

Poštnina plačana v gotovini.

# ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA

OŽJI UREDNIŠKI ODBOR

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

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

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

LETNIK XIII

LJUBLJANA, FEBRUAR 1941

ŠTEV. 2

**Ambersid**

P-AMINO BENZOLSULFAMID.

**SREDSTVO ZA USPEŠNO ZDRAVLJENJE INFEKCIJ  
S STREPTO IN STAFILOKOKI.**

NE POVZROČA MOTENJ V PREBAVNEM TRAKTU.

TABLETE. AMPULE. MAZILO.

**Kalmopyrin**

NEVTRALNA SOL ACETILOSALICILNE KISLINE.

**ANTIPYRETICUM. ANTINEURALGICUM. ANALGETICUM.**

TABLETE. PRAH.

# Vsebina drugega zvezka

Fr. Kogoj: O Besnier-Böck-Schaumannovi bolezni in njeni problematiki . . . . .	41
Dr. V. Trampuž: Granulocitarni tumor jajčnika . . . . .	51
Dr. F. Mikič in dr. B. Šalamun: Umrljivost dojenčkov v ptujskem okraju . . . . .	60
Dr. S. Rakovec: Še k članku dr. R. Kukoveca: »Kakšne rezultate nam da indigo-karmin in preiskava vode na ureo v ledvični diagnostiki« . . . . .	66
Dr. R. Kukovec: Zadnji odgovor na kritike g. dr. Rakoveca . . . . .	68
Dr. M. Černič: Kulturni spodrselj . . . . .	69
Dr. M. Černič in dr. S. Prevec: Vejaljšče za naše strokovno besedje in izrazje . . . . .	69
Bitja in žitja: Iv. Ev. Purkinč . . . . .	73
Dr. Franc Dolšak . . . . .	74
Vprašanja — Odgovori . . . . .	75
Iz zdravniškega slovstva . . . . .	76
Nove knjige . . . . .	81
Iz zdravniških društev . . . . .	83
Drobiž . . . . .	88
Iz uredništva in uprave . . . . .	88

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

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

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

## KNJIGARNA KLEINMAYR & BAMBERG V LJUBLJANI MIKLOŠIČEVA CESTA 16

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

# ADOLF MOSTBECK

ZASTOPNIK MEDICINSKE KNJIGARNE  
**URBAN & SCHWARZENBERG**  
BEOGRAD, OBILIČEV VENAC 52/I.

se priporoča gospodom zdravnikom  
in dobavlja vso medicinsko literaturo

**najcenejše,  
najhitrejše,  
ob ugodnih plačilnih  
pogojih**





# VIGANTOL

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

# VOGAN

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

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

V prometu: oljna raztopina in dražeji.

»**Bayer**«  
LEVERKUSEN NA RENU

SKUPNO PROIZVAJATA TVRDKI:

**Merck**  
DARMSTADT

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

„**JUGEFA**“ K. D.  
Zagreb, Preradovićeve 16

„**ALKALOID**“  
Zagreb, Mošinskoga 14

# Hyperaciditas, ulcus



za zdravljenje  
simptomatskih težav

za kavzalno zdravljenje  
v obliki kur



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

Iz dermatovenerološke klinike v Zagrebu (predstojnik prof. dr. Fr. Kogoj)

## O Besnier-Böck-Schaumannovi bolezni in njeni problematiki\*

Fr. Kogoj

S 4 slikami.

Gospé in gospodje! Dovolite, da se predvsem zahvalim organizatorju zdravniških nadaljevalnih tečajev na Golniku, g. kol. dr. Neubauerju za povabilo, da se s predavanjem udeležim letošnjega sestanka. Izbrati temo za svoje današnje razpravljanje je bilo malo težje. Moral sem kot dermatolog računati s tem, da bom govoril kolegom druge stroke, fiziologom in praktičnim zdravnikom, ki se posebno zanimajo za tuberkulozo. Želel sem, da naj bo predavanje sicer praktično, vendar pa nisem hotel, da bi se omejilo na samo naštevavanje dejstev in opisovanje patoloških sprememb. Brez teoretične osnove pač ne more biti pravega razumevanja za noben medicinski problem in — mislim, da soglašate z menoj — brez globokega teoretičnega temelja ostane vsak, ki se bavi s tuberkulozo kot diagnostik, terapevt ali kot profilaktik, površnež. Končno sem še želel, da ne ponavljam v predavanju samo tujih nazorov, ampak da lahko sežem tudi za lastnim izkustvom, kajti le na ta način ima govorjena beseda svoj *raison d'être*.

Odločil sem se, da vam govorim o bolezni, ki je vstopila v krog nozoloških entitet kot kožni tuberkulid in končala kot bolezen vsega organizma; njena etiologija je medtem postala predmet živahnih diskusij.

Že v tej ugotovitvi, ki je sama po sebi enostavna, se skriva beseda, katera pomeni problem. Kaj je tuberkulid? Darier, oče tega naziva, je l. 1896. s takim imenom imenoval skupino kožnih bolezni, o katerih je bilo očito, da so v vzročni zvezi s tuberkulozno infekcijo. Njih značilnosti so: nenadna diseminacija ozir. simetrično pojavljanje, večkrat obnemem s drugimi gotovo tuberkuloznimi obolenji, benignost, Kochovega bacila v njih eflorescencah skoraj nikdar ne najdemo, histološka slika je zelo različna — vidimo vse prehode od nespecifičnega infiltrata do tipične tuberkulozne strukture. Med drugimi so prištevali v to skupino papulo-nekrotične tuberkulide, lichen scrophulosorum, erythema induratum Bazin itd. Vulgarni lupus, skrofuloderma, verukozna tuberkuloza in miliarna ulcerozna tuberkuloza težkih ftizikov so spadali seveda še vedno k pravi kožni tuberkulozi. Darierov klinični pojem tuberkulida je Hallopeau patogenetsko podprl s svojo koncepcijo toksituberkulidov; vzrok pojavljanja tuberkulidov naj bi bili toksini bacila tuberkuloze, ki hematogeno dospejo med drugim tudi v kožo. Sčasoma se je pokazalo, da hipoteze o toksinih Kochovega bacila ni mogoče zagovarjati (Gougerot, J. Jadassohn in njegova šola), nasprotno, vrstil se je dokaz za dokazom, da so tudi t. zv. tuberkulidi resnična tuber-

\* Predavanje na XIV. nadaljevalnem tečaju o tuberkulozi za zdravnike na Golniku 5. IX. 1940.



kulozna kožna obolenja in izraz reakcije kože na invazijo Kochovega bacila ter ne njegovih strupov, da pa leži razlika v imunobiološkem, alergičnem stanju terena. S tem je prav za prav Darierova duhovita zamisel skupine tuberkulidov, ki se je mnogo let uveljavljala kot heuristično izredno koristna hipoteza, padla. Toda izraz »tuberkulid« se je in se še trdovratno pojavlja v medicinskem slovstvu. V glavnem referatu o kožni tuberkulozi, ki sem ga podal l. 1934. na kongresu slovanskih dermatologov v Pragi, sem zastopal mnenje, da bi morali naziv »tuberkulid«, ki ga ne moremo s potegljajem peresa izločiti iz zdravniškega izrazoslovja, obleči v novo, sedanjim spoznanjem odgovarjajočo obleko in na temelju Darierovega intuitivno pravnega zamisleka tuberkulidov, izločiti kot tuberkulide samo tista tuberkulozna obolenja kože, ki se pojavljajo v obliki ekzantemov, nastalih hematogeno na terenu, kateri je v smislu specifične preobčutljivosti alergično spremenjen.

Toliko je bilo treba reči o pojmu tuberkulidov, ker je tudi bolezen, o kateri bomo danes razpravljali, kot smo že omenili, stopila v medicinsko areno kot tuberkulid.

\*

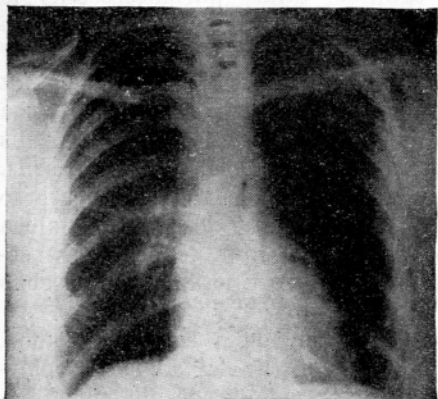
Bolnica C., ki je imela rentgenološke spremembe na pljučih, kot jih vidimo na pričujočem rentgenogramu (slika št. 1) je prišla k meni, češ da ima miliarno tuberkulozo in je želela, da jo preiščem dermatološko, ker ima pač na koži nek izpuščaj. Subjektivno se je dobro rejena bolnica srednjih let počutila zadovoljivo, ni kašljala, ni bilo izmečka, temperatura ni bila zvišana. Tožila je, da ima nekake revmatične bolečine v členkih in neugodne občutke pri srcu. Podrobna preiskava ni bila mogoča. Pregled kože mi je pokazal, da gre dermatološko za Besnier-Boeck-Schaumannovo bolezen in sicer za veliko-nodularni tip. Vzlic rentgenogramu sem bolnici in njenim bližnjim, ki so bili v razumljivem strahu, lahko zatrdil, da ne gre za miliarno tuberkulozo, da ni potrebno nobeno protituberkulozno zdravljenje in da je lahko gledé prognoze quoad vitam et sanationem brez skrbi.

Mislím, da se ne bo nihče, kdor vidi tako rentgenološko sliko, mogel ubraniti vtisa, da gre za tuberkulozne spremembe (silikoza diferencialno spoznavno sploh ni prišla v poštev) in sicer take, ki res usmerjajo diagnozo k diseminirani miliarni tuberkulozi.

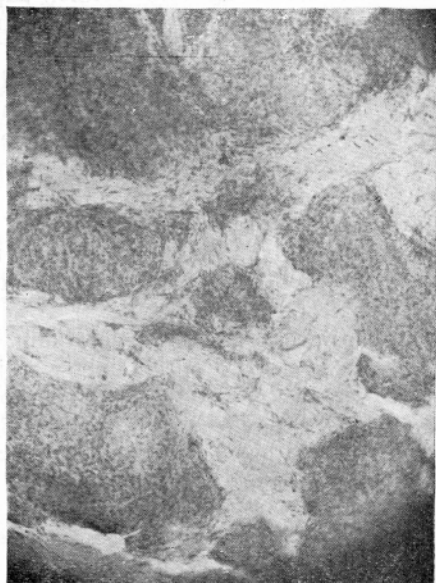
Ko sem postavil diagnozo, sem jo sporočil g. docentu Smokvini\* in ga prosil za natančno analizo rentgenograma, ki ga v celoti navajam:

Desno: pjučni vrh je medialno skoraj normalno prozoren; njega lateralna stran, kakor tudi vsa ostala pljuča so prozornost izgubili, ker so posuti z mnogimi okroglimi madeži, kateri so večidel velikosti prosa do graha. V vrhu je teh madežev veliko manj kakor v infraklavikularnem in v srednjih delih pljuč, kjer so posebno na gosto drug ob drugem in se na vse mogoče načine superponirajo drug čez drugega. Madeži so večinoma temnosivi, še kolikor toliko ostro omejeni, nekateri so povsem homogeni, neki so v sredini temnejši, neki pa svetlejši. Razen omenjenih madežev je videti, da je pljučna risba precej spremenjena, da je močnejša in groba, podobna je gosti in nepravilni mreži, ki skupaj z že opisanimi madeži daje pljučam videz drobne marmoracije. Na meji zgornje in srednje poli je lateralno temna, tenka, ostro zarisana proga interlobarne plevre. Nad trebušno prepono, medialno, v kotu, ki ga

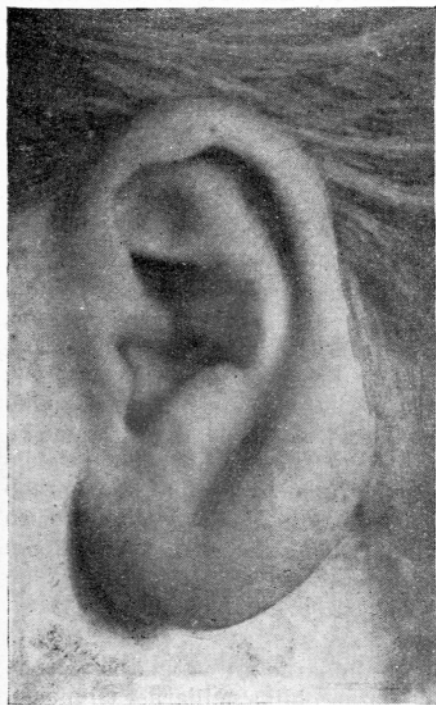
\* Za ta in rentgenološki izvid bolnika V. se lepo zahvaljujem g. doc. dr. M. Smokvini (centralni rentgenološki zavod), za rentgenološki izvid bolnice Ž. pa g. prof. dr. B. Dragičiu (pedijatrična klinika prof. dr. Mayerhoferja).



Slika št. 1.



Slika št. 3.



Slika št. 2.



Slika št. 4.

tvorijo desni rob srčne senca s senco desne polovice diafragme je videti okroglo, staro, za lečo veliko, zapnelo ognjišče. Sinus phrenicocostalis je prost, trebušna prepona je pravilno izbočena, nje senca je do pljuč ostro omejena.

Levo: pljučno polje je od vrha do baze neprozorno, prepreženo je z mnogimi madeži, podobnimi motninam desnega pljučnega krila. Pljučna risba je grobo mrežasta. Madežev je precej manj kakor desno. Sinus phrenicocostalis je prost, tudi tu je trebušna prepona pravilno izbočena in ostro zarisana.

Obojestransko: Senca pljučnih lin so precej močnejše kakor sicer, so povečane, v njih so mnogoštevilni vozli, kateri se jasno ločijo od ostalega pljučnega tkiva. Risbe hilusov so močno razpredene, njih debele proge se-gajo globoko v pljučna polja. Znotraj opisanih risb so posamezne, posebno desno, drobne kalcifikacije.

Zaključek: Po rentgenološkem ugotovitku in kliničnem izvidu sklepamo, da gre za izrazite spremembe v pljučih in v pljučnih linah, katere se pojavljajo ob Besnier-Boeck-Schaumannovi bolezni; spremembe desnih pljuč odgovarjajo v glavnem tako imenovani mikronodularni obliki imenovane bolezni, slika levih pljuč pa kombinaciji mikronodularnega in retikularnega tipa, ki je močnejše izražen. Značilne so tudi izpremembe bezgavk obeh pljučnih lin, katere so otekle, zbrane v pakete in povzročajo že opisane vozlaste senca.

\*

In sedaj mi, gospé in gospodje kolegi, dovolite, da najprej očrtam historiat, kliniko, histologijo in patobiologijo Besnier-Boeck-Schaumannove bolezni in potem skušam rešiti vprašanje njene patogeneze in etiologije.

L. 1899. je Norvežan Boeck, pod nazivom »multiple benign sarcoide of the skin«, ki ga je pozneje zamenjal z imenom »(benigni) miliarni lupoid« opisal spremembe na koži, katere se po njegovih opazovanjih javljajo v treh oblikah:

- a) v obliki malih nodusov,
- b) v obliki velikih nodusov,
- c) v obliki difuzno infiltriranih žarišč.

Pri tipu malih nodusov vidimo spočetka večje število svetlordečih, za proso ali lečo velikih, precej trdih papuloznih eflorescenc, ki so se v enem ali pa v nekoliko opetovanih mahih pojavile na koži obraza, vrata, ramen, zgornje polovice trupa in gornjih okončin; na spodnji polovici trupa, na spodnjih okončinah in ad nates se ta egzantem javlja le redko. Subjektivnih težav ni. Omenjene kožne spremembe izginjajo zelo počasi, navadno trajajo nekoliko mesecev, lahko pa tudi več let. Medtem zgube svojo rdečkasto barvo, postanejo rumenorjavnokaste in se pojavijo na njih male teleangiektazije; končno se lahko njih površina spremeni v hiper- ali pa apigmentirane brazgotine. Če opisano papulozno eflorescenco diaskopiramo, opažamo skozi stekleno ploščico, ki smo jo na njo pritisnili, prav majhne, zamazano rumenkaste točke (Nemci jim pravijo »Stippchen«), ki so nekoliko podobne lupomom ali pa točkasti, koloidni degeneraciji kože. Ti majhni, točkasti madeži so bili med drugim vzrok, da je govoril Boeck o miliarnih lupoidih.

Od ináčie tega tipa navajamo lihenoidno, anularno in verukozno formo. Redka, t. zv. eritrodermična, vnetljivo-eritematozna oblika miliarnega lupoida, ki jo je prvi opisal l. 1920. Schann, se malokdaj javlja kot samostojna kožna sprememba, češče pa hkrati z opisanim ali s kakšnim drugim od izrazitih tipov Boeckovih sarkoidov.



Izgleda, da patološke spremembe miliarnega lupoida praviloma nikdar ne eksulcerirajo.

Tip velikih nodusov se razlikuje od pravkar opisanega v tem, da so efflorescence mnogo večje, tako, da lahko dosežejo velikost oreha in da so redkejše. Lokalizacija in razvoj sta ista kot pri prvem tipu. Erupcionemu stadiju sledé stadij turgescence, teleangiektazij in pigmentacije. Zaradi velikosti efflorescenc je pri večjih nodusih jasno izražen začetek regresije v centru, ki se tedaj razlikuje od periferije po tem, da štrli slednja še nad ravnjó normalne kože in da še ni pigmentirana.

Tretji tip — to je ono, kar je Boeck imenoval infiltrativni, difuzni sarkoidi — se morfološko razlikuje od tipa z malimi in velikimi nodusi po tem, da gré tu za ploščata, nejasno omejena, rdečkastovijoličasta, skoro v ravni zdrave kože ležeča žarišča, preprežena z razširjenimi kapilarami in površnimi venami. Tudi v teh primerih vidimo s pomočjo vitropresije rumenkaste ali rumenosivkaste točke. Včasih se površina nežno lušči. Obseg žarišč je lahko precej različen in variira od velikosti novca do velikosti dlani. Oblika je raznotera. Če se razvijejo na takih in podobnih žariščih (in sarkoidnih nodusih?) majhni, površni defekti tkiva, jih moramo smatrati kot izjemo, ki samo potrjuje pravilo. Pautrier je opisal circinarno inaičico tega tipa.

S tipom difuzno infiltriranih žarišč Boeckovega sarkoida istovetimo danes tudi t. zv. lupus pernio, katerega je prvi opisal l. 1889. Besnier in kratek čas za njim l. 1892. Tenneson. Kot značilno zanj navajajo cianotično barvo ploščatih, precej trdo infiltriranih žarišč z gladko površino, vse drugo pa docela odgovarja infiltrativni formi Boeckovega sarkoida. Najizrazitejši izgled lupusa pernio je, če je lokaliziran na nosu. Njegovo ime »lupus pernio« govori jasno, da so hoteli poudariti podobnost z vulgarnim lupusom in s pernioni, vendar je prvo in drugo le navidezno. Mikroskopski, pa tudi makroskopski izvidi (če bi se bil Boeck oziral na Besnierov lupus pernio, bi gotovo sprevidel, da sta oba opazovala eno in isto bolezen) ter vse ostalo, o čemer bomo še govorili, je dovedlo do tega, da priznavajo danes z le neznatnimi izjemami vsi (Boeck, Zieler, Schaumann, Volk, Stühmer, Kissmeyer, Gans, Pautrier, Martinotti in mn. dr.), da so Boeckovi sarkoidi in Besnierov lupus pernio istovetni.

Zelo redka je Boeckova bolezen na dlaneh, podplatih in na koži lasišča.

Brocq in Pautrier sta opisala l. 1913. dermatozo, ki se navadno lokalizira na obrazu in sicer na nosu v obliki enega ali redko številnih, komaj nad ravnjó kože štrlečih, majhnih, dobro omejenih, gladkih žarišč rdečevijoličaste barve, na katerih vidimo nežne teleangiektazije in ki pod diaskopom kažejo neko difuzno rumenkasto barvo. Sam Pautrier, pa tudi večina drugih (Zieler, J. Jadassohn, Darier, Gans in mn. drugi; nasprotno stališče zastopajo m. dr. Schreuss, Gawalowsky, Briel) so danes prepričani, da je angiolutoid (v svetovni literaturi ni opisanih več kot približno 30 primerov) samo ena od inaičic Boeckovega sarkoida, vkljub nekim makroskopskim in mikroskopskim razlikam manjšega in samo kvantitativnega značaja.

Ze opisane značilne oblike in inaičice Boeckove bolezni so lahko istočasno navzoče. So tudi, kot moremo že a priori pričakovati, prehodi med posameznimi oblikami, posebno med veliko-nodoznim in difuzno-infiltrativnim tipom, tako da opredelitev posameznega primera ni vedno lahka, včasih celo nemogoča, pa tudi nepotrebna.

Boeckovi sarkoidi so pri nas in v južnejših krajih sploh, redka bolezen, medtem ko je njih število v severnih državah Evrope (posebno na Danskem; na internacionalnem kongresu v Kopenhagenu l. 1930. smo se vsi čudili velikemu številu bolnikov z Boeckovim sarkoidom) relativno mnogo večje. V Zagrebu sem v 15 letih, med več kot 50.000 bolniki, prepoznal samo trikrat Boeckov sarkoid oziroma lupus pernio in sicer dvakrat pri ženi in enkrat pri možu, kar — vzlic malemu številu — slučajno odgovarja pravemu razmerju bolnikov moškega in ženskega spola z Boeckovim sarkoidom. Slika kaže 9letno deklico z infiltrativno obliko Boeckovega lupoida tipa lupus pernio na levem uhlju (slika št. 2). Vendar mislim, da smem o tej boleznii govoriti tudi na tem mestu, prvič, ker mora biti, kot bomo takoj videli, znana internistu-ftiziologu, drugič, ker bo postala bržkone vendarle manj redka, ko se bodo seznanili širši zdravniški krogi z njeno zanimivo simptomatologijo in tretjič, ker skriva v sebi baš za onega, ki se zanima za tuberkulozo, toliko problemov, kot malokatera druga bolezen.

Ze histološka slika sama, katero je imel Boeck za tako značilno, da je smatral potreben samo en pogled za diagnozo — kot so pokazala poznejša raziskovanja (Pautrier, Civatte, Volk, Rabello jun. in dr.) ne smemo tega vzeti doslovno — je taka, da bo na prvi mah začudila vsakogar. Najznačilnejše v mikroskopskem izvidu je sledeče: v epidermisu ni nobenih omebne vrednih sprememb. V kutisu vidimo valjasta, jajčasta ali približno okrogla, ostro od okolice omejena, deloma konfluirana infiltrativna žarišča. Iz preiskav početnih stadijev vemo, da se začno ta žarišča stvarjati perivaskularno. Ne samo to, da je meja med omenjenimi histološkimi tvorbami in okolico izredno jasna, ampak še bolj čudno je, da v okolici infiltratov, to je v vezivnem tkivu okrog njih, večinoma ne vidimo nobene vnetljive reakcije, okolje je proti procesu, ki se je pojavil v njegovem področju, popolnoma indiferentno. Če pomislimo, kako majhnih pobud, kako skromne akcije je treba, da izzove vnetljivo reakcijo vezivnega tkiva, v našem primeru kutisa, potem se ne moremo dovolj načuditi njegovi indolentnosti; kutis trpi omenjene tvorbe brez odgovora, brez znakov vnetja v svoji sredini kot nekakšen »prateljški« corpus alienum.

Se tembolj kakor spredaj navedeno nas bo zanimalo, kako so te tvorbe zgrajene. Pri večjem povečanju (bolnica C., slika št. 3) vidimo, da gré za žarišča, ki jih tvorijo tako rekoč izključno epiteloidne celice s prav maloštevilnimi vezivnimi celičnimi elementi, edino na periferiji je ozek rob malih limfocitov, katerih pa je na nekaterih mestih tudi več; poudariti moramo, da slednji ne obdajajo povsod gostih epiteloidnih infiltratov, ki ponekod kar »goli« mejijo na kolageno tkivo, katero se tudi v tem primeru drži popolnoma pasivno. Zastonj iščemo v infiltratih ali njih okolici plazmatskih celic, zastonj ali skoraj zastonj iščemo metahromatičnih in orjaških Langhansovih stanic, v enem samem žarišču (slika št. 4.) sem jih našel dve. In kar je izredno važno, nikjer ni niti sledu o kazeifikaciji.

To je v kratkih potezah najznačilnejše, kar vidimo ob histološki preiskavi Boeckovih miliarnih lupoidov. Da bi ne zabrisali teh značilnosti, nismo nalašč omenjali posameznosti, kakor n. pr. povečanega števila fibroblastov in limfocitov v svobodni zoni pod epidermisom, epiteloidno žarišče, ki na enem mestu sega prav do epidermisa, slabo razvit ali samo naznačen stratum papillare tamkaj, kjer leže infiltrati blizu epidermalnega sloja, pomanjkanje foliklov in kožnih žlez v patološko spremenjenem področju, pomanjkanje kolagenih in elastičnih fibril v epiteloidnih žariščih, vtis nekakšne steklene

homogenizacije, ki jo na nekaterih mestih dela kolageno tkivo. Vse to histološko sliko, ki smo jo pravkar opisali, sicer dopolnjuje in zaokroža, nikakor pa ne modificira.

Nekateri avtorji (n. pr. Volk, Winkler, Martinotti, Pautrier in dr.) so našli primere Boeckovega miliarnega lupoida, kjer je bila histološka slika manj značilna radi prisotnosti plazmatskih celic, večjega števila Langhansovih stanic, močnejše vnetljive reakcije okolice epiteloidnih globusov in cilindrov, znakov kolikvacije centralnih delov epiteloidnih žarišč, ki pa ni odgovarjala kazeifikaciji in podobno. Jasno je, da bi te atipije, ako bi jih našli vse naenkrat, skoraj onemogočile histološko diagnozo Boeckovega sarkoida, ter ga spravile v bližino vulgarnega lupusa ali indurativnega Bazinovega eritema in ga kratko malo približale znanim oblikam kožne tuberkuloze in s tem vsem onim specifičnim infekciозnim granulomom, ki so histološko podobno grajeni. Toda o tem še pozneje!

Histološki ugotovitki kože ostalih dveh bolnikov, kjer je bila diagnoza na temelju kliničnega izvida miliarni lupoid, niso — posebno pri enem — bili tako karakteristični, da bi z vso gotovostjo potrjevali klinično diagnozo. Histološka slika reza kože neznanega mi bolnika, pri katerem je bil diagnosticiran lupus pernio\* je pokazala pri majhnem povečanju eno samo precej veliko žarišče, ne več manjših, kakor v prejšnjem primeru. Vse drugo pa je povsem odgovarjalo histološkemu izvidu bolnice C. Na perifernem delu žarišča je zopet limfocitarni obrobni pas okrog gosto nabranega skupka epiteloidnih celic brez primesi drugih elementov in brez kazeifikacije, kolageno tkivo v okolici je popolnoma inaktivno. Prej smo poudarili, da se t. zv. lupus pernio makroskopsko nič ali skoraj nič ne razlikuje od difuzno infiltrativne oblike miliarnega lupoida; isto velja tudi za njega histološko sliko. Velikost epiteloidnih žarišč seveda ne more, kakor tudi ne njih oblika, služiti kot diferencialno-spoznavni bolezenski znak.

Zdaj, ko smo se seznanili s histološko sliko miliarnega sarkoida, lahko vprašamo, zakaj je Boeck najprej krstil to bolezen za »sarkoid«.

Od l. 1893., ko je Kaposi prvič izrekel to besedo, pa vse do danes, se v zlic mnogim poskusom ni posrečilo iztrebiti tega izraza iz medicinske terminologije. Sufiks-oid pomeni, da je nekaj nečemu podobno, v našem primeru, da je sarkoid podoben sarkomu. Če pomislimo na histološko sliko miliarnega lupoida pri majhnem povečanju, potem bomo, posebno v primerih tipa lupus pernio, mogoče lažje razumeli, da je Boeck imel vtis sprememb, ki so nekako podobne tumorju, sarkomu, posebno, če se še spomnimo njega klinične slike. Seveda je vzelo že dognanje, da gré za skupke epiteloidnih celic nazivu sarkoid za opisane patološke tvorbe, vsako upravičenost. In tako pomeni izraz Boeckov sarkoid samo še staro navado, katero bi bilo dobro v prid znanstvene objektivnosti čimprej odstraniti. Razen Boeckovih poznamo še druge sarkoide: Spiegler-Fendtove sarkoide, Rasch-Gregersenove sarkoide ter Gougerotove limfosarkoide, ki vsi skupaj mogoče sploh niso samostojna obolenja, ampak pripadajo drugim boleznim (tuberkulozi, limfoblastozam itd.). Darier-Roussyjevi podkožni sarkoidi spadajo med eritematозno-indurativne oblike kožne tuberkuloze. Zdaj nas razen njih zanimajo prav za prav samo še »sarkoidi«, ki včasih nastanejo na onih mestih, kjer je zašel v telo kak corpus alienum. Največkrat opazujemo te vrste sarkoidne tumorje kot posledico intradermalne ali sub-

\* Za ta preparat, ki ga je prinesel iz ene dunajskih dermatoloških klinik, se gosp. dr. Stančić-Rokotovu lepo zahvaljujem.



kutane injekcije živega srebra, arzena, morfija, oljnatih produktov (parafin), raznih vakcin, pa tudi tuberkulina. Gougerot hoče klinično razlikovati štiri oblike takih sarkoidov, ki se pojavljajo in razvijajo lahko v posameznih, subakutnih erupcijah tekom več let in sicer celo na področjih, ki so daleč od mesta, kjer je delovala prvotna noksa (n. pr. daleč od mesta injekcije); po njem razlikujemo papulozne sarkoide, konglomerirane sarkoide s policikličnimi robovi, masivno fibrozne in sklerodermiji podobne sarkoide. Za njih pojavljanje pripisuje on tuberkuloznemu okuženju, to se pravi terenu, ki je pod vplivom tuberkulozno okuženega organizma, velik pomen. Slednja ugotovitev je pomembna.

Po tej kratki, a potrebni disgresiji se vrnimo zopet k tako imenovanim Boeckovim sarkoidom. Z dosedanjim opisom njih klinične slike na površini telesa in mikroskopskih sprememb, s katerimi se odražajo na koži še ni namreč zdaleč izžrpana klinika miliarnega lupoida.

Kot pričakujemo, se Boeckov lupoid lahko lokalizira tudi na sluznici in sicer predvsem v nosu, pa tudi na sluznici ustne dupline, nebá, farinksa in larinksa. Lomholt je našel spremembe na sluznici pri 49 bolnikih, od teh v več kot polovici primerov v nosni duplini, v obliki prav majhnih, diseminiranih ali grupiranih, motno sivih, papuloznih eflorescenc s hipereimičnim kolobarjem. Klinično se pojavljajo bolezenski znaki katarja (erozije, sekrecije, kraste).

Onihialne in paronihialne spremembe, poleg ali brez sprememb na odgovarjajočih kosteh prstov (gl. kasneje), so redke.

Važna, četudi na prvi pogled manj zanimiva, je prizadetost limfatičnih žlez, ki se ne javlja kot regionarna, od neke prvotne lezije odvisna skleradenitis, ampak kot samostojna afekcija. Schumann smatra prisotnost povečanih žlez pri miliarnem lupoidu (pre- in postaurikularnih, submaksilarnih, kubitarnih, inguinalnih itd., česta je tudi polyadenitis) kot stalen simptom, kar drugi izpodbijajo.

Isto velja za tonzile. Pasini je našel celo v takih, po makroskopskem izgledu normalnih tonzilah in v adenoidnem tkivu limfatičnih žlez histološke lupoidne spremembe.

Glandulae salivales in sicer sublingualis et submaxillaris prav posebno pa še parotis, o kateri bomo še posebej govorili, tudi lahko obolé pri Boeckovem sarkoidu. Glavni bolezenski znaki so oteklina in zmanjšana produkcija slin.

Opisana je tudi afekcija solznih žlez, mlečnih žlez, modca, golše in nadobisti.

Pri miliarnem lupoidu je bil tudi ugotovljen diabetes insipidus, torej prizadetost hipofize; lani je objavil tak primer Jersild.

Primer Lenartowicza in Rothfelda (1930), kjer je bolnica, ki je dobivala apoplektiformne in epileptiformne napade, umrla, je jasen, patološko-anatomsko podprt dokaz, da tudi centralni živčni sistem in živci sami lahko miliarno-lupoidno obole.

Tudi na notranjih organih je bila ugotovljena Besnier-Boeck-Schumannova bolezen. Povečano vranico opazujemo večkrat. V zvezi s tem je postalo nujno vprašanje odnošajev med Bantijevo boleznijo in miliarnim lupoidom (Pautrier); več primerov govori s veliko gotovostjo za to, da gré pri prvem neredko za Boeckov sarkoid.

Miliarni lupoid se lahko naseli tudi na jetrih, ledvicah, trebušni slinavki, želodcu, črevesju in celo na srcu.

*Stopnjevano*

## **oralno delovanje**

s pomočjo novega načina aplikacije za  
„telesu lastni“ ovarialni hormon  
(estradiol) s

## **PROGYNON-KAPLJICAMI**

4 krat dnevno 5 kapljic, nerazredčeno

Omot Progynon-kapljic „2 mg“ stane 60.– din  
in zadošča za čas ca. 20 dni, ter je zato

*posebno ekonomičen*

Originalni omoti:

**Progynon-kapljice „2 mg“**

za klimakterične težave in motnje  
menstruacije.

**Progynon-kapljice „15 mg“**

za težje primere ovarialne afunkcije.

**SCHERING A. G. BERLIN**

Zastopstvo za Kr. Jugoslavijo:

**Mr. Draško Vilfan, Zagreb, Srebrnjak 55**



**SEDATIVNO ZDRAVLJENJE**  
**ŽIVČNEGA SISTEMA**

**GARDÉNAL**

*fenil-etil-barbiturna kislina*

**RUTONAL**

*fenil-metil-barbiturna kislina*

**SONÉRYL**

*butil-etil-barbiturna kislina*

**LESTVICA USPAVALNIH SREDSTEV**  
**SPECIA**

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE **SPECIA** MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON-PARIS-8<sup>e</sup>

ODETTE  
TEAU

VZORCE IN LITERATURO POŠILJATA NA ZAHTEVO:

**RENÉ LAUFFET**

Beograd, Dositejeva 7a

Telefon 30.488

**ENGEL ADELA**

Zagreb, Račkoga 9

Telefon 22.396



Preiskava krvi in njene diferencialne slike ni prinesla za našo bolezen nobenih posebnosti; ne bomo se pa čudili, če bomo našli monocitozo (Schaumann, Chevallier in Ely).

Glede sprememb na mišičju ob Besnier-Boeck-Schaumannovi bolezni, naj omenim (manjka mi iz lahko razumljivih razlogov histološki izvid), da sem, vkljub njih veliki redkosti — do zdaj je bržkone opisanih samo štiri ali pet primerov — zasledil pri enem svojih treh bolnikov (V.) na področju levega gastrocnemija poltrdo, tumorozno tvorbo velikosti kostanja, ki se ni dala jasno ločiti od okolice. Kirurški izvid (klinika prof. Budisavljevića) je kot verjetno predpostavljajl vezivni benigni tumor fascije; operacija je bila nepotrebna, ker je bila bula povsem nenevarna.

Tudi na sklepih so opisane sarkoidne spremembe.

Zelo važni so lupoidni pojavi na očeh. Na konjunktivi jih vidimo v obliki malih nodulov. Opisana je tudi keratoconjunctivitis. Chorioiditis je zelo redka. Mnogo češča je iritis in iridocyclitis, ki se diferencialno-spoznavno ne dá ločiti od iritid drugega izvora (tuberkuloznih). Pautrier je dokazal, da t. zv. Heerfordtov simptomni skupek ali kompleks ni nič drugega kot miliarni lupoid. Pri Heerfordtovem simptomnem kompleksu, ki je znan tudi pod imenom febris uveo-parotidea, dobimo afekcijo uvealnega trakta, navadno v obliki obojestranske iridociklitle, oteklino parotid, ki lahko traja več mesecev, simptome s strani živcev (skoraj redno paralizo facialisa), subfebrilno temperaturo in manifestacije miliarnega lupoida na drugih organih. Čeprav so dokazi za pripadnost uveoparotidnega simptomnega kompleksa k miliarnemu lupoidu zelo prepričevalni, vendar trdi Sandbacka-Holmström (1939), da ne spadajo vsi primeri Heerfordtovega simptomnega skupka k Boeckovemu sarkoidu; Schaumann meni, da najdemo uveo-parotidno varianto tudi pri eritematoznem lusu. V svojem gradivu eritematodesa, ki šteje 385 primerov in katerega sem obdelal na posebnem sestanku v Strasburgu maja lanskega leta, nisem našel niti en tak primer.

Obširna je literatura o lezijah na kosteh, ki jih opazujemo v mnogih (približno v  $\frac{1}{2}$ ) primerih Boeckove bolezni in sicer skoraj redno na falangealnih kosteh rok in nog; le zelo redko so opisane drugod. Jüngling jih deli v tri skupine: tip B I je difuzna, lakunarna forma, kjer so v kosteh mehurjem podobne tvorbe, ki lahko izpolnijo skoraj vso falango; tip B II je ostitis multiplex cystica, kjer vidimo ostro omejene, majhne svetle lise v sicer dobro ohranjeni kosti; tip C se odlikuje po tem, da kaže vsa kost mrežasto, sitasto strukturo. Periost ostane vedno pasiven. Omenjene spremembe niso vezane na spremembe tkiva ozir. kože nad kostjo in čez čas, nekaj mesecev ali let, lahko zopet izginejo. V nekaterih primerih vidimo na prstih podobno sliko kot spina ventosa (pseudospina ventosa).

Posebno zanimive so slike, ki jih vidimo pri Boeckovem lupoidu na pljučih. Pljučne spremembe spričo Boeckove bolezni so zelo pogoste; Bergel in Scharff govorita celo o 94% primerov Boeckovega sarkoida, kjer sta ugotovila infiltrativne procese v pljučnem tkivu. Čeprav je ta odstotek bržkone previsok, vsaj kar se tiče specifično lupoidnih sprememb, vendar smemo računati, da jih bomo našli približno v  $\frac{2}{3}$  do  $\frac{3}{4}$  primerov Besnier-Boeck-Schaumannove bolezni. V glavnem lahko razdelimo spremembe, ki jih rentgenološko ugotovimo na pljučih, v dve skupini: prvič, na take, kjer prevladuje afekcija žlez v pljučnih linah in drugič v take, katere več ali manj, ali pa skoraj popolnoma odgovarjajo slikam

miliarne tuberkuloze; največkrat vidimo na spodnjem in srednjem lobusu več ali manj enakomerno diseminirane, miliarne ali večje, okrogle madeže in podolgovate proge, katere tvorijo mrežo ali marmoracijo (tip Bittorf in Kuznitzky, 1910). Pautrier navaja razdelitev pulmonalnih (brez sprememb na žlezah) afekcij z Boeckovim sarkoidom na mikronodularni, retikularni in marmorirani tip. Poudariti je treba, da miliarno-lupoidna afekcija pljuč, ki je navadno jako dolgotrajna, lahko regredira (Nielsen), da lahko vzlic izredni torpidnosti zopet izgine in da je njena prognoza povoljna. Afekcija se navadno razvije brez subjektivnih in objektivnih bolezenskih znakov, včasih slišimo o kratkotrajnem povišanju temperature, težkem dihanju, kašlju in podobno.

V mojih treh primerih so bili izvidi sledeči: a) pri 30 letnem bolniku V. (s »tumorjem« v gastroknemiju) so pljučni apeksi na obeh straneh lahko homogeno zasenčeni. Hilusove sence so povečane, razširjene, nejasno konturirane, na nekaterih mestih kalcificirane in v smeri proti apeksu in periferiji vejasto razprostrte. Frenikokostalna sinusa sta prosta, prepona je pri dihanju dobro gibljiva. V pljučnih poljih vidimo posamezne nežne madeže in proge. Znakov floridnega procesa ni. V tem primeru nismo našli rentgenoloških sprememb na pljučih, ki bi bile značilne za Boeckov sarkoid;

b) pri 9 letni bolnici Ž., kjer je bila histološka slika za Boeckov sarkoid oziroma lupus pernio manj izrazita, se glasi rentgenološki ugotovitev takole: obe hilusovi senci sta zelo razlitni in razprostrti, na desni znatno močnejše, v obliki tumorja (traheobronhialne žleze). V smeri proti apeksu in proti bazi se razširjajo proge in sence, ki so posebno na desni strani bazalno, kjer se nahaja tudi primarno žarišče, močno izražene. Gré torej za izrazit eksudativen hilusov proces. Rentgenološka slika dobro odgovarja hilusovemu tipu pljučnih sprememb miliarnega lupoida;

c) rentgenološko sliko pljuč bolnice C. smo obširno opisali že prej.

Priznati moramo, da rentgenološka prepoznavila miliarnega lupoida brez točnejših podatkov o bolniku samem, ki je moral biti seveda vsestransko preiskan, skoraj ni mogoča.

Mogoče je kdo izmed nas kdaj slišal ali celo videl primer miliarne tuberkuloze (tudi pri otrocih se to lahko zgodi; najmlajši bolnik z Boeckovim sarkoidom je bil star 3 tedne), ki je proti pričakovanju ozdravel. To dá misliti, čeprav priznavamo vse prehode od najakutnejše tuberkulozne sepse preko subkronične miliarne tuberkuloze do tuberkuloze z benignim potekom (Funk) in čeprav bi verjeli Kissmeyerju, češ da niso spremembe niti hilusov niti pljuč patognomične za Boeckov sarkoid.

Kakor so lahko samostojni, brez kožnih sprememb, drugi bolezenski znaki miliarnega lupoida, tako se lahko tudi »pljučni Boeck« pojavi ne samo brez kožnih znakov, ampak celo kot edini simptom Besnier-Boeckov-Schaumannove bolezni. Tako je Stein opazoval primer Boeckovega sarkoida, ki je najprej kazal spremembe na pljučih in šele potem na koži. Bolnik Bergela in Scharffa je šele eno leto nato, ko je bila ugotovljena afekcija pljuč in oteklina žlez, dobil pojave na koži. Kako težko je za internista, ftiziologa in rentgenologa napraviti v takem primeru pravilno diagnozo, je vsakemu jasno. Popolnoma nemogoče pa je to zdravniku, ki mu niso znane še druge posebnosti Boeckovega Sarkoida, značilnosti, ki se nanašajo na kliniko in na posebno čudno obnašanje organizma oziroma kože teh bolnikov do tuberkulina.

Preden preidemo na razpravo o odnosu tuberkulina in miliarnega lupoida, moram še enkrat opozoriti na dejstvo, ki sem ga, ko sem razpravljajal o lokalizaciji Boeckovega sarkoida še na drugih organih razen na koži, komaj in mimogredé naznačil, a je izredne važnosti. Mislim, da se je marsikdo na tihem vprašal, kje so dokazi, da so vse te afekcije žlez, uvealnega aparata, jeter, mišičja, kosti, pljuč itd., ki smo jih navedli, res miliarni lupoidi in ne kaj drugega, recimo katera izmed navadnih, znanih oblik tuberkuloze. Ali ne gré mogoče samo za slučajno koincidenco? Ne prvo, ne drugo! Histološka preiskava omenjenih patološko spremenjenih organov je namreč pokazala, da gré povsod res za Besnier-Boeck-Schaumannovo bolezen; kajti histološki ugotovitki so bili vedno in vselej bistveno enaki onim, ki smo jih opisali in videli v koži. Povsod je glavni karakteristikum čisto epiteloïdno, proti okolici jasno omejeno gnezdo brez kazeifikacije. Drugega in boljšega dokaza za istovetnost patoloških sprememb na in pod površino človeškega organizma si ne moremo želeti. Samo bojazen, da bi to predavanje ne postalo preobširno in načelna enakost mikroskopske slike Boeckovega sarkoida v vseh organih (v nekoliko primerih je bila vendarle izvršena sekcija), je vzrok, da smo to važno vprašanje obravnavali le na kratko.

Če smo rekli o miliarnem sarkoidu, da je stopil v patologijo kot kožni tuberkulid in končal kot bolezen celega organizma, potem so to naša dosedanja razmotrivanja v polni meri potrdila. Schaumannu gré zasluga, da je omenjeno prvi odločno poudaril, Besnieru, da je prvi opisal eno od oblik miliarnega lupoida kože, Boecku, da je prvi podal zaokroženo, čeprav še nepopolno sliko bolezni. Zato nazivljemo na Pautrierov predlog to bolezen morbus Besnier-Boeck-Schaumann. Drugi razlog za to ime je želja, da se izognemo izrazom »sarkoid«, »lupoid« in »limfogramulomatoza« (gl. pozneje), izmed katerih ni niti eden srečno izbran.

(Nadaljevanje sledi.)

---

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

## Granulocelularni tumor jajčnika

Dr. Vladimir Trampuž, asistent

Z 2 slikama

V nizu bolezenskih procesov človeškega organizma se odlikujejo po svoji številnosti in pestrosti ovarialni tumorji. Raznoličnost te skupine je postala še izrazitejša, odkar je uspelo zadnje čase na podlagi točnejših morfoloških študijev, podprtih z izsledki moderne endokrinologije, izločiti nekatere tumorje med sarkomi in karcinomi kot posebno skupino. Ti tumorji izhajajo iz specifičnih tkivnih elementov ovarija, t. j. iz kličnega epitela, oziroma njegovih derivatov (granuloza, rete ovarii, medularni trakovi) in thecae folliculi. Posebnosti v strukturi teh tumorjev so bile že prej znane, a njihova razlaga je bila večinoma napačna. Šele dognanja o hormonalnem vplivu večine teh tumorjev na organizem so omogočila pravilno presojo teh posebnosti in s tem pravilno klasifikacijo teh tumorjev.

V to skupino štejem danes sledeče blastome: 1. disgerminom, 2. granulocelularni tumor, 3. tekacelularni tumor in 4. arenoblastom.

Vsi ti tumorji imajo, razen sorodnosti po nastanku, več skupnih morfoloških in bioloških značilnosti, ki jih vežejo v eno skupino. Za njihovo strukturo so značilne različne epitelialne in epiteloidne formacije z različno gostoto vezivnega tkiva in najraznovrstnejšimi regresivnimi metamorfozami. Vse to skupaj povzroča močan polimorfizem v mikro- in makroskopični sliki, ki daje povod za napačne diagnoze. Od posebnih bioloških lastnosti je najbolj očitna njihova hormonalna aktivnost, ki je skoraj pri vseh več ali manj jasno izražena.

Morfološke in biološke posebnosti, s katerimi se odlikuje skupina teh tumorjev, so najočitnejše pri granulocelularnem tumorju. Ta je tudi najbolj pogost v tej skupini. Zaradi tega ima o njem literatura največ zanesljivih podatkov, ki omogočajo danes tudi manj izkušenemu kliniku ali patologu pravilno diagnozo.

Patologi so že zdavnaj opazili v mnogih karcinomih ovarija epitelialne tvorbe, ki so zelo podobne foliklu v raznih njegovih razvojnih stopnjah od primordialnega do Graafovega folikla. To je zapeljalo razne avtorje na misel, da so nastali ti karcinomi iz foliklov, pri čemer sodelujejo v blastomatozni proliferaciji tudi jajčeca. Zato so imenovali te karcinome: oophoroma, folliculoma itd. To misel so ovrgli poznejši raziskovalci (Liepmann, Blau in drugi) z ugotovitvijo, da so te tvorbe samo produkt regresivnih metamorfoz in da so tumorji navadni karcinomi. Vendar je še vedno ostalo neko število tumorjev, kjer so folikloidne tvorbe v strukturi močno prevladovale in delale močan vtis s svojo podobnostjo normalnim foliklom. To je bil povod da so še naprej iskali izhodišče teh tumorjev v drugih elementih specifičnega ovarialnega parenhima, čeprav ne več v normalnih foliklih. Kot najbolj verjetno izhodišče so se zdela Walthardova žarišča granuloze, oziroma t. zv. »Granulosazellballen« Roberta Meyerja. To so ostanki nezrelega »epitela« granuloze. Na podlagi te histogeneze je prvi točneje označil te tumorje kot posebno vrsto Werdt in jim dal ime: »Granulosazelltumor«. Poznejša raziskovanja so potrdila vse te domneve in Werdtov naziv je bil sprejet od večine avtorjev do najnovejšega časa. Zato je tumor pod tem imenom danes najbolj znan. Pozneje je (l. 1918.) Robert Meyer v Berlinu Werdtovo karakterizacijo izpopolnil in točno spoznal bistvo teh blastomov, s čemer je ustvaril čvrsto podlago za diagnostiko. Naslanjajoč se na njegovo osnovno delo so se po tem vrstilo številne objave, ki pričajo o ne baš majhni frekvenci granulocelularnih tumorjev.

V literaturi zadnjih let omenjajo razni avtorji, da lahko računamo s frekvenco 6% do 10%, celo do 20% od vseh primarnih malignih ovarialnih blastomov. Bernhart je n. pr. ugotovil frekvenco 6,6%, Fauvet 8,1% (cit. Bernhart), Klaffen 8% do 20%. Od vseh ovarialnih tumorjev odpade na granulocelularne po Bernhartu 1,3%.

Ta tumor vidimo pri ženskah v vsaki starosti. Po Klaffenu zbole spolno zrele ženske v 48,7%, ženske v menopavzi v 42,5% in deklice pred puberteto v 8,7%. Najmlajša pacientka je bila 3½ leta stara (Kleine). Približno enake statistične podatke so objavili tudi drugi avtorji.

Velikost in oblika blastoma sta zelo različni. Tumor ima lahko obliko dobro omejene, za grah velike grčice v sicer normalnem ovariju. Vidimo pa tudi okrogle, ovalne ali ledvičaste tumorje vseh velikosti od oreha do velikosti moške glave in celo take, ki izpolnjujejo vso trebušno votlino. Slednji so zelo redki. Večinoma so za pest ali otroško glavo veliki. Površina je gladka, ali pa kaže večje in manjše izbokline. V večini primerov se omejujejo samo na en jajčnik, so dobro omejeni in gibljivi. Po Klaffenu so na obeh straneh samo v 6,2% primerov. Schiller smatra bilateralnost za znak malignosti, ker je



bil v njegovem materialu od 24 primerov tumor obojestranski v vseh 8 primerih, ki so bili morfološko in klinično izrazito maligni.

Največkrat so ti tumorji mehke konzistence, le redko so trdi kot fibromi. Navadno so trdi tumorji manjši. Na prerezu so rumenkasti ali rumenkasto-sivi. Precej pogosto kažejo hemoragično infarcirane in nekrotične dele. Manjši tumorji so popolnoma solidni, večji pa vsebujejo manjše ali večje število votlin od velikosti leče do pesti. Te so lahko tako številne in velike, solidni del pa je tako reducirani, da naredi blastom vtis multilokularnega cistoma, v katerem je samo debelejša stena ciste ostanek solidnega dela tumorja. Votline so lahko napolnjene s serozno, serozno-krvavo ali gelatinozno maso. Često najdemo vse te votline napolnjene s svežo krvjo. Skoraj redno lahko razločujemo vezivno kapsulo, od katere vodijo proti sredini tumorja zelo različno razviti trakovi vezivnega tkiva, ki delijo parenhim solidnega dela tumorja v večja ali manjša polja.

Histološka slika tumorja je tudi zelo različna. Že sama razpredelba in medsebojno kvantitativno razmerje med parenhimom in vezivno stromo zelo variira med dvema skrajnostima: v eni vezivo strome tako močno prevladuje, da naredi tumor vtis fibroma, v drugem ekstremu pa je parenhim tako razvit in stroma tako reducirana kot pri medularnem karcinomu ali sarkomu. — Parenhim je zgrajen iz okroglih, ovalnih in kratkih vretenastih celic. Vsaka teh vrst celic lahko tvori večje in manjše, okrogle, ovalne ali nepravilne alveolarne skupine, ki so obdane z različno širokim pasom strome. Lahko pa se razvrščajo tudi v ozke ali široke trakove različne dolžine in poteka, ali pa se difuzno širijo čez široka polja tumorja. Radi degenerativnih procesov v celicah nastanejo v parenhimu votlinice v velikosti primordialnega ali Graafovega folikla in še večje v zelo različnem številu. Te so napolnjene s homogeno koloidno ali deloma zrnasto maso, ki se barva intenzivno z eozinom. V tej homogeni masi vidimo pogosto cela jedra ali njihove fragmente, ki pripadajo razpadli celici. To vsebino so prejšnje čase smatrali za jajčece. Celice okrog teh votlinic, zlasti okrogle in ovalne se razporejajo radiarno v eni ali več vrstah. Tako nastane plast celic, ki je zelo podobna granulozi normalnega folikla. Če pa se razvije votlinica s tem razporedom celic v omenjenih alveolarnih skupinah, obdanih z vezivom, vidimo tvorbe, ki jih je včasih težko razločiti od normalnega folikla v različnih razvojnih stopnjah. Okrogle in ovalne celice imajo lahko v trakovih tudi brez omenjenih votlinic vse kvalitete granuloze.

Značilno je za posamezne vrste celic, da so enakomerne po velikosti in obliki. Večkrat pride tudi do luteinizacije epiteloidnih celic. Po Schillerju in nekaterih drugih avtorjih ne kažejo te celice v tumorjih, ki so klinično benigni, tendence invazije krvnih in limfnih žil niti destrukcije. V tumorjih pa, ki so bili klinično maligni, lahko najdemo poleg tipične strukture še atipične celice z vsemi znaki agresivnosti kot pri navadnih karcinomih. Najdemo pa taka mesta včasih tudi v klinično benignih primerih, čeprav v mali meri tako, da jih opazimo šele po dolgem iskanju. — Tudi vezivno tkivo strome kaže polimorfizem, čeprav je manjši. Gostota in velikost celic zelo diferirata. Tako vidimo sliko mladega fibroma ali fibrosarkoma ali pa čisto fibrozno tkivo, ki je mestoma hialino degenerirano. To vodi tudi do pojave cilindromatoznih tvorb. — Vsaka od omenjenih celic parenhima in strome z vsemi temi oblikami razvrstitve in načinom proliferacije lahko močno prevladuje v tem tumorju. Lahko se pa tudi v enaki meri razvije ena vrsta celic poleg druge, pri čemer pogosto ni najti meje med temi skupami. Ni redko, da prehaja tudi stroma brez ostre meje v omenjene epiteloidne in epitelialne trakove. — Da bi dal boljšo podlago histološki

diagnostiki, je razdelil Robert Meyer te blastome po histološki strukturi v folikuloidne, cilindromatozne in difuzne oblike. Schiller (1934) razločuje nezrele in zrele forme. Vsako od teh deli zopet v dve skupini. Skupino nezrelih tumorjev deli v difuzno obliko in v pravo trabekularno, kjer je že prišlo do diferenciranja med stromo in trakovi parenhima. Zrele tumorje pa deli v solidne, pri katerih ima epiteloidni parenhim popolnoma lastnosti normalne granuloze, vendar brez folikularnih tvorb, in v folikularne, pri katerih je že prišlo do razvoja tvorb, ki odgovarjajo fiziološkemu foliklu. — Vendar se v vsej tej množici strukturnih oblik najbolj pogosto javljajo folikuloidne in cilindromatozne tvorbe.

Razumljivo je, da spričo te pestrosti v strukturni sliki ni bilo in še danes ni enotnosti med patologi in kliniki v klasifikaciji teh tumorjev. Posledica je, da nekateri avtorji smatrajo tumor za karcinom (StoECKEL, Neumann, Rob. Meyer itd.) ali sarkom, drugi za sarkokarcinom (Wehse, Stauder itd.) ali celo adenom (Aschoff), oziroma benigni tumor dezmozogenega porekla (Schiller). Zato še čitamo v slovstvu različna imena: carcinoma folliculoides et cylindromatosum, carcinoma granulocellulare, oophoroma folliculare, folliculoma malignum itd. Zadnje čase pa je v nomenklaturi malo več jasnosti, ker vedno več avtorjev, posebno nemških in ameriških, rabi nevtralno ime granulocelularni tumor. To deloma priča o enotnih pogledih ginekologov in patologov na histogenezo.

Omeniti moram, da je ostalo odprto vprašanje, ali so končno ti tumorji dezmozogeni ali epiteliálni, prav tako kakor je tudi še neenotno naziranje o histogenezi normalne granuloze. Še vedno si namreč stoji v tem oziru nasproti dvoje mnenj. Po enem izhajajo granulozna in tudi Waltherdova žarišča iz površnega kličnega epitela v urogenitalni gubi, po drugem, ki ga zastopa Fischel, pa se granulozna razvije iz mezenhimalnega jedra ovarija. — Precejšna enotnost v stališču o histogenezi in bistvu teh tumorjev, se močno opira razen na morfološke ugotovitve tudi na klinične izkušnje. Slednje pa so dale z druge strani povod za nesoglasje v pogledu ocenjevanja karakterja teh tumorjev, oziroma njihove uvrstitve med maligne ali benigne blastome.

Klinični sliki dajejo pečat hormonalna aktivnost in ostale biološke lastnosti, zaradi katerih naredi tumor v enem primeru popolnoma benignen, v drugem malignen vtis. Lahko pa vidimo tumor, ki je izgledal v začetku popolnoma benigno in ki ima po 10—15 letih maligne ali zopet benigne recidive. — V skladu z različno funkcijo genitala v posameznih dobah spolnega življenja žensk je različna tudi klinična slika, zlasti tisti del, ki je v zvezi s hormonalno aktivnostjo tumorja. Simptomi, ki jih mehanično povzročajo, se ne razlikujejo od onih, ki jih povzročajo ostali benigni ali maligni tumorji jajčnika, pri čemer je posebno važna velikost. Bolj redko se tem simptomom pridruži še ascites. Poudariti pa moramo dobro splošno stanje pacientke, ki ga omenjajo skoraj vsi avtorji, tudi pri recidivih in zelo velikih tumorjih. Ostalo simptomalogijo obvladujejo lokalne in splošne spremembe, in sicer funkcionalne in anatomske, ki izvirajo iz spremenjenega hormonalnega ravnotežja, predvsem menstrualne anomalije.

Če se tumor pojavi pri deklici pred puberteto, vzbude pozornost krvavitve iz uterusa, ki so podobne rednim menstrualnim krvavitvam. Lokalne spremembe spremljajo splošne spremembe v obliki prezgodnje pubertete z naglo rastjo, poraščenjem zunanjšega genitala in aksil, s povečanjem dojk, spremembo značaja itd. Da je res tumor vzrok teh sprememb, dokazuje dejstvo, da izginejo po odstranitvi tumorja vsi ti znaki, seveda, v kolikor je regresija biološko sploh mogoča. Pri genitalni preiskavi nas iznenadi velikost uterusa, ki je velik kot pri odrasli ženi.

Pri spolno zreli ženski prevladujejo v glavnem menstrualne anomalije, ki so izražene v nerednih, slabših ali močnijih krvavitvah ali v daljši in krajši amenoreji. Včasih vidimo najprej amenorejo, kateri sledi neredne krvavitve ali narobe. Pogosto se pridruži še nabreknenje dojk, redko hipertrichoza. Uterus je povečan in mehkejši kot pri hemoragični metropatiji.

Pri ženski v menopavzi so glavni znaki neredne krvavitve. Te nam vsiljujejo najprej misel na karcinom uterusa. Toda gladka porcija, povečan uterus na mestu atrofičnega, ki odgovarja tej dobi, ko genitale miruje in ob katerem tipljemo premakljiv tumor, nas mora opozoriti, da gre verjetno za granulocelularni tumor.

Če objamemo z enim pogledom vse te simptome v vseh treh dobah ženske, se ne moremo izogniti vtisu, da gre v vseh teh primerih za »hiperfeminizacijo« v nasprotju z »maskulinizacijo« pri arenoblastomih. To pa si lahko razlagamo s hiperprodukcijo folikulina. Tem bolj, ker nas marsikateri simptom spominja na znano sliko, ki jo vidimo pri perzistirajočem foliklu s hiperprodukcijo folikulina. Naravno je, da so avtorji v skladu s tem iskali tudi anatomske substrat v uterusu, posebno v endometriju. In res so vedno našli pri bolnicah z granulocelularnim tumorjem tipično sliko glandularno-cistične hiperplazije endometrija kot pri hemoragični metropatiji radi perzistirajočega folikla. Včasih so našli pri tumorju, ki je kazal luteinizacijo, v endometriju sekrecijsko stanje. Tudi spremembe v miometriju odgovarjajo popolnoma temu sindromu. Večkrat spremlja ta tumor tudi adenomyosis interna uterusa (Klaftén). Spremembe endometrija naredijo posebno močan vtis v senilnem uterusu, kjer pričakujemo atrofično sluznico.

Pravilnost teh sklepov je potrdila praksa. Če odstranimo tumor, promptno izginejo vse te spremembe. Če je ženska v menopavzi, krvavitev neha, amenoreična, spolno zrela ženska ali ona z nerednimi krvavitvami dobi zopet redno menstruacijo in potem še eventualno rodi. Isto velja za otroka kot smo že omenili. Če pa pride čez leta do recidiva, se vsi simptomi z isto jakostjo ponovijo in zopet izginejo po odstranitvi recidivnega tumorja. Povsem je razumljivo, da so vsa ta dejstva dala pobudo za določitev absolutne in relativne količine folikulina v samem tumorju, v urinu in krvi. Pričakovanja so se izpolnila, ker so ugotovili z različnimi biološkimi metodami, da je količina folikulina v samem tumorju in v urinu ogromna. S temi ugotovitvami niso samo potrjene domneve o hormonalni aktivnosti tumorja, temveč so nam omogočile izpopolnitev diagnostičnih metod. Določitev količine folikulina in mikroskopski pregled endometrija nam bodo podprli klinično in patološko-anatomske diagnoze, zlasti pred operacijo. To je, kakor bomo še videli, praktično zelo važno. Omeniti moram, da v redkih primerih, zlasti malignih, ne moremo ugotoviti hiperprodukcije folikulina. To si razlagamo tako, da je specifični parenhim radi maligne degeneracije izgubil sposobnost produkcije folikulina.

Klinični potek bolezni ima sicer, razen omenjenih, še druge značilne poteze, ki skupaj z morfološko sliko opravičujejo, da damo temu tumorju med blastomi posebno mesto. V tem smislu pišejo razni avtorji kot Kaufmann, Blaui itd. — Značilno je, da je včasih tumor, ki je imel na prerezu vse znake karcinoma, bil leta in leta premakljiv, dobro omejljiv, ter ni predril kapsule in napadel sosednjih organov ali metastaziral. Po navadni odstranitvi tumorja brez naknadnega obsevanja vidimo trajno ozdravljenje. V drugem primeru zopet srečamo tumor istih kvalitete, ki bo po isti terapiji recidiviral (po Schultzeju v 5–20%) po krajši ali daljši dobi v bližini, na drugem ovariu ali celo retroperitonealno ob hrbtenici. Do tega pride lahko po Schultzeju, Bernhartu, Hückelu po 6–15 letih. Recidivi počasi rastejo. Zopet bomo doživeli



po navadni odstranitvi recidivnega tumorja ali rtg. obsevanju trajno ozdravljenje (H a h n e 10 let po operaciji, K l e i n e 8 let po obsevanju). V nekaterih primerih se naredijo tudi metastaze, toda samo v trebušni votlini. Značilno je, da pogosto ne kažejo agresivnosti in se zlahkoto odlučijo od peritoneja. S tem spominjajo ti tumorji na pseudomyxoma peritonei (B e r n h a r t). So pa še primeri, kjer ima tumor vse znake malignega blastoma z agresivnostjo, oddaljenimi metastazami itd., v katerih pa najdemo histološko vse elemente granulocelularnega tumorja. Razen teh lahko najdemo tipično karcinomsko strukturo. Tako maligno degeneracijo najdemo po N o w a k u in B r a w n e r j u v 28%, po T r a u t u in B u t t e r w a t h u v 20%, po S c h i l l e r j u v 33%.

Ce upoštevamo vse, kar je do sedaj omenjenega o tem tumorju, posebno nepreračunljiv kliničen potek, ki ga ne moremo postaviti v noben znan okvir, se ne smemo čuditi, da je med avtorji še nesoglasje in med ginekologi-praktiki precejšnja neorientiranost v tem vprašanju. To je danes še v takem štadiju, da nam bo tudi pregled vseh dosedanjih opazovanj težko omogočil postavitev smernic za najracionalnejše zdravljenje, ki bi bilo splošno veljavno. Še pred kratkim je bilo vprašanje terapije zelo enostavno, ker smo smatrali vsak tak tumor na osnovi površnih vtisov a priori za sigurno malignega. Diagnozi karcinoma oziroma sarkoma ovarija je sledila takoj primerna radikalna terapija, ki je končala tudi z mutilacijo žene oziroma otroka. Izkušnje, ki so jih zbrali kliniki v zadnjih 15—20 letih nam dovoljujejo, da lahko včasih poizkusimo pri izbranih primerih v terapiji že strogo individualizacijo po starostnih dobah in osebah brez velikega strahu, da bi se nam zelo konservativen postopek pozneje nepopravljivo maščeval. Seveda moramo pri tem upoštevati vse mogoče okolnosti. Za to nas opravičuje tudi dejstvo, da so granulocelularni tumorji po izkušnjah raznih avtorjev (K l e i n e, S c h u l t z e, K l a f t e n, D w o r z a k, P o d l e s c h k a itd.) zelo občutljivi za rentgenove žarke. Naglasiti moram, da so posebno močno občutljivi za velike doze (po H e r r m a n n u 800—1200 r), medtem ko je navadna kastracijska doza skoro brez vpliva. Radi tega so marsikateri avtorji prejšnje čase poročali o majhni občutljivosti za rentgen. Ta dejstva in možnost obstoja zelo majhnega tumorja v ovariju, ki se ne da palpirati, nam lahko razlagajo neuspehe z obsevanjem, ki jih vidimo včasih pri dozdevni hemoragični metropatiji. Aplicirali smo kastracijsko dozo, medtem ko je bil vzrok krvavitvam granulocelularni tumor in ne perzistirajoči folikel.

Seveda ima pravilno izkoriščanje izkušenj uspeh le, če uporabimo za točno diagnozo vsa razpoložljiva sredstva, ki sem jih omenil. — Ker je še veliko nerešenih vprašanj v zvezi s tem blastomom, je poglobitev v njegovo bistvo še vedno aktualna in registracija vsakega novega primera s točnim opazovanjem lahko doprinese k napredku v diagnostiki in terapiji. Diagnoza granulocelularni tumor danes ni več redkost. Vendar se še pogosto zgodi, da marsikaterega primera, če ni tipičen, ne ocenimo pravilno in ga napačno kategoriziramo.

V našem zavodu smo v zadnjem letu samo v dveh primerih prvič diagnosticirali tipičen granulocelularni tumor.

**I. primer.** P. F. 60 let stara, samska, sprejeta v bolnico 5. aprila 1940. Opaža, da ji že štiri mesece narašča trebuh. Pacientka, ki je nulipara, je bila štiri leta v menopavzi. Sedaj že šest tednov močno krvavi. Pri sprejemu je bila suha, sicer je bil splošni status b. p. V spodnjem delu trebuha se je tipal okrogel, za možko glavo velik, gladek tumor, ki je segal desno en prst nad popek, levo malo nižje. Ugotovili smo tudi zmeren ascites. — Pri genitalnem pregledu smo ugotovili, da je uterus anteponiran, nekoliko povečan, nepremakljiv. V desnem parametriju trd infiltrat. Nad uterusom se tiplje opisani tumor kot pri palpaciji abdomena. Portio gladka. — 9. aprila 1940. je bila izvršena laparotomija, pri kateri smo ugotovili, da izhaja iz desnega ovarija za možko



Zanesljivo delovanje kalcija  
zajamči

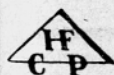
# ›CALCIUM -FARMIK‹

Novi domači preparat  
za **intramuskularno** in **intravenozno** injiciranje  
ne povzroča bolečin in ne draži

10–20% na raztopina  
v ampulah po 5 in 10 ccm  
od obeh jakosti zavitki po 2, 6 in 50 ampul

Literaturo in vzorce pošilja

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



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

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

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

**CAMPHOSOL** INJEKCIJE 10% vodena raztopina sulfoniranega pre-

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

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

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

**CAMPHOSOL-CHININ** DRAŽE, Camphosol 0.10 in Chinin 0.10

**HYDROGEN** TABLETE, Hydrogenium hyperoxidatum v trdnem stanju vsebuje 35% H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. Pakirano v cevkah po 10 in 20 tablet à 1 gr

**KEMIJSKO FARMACEVTSKI LABORATORIJ**

**MIŠKOVIĆ IN KOMP.**

**BEOGRAD, Sarajevska ulica 84.**

# **PRI PREHLADIH**

angini, bronhitisu, hripi, pljučnici

## **„Calcium Sandoz“**

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

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

## **I p e c o p a n**

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

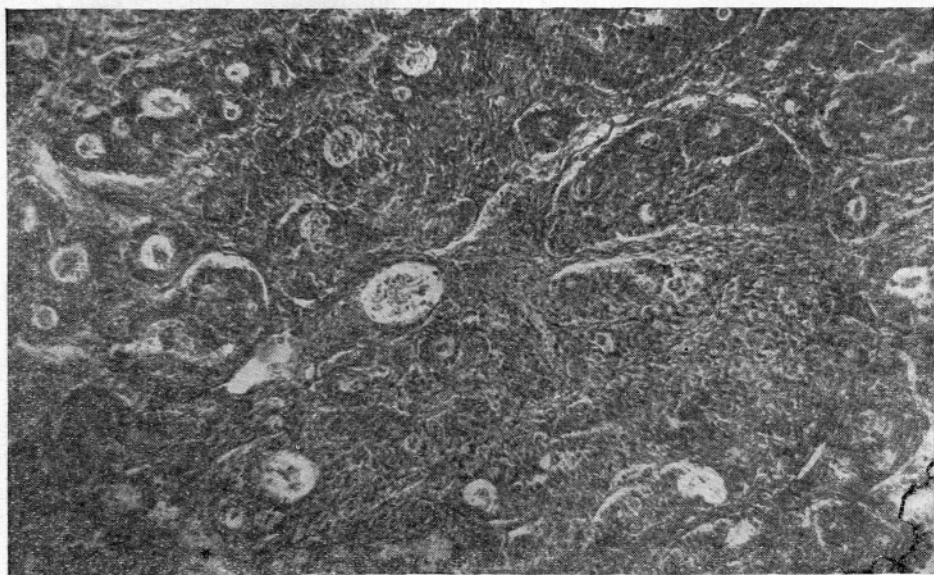
Literaturo in  
vzorke pošilja:



**SANDOZ A.G.**, Basel (Švica)

glavo velik, deloma cističen, deloma soliden tumor, ki je močno priraščen na zadnjo stran desnega parametrija in desno polovico Douglasa. V trebušni votlini cca 2 litra proste serozne tekočine. Visceralni in parietalni peritonej je posut s finimi fibrinoznimi obložki. Omentum je nekoliko zadebeljen. Eksstirpacija desnih adneksov.

Na prerezu je bila polovica eksstirpiranega tumorja solidna, polovica cistična. Cističen del je sestavljen iz za oreh in jabolko velikih votlin, ki so napolnjene deloma s serozno tekočino in deloma z gelatinozno maso. Solidni del je mehak, mestoma krhek, rumene in rumenkasto-sive barve. Na površini kaže tumor nizke grče. — Pri histološkem pregledu smo ugotovili, da sestoji parenhim tumorja v glavnem iz okroglih in



Slika 1.

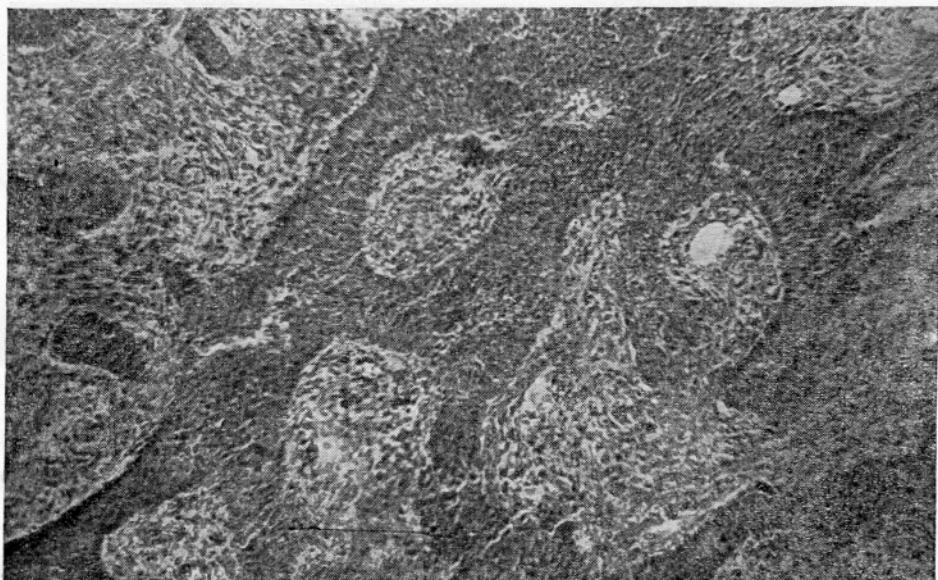
kubičnih celic. Te celice tvorijo mestoma alveolarne skupine, obdane s tenko plastjo vezivnega tkiva, mestoma pa zavzemajo difuzno širša polja. Alveolarne skupine, ki so na nekaterih mestih zelo goste, vsebujejo večje ali manjše votlinice, napolnjene s homogeno vsebino. V tej se vidijo na nekaterih mestih jedra. Razporeditev celic je okrog teh votlinic taka, da naredijo vtis normalnih primordialnih in Graafovih foliklov. Slika 1.

Našli smo torej vse elemente, ki opravičujejo diagnozo: granulocelularni tumor. Naredili smo tudi biološki poizkus z implantacijo tumorja kastrirani miški. Dobili smo zelo slabo estralno reakcijo, ki pa je ne moremo praktično uporabiti za diagnozo. Pri tem moram omeniti, da daje sicer implantacija tumorja redko pozitivne rezultate. Določitve folikulina v urinu nismo mogli izvršiti iz tehničnih razlogov. — Tretji dan po operaciji je žena brez vsake druge terapije nehala krvaveti. Sicer je bil postoperativni potek b. p. Ženo smo poslali še na rentgensko obsevanje.

**II. primer.** T. H., 36 let stara, poročena, sprejeta v bolnico 17. junija 1940. 14 dni je čutila bolečine v spodnjem delu trebuha. V noči pred odhodom v bolnico so te bolečine postale zelo močne zlasti na desni, ko se je pri ležanju naglo obrnila na desno stran. Bolečine so prehajale v desno ramo. Žena, ki je prej imela redno perilo je bila zadnja tri leta amenoroična. Zadnjih šest mesecev pa je imela slab krvav iztok v pre-sledkih od 2—3 tedne. Pred 17 leti je enkrat rodila in pred 15 leti splavila. — Pri sprejemu je splošno stanje pacientke b. p. Trebuh je nad nivojem toraksa. V spodnjem delu se tiplje grčast tumor, ki sega do popka. Močna občutljivost in lahek défense na istem mestu. Pri vaginalni preiskavi smo ugotovili, da je uterus retrovertiran, majhen, trd, slabo premakljiv. Pred in nad njim je za moško glavo velik, deloma trd, deloma



mehak, okrogel tumor, neenake površine, ki je občutljiv. — 20. junija 1940. je bila izvršena laparotomija. Pri tem smo našli v trebušni votlini cca 1 liter tekoče in koagulirane krvi. Iz levega ovarija izhaja za moško glavo velik, mehak, gladek tumor, ki modrikasto proseva. Eksstirpacija levih adneksov. Eksstirpani tumor je za moško glavo velik in sestoji iz  $\frac{1}{3}$  solidnega dela, drugi  $\frac{2}{3}$  pa sestojita iz votlin od oreha do jabolka velikih, napolnjenih s svežo krvjo. Na prerezu je soliden del tumorja rumene barve. Na enem mestu se vidi za cca 2 dinarski novček velika ruptura. Uterus je povečan, mehkejši. — Pri histološkem pregledu smo ugotovili, da sestoji parenhim tumorja iz okroglih celic, ki tvorijo ozke in širše trakove, ki se mestoma cepijo in tvorijo tako



Slika 2.

precej gosto mrežo, deloma pa tvorijo tudi precej na gosto alveole. Na mnogih mestih se vidijo na periferiji trakov in alveol vrste cilindričnih bazalnih celic. (Slika 2.) Vse te tvorbe naredijo vtis normalne granuloze, kar je opravičevalo diagnozo: tumor granulocellularis.

Biološki poskus na kastrirani miški je pokazal, da je v urinu več kot 30 mišjih enot folikulina v litru, medtem ko ima normalen urin samo eno mišjo enoto folikulina v 1 litru. Pacientka je dobila prvi dan po operaciji malo močnejšo krvavitev. To si razlagamo z naglo prekinitvijo vpliva folikulina po operaciji, kateri sledi kot je znano navadno deskvamacija, oziroma destrukcija endometrija kot pri menstruaciji. Krvavitev je trajala tri dni. 29. julija, to je 36 dni po tej krvavitvi, je dobila ponovno 4 dnevno lahno krvavitev kot pri menstruaciji. Potem so se po njeni izjavi ponovile še trikrat menstrualne krvavitve, po 4–5 dni v presledkih od 4–5 tednov. Postoperativni potek je bil kompliciran s flebitisom spodnjih okončin, sicer b. p. Pacientka je bila pozneje rentgensko obsevana.

Histološka struktura je v obeh naših primerih tako tipična, da bi že samo to zadostovalo za diagnozo. Ker pa se včasih pojavijo podobne folikularne tvorbe tudi v ostalih karcinomih ovarija, nam je bil potreben za zanesljivo diagnozo dokaz o hormonalni aktivnosti tumorja. Tega smo našli v kliničnem poteku in v biološkem poskusu na miškah. V kliničnem poteku so značilne krvavitve v menopavzi pri prvi pacientki (P. F.), ki po odstranitvi tumorja



promptno prenehajo tretji dan po operaciji. Pri drugi pacientki (T. H.) sledijo amenoreji in nerednim krvavitvam po operaciji štirikrat kolikor toliko redne menstrualne krvavitve. Pri obeh pacientkah je bil uterus povečan. V drugem primeru (T. H.) smo z biološkim poskusom dokazali hiperprodukcijo folikulina. Torej je operacija v obeh primerih potrdila z vrednostjo eksperimenta klinično in histološko diagnozo, ker so z odstranitvijo tumorja, ki je izločeval folikulin, izginile pri obeh pacientkah menstrualne anomalije.

Če pregledamo vse dosedanje izkušnje in opazovanja o granulocelularnem tumorju, najdemo v veliki množici raznih dejstev le malo takih, ki bi lahko že sedaj tvorili podlago za splošno veljavno stališče v postopku s tem tumorjem.

Dejstva, ki nam že sedaj lahko nudijo oporo za klinično delo v tem oziru, so sledeča:

1. tumor, ki ima vse histološke in biološke lastnosti tipičnega granulocelularnega tumorja in ne kaže znakov agresivnosti niti destrukcije okolice, ima lahko benigni kliničen potek;

2. končna diagnoza se lahko postavi samo po histološkem pregledu različnih mest tumorja in endometrija, ki ga morajo še podpreti biološke diagnostične metode;

3. v primerih, kjer smo tumor ocenili za benignega, moramo vedno imeti pred očmi dejstvo, da imajo lahko tudi taki tumorji še pozne recidive;

4. zanesljivih kriterijev za razločevanje benignih od malignih tumorjev v vseh primerih za enkrat še nimamo;

5. pri izbiranju terapije moramo upoštevati veliko občutljivost tumorja za rentgenske žarke in možnost trajnega ozdravljenja po enostavni odstranitvi tumorja. Radi tega se bomo v nekih primerih lahko ozirali tudi na starost pacientke, ko bomo izbirali terapijo. O tem, kako daleč bomo šli, bodo odločali za enkrat še medicinski čut in osebne skušnje vsakega posameznega ginekologa.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Es wird zunächst eine Übersicht der Pathologie und Klinik der Granulosazell-tumoren gegeben. Dann werden zwei Fälle typischer Granulosazell-tumoren besprochen. — Im ersten Falle handelte es sich um eine 60-jährige Frau, die 4 Jahre in Menopause war und 6 Wochen vor Spitalsaufnahme blutete. Nach Abtragung des mannskopfgroßen Tumors des rechten Ovariums hörte die Blutung in drei Tagen auf. Der Implantationsversuch des Tumors an kastrierten Mäusen fiel nahezu negativ aus. — Im zweiten Falle war die 36-jährige Frau 3 Jahre amenorrhöisch, sie hatte die letzten 6 Monate alle 2—3 Wochen blutigen Ausfluß und bekam nach Exstirpation des mannskopfgroßen Tumors des linken Eierstockes ziemlich regelmäßige Menstruationen. Der zystische Teil des Tumors war mit Blut ausgefüllt. Man fand am Tumor eine Ruptur, durch welche es in die Bauchhöhle blutete. Die Gebärmutter war in beiden Fällen vergrößert. Im Urin wurde bei zweitem Falle eine größere Menge Follikulin als normal festgestellt.

#### SLOVSTVO

Aschoff: Pathol. Anatomie. 1936. — Bernhart: Zbl. Gynäk. 1939. No 24. — Esser: Mschr. Geburtsh. 1928. Bd. 79. — Fischel: Grundriß d. Entwickl. d. Menschen. 1937. — Habbe: Zbl. Gynäk. 1931. No 11a. — Harms: Zbl. Gynäk. 1937. No 1. — Herrmann: Zbl. Gynäk. 1937. No 30. ref. — Hörrmann: Mschr. Geburtsh. 1928. Bd. 80. — Hükel: Zbl. Gynäk. 1938. No 7. Ref. — Kermauner: Veit-Stoeckel, Handbuch VII. 3. Aufl. 1932. — Klaffen: Zbl. Gynäk. 1934. No 4; Zbl. Gynäk. 1935. No 11; Mschr. Geburtsh. 1930. Bd. 86. — Kleine: Zbl. Gynäk. 1934. No 29. Ref; Zbl. Gynäk. 1934. No 34 Ref. — Meyer Robert: Zbl. Gynäk. 1934. No 16; Z. Geburtsh. 1930. Bd. XCVIII; Arch. Gynäk. Bd. 148. — Nowak in Brawner: Zbl. Gynäk. 1936. No 7. Ref. — Nowak in Gray: Zbl. Gynäk. 1936. No 33. Ref. — Pahl: Arch. Gynäk. 1931. Bd. 147. — Pallos: Zbl. Gynäk. 1940. No 14. — Sternberg: Haban-Seitz, Handbuch V. 2. Teil. — Stoeckel: Lehrbuch d. Gynäk. 1940. — Schiller: Patholog. u. Klinik. d. Granulosazell-tumoren. 1934. — Schultze G. K. F.: Zbl. Gynäk. 1937. No 5 — Traut in Butterworth: Zbl. Gynäk. 1939. No 2. Ref.

## Umrljivost dojenčkov v ptujskem okraju

Dr. Fedor Mikič in dr. Branko Šalamun

(Nadaljevanje in konec.)

### Vzroki.

Zdrav dojenček je kljub vsej svoji žilavosti nebogljeno, odvisno bitje. Njegovo življenje leži v materinih rokah. Polovica vseh otrok, ki jih izgubimo v prvem letu življenja, nam umre radi prebavnih motenj, tretjina radi boleznih dihalnih organov (važnost prehrane!) in le malo jih umre radi boleznih, pred katerimi smo brez moči. Od skupnega števila umrlih dojenčkov je odstotek onih, ki so umrli v prvem mesecu življenja v ptujskem okraju najmanjši, manjši kot kjer koli drugod v Sloveniji (1931.—35.: 32,8% — napram 40,3% v vseh okrajih skupaj.) Število umrlih radi slabe življenjske odpornosti (radi hereditarnih in kongenitalnih boleznih, nedonošenosti, porodnih komplikacij) je v okraju torej še prav posebno nizko, kar pomeni, da bi s pravilno prehrano in nego mogli rešiti približno vsako drugo v današnjih prilikah izgubljeno mlado življenje. Brez sodelovanja prebivalstva — predvsem mater — ali celo proti njihovi volji bi v takem prizadevanju seveda ne uspela nobena organizacija, in najvišja denarna sredstva bi bila premajhna za kakršen koli stvaren pozitiven rezultat.

V Halozah vidijo v otroku novega člana družine, ki bo kmalu hodil v dero. Prav tako računajo v Slovenskih goricah z njim kot z novo delovno močjo. Na Polju gledajo v otroku predvsem dediča. Ne le prvi sin, temveč vsak otrok, ki pride, se vsede na posestvo in bo zahteval svoj delež. V zadnji agrarni krizi, ki je zahtevala novih naporov za uravnoteženje kmečkih gospodarstev, so mnoge velike kmetije zdrknile na položaj srednjih, srednje se pa približale malim. Možnosti zaposlitve mladih delovnih moči v industriji in obrti in prilike za priložnostni zaslužek so postajale vedno manjše. Zdi se torej razumljivo, da so na kmetih modrovali: »Mi še živimo, kako bodo naši otroci, pa ne vemo« — in prihranili marsikateremu otroku vse njegove bodoče skrbi, po onem starem, zlorabljenem opravičilu: »Bog ga je dal, Bog ga je vzel.« Vendar je praktična filozofija te vrste starejša od zadnje agrarne krize in je zato verjetno niti po likvidaciji krize ne bo konec.

Drugi balkanski kongres za zaščito dece l. 1938. v Beogradu je navedel kot glavne vzroke visoke umrljivosti vaške dece:

1. Neznanje mater v pogledu pravilne nege in prehrane dojenčkov in malih otrok in zelo nizek splošno higienski nivo vaške družine.
2. Pomanjkanje zadostne in organizirane pomoči otroku in porodnici na vasi.
3. Slab ekonomski položaj in splošno nizki standard večine vaških rodbin.

Ti evidentni vzroki veljajo v našem okraju za vsa krajevna področja v glavnem enako, oz. vsaj tretji velja za Haloze — kjer je um. doj. najmanjša! — v največji meri. Razlik v um. doj. nam navedeni vzroki torej ne razlagajo, podobno kot nam ne dajejo odgovora na vprašanje: Zakaj je pripadla najvišja um. doj. v Jugoslaviji, n. pr. v letih 1930.—33., Savski in Dunavski banovini (po uradnih podatkih 20,80% in 18,06% vseh živorojenih), najnižja pa Moravski in Zetski banovini (11,62% in 13,60%).

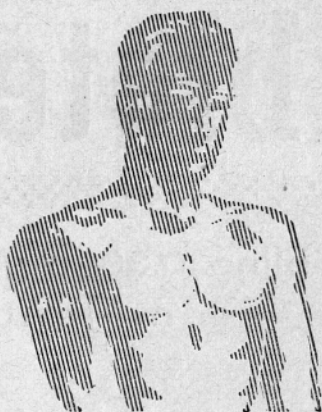
# Moški hormon

## perkutano

v obliki

## Anertan-olja

(Testosteronpropionat v oljnati raztopini)  
za vmasiranje



### Indikacije:

motnje v potenci  
hipertrofija prostate  
nervrastične težave  
bolečine v dojki pri ženski  
pruritus vulvae  
enuresis

### Lagodna uporaba:

Dnevno 2-4 krat kaniti po 10 kapljic  
(= 5 mg Anertana) na kožo in dobro vdrgniti.

Pri bolečinah v dojki in pruritusu vulve  
lokalna aplikacija.

**Omot:** Orig. steklenica z 10 gr Anertan-olja  
(= 50 mg testosteronpropionata) . . 157.— din

Obširni prospekti in vzorci pri



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

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



Pri migreni

angini pectoris

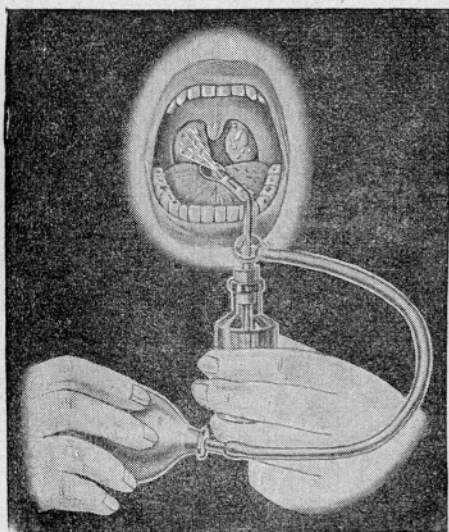
spazmih krvnih žil

# Moloid tablete

(Nitrospojine 0.33 mg)

Trajajo neomejeno

Pri angini in boleznih zgornjih dihalnih potov



## NEO- PYOCYANASE

biološki desinficiens iz kultur  
pyocyaneusa

Grgranje, tuširanje, instilacija,  
Spray

Steklenica 20 ccm

SACHSISCHES SERUMWERK AKTIENGESELLSCHAFT, DRESDEN

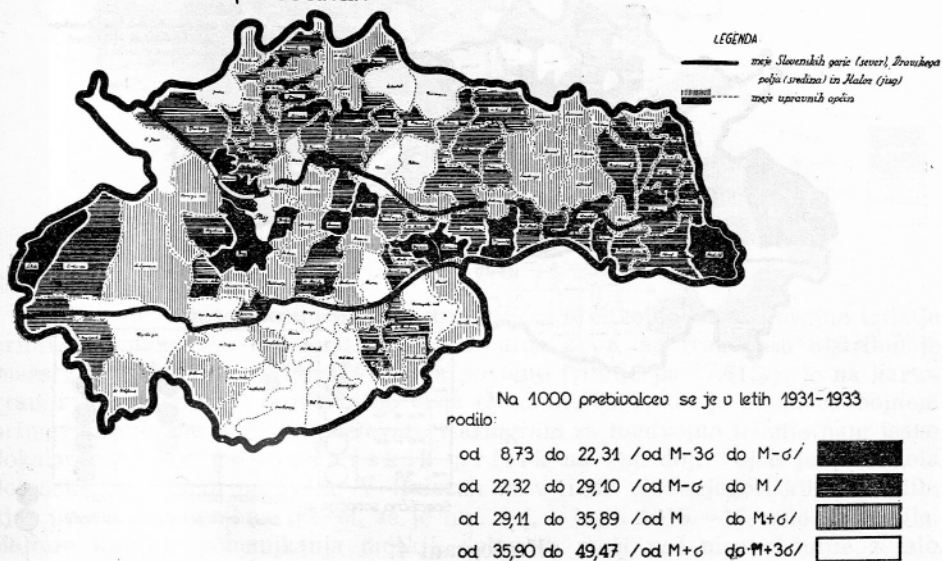
Za Jugoslavijo: Dr. A. WANDER d. d., ZAGREB



Specialni patološki faktorji, s katerimi je Dragišić dopolnil razlago o visoki um. doj. v banovini Hrvatski (bolezni prebavnega trakta in motnje prehrane, posebno poletne diareje in bacilarne disenterije, parenteralne dispepsije izzване z gripalnimi infekcijami, sekundarne kožne infekcije, rahitis) nam tudi ne pojasnjujejo, zakaj je um. doj. v bogatejši Slavoniji znatno višja kot v revni Liki in v kraških, primorskih predelih banovine. Pri razpravljanju o vseh teh razlikah, pa tudi pri prizadevanjih, ki jih skušajo zmanjšati, se je prezrl pomen starševskega odnosa do otrok, oz. točneje tistega psihološkega faktorja, ki ga je izoblikovala zainteresiranost staršev napram deci in ki je povezan z zemljo in z značajem prebivalstva, z njegovo sociološko strukturo in tradicijo. V patriarhalni Črni gori in Stari Srbiji vidijo v otroku srečo, božji blagoslov, ki ga čuvajo — v Slavoniji, Sremu in Bački pa breme in izdatke. Razumljiva posledica različnih starševskih interesov je različna skrb za deco. Dojenčki reagirajo nanjo najbolj neposredno in najbolj vidno.

## RODNOST V SREZU PTUJ

1931-1933  
po občinah



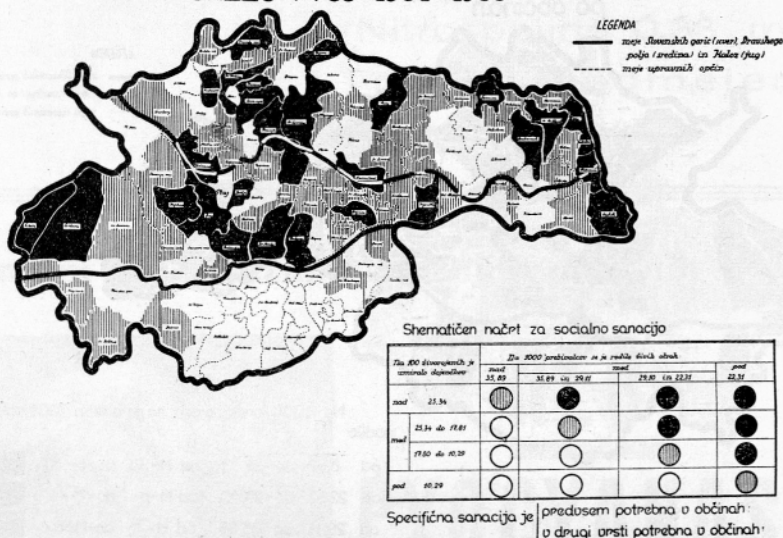
Kartogram 3.

Slavonsko ženo sili njeno družabno okolje k splavljanju, dočim je za Črnogorko po ljudski sodbi njene sredine nerodovitnost še vedno največja nesreča. Nekih točnejših podatkov o abortiranju v ptujskem okraju nimamo, vemo pa, da sta kriminalni in arteficialni abortus polanskim ženam mnogo manj tuja kot haloškim. Dejstvo je razumljivo radi haloške revščine in pasivnosti in radi tistih starševskih interesov, ki so zakoreninjeni v ljudeh in njihovih prilikah in ki vplivajo na um. doj. in na rodnost ob enem. To našo trditev potrjuje razmerje med um. doj. in rodnostjo, obema najvažnejšima demografskima podatkom.

Kjer je um. doj. največja, tam je ponavadi rodnost največja in narobe. To pravilo velja tudi za ves ptujski okraj kot celoto, saj znaša n. pr. korelacijski koeficient v povojnem triletju  $r_{13} = \pm 0,50 \pm 0,05$ .<sup>5</sup> Koeficient je srednje velik in signifikanten, tako da moremo pričakovati precejšno število izjem od pravila po posameznih občinah. Korelacijski koeficient  $r_{12} = + 0,353 \pm 0,016$ , kar pomeni, da z rastočo rodnostjo raste tudi splošna umrljivost in narobe. Korelacijski koeficient  $r_{23} = \pm 0,411 \pm 0,019$ , kar pomeni, da z rastočo splošno umrljivostjo raste tudi um. doj. in narobe. Mali in srednje veliki korelacijski koeficient govori za izredno veliko število izjem od pričakovanega pravila. Um. doj. je odvisna od rodnosti v večji meri kot pa od splošnega umiranja.

V triletju 1931.—33. je bila rodnost najvišja v Halozah (35,2‰), torej prav tam, kjer je bila um. doj. najnižja! V Slovenskih goricah je znašala povprečno 29,7‰, na Dravskem polju pa 27,3‰. Točnejšo razdelitev rodnosti po posameznih občinah prikazuje kartogram 3. Posebno nizko rodnost so imele tri občine v ptujski mestni okolici (Breg pri Ptuj, Brstje in Krčevina pri Ptuj), trg Središče in še 7 manjših občin na Polju.

## KORELACIJA MED RODNOSTJO IN UMRRLJIVOSTJO DOJENČKOV V SREZU PTUJ 1931-1933



Kartogram 4.

Na kartogramu 4 so pokazane na nov način zveze med rodnostjo in um. doj. Črno so zaznamovane občine z dvakratno negativno demografsko bilanco, v njih se družijo visoka um. doj. z nizko rodnostjo. V belih občinah so demografske prilike najugodnejše, zato ker je rodnost sorazmerno velika, um. doj. pa z ozirom na splošno stanje v okraju majhna. Šrafirano so zaznamovana področja demografskega okrajnega tipa.

V neenako napornem delu mater leži drugi vzrok zelo različne um. doj. v okraju, v katerem so glede zdravstvene vzgoje in organiziranega

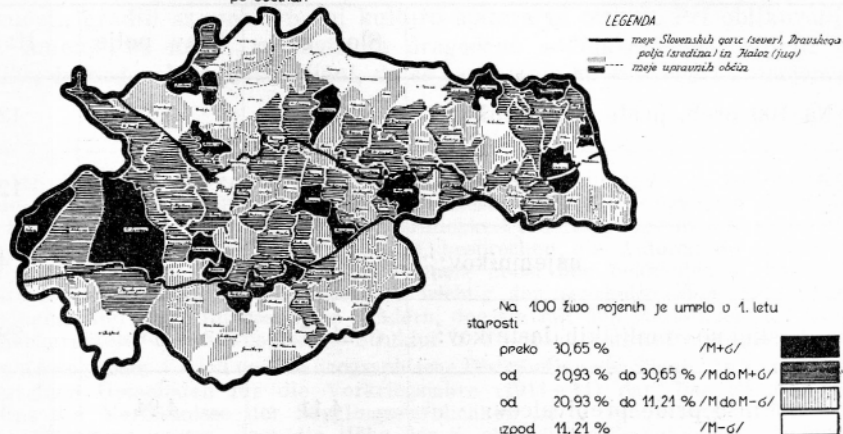
<sup>5</sup> Pri korelacijskih koeficientih, ki jih navajamo za povojno triletje in za ves okraj, smo označili: rodnost z indeksom 1, splošno umrljivost z indeksom 2, umrljivost dojenčkov z indeksom 3.

otročkega skrbstva vsi predeli v glavnem enako zanemarjeni. Na Polju je dojenček prikrajšan za materino ljubezen in za materino mleko pogosteje kot v Haložah. Haložanka ga doji tudi še v drugem letu, zato ker najde ob svojem delu za otroka več časa, zato ker drugega mleka kot svojega pri hiši po navadi nima in morda še zato, ker se varuje pred spočetjem v glavnem le z dojenjem. Polanke hranijo deco na prsih 2—3 mesece in manj. Ko so morale med vojno opravljati povrh svojih še moška težaška dela, se je zvišala um. doj. na Polju za dobrih 5%, kar dokazuje kartogram 5.

## UMRLJIVOST DOJENČKOV V SREZU PTUJ

V LETIH 1915—1917

po občinah



Kartogram 5.

Dočim je kategorizacija na kartogramih za predvojno in za povojno triletnje približno enaka (M, t. j. aritmetična sredina z oz. na frekvenco distribucije znaša za predvojno triletnje 17,79%, za povojno triletnje pa 17,81%), je na kartogramu za medvojno triletnje znatno višja (M = 20,93%), kar je pri medsebojnem primerjanju treba seveda upoštevati. Kartogram za medvojno triletnje nam jasno dokazuje vpliv gospodarskih prilik na um. doj. Vojna je prizadela dojenčke predvsem na Polju. V Haložah in v tistih slovenjegoriških predelih, kjer prevladuje majhna posest, se je um. doj. v letih 1915.—17. celo popravila. Majhne kmetije pomanjkanja moških delovnih moči pač niso občutile z isto težo kot velike. Razen tega so vojne podpore pomenile za želarstva precejšno pomoč, dočim so trdne kmetije morale samo dajati. Naturalno gospodarstvo je bilo obteženo predvsem na večjih kmetijah (pomanjkanje delovnih moči, реквизиcije), denarno gospodarstvo je bilo podprto predvsem na manjših kmetijah (vojne podpore).

V diskusiji o veliki um. doj. v Slavoniji<sup>6</sup> je Š t a m p a r poudaril pogubne posledice velikih razlik v tamkajšnjih zemljiških odnosih. Slavonija je bogata za posameznike in ne za pretežno večino prebivalstva, ki jo obdeluje. Poljedelska delavka mora v času sezonskega dela prepustiti svojega otroka drugim v varstvo. V najbolj kritičnih mesecih poletne vročine ga ne doji.

<sup>6</sup> Diskusija v socialno-medicinski sekciji zagrebškega »Zbora liječnika« dne 7. junija 1939.

Kakšna je struktura zemljiške posesti v našem okraju? Na podlagi podatkov za l. 1931., objavljenih v »Krajevem leksikonu Dravske banovine«, navajamo nekaj številke za posamezna pokrajinska področja, oz. točneje, za njihove najznačilnejše predele.

Prva številka se nanaša na Slovenske gorice, oz. točneje na komasirane občine: Polenshak, Sv. Andraž v Sl. g., Sv. Lovrenc v Sl. g., Sv. Tomaž pri Ormožu s skupno 8864 prebivalci.

Druga številka se nanaša na Dravsko polje, oz. na občine: Cirkovce, Slovenja vas, Sv. Lovrenc na Dr. p., Št. Janž na Dr. p., s 6875 prebivalci.

Tretja številka se nanaša na Haloze, oz. na občine: Leskovec, Podlehnik, Sv. Barbara v H., Zavrč, z 10399 prebivalci.

	Slov. gor.	Drav. polje	Haloze
Na 100 preb. pride: posestnikov:	6,10	9,99	12,91
kočarjev:	12,44	8,52	12,20
najemnikov:	2,93	1,75	4,45
skupno zemljiških lastnikov:	21,47	20,26	29,56
Na 1 hišo pride prebivalcev:	4,11	4,94	3,45
Na 1 preb. pride površine v ha:	1,227	1,513	1,176

Odstotek prebivalstva, ki odpade na družinske člane in na posle, je v Halozah manjši kot na Polju, in tudi na eno hišo pride v Halozah nekaj manj prebivalcev kot drugod, vendar je na drugi strani odstotek skoraj isti na Polju z veliko, in v Slovenskih goricah z malo um. doj. V Slovenskih goricah in v Halozah je odstotek kočarjev in najemnikov, t. j. tistih, ki obdelujejo razen svoje zemlje tudi še tujo, višji kot na Polju.

V našem primeru nam torej gola struktura zemljiške posesti sama po sebi razlik v um. doj. še ne pojasnjuje.

#### Program dela za socialno terapijo.

Splošen program dela za zmanjšanje um. doj. je kot del zdravstvene zaščite dojenčkov in male dece podrobno izdelan ne le glede njegove splošno veljavne strokovne strani, temveč tudi z ozirom na naše domače potrebe in možnosti. V ptujskem okraju bo potrebno — podobno kot v drugih — pridobiti čim širše plasti prebivalstva za dolgo pot, ki vodi od programa do njegove realizacije. Upoštevanje dejstev, ki smo jih navedli, je zato nujno. Zdravstvena zaščita dece bi uspevala slabo, če bi bila n. pr. usmerjena vsa proti tistim interesom staršev, radi katerih oni število otrok omejujejo — in še slabše, če bi se enostavno prilagodila vsem prilikam, tudi onim, ki so otroškemu zdravju in razvoju sovražne. Vendar se nam zdi, da je v obravnavanem vpra-



šanju um. doj. — in radi povezanosti vzrokov tudi v vprašanju padanja rodnosti — kljub vsej obsežnosti problema in kljub zakoreninjenosti pogojev, ki izboljšanje ovirajo, izhodišče drobnega zdravstvenega dela najrealnejše.

S kartogramom 4 smo strogo racionalno definirali področja, na katerih bi bilo socialno-terapeutsko delo najnujnejše. Konkretno delo na tem terenu bi preizkusilo in dopolnilo nasvetovane metode zdravstvenega dela za zaščito otrok in vzpodbudilo prizadevanja, ki varujejo otroka posredno in mu skušajo zagotoviti najbolj zdravo rast in najboljši in najlepši možni razvoj. Zato bi bil čas, da dobi Ptuj otroški dispanzer in bolniški oddelek za otroške bolezni. Zdravstveni delavci bi morali razširiti iz tega skromnega pediatričnega žarišča znanje o pravilni otroški higieni in počasi, brez preneglih prehodov, utrditi med starši novega duha starševskega ponosa in odgovornosti, graditi skupno z njimi kulturo matere in otroka. Pri oblikovanju javnega mnenja bi mogli računati na dragocene sodelavce med učitelji in duhovniki, če bodo oboji pripravljeni, da se zavzamejo za vsakega novorojenca.

### ZUSAMMENFASSUNG

In der Abhandlung werden einige geographische, ethnologische u. soziologische Merkmale, des in der Gesundheitsstatistik schlechtest stehenden Bezirkes in Slovenien (Bezirk Ptuj) beschrieben. Auf Grund der Sterblichkeit der Säuglinge in den sich stark unterscheidenden drei Gegenden des Bezirkes, besprechen die Autoren die Ursachen der hohen Sterblichkeit der Säuglinge u. betonen, nebst den bekannten u. beschriebenen äthylogischen Faktoren, als besonders wichtig den psychologischen Faktor der verschiedenen elterlichen Interessen an Kindern, den sie mit den Merkmalen der Erde, des Volkscharakters, der soziologischen Struktur u. Tradition verbunden sehen.

Das Kartogramm 1 stellt uns die geographische Distribution der Säuglingssterblichkeit nach einzelnen Gemeinden für die Vorkriegsjahre (1911—14) dar. Das Kartogramm 2 gibt uns die Verhältnisse der Säuglingssterblichkeit nach dem Kriege (1931—33). Beide Kartogramme zeigen, dass die Höhe der S. st. fast gleich geblieben ist, sowie auch, dass keine wesentliche Verschiebung derselben sichtlich wurde. Das Kartogramm 5, welches uns die S. st. in den Kriegsjahren (1915—17) zeigt, diente uns als Beweis für den Einfluss wirtschaftlicher Verhältnisse auf die S. st. Aus demselben ist z. B. die Verschiebung der S. st. zu ersehen. Im allgemeinen erhöhte sich die S. st. bei Kleinbauern weniger als bei Grossbauern. Während die Abgaben der Kleinbauern relativ geringer waren u. noch Geldzuschüsse (Kriegsunterstützung für abwesende Familienmitglieder) erhielten, waren die Abgaben der Grossbauern verhältnismässig grösser. Diese Verschiebung wirkte sich auf die S. st. prompt aus.

Das Kartogramm 3 der Geburtenhäufigkeiten für die Jahre 1931—33 ist vergleichshalber eingeschaltet. Im Kartogramm 4 ist die Korrelation zwischen Natalität u. Säuglingssterblichkeit kartographisch dargestellt. Im selben haben wir nach eigener Methode diejenigen Gemeinden festgestellt, denen die meiste Aufmerksamkeit bei sozialtherapeutischer Tätigkeit gewidmet sein soll. Damit versuchten wir ein rationales Programm, verbunden mit intensivster Lokalarbeit zwecks Bekämpfung der S. st. aufzustellen. Dabei sind wir uns bewusst, dass auch andere sozialtherapeutische Methoden mit erwähnter Methode zu kombinieren sind.

### SLOVSTVO

B. in I. Pirc: Zdravje v Sloveniji, I. knjiga, Lj. 1937. — I. Pirc: Rast naroda in nazadovanje rojstev v Sloveniji. Čas XXXIV/5—6, 1940. — Krajevni leksikon Dravske banovine, Lj., 1937. — F. Žgeč: Haloze, Sodobnost 1935/36. — J. Kerenčič: Zemljiški odnosi v Jeruzalemskih gorah. Maribor 1939. — B. Šalamun: Zanemarjeno vprašanje. Lj. Zvon 1937, 7—8. — Izvestje ptujske gimnazije št. 51.—62. — F. Mikič: Der jugoslawische Städtetypus gemäß der Altersverteilung; Archiv f. soz. Hyg. u. Demographie VIII/1, 1933. — Über den Index des biologischen Typus in jugoslawischen Bezirken. Bevölkerungsfragen 1936.; München, Lehmanns V. — Karta indeksa biološkog tipa Jugoslavije; Zbirka karata geograf. društva v Beogradu 5, 1936. — F. Mikič-B. Škerlj: Menarha kot kriterij za določitev spolne zrelosti ženske. Razprave matem. prirodoslov. razreda Akademije znanosti in umetnosti v Ljubljani I/1940. —

A. Mojić-Ž. Švarc: Majka i dijete, Zgb. 1934. — F. Mikič-Ž. Švarc: Pomor dojenčadi u Zagrebu sa statističkog, socialnog i kliničkog stanovišta (Bibl. Centr. Hig. Zav. št. 18, 1936). — I. Bratko: Gibanje cen in naše kmetijstvo (Obranja 1939). — B. Dragišić: Opće smjernice zaštite djeteta na selu. Liječ. Vjesn. 1940. — B. Pirc: Opadanje stanovništva u Slavoniji. Bibl. Centr. Hig. Zav. 1931. — N. Sremec: Mi smo mi krive, Zgb. 1940. — M. Ambrožić: Zaštita dojenčadi i male dece. (Štampar: Socijalna medicina I.). — Mortalitet i morbiditet dece u Jugoslaviji. Bibl. Centr. Hig. zav., 1936. — Kako naj poučimo kmečko mater in kako naj ji pomagamo pri odgoji in zašiti otrok. »Zaštita otrok in mladine«, 1939. — D. Chloupek: Problemi higijenske propagande. »Liječ. vj.«, 1939. — B. Dragišić: Zaštita djeteta na selu. »Liječ. vj.«, 1939. — V. Ivković: Zdravstvena zaštita odojčadi i male dece. Bibl. Centr. Hig. Zav., 1938. — A. Štampar: Socijalna medicina I. deo. Zgb. 1925. — Opažanja jednog radnika na unapredjenju zdravlja na selu. »Liječ. vj.« 1939. — O liječničkoj službi na selu. »Liječ. vj.« 1940. — Union Yougoslave pour la Protection de l'Enfance: La Protection de l'Enfance rurale. La formation du Personnel Medico-Social. Yougoslavie. (Referati z drugoga balkanskoga kongresa za zaščito dece v Beogradu 1938.) — F. Mikič: Potreba novih dispanzerjev za dojenčke. Zdrav. Vest. 1939/8—9. —

---

---

## Še k članku dr. R. Kukovca: „Kakšne rezultate nam da indigokarmin in preiskava vode na ureo v ledvični diagnostiki“

Dr. Slavko Rakovec

V prvem članku je dr. Kukovec hotel dokazati, da je preiskava koncentracije uree v separiranih urinih boljša od indigokarminske metode za določevanje ledvične delozmožnosti. V kritiki sem nato dokazal, da je ta trditev in s tem tudi bistvo njegovega članka, napačna, ker z ureo ledvične delozmožnosti sploh ne moremo določevati, temveč samo ugotavljamo, katera ledvična stran je boljša oz. slabša. Nasprotno nam indigokarmin služi tudi za določevanje delozmožnosti in to ne, kot še sedaj trdi avtor, na podlagi primerjave obeh ledvic. Ugotovil sem, da so take pavšalne primerjave obeh metod v bistvu zgrešene, ker sta obe metodi v svojem bistvu različni. Kajti vrednost preiskave uree je, čeprav je velika, omejena samo na gotove svrhe, indigokarmin nam pa nudi mnogo širšo možnost uporabe. Ker avtor tega v svoji razpravi ni upošteval, je bila pavšalna primerjava zgrešena in bi lahko koga zavedla v zmotu.

V odgovoru na mojo kritiko hoče avtor dokazati, da se z ureo more tudi določevati ledvična delozmožnost. To možnost sem že sam v kritiki omenil, vendar jo zavrnil kot praktično neuporabljivo. Avtor navaja novo možnost in sicer tako, da jemlje zdaj za podlago absolutne številke količine vode in količine uree in ne več koncentracije uree. K temu načinu moram pripomniti, da je praktično povsem neuporabljiv, ker je točno določevanje količine vode v eni časovni enoti (nekaj minut) nezanesljiv iz zgolj tehničnih ovir (zamašitev katetra, iztekanje urina ob katetru, reflektorična poliurija itd.). Ne glede na to bi s tem ugotovili zopet samo relacijo delozmožnosti, čeprav sedaj v odstotkih, kar še vedno ne vodi do cilja. Poleg tega je treba zato »precej dolge formule«, ki vodi v vedno večjo komplikiranost. Ugotoviti tudi moram, da se s tem tudi oddaljujemo od prvotno navedene metode, ki smo jo vzeli v pretres.

O Ambardovi konstanti pravi avtor, da je najpreciznejše merilo za ledvično funkcijo, češ da z njo določujemo množino uničenega ledvičnega tkiva

v odstotkih. S tako decidirano izjavo je avtor osamljen. Znani urolog Wildbolz pravi v svoji knjigi o nji: »Ambardovo konstanto smemo uporabljati le z najskrajnejšo previdnostjo, po mnenju mnogih sploh ne za presojo ledvične funkcije in za stavljanje prognoze pri operacijah.« Nikolich jo je na francoskem urološkem kongresu odklonil kot nezanesljivo. Casper in Richter pravita, da je Ambardova konstanta v ledvični kirurgiji podrejenega pomena, ker zaostaja za drugimi metodami. Po Rosenbergu more biti pri konstanti 0.09—0.14 (!) ledvično tkivo poškodovano, vendar to ni povsem gotovo. Dr. Kukovec je o nji v prvem članku sam dejal, da je komplicirana in praktično težko uporabljiva. Kako moremo to spraviti v sklad z avtorjevimi zaključki, ki jih izvaja iz decidiranega »najpreciznejšega merila«? Zvišanje konstante nam more služiti le kot opozorilo, nikdar pa ne za določevanje uničenega dela ledvic v odstotkih!

Dalje trdi avtor, da jaz popolnoma poznam indigokarminsko metodo in njene možnosti in da se radi tega mogoče preveč na njo zanašam. Kakšno miselno nasprotje! Kdor se v kaki stvari popolnoma spozna, jo najbrže tudi pravilno vrednoti. Sicer pa poslušajmo kaj pravi o njej Kirschner: »indigokarmin nam dovoljuje skrajno zanesljivo ocenjevanje sposobnosti vsake ledvice«. In Wildbolz: »Ako izloča ledvica indigokarmin intenzivno 6—10 min. po i. m. injekciji, nudi to dalekosežno jamstvo za to, da je ta ledvica dovolj sposobna, da bo mogla po ekstirpaciji druge ledvice sama izločevati urin, kolikor je potrebno za vzdrževanje ravnotežja presnove.«

Kapsammer-ja je avtor napačno razumel. Pri močnem vnetju mehurja namreč ne smemo (kontraindikacija) ali ne moremo (premajhna kapaciteta) cistoskopirati. Ne gre torej tu za čas (nekaj minut več ali manj), ki ga rabimo za cistoskopijo.

Odločno moram tudi ugovarjati avtorju, ki še vedno vzdržuje trditve, da podaja preiskava uree po navedeni metodi sliko trajnega ledvičnega delovanja. To je povsem nemogoča trditve. Z določevanjem uree po navedeni metodi določimo samo: 1. da je urea v urinu (kar vemo že brez preiskave) in 2. da jo je v eni ledvici (oboleli) manj kot v drugi. Kakšno sliko nekega trajnega dela naj s tem dobimo, ko obstoja trajno delo ledvic vendar v možnosti izločevanja uree (in drugih snovi) enkrat v večji, drugič v manjši meri in s tem v zadostitvi spremenjenim nalogam, ki jih ima!

Že zadnjič sem korigiral avtorjeve trditve, češ da organizem indigokarmin po svoji potrebi v večji ali manjši meri absorbira in da je urea razkrojni produkt sečne kisline. Sedaj prihaja avtor z novo trditvijo, da je »urea produkt onih dušikovih spojin, ki nimajo nobene zveze z beljakovinami v krvi«. In dostavlja še »kot to avtor trdi«. Ne morem si pojasniti, kateri avtor je s tem mišljen (v moji kritiki ni ničesar podobnega). Glede trditve o urei moram pa zopet ugotoviti, da je nejasna, netočna in zopet ne v skladu z izsledki znanosti. V organizmu imamo pač več dušikovih spojin, »ki nimajo zveze z beljakovinami«, ki pa tudi z ureo nimajo nikakega opravka. Najmanj kar lahko zahtevamo od avtorja, ki se je bavil z raziskovanjem uree, je to, da nam ne podaja tako zmotnih poukov o kemičnem izvoru uree same.

# Zadnji odgovor na kritike g. dr. Rakovca

Dr. Robert Kukovec

Dr. Rakovec je še enkrat kritiziral moj članek in to na apodiktičen način, ki me čudi, ki mi je pa radi tega razumljiv, ker avtor ne pozna uree razven po literaturi in to samo po oni, ki negira ureo in priznava edino indigokarmin. Zato bi hotel prevesti par odstavkov iz najnovejše francoske medicinske enciklopedije, ki zastopa oficijelno stališče današnje vede To pravi o Ambardovi konstanti sledeče: konstanta, pravilno ugotovljena in podvržena ostri kritiki vseh števil, ki so služile v njeno ugotovitev, je najpreciznejše sredstvo za ledvično funkcijo, ki ga danes imamo. Nadalje govori isti knjiga o indigokarminu: tej metodi v veliki meri manjkajo rigorozne znanstvene podlage, ki jih ima konstanta. Ona je mnogo manj točna in je bolj dejstvo celine različnih faktorjev, kakor pa dejstvo ledvic samih. Ta metoda še danes uživa veliko priljubljenost v Nemčiji. Ni si mogla pridobiti domovinske pravice na Francoskem. Uporablja se pri nas samo za odkritje ureteralnih ustij, če je to potrebno. Slabe strani te metode so sledeče: rezultati, ki jih daje, nikakor niso stalni. Samo majhen del indigokarmina (20—25%) se izloča v urinu kot barvilo. Te snovi tudi ni mogoče kvantitativno določati.

Te citate (in to niso citati prvobornih avtorjev za konstanto, temveč stališče objektivne vede) sem samo omenil zato, da pokažem, kako je lahko v medicini svoje stališče podpreti s tujimi mišljenji. Če bi bil hotel to storiti, ne bi bil rabil 8 mesecev za primerjavo rezultatov indigokarmina in pa uree. Seveda dr. Rakovec trdi, da ti dve metodi ni mogoče primerjati. Toda on je pozabil dodati, da je to samo njegovo mišljenje in mogoče mišljenje od njega citiranih avtorjev, da pa je mišljenje mnogih drugih urologov, med katere spada večina francoskih urologov, ki so pač vedno bili med najmerodajnejšimi na tem polju, ravno nasprotno. Jaz sam sem bil ravno tako navdušen za indigokarmin, kar me pa ni oviralo problemu objektivno in na podlagi eksperimentov, pogledati v oči. Čeravno na podlagi teh eksperimentov smatram ureo za preciznejše sredstvo, vendar indigokarminu nisem nikdar odrekal njegovih dobrih strani in z njim tudi že leta in leta delam. Tem bolj me pa čudi, da ima dr. Rakovec tako absolutno sodbo o stvareh, ki so tako relativne.

Nadalje hoče avtor moje trditve o indigokarminu korigirati. Jaz bi le predlagal kot bolj umesten izraz »negirati«. Obadva črpava svoje podatke o indigokarminu iz literature. Avtor je našel v njej, da se indigokarmin v celoti izloča, kot je to že trdil Haidenhain in pozneje Joseph. Jaz sem spet našel in to citiral, da se izloča le v majhnem odstotku. Kje je resnica!?

Hotel bi še ugotoviti želji avtorja ter precizirati kemizem uree: njena formula je  $\text{CO} < \begin{smallmatrix} \text{NH}_2 \\ \text{NH} \end{smallmatrix}$ . Ona spada v krvi med skupino snovi, ki jih imenujemo preostali dušik (RN). Preostali dušik izoliramo, če dodamo krvi acidum trichloroaceticum, ki se na ta način osvobodi beljakovin (globulin, serin, fibrin etc.). Preostali dušik pa spet delimo v sestavine, ki nastanejo v človeškem telesu na podlagi:

- a) prehrane: urea, acid. uricum, amonijak, aminske kisline, indoksil.
- b) funkcije mišic: kreatin, kreatinin.
- c) razpada stanic: acidum uricum, polipeptidi.





**Izčrpanost  
Rekonvalescenca  
Slabokrvnost**

Originalna steklenica

**E. MERCK • DARMSTADT**

Zastopnik:  
»ALKALOID«, ZAGREB 1, pošt. predal 494

## AGOCHOLINE

**Za medikamentalno drenažo žolčevodov**

Najaktivnejši med vsemi poznanimi holagogi

Topljiva zrnca prijetno aromatizirana z mento

### PULMO

**koncentrirana sintetična kodeinizirana  
gvajakolova raztopina v fosforni sredini**

Blaži kašelj, dezinficira respiratorna  
pota.

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

### PYRETHANE

**antinevralgikum – antipiretikum**

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

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

## OPOCALCIUM irradié (obsevani)

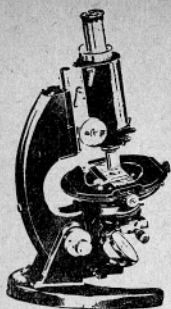
**peroralna terapija s kalcijem**

(kalcij-fosfor-krist. D-Vita min-endokrini ekstrakti).

Visokovreden kalcijev preparat, ki se sigurno resorbira.

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

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



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

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

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

**Samo kvalitetna optika!**

**Strokovna izvršitev!**

ANALGETIČNE KAPLJICE  
ZA KONSERVATIVNO  
ZDRAVLJENJE

OTITIS MEDIA ACUTA  
IN OTALGIJ



# OTOCAIN

## RAVE

Sol. glycerboracica anhydrica c.  
dimethylamidoantipyrin & aethocain

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

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

**Gospod tovariš!**

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

**S tem koristite sebi in svojemu glasilu!**

## Kulturni spodrsljáj

Dr. Mirko Černič, Maribor

Leta 1940. je izdala Naša založba knjigo: »Prežihov Voranc: D o b e r d o b. Vojni roman slovenskega naroda.« Tu berem na str. 229 tole:

»Rana, ki jo je tisto strašno noč dobil na hribu svetega Mihaela, mu je poškodovala jezik ter desno čeljust. Leto dni je ležal po raznih bolnišnicah, dokler se v službi samopašnega, imperialističnega mrevarjenja stoječi zdravniški znanosti ni s protezami in šivi posrečilo napraviti iz kepe mesa in škrbin ustim podobno luknjo.«

Kaj je to: »V službi samopašnega, imperialističnega mrevarjenja stoječa zdravniška znanost«? To moremo biti seveda samo mi, zdravniki! Zakaj le zdravniki smo spočetniki in izvrševalci zdravniške znanosti!

Kakor je moral invalid, ki ga opisuje pisatelj, hočeš nočeš moraš v strelske jarke, tako smo morali zdravniki volens nolens v vojaško službo! Nič več in nič manj ne zadene krivda zdravnikov, ki so ranjencem z operacijami reševali življenje, kakor ranjence same — eni kakor drugi so naloženo jim dolžnost morali vršiti. Če je kaj razlike med obojimi, tedaj je ta razlika na korist zdravnikov, zakaj zdravniki smo reševali in popravljali, ranjenci pa, predno so bili sami ranjeni, so ubijali! Da smo zdravniki svojo reševalno in popravljalno dolžnost vršili z uspehom, na to smo ponosni in odklanjamo očitke, da smo to izvrševali »v službi samopašnega, imperialističnega mrevarjenja« kot kleveto, ki ni v ničemer osnovana. Taki in podobni očitki bi bili upravičeni, če zdravniki svoje dolžnosti ne bi bili izvrševali. Kako neki bi napisal pisatelj tedaj?!

---

---

## Vejališče za naše strokovno besedje in izrazje

### Navzkrižja — kdo naj jih reši?

Dr. Mirko Černič, Maribor

Slovenščina ima mnogo besed, ki jim narod daje isti pomen, strokovnjak pa jih mora ločiti, ker za različne pojme rabi različne oznake. Pred pol stoletjem, ko je Pleteršnik zbiral besede in izraze za svoj slovar, je bilo marsikaj drugače, kot je danes. Nekaj primerov!

**Nosnica** je danes nesporno »naris«, das Nasenloch, **nozdrv** pa »ala nasi«, der Nasenflügel.

**Trup** je »truncus«, der Rumpf, **truplo** pa »cadaver«, der Leichnam.

**Rdečica**, die Röte, **rdečina** das Rot; prva je bežna, druga stalna.

**Vročina** das Fieber, **vročica** das Hitzegefühl, **mržlica** der Schüttelfrost.

**Premrážen** je erkältet, ki mu je treba samo, da se segreje, **prehlažen** pa je bolan, verköhlt.

**Šiválnik** je die Nähmaschine (priprava za šivanje), der Nadelhalter pa držalo.

**Plujem** iz ust — »narod vas bo izpljunil kot zavrelico« pravi Župančič — **pljunek** »sputum«; **bruham** iz pljuč: **kri haemoptoe**, **krvav izbruhek**; **bljujem** iz želodca: **kri haematemesis**, **krvav izbljuvek**.

**Mozólj** je »folliculitis«, die Haarbalgentzündung, **prišč** pa »urtica«, die entzündliche Quaddel, die Injektionsquaddel je **vbrízga**, podobno kot **vloga**, **vkлада**.



**Prerámnica**, der Hosenträger, gre preko ramena, **náramnica** je na ramenu, epuleta.

**Crevesni iztrébki** = ekskrementi, **maternični otrébki** so jajčne mreže itd. po porodu ali splavu.

**Snov** materia, der Stoff; **zasnóva** = konstitucija; **presnóva** = metabolismus, der Stoffwechsel; **osnóva** die Grundlage; **preosnóva** die Umgestaltung.

**Tkivo**, das Gewebe je živa organska tvorba, **tkanína** pa podobno kot **vézenina** in **plétenina** tvorniški oz. ročni izdelek.

Gravida je **noséča ženska**, **nóсна odprtina** pa je del nosu.

Našteti izrazi so menda docela nesporni, kljub temu, da jih še ne rabijo vsi naši pisci v zgoraj navedenih pomenih — slovenska strokovna besedna kultura je pač šele v povojih!

Imamo pa tudi oznake in izraze, ki so sporni, kar sem doživel zlasti pri sestavljanju Kliničnega besednjaka. Več kolegov, ki imajo že po svojem položaju vsak dan posla z zdravniško strokovno besedo ali pa so se že oglasili s pametnimi nasveti, sem namreč naprosil, da moje delo pred natiskom pregledajo in mi sporoče svoje pomisleke ter dajo novih pobud. Pri tem se je izkazalo, da je najhujše navzkrižje med izrazoma **trepalnica** in **veka** — temu je prva palpebra, das Augenlid, druga cilium oz. cilia, die Augenwimpern, onemu pa narobe!

Kdo naj to reši? Glasovanje? Oblast? Katera neki? Naši šolniki? Knjigi »Zena domača zdravnica« in »Naš svetovalec v bolezni in zdravju«, ki smo jih dobili iz rok naših šolnikov, nam glasno trobentata, da tu ni nič. Življenje in njegove potrebe pa nujno zahtevajo rešitve! In tako sem se zatekel k mojstroma slovenščine, ki sta pač nesporna povsod, koder se čuje slovenska beseda, k Ivanu Cankarju in Otonu Župančiču. Ta dva sta gotovo najbolj natanko prisluhnila narodovi govorici in sta vsled tega najbolj poklicana, da rešita taka besedna navzkrižja.

Glede trepalnice najdem pri Cankarju v Hiši Marije Pomočnice: »Komaj toliko so bile odprte trepalnice, da se ji je samo pisano bleščalo skozi senco dolgih temnih vejic;« in na drugem mestu: »Trepalnice gole«.

Iz teh dveh stavkov je jasno razvidno, da je pri Cankarju trepalnica isto kot palpebra, das Augenlid.

Tó je pa tudi logična oznaka: trepálnica je tisto, kar tréplje, trépati pa more samo tisto, kar ima za trépanje potrebno napravo, to je mišice, ki jih ima pač palpebra, ne pa cilium. Prva treplje aktivno, druga zgolj pasivno!

Okulistični oddelek v Ljubljani rabi logično in v skladu z Ivanom Cankarjem »trepálnica« za palpebro kljub temu, da to oznako naš narod ponekod uporablja drugače, vendar marsikje (n. pr. v Beli Krajini) tudi tako.

Po Cankarjevem so na robovih trepalnice »vejice«, posamezna torej véjica, cilium, die Augenwimper. Namesto množinske oznake »vejice« rabimo tudi skupinsko »veka«.

Kakor v slovenščini, je bila spočetka tudi v mednarodni strokovni govorici nejasnost, in rabili so cilium za trepalnico, šele pozneje so jo prenesli na veko (gl. Triepel-Stieve »Die anatomischen Namen, ihre Ableitung und Aussprache«).

Naši besednjaki poznajo: »meča ž.«, sura, die Wade. Od več strani so me opozorili, da moja pisava, ki sem jo povzel po besednjakih, ni pravilna, marveč da mora stati »meče s.«. V Župančičevem Romeu in Juliji berem: »Njene sloke meče« — ženskega spola!



Podobno je z oznakami bolan, bolezen, zboleti, bolehati in umreti. Dognal sem, da je nesporno tóle: **bolan na pljučih, bolezen na srcu, zbolim na želodecu, boleham na ledvicah, torej pri organu »na«**. Takisto nisem ugotovil navzkrižja pri »umreti«: »Umrla je za kugo«, Župančič v Romeu in Juliji. Isti v Stričku Ponsu: »Jaz gledam v svojem življenju ljudi, kako umirajo ne za boleznijo, temveč za tisto veliko in neozdravljivo rano, za pomanjkanjem denarja«; isti istotam: »In za čim bo umrl? Od bridkosti, za zlatenico, za jetri.«

Tri stvari so iz navedenega jasne: **zbolim na organu, umrem za organom in za boleznijo**. Sporna je samo še zveza med bolan, zboleti, bolehati in med boleznijo. Breznik-Ramovšev Slovenski pravopis pravi: »**Bolan na srcu, na jetrih**«, pa »za sušico, za vročinsko boleznijo«. Analogno kot pri umreti za jetri in za zlatenico mislim, da je logično in radi razločevanja potrebno reči ne samo zboleti na pljučih, marveč tudi **zboleti na pljučnici**.

V Kliničnem besednjaku razločujem: streči gostom in streči bolnika — kakor sem to čul v svoji ožji domovini Beli Krajini. Nekdo me je opozoril, da tako ni prav. V Romeu in Juliji vidim: »Hodi v mesto **bolnike streč**«.

## In vendar samo „odstop mrežnice“!

Veja dr. Slavko Prevec

V zadnjem »Vejalšču« (glej Zdrav. vest., l. 1941., števil. 1., str. 24!) smo čitali pod naslovom »Plevober« med drugim tudi naslednje:

122. »Zdravljenje odstopa mrežnice.« Nastopa in odstopa govornik, igralec, vojak! In kaj naj rečemo za ablatio retinae, die Netzhautablösung? Kar je prilepljeno, se odlepi; kar je krušljivo, se odkruši; kar je zaraslo, se odluči in izlušči; za vse to pa imamo tudi enotno in najširšo oznako — da se »odloči«. In ker imamo slovenske strokovne izraze mnogo lepše v deležniku kot v samostalniku, bomo rekli za ablatio retinae »odločena mrežnica«, kakor rečemo »zlomljena in nalomljena kost« za frakturo in infrakcijo.

V obrambo naše že davno objavljene (glej Lij. vijes., l. 1920., br. 8.—10., str. 468—479!) in ustaljene okulistične terminologije tole:

Izraz »odstop« se vejalcu za mrežnico ne zdi primeren, ker »nastopa in odstopa tudi govornik, igralec, vojak!« Toda bolj v duhu slovenskega jezika je, če ne pravimo »nastopi« (auftreten!), pač pa rečemo »začne govoriti« ali kaj podobnega; igralec ne »nastopi«, temveč »igra« ali »pride na oder«, nato pa zopet ne »odstopi« (abtreten!), pač pa »odide«, vojak pa se »umakne«. Pač pa rabimo v slovenščini izraz odstopiti lepše v drugem pomenu: odstopi barva, odstopi omet na zidu, kruhu odstopi skorja, deska odstopi (glej Pleteršnik str. 788!). In v tem smislu se mi zdi čisto primerno ali pa vsaj ne napačno, če rabimo tudi mi izraze: odstop mrežnice, mrežnica odstopi in podobno. Sicer pa pravi tudi Nemeč »Die Netzhautablösung«, četudi rabi isti izraz tudi v drugem pomenu, n. pr. »der Soldat wird abgelöst«.

Popolnoma pa se strinjam z vejalcem, da delamo naše strokovne izraze mnogo lepše iz deležnikov kot iz samostalnikov. Če bi ne bilo poleg skrbi za lepoto jezika še nekaj drugega! Prožnost in uglajenost strokovnih izrazov! V skrbi za lepšo slovenščino kujemo često besede in izraze, ki so strašno neuporabni za našo strokovno besedo. Zato naj bi bili prav naš »odstop mrežnice« in pa vejalec »odločena mrežnica« ter naslednje besede k njuni

uporabljivosti opomin in tudi vodilo, do kod smemo v skrbi za lepoto slovenščine in kje se začno kompromisi v korist strokovne razumljivosti.

Kaj je torej bolje in uporabneje, ali samostalniška sestava »odstop mrežnice« ali pa vejalčeva raba deležnika »odločena mrežnica«? Kako pravijo drugod?

Latinec: ablatio (amotio) retinae	Italijan: il distacco della retina
Hrvat in Srb: odljepljenje mrežnice	(retinico)
Čeh: odchlípení sítnice	Anglež: detachment of the retina
Poljak: odczepienie siatkówski	(retinal detachment)
Rus: отделение сетчатки	Nemec: die Netzhautablösung
Francoz: décollement de la rétine	(-abhebung)
(réтинien)	

Kakor vidimo, rabijo povsod za »ablatio« samostalniki in ne deležnika, ker pač vedo, da je ta samostalnik osnova za izpeljavo cele vrste strokovnih izrazov, ki naj bi bili strokovno točni in razumljivi. Zato je nujno, da izrazimo patološko spremembo s samostalnikom kot osnovno besedo (odstop), ne pa z glagolom kot z določujočo besedo (odločena mrežnica). Nekaj primerov.

Po naše je:

ablatio (retinae) immiens — grozeč odstop (mrežnice)

ablatio (retinae) incipiens — začetni odstop (mrežnice)

ablatio (retinae) sanata — ozdravljen odstop (mrežnice)

Če bi rabili deležnik »odločena« mrežnica, potem bi morali govoriti o »grozeči odločeni« mrežnici, »začetni odločeni« mrežnici in o »ozdravljeni odločeni« mrežnici. Čisto nemogoče! Premislimo samo zadnji izraz! Če je mrežnica ozdravljena, ni več odločena, če je pa odločena, je še bolna in ne more biti ozdravljena. In take težave so pri slehernem izrazu!

Nekaj drugih primerov:

Odstop (mrežnice) včasih spreminja svojo obliko in tako pravimo, da se je »odstop (mrežnice) zvišal« ali »odstop (mrežnice) se je znižal«. Pri rabi deležnika, kakor predlaga to vejalček, bi morali reči, da se je »odločena mrežnica zvišala« oziroma »znižala«! Tudi neokulist bo sprevidel, da je izraz strokovno neuporaben, ker mrežnica ni niti visoka niti nizka, marveč je samo odstop tisti, ki spreminja svojo višino.

Tako bi mogel naštetih vsaj 50 primerov. Samostalnik »odstop« je splošen izraz za patološko stanje in šele tega moremo z različnimi atributi natančneje določiti, da dobimo razumljive in uporabne izraze. Mogli bi si pomagati tudi drugače: s celimi stavki namesto z eno besedo. Toda, ali je to potrebno?

Kako bi bilo z »operacijo odstopa mrežnice«? Lahko rečem »imam vnetje slepiča«... ne morem pa reči »operiram vnetje slepiča«, marveč »operiram vnetega slepiča«. (Glej Zdrav. vest. l. 1940., št. 3., str. 95!). Za kirurga to velja! Toda okulist ne more govoriti o »operaciji odločene mrežnice«, marveč edino pravilno le o »operaciji odstopa mrežnice«. Celó tu rabimo samostalnik! Zakaj? Kirurg res operira pri apendicitisu slepiča (kadar ga, menda pa tudi ne vedno), okulist se pa pri operaciji odstopa kar mogoče izogiblje mrežnice in operira na vseh drugih delih zrkla (veznici, mišicah, beločnici, žilnici, mogoče celo steklovini). Ker pušča torej mrežnico v miru in pričakuje le, da jo bo po operaciji aseptično vnetje prilepilo nazaj, ne

*Železo, ki se dobro resorbira,*

*je temelj preparatom:*

# *Arsenferratoze*

Sredstvo, ki zavzema že decenije prvo mesto pri kombinirani medikaciji z železom in arzenom.

# *Jodferratoze*

Posebno prikl adna za zdravljenje skrofuloze, rahitične anemije in adneksitisa, ker so v njej združene antiflogistične in resorptivne lastnosti joda z onimi, ki jih vsebuje železo.

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

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





## Kako morem zanesljivo desinficirati instrumente?

To je zelo važno vprašanje, kajti kako nevarni so nepopolnoma desinficirani instrumenti!

Uporabljajte radi tega v Vaši praksi »SAGROTAN«, desinfekcijsko sredstvo z izredno visoko baktericidno močjo. To sredstvo ne razjeda

kovin, ugodno diši in je zelo ekonomično. Odličen je »SAGROTAN« tudi za desinfekcijo rok in prostorov. O tem sredstvu imamo odlične ateste naših upoštevanih bakterioloških in zdravstvenih institucij, ki uporabljajo »SAGROTAN«. Na zahtevo Vam jih lahko pošljemo na vpogled.

### »SAGROTAN« (zaščitni znak)

ZANESLJIV IN MNOGOSTRANSKI!

**ZAHTEVAJTE ŠE DANES VZORCE, LITERATURO IN PONUDBO!**

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



Kraljevski dvorski dobavitelj

*Zdravilišče in kopališče*

# SLATINA RADENCI

Najmočnejše prirodne ogljikovo-kisle ( $\text{CO}_2$ ) kopelji v Jugoslaviji. — Izredni uspehi pri zdravljenju bolezni srca, ledvic, želodca, jeter, protina kamnov in notranjih žlez

Sezona se prične s 1. majem

BOLNIKOM VEDNO PRIPOROČAJTE

*Radenske prirodne*  
**MINERALNE VODE**



Z RDEČIMI SRCI

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



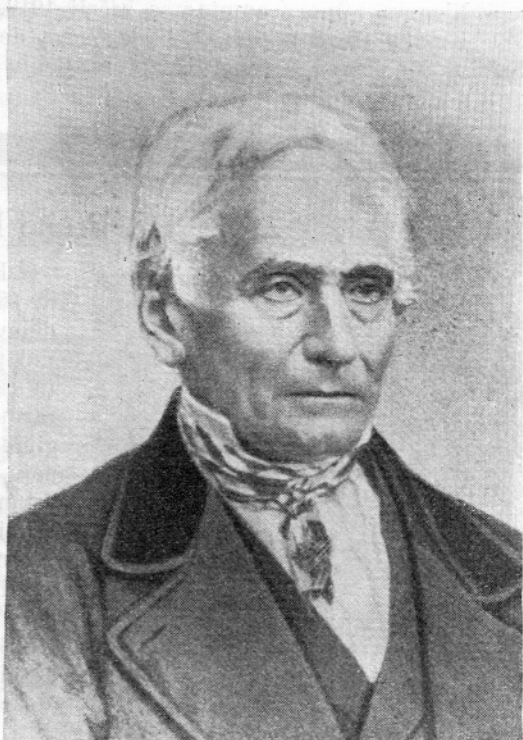
more govoriti o »operaciji odločene mrežnice«, marveč samo o operaciji odstopa. S tem je povedano vse. Širok pojem »odstop« vsebuje vso kopico bolezenskih sprememb in prav zato ga nujno potrebujemo.

»Le kdor je stroke vešč, le kdor ima stroke vsak dan opravka, zgolj ta in nihče drugi more ustvariti strokovno besedje in izrazje.« (Glej Zdrav. vest. l. 1939., št. 2., str. 64!) Zdravniška stroka pa je dandanes že tako obsežna ter tako razdeljena in specializirana, da tudi zdravnik besednjakar ni več kos vsem panogam množestvilnih zdravniških strok. Zato je nujno sodelovanje, so koristni medsebojni posveti in seveda tudi kritika, a vse samo v dober namen in za skupen cilj. Le zaradi tega sem napisal tudi te vrstice.

## Bitja in žitja

### IV. EV. PURKINĚ

Ivan Purkině se je rodil 17. decembra 1787. v Libohovic u Litomeřic. Studiral je v pomankanju. Medicino je dovršil v Pragi l. 1819., ko je promoviral z disertacijo »Beiträge zur Kenntniss des Sehens in subjectiver Hinsicht« (2. izd. 1823.). To delo je vzbudilo splošno pozornost in je vplivalo tudi na Goetheja, da je začel Purkinja občudovati in se pobrigal za to, da je postal Purkině profesor fiziologije in patologije v Vroclavu (1823.). Ob nastopu profesure je priobčil Purkině razpravo »Commentatio de examine physiologico organi visus et systematis cutanei«, v kateri ni opisal samo zrcalnih sličic, temveč podal tudi osnove za Bertillonovo daktiloskopijo. V Vroclavu je dociral 26 let ter si stekel posebnih zaslug za to fakulteto z ustanovitvijo fiziološkega zavoda. L. 1849. pa je postal prof. fiziologije v Pragi. Tudi tam je ustanovil fiziološki zavod; vodil ga je do svoje smrti 28. julija 1869.



IV. EV. PURKINĚ

Purkině je eden najgenialnejših raziskovalcev. Številna njegova dela so povečini popolna. Njegova odkritja iz fiziologije in mikroskopske anatomije so epohalnega pomena; najvažnejša se nanašajo na fiziolo-

ško optiko, embriologijo in histologijo možgan. Odkril je zametek v ptičjem jajcu (»Symbolae ad ovi avium historiam ante incubationem«, Leipzig 1830.); opisal je migetalke; preiskoval je histologijo kože, sestav kosti, hrustancev, arterij in ven in morfogenezo zob. Njegova neurološka odkritja so: znane, po njem imenovane celice, osni cilindri, tipologija živcev, pomen ganglijev, oblika epitela na pleksusih žil. V mikroskopsko tehniko je uvedel kompresorij, dvojni nož, rabo kromovo-kislega kalija in lesnega cveta.

Njegovo delo »Beobachtung und Versuche zur Physiologie der Sinne« (Berlin 1823—25, dva zv.) obravnava fiziologijo vida in je dalo tudi glavno pobudo za izum očesnega zrcala.

Posebno važno pa je njegovo predavanje »Über die Magendrüsen und die Natur des Verdauens im Magen«, s katerim je nastopil na sestanku prirodoslovcev v Pragi l. 1837. Ob tej priliki je povedal glavne misli nauka o celici — dve leti prej, kakor je objavil Schwann svoj nauk o tem predmetu.

Končno naj še omenim njegova raziskovanja srčne mišice, maternične mišice in opazovanja cvetnega prahu pri kaktejah.

Njegova »Opera omnia« so začeli 1918. izdajati v Pragi.

Kritika se ni upala lotiti njegovega dela. Njegove zamisli so aktualne in vodilne še danes. Po političnem mišljenju je bil popoln Sokol starega kova.

Docent dr. Ivan Pintar.

## † Dr. Franc Dolšak



Rodil se je v Ljubljani 29. sušca leta 1877. kot peti otrok železničarskega delavca. Pred njim rojeni otroci so zgodaj pomrli, očeta je izgubil z 11. letom in ostal z materjo samo v prav tesnih razmerah. Ko je dovršil ljudsko šolo in gimnazijo, je študiral medicino na Dunaju in dosegel doktorat l. 1902. Kot sekundarij se je udeleževal v bolnici Usmiljenih bratov v Kandiji pod vodstvom primarija dr. Defranceshija. Nastanil se je kot praktični zdravnik v prometnem središču tedanje Ljubljane, na Starem trgu št. 1 in postal zelo priljubljen in iskan zdravnik meščanov in deželanov.

Ko je deželni odbor vojvodine Kranjske ustanovil referat za svoje »dobrodelne zavode«, kakor so takrat imenovali deželno bolnico in umobolnico na Studencu, za okrožne zdravnike in posle zdravstvenih okrožij, je postal dr. Dolšak l. 1911. zdravstveni tajnik

in kmalu deželni svetnik. Kot tak je prirejal in vodil zdravstvene tečaje po vsej deželi. Med svetovno vojno je prevzel tudi vodstvo deželne bolnice,

ki je navzlic mnogim stiskam poslovala odlično, največ po njegovi zaslugi. Po prevratu je prišel v Zdravstveni odsek za Slovenijo in Istro in bil prvemu načelniku dr. Oražmu prvi pomočnik, kasneje je bil dodeljen velikemu županu kot zdravstveni referent. Ko so prešle zdravstvene ustanove na oblastne samouprave, je postal dr. Dolšak zdravstveni referent ljubljanskega oblastnega odbora. Kot tak si je pridobil obilo zaslug za preureditev zdravniške službe v bolnicah in podeželju, za ureditev babiške službe, za izobrazbo in gmotno pomoč strežniškemu osebju, za opremo bolnic in razvoj zdravilišča na Golniku. Po kratki dobi oblastnih samouprav je bil dr. Dolšak l. 1939. imenovan pri banski upravi za načelnika VII. oddelka (za zdravstvo in socialno skrbstvo). L. 1935. se je dal na lastno prošnjo upokojiti.

Dr. Dolšak je bil vzoren zdravstveni uradnik, vedno točen v poslovanju in strokovno na višku, navzdol ljudomil, navzgor premočrten. Miroval pa ni do zadnjega. Kot upokojenec je posvečal malone ves svoj čas ljubljeni — botaniki. Poznal je kakor malokdo Slovenijo, saj jo je večkrat vso prehodil in prebrskal; prav posebno se je zanimal za rastlinje in ga proučil do podrobnosti. Vsak sprehod ali izlet mu je bil v glavnem botanična ekskurzija. Prepotoval je Dalmacijo, Bosno in Črno goro, v zadnjih letih tudi Južno Srbijo, od povsod prinašal domov zbirke rastlin in z njimi bogatil svoje herbarije. Odkril je mnogo novih vrst in poročal o svojem delu v strokovnih listih. Med domačimi botaniki zavzema dr. Dolšak odlično mesto.

Kot človek je bil dr. Dolšak sila skromen zase, a vedno odprtega srca in odprtih rok do vseh pomoči potrebnih. Dijaki in siromaki bodo težko pogrešali tako radodarnega dobrotnika. Bil je vse svoje življenje globoko veren; vedrega čela je prenašal leto dni trajajočo neozdravljivo bolezen in neustrašen zrl v obraz smrti, ki ga je rešila hudega trpljenja 30. prosinca 1941.

Z dr. Dolšakom smo izgubili slovenski zdravniki iskrenega tovariša, slovenski narod pa klenega kulturnega delavca.

Dr. A. B.

---

## Vprašanja — Odgovori

---

**Vprašanje:** Neka moja pacientka je pred letom padla na železen zaboj (na rob) s sedalom. Prepeljali so jo domov, ležala je 2 dni, mati jo je masirala, nato je šla zopet v šolo. Letos jo je začelo na zadnjici boleti in ne more več sedeti radi bolečin. Sumil sem na kakšen prelom ossis coccygei in jo pustil rentgenizirati pri dr. K. v M.

Rentgenska slika je pokazala, da je zadnje vretence ossis coccygei na notranjo stran vtisnjeno, skoraj v horizontalni legi in osteoporotično tako, da ga je v stranski legi komaj videti.

Dg.: Luxatio ossis coccygei. Prosim za mnenje, ali take poškodbe popravljamo operativno ali konservativno in kakšne so posledice ali uspehi?

Dr. D. K. iz V.

**Odgovor:** Prelomi, izpahi in celo samo kontuzije ossis coccygei puščajo pogosto neljube posledice, med katerimi so najznačilnejše bolečine pri sedenju, ki se često stopnjujejo do neznosnosti. O obsegu poškodbe, ev. dislokaciji fragmentov ter pogosto nastalih hematomih se najbolje prepričamo z rektalno preiskavo. Pri presoji rentgenskih slik moramo vselej pomisliti tudi na obstoječe številne anomalije ossis coccygei ne traumatične etiologije.

Zdravljenje je v svežih primerih izključno konservativno. Po P i r k e r - W u n d e r l i c h - u se ravnamo takole: prve štiri dni dajemo hladne ob-

kladke ter odredimo mirovanje v postelji. Nato električne kopeli oz. toplota v kateri koli obliki, po 14 dnevih pa pričnemo z diatermijo, uporabljajoč pri tem po možnosti rektalno elektrodo. V težjih primerih injiciramo Novocain in sicer v večji količini 30 do 50 ccm, na sprednjo in zadnjo stran ossis coccygei, če so pa bolečine tudi višje gori, tedaj injiciramo presakralno.

V zastarelih primerih je navedeno zdravljenje navadno brezuspešno in je indicirano operativno zdravljenje. Tedaj reseciramo dislocirani del ossis coccygei, pri čemer opažamo, da je ta vselej močno atrofičen, često popolnoma zmehčan. Recidivnih bolečin po resekciji nismo opazovali.

D r. B. B r e c e l j.

## Iz zdravniškega slovtva

### Kirurgija

A. S t u r m : Vzburjenost simpatičnega živčnega sistema v odnosu do vazomotornih motenj pri bolnikih z amputiranimi nogami. (Dtsch. med. Wehr, št. 50., 1940.)

Na podlagi materiala jenske klinike skuša avtor znanstveno dokazati, da hipertonijski in razne bolezni obtočil pri amputirancih povzročajo stalni dražljaji, ki grede po simpatikusu iz amputacijskega krna. Francozi so pri 20,6% bolnikov z amputiranimi stegni našli hipertonijo. Vse dosedanje znanstvene razlage (nemških avtorjev, op. ref.) navajajo kot vzrok hipertonijski amputirancev: nošenje težke proteze, omejeno gibanje, zamaščenost in konstitucijsko podlogo bolnikov češ, da bi se bolezen pojavila tudi brez predhodne amputacije noge.

Obširno popiše avtor tok bolezni enega izmed karakterističnih primerov: v vojni je bilo amputirano desno stegno radi flegmone kolena in stegna. Rana se je dolgo gnojila, kronični limfadenitis, drobci granate v stegnu. Subfebrilne temperature, spondilartritis, koksitis, znojenje, neuritične težave v krnu, lahka tireotoksikoza, povišan krvni tlak in tahikardija so bile težave prvih 18 let po amputaciji. Nato pa se je razvilo pravo obolenje krvnih obtočil. Dispnoe, palpitanje, znojenje, pletora, zamaščenost, sistoličen šum nad aorto, hipertonijska z napadi kardialne astme. Exitus v napadu.

Presoja simptomov: 1. Ostanki drobcev z inkapsuliranimi bakterijami so fokus, iz katerega se je razvilo kronično revmatično vnetje (spondilartritis). 2. Bolnik je trpel na vzburjenosti vsega simpatičnega sistema. Vzroka neuritičnim težavam ni iskati v neuromu senzibilnih živcev, temveč so te vegetativnega izvora. Senzibilni receptorji noge imajo dvojno oskrbo z živčnimi nitmi: živci z in brez mielinskih ovojníc. Obe poti sta v medsebojni odvisnosti in druga na drugo vplivata zaviralno. Če se ena prekine (n. pr. senzibilna), druga abnormalno prevlira in impulzi, ki prihajajo po njej, so abnormalno močni. Vegetativna pot gre preko periarterielnega prepleta do prevertebralnih ganglijev in dalje do možganskega debla, kjer je izvršilni center za vegetativni sistem. V nogi je že normalno povišan tonus simpatikusa (bela dermatografija). Če pa imamo, kot pri amputaciji, ohranjen samo simpatični refleksni lok, ta abnormalno prevlira. Pridruži se še draženje simpatikusa (leglo v krnu, proteza). Refleks v svojem centru (možganskem deblu) lahko preskoči na druge izvršilne centre, n. pr. center za znojenje, za presnovo, za korelacijo endokrinih organov in tako povzroča reakcijo v teh organih. Kot nazoren primer takih refleksov navaja avtor traumatski šok. Ta ni kemičnega, temveč vegetativnoživčnega izvora. Da je nastopilo obolenje krvnega obtoka, sta potrebna dva faktorja: 1. bolezensko leglo, na podlagi katerega je nastala revmatična alergija organizma. Stalni vazokonstriktorni dražljaji so ožilje napravili za locus minoris resistentiae. 2. Poleg tega mora biti še individualna dispozicija organizma patološke reakcije ožilja. Te dispozicije pa ne smemo precenjevati.



Zaključek: 1. Pri določevanju rente moramo smatrati, da je amputacija (posebno inficirana) vzrok za obolenje ožilja, ki ji sledi. 2. Paziti je treba, da, če le mogoče, izvedeno amputacijo v aseptičnih prilikah, da krn zaceli per primam intentionem. Če pa se pojavi gnojenje, naj kirurg pri prvih simptomih draženja simpatikusa izvede periarteriello simpatektomijo, da prepreči draženje centralnega simpatikusa z vsemi zlimi posledicami.

D. Z. Š.

## Okulistika

H. Hoehne: O parenhimatoznem keratitisu. (Klin. Mbl. Augenhk., l. 1940., zv. 105., str. 656.)

Avtor imenuje z zgornjim imenom samo parenhimatozna obolenja roženice, ki jih dobimo pri prirojenem luesu. S pomočjo pregleda vseh bolnikov zadnjih 15 let, ki so se zdravili na kliniki v Hamburgu, razpravlja o tej dokaj pogosti bolezni. Deklice in žene obole pogosteje od moških (v njegovem pregledu je razmerje 56 : 44 %). Pred dovršenim 3. letom starosti ni videl nobenega obolenja. Zanimivo je, kakšna je bila pri bolnikih Wa R. Pri 96,5% je bila pozitivna in le pri 3,5% negativna. Ti podatki se ujemajo tudi z ugotovitki drugih klinik. Pri bolnikih z negativno Wa R, tudi ni bilo ostalih znakov prirojenega luesa, dočim so bili ti pri seropozitivnih bolnikih precej pogosti. Največkrat so bili opazovani sledeči znaki prirojenega luesa: spremembe na zobeh v 38% (deloma tipični Hutchinsonovi zobje, deloma vijakasti, popkasti ali sodčasti zobje). Bolj redka je bila naglušnost. Te tri znake (keratitis parenchymatosa, Hutchinsonovi zobje in naglušnost) imenujemo Hutchinsonov trias. V svoji značilni obliki je precej redek (3,7% vseh obolenj). Naglušnost je opazoval avtor pri 13% bolnikov. Še redkejše so spremembe na kosteh. Od 162 bolnikov je imel caput quadratum isto tako le 1, hidrocephalus 2, sedlast nos 7 in periostitis tibije 18. Značilne ragade ustnih koticikov je imelo 9% bolnikov. Le posamezno je videl avtor specifično alopecijo, lues nasi, lues palati, tumor hepatitis in lienis; 16krat je videl hydrops genu. Od nevroloških znakov je opazoval 3 krat ojačene reflekse, 2 krat pomanjkanje refleksov, po 1 krat juvenilni tabes in paralizo. 6 bolnikov je bilo debilnih, 8 pa je imelo zenične spremembe, 4krat je videl atrofijo optikusa in stenoza solzovodov 2krat. Bolj pogosto je opazoval avtor chorioretinitis (28%). Sporno je še, če smemo prištevati spremembe v legi očesne špranje in pa pokončno ovalno roženico k znakom prirojenega luesa.

Najhujša posledica bolezni je oslABLjenje vida radi roženičnih brazgotin. Te so pri 15% bolnikov tako goste, da jih onesposabljaajo za večino pridobitnih poklicev. Navzlic vsemu pa ostane 50% bolnikov sposobnih za večino poklicev.

V sledečih poglavjih razpravlja avtor o vzrokih parenhimatoznega keratitisu. Tudi pri najstrožji kritičnosti moramo priznati, da so možna luetična obolenja tudi v 3. generaciji. Po Nonneju so celo bolj pogosta kot po navadi mislimo. Po vseh raziskovanjih je najbolj verjetno, da parenhimatoznega keratitisu ne povzročajo več spirohete, temveč nastane na nek čisto drugačen način, najbrže radi imunobiološke preobrazbe roženičnega tkiva oz. celega organizma. Vsekakor pa je to očesno obolenje eden od zadnjih znakov prirojenega luesa.

Večina avtorjev je prepričana, da antiluetično zdravljenje ne vpliva popolnoma nič na potek očesne bolezni. Zdravimo pa vendar vsakega bolnika tudi antiluetično, ker hočemo seveda zdraviti tudi njegov lues in ne samo oko. Tudi avtor uporablja poleg simptomatičnega očesnega zdravljenja antiluetično kuro (večinoma inunkejsko kuro s Hg. ciner. z dnevno mero 2—3g, združeno z Neosalv. ali Bismogenolom v običajnih dozah). Sporna so še mnenja o koristi drugih zdravilnih načinov: umetna vročina (malariala, tifus, mleko, Pyrifur), obsevanje roženice z rentgenom itd.

Iz vseh dosedanjih raziskovanj pa je razvidno, da je še vedno nerešen problem patogeneze in uspešnega zdravljenja pri parenhimatoznem keratitisu.

Dr. Sl. P.

## Pedriatrija

B. Dragišić: Naše izkušnje s pilorospazmom pri dojenčkih. Lij. Vjes., št. 12., 1940.)

Za pilorospazem pri dojenčkih najdemo v slovnstvu več nazivov, kakor: prirojena stenoza pilorusa, hipertrofična stenoza pilorusa, pylorospasme essential, spastična hipertrofična kontraktura pilorusa, stenoza pilorusa pri dojenčkih. Zato misli avtor, da je najboljši naziv pilorospazem, ki najtočneje označuje bistvo bolezni in se ne dotika njene etiologije.

Deljena so mnenja, da li je pilorospazem često obolenje. Nikakor ne smemo soditi iz števila publiciranih primerov na čestoto bolezni. Avtor misli, da je pri nas pilorospazem mnogo pogostejše obolenje, kakor smo doslej smatrali.

Tudi o patogenezi bolezni so doslej mnenja še deljena. Ibrahim je postavil 3 kardinalna vprašanja: 1. da li obdukcijski izvid pokaže hipertrofijo piloričnega mišičja ali le enostavni sistolični antrum pilorusa; 2. da li je hipertrofija konstantna in ali so tudi primeri pilorospazma brez hipertrofije; 3. da li je hipertrofija pilorične muskulature primarna ali akvirirana radi spastičnih kontrakcij.

Ad 1. Obdukcijski izvid pokaže vedno le pravo hipertrofijo pilorične muskulature, ki jo spoznamo po debelini in po poedinih mišičnih celicah.

Ad 2. Pfaundler loči dva tipa pilorospazma: organično stenozo in primere funkcionalne narave, t. j. prave pilorične spazme. Ibrahim misli, da so čisti spazmi le izjemni in jako redki primeri. Weil in Péhu opisujeta »spasme du pylore essential«, ki pri obdukciji nikdar ne pokaže hipertrofirane muskulature.

Ad 3. Hirschsprung zastopa stališče prirojene hipertrofije, Thomson in večina drugih avtorjev pa smatra, da pride do sekundarne hipertrofije mišičja radi povečanega dela. Koordinacija med delovanjem pilorusa in peristaltiko želodca je okvarjena, radi tega pride v pilorusu do spazmov in konsektivne hipertrofije mišičja.

Po Finkelsteinu ne smemo smatrati hipertrofije pilorusa in njegovih spazmov za nedeljivo celoto. Substrat za pilorospazem so dojenčki z abnormalno dolgim pilorusom in različno jakim mišičjem. Ni pa še potrebno, da pride pri njih do spazmov. Če pa se prično pojavljati spazmi, niso omejeni samo na pilorus, temveč imamo tudi gastro-, ezofago- in enterospazme. Radi tega moramo misliti na posebno vegetativno nevrozo vsega prebavnega trakta s posebnimi pojavi na želodcu. Sinergija simpatičnega in parasimpatičnega sistema je okvarjena radi povišanega tonusa splahnika (zapiranje pilorusa in hkratno izpraznjenje želodca) in povišanega tonusa vagusa (gastrospazmi, pojačana peristaltika). Da pa pride do spazmov, moramo imeti torej spastično dispozicijo, ki je lahko prirojena, hereditarna ali familiarna.

Reyher misli, da je vzrok patogenezi pilorospazma pomanjkanje vitamina B v hrani matere in fundira svojo teorijo na živalske poizkuse. Hutter išče zveze s spazmofilijo, ker se pojavi večina primerov pilorospazma v tako zvanih »tetaničnih« mesecih. Stolte ima originalno teorijo, po kateri prehajajo iz materinega telesa v dete gotove snovi, ki pobujajo rast gladkega mišičevja. Svoje mišljenje opira na dejstvo, da pri novorojenih deklicah zasledimo hipertrofijo uterusa, pri dečkih pa mora hipertrofirati mišičje na drugih mestih, tako na pilorusu. V prid tej teoriji govori pojav, da ima mnogo več dečkov pilorospazem kakor deklic.

Na podlagi svojega materiala, si je zagrebška klinika stvorila lastne nazore o patogenezi pilorospazma. Razlikujejo tri vrste:

1. alergični pilorospazem novorojenčkov. Mayerhofer je preciziral klinični pojem alergičnega sindroma pri novorojenčkih. Med pojave biološke alergije prišteva tudi bruhanje, ki se javlja najčešče med 7—14 dnevom, brez napak v prehrani, naglo, krčevito in v curku, kakor pri pravem hipertrofičnem zastoju v želodcu. Čestokrat lahko vidimo tudi pojačano peristaltiko želodca, torej oba kardinalna simptoma za

pilorospazem. Čestokrat se pojavita alergični pilorospazem tudi hkrati z erythema toxicum neonatorum — Leiner-Moussous, ki je med najvažnejšimi znaki biološke alergije pri dojenčkih. Ta pilorospazem se pojavi iznenadno in nepričakovano in izgine brez posledic in brez sleherne medikacije, kar še bolj potrjuje njegovo alergično naravo;

2. čisti pilorospazem brez hipertrofije miškulature. Dolgo ni bila priznana in dokazana eksistenca tovrstnega pilorospazma, v slovnstvu pa je doslej opisanih že precej primerov čistega pilorospazma (Pfaundler, Finkelstein, Mohr, Weil-Péhu, Ibrahim). Za časa življenja pa je nemogoče dokazati to obliko pilorospazma, le pri sekciji vidimo, da ni patoloških sprememb na pilorusu;

3. hipertrofična stenoza pilorusa, ki je najpogostejša forma.

Terapija pilorospazmov je lahko operativna ali konzervativna. Operativno zdravljenje ima po Ibrahimu 10,6% mortalitete, konzervativno pa 10,2%.

Alergični pilorospazem pri dojenčkih ne zahteva največkrat nikakega zdravljenja, ker preide največkrat sam od sebe, kakor se je tudi pojavil. Pri čistem pilorospazmu brez hipertrofije mišičja kakor tudi pri hipertrofični stenozii pilorusa je zdravljenje isto, in sicer:

a) dietetsko: ali po Heubnerju, ki priporoča, naj dojenčki pijejo pri prsih v daljših presledkih ali po Ibrahimu, ki skuša obdržati dete pri življenju do tedaj, ko pride preokret na boljše, preprečuje bruhanje in stagnacijo v želodcu in s tem ekshikacijo in inanicijo. Na zagrebški kliniki dajejo izbrizgano žensko mleko v malih obrokih in nadomeščajo izgubljeno tekočino z infuzijami in instilacijami Ringerjeve raztopine. Poleg tega ordinirajo tudi koncentrirano prehrano v obliki kaše z ženskim ali drugim mlekom, ali kaše iz keksov ali Morojeve kaše (10 gr mleka, 5 gr surovega masla, 7 gr pšenične moke in 5 gr sladkorja). V začetku so dajali kašo po 1 žličko pred pitjem, v stanju reparacije pa kot dvakraten obrok;

b) medikamentozno: alkalije uporabljamo v obliki karlovarske mineralne vode, kot natrium citricum ali bicarbonicum. Tinct. opii, kokain, atropin, Nautisan, Eumydrin, atropin in papaverin so druga medikamentozna sredstva, od katerih po avtorjevem mnenju zaslužita le slednja dva posebno pažnjo. Atropin je najboljšje dajati per os v 1‰ raztopini. Pričnemo z 1 kapljico na dan in zvišujemo na 3—6 kapljic 3 do 5 krat dnevno, v težkih primerih tudi do 9 kapljic skozi več tednov. Papaverin znižuje tonus gladke miškulature. Pri pilorospazmu ga je prvi uporabil l. 1913. Mayerhofer, ki je preciziral s pomočjo Rtg kontrole tudi njegovo dozacijo. Pričenši s 5 mg se pojavlja rentgenološko pozitivni učinek in tudi terapevtski uspeh. Dojenčki prenašajo individualno različne doze od 0,01—0,03 g 1—3 krat dnevno.

Avtor je dajal papaverin v kombinaciji s piramidonom v obliki supozitorijev kot: Rp. Papaverini hydrochl. 0,01—0,02; Pyramidoni 0,03—0,04; Butyr. Cac. qu. s. Ds. 2—3 krat dnevno 1 supozitorij.

Piramidon deluje centralno: znižuje vročino in zmanjšuje bolečine in periferno: na gladko mišičevje;

c) fizikalno: izpiranje želodca in duodenalna sondaža, kar pa moramo strogo individualizirati. Želodec izperemo s toplo ali hladno vodo (12°—16° C), s ½% raztopino karlovarske soli, s fiziološko raztopino, z 1% raztopino sode ali 1 : 1000 raztopino Ag No<sub>3</sub>. Duodenalne sondaže avtor ni uporabljal. Hess jo označuje kot nekrvavo operacijo, ki po Ibrahimu skrajšuje zdravljenje pilorospazma. D r. M. A v č i n.

## Ginekologija in porodništvo

S. Vidaković: **Abortus kot faktor depopulacije.** (Lj. Vjes., št. 11., 1940.)

Umetnemu splavu kot vzroku depopulacije pripisujemo zdaj večjo zdaj manjšo važnost. Iz čisto statističnega stališča pri nas splav še nima usodnega vpliva na ljudski

živelj, mnogo bolj pa se nam zdi usoden, če ga motrimo iz biološkega, kliničnega in socialno-ekonomskega stališča. To pa radi onih kvarnih posledic, ki jih pušča, ki so trajne in ki imajo važno vlogo pri zdravstvenem razvitku posameznih narodov. Če gledamo v splavih faktor depopulacije, moramo vzeti v obzir dve komponenti:

1. kakšen je odnos med številom porodov napram številu splavov in
2. kako vpliva abortus na ženski organizem in kakšne posledice ima zanj.

Ad 1. Točnega števila splavov pri nas ne moremo podati. Avtor navaja statistike zagrebške ginekološke klinike, iz katerih je razvidno, da je v razdobju 1905.—13. bilo le 8% splavov napram številu porodov, l. 1914.—18. je bilo polovico manj porodov, kakor druga leta in 31% abortusov, dočim je v zadnjih letih ta odstotek padel na 20% splavov napram številu porodov. Tudi danes se giblje odstotek abortusov v približno isti višini.

Po podatkih OUZD za ban. Hrvatsko je pri delavkah 23—29% abortusov z ozirom na število porodov, torej pride na vsake 4 porode 1 splav. Po statistikah iz province bi bilo število splavov po občinah jako majhno, kar pa ne odgovarja stvarnemu stanju, ker v malih mestih in vaseh sploh ne prijavljajo splavov, verjetno le vsak deseti splav. Le število abortusov, ki ga izkazujejo provincijske bolnice nekako kaže relativno stanje v dotičnih okrajih. Zanimivo je pri tem, da ekonomsko najslabše situirani kraji skoro ne poznajo splavov, dočim je ravno v ekonomsko dobrih krajih njihovo število najvišje.

Po Philippu je bilo v Nemčiji pred l. 1935., predno je izšel § 218. na 100 porodov 66 abortusov, po tem letu pride pa uradno na 8—9 porodov 1 splav. V Rusiji je bil pred l. 1914. na 4 porode 1 splav, v zadnjih letih pa je to razmerje 1 : 1.

Po avtorjevem opažanju in točnem pregledu bolnic iz zagrebške gin. klinike pa raste število abortusov ne samo v mestih, temveč tudi po deželi, sodeč po vnetnih obolenjih, ki so vse češče posledice provociranega splava.

Porazno delovanje splavov v naši državi si ponazorimo šele, če vsposedimo število abortusov s številom živorojenih otrok. Dočim je bilo l. 1931. okrog 480.000 živorojenih otrok, jih je zdaj okrog 50.000 manj. V vseh banovinah je število živorojenih otrok padlo, le vrbaska banovina kaže porast. Avtor računa, da v hrvatski banovini pride 20 splavov na 100 živorojenih otrok, celotno število splavov bi bilo 20.000, za vso državo pa 80.000 na leto. Od vseh splavov je večina do 3. meseca in do 80% provociranih. Število 80.000 življenj je za državo direktna izguba na populaciji.

Ad 2. Abortus ima poleg direktnih izgub za populacijo tudi druge zle posledice. Pri nasilnem abortusu nastanejo često najrazličnejše okvare ženskega organizma: infekcije, poškodbe in razdori cerviksa, poškodbe sluznice in mišičja maternice, perforacije itd. Na ta način se direktna izguba na prirastku ljudskih življenj radi splava znatno povečuje. Posledice splavov so zgodnje ali kasne, in to:

a) smrtnost, ki je po abortusu znatno večja kakor po porodu. Iz tabelarnih pregledov zagrebške gin. klinike je razvidno, da je odstotek smrtnih primerov radi splava 2'6%, dočim je smrtnost po porodih za polovico manjša: le 1'3%, dasi pridejo na kliniko povečini le težji porodi;

b) težki vnetni procesi genitalnih organov, ki se pojavljajo po avtorjevih izkustvih v 6—8%, po drugih avtorjih do 13% in niso sicer direktne izgube, vendar pa zmanjšujejo nataliteto v znatni meri, ker je večina bolnih žena v najboljši generativni dobi med 20—35 letom. Te žene so potrebne dolgotrajnega zdravljenja, ki je zvezano z velikimi stroški in ozdravijo popolnoma le malokrat, njihova delovna sposobnost je zmanjšana in so žene v večini primerov sterilne, le redkokdaj ponovno zanosijo in rodijo;

c) lažje vnetne spremembe so pogostejše kakor težka vnetja, vendar pa prav tako lahko povzročijo trajno sekundarno sterilnost, ne da bi pri tem lahko opazili motnje v genitalnih organih;



**Proti bolečinam**

# NOVOKODIN

STEG

sintetski alkaloid dihidrooksikodeinon-hidroklorid.

Zanesljiv in močan analgetikum in sedativo-hipnotikum.

Po delovanju enak dragim tujim preparatom  
a po ceni cenejši od magistralno predpisanega kodeina.

**Odlična zamenjava za morfin.**

Nima nezaželenih učinkov.

**Proti kašlju najjačje sredstvo!**

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

Proizvaja:

**STEG**

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

**ZEMUN**

## CALCIPOT PRO INJECTIONE

Sterilna, po posebnem postopku  
stabilizirana 10% in 20%-na raz-  
topina čistega kalcijevega glukona-  
ta za celokupno parenteralno  
kalcijevo terapijo.

*INTRAMUSKULARNO ALI INTRAVENOZNO*

Zavitki:	10%	20%
2 amp. po 5 ccm	din 30.—	din 34.—
5 amp. po 5 ccm	din 48.—	din 74.—
5 amp. po 10 ccm	din 74.—	din 86.—

## SPIROPROTASIN

Hitro in sigurno učinkujoči injek-  
cijski preparat **profi revmatičnim**  
**boleznim vseh vrst**; vsebuje mlečno  
beljakovino in natrijev salicilat;  
**ne deluje škodljivo na jetra.**

Zavitki:

5 ampul po 2 ccm	din 64.—
5 ampul po 5 ccm	din 72.—

Klinični zavitki po 50 ampul.

Vzorci in literatura brezplačno na zahtevo pri zastopstvu za Jugoslavijo:

**TROPONWERKE**  **KÖLN-MÜLHEIM**

„BIOSAN“

MR. PH. VLADIMIR SMOKVINA — ZAGREB — KAPTOL 12

# OPOZORILO!

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

odobrilo proizvodnjo in paketiranje

Rp. „Energin“  
lag. orig. à 250 gr.

# „ENERGIN-a“

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

## Bronhitis

in druge infektivne vročinske bolezni se uspešno  
zatirajo z ANTIPHLOGISTINE

Ker pospešuje kožno delovanje in ker zmanjšuje  
napetost v prsih, blaži Antiphlogistine bolečine  
in skrajša trajanje akutnih simptomov

# ANTIPHLOGISTINE

Vzorci in literatura brezplačni

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

Braće J. Jovanovića, Beograd, Ulica Kneza Mihaila 33

## Tiskarna Merkur

LJUBLJANA, GREGORČIČEVA UL. 23

Tel. 25-52

Lastna knjigovoznica  
Vsa dela hitro, lično in po zmerni ceni  
Zahtevajte proračune



*Igrati  
„stepe miši“*

*se prav z slabovidnimi  
očmi iti skozi življenje.*

*Zato raje nosite  
takoj očala od*

*Fr* **Lajec** *diplo optik*

LJUBLJANA  
PASAŽA  
NEBOTIČNIKA

d) brutalna prekinitev graviditete ima ogromen vpliv na celotni organizem žene. Radi naglega prenehanja nosečnosti pride do neurohormonalnih motenj, ki se ne odražajo samo lokalno na genitalnih organih, temveč vplivajo na celotni organizem žene. Ker ima nosečnost žene protektivni in proliferativni pomen za vse organe, pride pri splavu iznenada do regresije, kar povzroči nagle spremembe v funkciji vseh organov. Dočim ni ta vpliv na čvrsti organizem tako izrazit, nasprotno močno oškoduje astenično-hipoplastične in infantilne žene. Tudi konsekutivne amenoreje, dismenoreje in sekundarna sterilitet so posledice teh neuro-hormonalnih motenj;

e) ekstrauterina nosečnost je postala pogostejša, vzroki so ji predvsem v spremembah na tubah, ki nastajajo zlasti radi vnetnih procesov, v infantilnosti in vijugasti formi, do katere pride često radi prekinitve naglega razvoja tube v graviditeti. Med vsemi operiranimi ekstrauterinimi graviditetami je bilo na zagrebški kliniki 44% žena, ki so enkrat ali večkrat splavile;

f) pri umetnem splavu pride do okvare endometrija in mišičja maternice. Zato je nidacija šestokrat nepravilna s čemer je torej dana možnost nepravilnega razvoja ploda. Mayerhofer misli, da je kiretaža, zlasti v prvi nosečnosti, eden od glavnih vzrokov mongolske idiotije;

g) po Grothjumu se rodijo duševno in telesno najboljše razviti otroci po drugi ali tretji nosečnosti. Če torej brutalno prekinemo prvo graviditeto, je večja verjetnost, da bo ostala deca manjvredna;

h) tudi pri sledečih porodih vidimo težke posledice abortusa radi okvare endo- in miometrija. Popadki so slabjši, porod traja dolgo časa, šestokrat je febrilen. Pri luščenju placente nastajajo težave. Eksplozacije maternice, krvavitve in manualno luščenje placente postajajo pogostejši. Kot posledico okvarjenega endometrija moramo smatrati tudi predležočo placento. Pri ženah, ki imajo v anamnezi 1 ali več splavov, je bilo 30% komplikacij po porodu, dočim pri drugih le 24%;

i) po Schröderju ima splav kot trauma veliko vlogo pri razvoju tumorjev v maternici;

j) tudi psihične motnje, zlasti v primerih sekundarne sterilitete so bedna posledica splavov. Abortus danes ni več moda, postal je težka psihoza, ki je zavzela že široke ljudske plasti.

Epidemijo abortusov moramo pobijati pravočasno. V Rusiji se je izkazalo, da so se ravno socialno najslabši najmanj koristili z zakonom, ki je dovoljeval svobodni abortus. Če je iz socialno-ekonomskih razlogov potrebno reguliranje porodov, potem moramo izbrati vse preje, kakor nasilni splav, ki ima toliko zlih posledic.

Abortus je torej važen faktor depopulacije, ker ne povzroča samo direktnih gubitkov na ljudskem življu, temveč kvari zdravje žene v najlepši generativni dobi in ni izključeno, da v nadaljnih nosečnostih, če so sploh mogoče, kvarno vpliva na razvoj ploda.

D. M. M.

## Nove knjige

**Klinisches Rezept-Taschenbuch für praktische Ärzte.** Urban & Schwarzenberg. Berlin-Wien 1941.

**Deutscher Ärzte-Kalender.** Urban & Schwarzenberg. Berlin-Wien 1941.

Prvi, potomec med našim zdravništvom dobro znanega Schnirerja, doživlja letos 61. izdajo, drugi, ki je istočasno Wiener Medizinal-Kalender, je izšel letos v 64. izdaji. Dve knjižici žepnega formata s tako dolgo tradicijo jamčita, da najde v njih praktični zdravnik v kratki in jedrnatih besedi pojasnjeno vse, kar potrebuje v svoji dnevni praksi. Poleg tega ga seznanjata koledarja z novostmi in pridobitvami medicine. Gospodom kolegom ju toplo priporočamo.

D. V. L.

Ludwig Delius: **Die sogenannten nervösen Herzstörungen.** (5. zvezek zbirke »Vorträge aus der praktischen Medizin«). Stuttgart: Ferdinand Enke 1940. 56 strani. Cena: RM 4'80.

Delo naj bi ustrezalo potrebi zdravnika, ki pogosto v zadregi ne ve opredeliti značaja »srčne bolezni brez pravega kliničnega in patološkega izvida«. Srčna nevroza ima v raznih znanstvenih spisih različne strokovne oznake kakor na primer vegetativna nevroza, organska nevroza, psihonevroza s še mnogimi drugimi prilastki, ki naj pojasnijo »organsko«, »funkcionalno«, »nevrotično« osnovo omenjene bolezni. Ni čuda, da skuša Delius zanesti v ta izrazni in pojmovni nered vsaj nekoliko jasnosti in bolezenske zaokroženosti, kajti sicer bo srčna nevroza sčasoma zaradi pomanjkanja stvarnih temeljev popolnoma zgubila svoj *raison d'être*.

Srčna nevroza je doslej obsegala ne le različne psihogene, vegetativno labilne motnje, ampak tudi več ali manj organsko utemeljene bolezni kakor paroksizmalno tahikardijo, ekstrasistolijo in respiratorno aritmijo ter druge srčne hibe; vsem tem, ki so normalne ali pa bolezenske nravi so pa skupne samo subjektivne srčne težkoče. Meglen pojem srčne nevroze je moral potemtakem dobiti docela jasno, klinično povsem omejeno in le za gotove bolezenske skupke prihranjeno sliko. Nevrozo sploh je po skušnjah iz svetovne vojne smatrati za čisto psihično motnjo, za izraz neurejenih, v stranpota zaokrenjenih duševnih dogajanj, čisto na podlagi konstitucionalno duševnih posebnosti. V lažje razumevanje in v praktične namene deli pisec tako imenovane nevrozne srčne motnje v »nevroze z motnjami obtočil« in v »zgodnje okvare obtočil«. Ta opredelitev naj bi upoštevala na eni strani zgolj v duševnosti zasidrani bolezenski skupek, na drugi strani pa telesno utemeljene funkcijske okvare krvnega obtoka.

Vzlic temu pa je vendar mnogokrat nemogoče razbrati psihosomatsko osnovo srčne nevroze in dognati, koliko je v njej duševnega in koliko telesnega. Malo je pri njej bolezenskih znakov, ki bi bili izključno duševnega ali pa telesnega izvora. Omenim naj le frekvenco pulza, krvni pritisk in celo tudi sam elektrokardiogram, ki jih ne spreminjajo, kakor je pokazala praksa, zgolj telesni ampak tudi duševni bolezenski procesi.

In če smo vendar preko težavne simptomatologije in diferencialne razpoznavne prišli v danem primeru do diagnoze srčne nevroze, je še vedno kočljivo in odgovorno vprašanje napovedi njenega bolezenskega poteka ter zdravljenja. Delius je v naslovnem spisu zbral izredno mnogo gradiva, ga kritično vrednotil in nam ga podal v dostopni in kratki obliki, kar je velika prednost, saj je že dejal anatom Hyrtl »da jasnost ni vselej posledica mnogih besedi«.

Dr. A. Sonec.

Heinrich Gehlen: **Herdinfekt und Rheumatismus** (7. zvezek zbirke »Vorträge aus der praktischen Medizin«). Stuttgart: Ferdinand Enke 1940. 55. strani. Cena: RM 3'80.

Pisec naslovne monografije je zdravnik znanega inštituta za raziskovanje revmatičnih bolezni v Aachenu. O etioloških činiteljih revmatizma je bilo v zadnjih letih izredno mnogo govora in pisanja. Fokalno infekcijo, kateri je naša knjižica posvečena, so največ obravnavali ameriški in angleški raziskovalci.

Po bežnem zgodovinskem pregledu nastanka revmatizma, govori pisec obširneje o genetičnem pomenu žariščne infekcije. Izredno zanimivo je ob tej priliki, mimo različnih eksogenih in endogenih vzrokov revmatizma, opisana vsa neizprosno dosledna pot genialne Slauckove hipoteze o fibriliranju mišičja; do tega nas vodi pisec od bolezenskih žarišč v območju možganskih živcev III., V., IX. in X. (zobovje, tonzile, paranazalne votline, uho itd.), po odtoku tamkaj stvorjenih strupov po živcih v likvor, k zasidranju omenjenih toksinov v ganglijske celice sprednjih rogov in k temu sledečemu odmiranju ter zamaščenju bolnim motoričnim nevromom odgovarjajočih mišičnih vlaken. Opisano Slauckovo hipotezo o neprestanih, nežnih mišičnih trzajih spričo revmatičnih bolezni



je vsakdanja praksa vprav sijajno potrdila. »Revmatični«, mišični drget preneha po ozdravitvi različnih bolezenskih žarišč v glavi.

Seveda je še vprašanje če toksini, ki so zašli v likvor, oškodujejo zgolj motorične nevrone; prej bi bilo pričakovati okvare simpatiku nadrejenih nevronov in tej sledečih funkcionalnih sprememb revmatično bolnih organov, kakor na primer ishemijske posledice acidoze tkiva, dekalcinacije in seroznega vnetja, kar vse je klinično jasno dokazano in iz česar ponazorijo pisec izvor raznoberih revmatičnih obolenj. Sem prišteva Gehlen iz lastnega izkustva tudi putiko, ki jo sicer, kakor znano, imamo za presnovno in izločevalno motnjo, a je po njem le posledica fokalno toksičnih procesov. Slauckova duhovita hipoteza se razpleta kot rdeča nit skozi vsa poglavja naše knjige.

Kliniko revmatizma deli Gehlen po Slauckovi zamisli v fokalni infekt in v fokalno toksikozo. Bolezenski sliki obeh so v inštitutu v Aachenu izdelali do podrobnosti in sta v tej knjigi tudi celotno razloženi. Važna je delitev revmatizma na omenjena bolezenska skupka zavoljo zdravljenja. Pri fokalnem infektu, kjer se širijo bolezenske klice hematogeno ali pa limfogeno, more telo vzbuditi ves že po naravi mu dan obrambni aparat, kar pri fokalni toksikozi, kjer pronicajo toksini ali pa produkti razpadlega tkiva po mezovalnicah živcev v likvor, ni mogoče, ker se vse bolezensko dogajanje vrši izven običajnih potov kroženja sokov med krvnim obtokom ter tkivom. Fokalni infekt in fokalna toksikoza se večkrat tudi družita, predvsem v primerih mnogoštevilnih žarišč, ki nastajajo po kontaktu ali pa anahoretično v smislu Ascolijevega nauka in njegovih učencev.

Končno nas seznanja pisec z iskanjem in dognanjem revmatičnih bolezenskih žarišč in naznači oblike njih zdravljenja kakor tudi revmatizma samega.

Delo je močno osebno, a se mu pozna, da ga je pisal zdravnik, ki se s tem vprašanjem že dolgo ukvarja in da je plod obilnega praktičnega in teoretičnega znanja pisca, ki je problemu ves posvečen. Knjižica je najlepši dokaz kako praksa brez teoretične podlage ne more biti uspešna.

D r. A. S o n c.

## Iz zdravniških društev

### **Štirokorni sestanek Juž. kir. društva, sekcija Ljubljana**

dne 14. januarja 1941. v predavalnici Drž. bolnice za ženske bolezni v Ljubljani.

Predsednik dr. L. Ješe.

Zapisnikar dr. F. Novak.

Dr. O. Bajc: **Otroške hernije.** (Predavanje bo izšlo kasneje v celoti.)

Dr. O. Bajc: **Dva primera operiranih možganskih tumorjev.**

Kot prvega pokaže referent radi hipofizarne ciste operiranega moža. Radi atipičnega očesnega izvida, se je sum na proces v hipofizi pojavil šele pri drugi preiskavi. Takrat je bilo levo oko praktično že slepo. Rentgenska slika pokaže razmaknjeno sello. Nevrološki izvid pa je bil negativen. Operacija transfrontalno po Leserju pokaže za slivo veliko cisto, ki pritiska na križišče očesnih živcev od spodaj in da je levi živec močno atrofičen. Cista se punktira in del stene odstrani. Po prvotno brez komplikacije potekajočem zdravljenju se četrty teden izprazni skozi rano subduralen absces, ki je povzročil, da je bil bolnik 24 ur v globoki komi, v času, ko se je absces začel zbirati. Sedaj je rana suha. Vidno polje se je na desnem očesu znatno povečalo, pojavilo se je pa tudi na levem centralno majhno polje. Izgleda pa, da večjega izboljšanja ni več pričakovati. Vendar je smatrati operacijo za uspešno, ker je preprečila slepoto in izboljšala vid. Prognoza je dobra, ker intraselarne ciste po operaciji ne recidivirajo, ali pa le silno redko.

Drugi primer je 11 let star deček, čigar anamneza sega približno 4 mesece nazaj. Bolnik je bil sprejet na kirurški oddelek, ker je padel z voza in je že več tednov tožil o bolečinah v desnem boku. Pred padcem je bil baje popolnoma zdrav. Kljub večdnevni opazovanju na oddelku nismo mogli najti nič pozitivnega. Ker pa je otrok izgledal, da ni popolnoma zdrav, smo ga premestili v otroško bolnico. Tu pa je šef g. primarij dr. Derč kmalu izrazil sum, da gre za možganski tumor. Različne preiskave so ta sum potrdile kljub negativni nevrološki preiskavi. Otroka so zopet premestili nazaj na kirurški oddelek. Sedaj pa je že kazal sliko težkega bolnika. Ležal je apatično v postelji. Radi težke ataksije ni mogel več vstati. Bil je zelo shujšan. Jasna je bila pareza levega abducensa ter slabost levega facialisa. Ventrikulografija se je posrečila šele skozi levi zadnji rog, potem ko je bila skozi veliko cisterno in desno spredaj in desno zadaj brezuspešna. Pokazala je brez dvoma, da gre za proces, ki zožuje prostor desno v območju čelnega režnja. To je potrdila tudi operacija. Skozi za možko dlan veliko osteoplastično trepanacijo desno frontoparietalno, se odstrani za dečjo pest velik tumor, ki leži ostro omejen v sicer zdravi možganski skorji in se da razmeroma lahko odstraniti. Postoperativen potek brez komplikacij. 4 tedne po operaciji je dečko zdrav in živahen. Ataksije ni več, popravlja se tudi pareza abducensa.

Dr. B. Kunc: *Novocain v traumatologiji.* (Predavanje bo izšlo kasneje v celoti.)

## Pediatrična sekcija Slov. zdrav. društva v Ljubljani

### Ustanovni sestanek.

Dne 29. januarja je bil ustanovni sestanek pediatrične sekcije Slov. zdrav. društva ob pol 19. uri v predavalnici Drž. zavoda za zaščito mater in dece.

Besedo je povzel sklicatelj g. primarij dr. Bogdan Derč v imenu pripravljalnega odbora:

Gospoda! Na pobudo najmlajšega izmed naše pravoverne sekte pediatrov dr. Avčina smo sklenili, da Vas skličemo na današnjo ustanovno sejo. Zahvaljujem se Vam kar najlepše, da ste se klicu odzvali v tako lepem številu in Vas spoštljivo pozdravljam. Predvsem pozdravljam g. predsednika zdravniškega društva g. primarija dr. Kunsta in se mu kar najiskrenejše zahvaljujem za podporo, katere je bil naš odsek že deležen od Slov. zdrav. društva in se mu še nadalje priporočam za blagohotno naklonjenost. Nadalje velja moj poseben pozdrav predsedniku Društva za vzdrževanje otroške bolnice g. primariju dr. Jenku, ki posebej ves trud tega društva za vzdrževanje našega zavoda. Nadalje mi je čast pozdraviti g. predsednika Zdravniške zbornice za dravsko banovino g. dr. Meršola in se zahvaliti domačinu gospej šef-zdravnici dr. Tavčar-Konvalinki za ljubeznivo gostoljubnost pod streho Dečjega doma.

Dovolite mi, da Vas pozovem, da se konstituiramo in predlagam za predsednika naše sekcije, g. sanitetnega šefa v p. dr. Antona Breclja.

Oglasi se k besedi g. dr. Avčin in izjavi v imenu predlaganega gospoda, da oglasna izvolitve žal ne more sprejeti, ker je preobložen z delom. Gospa primarij dr. Kolar-Kačar predlaga nato za predsednika g. dr. B. Derča. Njen predlog se z aklamacijo sprejme, na kar se izvoljenec za čast iskreno zahvali in izjavlja, da hvaležno sprejme izvolitev.

Za tajnika sekcije je soglasno izvoljen g. dr. M. Avčin.

Nato povzame ponovno besedo g. dr. B. Derč in izvaja nekako takole:

Gospoda! Dovolite mi, da Vas prosim za posluš za nekaj minut in za oproščenje, da bom moral govoriti nekoliko o sebi. Ko sem pred 35 leti prišel z dunajske klinike kot novo pečen, idealen pediater v svojo domovino, so ob začetku tega stoletja bobnali vsi dnevni časopisi od židovske Neue Freie Presse do Slovenca, od Slovenskega naroda do oficioznega Fremden-Blatta, da smo stopili v novo stoletje, ki bo stoletje otroka

kot 20., medtem ko je bilo 19. stoletje ono železnic in 18. stoletje ono konj. Ti obeti so se, kakor vidimo razblinili v dejstvo, da smo dobili mesto stoletja otroka, ono vojsk in aeroplanov.

Takrat smo imeli v domovini povprečno umrljivost otrok v prvem letu starosti v Sloveniji: 25%.

Kakšne zavode, ki so zastopali cilje otroškega zdravstva in skrbstva smo imeli tedaj?

Imeli smo kot edini zavod Otroško bolnico in pa njen ambulatorij, ki pa ni bil brezplačen. Ni bilo nobenega drugega zdravstvenega, ne socialnega zavoda za zaščito dece.

Leta 1907. sem ustanovil pod okriljem mestnega fizikata v mestnem ambulatoriju ordinacijo za otroke, ki sem jo opravljal sam. Zamrznila je po par mesecih radi pomanjkanja vsake reklame, dasi sem imel privatno ordinacijo polno otrok-revežev.

Leta 1909. je ustanovil bivši predsednik deželnega sodišča g. Albert Levičnik, velezaslužen mož na polju otroškega socialnega skrbstva in eden izmed prvoboriteljev za zboljšanje teh razmer na mojo pobudo ambulatorij Društva za varstvo otrok za šodni okraj Ljubljana. Ta je obratoval v mojih ordinacijskih prostorih, naslanjajoč se na pomoč usmiljene sestre Marije, do mojega odpoklica na fronto, dobro posečan in uspešen, dasi ni oddajal ne zdravil ne podpor. Do tedaj so namreč bili člani delavskih družin socialno in zdravstveno popolnoma nezaščiteni in so uživali zaščito samo očetje-delavci kot člani različnih okrajnih in obratnih bolniških blagajn. Razmere, zdravstvene in socialne v teh slojih slovenskega naroda so bile obupne, ne samo v higienskem, ampak tudi v gospodarskem oziru.

Leta 1910. je bila na mojo pobudo ustanovljena služba šolskega zdravnika-pediatra pri mestnem magistratu ljubljanskem. Za to ustanovitev si je stekel največjih zaslug mestni svetovalec g. Jakob Dimnik, šolski ravnatelj v Ljubljani. Po oddaji te službe, ki se je po dolgem podtalnem mešetarjenju delila na dva dela, sta jo dobila dva zdravnika ne-pediatra. Pedetrija je ostala zopet zapostavljena, dasi je bila služba razpisana za pediatra-specialista.

Ves ta čas svojega delovanja sem se trudil ustanoviti v Ljubljani vzgledno mlekarno, ki bi oddajala zdravo, higiensko, po zdravniških predpisih sestavljeno mleko za zalivanje v posebnih porcijskih steklenicah, pravilno pasterizirano, kar pripravljeno za pitje. Nobena izmed vseh mlekarn, ki so obratovale takrat v neposredni ali posredni bližini Ljubljane naj so bile na aristokratskih veleposestvih ali kmetijskih, naj so obratovale kot industrijske kakor na Vrhniki, Škofji Loki itd. ni imela toliko podjetnosti, da bi se bila zamisli, ki je bila po drugih mestih že davnaj oživotvorjena, lotila. Vsako izmed teh podjetij je zahtevalo rentabilitetni račun in sigurnost dobička. Domača podjetnost se pač izživlja in razsaja pri nas v izsekavanju gozdov in mestnih nasadov.

Niso pomagali številni podlistki in članki v dnevnem časopisju, niti predavanja (Ljubljana, Št. Vid), niti moje intervencije, ne pri deželnih odbornikih-aristokratih, ne one pri odbornikih-kmetih, rekte advokatih, ne pri visokih damah, ki so se udeještvovala na polju dobrodelnosti, tudi ne one pri mestnem županu itd.

Osmešen in razočaran sem tedaj prenehal s svojimi »fantazijami« o otroškem zdravstvu in skrbstvu ter obmolknil.

Konec vojne je zatekel otroško zdravstvo in skrbstvo v istem stanju.

Takratni poverjenik za socialno skrbstvo in zdravstvo pri deželni vladi za Slovenijo g. Albin Prepeluh si je stekel nevenljivih zaslug za Otroško bolnico, ki bi brez njegove dalekovidne pomoči in brez sodelovanja takratnega njegovega zvestega oprode, računskega svetnika deželnega odbora g. Peklenka, ki mu dolgujem za njegov smisel in delavno ter finančno pomoč največjo hvalo, bila prenehala delovati. Ta dva moža sta se trudila, da sta od vsakega še tako malega kredita vsaj majhen odstotek rešila za otroško bolnico. S tem je bila eksistenca edinega zavoda za otroško zdravstvo za-

sigurana. Potem, ko so mi naložili vodstvo tega zavoda, smo se strnili in ustanovili dojnišnico, to je dom za doječe matere, sedaj banovinski dečji dom v Streliški ulici, kjer je bilo sprejetih stalno preko 40 mater brez doma s svojimi otroci in kjer so dojile še okoli 30 tujih dojenčkov. Zavod je bil kasneje brez navedbe vzroka ukinjen.

Prenesli smo ambulatorij Društva za varstvo otrok, za sodni okraj Ljubljana, v Otroško bolnico. Ambulatorij je lepo prosperiral in je imel letno okoli 3000 posetnikov, dasi ni oddajal ne zdravil, ne denarnih podpor, ampak je živel samo od ženeroznih švicarskih tvrdk za izdelavo otroških mok, ki so na mojo pobudo podarile velike množine teh hranil. Tudi ta zavod je bil pozneje brez navedbe vzroka ukinjen.

Imeli smo tudi dvoje malih dečjih domov v Vodmatu: na Zaloški cesti in na Vodmatskem trgu.

In kaj imamo danes?

Po statistikah dr. Iva Pirca imamo še vedno 21% umrljivosti, število je padlo tedaj samo za štiri odstotke, dasi ima sicer Evropa samo še 6 do 8% umrljivosti. Kje leži vzrok za to?

Ali nam manjka zavodov? Ne, imamo jih več kot dovolj. V mestu samem jih obratuje nekaj manj kot 10. Danes prihaja pacient iz enega zavoda v drugega. Iz železniškega ambulatorija v OÜZD, iz tega v Dečji dom in kontrolira izjave zdravnikov enega zavoda z onimi drugega, v svojo škodo, v škodo ugleda zdravništva in skrbstva samega. Za vsakega bolnika se vlečejo najrazličnejši zavodi, šolska poliklinika, različne protituberkulozne posvetovalnice itd., vsakega bolnika pregledujemo in rentgeniziramo netetokrat, vse po dvojnem, trojnem tiru, uspeh pa je slab.

Imamo po vseh industrijah jaslice, to je oddelke pod vodstvom sester-skrbnic, kjer naj bi dojile delavke med delavnim časom svoje otroke. Uspeh teh zavodov, v kolikor resnično eksistirajo, je minimalen. Vzrok leži v tem, da že vsak predelavec v svojem delavnem oddelku, posebno pa vsak mojster, tem bolj pa vsak tovarniški uradnik utesnjuje in onemogoča svojim delavkam dojenje, z izgovorom, da trpi proizvodnja in delo v tovarni, če delavka doji. Zgodilo se mi je, da so celo šefi drž. uradov onemogočili dojenje svojim uradnicam-materam in jim niso dovolili za to udejstvovanje potrebnih odmorov.

Imamo napreden zakon za socialno zaščito mater in otrok, ki predpisuje poseči ženi pred porodom 6 tedenski odmor s hranarino in 6 tedenski rok za dojenje po porodu s hranarino in dojnino. Kakšen je efekt? Noseča žena ne potrebuje tega dopusta, ker bi ji za pripravo dojenčkove bale zadostoval 1 teden, dognano pa je, da ji ta dopust zdravstveno ne koristi. Denar pa porabita stariša v druge namene in ne pride novemu zemljanu v prid. Veliko potrebneje bi bilo, da bi se rok nosečnosti priklopil roku dojenja in bi imel tako dojenček vsaj najpotrebnejši temelj zdravja, to je 3 mesečno dojenje zagotovljeno. Socialna oskrba noseče in doječe matere je istovetna z oskrbo otroka! Zaščitite mater in zaščitili ste otroka, omogočite dojenje vsaki materi, tudi nezakonski materi-delavki in umrljivost teh dojenčkov bo padla od sedanjih 46% na 4%.

Otrok, rojen v delavski, čeprav v ubožni familiji, je že zaščiten bolj ali manj! Nezaščiten je samo oni otrok, čigar mati sama dela, da zasluži vsakdanji kruh sebi in svojemu otroku.

Do izbruha te vojne so se po mojem prepričanju gospodarske, higienske, zdravstvene in moralne prilike slovenskega delavskega ljudstva v veliki meri popravile in je povprečen standard slovenske delavčeve rodbine že bil precej visok.

Če sem prej omenjal, kaj smo imeli na polju zdravstvene in socialne zaščite do začetka svetovne vojne in kaj imamo danes, mi preostaja še naloga premotriti, kaj potrebujemo v doglednem času.

Gospoda! Naša umrljivost znaša 21%, ona ostale Evrope 6%! Kje tiči vzrok? Gospoda! V nas samih.



Potrebujemo nujno:

I. Pred vsem unitarizacijo pediatrije z ozirom na skrbstvo in zdravstvo, kakor jo zahtevata v svoji knjigi prof. Mayerhofer in prof. Dragišič.

II. V to svrho potrebujemo sodelovanje obeh panog, zdravstvene in socialne, v razširjeni Otroški bolnici.

Ta zavod bi moral biti v stanju sprejemati pod svoj krov vsakega bolnega otroka in ga oskrbeti v svojem področju, isto tako otroke, bolne na notranjih, kakor one na kožnih, na ušesnih, infekcijskih, očesnih, kirurških in drugih boleznih.

III. Če hočemo sploh smiselno zmanjšati umrljivost otrok, moramo razpresti velikansko in energično, vztrajno, vplivno in premišljeno propagando za dojenje! V časih niso dojile dame, sedaj dojijo te in dojijo tudi delavke, ne doji pa žalibog kmetica! To zadnje pa, ker se slovenski narod predvsem prenavlja iz kmečkega stanu, je strahovita nevarnost za njegovo eksistenco. Če kmetica in delavka ne bosta dojili, je zdravstvena, duševna in telesna propast sigurna stvar, ker samo dojenček je zdrav, zalivanček pa telesno in tudi duševno bolan. Nekdanja dika bivših armad, regimenti slovenskih Janezov, ki so se slavno borili po vsej Evropi, se bodo spremenili v trume rahitičnih pokvek.

IV. Nujno in absolutno potrebno je omogočiti vsaki delavski materi vsaj trimesečno dojenje.

Kaj pa delamo mi? Vsi dnevni časniki zopet bobnajo in trobijo: Vsakemu jetičniku svojo posteljo! Kriče: Za vsakega bolnika na raku vso zdravstveno in socialno podporo in to ne samo po zdravstvenih institutih in gradovom podobnih sanatorijih, podprtih z vsemi pripomočki moderne medicine, s klimatskim zdravljenjem, z balneološkimi pripomočki, z najrazličnejšim obsevanjem, kremensko lučjo itd., z rentgenom in radijem, brez ozira na stroške, celi štabi zdravnikov se trudijo za zdravje teh sicer res potrebnih, a brezupnih primerov. Zakaj? — Čemu? — Prepričan sem, da taki bolniki, najsi pridobijo svojo delavno moč za kratek čas nazaj, ne bodo nikdar plačevali niti obresti tiste vsote, ki so jo porabili za svoje zdravje, kaj šele odplačali glavnico. Težki milijoni se investirajo v gospodarsko izgubo!

Če si ogledamo naše delovanje iz narodno-gospodarskega vidika, vidimo, da je edino prav in dobro naložen denar v zdravem dojenčku, ki ne bo samo poplačal obresti v sebi naloženega kapitala, ampak vrnil s svojo zdravo delovno močjo tudi glavnico, desetkratno v 50 delavnih letih svojega zdravega življenja.

Kaj pa mi delamo? Zavestno in namenoma si vzgajamo paciente za antituberkulozne disperzerje in otroške bolnice. Ne dovršenemu, a zdravemu dojenčku razderemo temelj za njegovo življenje s tem, da onemogočujemo materi dojenje. Zdravega, nadebudnega dojenčka odstavljamo, da napravimo iz njega bolnega zalivančka, slabotnega, prebavno sušičnega, da se ga tem preje poloti tuberkuloza, ki ga potem v poznejših letih z velikimi vsotami lovimo in zdravimo po sanatorijih. Naš up, naša nada, naš pomladek, naša sigurnost, eksistenca slovenskega naroda, naša delavna moč poginja v temnih, mokrih kletih, po zaduhlih kuhinjah, garjeva in gnojna, na smrdečih, gnilih odejah in slami, po mokrih, veternih barakah, ob odurni brozgi in plesnivji skorji kruha.

Žalostna toda dejanska slika bedne sedanosti in še žalostnejše obupne prihodnosti.

Baje ima SUZOR oziroma OUZD namen posoditi za slovenske zdravstvene zavode 50 milijonov, baje ima isti namen tudi Pokojninski zavod za Slovenijo. Kdo ima večjo pravico zahtevati za slovenski narod vsaj del teh posojil kakor oni, ki kliče ob zadnji uri na plan vse faktorje za rešitev ogroženega slovenskega otroka.

Naj ne bo ta krik glas vpijočega v puščavi.

D. r. M. Avčin: **Problem otroške bolnice v Ljubljani.** (Referat izide v eni izmed prihodnjih števil.)

Dr. I. Jenko pozdravi v imenu Društva za vzdrževanje otroške bolnice novoustanovljeni sekciji vso svojo pomoč in ji želi najlepših uspehov.

Dr. A. Kunst obljublja v imenu Slov. zdrav. društva sekciji podporo in vse razumevanje in ji želi procveta in razrasta. Zavzema se za načrt o unitarizaciji pediatrije v novi otroški bolnici.

Dr. B. Derč, predsednik pediatrične sekcije, zaključí ustanovni sestanek.

## Občni zbor Slov. zdrav. društva v Ljubljani

Na rednem letnem občnem zboru Slovenskega zdravniškega društva v Ljubljani dne 1. februarja 1491. je bil izvoljen naslednji odbor:

Predsednik: dr. Zalokar Alojz; podpredsednik: dr. Gerlovič Franc; tajnik: dr. Lavrič Vito; blagajnik: dr. Janeš Ivan; odborniki: dr. Derč Bogdan, dr. Blumauer Robert, dr. Prevec Slavko, dr. Divjak Štefa, dr. Grapar Stane; nadzorni odbor: dr. Meršol Valentin, dr. Kunst Alojz.

\*

**DRUŠTVO MEDICINCEV V LJUBLJANI** (Odsek za nabavo strokovnih knjig in orodja) prosi gg. zdravnike, da podprejo revne slovenske medicince z darovi za knjižnico »Društva medicincev«. Dobrodošle so vse strokovne knjige, predvsem pa one za klinični del medic. študija. Knjige in ostalo naj gg. zdravniki pošiljajo na naslov: Društvo medicincev, Ljubljana, Friškovec 4.

## Drobiž

Na zasedanju banskega sveta je povedal g. ban dr. Marko Natlačen o bolničnem vprašanju tudi sledeče: ... Doseženi uspehi niso v nobenem razmerju z naporí. Porazen je uspeh pri reševanju vprašanja bolnišnic. Banovinske bolnišnice so se držale še na dostojni višini, a osrednja drž. bolnica v Ljubljani se nahaja v križnem nasprotju s potrebami kulturnega naroda in zahtevami, ki jih stavlja medicinska znanost. Glavni vzrok za to je iskati, da je bila zdravstvena politika postavljena od začetka na napačno osnovo. Imamo dva popolnoma ločena tira: na prvem vozi preventivna zdravstvena služba, ki je bila ustvarjena z ogromnimi izdatki v škodo kurativnih ustanov, ki so ločene na drugem tiru. Obe stroki: preventivno in kurativno je treba združiti in bolnišnice zopet napraviti za središče vse zdravstvene politike.

**Nova bolnica v Varšavi.** V Varšavi so dobili Nemci najmoderneje urejeno novo bolnico. Nova bolnica je dobila prostore dosedanje bolnice Sv. Antona v Mokotowu. Ta nemška bolnica je med najlepšimi in najbolj modernimi v Varšavi. Zgrajena je bila leta 1931. ter se more kosati z najmodernejšimi bolnišničnimi poslojji v Rajhu.

Ima 200 postelj. (Po Wien. Klin. Wschr. 40./40.) Poljska je bila zasedena septembra 1939.

**Resolucija Društva medicincev v Ljubljani.** Slovenski medicinci, zbrani na svojem članskem sestanku 8. II. 1941. so z ozirom na izpopolnitev medicinske fakultete sprejeli sledečo resolucijo:

1. — Otvoritev pomanjkljivega petega in šestega semestra otežkoča študij slovenskim medicincem, zato zahtevamo provizorije, ki bodo omogočili začasno otvoritev sedmega in osmega semestra, z zagotovilom, da se krediti za izgradnjo institutov in klinik nemudoma odobre.

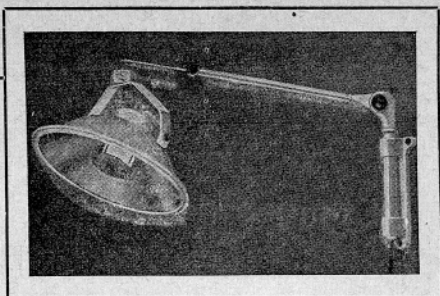
2. — Zahtevamo, da se vse akcije, ki vodijo v smislu postopne izgraditve medicinske fakultete koordinirajo, da se osnuje medicinsko-klinični kolegij, v katerega pridejo tudi delegati Društva medicincev, ki bodo študente sproti informirali o poteku njihovih prizadevanj.

3. — Zahtevamo razpis štipendij za izšolanje slovenskih znanstvenikov, ki naj zasedejo stolice na izpopolnjeni fakulteti.

Resolucija je bila poslana na vsa vplivna mesta, zdravniškim organizacijam in tisku.

## Iz uredništva in uprave

Ponovno prosimo vse gg. tovariše, da plačujejo redno naročnino za »Zdravniški vestnik«. Vzdrževanje edinega slovenskega strokovnega lista je naša stanovska dolžnost.



# ZEISS PANTOPHOS

Operacijske in preiskovalne svetilke z zrcalom iz kristalnega stekla ali kovine, ki ustrezajo vsem osvetljevalno fiziološkim zahtevam;

fiksno ali gibljivo obešene z ali brez iztega za vsako sobno višino; mala Pantophos tudi s stensko ročico;

**svetijo popolnoma zanesljivo,**  
ker se uporabljajo **žarnice z dvojno nitko,**

ki nudijo glavni razsvetljavi popolnoma enakovredno zasilno razsvetljavo; prikladne tudi za operacijske prostore, varne pred bombami, v zakloniščih.

Prospekti in daljnja pojasnila brezplačno

## ZEISS



Zastopstvo:

M. PAVLOVIĆ, BEOGRAD, 'POŠT. PREDAL 411  
Vlajkovićeva 9-11/l.

# Navodila tvrdkam

## KI OGLAŠAJO V ZDRAVNIŠKEM VESTNIKU

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

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

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

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

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

UPRAVA  
ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA



ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH ORGANOV IN PRESNOVE

# Rogaška Slatina

ima v svojih treh vrelih  
„TEMPEL“,  
„STYRIA“  
in „DONAT“

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

**Strogo dietetična kuhinja v hotelu JUGOSLOVANSKI KRALJ odprta celo zimo**

Letna in zimska sezona

Glavna sezona: maj — oktober

Gospodje zdravniki! Zahtevajte prospekte in vzorce vode pri

DIREKCIJI ZDRAVILIŠČA ROGAŠKA SLATINA

## Elastični Hansaplast



D. R. P. Jugoslov. patent.

### Elastični brzi povoj za rane v mali kirurgiji

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

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

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

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

---

---

# PROTI KAŠLJU

HITRI IN ZANESLJIVI EKSPEKTORANS

# EFETUSIN

**SIRUP**

„Kaštel“

(Saponini, efedrin, kodein, mentol in gomenol)

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

Dnevno 3 velike žlice, otroci 3 male žlice

EKSPEKTORANS S KODEINOM IN EFEDRINOM

# CODERIN

**TABLETE**

„Kaštel“

(Alkaloidi ipekakuanhe, kodein in efedrin)

Orig. fiole z 10 ali 20 tabletami

Dnevno 3 do 6 tablet

ANALEPTIKUM IN NOVO MOČNO SREDSTVO PROTI KAŠLJU

# TONOKARDIN - NEOKOD

**KAPLJICE**

„Kaštel“

(Tonokardin in Neokod [dihidrooksikodeinon])

Orig. stekleničice z 10 ccm solucije

Dnevno 3 do 6 krat po 20 kapljic

 **Kaštel d.d.**

**Z a g r e b**

---

---