	dobri	B	"	3	4	svrjava	gladki
" 5	močno	močne	sred.	"	A	"	12	6	"	valov.
" 6	"	"	malo	sred.	A	"	14	25	rumbela	gladki
" 7	"	"	"	dobri	A	"	10	7	svrjava	valov.
" 8	"	sred.	"	slabi	C	"	10	9	rumenk.	gladki
" 9	zelo močno	močne	"	dobri	A	"	14	9	svrjava	kodravni
" 10	močno	"	"	sred.	C	"	6	5	"	valov.
" 11	zelo močno	"	"	dobri	A	"	15	26	rumbela	"

Anmerkung: močno = stark, zelo močno = sehr stark, dobro = gut, sred. = mittel, malo = wenig, slabi = schlecht, o = beidhändig, d = rechtshändig, rjavk. = bräunlich, svrjava = hellbraun, rumbela = gelbweiss, rumenk. = gelblich, gladki = glatt, valov. = wellig, kodravni = lockig.

Pri št. 8 je razmeroma slaba drža, zakrivljena morda tudi po kratkovidnosti.

Za antropologa je tu najzanimivejše, da imajo le 3 izmed 11 rjave oči, in še od teh treh dva najsvetlejšo rjavo barvo (6). 4 imajo modre oči, ostali 4 pa sive! To prevladovanje svetlih oči v narodu, ki je sicer vendar preko polovice temnok, je vsekakor čudno. Med barvami las najdemo pač

¹⁾ Telesno držo s profila ocenjujemo po nekem ameriškem sistemu z A, B, C, D, pri čemer je A najboljša (vzravnan), D pa najslabša drža.

²⁾ Razlikujemo: d (desničen), o (oboje-ročen) in l (levičen)

³⁾ Barva oči (po Martin-u): 1-6 rjave, 7-12 zelene, sive, 13-16 modre,

⁴⁾ Barva las (po Fischer-ju): 1-3 rdeče, 4-7 rjave, 8 temnoplave, 9-26 plave (svetle) in 27 črne.

5 rjavih, ostali pa imajo plave lase (2 od njih temnoplave). Tudi tu je razmerje svetlih las do rjavih premaknjeno v prid svetlejšim! Le 4-krat najdemo res gladke lase, toda kodre tudi le v enem primeru. Barva kože je večinoma svetla, le v enem primeru rjavkasta.

Tabela II. Opisni znaki žensk: — Beschreib. Merkmale der Frauen:

znaki Merkmale	tekmo- valke Wettkäm- pferinnen	mišičje Muskulatur	kosti Knochen	tolšča Fett	zobje Zähne	telesna drža Körperhaltung	ročnost Händigkeit	barva oči Augenfarbe	barva las Haarfarbe	barva kože Hautfarbe	značaj las Haarform	menarha Menarche
	1	močno	sred.	sred.	dobri	A	1	14	8	rumbela	gladki	12
	2	"	tanke	"	sred.	A	d	10	8	"	"	14
	3	dobro	sred.	"	dobri	A?	"	5-6	8	"	valov.	16
	4	zelo močno	"	"	sred.	A	"	8	4	svrjava	gladki	14 15
	5	močno	"	"	dobri	A	d?	5	5	"	"	14
	6	dobro	močne	"	sred.	A	d	8	12	rumbela	?	13
	7	zelo močno	"	"	dobri	A	"	15	13	"	?	14-15
	8	"	sred.	"	"	A	"	4-5	5	svrjava	kodravi	15
	9	dobro	"	"	"	A?	"	15	25	rumbela	gladki	15

Anmerkung: Vergleiche Tab. I.; neue Worte: tanke = dünn, 1 = linkshändig.

Tudi med ženskami najdemo le 3 rjavooke, dočim so 3 sivo- in 3 modrooke; skupaj je torej večina svetlooka. Glede barve las je podobno: le tri so rjavolase, 3 temnoplave in 3 svetloplave. Kompleksije so še dosti čiste (razen pri štev. 4). Barva kože je večinoma svetla, le one tri z rjavimi lasmi imajo tudi bolj rjavkasto barvo kože. Kodre smo našli le v enem primeru. Menarha se je pojavila povprečno v starosti 14 let. Drža je bila dobra, mišičje primerno močno. Glede tolšče moramo reči, da je ima seveda — vsaj normalno — tudi vsaka trenirana ženska več kakor moški. Pri naših tekmovalkah je bila plast tolšče normalno razvita, pri štev. 6 morda nekoliko preveč, pri štev. 7 pa lokalno gotovo preveč, namreč na nogah, zlasti stegnih; toda to je v zvezi z njenim tipom.

Nadaljevanje sledi.

Moribundus adlatus*

Ta diagnoza ni redka, kliničarja pa ne more zadovoljiti. Na 1000 sekcij tukajšnje prosekture je na priloženih mrljiških listkih napisana 65 krat (6,5 %) kot edina, oziroma kot glavna diagnoza. Vračunane niso težke poškodbe v moribundnem stanju, kakor tudi ne zastrupitve, razven ene.

V teh primerih naj sekcija pokaže obolenje in smrtni vzrok. So za obducenta najprijetnejše, ker mu je konstatirati stanje, ki je izključevalo možnost življenja, a niso najlepše. Le-te so one, kjer se klinika in prosektura krijeta z diagnozami. Sekant mora delati brez znanja anamneze in začetka ter poteka bolezni. Oboje mu ni manj važno kot kliničarju, kar naj pojasni primer. Autopsija pokaže tole stanje: sveža operacijska rana na desnem podtrebušju, akutno in difuzno gnojno vnetje peritoneja, svež operacijski defekt slepiča, intaktne šive; izvora vnetja pa ni najti nikjer drugje. Obducent mora priti samo do teh dveh zaključkov: appendicitis — peritonitis — operacija, ali pa: appendicitis — operacija — peritonitis. Zadnji zaključek je operaterju neljub. Na gnojnem izcedku ni kar tako spoznati njegove starosti. Eno vprašanje in en odgovor pa na mah vso patogenezo vnetja razsvelli.

Pri dovoljnem opazovanju bolnika sme in mora sekant po pravici opis začetka in poteka bolezni zahtevati. Razlika med kliničnim končnim in patološko-anatomskim stanjem se izgadi le pri resni registraciji obeh strani, v kolikor ima bolezen svojo, dandanes dokazljivo in temu obducentu poznano podlago. Drugače govorita drug drugemu neznan jezik. Pri „moribundus adlatus“ je sekant v istem položaju kot pri odgovoru: „Ja, ni bil moj pacient“, na vprašanje glede funkcije srca.

Bolezen je konec nekega stanja in začetek nekega stanja. Vmes je potek. Danes diagnosticirana stopinja poteka ne mora biti jutri ista. Bronhopneumonično zgostje se širi ali krči, zavzame plevro, preide vnetje na osrčnik, ali pa tudi ne.

Konec poteka je povratak v predbolezensko, svojstveno normalno ravnotežje, bodisi do kompromisnega ravnotežja, v katerem organizem še izhaja, ali pa do porušjenja. Življenje, sloneče na med seboj v ravnovesju vigranih funkcijah delov ali celote pod temi pogoji ni več mogoče (L. Aschoff). Motnje funkcij ali bolezni ima po današnjem materialističnem nazoru v medicini svojo patološko anatomsko podlago. Toda ni je prav vsakokrat mogoče pokazati. Ali ta materialna, seveda tudi fizikalno kemijska ali atomska, sprememba vsled pomanjkanja primernih dokazilnih metod še ni znana, ali pa je obducent še ne pozna. V prvem primeru govori klinika o funkci-

* Delo predano uredništvu julija 1934.

jonalnih obolenjih. Tupatam je kliničarju pokazan substrat preneznaten. Imajo pa majhni vzroki često velike posledice. Medicinske knjige so zapi-
san povprečen izvleček iz silne množine posameznih opažanj. Niso vlite
oblike, v katero se mora v celoti prilagoditi vsak primer.

Nazor, da spremenjena funkcija (bolezen) ima svojo anatomsko podlago,
ni absolutno točen, vendarle se z njim vsaj še danes najbolje razloži funk-
cijonalne motnje, posebno če so prizadeti življensko važni organi. Vitium
cordis ima svojo anatomsko podlago. Vendar v popolni kompenzaciji ni
funkcionalnih motenj. Obolenje loputic je dovedlo do kompromisnega
ravnotežnega stanja, v katerem to srce more popolnoma zadostiti cirkula-
cijskim zahtevam lastnega telesa, dokler je pod pogoji, ki so mu še prikladni.

Razvoj medicine kaže silo anatomske misli. Kumulacija vedno novih
izsledkov se prične šele od Morgagnija (1771 l.) z radoznalim: „Ubi morbus“
in odgovorom v knjigi: „De sedibus et causis morborum“.

Hippokrates je bil velik kliničar, pa za njegove dobe niso prišli dalje
nego do fiksiranja pojavov in simptomskih kompleksov. In za njim je
prišla doba prečudnih filozofsko spekulativnih dedukcij vse do Morgagnija.

Anatomsko misel je prav posebno poglobil na koncu stoletja Virchow,
spčetnik ekstremno celularne patologije. Po njem je bistvo in začetek
bolezni „eius morbi“ patološko spremenjena stanica, dočim je njegov veliki so-
besednik Rokitansky bil mnenja, da je bistvo in začetek bolezni iskati v na-
pačni sestavi krvi. Le-ta misel postoji še od Hippokrata, ki govori o diskraziji
(napačnem mešanju) sokov. Rokitansky je podlegel Virchowu.

Humeralna patologija, ki jo je zagovarjal Rokitansky, dobiva danes
novo življenje. Telesni sokovi, čeravno so izcedki celic, imajo svojstveno,
od stanic mater nezavisno zmožnost, predvsem biološko-kemijskega reagir-
anja. Virchowova celularno lokalistična patologija ni več za vsa vprašanja
primerna, četudi se dobivajo zanjo vedno novi dokazi. Kakor izgleda, bosta
obe dajali smer za nadaljno iskanje resnice v bodočnosti.

Zdravnik je pri bolniku v položaju obiskovalca kina, ki pride pozno.
Film se vrti, videne slike so mu izpočetka nerazumljive, ker jih ne more
vezati na začetek poteka. Vendar se pa o začetku more informirati, konca
lahko počaka in film postaja razumljiv.

Pri moribundnem pa pride v času, ko se film trga. Za najvažnejšo pot
do diagnoze potom analize ni časa. Postavlja jo po podobnosti ali izklju-
čenju. Za zdravnika pa mora biti diagnoza prvo, dočim je bolniku malo
do nje, dokler je resno bolan. Zdravnik pa ne živi od diagnoze, nego od
terapije, čeprav le-ta zavisi od prave diagnoze. Tako je umeti, da danes
prav redki mrličji ne kažejo marke od poslednje injekcije. Jednostavnost
prevladuje nad kompliciranim. Mnogo diagnoz ni ena dobra diagnoza.

Sledeči tabeli naj predočita patološko-anatomsko podlago vrste kliničnih diagnoz: „moribundus adlatus“. Prva kaže primere s to edino diagnozo, druga slučaje, kjer je glavna diagnoza, poleg drugih z vprašanjem. Iz obeh je videti, da je patološko-anatomska podlaga dovoljna prav za vse primere. Znana je trditev, da more statistika, napravljena iz istega materiala, podkrepiti dvoje nasprotnih mnenj, ali pa da se z njo da dokazati vse. Vkljub malemu številu pa tudi ta ne more podkrepiti zelo priljubljene diagnoze „kap“ pri starejših ljudeh, katero je tudi izkušen kliničar prav redko stavil pri moribundnih z visoko povprečno starostjo.

Tabela I.

Štev.	Star	Poklic	Diagn.	Izvleček patološko-anatomske diagnoze
1	71 l.	delavka	Moribunda adlata	Bronchopleuropneumonia
2	75 „	žena železničarja		Bronchopleuropneumonia
3	1 „	hči delavca		Bronchopneumonia
4	4 m	hči ključavničarja		Pneumonia caseoso-ulcerosa acuta
5	59 l.	občinska reva		Glomerulonephritis chronica
6	64 „	viničarka		Embolia art. pulmonalis. Trombosis v. popliteae. Ulcus cruris chronicum
7	50 „	beračica		Peritonitis diffusa f. purulenta. Perforatio ulceris ventr.
8	80 „	mestna uboga		Peritonitis diffusa f. purulenta. Perforatio ulceris stercoralis colonis descendentis. Carcinoma colonis sigmoidei subsequenti stenosi
9	39 „	žena uradnika		Mesaortitis luica. Insuffitentia aortae.
10	66 „	dninarica		Pericarditis purulenta acuta. Pleuritis fibrinoso-purulenta bilateralis
11	77 „	trgovec	Moribundus adlatus	Bronchopleuropneumonia
12	62 „	delavec		Bronchopneumonia
13	65 „	„		Pneumonia crouposa
14	60 „	hlapec		Mesaortitis luica. Insuffitentia aortae
15	70 „	sluga		Suffocatio. Struma substernale
16	66 „	dninar		Carcinoma prostatae c. metastasibus
17	77 „	železničar v. p.		Hydronephros bilateralis eximii gradus. Hypertrophia prostatae
18	84 „	občinski revež		Carcinoma scirrhusum ventriculi. Penetratio capillis et corporis pancreatis
19	49 „	najemnik		Peritonitis diffusa f. purulenta. Perforatio ulceris ventriculi
20	? „	?		Embolia art. pulmonalis. Thrombosis plexus v. periprostatici. Hypertrophia prostatae.

Tabela II.

Št.	Starost	Poklic	In observazione	Izveček patološko-anatomske diagnoze
1	11.	hči železničarja	Pylorospasmus?	Bronchiolitis obliterans
2	18.	hči uradnika	Apoplexia?	Bronchopneumonia. Status thymico-lymphaticus.
3	50.	žena železničar.	Myodegeneratio cordis decomp.	Peritonitis diffusa f. purulenta ac. Appendicitis ac. gangraenosa perforativa.
4	31.	gospodinja	Abortus	Endocarditis mitralis ulcerosa. Endometritis putrida post abortum.
5	7.	hči posestnika	Diphtheria?	Angina, laryngotracheitis pseudomembranacea (diphther.)
6	7.	hči uradnika	Sepsis	Pyæmia (sepsis metastasans). Abscessus metastatici pulmonum, renum, myocardis, lienis. Phlegmona cruris.
7	23.	hči posestnika	Glomerulonephr. ac.?	Glomerulonephritis subacuta.
8	67.	žena železničar.	Cor strumosum.	Nephrosclerosis arterio-arteriolosclerotica. Hypertrophia ventriculi cordis sin. Struma coll. nodosa.
9	44.	"	Sepsis? Tumor abdominis?	Cystopyelonephritis purulenta abscedens bilateralis. Hydrosacto salpinx utriusque lateris.
10	54.	žena delavca	Typhus abdominalis?	Ileotyphus abdominalis in stadio III.
11	72.	šivilja	Myocarditis decompensata.	Bronchopneumonia. Arteriosclerosis art. coronarium. Cicatrices myocardis late extrusae, degeneratio adiposa
12	52.	žena delavca	Dilatatio cord. totius	Endocarditis aortae peracta subsequentia stenosis et insuff. aortae. Hyperthrophia ventriculi cordis sin. dilatatio cordis totius.
13	27.	žena ?	Pneumonia l. d.	Abscessus lobi inferioris dextri pulmonis
14	36.	žena delavca	Graviditas extract.?	Volvulus ilei. Graviditas intrauterina m. l. IV.
15	67.	vdova železnič.	Insuffitientia cordis	Haemato-pericardium. Ruptura aortae supra-valvularis spontanea cum perforatione in pericardium.
16	3.	hči dninarja	Angina suspecta?	Pneumonia caseosa. Angina lacunaris.
17	72.	vdova železnič.	Myodegeneratio, insuff. cordis Cystitis.	Embolia art. pulmonalis. Varices cruris. Cystitis chronica vetularum
18	6.	?	Septicopyæmia?	Septicopyæmia. Abscessus metastatici pulmonum, renum, hepatis. ulcus dorsi pedis.
19	47.	kuharica	Apoplexia?	Haemorrhagia pontis. Atherosclerosis gravis art. ad basim cerebri.
20	37.	žena uradnika	Insuff. cordis. Thrombosis v. f. moras dextrae.	Pyæmia. Abscessus metastatici pulmonum, hepatis, renum, myocardii. Endometritis putrida post abortum Thrombophlebitis purulenta v. hypogastricae, iliacae, femoralis d., ovaricae d.
21	39.	brivec	Insuffitientia cordis.	Pneumonia crouposa.
22	63.	dninar	Dementia?	Endocarditis mitralis ulceroso-polyposa.
23	54.	pristav	Apoplexia.	Haemorrhagia recens in regione trunci gangliorum cerebri. Perforatio in ventriculum lateralem.
24	71.	poduradnik v. p.	Angina pectoris.	Haemorrhagia recens in regione trunci gangliorum cerebri. Atherosclerosis art. coronarium.
25	62.	piv. uradnik	Insuff cordis decompensata. Pericarditis?	Infarctus anaemicus parietis ventriculi cordis sinistri. Thrombosis art. coronariae sinistrae.
26	45.	čevljar	Coxitis sinistra?	Osteomyelitis chronica vertebrae XII. th. Abscessus m. ileopsoatis utriusque.
27	63.	žandar v. p.	Apoplexia?	Encephalomalacia alba lobi occipito-temporalis cerebri, Thrombosis art. cerebri posterioris.
28	22.	vojak	Meningit. epidemico?	Meningitis basalis tuberculosa. Tbc miliaris subacuta pulmonum.
29	57.	ključavničar	Nephrocirrhosis?	Haemorrhagia in regione trunci gangliorum cerebri recens. Perforatio in ventriculum lateralem, absumptiones renum art. arterioscleroticae-arteriosclerosis art. cerebri.
30	64.	delavec	Tumor abdominis?	Carcinoma ventriculi c. metastasatus in hepate, lymphogland. regionales.
31	75.	dninar	Ca? Leucaemia?	Tuberculosis chronica cavitaria lobi superioris utriusque, azinodosa in lobos reliquos pulmonum.
32	11.	sin železničar.	Decompensatio cordis	Bronchopneumonia.
33	49.	čevljar	Encephalitis acuta?	Pneumonia crouposa.
34	50.	zvaničnik	Pneumonia?	Haematothorax bilateralis. Ruptura aneurysmalis aortae thoracalis.
35	57.	dninar	Ins. cord. Endocard.?	Carcinoma hepatis c. metastasibus in hepate.
36	71.	"	Cirrhosis hepatis?	Bronchopneumonia. Emphysema sen. pulmonum
37	54.	sluga	Pneumonia.	Peritonitis diff. f. purulenta Volvulus colonis descendens, sigmae.
38	51.	zidar	Periton.? Pancreat.?	Gangraena intestini involuti.
39	59.	železnicar	Perforat. ventriculi?	Mesaortitis luica. Insuffitientia aortae.
40	60.	hlapec	Mesaortitis luica.	
41	37.	trgovec	Dilat. cord. decomp.?	Peritonitis diff. purulenta. Perforatio ulceris ventriculi.
42	8 m.	?	Perforatio ventriculi?	Leptomeningitis acuta purulenta. Abscessus vetustior lobi frontalis, perforatio in ventriculum lateralem.
43	40.	uradnik	Status epilepticus. Fractura baseos	Angina, pharyngolaryngotracheitis pseudomembran. (diphth.)
44	67.	delavec	Suspect. diphtheria	Encephalitis acuta haemorrhagica. Steatonecrosis pancreatis. Purpura cutis. Intoxicatio salvarsano effecta.
45	40.	trgovec	Dilatatio cord. Lues I. Enceph? Haem. Alc. chron. Malar. chron. Diathes. haemorr.	
			Apoplexia. Myodegen. cordis.	Encephalomalacia flava cerebri. Thrombosis art. cerebri mediae. Atherosclerosis gravis art. ad basim cerebri.
			Pancreatitis? Thrombosis? Vitium cordis	Peritonitis diff. f. purulenta. Perforatio ulceris duodeni. Endocarditis chronica f. brosa aortae c stenosis.

Umrljivost zavarovanih delavcev in nameščencev v mesecu decembru 1934

V mesecu decembru 1934 je po dospelih prijavih umrlo 174 delavcev in nameščencev, od teh 125 moških in 49 žensk.

Za nalezljivimi boleznimi je umrlo 67 oseb, od tega 56 za pljučno tuberkulozo (82%), 6 za trebušnim legarjem, 2 za pijemijo, 1 za porodno vročico, 1 za tbc. meningitis in 1 za tuberkulozo grla.

Za ostalimi boleznimi je umrlo 83 delavcev in nameščencev. Samomor je izvršilo 8 delavcev, ponesrečilo se jih je pri delu 7, izven posla 9.

Z ozirom na poklic je bilo od umrlih 20 uradnikov, 52 kvalificiranih delavcev, 14 vajencev in 88 nekvalificiranih delavcev. Največje število umrlih odpade na delavce gozdno-lesne industrije (18), zatem sledijo delavci kovinske in strojne industrije (17), delavci pri javnih delih (13), trgovski nameščenci (13), delavci tekstilne industrije (12) in hišna služinčad (12).

Delavci ostalih strok so zastopani z manjšim številom umrlih pod 10 (n. pr. grafični delavci 2).

Največje število umrlih je bilo zavarovanih z — mezdo — Din 48— in to 27 delavcev in nameščencev.

Rodbinam umrlih delavcev in nameščencev v mesecu decembru 1934 je bilo izplačano za pogrebne skupaj Din 136.539'50. Od te vsote odpade na bolezensko zavarovanje Din 131.697'50, a na zavarovanje za slučaj nesreče Din 4832'—.

Naknadno so prijavljeni še 3 umrli delavci in nameščenci iz meseca julija (3 moški), 4 umrli delavci iz meseca avgusta (3 moški in 1 ženska), 4 umrli delavci iz meseca septembra (2 moška in 2 ženski), 14 umrlih delavcev iz meseca novembra (24 moških in 3 ženske). Rodbinam teh umrlih delavcev je izplačano za pogrebne Din 32.922'—.

Število naknadno prijavljenih umrlih delavcev v decembru 1934 bo objavljeno v naslednjem poročilu za mesec januar 1935.

SUZOR

IZ MEDICINSKIH ČASOPISOV

Nadaljevanje

Prof. Paul Blum (Strasbourg) in dr. V. Tesić: Gorka voda iz Torde (izvor Jordan) (Fizičko-hemijska ispitivanja, hemijski sestav i indikacije).

Dr. M. D. Petković: Hromagoga funkcija jetre kod čoveka i životinje. Je to eksperimentalno delo iz laboratorija za eksperimentalno in primerjalno patologijo pariške med. fakultete.

Dr. Pavle Drecun Adrenalino-terapija u diferencijalnoj diagnozi stomačnih promena. — Na podlagi rentgenske in klinične kontrole pride do sledečih zaključkov:

1. Nedvomno vpliva ta terapija ugodno na hipersekrecijo želodčnih sokov na podlagi vazokonstrikcije krvnih žil. Medtem ko nam druga sredstva nevtralizirajo prevešek kisline, nam adrenalin zmanjša količino izločene kisline.

2. Kjer po adrenalino-terapiji, ne vidimo zboljšanja hiperaciditete, nam to dejstvo lahko služi diferencijalno-diagnostično za dokaz, da imamo opravili z organskim obolenjem in ne navadno hiperaciditeto.

Dr. Miloje M. Milenković — Valjevo: Prinaša zanimiv sestavek: Igra slučajja kod očnih povreda.

Dr. Ljubica Mitrović: Kratak pregled istorije tuberkuloze.

Dr. Pavle Drecun — Beograd: Uporedjenje dejstva adrenalina, uzetog peroralno i parenteralno. Na podlagi opazovanja izločevanja želodca, krvnega pritiska, bila, števila belih krvnih teles, krvne slike leukocitov in splošnega stanja, oralno uživanje adrenalina ne more nikdar nadomestiti parenteralnega.

Dr. Nikola Krstić i Miloš Simović: Spondilolistesis. Kazuistika dveh slučajev z dokaj lepimi rentgenološkimi posnetki.

Dr. O. Alferijeva: Naše iskustvo sa Tribuleovom reakcijom u diagnostici crevne tuberkuloze. Je to enostaven način za dokaz prisotnosti ulceracije v črevesju, ni pa specifičen samo za tuberkulozne, ampak za vse vrste ulceracij.

Dr. D. Tucaković — Beograd: Spirohaefosis bronchialis. — Morbus Castellani. Dr. Simoniti

II. Jugoslavica

Ponovno prosim vse gg. tovariše, da me podpirajo pri sestavljanju te rubrike, ki ima namen pokazati kolikor mogoče popolno, koliko in kako se udeležujejo naši kolegi iz Jugoslavije v tujejezični medicinski literaturi. Zato prosim vsakega kolega, ki objavi medicinsko delo v inozemski reviji, da pošlje uredništvu enega, po možnosti pa dva separatna odtiska. Vse druge tovariše pa prosim, da zbirajo referate o medicinskih delih jugoslovanskih zdravnikov po inozemskih medicinskih časopisih ter da jih nam pošljejo v objavo ali nas na taka dela vsaj opozarjajo. Urednik.

Dr. Fran Minař — Ljubljana: A new osteosynthetical operation of inveterate symphyseolysis, clinical pathology (nova osteosintetična operacija zastarane rupture simfize; klinična patologija)

A. poroča o jako zanimivem slučaju zastarane rupture simfize pri mladi ženi. Radi napačnega ravnanja babice je prišlo med porodom do rupture, ki se ni takoj opazila. Šele ko je pac. začela hoditi, je to mogla samo z največjim trudom. Pri natančni preiskavi nekoliko tednov po porodu se je videlo, da dehiscira simfiza za ca. 5 cm. Operacija s transplantatom iz tibije je dala popolen in trajen uspeh. (Cpt. rend. 2^{me} Congrès intern. de Chir. orthop. Londres 1933).

R. N.

Dr. M. Ž. Červinka — Novomesto: Ein Beitrag zur Kasuistik der stielgedrehten Ovarialcysten bei Kindern. A. poroča o slučaju ovarialne ciste pri 9 letni punčki, ki je bila poslana v bolnico z diagnozo akutne peritonitide. Natančna preiskava poda sum na pretrgano ovarialno cisto. Pri operaciji, ki se je izvršila 2 uri po sprejemu v bolnico, se najde za otroško glavo velik tumor. Pecelj ciste je bil 3,5 cm dolg, za 360° zasukan okoli svoje osi in popolnoma infarciran. Operacija je popolnoma uspela. — A. poudarja, da so slični slučajji tudi v literaturi zelo redki, posebno redka pa je pravčasna diagnoza še pred operacijo. Torzija ovarialne ciste je tudi pri mladih deklicah vedno nujna indikacija za operativno zdravljenje. (Zentrbl. f. Gyn. 36/1934).

R. N.

Dr. Mir. Delić — Kraljevica: Durchbruch eines spondylitischen Abscesses in die Luftröhre. Poročilo o dveh zanimivih slučajjih, kjer je prišlo do predora mrzlega abscesa, izhajajočega iz torakalne spondilitide, v sapnik. V drugem primeru je pac. celo izkašljala posamezne sekvestre. Obema pacientkama gre prav dobro in sta skoraj ozdravljeni. Slični slučajji spadajo med izredne redkosti. (Archiv f. orthop. u. Unf. chir. 5/34).

(Izdala Zdravstvena biblioteka Minerve, Zagreb)

Dr. Beno Stein

Bolesnici i liječnici. Karakterološki i historijsko-sociološki prikaz. Izdala biblioteka Minerve Zagreb. Cena din. 20 .

Knjižica, ki je namenjena izobraženstvu, naj bi v šestih kratkih poglavjih (60 stani) kritično orisala razmerje med bolnikom in zdravnikom, da „ne buče bolesnik pasivan objekt, potčinjen u slijepom povjerenju liječnika kao subjektu; . . . da naprotiv bolesnik postaje razumnim saradnikom liječniku, dakle i sam aktivnim subjektom . . .“, kakor pravi Stein v uvodnem poglavju, ki govori o popularizaciji medicinskih nauk.

Ko govori o zgodovinskem razvoju zdravniške znanosti od najprimitivnejšega začetka, se za delj časa zadrži ob idiličnem opisu univerzalnosti „hišnega zdravnika“ polpretekle dobe in preide v sedanost, ki je pravzaprav medicinska doba špecialistov in zdravstvenih zavodov: „Dok je ranije liječnik obuhvaćao svu ličnost svoga bolesnika, liječnik špecialista nema više taj široki pogled, već mu oko zapne za pojedine organe, pogled mu se zaustavi na pojedinim pojavama, od samih bolesti on ne vidi bolesnika, a taj to osjeća“. „Kao zanatlija sve više išćezava pred industrijom, tako liječnik pojedinac gubi važnost pred liječničkim zavodima“.

V tretjem poglavju govori o karakterologiji bolnikov in zdravnikov ter zaključuje z že toli premlevano grajo našega socialnega zavarovanja, ki jo posebno zadnji čas forsirajo nekateri zagrebški zdravniki.

V poglavju o teoriji in praksi ter medicinskih šolah nas vodi zopet od najstarejše dobe preko Hipokrata in francoske revolucije do kritike fašistične Nemčije, kjer naj bi svobodna veda (biologija, nauk o dednosti in rasah) suženjsko služila samo v okrepitev položaja vladajočih skupin.

Medicinska znanost je slično kot ostale vede odvisna od strukture družbe, od ktere dobiva glavni impulz. V zdravniškem kolektivu, ki naj bi bil sinteza univerzalnega zdravnika in špecialista vidi Stein lepšo bodočnost.

Knjigo bo vsak naš zdravnik, ki so mu lastni socijalni problemi pri srcu, s pridom prečital.

Dr. Aleks. Petrović: Tuberkuloza v vasi Male Pčelice in narodna medicina

Zbornik zdravstvenih proučavanja i ispitivanja sela i narodnog života

Biblioteka Centralnog Higijenskog zavoda

Naloga, ki je bila zastavljena dr. Petroviću, je bila — po njegovem mnenju enostavna in lahka — v imenovani vasi poiskati vse umrle oz. vse bolne za tuberkulozo v zadnjih 10 letih.

Rezultati so sledeči: Od 104 hiš jih je 27, ki so dajale streho tuberkuloznemu bolniku oz. mrliču v zadnjih 10 letih, torej ravno četrtina.

Od junija 1931 pa do junija 1932 je imela vas, ki steje 640 prebivalcev, 18 smrtnih slučajev, od teh samo dva netuberkulozna, torej 16 na 640, ali 250 na 10.000. Strahotno! Dravska banovina za 1934 16 na 10.000.

Najzanimivejši je podatek, da vas zaznamuje svoj prvi smrtni slučaj za pljučno tbc. šele l. 1904, dejstvo skoraj neverjetno, pa zopet verjetno z ozirom na nemogoč procent umrlih v enem letu. Tuberkuloza žanje kot pri kolonialnih četah na francoski fronti. Epidemiologija tuberkuloze v Srbiji in Črni gori je najinteresantnejša naloga bodočnosti, sočeč po Mali Pčelici, kjer je bolezen dobesedno eksplodirala. Le škoda, da avtor črpa ves svoj material iz pripovedovanja starih ljudi, ki ne morejo drugače kot da hvalijo dobre stare čase, ko še ni bilo te bolezni.

Nato sledijo pozamezni rodovniki. Avtor se je nevede dotaknil modernega načina raziskavanja tuberkuloze, kajti zbranega materiala ni znal pravilno obdelati, da bi prišel do vse drugačnih zaključkov kot je v resnici prišel. Končna misel je, da vas Male Pčelice trpi radi tuberkuloze radi svojih nehigijenskih stanovanj, medtem ko vas Studenica, ki je mnogo siromašnejša, sploh ne pozna tbc. in to radi drugačne gradbe studeniških hiš, ki dopuščajo tudi pozimi stalno zračenje. Morda leži na tej stvari nekaj pomena, gotovo pa niti odstotek tega, ki ga j^a avtor pripisuje.

Prehrana je podrobno obdelana. Za Slovence je to poglavje jako zanimivo, posebno tam, ko avtor opisuje pudranje in šminkanje kmečkih deklet, kadar se pripravljajo za „igranko“.

Zaključek tega poglavja je, da ni nobene razlike v obolesti siromašnih in premožnejših rodbin, ker se vsi enako slabo hranijo. To so dejstva, ki zahtevajo novih iskanj in drugačnih rešitev. Pisatelj ne upošteva stvari, ki jih sicer omenja, da hodi prebivalstvo iz Malih Pčelic stalno v Kragujevaške tovarne in na druga javna dela, kar se pred svetovno vojno ni dogajalo.

To delo bi lahko zadobilo svetovni pomen, da je bila vsa vas rentgenološko preiskana, vsi otroci tuberkulinizirani, rodovniki pravilno sestavljeni, da bi enako vpoštevali tudi ženino stran rodu itd. in ne samo ena vas temveč mnogo vasi po vseh banovinah. Tako bi dobili vpogled v najzanimivejši del zdravstva, v epidemiologijo tuberkuloze v Jugoslaviji oz. na Balkanu, ki se nahaja sedaj najverjetneje v rastoči fazi vsaj v Srbiji in Črni gori in ne v padajoči, kot v zapadnih evropskih državah. Tako pa je nastal komaj poraben in celo malo verjeten fragment, ker se večina podatkov naslanja na pripovedovanje ter ne poplača truda in časa, ki je bil v delo vložen. Dr. Tomaž Furlan.

Miha Maleš: Golnik, 15 lesorezov. Znani slikar in grafik nas je pred kratkim presenetil z novim delom, ki je edinstveno po predmetu, po tehnični dovršenosti lesoreza, predvsem pa po lirčno-sanjavnem načinu izražanja. To malo mesto bolnikov, ki vsakogar preseneti, ki ga prvič zazre, ko ga zapelje tod mimo pol, ta kompleks belih stavb ob vznožju visokih gora, vgnezden v naravo in sam del nje, je našel prvič umetniški izraz v Maleševi krasni mapi. R.

„Misel in delo“ — kulturna in socialna revija. Tisk jugoslovenskih naprednih starešin.

Nikdar še ni slovenska revijalna literatura tako bohotno cvetela kot danes, nikdar še ni bilo letno izdano toliko prevodov kot v zadnjih letih — kakor da bi hoteli svojo silo vtisniti v papir. Nihče nam ne bi mogel očitati zaspanosti, veliki časi, ki gredo mimo, nas najdejo čuječe. Napredno starešinstvo po navadi ni skušalo zastopati svoje ideologije v lastni reviji, zato moramo „Misel in delo“ kot znak novega življenja na tej strani tem top-leje pozdraviti.

Večina slovenskih zdravnikov, vsej za starejšo generacijo bi se moglo smelo trditi, pripada naprednim vrstam, zato ne bo odveč, da opozorimo tovariše na novo revijo, v kateri nas prav čestno zastopa prim. Alojz Zalokar.

Pa še to. Zdravnik mora skrbno paziti, da ostane v zvezi s svojim kulturnim krogom pa svojih močeh za njega žrtvuje in doprinaša k njegovi usovršitvi, če ne bo kaj kmalu padel v veliko grobljo podeželske inteligence — cviček in tarok. Obetajo se veliki dogodki — ne pogasimo svojih ognjev. T. F.

Beinleiden und ihre operationslose Behandlung, Dr. Med. Otto Mayer, Facharzt für Beinleiden, New-York. Der Arzt als Erzieher — Heft Nr. 67 2. Aufl. München 1934. Verlag der Ärztlichen Rundschau Otto Gmelin.

V dokaj pregledno pisanem in predvsem širši javnosti namenjenem delcu razpravlja New-Yorški strokovnjak o vzrokih in postanku varikoznih obolenj spodnjih ekstremitet, o varikoznem kompleksu kot simptomu tkzv. asthenia universalis ter o številnih komplikacijah, ki nastopajo v tej zvezi in ki so tako za bolnika kot za zdravnika prava muka. Po teh mnogo obetajočih poglavjih nas avtor končno preseneti v toliko,

da nam o novi metodi zdravljenja, ki nas brez operacije in brez bolečin, takorekoč čez noč reši tega neprijetnega zla — pravzaprav ničesar ne pove, marveč jo preide z besedami češ „da bi nas to opisovanje vodilo predaleč in bi utegnilo med bralci napraviti zmedo“. Ta „nova, neimenovana in nekrvava metoda, ki jo izvajamo tudi ambulantly“ pa ne more biti nič drugega kot uporaba kompresivnih povojev (z obliži ali Zinkleimom), katero je, kot znano, uvedel Fischer okrog leta 1910 in ki se resnično v izbranih primerih prav dobro obnese.

Dr. B. B.

Fussbeschwerden u. ihre Behandlung von Dr. Max Schotte. Mit 21 Abbildungen und 6 Tafeln; Wien, Verlag von Wilhelm Mandrich 1933

Na podlagi svojih temeljitih fizioloških studij nam razkriva avtor v tem delu povsem nove etiološke vidike o postanku raznih deformitet stopala in navaja obenem nov način zdravljenja, ki se je na podlagi večletnih izkušenj izkazal kot izredno uspešen. Avtor je ugotovil, da leži najčešči vzrok tkzv. insuficiencije pedis v nagnjenju kalkanea bodisi okrog vertikalne, bodisi okrog horizontalne osi ter da dosedanja šablonska uporaba vložkov nikdar ne privede do korekcije deformitete kot take, marveč more nuditi stopalu samo pasivno oporo. Za ozdravljenje pa je potrebna korekcija, katera je avtoru uspela na ta način, da je s posebno konstruirano lesenjo oporo mogel dvigniti sustentaculum tali ter tako upostaviti normalne statične prilike pri obtežitvi stopala. Istočasno izvajana mehano-terapija in kot njen najvažnejši sestavni del aktivna gimnastika s polagoma rastočim obremenjenjem pospešuje zdravljenje. V knjigi so kratko in izčrpno obravnavane vse deformitete stopala ter njihovo individualno zdravljenje in vsak specialista kakor praktični zdravnik bo mogel v njej najti odgovora na marsikatero še ne-rešeno vprašanje.

Dr. B. B.

Knjigarna Kleinmayr & Bamberg, Ljubljana

Miklošičeva cesta 16 - Telefon 31-33

priporoča gg. zdravnikom medicinsko

in farmacevtsko slovnstvo, ki jo ima

vedno v zalogi. Novosti, kakor tudi

druge knjige pošilja radevolje na

ogled. Vse v „Zdravn. vestniku“ na-

vedene medicinske knjige in časopise

dobavlja najhitreje. Prosimo gg.

zdravnike, da se obračajo v slučaju

potrebe na nas. Dragevolje dajemo

vske informacije in nasvete glede knjig. Ne naročajte pri inozemskih tiskarnah in potnikih, temveč vedno le pri domači tiskarni, ki Vas bo znala v vsakem oziru zadovoljiti.

RAZPISI

Ponoven razpis

II. nagrade doc. dr. I. Matka za znanstveno medicinsko delo.

V svrhu poglobitve medicinske znanosti in izobrazbe zdravniškega naraščaja je dal l. 1934 docent dr. I. Matko Slovenskemu zdravniškemu društvu v Ljubljani na razpolago 1500 Din. kot nagrado za najboljše medicinsko delo. Nagrada je bila razpisana v Zdravniškem Vestniku letnik VI. str. 172. in v Glasilu Zdravniške zbornice letnik XI. str. 66.

Ker za nagrado v predpisanem roku ni nihče tekmoval, zato se spoznamo z docentom g. dr. Malkom nagrada ponovno razpisuje za l. 1935/36 pod istimi pogoji kot lansko leto. Vsi v poštev prihajajoči zdravniki se vabijo, da se udeležijo tekmovanja in vpošljejo znanstveno-medicinsko delo čimprej ali pa vsaj tri tedne pred občnim zborom Zdravniške zbornice v l. 1936.

Slov. zdravniško društvo v Ljubljani.

Zdravniški tečaj na Golniku

Koncem septembra t. l. se bo vršil VIII. zdravniški nadaljevalni tečaj o tuberkulozi na Golniku. Na to gg. tovariše že sedaj opozorimo. Natančen program tečaja v eni prihodnjih števil.

Pod najvišjim pokroviteljstvom Nj. Veličanstva Kralja Petra II.

Jadranska straža

Oblastni odbor — Beograd

je v nizu svojih patriotskih ukrepov podvzela akcijo za gradnjo Doma na Jadranu za svoje članstvo in šolski podmladek iz cele države.

Ta akcija Jadranske straže ima velik nacionalni pomen, ker si bo naša omladina v tem domu utrdila svoje zdravje in moč, a obenem se bo seznanila z lepotami našega morja in njegovo neprecenljivo koristjo za ekonomski in kulturni razvoj naše države.

Ker zahteva gradnja tega doma velike materijelne izdatke, priredi Jadranska straža loterijo pod naslovom: „Loterija v korist gradnje Doma na Jadranu.“

Ker bo Jadranska straža z gradnjo tega doma neposredno koristila interesom domovine in naroda, s pravico pričakuje vsestransko pomoč vseh svojih članov, prijateljev in rodobljubov cele države, da s kupovanjem srečk tudi s svoje strani sodelujejo pri gradnji tega doma ter s tem nudijo Jadranski straži možno, da izpolni svojo nalogo.

Prireditve tega srečolova je odobrena od g. ministra Poljoprivrede z aktom br. 6139 z dne 6. II. 1935.

Za žrebanje je predvidenih 1254 dragocenih in interesantnih dobitkov v raznih predmetih, tako tudi bivanje na našem Jadranu in v naših zdraviliščih in toplicah.

Njegovo Veličanstvo Kralj Peter II. je blagovolil za to loterijo pokloniti svoj dar — zlato uro z monogramom.

Srečke po ceni Din 10.— za komad se dobijo pri Jadranski straži, oblastni odbor — Beograd, Terazije 5, II. Palača Izvozne banke. Načrt dobitkov se pošilja na zahtevo brezplačno.

Čuvajmo Jugoslavijo! — Čuvajmo naše morje!

Jadranska straža, Oblastni odbor Beograd.

DROBNE NOVICE

Naš kolega dr. J. Cholewa, primarij v Brežicah, je prejel od argentinskega društva za proučevanje raka izredno časten poziv za sodelovanje pri izdaji velikega mednarodnega dela o raku v počastitev 25 letnice znanstvenega delovanja prof. dr. Roffo-a.

V Čehoslovaški republiki je leta 1933/34 promoviralo skupaj 2027 dijakov napram 1804 leta 1932/33.

V Nemčiji pridejo danes na 10 zdravnikov 3 zdravilci-laiki (Laienbehandler).

V Severni Afriki se poslužujejo čimdalje bolj letal za zdravniško oskrbo prebivalstva. Leta 1933 so v 488 polovanjih transportirali 576 bolnikov.

V Angliji so sklenili odpravo zloglasnih bedostnih četiri v velikih mestih. Pri tem mislijo na podiranje nič manj kot 254.753 hiš, s čemer v zvezi je treba preskrbeti slano-vanje 1,187.173 osebam. Po uveljavljenju dotičnega zakona so od leta 1930 do 1933 preselili iz takih četiri že 34.000 oseb.

V Haarlemu (Nizozemska) so ustanovili posvetovalnico za epileptike.

Nizozemska vlada je začela v svojih kolonijah veliko akcijo za zdravljenje leproznih s serumom. Uspeh je tako dober, da bodo že tekom letošnjega leta mogli opustiti celo vrsto domov za leprozne.

Umrli: Na Dunaju prof. dr. Norbert Ortner, eden stebrov slavne dunajske medicinske fakultete, znani profesor interne medicine, ki se ga bo marsikateri od naših tovarišev s hvaležnostjo spominjal.

V Davosu dr. Harald Jessen, slavni pljučni kirurg.

V Münchenu dr. J. F. Lehmann, znani nemški založnik.

Kongresi: maja 1. jugosl. rentgen. kongres v Beogradu,

sept. 2. jugosl. protituberkulozni kongres v Sarajevu,

15. do 18. aprila t. k. francoski protituberkulozni kongres v Marseillu,

7. do 10. junija kongres francoskega ortoped. društva v Bordeauxu.

IZ UREDNIŠTVA

Za tiskovni sklad so prispevali:

Dr. Zd. Tominšek — Ljubljana in dr. P. Kanc — Ljubljana po din 50.—

dr. Fr. Pucelj — Kamnik din 60.—; dr. Röthel — Kočevje din. 30.—

Tekom tega meseca bodo gg. tovariši prejeli okrožnico uredništva in položnico s prošnjo, da prispevajo za tiskovni sklad Zdravn. Vestnika. Kolegi, ki so letos že prispevali, naj nam nadlegovanja ne zamerijo. Samo radi enostavnejšega ravnanja prejemajo okrožnico vsi gg. tovariši.

Nagrada, ki jo je dal dr. A. Šarič — Slatina Radenci Zdravniškemu Vestniku na razpolago za najboljše medicinsko delo, je bila dodeljena po enoglasni sodbi ocenjevalnega obora, obstoječega iz gg. prof. Šerko, prof. Koširja, prim. dr. Meršola in dr. A. Šariča, dr. A. Simoniti-u, zdravniku na Golniku za delo o **pljučnih tumorjih**. Delo bo objavljeno v Zdravniškem Vestniku.

Gu. dr. Šariču se za razpisano nagrado najtopleje zahvalujemo in samo obžalujemo, da je bil odziv tudi v tem slučaju tako malenkosten.

Urednik in izdajatelj: Dr. R. Neubauer — Golnik.

Tiskarna „Sava“ d. d. v Kranju — Za tiskarno: Vilče Pešl, Kranj

HEPRACTON „Merck“

Visoko vredni, koncentrirani preparat jeter.
Za terapijo vseh vrst **anemij**, posebno
perniciozne anemije

PAKIRANJE:

Za peroralno terapijo:

HEPRACTON-pulvis
stekleničica s 50 g
HEPRACTON-tablete
omoi z dvema cevčicama
a 12 tabl. = 24 tabl.

Za intramuskularno terapijo:

Hepraction pro injectione
ampule a 1 ccm
skatle po 10, 25 in 100
amp.
ampule a 2 ccm
skatle po 5, 25, 100 amp.

E. MERCK, Darmstadt
znanstveni oddelek za Jugoslavijo
ZAGREB, Mošinskoga 14

E-MERCK

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

Vsebina:

	Stran
Dr. Bogo Skalicky: Ruptura vaginae et parametrium progrediens ad cavum peritoneale per corpus alienum . . .	97
Dr. Miroslav Delić: Diagnostika, diferencialna diagnostika i terapija osteo-artikularne tuberkuloze . . 6 slik . .	103
Dr. Božidar Lavrič: Maligni tumorji debelega črevesa (nadalj. in konec)	112
Dr. Tomaž Furlan: Prekužni indeks za tuberkulozo na Gorenjskem 1 slika	115
Dr. Rajner Bassin: O refrakciji naše mladine . . 2 diagrama . .	125
Dr. Božo Škerlj: Telovadba in telo	130
Dr. Fr. Hribar: Moribundus adlatus	134
Iz socialnega zavarovanja: Umrljivost v decembru 1934	138
Iz medicinskih časopisov:	
Srpski arhiv (nadalj.)	138
Jugoslavica	139
Nove knjige:	
B. Stein: Bolesnici i liječnici	140
Al. Petrović: Tuberkuloza v selu Male Pčelice; narodna medicina	140
M. Maleš: Golnik	141
Misel in delo	141
O. Meyer: Beinleiden u. ihre operationslose Behandlung	141
M. Schotte: Fussbeschwerden und ihre Behandlung . .	142
Razpisi:	
II. nagrada dr. Maika	142
VIII. zdravniški tečaj na Golniku	143
Loterija Jadranske straže	143
Drobne novice	143
Iz uredništva	144

MALI OGLASI

Na razpolago je

dentistična praksa

v izredno frekventiranem letoviščarskem kraju
na Gorenjskem. Kompletna, moderna oprema

Izredna prilika za zobozdravnika

Vprašanja na upravo Z. V.

„KAŠTEL“ tvornica kem.farmac. ZAGREB
proizvodov d. d.
ODIO
„SANABO-KAŠTEL“

PROCYTHOL

pro injectione

perniciozna in težka sekundarna anemija

1 ampula odgovarja po svojem klinič-
nem učinku približno 500 g svežih jeter

PROCYTHOL FORTE

1 ampula odgovarja po kliničnem
učinku približno 5.000 g svežih jeter

Intramuskularna rabal

Vzorci in literatura na zahtevo

Hormonski roborans

BIROBIN

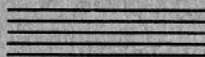
TABLETE

„KAŠTEL“

Vsebujejo : fero-železo, baker, mangan in
substanco želodca

BIROBIN

„KAŠTEL“



jači onemogle, izboljša apetit, dvigne telesno
moč, zdravi anemije

Škatlje s 100 dražiranimi tabletami

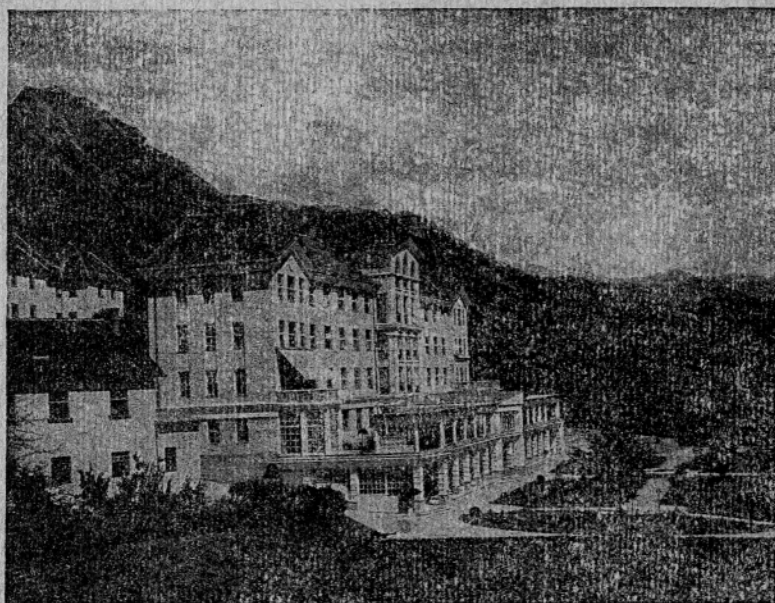
Dnevno 3 krat 1-3 tablete

V rekonvalescenci po raznih boleznih je
BIROBIN „KAŠTEL“ nenadomestljiv

„KAŠTEL“ tvornica kem. farm. c. p. olzveda d. d. Zagreb

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 dijagnostični pripomočki na razpolago! — Higijenično-dijetetično 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.
