

# ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

## KEMIKA D. D. ZAGREB

si dovoli priporočati svoje  
preiskušene preparate

### S O L P H E D R I N

Sirup proti kašlju, ki vsebuje Ephedrin, Codein, Papaverin in Syr. Thymi comp. v optimalnih množinah. Zanesljivo in hitro deluje pri kašlju vsled laringitid, bronhitid ter pri dražljivem kašlju in pri asthma bronchiale. Doziranje: Odrasli jemljejo 3x po 1 kavino žličko, otroci 3x po  $\frac{1}{2}$  kavine žličke na dan.

### T O P H A M I D

Nova edinstvena spojina ciklohexatrien-phenylpyridin-karbonske kisline in amidopyrina. 1 tableta = 0,25 gr. ciklohexatrien-phenylpyridin-karbonske kisline ter 0,23 phenyldimethylamino pyrazolona. Deluje antipiretično, analgetično in antiflogistično ter ga posebno priporočamo pri akutnih infekcijskih boleznih, hripi in njenih komplikacijah, revmatizmu, mijalgijah in nevralgijah. Orig. cevčica z 20 tabl. Doziranje 3 do 4 krat po 1—2 tableti.

Poslužujte se  
domač. preparatov.

Naslov uredništva in administracije:  
**Dr. R. Neubauer - Golnik.**

## VSEBINA:

	Stran
Dr. Stanko Lutman: Značilna poškodba kolena pri smučarju . . . . .	363
Dr. Heferle Henrik: Žariščne infekcije . . . . .	368
Dr. Jos. Cholewa: Uspehi pri zdravljenju kožnega raka z malimi sredstvi (6 slik) . . . . .	375
Dr. E. Hammerschmidt: O solusalvarzanu . . . . .	377
Dr. Černič Mirko: Ljubljanski kirurški oddelek, sepsa spomladi 1933 in še kaj . . . . .	381
Dr. Viktor Čerček: IV. Slovanski zdravniški kongres v Poznanju (konec)	387
Iz zdravniških društev: Znanstveni sestanki SZD v Ljubljani . . . . .	390
Sestanki mariborskih boln. zdravnikov . . . . .	394
Iz medicinskih časopisov . . . . .	398
Nove knjige . . . . .	399
Iz medicinske in farmaceutske tehnike . . . . .	400
Drobne novice . . . . .	401
Iz uredništva . . . . .	402

# Rogaška Slatina

Zdravilišče želodca in  
črevesja, jeter in žolčnega  
mehurja (kamni), sladkorne  
bolezni in protina poseduje

# 3

ZDRAVILNE  
VRELCE:



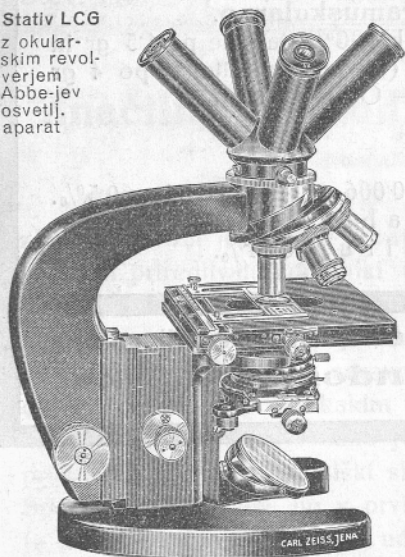
„TEMPEL“  
„STYRIA“  
„DONAT“  
PRIČETEK SEZONE:  
1. MAJ

in zopet  
velik korak naprej!

# ZEISS MIKROSKOPI

## NOVI STATIV L

Stativ LCG  
z okular-  
skim revol-  
verjem  
Abbe-jev  
osvetlj.  
aparat



Povečana stabilnost. Mirno, sigurno, udobno vrnavanje s pomočjo nizko ležečih gonilnih gumbov. Mikrometerska vravnava dvakrat tako točna. Vsestransko gibljiv monokularni in binokularni poševni tubus omogoča najrazličnejša opazovanja. 4 kratni okularski revolver-epistanga.

Literatura  
brezplačno



**CARL ZEISS JENA**

Zastopstvo za Jugoslavijo:  
**M. Pavlović Beograd**  
M. Draškovičeva (Sremska) 9

## ARTIN-DRAGEES

Dr. WANDER, idealno in blago sredstvo za čiščenje. I eluje popoln. sigurno, brez neugodnih posledic. Navada na Artin je izključena.

VSAKA DRAŽEJA VSEBUJE:

ALOIN . . . . .	0,01 gr.
PHENOLPHTHALEIN . . . . .	0,05 "
EXTR. BELLADONNAE . . . . .	0,005 "
EXTR. NUC. VOMICAE . . . . .	0,008 "
PULV. IPECAC. . . . .	0,004 "

Doziranje: Pred spanjem jemljejo odrasli 1-3 dražeje, otroci nad 10 let 1-2 dražeje. Cena za občinstvo Din 8'-

## HORDENZYM

Dr. WANDERJEV hranilni sladkor.

Idealna, trajna hrana za zdrave in bolne dojenčke po principih prof. Soxleta.  
INDIKACIJA:

pri zdravih otrocih za povečanje teže in pospeševanje rasti namesto sladkorja. Kot dodatek k zelenjavi pri prehodu na mešano hrano, pri motnjah prehrane dojenčkov, ki trpijo za diarejo. Za otroke in odrasle kojih prehrana zahteva hitro in trajno zboljšanje. Cena za občinstvo Din 39'-

Vzorke in literaturo pošilja:

**Dr. A. Wander d. d. Zagreb.**

Ako predpisujete dr. Wanderjeve preparate, podpirate domačo industrijo,

# OB PREHLAJENJIH

angini, bronchitis, gripi, pljučnici

## „Calcium Sandoz“

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

Per os: Prašek 100%, tablete po 15 gr in penečih tablet („Brausetabletten“) po 4 gr Calcium — Gluconat

## Ipecopan

Tablete po 0006 gr, Raztopina 05%.  
Sladne tablete po 0003 gr.  
Sladni sirup 004%.

Literaturo in  
vzorce pošilja:



Chemische Fabrik preje  
**Sandoz, Basel (Svica).**

## POPOLNOMA JASNO

se pokaže zdravilni učinek:

analgetično in antipiretično pri prehlajenjih, angini, revmi, sploh pri bolečinah vsake etiologije, profilaktično in kupirajoče pri gripi:

# QUADRONAL



1—2 tableti 3—4 krat na dan. Quadronal ima potencirani učinek fenildimetilpirazolona, fenacetina, laktofenitidina in kofeina. Predpiše se: v notranji medicini, kirurgiji, ginekologiji (dismenorea, klimakterium) zobni medicini. — Tablete po 0,5 gr. v cevčicah po 10 in 20 in v kliničnih zavitkih.

Vzorcji in literatura na željo.

Zavitki so glede porabe in cene jako ekonomični.

„ISIS“ — ZAGREB 169.

# ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA  
V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO IN ADMINISTRACIJA: DR. R. NEUBAUER — GOLNIK

Štev. 11.

30. novembra 1933.

Leto V.

## Značilna poškodba kolena pri smučarju.

**Dr. Stanko Lutman, Maribor.**

Predvsem par besed o udejstvovanju zdravnika v sportu. V primeri z inozemstvom je sportni zdravnik pri nas redek. Navadno sodelujejo pri sportnih prireditvah zdravniki člani dotičnih športnih edinic, oziroma tudi nečlani iz uslužnosti. In to se ne bo kmalu spremenilo. Razveseljiv korak naprej pomeni na tem polju morda ustanovitev ministrstva za telesno vzgojo. Tudi število sodelujočih zdravnikov narašča. Izgleda pa, da se zdravnik ni oklenil dela z Bog ve kakim navdušenjem, tu pa tam tudi z ne baš velikim razumevanjem. Navadno je prezaposlen v svoji privatni ali blagajniški praksi ali je celo v bolniški službi in zato nima pravega stika s članstvom. Sportni zdravnik naj bo v prvi vrsti sam aktivni član kakega kluba, ali se je moral saj poprej aktivno udejestvovati v sportu. Vsekakor mora vsaj površno poznati najvažnejše panoge sporta iz lastne izkušnje. V naših razmerah se lahko zadovoljujemo z medicinsko splošno naobraženim zdravnikom; za špeciialno zdravljenje pa moramo bolnika oddati v primeren zavod. O znanstvenih preiskavah (rentgenološki, elektrokardiografski itd.) za sedaj pa sploh ne more biti govora. Sportni zdravnik je predvsem poklican, da daje nasvete za primerno izbiro sportne panoge, da nadzira posebno doraščajočo mladino pri treningih. Pospešuje naj higijensko delo klubov v svojem območju (kopeli, prhe, masažo itd.) ter z nasveti in primernimi predavanji podučuje članstvo. Predvsem je pa dolžan, da v primernih presledkih preiskuje izvršujoče člane, ker s tem lahko prepreči prekomerno obremenitev telesnih sil. Tudi vestno zbiranje statističnega materiala bo zelo koristno, ker bo pokazalo smernice nadaljnemu delu. Pri nas navadno mislimo, da mora sportni zdravnik predvsem nuditi prvo pomoč pri nezgodah (pošodbah), ki se radi bohotnega razmaha sporta pri nas vedno bolj množe in so že žal prepogoste.

Ne mislim tu obravnavati poškodbe pri sportu v splošnem, ki so zelo raznolike. O njih nam priročniki dovolj povedo. Vemo pa tudi, da ima vsak sport svoje značilne poškodbe. Podrobno hočem razčleniti poškodbo, ki je pri smučarju zelo značilna in pogosta, ki jo pa najdemo tu pa tam tudi pri nogometašu, skakaču in motociklistu in ki je tudi mene samega

doletela pri smučanju. Mislim na poškodbo notranje obstranske vezi kolena (ligamentum collat. mediale). Ta prikrita poškodba vezi v kolenu je često združena s poškodbo gornjega skočnega sklepa. Ona je tudi po inozemskih statistikah ena najpogostejših in dosega različne stopnje, od navadnega pretega pa do popolnega odtrganja.

V svrhu lažjega razumevanja naj služi kratek anatomski pregled. Obe obstranski vezi (ligam. collateralia) ležita izven sklepne ovojnice. Nasadišča (insercije) zunanje vezi so: grča (tuberositas) kondila — glavica mečnice (fibula). Notranje vezi: raskavina notranjega kondila stegnenice — gornji notranji rob golenice ali piščali (tibiae). Notranja obstranska vez je močnejša, ploščnata in krajša od zunanje in je deloma v zvezi z notranjim meniskom. Vezi sta pri skrajno iztegnjenem (sproženem) kolenu napeti, pri upognjenem pa ohlapne, kar omogoča delni vrtež (rotatio) piščali okoli lastne osi. Sklepna ovojnica ne daje kolenu nikake trdnosti, to pridobi šele z obstranskimi vezmi in še to le v stegnjenem stanju. Pri upognjenem kolenu daje trdnost le mišičje in navzkrižne vezi (lig. cruciata). Stegnetični kondili niso krožni loki marveč spirale, zato je gibanje kolena tudi delno omejeno. Notranji kondil je pripraven za fleksijo in rotacijo, zunanji le za fleksijo. Rotacija je pa tudi odvisna od ohlapnosti vezi, zato je mogoča le pri upognjenem kolenu.

Pri vseh nezgodah s poškodbo notranje obstranske vezi naj si bo to pri smučanju ali pri drugemu sportu, bomo našli vedno iste kretnje in isto držo t. j. sproženo ali le lahkko upognjeno in rotirano koleno s prenosom težišča navzven, ako si iz anamneze skušamo ustvarjati na'načno sliko mehanizma poškodbe. Pri smučarju jo vidimo predvsem v pluzni zavori, ki sledi veliki brzini, kristijaniji, opazimo jo pa tudi pri začetnikih, ki pridejo z eno smučko v krtino ali drugo zapreko, ki iztiri smučko. Telo zaniha naprej, smučka z nogo in kračo je več ali manj fiksirana v snegu. S tem, da se preloži težišče telesa navzven, nastopi pri lahko napetem le malo upognjenem kolenu kritični moment za notranjo obstransko vez. Obteženje je večje kakor normalno. Pri globokem počepu kakor ga pozna moderna smučka tehnika je nevarnost za notranjo obstransko vez mnogo manjša, ker je, kakor smo anatomsko ugotovili, ohlapnost vezi večja in s tem tudi možnost rotacije. Zanimivi so tozadevni poizkusi na mrličih. Fessler je našel v kolenu vrtilni upor kakih 37 do 59 kg. Pričakovati je tedaj, da je fiksacija kolena pri napetem mišičju in radi trenja v obeh sklepnih ploskvah vsled telesne teže še večja in s tem tudi vrtilni upor. Vrtilna sila, ki bi nadvladala tudi ta upor v iztegnjenem kolenu, bi imela slej ko prej za posledico kostolom (cevasih kosti) in le redko rupturo kratke in enakomerno napete obstranske vezi. Vrtež pa je pri iztegnjenem kolenu zadržan. Fessler je dokazal na mrličih tudi način rupture vezi. Notranja obstranska vez se utrga skoro izključno ob svojih nasadiščih na pokostnici; najrajše ob notranjem kondilu stegnenice, zelo redko v svojem prostem delu. Ta ugotovitev je posebno važna radi spoznave sličnih poškodb.

Način in vrsta poškodbe sta se pa pri smučarju v teku časa spremenila, kar je na prvi pogled malo verjetno. Pri tej spremembi je bila seveda velikega pomena vrsta uporabljenega orodja, smučī, smučskih palic, predvsem pa stremen. Prejšnjim negibnim (Zdarsky) in pregibnim tipom

(Huitfeld) stremen je sledilo mnogo novih, izboljšanih, večinoma gibnih stremen, deloma celo s priteznimi peresi. Noga je v novih stremenih vsekar mnogo manj ovirana kot poprej. Še večji vpliv od stremen pa ima z ozirom na poškodbe popolnoma spremenjena smuška tehnika, način drže telesa in vodstva smučī, o čem smo že prej na kratko govorili.

Elegantno ali tudi nevarnejšo visoko držo telesa Norvežana je nadomestila sigurnejša nizka drža (težišče telesa je zemlji mnogo bližje) s predklonom, nazvana „Arlberška tehnika“ ali pa tudi — z ozirom na lokalni kolorit — „alpska“ smuška tehnika. Dasi je ta tehnika smučanja v globokem počepu že popolnoma prodrła in se je oklepa tudi mladina, jo še vedno napadajo radi neestetične drže in napornega počepa. Mi jo pa s stališča nezgod le pozdravljamo.

Statistik o poškodbah pri smučanju pri nas še nimamo. Smuški sport je pri nas šele v razvoju, akoprav je zadnja leta zavzel neverjeten razmah v dravski in savski banovini. S tem razmahom je število poškodb — razumljivo — narastlo, kar bo morala točna statistika upoštevati. Po razpoložljivih nemških statistikah je sportni zdravnik dr. Mock prišel do zaključka, da je bilo kostnih prelomov 1‰, lažjih poškodb, med katere prištevata natrganje in pretegnjene vezi, izvinjenja in dr. približno 1‰. Verjetno je, da so te številke nekoliko prenizke, posebno ker ne upoštevajo večjega števila poškodb pri začetnikih. Profesor dr. N i e d e n je sestavil statistiko svojih freiburških akademikov. Izmed 3.466 akademikov je ca. 2.000 več ali manj aktivnih smučarjev. Pri teh je ugotovil 14 kostolomov in 180 drugih poškodb. Ta statistika je v toliko nesigurna, ker nam ne pove, koliko časa se je udeleževal vsak smučar in ali je posamezni morda utrpel več nezgod. Kljub nesigurnosti teh statistik pa smemo domnevati, da je izmed poškodb le ena desetina resnejših in težjih n. pr. kostolomov, kar je zelo zadovoljivo. Saj je leta 1914 v. S e a r v svoji monografiji o smuških poškodbah še navedel (žal brez števil) da tvorijo pretežno večino poškodb kostolomi, predvsem torzijski (n. pr. pri telemarku, ki je danes več ali manj pozabljen). Torzijskih prelomov je danes malo, tudi drugi kostolomi ne grede toliko na račun tehnike ali orodja, marveč so posledica slučajnih udarcev in neprevidnosti (drevesa, telegrafski drogovi itd.) Ni torej toliko streme kakor način smuške tehnike, ki soodločuje pri teh poškodbah. Norveška drža daje padcu mnogo večji zamah kakor ona v globokem počepu. Kakor pri težjih, tako vlada tudi med lažjimi poškodbami neko čudno nesorazmerje. Prevladujejo pred vsem poškodbe zgornjega skočnega sklepa (artic. talocruralis) in poškodbe notranje obstranske vezi v kolenu. Često sta ti dve poškodbi združeni pri istem slučaju. Prof. dr. N i e d e n je naštel med 139 lažjih poškodb 107 te vrste. M a n d l poroča celo o 120 izoliranih poškodbah notranje obstranske vezi. Tako pri pluzni zavori kakor pri kristijaniji ima smučar nogo v uzniku (supinaciji), koleno pa v lahkem valgus-položaju, v večjem ali manjšem kotu rotirano. Če pride v tem položaju smučarjeva noga ob kako zapreko, ki jo zadrži,

in vsled tega do padca, nastopi nateg kit m. peronei z krvavenjem okoli gležnja in nateg notranje obstranske vezi kolena, ki daje takozvano „smuško točko“ (Skiepunkt) ob nasadišču obstranske vezi, posebno na medijalnem kondilu. Če je vez delno ali popolnoma pretrgana, nastopi izliv krvi v koleno in tudi notranji menisk je pri popolni rupturi navadno soudeležen, kar se pa redkeje dogaja. Navadno opažamo pretegnenje notranje vezi s samo delno rupturo posameznih vlakenc, predvsem ob pokostnici medijalnega kondila, torej na mestu, ki smo ga označili kot smuško točko.

Poleg že označene drže za časa padca t. j. prenos težišča navzven, lahko vpogčenje in rotiranje v kolenu, položaj supinacije in končno fiksacija smučke z ного v snegu, dobimo od bolnika pri tej vrsti poškodbe zelo značilne in vedno približno enake anamnestične podatke.

Bolečina v kolenu pri padcu ni velika. Po tej nezgodi smučar lahko nadaljuje pot, le pri pluznih zavorah, obratih in dr. se bolečina poveča. Šele po več urah začne koleno otekati. Brez smučk mnogo težje hodi. Bolečina je najmanjša pri upognjenem kolenu. Pri poiskusu iztegnjenja občuti močno bolečino na notranji strani kolena, deloma tudi zadaj. (M. semiten-dinosus je deloma spojen z notr. obstransko vezjo). Noč je pri neobvezanem kolenu mučna, vsak najmanjši gib v smislu devijacije ali sproženja je zelo boleč in bolnika prebudi. Koleno po par urah nateče, posebno na notranji strani in lahko doseže celo dvojni obseg. Koža je nespremenjena, šele par ur po poškodbi lahko pomodri na notranji strani, toda ne vedno. Če koleno še ni močno otečeno je bôl lokalizirana vedno na notranji strani, zlasti nad medijalnim kondilom, redko nad piščaljo. Mnogo manj občutljiva je fossa poplitea, ostali del kolena pa sploh ne boli. Pri poškodbi sklepne ovojnice je bolečina bolj splošna. Pri težjih poškrdbah, kjer je navadno tudi izliv krvi v sklepno špranjo, bolečina ni lokalizirana, marveč splošna. Hoja je po taki poškodbi nemogoča. Tudi proženje kolena ni mogoče, rotacija je pri vpognjenem kolenu zelo boleča pri popolni rupturi vezi. Poleg tega pa je koleno še nenavadno gibljivo v smislu abdukcije. V tem primeru moramo misliti tudi na poškodbo notranjega meniska, ki je, kakor vemo, v zvezi z obstransko vezjo, vendar se moramo čuvati, da ne diagnosticiramo rupturo ali zmečkanino (laceracijo) meniska brez tehtnih znakov.

Regele podaja par nasvetov za diferencijalno diagnozo. Bolečina pri poškodbi obstranske vezi ni velika in je šele po par urah izrazitejša. Koleno se težko izteguje šele po par dneh. Pri poškodbi meniska je bolečina velika, ravno tako ni mogoče kolena takoj iztegniti. Bolečina je lokalizirana pri poškodovani vezi strogo na medijalni strani nad kondilom ali piščaljo, pri menisku pa v sklepni špranji, zlasti spredaj medijalno. Pri težji poškodbi vezi nastopi izliv krvi v sklep, pri menisku pa ne. Pri obdukciji opazimo bolečino na naznačeni smuški točki, pri menisku pa kakor sem to preje omenil. Upor pri poškodbi meniska, ki zadržuje iztegnenje kolena je prožen (elastičen), pri poškodbi vezi ne. Priporočljivo je slikati



koleno rentgenološko, vendar se na to ne smemo preveč zanašati. Pri poškodbah meniska je slika negativna, pri deloma vtrgani vezi pa najdemo šele pozneje lahke sence v predelu vezi. Rentgenološko slikanje naj se izvrši po predlogu Kirchmaier-a na sledeči način: obe spodnji okončini se privežeta nad kolonom skupaj. Med gležnje pride večja vrečica s peskom. S tem se napno notranje obstranske vezi. Isto dosežemo tudi na ta način, da privežemo vzdolž cele poškodovane okončine na lateralni strani desko, ob kolenu pa močan zavoj vate, ki potiska koleno od deske v stran. Pri močnih bolečinah bolnika event. omamimo s kloretilom. Sklepna špranja je pri raztrgani vezi na poškodovani strani širša, pri izlivu krvi pa v celoti enakomerno razširjena.

S tem sem podal površen pregled te najpogostejše smučarske poškodbe. O zdravljenju pa le par vodilnih smernic. Težje poškodbe vezi, kakor popolna ruptura in poškodba meniska, spadajo v bolnico radi nevarnosti, da bi ostale trajne kontrakture upognjenega kolena ali opotekajoče koleno („Schlotter-Wackelknie“). Tudi ni izključena kasneje arthritisa deformans. Zlasti osebe pletorične in piknične konstitucije (fibroplastični tip) so ogrožene. Lahke poškodbe, nateg in delne rupture lahko ostanejo v domači oskrbi pod kontrolo zdravnika. Pri teh predvsem imobiliziramo koleno v najugodnejšem t. j. v iztegnjenem položaju, (Böhler). Kjer je v začetku koleno otečeno, dajemo mrzle obkladke že radi event. izliva krvi v sklep. Toplota pa je skrajno škodljiva. Pri močnem izlivu pride v poštev tudi punkcija, ki se pa mora — kakor znano — vršiti pod kavtelami najstrožje asepse; po punkciji pa kompresivni ovoj. Za imobilizacijo pride v prvi vrsti v poštev deska po Volkmannu, pri malo otečenem kolenu pa mavčeva manšeta, v težjih slučajih tudi necblazinjene mavčeve hlače, ki segajo od os ishii do preko gležnjev. Imobilizacija naj traja po značaju poškodbe, po starosti in konstitucije 4—6—8 tednov. Bolnik pa naj s tako imobiliziranim kolonom hodi, da ojača mišičje. Ko odstranimo desko ali mavčev povoj pa mehanoterapija, kopelji z vročim zrakom (Fön), diatermija itd.

Vendar pa lahko trdimo, da smučski sport ni tako nevaren, kakor si ga marsikdo predstavlja, zlasti ne s sedanjo izboljšano tehniko. Ima pa vrline, s katerimi se ne da primerjati skoro nobena druga sportna panoga morda razen plavanja in planinarstva.

#### **Zusammenfassung:**

Mit kurzem Hinweis auf die Tätigkeit des Sportarztes im Allgemeinen bespricht Verfasser insbesondere die häufigste Skieverletzung, die Zerreissung des inneren Seitenbandes des Kniegelenkes. Mit veränderter Skitechnik sind zwar die Knieverletzungen der Bänder etwas häufiger geworden; in demselben Ausmasse ist aber auch die Zahl der sonst üblichen Knochenbrüche stark zurückgegangen, was man jedenfalls als Fortschritt bezeichnen kann. Verfasser hält den Skisport für eine verhältnismässig ungefährliche Sportdisciplin.

#### **Literatura:**

Dr. W. Porzelt: Zentralbl. f. Chir. 1932 No. 27.

Prof. Dr. H. Nieden: Der Chirurg. 1930 No. 12.

Dr. H. Regele: Münch. mediz. Wochenschrift. 1932 No. 37.

## Žariščne infekcije

### Waldayerjevega limfatskega žrelnega obroča.

Dr. Heferle Henrik.

W. D. Müller (l. 1889.) in Delbanco (l. 1910.) sta med prvimi povdabila pomen žariščnih infekcij ustne votline za nastanek mnogih organskih obolenj. V Nemčiji se je mnogo bavil s tem problemom H. Pässler, ki je razjasnil odnose med infektivnimi žarišči v ustni votlini in med septičnimi obolenji, poliartritičnimi afekcijami, vnetljivimi procesi v ledvicah, vnetjem srčnih zaklopk. Rosenow je l. 1908. tem infekcijam dal ime „focal infection“, katerim prišteva poleg omenjenih obolenj še: myositis rheumatica acuta et chronica, myocarditis in pericarditis rheumatica, ulcus duodeni, appendicitis, anaemia, herpes zoster, encephalitis lethargica, poliomyelitis chr., polyneuritis, neuralgia, sclerosis multiplex, torticollis spastica in druge. Ako dodamo še: cholecystitis, pyelitis, adnexitis ter gastritis, smo v glavnem navedli vsa obolenja, ki so lahko povzročena po ognjiščnih infekcijah ustne votline. Hunter je l. 1910. uvedel pojem oralne sepse, ki je sprva obsegal predvsem dentalne infekcije, kasneje pa se je raztegnil na vsa infektivna žarišča ustne votline. Prej omenjene bolezni morejo biti povzročene tudi po kroničnih vnetjih srednjega ušesa, obnosnih votlin, bronhiektazij, adneksov, žolčnega mehurja, maternice, debelega črevesa, ledvičnega lijaka, (Billing in Rosenow), ter po vnetju globokih ven podkolenic. To vnetje je po mnenju O. Mayerja pogosto vzrok kroničnemu revmatizmu mišic in sklepov, kakor tudi nevralgijam, ishiasu in drugim. Predvsem so infektivna ognjišča Waldayerjevega limfatskega žrelnega obroča vzrok imenovanih obolenj, med katerimi zavzemajo Polyarthritis rheumatica acuta et chronica z ostalimi revmatičnimi afekcijami, glomerulonephritis acuta, endocarditis vseh vrst ter akutna in kronična tonzilarna sepsa največji kontingent.

Waldayer imenuje celokupnost limfatskega tkiva ob prehodu nosne in ustne votline v žrelo limfatski žrelni obroč. Ta sestoji iz obeh nebnic (tonsillae palatinae), iz jezične tonzile (tonsilla lingualis), iz žrelnice (tonsilla pharyngea) ter ostalega limfnega vozličevja ob žrelu.

Nebnici (grgalki) sta za mandelj veliki tvorbi ob prehodu ustne v žrelno votlino. Njih površina je gladka z večjim ali manjšim številom udrtin — vhodov v lakune (fossulae seu lacunae tonsillares); včasih opažamo preko tonzil globoko zarezo (plica transversalis). Nebnici ležita v trikotni kotanji (sinus tonsillaris), ki jo omejujeta spredaj arcus palatoglossus, zadaj arcus palatopharyngeus in spodaj koren jezika, Nad tonzilo leži fossa supratonsillaris. V nebnicah je limfno tkivo nakopičeno v obliki limfocitnih vozličev in leukocitov s ključnim središčem ob tonzilarnih kriptah, ki se v obliki 10 — 20 slepo končujočih majnih rogov vgrezajo v notranjost tonzile. Epitel teh lakun je večslojen, ploščat, kot v ostali ustni votlini. Med limfnimi

vozlički je vezivno tkivo. Limfociti in leukociti se nahajajo razen v omenjenih vozličkih tudi v površnem epitelu tonzil in lakun, radi česar je zveza med epitelnimi celicami zrahljana. Jolly imenuje tonzile „organes lymphoepitheliales“, ker žive v njih bela krvna telesca v simbiozi z epitelnimi celicami. Bela krvna telesca prehajajo tudi v lakune (leukopedesis), zlasti pri otroških tonzilah.

Tonzile nimajo dovodnih mezigovnic (limfnih žil), ampak samo odvodne. Te imajo svoj izvor v razpokah tkiva, kjer se začenjajo mezigovne lasnice (limfne kapilare). Mezigovnice potekajo v intratonzilarnem veznem tkivu ter se izlivajo v paratonzilarno bezgavko (limfno žlezo.) Od tu teče limfa k retromandibularnim bezgavkam, od tam k površnim in globokim cervikalnim limfnim žlezam. Na desni strani se izlivajo mezigovnice po truncus jugularis v bulbus venae jugularis, na levi strani se izliva truncus jugularis v ductus thoracicus, so pa v angulus venosus (združitev venae subclaviae z veno jugularis) ali naravnost v veno subclavio.

Arterijelno kri dobiva nebnica po ramus tonsillaris arteriae palatinae ascendens, ki poteka od A. maxillaris externa. Včasih pošilja svoje vejice k nebnici še: A. pharyngea ascendens, a. dorsalis linguae ter aa. palatinae. Venozna kri odteka iz nebnice po tonzilarnih venah v veno facialis communis, ki se izliva v veno jugularis.

Tonsilla lingualis predstavlja celokupnost limfnih mešičkov (folliculi linguales) v sluznici jezиковoga korena. Ta del sluznice je omejen spredaj po sulcus terminalis, ob straneh po nebnicah in zadaj po epiglotisu. Ti folikli leže površno kot male, gladke bradavice, ki imajo eden do štiri mm. v premeru. So pravzaprav votlinice, ki komunicirajo z ustno votlino po kratkem, ozkem rovu; pokrite so s ploščatim epitelom, preplavljenim z limfociti. Steno mešičkov tvori zgoščeno adenoidno tkivo laminae propriae mucosae.

Žrelnica se nahaja na gornjem oboku žrela (epipharynx seu cavum pharyngonasale). Sestavljena je slično kot nebnica. Njene mezigovnice tečejo predvsem k bezgavki v zatilniku, ki pri obolenju žrelnice najprej oteče.

V sluznici žrela so limfni folikli in navadno adenoidno tkivo, ki je ob izhodu tubae Eustacchi strnjeno v samostojno tvorbo: tonsilla tubaria.

Tonzile tvorijo limfocite in imunizatorna antitelesa, delujejo endokrino v krogu žlez, ki regulirajo razvoj mladega organizma. Po Feinovi teoriji so tonzile organ za iztrebljanje toksinov in bakterij iz človeškega telesa. Na tej teoriji je zasnoval Röder svojo metodo izsesavanja tonzil pri organskih obolenjih. Na tej domnevi sloni tudi tkzv. anginozna teorija, da je vsaka tonzilitis povzročena hematogenim potom. To naziranje je opravičeno pri angini, ki nastopi v sekundarnem stadiju luesa, pri trebušnem in pestem legarju. V primerih banalnih vnetij nebnic, ki so najčešče, pa si ne moremo predstavljati druge poti kot aerogeno.

Po Brieger-Hockejevi teoriji predstavljajo tonzile najvažnejši obrambni organ telesa proti infekcijam. Ta teorija se opira predvsem na dejstvo, da

je tonzilarno tkivo pri fetusu in novorojenčku malo razvito; Množiti se začne šele v poznejših mesecih ekstrauterinega življenja, čim bolj prihaja dete v dotiko z infektivnimi snovmi in čim več izgubi na imuniteti, pridobljeni od matere. Morda so pri otrocih radi tega tako česte hiperplazije adenoidnega tkiva ker se prav tu nahajajo tonzile v mogočnem boju z bakterijami. V poznejših letih se tonzile involvirajo, deloma radi atrofičnih sprememb po kroničnih vnetjih, predvsem pa zato, ker so dovršile svojo nalogo imuniziranja telesa. Iz imunobiološkega stališča si moremo razložiti tudi često opazovano dejstvo, da poteka angina posebno težko pri ljudeh, ki je v mladosti niso nikdar imeli in da ravno v takih primerih pogosto vidimo septičen potek angine.

Značilno za limfatsko tkivo je, da reagira na infekcijo posebno močno z lokalnimi in splošnimi pojavi. Radi svoje eksponirane lege — tu se križata respiratorni in digestivni trakt — je nebica največkrat napadena od bakterij. Infekcijo podpira tudi mehanizem požiranja, pri katerem se bakterije vtisnejo v tonzilarne kripte. Najčesče najdemo pri vnetju tonzil, stafilokoke in streptokoke vseh vrst, bacillus fusiformis, b. influenzae, različne spirile, diplococcus rheumaticus (Pointon in Paine), Achalmejev anaerobni bacil, micrococcus arthriticus, b. typhi, diphtheriae in druge. Uffenorde je na histoloških rezih tonzil ugotovil bakterije predvsem v kriptah in lakunah, v tonzilarnem tkivu in krvnih žilah jih je našel le v redkih primerih.

Globlja vnetja tonzil dovedejo večkrat do peritonzilarnih abscesov, do postanginoznih seps ali pa preidejo v kronično vnetje.

Peritonzilarne abscese zdravimo z incizijo; če so globoki in nedosegljivi, je potrebna tonzilektomija, zlasti, če se pojavijo septični simptomi. (Wirth).

O postanginozni sepsi govorimo v primerih aku'ne tonzilitide, kjer po treh do petih dneh temperatura ne pade, temveč zadobi remilirajoč značaj. S tem stanjem se druži slabo splošno počutje bolnika. Navadno ima sepsa svoj izvor v flegmonoznem vnetju obžrelnega veziva, ki povzroči vnetje vratnih ven. Lahko nastopi tudi vnetje odgovarjajočih cervikalnih mezo-govnic. V zvezi s tem vnetjem otečejo zlasti limfne žleze, ki leže ob združitvi v. facialis z v. jugularis, ki trombozira. Thrombophlebitis jugularis lahko nastane tudi direktno iz tromboflebitičnega vnetja tonzilarnih ven. Tonzilogena sepsa more nastati tudi brez opisanih sprememb. V tem primeru preidejo bakterije naravnost v krvna in limfna pota, ker organizem nima sposobnosti lokalne reakcije. V primerih tonzilarne sepse priporoča Wirth čim zgodnejšo tonzilektomijo, ki je po njegovem mnenju manj nevarna, kot se splošno misli. Ako po odstranitvi tonzil temperatura ne pade, je treba podvezati v. jugularis. Če se pojavi flegmona na vratu, jo moramo incidirati od zunaj. O teh operacijah odloča specialist. Dolžnost praktičnega zdravnika pa je, da pošlje takega bolnika čimprej k laringologu. Dve tretjini bolnikov s tonzilarno sepsa, ki bi sicer gotovo zapadli smrti, more po Wirthovem mnenju rešiti pravočasna tonzilektomija.

Dočim je akutna tonzilarna sepsa splošno priznana, predstavlja kronična tonzilarna sepsa, ki jo imenuje Löwenhardt „chronioseptikaemia“, Donath in Saxl pa sepsis lentissima; še precej zamotan problem. Nekateri avtorji ji odrekajo vsak pomen ter proglašajo take diagnoze za diagnoze v zadregi. Drugi avtorji (Billing, Rosenow, Pässler itd.) priznavajo kronični tonzilogeni sepsi veliko važnost; na podlagi kroničnih tonzilogenih bakterij si razlagajo celo vrsto obolenj, ki smo jih uvodoma omenili. Pässler misli, da se močnejša vnetja tonzil nikdar popolnoma ne izlečijo, temveč preidejo v kronično vnetje. Take tonzile vsebujejo v svojih kriptah patogene klice. Ko v ustni votlini že davno ni več virulentnih klic, ostanejo v tonzilah še dolgo po akutnem vnetju, ker se gube nebnice zlepijo s fibrinom ter se nato zrastejo. Nastanejo nazven zaprte kripte, v katerih žive klice ločeno od ostale ustne votline. V tem tkzv. mrtvem prostoru se bakterije bujno razvijajo, ker jih ne pokončavajo saprofiti ustne dupline. Njihov neomejeni razvoj pospešuje tudi stalno optimalna temperatura kript in dejstvo, da je obdajajoče tkivo radi kronično vnetljivih sprememb slabo preskrbljeno s krvjo in manj odporno. V lakunah, ki niso popolnoma odrezane od ustne votline, pospešuje ugodno rast bakterij tudi zastoj hrane ki se nabira v kriptah, razpada in nudi bakterijam dovolj hranilnih snovi.

Klice v omenjenih kriptah vzdržujejo kronično vnetje tonzil. Od časa do časa pride radi ponovnih infekcij ali radi spremenjenega imunobiološkega razpoloženja organizma do akutnih recidiv odnosno eksacerbacij. Radi zmanjšane lokalne imunitete ali kot misli Hollmann radi prirojene funkcionalne slabosti Waldayerjevega limfnega obroča preidejo bakterije v limfna in krvna pota, po katerih se raztresejo v razne organe. Ta prehod olajšuje razrahljani epitel na koncu lakun. Uffendorfer je dognal bakterije v kriptah, v tkivu tonzil in predvsem v krvnih žilah. Radi tega smatra da je možen prehod bakterij iz lakun v krvna pota in na ta način verjeten nastanek kronične bakteriemije odnosno sepe. Klinično se javlja kronična tonzilarna sepsa s subfebrilno temperaturo, nagnjenjem k potenju in mrazenju, s slabim apetitom, glavobolom, bolečinami v sklepih in mišicah, težavami pri srcu in v grlu, ki pa niso stalne. V urinu so sledovi beljakovine, v sedimentu leukociti in eritrociti. K diagnozi tonsillitis chronica nam pripomore tudi anamneza, v kateri izvemo za recidivirajoče angine, za tonzilotomije in — ektomije, po katerih večkrat ostanejo klice v tonzili. Z inspekcijo ugotovimo velikost nebnic, ki večinoma obdrže normalno velikost, večkrat pa so povečane ali celo zmanjšane. Za ugotovitev velikosti tonzil je treba odmakniti arcus palatoglossus, za katerim morejo sicer velike tonzile izgledati majhne. Barva kronično vnetih nebnic je živo rdeča ali pa izredno bleda. Na površini so radi zadebelelih izhodiščnih robov lakun razsekane in razrvane. Često opazimo tudi večje ali manjše brazgotine po sluzničnih defektih. Konzistenca tonzil je lahko zelo mehka ali pa zelo trda. Iz lakun se dajo večkrat iztisniti gnojni čepi, ki vsebujejo poleg detritusa, epitelij in bakterij tudi leukocite. Zelo pogosto so tonzile zrasle z okolico. Potre-

ben je tudi pregled vratnih bezgavk, ki so v mnogih primerih kroničnega tonzilarnega vnetja boleče in zatekle. Pri kronični tonzilogeni sepsi priporoča Maks Jägermann konservativno zdravljenje: Röderjevo izsesavanje tonzilarnih lakun ali enostavnejšo metodo digitalnega iztisnjenja tonzil. Jasno je, da to zdravljenje ne more dovesti do popolnega uspeha; vemo namreč, da je pri kroničnih vnetjih nebnic nebroj lakun zaprtih in da se v globini nahajajo mali abscesi, ki jim z omenjenimi metodami ne moremo do živega. Boljše je rentgenološko obsevanje tonzil, ki je po mnenju P. Hessa manj nevarno nego tonzilektomija. Po takem obsevanju se izvrši razpad občutljivega limfatkega tkiva; nastane neke vrste autoimunizacija, ki uniči bakterije. To zdravljenje velja predvsem za kronične recidivirajoče angine, ki potekajo brez posebnih komplikacij. V ostalih primerih pa je treba seči po radikalnejšem sredstvu — tonzilektomiji, ki jo večina avtorjev priporoča tudi za nekomplcirane primere.

Potom bakterijemije nastanejo iz primarnega infektivnega žarišča sekundarna gnezdišča, katerih lokalizacija zavisi od specifične elektivitete bakterij. Rosenow misli, da se streptokoki, ki pridejo v krvni obtok, ne naselijo kar na slepo; v živalskih poizkusih je dokazal, da se manj virulentni streptokoki naselijo predvsem v organih, ki so slabše prekrvljeni: na srčnih zaklopkah, v sklepih in kitah. Bolj virulentni streptokoki so povzročili nephritis, myositis, iritis in ulcus ventriculi. *Micrococcus arthriticus*, *diplococcus rheumaticus*, Achalmejev anaerobni bacil imajo posebno elektivnato do sklepov. Te bakterije so našli pri revmatičnih obolenjih v sklepih, pa tudi v krvi in seči (Pointon in Paine). Interesantno, toda še nerešeno je vprašanje, ali morejo bakterije pod gotovimi pogoji spremeniti svojo specifiteto in preiti v drugo vrsto (n. pr. *streptococcus haemolyticus*, *streptococcus viridans* Schottmüller). Od rešitve tega problema zavisi etiološka pojasnitev mnogih obolenj (n. pr. *polyarthritis rheumatica*, *endocarditis verrucosa et lenta*, *lumbago*, *ischias*, *neuralgia*, *polyneuritis* etc. etc.). Afinieta bakterij do gotovih organov je najbrž vzrok, da se v enem primeru kronične bakterijemije razvije *cholecystitis*, v drugem *nephritis*, v tretjem *appendicitis* itd.

Poleg te direktne zveze med infekcijskim žariščem in sekundarnim obolenjem, ki ga povzroča hematogeno širjenje bakterij, moramo omeniti še indirektni način. Ta temelji v alergični reakciji organizma na ponovne infekcije. Pri prvi infekciji (bodisi, da so bacili še v tonzilah, ali pa da so že dospeli v krvni obtok) se radi razpada bakterijske beljakovine stvorijo antitelesa, ki so pri ponovni infekciji vzrok izpremenjeni reakciji organizma. Na ta način si Weintraud razlaga postanek revmatične poliartritide. Po njegovem mnenju je revmatično vnetje sklepov anafilaktičen pojav sličen onemu, ki ga v 5% primerov dobimo po injekciji difterijskega zdravilnega seruma in ki se imenuje serumska bolezen. Na isti način si po modernem naziranju razlagamo postanek akutne glomerulonefritide, ki temelji na alergičnem angiospazmu s posledicami na ledvicah.

Naj bo že bakteriemija ali alergija vzrok teh obolenj, za prakso je važno dejstvo da so skoro vedno v vzročni zvezi s tonzilo. Iz tega sledi zahteva, da se taka tonzila odstrani čimpreje. S tem ne preprečimo obstoječega obolenja, pač pa prekinemo dotok novih bakterij in recidiviranje procesa. Radikalno izluščenje tonzil je kot prvi zahteval Pässler, ki je spoznal, da so tonzile glavno vhodišče za revmatični virus in njegov stalni sedež, iz katerega prihajajo recidivi. Isti avtor zahteva tonzilektomijo pri revmatični endokarditidi, če najdemo tonzilo kronično vneto, odnosno gnojne čepe v njej.

Kavzalna terapija revmatične miokarditide se po mnenju W. H. Veil-a izvede najbolje z uničenjem primarnega infektivnega gnezdišča, ki se navadno nahaja v območju ustne, žrelne ali obnosnih votlin. Največkrat so tonzile vzrok temu obolenju in treba jih je radikalno odstraniti. Tonzilektomija naj se izvede čimpreje in sicer takoj, ko se popravi srčna insuficienca.

Zdravljenje vzročnega infekta pri akutni difuzni nefritidi je po mnenju Doenecke-ja izredne važnosti radi opasnosti prehoda v kronični stadij. Če so tonzile velike, razorane, z gnojnimi čepi, pride v poštev tonzilektomija in sicer tedaj, ko so akutni simptomi prenehali. Le v izredno težkih primerih naj se tonzilektomija izvede v akutnem stadiju.

Iz navedenih dejstev je razvidno, da moramo kronično vnete tonzile odstraniti. Tudi, če ni tipičnih izprememb na njih, je dobro, da se odločimo za tonzilektomijo v vseh primerih, kjer pri uvodoma omenjenih boleznih ni mogoče ugotoviti zanesljivega vira infekcije; (po Pässlerju namreč ne moremo po izgledu tonzil nikdar zanikati kroničnega vnetja istih; makroskopsko lahko izgledajo normalne, mikroskopsko pa kažejo sledove kronično vnetljivih procesov). Po Denkerju in Brueningu imamo za tonzilektomijo sledeče indikacije:

- 1) tonzilitide, ki se vsako leto večkrat ponavljajo;
- 2) tonzilitida s splošnim septičnim obolenjem.

Kontraindikacije po Mathesu so:

- 1) Obstoječe vnetje srednjega ušesa;
- 2) hemofilija in leukemija;
- 3) epidemija meningitisa, poliomyelitisa in encefalitisa.

Akutna vnetja nebnic niso absolutna kontraindikacija. Vendar naj se tonzilektomija pri febrilnem bolniku izvrši le v začetku postanginozne sepse in pri nedosegljivih tonzilarnih abscesih. Po Wirth-ovem mnenju spada tonzilektomija k manj nevarnim operacijam, ki ne povzročajo večjih komplikacij. Le v 2,3% primerov je dobil krvavitve; navadno izvirajo od ledirane a. maxillaris exter., ki je v takih slučajih zavita. V 5,8% je dobil temperature čez 37,5°C; bronhopneumonije so se razvile v 0,2%. Omeniti je treba večkrat ugotovljeno dejstvo, da se po tonzilektomiji pojavijo poliartritični simptomi pri ljudeh, ki niso nikdar trpeli na revmatičnih vnetjih sklepov. Po tonzilektomiji radi glomerulonefritide, se opaža včasih hematuria, znak imunobiološke reakcije, ker smo zadeli na infektivno žarišče.

Večkrat se opažajo po odstranitvi nebnic:

- 1) Zvišano nagnenje k obolenjem dihalnega trakta, ker odpade filtrirajoče delovanje tonzil;
- 2) suhost v grlu;
- 3) motnje pri govorjenju, radi močnih zarastlin po kronični tonsilitidi, ki so navadno obstojale že pred tonsilektomijo.

Pred vsako tonsilektomijo je treba izločiti možnost infekcijskega žarišča v kakem drugem organu. Dentalne sepse so v primeru s tonsilarnimi zelo redke. Vendar jih je treba vzeti v pretres in izvršiti potrebne preiskave: pregledati zobovje na caries dentis, alveolarno piorejo, zobne fistule etc; predvsem pa je treba rentgenološke slike zobovja, radi eventualnih apikalnih granulomov, ki so najčešče leglo kronično septičnih pojavov v strani zobovja. Važen je pregled urina radi event. pielitide, blata (colitis!), pljuč (brohhiektazije!) kakor tudi pregled obnosnih votlin, adneksov in vseh uvo doma omenjenih infektivnih izhodišč.

Kljub temu, da smo izključili vsa ta obolenja, tonsilektomija včasih ne da zaželjenega uspeha; pač zaradi tega, ker nismo odstranili edinega žarišča. Vpoštevali moramo, da v nekaterih primerih ni samo nebница nositeljica infekcije, ampak ves Waldyerjev limfni obroč, ali vsaj deli istega. Ti primeri so razmeroma redki in nam ne smejo vzeti vere v uspeh tonsilektomije. Zavlačevanje operativnega posega daje bolezni priliko, da iz prvotnega žarišča razvije nova. K aktivnemu posegu nas bodre tudi ugodni rezultati tonsilektomij, o katerih poročajo z raznih strani (Pässler, Wirth). Izvrstne uspehe smo dosegli s tonsilektomijo tudi na internem oddelku občere državne bolnice v Ljubljani in bo tozadevna statistika v kratkem objavljena.

#### Zusammenfassung.

Der Autor bespricht die Anatomie und Physiologie der Rachen-, Gaumen- und Zungenmandel sowie die Auswirkungen deren Erkrankung auf den ganzen Organismus. Ein besonderes Kapitel widmet er der äusserst wichtigen akuten und chronischen Sepsis, ausgehend von den erkrankten Tonsillen in Berücksichtigung ihres Zusammenhanges mit kranken Zähnen. Als Mittel zur Entfernung der erkrankten Tonsille und damit des Krankheitsherdes führt er die Tonsillektomie mit ihren Indikationen, Kontraindikationen und Folgen an. Eine Statistik über den Erfolg dieser Operation, die in Zusammenarbeit der internen mit der otologischen Abteilung des Staatskrankenhauses zu Ljubljana ausgeführt wurde, erfolgt in aller Kürze.

#### Literatura:

H. Pässler, Zur Frage der chron. Infektionsherde in der Mundhöhle. Münchener Medizinische Wochenschrift 1931 No 39-40.

Dtto. Die Diagnose der chron. Infektionsherde in der Mundhöhle. München. Medizin. Wochenschrift 1931 No 45.

Wirth, Die Tonsillektomie bei akuter Tonsillitis und bei tonsillogener Sepsis. München. Medizin. Wochenschrift 1932 No 42.

Wirth u. O. Lachenit, Hat die Tonsillektomie schädliche Folgen? München. Medizin. Wochenschrift 1931 No 46.

Maks Jägermann, Die Tonsillen und ihre konservative Behandlung mit dem Roedersehen Saugverfahren. München. Medizin. Wochenschrift 1932 No 44.

P. Hess, Die Roentgenbehandlung der chronischen Tonsillitis. München. Medizin. Wochenschrift 1933 No 10.

Otto Mayer, Zum Problem des chronischen Rheumatismus München. Mediz. Wochenschrift 1933 No 12.

W. Uffenorde, Bakterienfunde in den Gaumenmandeln und ihrer Umgebung bei chronischer Mandelsepsis. München. Medizin. Wochenschrift 1933 No 28.

Dr. Erich Wirth u. G. Renno, Die Gefahren der Tonsillektomie. Deutsche Medizin. Wochenschrift 1933 No 9.

C. Hirsch Angina. Neue Deutsche Klinik 1928 Bd. 1.

A. Schwenkenbecher u. K. Eimer, Gelenkrheumatismus. Neue Deutsche Klinik 1930 Bd. 4.

K. Bingold Septische Erkrankungen. Neue Deutsche Klinik 1932 Bd. 9.

Dr. F. Doenecke, Die akute diffuse Glomerulonephritis. Neue Deutsche Klinik 1931 Bd. 8.

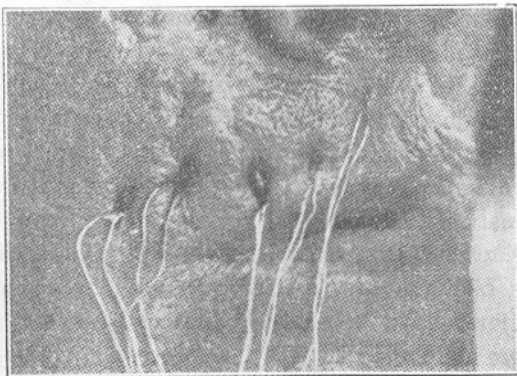


# Uspehi pri zdravljenju kožnega raka z malimi sredstvi.

Primarij Dr. Jos. Cholewa, Brežice.

V Wien. Klin. W. 1933/23 poročata L. Arzt in H. Fuhs o trajnih uspehih zdravljenja kožnega raka z radijem in prihajata do zaključka, da je to zdravljenje z radijem — po eventualni predhodni elektro-kirurgiji — metoda izbire s 75% pozitivnih uspehov. Pisec sam je dne 10. III. 1932 demonstriral na sestanku za operativno medicino v Zagrebu dva slučaja kožnega raka ozdravljenega z radium-pointi, ki jih je l. 1926. uvedel v terapijo Heiner iz Joachimova. Radium-pointi so spoj platine z radijem. Po A. Fischerju (Verhandl. d. deutsch. Roentgengesellsch. B. 19/1028) opazamo pri pointih z enim mg radijevega elementa ravnotako delovanje kakor se vidi pri Dominici — cevkah s 30 do 50 mg radijevega elementa. Pri tem je posebno koristno to, da odpade nezaželjeno delovanje radija na daljavo, ker je polumer delovanja radium-pointa samo 7 do 8 mm.

Igle (needles) uporabljajo v vseh institutih, predvsem v Ameriki. To so z emanacijo napolnjene steklene ali zlate cevke. Pri njih izkoriščamo predvsem trde  $\gamma$  žarke in samo bogati laboratoriji z 1 do 2 gr radium-elementa se jih lahko poslužujejo. Z radium-pointi (sl. 1) z 1 do 2 mg radium-elementa, ki so trajni, pa se lahko že manjši zavodi okoristijo. Ti radium-pointi so bili preizkušeni v drugem fizikalnem institutu dunajskega vseučilišča in v institutu gospe Curie-Skłodowski v Parizu. Mnenje dunajskega instituta se glasi: „Pokazalo se je, da pointi, sestavljeni iz radija in platine biološko in terapeutsko pri doslej običajnih formah obsevanja mnogo boljše delujejo kakor steklene kapilare, Dominici-cevke itd. S fizikalnega stališča je to neizmerno pojačeno delovanje razumljivo, če pomislimo, da nastaja v tkivu povečana ionizacija vsled radijevih žarkov. To pa smemo pričakovati samo, če oddaja radium-platina velik del svoje emanacije, tako da ta razpada šele v tkivu. Toda preiskava pointov iz radium-platine na njeno emanacijsko sposobnost je pokazala, da oddajajo dejansko večji del emanacije ravno v teh razmerah, ki jih najdemo v tkivu. Radi tega pridejo pri uporabi pointov kvantitativno v gotovi meri do veljave v tkivu ne samo prodirajoči  $\beta$ - in  $\gamma$ -žarki, temveč tudi mnogo močnejši  $\alpha$ -žarki istopivše emanacije in njenih produktov razpadanja



Slika 1.  
Karcinoma obraza (radium-igle)

kakor tudi mehki  $\beta$ - in  $\gamma$ -žarki. Tako je s fizikalnega stališča brez nadaljnega razumljivo 10 do 100 krat močnejše delovanje pointov iz radium-platine“.

V Zblt. f. Gyn. 31/1920 piše ginekolog W. Latzko (Wien) o uspešnem zdravljenju malignih tumorjev maternice z radium-pointi. Tudi Schüller (Wien) poroča v Ztschf. f. urolog. Chir. B. 30 H. 3/4 o uspehih zdravljenja z radium-pointi pri raku sečnega mehurja. Leta 1929 sem nabavil 3 radium-pointe in sicer:

Kom. št. 26. 1.40 mg radium-elementa,

kom. št. 90. 1 mg radium-elementa,

kom. št. 87. 0.34 mg radium-elementa.

Na tem mestu hočem pripomniti, da mi je kom. št. 87 izgubila podgana pri eksperimentalnem poskusu s pridobljenim sarkomom. Ta eksperiment je bil moj najdražji, a povrh še brezuspešen. Z radium-pointi sem zdravil doslej:

1. g. M. St. 60 let za Ca. auriculae dex. — s pozitivnim uspehom.

2. g. M. Šk. 82 let za Ca. nasi (radix). (Slike 2 in 3). s poz. uspehom.

3. g. M. K. 63 let za Ca. nasi (alae) s pozitivnim uspehom (Sl. 4 in 5).

Pri vseh slučajih je bil karcinom ugotovljen po profesorju dr. Plečniku, kateremu se tudi na tem mestu prisrčno zahvaljujem. Slučaj 1. je bil kombinirano zdravljen z röntgenom in radijem, a ni bil fotografiran, ker nisem upal na uspeh; interesanten pa je tudi radi tega, ker je bil 5 let pred tem operiran na otološki kliniki v Zagrebu radi Ca. planoepit. laryngis (ugotovil prof. Saltykow). Njegova soproga je umrla na metastazi v pljučah vsled prsnega raka, 8 let po operaciji. Pri vseh slučajih je bil ugotovljen ploskostanični rak, ki je kot tak zopet odpornejši napram terapiji kakor bazocelularni karcinom, ki po navadi ne dela metastaz v žlezah. Slučaj 2. je dobil 590.5 mgh (mg radijskih ur), slučaj 3. 375 mgh, to se pravi, da so dobivali igle večkrat po 48 do 50 ur, tako da je bila dosežena kakor je zgoraj navedeno v 2. slučaju skupna vsota 590.5 mgh.

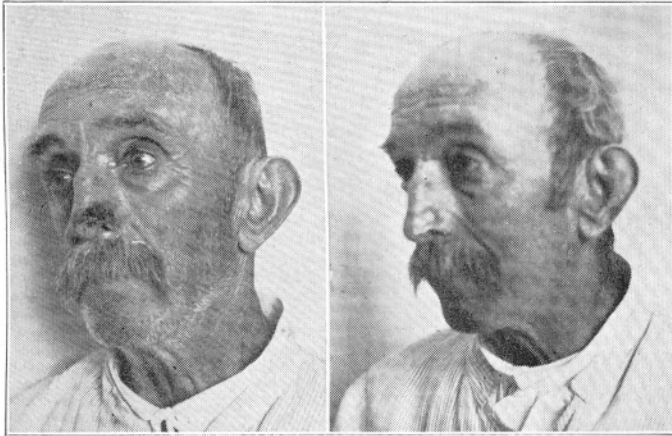
Omeniti moram tudi nekaj o senzibiliteti rakastih obolenj. Že G. Holzknecht, prezgodaj na poklicnem raku preminuli röntgenolog, ni dovolil svojim sodelavcem govoriti o raku, temveč o rakih. Vsak slučaj raka reagira drugače tudi glede zdravljenja z röntgenom in radijem. Pokazalo se je tudi, da problem zdravljenja z žarki ni fizikalen, temveč biološki problem in se zato dandanes opušča hipotetično takozvano karcinomdozo in dozo dražljaja (Reizdosis). Namesto Röntgen-Wertheim-dosis in drugih metod z masivnimi dozami, se danes uporabljajo metode, ki stremijo za tem, da se z žarki kolikor mogoče dolgotrajno vpliva na rakasto tkivo, oziroma da se čim bolj in v različnih štadijih mitoze moti delitev celic. Tako se približujemo z röntgenerapijo načinu delovanja, kakor ga poznamo pri biološkem delovanju radija. Že pred Coutardom v radiuminstitutu v Parizu, G. Schwarzom in L. Freudom na Dunaju, ki sta to metodo izdelala, jo je v principu zasledoval W. Werner, ravnatelj instituta v Heidelbergu. Povečana občutljivost stanic napram žarkom v času mitoze ni več hipoteza, nego že



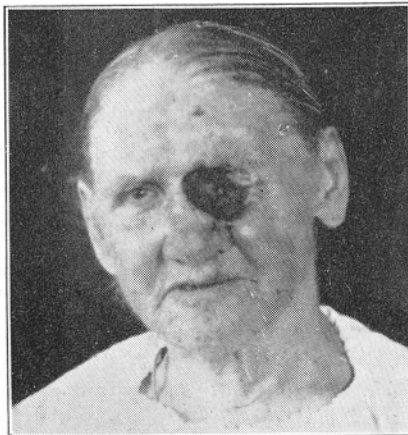
Slika 2.



Slika 3.



Slika 4. in 5.



Slika 6.

ugotovljeno dejstvo. To je edini doslej ugotovljeni faktor, medtem ko so vsi ostali le hipotetični (Pollitzer, W. KL. W. 1933/21). Da bi dosegli röntgenove žarke, ki bi bili slični  $\gamma$  žarkom radija, je zaenkrat samo naša pobožna želja, ker bi bila zato potrebna energija približno 2 milijon. voltov, a manjkajo nam zato tudi aparati in cevi. Celotna doza, ki je potrebna po tehniki Coutarda, iznaša 6 do 10.000 r, torej 12 do 20krat več kot doslej dovoljena doza.

Zadoščenje je za zdravnika, ako ozdravi s tako malimi sredstvi kakor so radium-pointi npr. raka na očesni vekli ali pa blizu očesa, ko je bilo doslej potrebno pri kirurškem zdravljenju žrtvovati zrklo, ko so vendar uspehi dostikrat tako nesigurni kakor jih vidimo na priloženi sl. št. 6.

### **Zusammenfassung.**

J. Cholewa, Primararzt des Krankenhauses zu Brežice: Erfolgreiche Krebsbehandlung mit bescheidenen Mitteln.

Verfasser berichtet kurz über die Anwendung der Radium-Pointen. Es ist das eine auch für kleinere Krankenhäuser und Institute erschwingliche Behandlungsweise, die auch gleichzeitig theoretisch gut begründet ist und praktisch gute Erfolge zeitigt. Verfasser berichtet über drei Fälle, die mit R. P. erfolgreich behandelt wurden. Von zwei dieser Fälle werden Bilder gebracht.

### **Iz dermatovenerološke klinike u Zagrebu.**

**Predstojnik: Prof. Dr. Fr. Kogoj.**

## **O solusalvarzanu\*).**

**Dr. Ernest Hammerschmidt.**

Dasi zavzema v modernem zdravljenju sifilide neosalvarzan suvereno mesto, je vendar v mnogih slučajih dobro, da imamo na razpolago še druga, vsem zahtevam in potrebam odgovarjajoča arzenska sredstva, katere bi imela pred vsem to prednost, da se ne bi dala aplicirati samo intravenozno. Predlani je izdelala I. G. Farbenindustrie solusalvarzan, arzenobencolski preparat, ki se da injicirati intramuskularno, pa tudi subkutano (v malih dozah) in intravenozno (v. d.). Solusalvarzan je 3-acetylamino-4-oxy-bencolarzeno —4'-acetylamino —2'-fenoksikisli natrij, bil pa je deklariran tudi kot 3'4'-diacetylamino —4-oxy-arzenobencol —2'-natriumglykolat. Gre za rumeno, prozorno, za direktno vporabo prirejeno 10% raztopino: 1 ccm vsebuje 0,02 g arzena.

Predvsem bi rad opozoril kratko na zelo važne aplikativno-tehnične prednosti, ki jih nudi solusalvarzan, na pr. pri adipoznih moških in ženskah, pri majhnih otrocih, pa tudi pri sekundarnih težkočah, na pr. po predhodnih paravenoznih injekcijah, kjer je intravenozno injiciranje postalo nemogoče ali pa zelo težko. Razven tega prinaša novo, učinkovito salvarzansko sredstvo pri mnogih slučajih delne ali monovalentne preobčutljivosti proti drugim preparatom salvarzana velik plus, četudi se v nekem odstotku

\*) Predavanje ob priliki V. kongresa JDVD-a v Zagrebu, 1933.

slučajev razleza neprenesljivost na vse salvarzanske preparate. Za slučaje preobčutljivosti proti salvarzanu, pri katerih se v poteku terapije luesa poskuša prvo salvarzansko sredstvo nadomestiti z drugim, ki ga bolnik prenese, je po podatkih R. Bezečny-ja solusalvarzan zelo primeren, kajti v sedmih slučajih neprenesljivosti napram neo — ali myosalvarzanu, so bolniki odlično prenašali solusalvarzan. Slične slučaje smo opazovali tudi na naši kliniki. Šosomalvarzan bomo principijelno lahko uporabili povsod, kjer je indiciran neo- ali myosalvarzan. Ena glavnih indikacij za uporabo solusalvarzana bo tam, kjer ne bo šlo za primarne, temveč za sekundarne težkoče z ozirom na aplikacijo, kot smo to že omenili. Njegova uporaba pa je tudi priporočljiva pri lues congenita, gumah, latentnih, poznih in mnogih drugih slučajih luesa, posebno pri živčnih ali internih formah; zelo radi ga uporabljamo pri luetični aortitidi (Scherber). Kako važna je individualna terapija luesa, kažejo podatki H. Nagella in P. Berggre-ena: med 53 slučaji sta ta dva autorja imela štiri, ki so bili rezistentni napram neosalvarzanu in bizmutu, posrečilo pa se jima je v relativno kratkem času od teh štirih slučajev s solusalvarzanom sanirati dva. Sličen slučaj kongenitalnega luesa, kjer je obstojala relativna refrakternost napram spiro-cidu in bizmutu, ki jo je premagal solusalvarzan, smo tudi mi opažali.

Celokupna doza solusalvarzana za eno kuro naj po naših izkušnjah znaša 40—60 ccm 10<sup>0</sup>/<sub>100</sub> rastopine. Moškim smo dajali v početku 1×1 ccm, 2×2 ccm, 3×3 ccm, 4×4 ccm in 4×5 ccm in sicer tako, da so dobili prve 3 injekcije prvi teden, v naslednjih tednih pa vedno po dve injekciji. Pri ženskah smo dajali mesto doz po 5 ccm doze po 4 ccm. Sedaj začinjamo kuro z 2 ccm in čim preje preidemo na 4 ccm. Injiciramo vedno zelo globoko intramuskularno v zunanji gornji glutealni kvadrant. Da bi kolikor mogoče preprečili sensibilizacijo kože, injiciramo po navodilu prof. Kogojja takole: pri injekcijah uporabljamo posebno iglo za vsrkavanje solusalvarzana in drugo za njegovo vbizgavanje; da bi preprečili morebitno poznejše izcejanje tekočine, vbadamo iglo pošev in jo po injekciji najprej samo malo izvlečemo in zavrtimo, da bi tako po možnosti odstranili zadnje sledove tekočine, potem jo pa na mah izvlečemo.

Strausz, ki je s solusalvarzanom zdravil 7 tabičarjev, 6 slučaje v aortitide in 13 starih, latentnih slučaje v, je male doze solusalvarzana injiciral subkutano. Tataru cenil intravenozno aplikacijo solusalvarzana enako kod intramuskularno.

Z drugimi antiluetičnimi sredstvi se dá solusalvarzan dobro kombinirati. Razven bizmuta (Bezečny, Schreiner), živega srebra (Ensbrenner), joda (Scherber) se lahko tudi kombinira s tzv. nespecifičnimi sredstvi, tudi takimi, ki povzročajo vročino (autohaima, olobintin, arthigon, mleko, pyrifera i t. d.). Tako kombiniranje smatramo za posebno koristno in indicirano pri zastarelih in rezistentnih slučajih luesa (gl. Kogoj, št. 1. in 2. Zdr. Vestn. 1933.).

Ravno tako kot drugi autorji imamo tudi mi s solusalvarzanom zelo dobre klinične izkušnje. Primarni efekti se celijo že po cca. 10—20 ccm solusalvarzana. Otekle limfne žleze morda perzistirajo nekoliko dalj kot pri kombiniranih kurah z neo-salvarzanom in bizmutom. Pri sekundarnih manifestacijah smo lahko dognali že po 3—5 ccm ugoden učinek solusalvarzana. Tudi pri gumoznih tvorbah smo ga s uspehom vporabljal. Ravno tako promptno je vplival solusalvarzan pri kongenitalni sifilidi. Izrazitih Herxheimerovih reakcij pri eksantemih nismo imeli skoraj nikdar. Končnega mnenja o njegovem vplivu na seroreakcije še ni mogoče podati. S cca. 30 ccm solusalvarzana se nam je posrečilo negativizirati tudi zelo močno pozitivne primarne afekte in jih ohraniti negativne do pričetka prihodnje kure. Seronegativni primarni afekti so ostali negativni. Bezecny navaja 8 slučaje, kateri so reagirali po solusalvarzanski kuri po 6 tedenskem do 4 mesečnem intervalu negativno.

Lokalno prenašajo bolniki solusalvarzan dobro. V posameznih slučajih so se sicer pojavile malenkostne, toda neprimerno manjše bolečine kot pri myo-salvarzanu. Infiltratov nismo konstatirali nikdar. Istotako ni bilo nikakih izrazitih znakov angioneurotičnega simptomnega kompleksa, kakor sta jih na pr. opazila Scherber in Bezecny. Od drugih pojavov omenja Ensbrunner pri nekem bolniku z mitralno stenozo, da mu je po injekciji — pri sicer nespremenjenem objektivnem izvidu — srce močno utripalo. Te težkoče pa tudi niso izostale, ko so mu radi poizkusa nadomestili solusalvarzan z neosalvarzanom. Istotako navaja 3 slučaje z latentnimi tuberkuloznimi procesi, kateri so prekoračili temperaturo 38°.

Temperaturni sunek, ki nastopi včasih po prvi, oziroma drugi solusalvarzanski injekciji, smatramo kot neko vrsto Herxheimerove reakcije. To začetno povišanje temperature pa moramo dobro razločiti od povišanja temperature, ki nastopa za časa nadaljnega zdravljenja in ki mora biti povod za posebno opreznost pri aplikaciji daljnih injekcij.

S početka smo pri našem kliničnem materialu imeli številno precej več eksantemov kot posledico aplikacije solusalvarzana, kot Bezecny Scherber, Ensbrunner, Naumović, Preis, Tataru in Wagner. Prof. Kogoj poroča o tem v Derm. Woch. in navaja pri 39 slučajih 5, pri katerih so se med zdravljenjem pojavili solusalvarzanski eksantemi. Vsekakor visok odstotek (12,8%). Kakor smo že omenili, je bil prof. Kogoj mnenja, da je najbrže tehnika injiciranja, to je umetna senzibilizacija z minimalnimi intrakutanimi depoji solusalvarzana vzrok tem pojavom, kar je postalo tem verjetnejše, ker so sedaj, ko smo modificirali tehniko injiciranja, tudi pri nas ti pojavi postali mnogo redkejši. Do sedaj smo vsega skupaj zdravili s solusalvarzanom 88 luetikov in opazili smo, da je visoki odstotek 12,8% (pri najpreje objavljenih 39 slučajih) padel na polovico, to je na 6,1%, kajti pri ostalih 49 pacientih smo dobili samo 3 izrazite eksanteme. Ko so eksantemi izginili, smo v vseh slučajih zdravili s solu-

salvarzanom dalje, ne da bi se pojavile neprijetne komplikacije (spontana desenzibilizacija?).

Mnenja posameznih drugih autorjev (Therap. Rundfrage v Derm. Woch. 1933, št. 27) se sicer ne vjemajo popolnoma, vsi pa so že po maloštevilnih injekcijah opazili dober učinek solusalvarzana na klinične pojave, večina tudi zelo dober vpliv na seroreakcije.

O neprijetnih posledicah terapije s solusalvarzanom (eksantemi) govori Bode; opazil jih je v 30% slučajev. On tudi ne ceni zdravilne vrednosti solusalvarzana tako visoko kot ono drugih salvarzanskih preparatov, na pr. Neosilbersalvarzana. G. Riehl jun. med drugim opozarja na nevarnost kumulacije. G. Scherber je mogel pri 7 od 75 slučajev nadaljevati zdravljenje s solusalvarzanom, dasi je neosalvarzan pri njih že preje izzval angioneurotične pojave. Pri 75 pacientih zdravljenih s solusalvarzanom jih je bilo 5 z eksantemi, ki so bili lahkega značaja. Zlasti omenja, da bolniki solusalvarzan veliko bolje prenašajo kot myo-salvarzan in da vpliva mnogo bolje kot neojakol.

Poročati hočem še prav kratko o hemoterapeutičnem učinku solusalvarzana na spirohetozo kokoši in na človeško sifilido na podlagi poizkusov R. Wagnerja. On je preprečil pri kokoših, ki jim je injiciral solusalvarzan 1 do 4 ure po infekciji, pojavljanje spirohet v krvi in sploh obolenje. Pokazalo se je tudi, da so 8 in 14 dni po injekciji solusalvarzana inficirane kokoši ostale zdrave, medtem ko je nastopila infekcija pri tistih, ki so dobile solusalvarzan pred 4 tedni. To dokazuje dolgo remanenco učinkovitega principa v organizmu. Sterilizacija možgan pri kokoših pa je bila nemogoča. Autor se po svojih dosedanjih izkušnjah o uporabi solusalvarzana pri človeku pridružuje mnenju Bezečnyja in Scherberja.

Po naših izkušnjah lahko trdimo sledeče: solusalvarzan radi svojih izvrstnih spirohetocidnih lastnosti, močnega učinka na klinične simptome svoje vsekakor myo-salvarzan presegajoče prenesljivosti in radi svojega tehnično ugodnega načina apliciranja odgovarja kot antisifilitikum vsem kliničnim zahtevam in bo gotovo izpodrinil myo-salvarzan. Solusalvarzan lahko priporočemo kod dober antisifikum.

### **Zusammenfassung:**

Dr. E. Hammerschmidt (Dermatovenerol. Klinik d. Zagreber Universität — Vorstand: Prof. Dr. F. Kogoj, berichtet über das Solusalvarsan an Hand von Versuchen an 88 Fällen und der schon ziemlich umfangreichen Literatur. Er kommt dabei zu folgendem Schluss: Das Solusalvarsan entspricht infolge seiner ausgezeichneten spirociden Eigenschaften, seiner starken Wirkung auf die klinischen Symptome, seiner Verträglichkeit, die jene des Myosalvarsan bei weitem übertrifft und wegen seiner leichten Anwendbarkeit allen Anforderungen, die man heute an ein Antilueticum stellen muss. Verfasser empfiehlt daher das Solusalvarsan aufs Wärmste.

### **Literatura:**

- R. Bezečny: Derm. Woch. 1932, str. 11.
- R. Bezečny: Ref. Zbl. Hautkrkh. zv. 42, str. 146.

- Ensbrenner: Derm. Zt. 1932, zv. 65, 1.  
 Kogoj: Derm. Woch. 1933, str. 505.  
 Nagell in Berggreen: Münch. med. Woch. 1933, str. 731.  
 Preis: Wien, med. Woch. 1933, šte. 5.  
 Reiss: Derm. Woch. 1933, str. 594 in Zbl. f. Hautkr. zv. 44, str. 622.  
 Sainz de Aja: Zbl. f. Hautkr. Bd. 44, H. 11—12, str. 717.  
 Scherber: Wr. med. Woch. 1932, šte. 26.  
 Strausz: Orvosi Hetilap 1932, str. 100 (ref.).  
 Tataru: Clujul Medical 1932, šte. 9 (ref.).  
 R. Wagner: Derm. Woch. 1933, šte. 17, str. 577.  
 Kl. therap. Umfrage: Derm. Woch. 1933, šte. 27.

**Dr. Černič Mirko**

## **Ljubljanski kirurški oddelek, sepsa spomladi 1933 in še kaj.**

**(Poročilo in opozorilo.)**

I. Na kirurškem oddelku občne državne bolnice v Ljubljani sem služboval nekaj več kot pol leta. Bil je to čas — sit venia verbo — moje moške dobe v kirurgiji, potem ko sem bil spoznal predvojne klinične razmere na dunajskih vseučiliških klinikah, zlasti na kirurški kliniki prof. Hochenegga — za njegovega učenca se s ponosom priznavam — in ko mi je bila burna doba svetovne vojne in pred njo balkanske v marsičem izostrila oči. Tudi sem sodeloval kot šef kirurškega oddelka na razširjenju mariborske bolnice, ki je zrastle iz dveh v 5 oddelkov. V tej dobi sem postavil v Mariboru lasten sanatorij, kar je bilo vzrok, da sem proučil in praktično uporabil — v malem sicer, toda bistveno neokrnjene — tudi sodobne principe, na katerih sloni delo na kirurških oddelkih.

Vsled obolenja in zasebnih zadev sem moral službo šefa kirurškega oddelka v Ljubljani prekiniti in se vrniti v Maribor. Zdaj, ko je že preteklo nekaj mesecev po mojem odhodu in so spomini na osebne nevspečnosti že obledeli, smatram za primerno in za svojo dolžnost, poročati o svojih izkustvih v informacijo zdravniške javnosti in tudi radi tega, da obrazložim svoje mnenje glede razmer na kirurškem oddelku ljubljanske bolnice in kako bi se jim dalo odpomoči, ter da pokažem sepične primere v februarju in marcu take, kot so bili v resnici. To je potrebno tudi radi tega, ker je zahteva splošne javnosti vsak dan glasnejša, da je treba kirurški oddelek občne državne bolnice v Ljubljani normalizirati. Ljubljana namreč ni več zgolj dolga vas, marveč tudi naše narodno in upravno središče, kamor se stekajo niti iz vse Slovenije, postali pa mora tudi žarišče, iz katerega se prelivajo žarki na vse strani, da si s tem pridobi pripadajoče ji mesto v kirurgiji.

II. Najprej moram naglasiti, da je ljubljanska bolnica bila sezidana pred 40 leti za razmere, kakršne so bile takrat v Ljubljani s približno 20.000 prebivalci. Prebivalstvo Ljubljane se je od takrat ne le potrojilo,



marveč Ljubljana je postala upravno središče cele Dravske banovine, vsled česar se v Ljubljano zgrinjajo bolniki iz vse Slovenije, dočim so prej težili razven v Ljubljano tudi še v Gradec, Celovec, Trst in Gorico, da o Dunaju niti ne govorim. Ljubljana ima edina med bolnicami v Sloveniji ortopedski in urološki oddelek, ki oba prevžitkarita pod kirurško streho, ter je imela do prav pred kratkim tudi edina opazovalni oddelek in blaznico. Vse to pojasnuje, zakaj bolniki silijo v Ljubljano in zakaj je Ljubljana dolžna, da si bolnico temu primerno preuredi.

Toliko glede bolnice sploh.

Na kirurškem oddelku je znašalo 1895 število postelj 147, danes je v prav istih prostorih nameščenih 217 postelj, torej 70 nad normalo! In na teh 217 posteljah je za mojega službovanja dostikrat ležalo do 235 bolnikov, kar se je doseglo na ta način, da sta bila po dva v eni postelji, in sicer smo imeli to prenapolnjenost januarja 1933 osemkrat, februarja celo 10 krat.

Jasno je, da bi bil moral oddelek rasti sorazmerno s posteljami tudi s kopalnicami, stranišči, operacijskimi prostori itd. Toda to se ni zgodilo — vse to je ostalo glede števila in prostora isto. Res se je zlasti zadnje leto izvršila modernizacija oddelka: vpeljala se je tekoča mrzla in topla voda, obložili sta se operacijski sobi z barvanimi skalcami in dobili novo razsvetljavo, vpostavil se je moderen sterilizator — same dobre in koristne stvari, ki pa vendarle še ne odole nalogam, ki jih stavi na oddelek povečano število bolnikov in operacij.

V ilustracijo dela naj poleg razpredelnice služi tudi ugotovitev, da smo sprejeli ponovno 40 in več bolnikov na dan in dosegli 16. 12. 1932 rekordno število operacij: namreč 18 velikih (slepíči, kile, golša, rak na dojki) ter 16 manjših (gipsov, vrezov, uravnay itd.) — skupaj torej v enem dnevu 34.

Po predpisih in po normalnih zahtevah bi moral imeti vsak bolnik 30 m<sup>3</sup> zračne prostorine in 7,5 m<sup>2</sup> talne površine. Na kirurškem oddelku ima — če leži le po eden v postelji — 18,2 m<sup>3</sup> zraka na 4,4 m<sup>2</sup> tal, torej nekaj več kot polovico predpisane in zdravstveno potrebne mere.

Po isti uredbi o sanitetsko-tehničnih predpisih za gradbo javnih bolnic (Službene novine z dne 1. 7. 1930 št. 146/L III) ne sme število postelj v eni sobi biti večje od 12; na kirurškem oddelku je 7 sob, ki to višino daleko presegajo, in sicer po 16, 17, 19, 31, 36, 38 in celo 42 postelj v eni sobi.

Kirurškemu oddelku manjkajo dnevni prostori za one bolnike, ki niso priklenjeni na postelj; nima posebnega trakta za odprto tuberkulozo pljuč, ki prihaja na oddelek k modernim operacijam. Vse to se gnete v sobah ali po hodnikih, kjer posedejo tudi ambulančni slučajji, ker razven ene sobice, ki služi obenem za gipsanje in urološke preiskave, ni nikakih ambulančnih prostorov.

Za obvladanje bolečin

# CIBALGIN

Amidopyrin+Dial  
tablete kapljice  
ampule

**GESELLSCHAFT FÜR CHEMISCHE INDUSTRIE IN BASEL**

Zastopnik za Jugoslavijo:

**Mr. Ph. KAISER DRAGUTIN, Zagreb Ilica 40/II**

# PUHLMANN ČAJ



znamke „RIPON“  
več kot 29 let priznan pri  
akutni in kronični bronhiti,

ker izvanredno omiljuje draženje h kašlju, zlasti pri  
asthma bronchiale  
ker lahko razsluzi.

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

Odobreno od Ministarstva narodnoga  
zdravlja z. Br. 18269., 29. IX. 1931.

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

Literatura in poskusne količine pošilja:

**Puhmann & Co., Berlin O. 171**

Müggel-Strasse 25—25 a

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

# Radio=Therma Laško



*Plajučinkovitejše zdravljenje išiasa, revmatičnih obolenj, ženskih bolezni, znižanje krvnega tlaka, rekonvalescenca itd. = Sezona traja od 15. junija do 15. septembra. = V posezoni t. j. od 15. septembra do 15. junija se nudi popolna oskrba 20 dni za Din 1.100—, 10 dni za Din 600— (štirikrat dnevno hrana, stanovanje, kopalnica, dve zadrževalni preiskavi. Vštete so tudi vse takse). Prospekte in informacije na zahtevo od aprave zdravilišča.*

Rave

Br. 584

## VENUS

antikonciptens in vaginalni desinficiens.

V vseh slučajih, kjer zdravnik ugotovi, da žena ne sme priti v drugi stan, bodo Venus-tablete najbolje in najsigurnejše odgovarjale.

Venus-tablete se odlikujejo po čistosti vsebine tako, da niti najmanje ne dražijo sluznice in niso škodljive za zdravje niti pri vsakodnevni rabi.

Učinek tablet temelji na jako izdatnem in hitrem, vprav burnem razvoju aktivnega kisika, čigar lastnosti so nam dobro znane.

Cena za bolnike: 6 tablet Din 15—, 12 tablet Din 20—.

Vzorke pošiljamo na zahtevo brezplačno:

**Rave kemijsko-farmaceutsko d. d. Zagreb.**

JUGOSLAVENSKO SIEMENS D. D.

oddelek za šibki tok

LJUBLJANA, Tyrševa cesta 1a/II - Palača Ljub. kred. banke

1.) Redeker-naprava, premestljiva, proli visoki napetosti zavarovana velikega učinka, za naporni presvetljevni obrat, uporabna na deželi, posebno primerna za šole, vojaštvo, policijo in industrijska podjetja. Pripravna tudi za posnetke pljuč in kirurške posnetke. Učinek 20 m A pri 60 kv. Dositrom za Dosis — merjenja na pacijentu med obsevanjem. Nova poenostavljena in cenena Dosis — merilna — naprava.

Pagmotor za gimnastiko pljuč, mešano narkozo, poživiljanje. rešilne poskuse, po prof. Spiess-u in ing. Pongrač-u, Berlin.

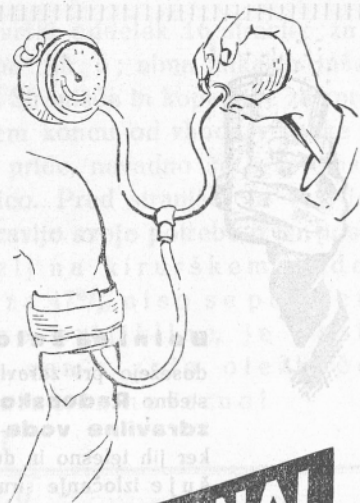
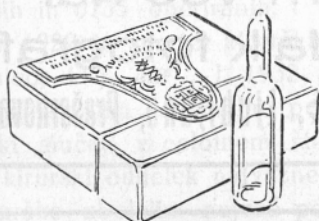
**ZAHTEVAJTE PROSPEKTE ODN. OSEBNI OBISK SPECIJALISTA.**

Glavno  
mesto, kjer  
deluje

**Salyrgan**

se nahaja v tkivu.  
Zato je diureza ta-  
ko močna in tole-  
ranca izvrstna.

ORIGINALNO PAKOVANJE:  
skalljica s 5 in 10 ampul. po 1  
oziroma 2 ccm.



**THEOMINAL**

dominantni preparat za  
lečenje hipertoniije in  
spastičnih motenj v krv-  
nih žilah. Prepreči krče  
krvnih žil, zboljšuje ob-  
tok krvi skozi organe,  
regulira krvni tlak. Ubla-  
žuje očitno hitro in  
trajno subjektivne te-  
žave.

ORIGINALNO PAKOVANJE:  
Cevi z 20 tableť. po 0,33 gr.

**Bayer-Meister Lucius**

Leverkusen ob Renu

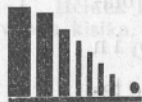
Zastopstvo: „JUGEFA“ k. d. Zagreb, Gajeva ul. 32.



**Bolni na želodcu, ledvicah, črevesju in preosnovi** dosežejo pri zdravljenju izredne uspehe, ako pijejo redno in dosledno **Radensko zdravilno vodo**. **Uživanje Radenske zdravilne vode** pa je priporočljivo tudi **zdravim ljudem**, ker jih telesno in duševno osvežuje in krepi, istočasno pa pospešuje izločanje strupenih snovi iz telesa.

# RENTGEN FILME

vse znamke  
vse velikosti  
(tudi manje 3x4 in 4x5 cm)  
vse kemikalije



potem vse kar  
spada k fotografiji v

**Drogeriji Gregorič, Ljubljana, Prešernova ul. 5**

## „SPHINX“

**Mr. Ph. JOSIP BEMSKI**

zastopstvo in skladišče farmacevtskih in sanitetnih potrebščin, elektromedicinskih aparatov za preskrbo bolnic in higijenskih ustanov.

**Zagreb I., Mesnička ulica 7.**

dobavlja vse sanitetne potrebščine za nego bolnikov.

**Z a h t e v a j t e p o n u d b e !**

Po številu postelj bi moral imeti kirurški oddelek 16 stranišč za bolnike — ima jih 6; 15 kopalnic — ima jih 6; nima nikakih tušev in posebnih kopalnic za bolnike pri sprejemu. Stranišča in kopalnice za sprejem in za bolnike so nameščene na nasprotnem koncu od vhoda v velike sobe tako, da mora vsak sprejem tak, kakršen pride, navadno še s spremstvom in z nosači skozi veliko sobo v kopalnico. Pred stranišči je ves dopoldan gneča, dokler se zvrste vsi, ki lahko opravijo svojo potrebo izven postelje.

S tem, da se je število postelj na kirurškem oddelku povečalo za 70 nad normalo, t. j. za 47%, niso se pa obenem pomnožile in razširile potrebne pritikline, je postalo delo na kirurškem oddelku ne samo zelo otežkočeno, marveč tudi higijensko nedostatno in nevarno!

Zanimive so številke v razpredelnici!

Š t e v i l o				
leta	na kirurškem oddelku		vseh sprejemov v bolnico	o p a z k e
	sprejetih	operiranih		
1919	4.444	1.200	12.918	
1920	4.228	1.080	12.732	
1921	4.574	1.164	11.617	
1922	4.162	1.100	10.312	
1923	5.024	3.073	12.054	
1924	4.776	3.083	10.768	
1925	5.742	3.577	12.961	
1926	5.956	3.654	15.230	
1927	6.204	3.874	15.097	
1928	6.481	4.777	16.168	
1929	7.270	5.153	17.836	
1930	8.043	5.464	18.643	
1931	8.530	5.842	19.650	
1932	9.957	6.735	21.941	januarja 1923 se je odvojila in osamosvojila bolnica za ženske bolezni in porodništvo; izza tega časa v skupnem številu ni več slučajev žensk' h bolezni in porodništva.

Število bolnikov in operacij na kirurškem oddelku od 1923 nevzdržno raste: 1922 je bilo sprejetih 4162, operiranih 1100 — bolnikov 1932 pa 9957 sprejetih in 6735 operiranih, t. j. prvih za 138%, drugih za 512% več!

L. 1922 je sprejel kirurški oddelek 4162 od 10.312 sprejetih bolnikov v bolnico, t. j. 40%, l. 1932 pa 9957 od 21.941, t. j. 45% — malodane polovica. Pri tem ne smemo pozabiti, da so 1922 všteti ginekološki in porodniški slučajji v celotnem številu, dočim jih 1932 ni. Iz tega pač sledi, da je kirurški oddelek najvažnejši i po številu kakor tudi po tem, da se dá kirurško obolelim največ pomagati in jih najhitreje usposobiti za delo in zaslužek. Radi tega je upravičena zahteva, da je treba ravno kirurški oddelek pred vsemi drugimi najprej dvigniti na potrebno višino!

O povedanem sem poročal na pristojna mesta 1. marca 1933.

Tu naj še omenim, da sta obe operacijski sobi, aseptična v prvem nadstropju in septična v pritličju, kljub modernizaciji nesodobni in neprikladni. Dočim je namreč zahteva modernih operacijskih prostorov ta, da je operacijska soba sama lahko razmeroma majhna, imeti pa mora vsaj

dva stranska prostora za priprave, sta operacijski sobi v Ljubljani tako veliki, da imata po 2 operacijski mizi, na katerih se hkrati operira, nobena pa nima nikakega stranskega prostora za priprave, le umivalniki so z nizko steno oddeljeni od operacijskih miz — na videz nekaj, v bistvu skoro nič!

Drugod imajo operacijski prostori če že ne popoln trakt zase, pa so vsaj nameščeni tako, da je med hodniki in operacijsko sobo dovolj vmesnih prostorov, v Ljubljani sta operacijski sobi sredi najživahnejšega vrveža, takorekoč goli brez vsake izolacije; vrata v operacijski sobi so naravnost s hodnika, po katerem se drenjajo bolniki in obiskovalci.

Celo manjše bolnice v Sloveniji imajo že razsvetlavo nad operacijsko mizo tako, da ne povzroča vročine, v Ljubljani je operacijska svetilka peč, da se vse pod njo poti. Pozabilo se je na to, da je treba operaterju delo z vsemi sodobnimi pripomočki olajšati, da se njegove sile štedijo. S težkočami namreč se pri operaciji resda bori samo operater, ki je včasih pravcati težak — stroški za to borbo pa grede na rovaš bolnikovega zdravja! Na to se vse premalo misli pri ureditvi bolnic.

### III. Seznam septičnih slučajev februarja in marca 1933.

Šl.	dan operacije	ime	starost	bolezen	način operacije	operater	asistent	instrument.	izid	opazke
1	18. II.	K. S.	37	hernia ing.	op. radicalis, Bassini	dr. P.	s. F.	s. S.	rana se je ognjola	isti dan v istih prostorih so bili še operirani: ruptura hepatis (operater dr. R.) in invaginatio intestini (dr. G.) brez komplikacij
2	22. II.	A. A.	21	appendicitis sub-acute	appendektomia	dr. B.	dr. Kr.	s. S.	† 1. 3. peritonitis (streptokoka)	isti dan je operiral dr. B. še 3 slepiče in 1 gošho — vsi ti brez komplikacij
3	2. III.	S. Z.	30	ruptura ligamentorum genus	šiv	dr. G.	dr. Fo.	s. F.	† 7. 3. sepsis (streptok.)	isti dan operirani tudi: hernia umbilicalis (dr. C.) in 2 slepiča (dr. B.) - ozdraveli brez komplikacij
4	2. III.	J. A.	28	hernia ing.	op. rad., Bassini	dr. A.	dr. Kl.	s. S.	rana se je ognjola	
5	9. III.	Š. P.	42	hernia ing. † append. sub-ac.	op. rad., Bassini appendektomia	dr. G.	dr. A.	s. F.	kilna rana se je ognjola, slepič brez kompl.	
6	11. III.	F. M.	30	app. subac.	appendektomia	dr. Č.	dr. B. dr. Kl.	s. F.	† 16. III. peritonitis (streptok.)	
7	11. III.	D. M.	16	app. subac.	appendektomia	dr. B.	dr. Kl.	s. S.	† 15. III. peritonitis (streptok.)	isti operater operiral isti dan še 1 slepiča in 1 kilo - brez komplikacij
8	11. III.	F. F.	21	struma parenchymatosa	resectio strumae	dr. G.	dr. A. dr. Fr.	s. F.	† 16. III.	obduk. izvid: pneumonia lobi inf. sin., pleuritis d., mediastinitis sin.

Naj še omenim, da je ljubljanski kirurški oddelek sila skromno opremljen za zdravljenje fraktur in da sploh nima lastnega Roentgena — pohabljeni se morajo nositi v drugo poslopje na rentgenske preglede, kar še kolikor toliko gre pred uravnavo in tudi za kontrolo po uravnavi, če je ud v gipsu, toda gorjé, če je v nategi! Bolnik namreč se mora z ekstenzijo vred, seveda brez postelje, ker za to ni dvigal, prenašati v rentgenološki paviljon in nekajkrat se ravno pri najkočljivejših zgodi, da se vse delo s

prenašanjem pokvari in se povzročijo poškodovancu škoda in bolečine. To je stvar, ki bi bila v tej obliki menda povsod drugod nemogoča!

Take so bile razmere na kirurškem oddelku ljubljanske bolnice za časa mojega službovanja v letu 1932/33. Kakor že omenjeno, sem jih povčini opisal l. III. 1933 v posebni vlogi poklicanim oblastem, potem ko sem bil ponovno v bolnici sami opozarjal nanje in zahteval remedure — vse pa se je odbilo, češ da ni proračunske možnosti.

Seznam septičnih slučajev kaže, koliko in kakšne slučaje sepse smo imeli in kdo ter kako je pri njih sodeloval. Dodatno k seznamu navajam še sledeče:

Poleg mene kot šefa sta bila na oddelku še 2 specialista za kirurgijo in sicer gospoda dr. Guzelj Vladimir in dr. Bajc Oton, ki sta operirala večinoma samostojno, dočim so drugi operaterji operirali pod nadzorstvom mojim ali enega od obeh specialistov.

Najbolj zagoneten je slučaj A. A. (št. 2): Operater je isti dan operiral še 3 slepiče in 1 golšo. Slepiči so bili operirani drug za drugim: za prvo operacijo so se vsi pri operaciji udeleženi umili lege artis, za prihodnje 3 slepiče pa so sneli pletene rokavice, umili gumijeve, ki so ostale na rokah, v sublimatu in alkoholu, nato oblekli preko prvega drug steriliziran plašč in si nataknili druge sterilizirane pletene rokavice na gumijeve. Če bi bil slučaj A. A. zadnji med operiranimi, bi bila razlaga nekam lahka, ker pa je bil prvi med njimi in so vsi ostali ozdraveli, zacelivši se per primam, je zagonetnost tem večja.

Nič manj zanimiv ni slučaj Š. P. (št. 5): ta je bil operiran na desni dimeljski kili in slepiču obenem — dočim se je peritonej gladko zacelil, se je rana po kili ognojila.

Od 18. II. do 11. III. je bilo vsega skupaj operiranih 115 bolnikov, od teh se jih je ognojilo 8.

Isti dan, v popolnoma istih razmerah je bilo operiranih več slučajev — ognojili so se: 3krat po 1, 1krat 2 in 11. III. vsi 3.

Dočim se je do 9. III. zdelo, da je morda vendarle samo slučajen diabolus loci vzrok, mi je vse po 11. III., ki je bil samo 2 dni po zadnjem slučaju — poprej je bilo razdobje med septičnimi slučajji 4, 9, 7 dni — kategorično velevalo, vse operacije razven življenjsko nujnih ukiniti, ves oddelek sistematično razkužiti ter sprejem omejili na najnujnejše slučaje, ker je bila domneva upravičena, da je vzrok sepse postal splošen in ni več slučajen.

Že po slučaju A. A. in po 11. III. znova sem mobiliziral vse, da pridemo na jasno, kje je vzrok temu pojavu in kje krivda. Dal sem na novo preiskusiti sterilizator za operacijsko perilo in obvezila (primarij infekcijskega oddelka dr. Meršol Valentin, ki je bil predsednik komisije za prevzem sterilizatorja), dal preiskati na število in vrsto mikrobov zrak v operacijski sobi ter preizkusiti na sterilnost vse, kar pride pri operaciji v poštev (bencin, alkohol, sublimat, jodovo tinkturo, svilo, katgut), vzela se



je vsem zdravnikom in osebju sluz iz žrela in se preiskala v higijenskem zavodu pod osebnim vodstvom direktorja dr. Petriča Karla — nikjer ni bilo nič ne-vsakdanjega!

Tudi oblast je uvedla preiskavo, o čemer je poročalo „Jutro“ 9. IV. 1933 sledeče: „Preiskava v ljubljanski bolnici. V zadnjih tednih so se med ljudmi pojavile govorice o smrtnih primerih v ljubljanski bolnici, izzvanih po sepsi (zastrupljenju krvi) tudi po operacijah, ki same po sebi niso bile posebno nevarne. Zaradi tega je banska uprava kot nadzorna oblast uvedla preiskavo in poslala v bolnico posebno komisijo s sanitetnim inspektorjem gosp. dr. Mayerjem na čelu. Komisija svojega dela še ni zaključila.“

Naša prizadevanja, najti vzrok sepse, so ostala jalova. Ravno tako moja kot ona preiskovalne komisije. Vsaj sklepam tako iz dejstva, da nisem dobil nikakega obvestila o njenih dognanjih. Vzrok sepse in krivda sta potemtakem še do danes nedognana!

Že gornja notica v „Jutru“ in za njim v drugih časopisih je vzbudila ljudsko domišljijo in krčila pot fantastičnim eksplozijam („Jutro“ z dne 13. VIII. 1933: „Sepsis artificialis“) ter privedla do čisto logičnih zahtev („Jutro“ z dne 13. VI. 1933: „sepsis tollerata“).

Ni nezanimivo, da se v pavzi, v kateri se je oddelek sistematično soba za sobo razkuževal, in so se vršile zgolj življensko nujne operacije, ni pripetil noben nov slučaj sepse. V aprilu pa smo imeli zopet 2 slučaja: Ž. F. 59 let stara, struma, operiral dr. B. — rana se je ognojila, v njej streptokoki in G. K., 67 let stara, rak na dojki, operiral dr. C. — rana se je ognojila, v gnoju streptokoki. Obe bolnici sta ozdraveli.

Kje torej more biti vzrok za septične pojave?

Moje trdno prepričanje je, da samo v prenatrpanosti oddelka, ki nikakor več ne zmore dela, ki se nanj vali, in v nesmotrenosti njegovih naprav, predvsem operacijskih sob. Iste skušnje imajo na prenapolnjenih oddelkih tudi drugod.

Taki pojavi sepse se navadno dogajajo v zgodnji spomladi, ko opažamo številna obolenja na gripi. Ni nemogoče, da so ti slučaji že okuženi od gripe prišli na operacijsko mizo in vsled svoje zmanjšane odpornosti oboleli na sepsi. Seveda je to domneva, katero je menda težko dokazati.

Kar se mora nemudoma zgoditi je to, da je treba kirurški oddelek ljubljanske bolnice razbremeniti in mu naprtiti zgolj toliko posla, za kolikor je sposoben po kirurških vidikih. Obenem pa se mora popolnoma preosnovati operacijska soba, ki je za silo dobra le toliko časa, dokler je na oddelku spočetka namenjeno število bolnikov.

Da je oddelek zidan pred 40 leti za 20.000 glavo Ljubljano premajhen za 60.000 prebivalcev, je jasno kot beli dan. S pomnožitvijo postelj za 47% nad normalo se je storila temeljna napaka, ki se bridko maščuje; modernizacija oddelka (plesk sten, tekoča topla in mrzla voda, opaž sten

v operacijskih sobah) je stvar, ki pač imponira lajičnemu očesu, ker je na oko res lepa, strokovno pa v bistvu ne reši perečega problema.

Računati moramo z zdravstvenimi potrebami sedanje že 60.000 glave Ljubljane, ki je obenem upravno središče Slovenijel

In s tem prihajam na torišče zdravstvene politike v Sloveniji glede bolnic, o čemer prihodnjič.

**Dr. Viktor Čerček. Ljubljana.**

## **IV. Slovanski zdravniški kongres v Poznanju.**

### **Spomini s potovanja.**

(Nadaljevanje in konec).

V poznejših urah tega lepega popoldneva smo prišli v gorate predele z občutno nižjo temperaturo in ostrejšim podnebjem. Bližali smo se čehoslovaško-poljski meji, s pretežno industrijskimi predeli. Visoki dimniki, megla in z dimom nasičeno ozračje; bili smo v na rudah bogati Šleziji. Zvečer smo dospeli v središče polske Šlezije, v Katowice. Tu smo izstopili in si ogledali živahno večerno vrvenje po ulicah. Videli smo tudi da bo treba precej truda, če bomo hoteli razumeti poljščino. Malo „posluha“, malo tiste „jugoslovanske slovanščine“, pa je že šlo. Prišli smo nadalje tudi do spoznanja, kako poceni živimo pravzaprav doma v Jugoslaviji in kako drago se z našo valuto potuje po inozemstvu. Ko smo se vračali ponoči na kolodvor, smo uvideli prvo slabo stran naših „hotelov“. Hočemo „domov“, pa kje so naši vagoni? Našli smo jih končno po skakanju čez tračnice, legli in nič nismo opazili, kdaj smo se odpeljali. Zjutraj smo se prepudili v Poznanju. Na kolodvoru smo počakali do devetih, takrat so nas prišli pozdravit poljski zdravniki s prof. Korwowskim na čelu. Res pristrčni je bil ta sprejem ob zvokih godbe, kakor je bilo pristrčno in prijetno tudi nadaljno naše bivanje v Poznanju in ostali Poljski. Lepe ulice, vse okrašene z zastavami, impozantne stavbe poznanjske univerze in gradu Zameka so mogočno učinkovale na nas. Koliko je predvojna Nemčija potrošila za Poznanj, da si tako čimbolj utrdi svoje stališče! Te mogočne stavbe je zidala v Poznanju nezavedajoča se, da ji bo le malo časa usojeno posedovati to lepo deželo. Po prevratu so Poljaki temeljito očistili ta preje ponemčeni teritorij. Čudili smo se, kako to, da nikjer ne čujemo nemške besede. Dosledni so Poljaki: predobro so si zapomnili kako je moral poljski narod od leta 1772 dalje biti rob Nemcem, Avstrijcem in Rusom, ki so si poljsko narodno in državno telo lepo porazdelili med seboj in poljsko državo enostavno črtali iz zemljevida za dobro poldrugo stoletje. Po prevratu leta 1918 pa je obnovljena Poljska država obračunala s svojimi tlačitelji, da so se ali izselili ali pa prilagodili novonastopivšim razmeram. Naučili so se, če so hoteli ostati, poljskega jezika. Poljak pa govori prin-

cipielno samo v svojem jeziku in se poslužuje nemščine, če tudi jo dobro obvlada, le v najnujnejših slučajih. Slovenci bi se imeli v tem pogledu od Poljakov marsikaj učiti! Dnevi v Poznanju so potekali ob strokovnem delu v sekcijah. Zlasti agilni so bili dermatologi, pedijatri in ginekologi. Pa tudi mesto smo si sedaj natančneje ogledali: predvsem muzej, biblioteko Raczyńskich, impozantni poznanjski Ratusz, katedralo z grobnicami prvih poljskih kraljev Miječislava in Boleslava Hrabrega. Kongresistom so priredili v Velikem Teatru lepo poljsko opero „Straszny dwor“. Zanimiva sta tudi poznanjski zoološki in botanični vrt. Ogledali smo si poznanjsko „Wystawa krayowa“, t. j. poznanjski velesejem; v njem, s kongresom v zvezi, zlasti razstavo „Priroda in zdravje“. Na tej razstavi je izložila tudi univerza z vsemi svojimi inštituti način in sadove svojega dela. Malo čudno se nam je spčetka zdelo v okvirju velesejma videti notranjo uredbo anatomskih, patološko-anatomskih in kirurških inštitutov. Ogledali smo si tudi v mestu nekatere inštitute in klinike, univerzo ter mogočni Collegium Medicum, ki je v Poznanju obenem nekak zdravniški dom. Zanimivosti je vsekako dovolj. Da se nam čim bolj olajša ogledovanje nam je poznanjska mestna občina naklonila brezplačno uporabo tramvajskih prog.

Iz Poznanja smo se odpeljali Jugoslovani in Čehi skupno 15. septembra popoldne proti severu. Ob petih nekako smo dospeli v poljsko zdravilišče Inowroclaw, s solnimi in blatnimi kopelmi. Ogledali smo si naprave ter se zvečer odpeljali dalje. Zjutraj na vsezgodaj smo dospeli v Gdynijo, poljsko pristanišče na Baltiku. Rano v jutro, ko so srbski in hrvaški kolegi še trdno spali, smo Slovenci že zapazili prekrasen solnčni vzhod. In ni nas več vzdržalo: takoj smo bili na nogah in hajd proti luki. Diven je tak solnčni vzhod na Baltiku! Tu človek šele prav občuti vso neizmernost in veličastnost morja. Skoro izključno sama ravnina, ki se le prav polagoma spušča tja proti morju. Otokov tu ni, da bi kalili to brezmejnost in prostranost morske gladine. Skozi male bele oblačke na horizontu pa sonce osvetljuje to divno sliko v najlepših barvah. Ogledali smo si nato Gdynijo, ki je stara komaj dobrih par let. Razvila se je iz preproste ribiške vasi. Danes pa vidimo lepe asfaltirane ceste, visoke in moderne stavbe, le tu pa tam še kak ostanek stare romantike in starega miru: ponižno, leseno, staro ribiško kočico. Ob deveti uri smo stopili na mal parnik, ki nas je vozil po luki. Neverjetno kaj so poljaki v tem kratkem času napravili iz skromne, ribiške Gdynije! Velikanski pomoli v morje, skladišča, tvornice, žerjavi, v pristanišču pa polno daljnih inozemskih tovornih parnikov. Močna življenska sila tiči v poljskem narodu, sicer ne bi mogel vstvariti tako velikih stvari! Ogledali smo si nato še vojno luko in spoznali, da bo Poljska, če bo treba, tudi s silo uspešno branila svojo pravico tu na Baltiku. Za popoldne je bil določen izlet s parnikom na polotok Hel. Nekaj pa nas je šlo in ogledali smo si popoldne Danzig. V pičli pol ure nas je vlak pripeljal v Danzig. Pa je v tem pogledu res „svobodno mesto“, saj nikdo od nas ni imel pravega potnega lista, pa smo vseeno neovirano

prišli in odšli. Tudi Danzig, to starodavno hanseatsko mesto je zelo lepo in zanimivo. Povsod sledovi stare hanseatske kulture in blagostanja. Seveda so sedaj povsod po mestu plapolale Hitlerjevske zastave s klukastim križem, v tonkinu pa se daje z velikanskim uspehom film „Der Hitlerjunge Quex“. Jako lepo učinkuje v Danzigu пристanišče na Wisli. Zvečer smo se odpeljali nazaj proti Gdyniji in izstopili v Orlowi, kjer so nam tamkajšnji zdravniki priredili nadvse prijeten večer, ki bo vsem ostal v najlepšem spominu. Le zelo nerad smo se naslednji dan ločili od prijazne Gdynije in Baltiškega morja. Vozili smo se sedaj proti jugu. Mimogrede smo si ogledali drugo važno poljsko zdravilišče Ciechocinek.

Naslednjega dne v jutro smo bili v Warszawi, ki so jo nam in Čehom razkazovali tamkajšnji zdravniki. V velikanskih autobusih smo se vozili po tem ogromnem mestu. Videli smo Stari Rynek t. j. najstarejši del mesta, katedralo z grobnico Henrika Sienkiewicza, ter stari prestolni grad Zamek. V gradu prekrasne dvorane s slikami velikih poljskih slikarjev Matejka, Semiratskega in Kossuha. Grad je poln dokazov stare slave poljskih kraljev. Nato smo si ogledali še drugi mični grad Lazienki, popoldne pa izven Warszawe ležeči Sobieskijev grad Willanow. Naslednjega dne je prišla na vrsto druga zanimivost Warszawe: Geto, del mesta kjer prebivajo sami poljski Judje. Umazan je ta del mesta, zanemarjene tržnice so v njem in nesimpatični judovski živelj ponuja in prodaja tam živila in druge predmete. Judovski problem je za Polsko še vedno nerešeno vprašanje, ki nujno vpije po remeduri! Popoldne smo se odpeljali iz Warszawe in na večer dospeli v Czenstochowo, verski center Poljske. Religijoznost poljskega ljudstva je tu nakopičila nebroj dragocenosti, svetišče na „Jasni gori“ je bilo in je še vedno Poljakom simbol verskega čuvstvovanja. Drugega dne zjutraj smo bili v Krakowu. Mesto ima vse polno starinskih zanimivosti, vse pa prekaša krakowski grad Wawel, katerega so Poljaki izpremenili v nekak narodni muzej: vse je v njem, kar je kako v zvezi z zgodovino poljskega kraljevstva. Popoldne smo se peljali v velikanski solni rudnik Wieliczko v bližini Krakowa. Tudi sol, ki jo mi Jugoslovani uporabljamo je zvečine od tu. Krakov smo zapustili ponoči ter zjutraj prispeli v Karpate in v Tatro. V Zakopanyh smo izstopili in se v autobusih peljali do 40 km oddaljenega Morskega oka (1400) v Visokih Tatrah. Krasno je to jezerce med samimi skalami! Prišli smo kajpak v že zasneženo pokrajino. Nazaj grede nas je preganjal dež. V Zakopanih smo si ogledali moderni zavod poljskega Rdečega križa za nego in zdravljenje dece. Še zadnjičkrat smo bili deležni poljske gostoljubnosti na kosilu, ki so nam ga priredili poljski zdravniki v Zakopanih. Po prisrčnem slovesu smo se odpeljali in kmalu nato zapustili poljska tla.

V Jugoslavijo smo se vrnili 23. septembra polni najlepših vtisov, v srcih pa smo prinesli domov neizmerno navdušenje in veliko ljubezen do močnih in ponosnih bratskih slovanskih narodov na severu.

## IZ ZDRAVNIŠKIH DRUŠTEV

Znanstveni sestanki Slov. zdravniškega društva v Ljubljani  
po občnem zboru v marcu 1933.

I. sestanek dne 31. marca 1933 v predavalnici internega oddelka  
Obče drž. bolnice. Navzočih 24 zdravnikov. Predaval je dr. Lj. Merčun:  
Slučaji iz interne medicine. (Avtoreferat.)

Predavatelj dr. Merčun predstavlja 43 letnega banovinskega urad-  
nika M. F., ki boleha že dolgo let na jeterni bolezni. Iz anamneze:  
Oče je bolehal dolgo na jeterni bolezni, umrl je na pljučnici. Mati je bila  
zdrava. 1 brat in 2 sestre zdravi; 1 sestra je tudi vedno zlatenična.

Otroških bolezni se ne spominja.

Že od zgodnje mladosti je bil vedno v obrazu rumen. Leta 1913 je  
bil v Hamburgu zdravniško preiskan. Tam so mu bili ugotovili: povečanje  
vranice in pomnoženje belih krvnih telescev v krvi. Nasvet za tonsilektomijo  
je bolnik odklonil. V naslednjih letih je dobil bolnik večkrat Arsen-kuro,  
celo tolike množine, da je prišlo do intosikacije. Aprila 1932 je dobival  
krčevite bolečine v pasu, trajajoče  $\frac{1}{4}$  ure in segajoče pod oba reberna  
loka, ki so se s presledki ponavljale 2—5 krat na dan. Pri tem je navadno  
tudi bruhal. V celem je shujšal v enem letu za 6 kg. 17. maja 1932 je bil  
sprejet na tukajšnji oddelek. Diagnoza ni bila jasna: In observatione quoad  
leukaemiam. Terapija: As. in obsevanje z rentgenom. Do septembra 1932  
je bil potem dober. Takrat so se zopet pojavljali ponovni bolečinski na-  
padi pod rebarnim lokom. Ker se je stanje vedno slabšalo, je prišel 8.  
3. 1933 zopet v bolnico.

Status praesens: srednje postave, suh, vidljive sluznice subikte-  
rične. Koža bleda, rumenkasta. Razen tumora lienis ni najti drugih pato-  
loških sprememb. Vranica presega za tri prste rebernih lok, rob top, povr-  
šina gladka, konsistenca trda.

Urin: Albumen negativen, Saccharum negativen, Urobilinogen: pozitiven.  
Sediment: posamezni levkociti. Rentgen-preiskava: Tumor lienis, sicer bp.  
Temperatura normalna. Število levkocitov niha med 5000 do 8900. Diferen-  
cija belih krvnih telescev kaže včasih lympho- včasih monocitozo, večji del  
pa normalne razmere. Rdeča krvna slika: mikrociti in anizociti brez drugih  
sprememb. Krvni index niha med 0,9 in 1. Število eritrocitov: 2,4 do 4,000.000.  
Resistenca rdečih krvnih telescev je znižana. Kožna histamin-reakcija je ne-  
gativna. Diazo v krvi indirektno pozit. Bilirubin v krvi ni povečan. Sahlj  
45% — 50%. Blato je barvano, na kri in na parazite negativno. Duode-  
nalna sonda: dobi se žolč iz jeter in žolč iz žolčnega mehurja. Wa. R. negat.

Diagnoza niha med različnimi obolenji vranice: leukaemia, aleukia,  
lymphogranulomatosis, malaria tropica, Kala Azar, anaemia pernicioso,  
icterus haemolyticus, M. Banti, tumor lienis vsled staze cirrhose, tubercu-  
losis, litične infekcije in postinfekcijski tumor lienis. Vsi simptomi, ki jih  
bolnik prikazuje spominjajo na icterus haemolyticus. — Preda-  
vatelj daje poleg kratek oris te bolezni, ki ima sledečo simptomatologijo:  
Icterus haemolyticus je konstitucionalna familijarna bolezen, ki je dedna.  
Običajno je poleg konstitucionalne okvare (zmanjšana resistenca rdečih  
krvnih teles) še kak drugi znak dedne napake na pr.: visoka glava (Turm-  
schädel). Karakterističen znak je zlačenica v rani mladosti, ki pa je brez  
srbečice. Blato je vedno normalno barvano, nikdar aholično. Icterus se

pojača radi zunanjih vzrokov na primer: po telesni utrujenosti in po traumi. Že zgodaj se pojavljajo krčeviti napadi v podreberju: takozvane splenokrize. Razen rahle anemije in anemičnih težav se počuti bolnik redno dobro. Objektivno pa najdemo velik tumor lienis in rahlo anemijo. Krvna slika pokazuje pomnoženje belih krvnih teles in mikroцитozo (majhne forme eritrocitov). V serumu je vedno bilirubin, v urinu urobilinogen. Najbolj karakterističen znak pa je zmanjšana ozmotična rezistenca rdečih krvnih teles. Terapija: dajemo As, jeterne preparate, ob splenokrizi tople obkladke na trebuh; obsevanje z rentgenom je navadno brezuspešno. Do pred kratkim povsod nasvetovana splenektomia pomaga tudi le nekaj let in se uporablja danes samo še v zelo težkih slučajih.

Kot primer pozno spoznane oralne sepse je predavatelj predstavil 48 letno kuharico: R. A.

Iz anamneze: Mati je umrla na porodu, oče vsled žolčnih kamnov, 3 bratje so umrli še majhni. Kot otrok je imela ospice, z 20. leti pa revmatizem. Štiri leta kasneje trebušni legar. Večkrat je imela vnetje žrelnic (angina). Zadnja bolezen je trajala tudi 14 dni. Pričel jo je bolet vrat, težko je požirala, imela je visoko vročino; mrzlica, bruhanje. Po štirih dneh se je stanje v vratu poboljšalo, vročina je nekoliko padla; pojavljati pa so se pričeli znaki akutnega sklepnega revmatizma; zatekline v kolenih in sicer v desnem kolenu. Od tam so se selile zatekline in bolečine iz sklepa v sklep. Menarhe s 14. leti, menses redne.

Sprejeta 1. februarja 1933 na interni oddelek. Takratni status praesens: srednje visoka, dobro rejena. Koža in vidne sluznice rdečkaste. Zobje defektni. Jezik suh obložen. Tonzile močno povečane, razorane; videti je na njih bele gnojne čepe. Na pljučih in na srcu ni najti patoloških sprememb. Organi trebušne votline brez patoloških sprememb. Okončine: skočni in kolenski sklepi na obeh straneh zelo zatečeni, aktivno in pasivno gibanje radi bolečin otežkočeno. Močne zatekline v rokah in ramenskem sklepu.

Na tipično antirevmatično terapijo zginevajo zatekline, vendar pride že čez nekaj dni do popolne recidive. Ker je bila anamnestično zveza med tonzilami in sklepnim revmatizmom očitna, se predlaga tonsilektomija, ki je bila 25. februarja 1933 izvršena. Operacijski izvid: obe neblici povečani, močno zaraščeni.

Kmalu po operaciji zginevajo septični znaki in temperatura; vendar se sklepne bolečine še vedno pojavljajo in se selijo iz sklepa v sklep. Od 14. 3. naprej so še izginili zadnji znaki septičnega sklepnega obolenja. S tem primerom se dotika predavatelj oralne sepse: obolenja, ki ga že poznamo po Chunter-ju iz leta 1910. Sedanji novejši zastopniki te teorije so Bilings in Rosenow. Mnenje je sledeče: v človeškem telesu so gotova ognjišča, ki so po svoji anatomski legi predelektirana za obolenja. Iz teh ognjišč, ki ni treba, da bi kazala znake akutnega abscesa, prihajajo zapored klice v kri in napravljajo tipična obolenja, za katera nam je še do danes etiologija neznan, na pr. subfebrilni procesi, prehladi, akutni sklepni revmatizem, mišični revmatizem, endocarditis, pyelitis, cholecystitis, ischias, različne neuralgije, appendicitis, glomerulonephritis.

Sedež takega ognjišča je kakor že gori omenjeno določen po anatomski legi, to se pravi: povsod tam, kjer pridejo v dotiko notranji organi z zunanjim svetom, tam pride najlažje do invazije klic v človeško telo. So to:

- 1.) tonzile (ustne in žrelne),

- 2.) zobovje (mrtvi zobje, granulom, ciste, alveolarni absces, alveolarna pyorea),
- 3.) postranske nosne votline,
- 4.) uho
- 5.) bronchiaktasia,
- 6.) uretritis, prostatitis,
- 7.) adneksna obolenja,
- 8.) colitide.

Z ozirom na veliko število možnosti takih latentnih procesov je težavno v vsakem slučaju najti res pravo ognjišče in vendar se da to storiti tem lažje, čim bližnja in bolj očitvidna je kavzalna geneza med latentnim ognjiščem in pravo boleznijo. Iz tega sledi nauk, da pri vseh gori navedenih boleznih že za časa akutnega napada, to se pravi prvega napada bolezni, iščemo za takimi latentnimi ognjišči. Bo to redno naloga v prvi vrsti praktičnega zdravnika, ki vidi taka obolenja kot prvi.

Za tem predstavlja predavatelj štiri različne tipe želodčnega čira in sicer:

- 1.) primer: Ulcus duodeni,
- 2.) " Ulcus ventriculi penetrans,
- 3.) " Organska stenoza pilora vsled ulcus duodeni,
- 4.) " Ulcus jejuni pepticum po gastroenterostomiji.

Pri tem pojasnjuje razliko kliničnih pojavov pri različnem sedežu želodčnega tvora oziroma pri različnih komplikacijah po ulcus-u oziroma po operacijah na želodcu. Posebno povdarja važnost anamneze pri želodčno obolelem, ki je tipična za različne vrste ulkusa oziroma njega komplikacije. Pri anamnezi je najbolj karakterističen historični razvoj bolezni: atipičen začetek, krescendo-karakter težav, periodiciteta težav spomladi in jeseni, bolečine: zgodnja (ulcus ventriculi) in pozna (ulcus duodeni). Obstipacija je vedno veren spremljevalec želodčnih posebno duodenalnih tvorov. Ob enem naglašaja še manj znane konstitucionalne momente: Basedow tip kot karakterističen za ulcus in tetanični tip kot karakterističen za želodčno tetanijo. Tako se da v časih že iz fizionomije bolnika sklepati na obolenje. Pri mladostnih bolnikih včasih edino le herediteda odločuje za čirno bolezen. Z demonstracijo kliničnih simptomov na bolnikih dokazuje, da je v veliki večini primerov možna dijagnoza želodčnega oziroma duodenalnega čira samo iz anamneze in na podlagi kliničnih simptomov brez rentgenološke preiskave.

**II. znanstveni sestanek dne 5. maja 1933.** Navzočih 35 zdravnikov. Predava g. dr. R. Neubaer; šef-zdravnik zdravilišča Golnik o temi: Thorakospija in — kavstika (operacija po Jakobäus-u). Avtoreferat.

Pneumotoraks je gotovo najbolje sredstvo za zdravljenje in ozdravljenje odprte pljučne tuberkulcize. To pa velja edino-le za kompletni pneumotoraks, t. j. za pneumotoraks, pri katerem so odprta ognjišča kolabirana. Žal je število inkompletnih, radi adhezij brezuspešnih pneumotorakov precej veliko.

Tu nam pomaga v velikem številu slučajev operacija po Jakobäusu. Prvi akt te operacije, torakoskopija je popolnoma nedolžen poseg, ki nima nikdar škodljivih posledic. Brez te torakoskopije nam v nobenem slučaju ni mogoče reči, hoče-li biti kavstika izvedljiva ali ne.

Drugi del: torakokavstika, ali bolje intrapleuralna pneumoliza, je tehnično jako težka in odgovorna operacija. Njene indikacije so odvisne od torakoskopičnega izvida zarastlin, od njihove širine, debeline, vsebine pljučnega tkiva itd. Odloča končno samo skušnja in izvežbanost operaterja.

Komplikacije so večinoma malenkostne: podkožni emfizem, eksudat, s tem v zvezi kratkotrajne povišane temperature, redki so protrahirane temperature in specifični empijemi. Zelo resna komplikacija je ruptura pulmonis, ki nastane, če je operater prežgal adhezijo, ki je vendar vsebovala pljučno tkivo, sempatja pa tudi daleč od mesta kavstike brez vidnega vzroka. K sreči je ta komplikacija zelo redka.

Naš materijal obsega (do 1. septembra) 46 torakoskopij, pri katerih je bila kavstika nemogoča, ter 107 pneumoliz pri 102 bolnikih. Operacijo smo pri dveh bolnikih izvršili obojestransko.

Uspeh operacije je v tem, da bolniki v najkrajšem času zgubijo bac. tbc. iz izmečka. Radi tega s pomočjo te operacije lahko znatno povečamo število dobrih uspehov zdravljenja s pneumotorakso — v individualno terapičnem kakor tudi v socialnem smislu.

Predavanju je sledila demonstracija številnih rentgenogramov in kratka debata.

Dne 11. maja 1933 demonstrira predavatelj g. dr. Neubauer operacijo na internem oddelku splošne bolnice. Bolnica C. F., ki ima že ca leto dni obstoječi umetni pneumotoraks s še vedno odprto kaverno, — kolaps pa preprečita dve adheziji, — se operira s popolnim uspehom,

III. znanstveni sestanek dne 14. VII. 1833. Navzočih 15 zdravnikov.

1. Predavanje g. dr. Debevca Fr.: O duševnosti sodobnega zdravnika.

Predavatelj očrta bistvene elemente duševnosti sedanjega zdravnika ter poda nekaj misli in smernic kot majhen kašipot za bodočnost. Predavanje je izšlo in extenso v Glasilu zdravniške zbornice).

Po predavanju se razvija daljša debata, katere se udeleže dr. Dereani, dr. Goestl, dr. Meršol in predavatelj.

Dr. Pompe Janko: Demonstracija dveh ozdravljenih primerov seps z otorinološkimi komplikacijami.

A. Primer sepse po *Streptococcus haemolyticus*.

Iz infekcijskega oddelka Obče drž. bolnice v Ljubljani, prim. dr. Meršol.

Bolnik A. A., 8 let star. Diagnoza: scarlatina septica, mastoiditis dextra, sinusitis multilocularis.

Anamnestično je prebolel ošpice. Pred enim dnevom (18. 4.) je obel na skarlatini. Bolnik je malo somnolent, temperatura 39,6 C, Puls 128, lahna conjunctivitis, skarlatinozen izpuščaj močno izražen. Tonzili malo povečani, belo-sivo obleženi. Istotako so submandibularne žleze malo povečane. Albumen v sledovih, urobilinogen močno pozitiven. V sedimentu levkociti.

Therapia: Serum antiscarlat. 20 ccm intramusc. (iz Zagreba).

Tekom bolezni (23. 4. je pokazal krvni razmaz septično sliko. V krvi je najden *streptococcus haemolyticus*. Temperatura 38,2 C do 39,8 C. Pacient moribunden. Therapia: Septicemin-injekcije.

24. 4. radi bilateralnih peritonsil abscesov incizija.

30. 4. meningismus s čistim sterilnim likvorjem in sedmimi levkociti na 1 mm<sup>3</sup>. Nastopil je septični exantem s tipično septično temperaturno krivuljo.

7. 5. otorrhoea dextra, 11. 5. gnojna sinusitis paranasal. bilat. 18. 5. otorrhoea sin. Isti dan izvršena antrotomia dex. (operiral dr. Pompe). Proc. mastoid. srednje pneumatiziran izpolnjen z granulacijami in manjšimi sekvestri ter zelenkastim gnojem, ki ne smrdi. Splošno stanje se izboljša (23. 5.) Ves proces se polagoma lokalizira na paranazalne sinuse in ušesa.



Radi tega je bila 29. 5. izvršena operacija paranazalnih sinusov po Grünwaldu (op. dr. Pompe). Oba os. ethmoidal. sta izjedena po granulacijah in sekvestrih.

Nadaljni potek zdravljenja sa razvija zelo povoljno. 10. 6. postane pacient zelo afebrilen in se 1. 7. odpusti ozdravljen z lepim kozmetičnim rezultatom.

## II. primer sepse po Staphylococcu.

Iz otorinolaringološkega odelka obč. drž. bolnice v Ljubljani (Šef dr. Pogačnik).

Bolnica O.: Diagnoza: Mastoiditis sin., meningitis, syndroma Gradenigo, sepsis.

Bolnica je obolela doma na furunklu čela, nakar je nastopil erysipel obraza, vsled česar je bila bolnica sprejeta na dermatološki oddelek. Tam je nastopila meningitis purulenta, vsled česar je bila bolnica premeščena na interni oddelek. Tu je nastopilo še gnojenje iz desnega ušesa. V haemokulturi najdeni staphylococci, zato se bolnica premesti na otološki oddelek.

Status praesens: (4. 10. 1932.) v desnem sluhovodu nesmrdeč gnoj, mrena motno rožnata s pulzirajočim refleksom v sredini spodaj. Proc. mastoid. in jugularis na pritisk nista občutljiva. Tipični Gradenigo-syndrom. Bakteriološka preiskava gnoja iz srednjega ušesa: staphylococci. Bakteriološka preiskava likvorja: strepto- in staphylococci. Nonne-Appelt: močna motnost. Likvor sam je še čist, vendar pod povišanim pritiskom. Po nekaj urah je opaziti v njem fibrinasto mrežo. Widal negativen. Temperatura od 36,5° C do 38,7° C.

5. 10. bolnica večkrat bruha. Stopnjuje se pareza n. abduc. in neuralgije okoli očesa. Proc. mastoid. občutljiv na pritisk. Žleze ob m. sternocleid. povečane. Tumor lienis. Bolnica propada. Zato se izvrši radikalna operacija, (meningitis operacija) oziraje se na syndroma Gradenigo (op. dr. Pompe).

6. 10. bolnica ima septično temperature z mrzlicami. Radi močnega suma na delno trombozo bulb. jugularis se izvrši sinus in jugularis operacija. (op. dr. Pompe po naročilu g. dr. Pogačnika).

9. 10. bolnica je afebrilna.

11. 12. Potek razen dvakratne metastatične phlegmone dober.

21. 12. Do danes afebrilna. Potek brez posebnosti.

Pozneje je bolnica obolela še enkrat na erysipelu, kar je pa dobro prestala. Sedaj se pa nahaja na oddelku radi plastične operacije na operiranem ušesu.

Po demonstraciji se razvije kratka debata.

V. Meršol.

## VII. sestanek mariborskih bolniških zdravnikov dne 14. 7. 1933.

Otvorja asist. Dr. Lutman z prikazovanjem spontano nastalega odprtega pneumotoraksa na desni strani pri 20-letnem visokošolcu. Pneumotoraks, ki je prvi dan bil le delen, je že drugi dan bil popoln. Dislokacija medijastina malenkostna; težka dispnoa, ki se je podela šele tretji dan. V vdihu in deloma tudi v izdihu se je jasno čul cevast kovinski piš, ki je šele po nastalem izločku izginil. Geneza je nekoliko nejasna. Dan pred nastopom pneuma je bolnik absolviral več dni trajajočo naporno planinsko turo. V literaturi najdemo spontane pneumotorakse pri veslanju, da celo pri obešanju perila, vendar so ti nastopili v času napora.

Bolnik se je na ta svoj pneumo kmalu privadil. Dihanje mirno in nenoporno. Pritisk v pleuralnem prostoru negativen. Mirovanje, injekcije kalcija.

Dr. Hanška predstavlja nato otroka sedmih let, ki je 3 dni pred prihodom v bolnico naglo obolel. Postal je hrom na celi desni strani telesa in ni mogel več govoriti. Pred tem inzultom je bil otrok zdrav in živahen. Ugotoviti se dá centralna pareza facialisa, mehko nebo je na desni takisto paretično, jezik moli v desno. D. roka paretična z normalnim tonusom in prisotnimi odzivi (refleksi). D. noga spastično-paretična z zvišanimi odzivi, pozitivnim Babinskijem.

Na levi strani, predvsem v roki izrazite koreatične kretnje. Mimično mišičje kakor tudi ono vrata pokazuje nekoordinirane trzljaje. Odzivi levo normalni, senzibiliteta nedotaknjena. Wa R = negat. RR = 110/70. Liquor čist, b. p. Rentgen, slika lobanja b. p. Ostali organi zdravi.

Hemiplegija in hemihorea so prehodnega značaja. Po par dneh se stanje znatno izboljša, za 10 dni že govori, po 15 dneh zapušča ozdravljen bolnico. Terap. intravenozne injekcije jodove otopine (10%).

Gre verjetno za encefalitičen proces v piramidnem in extrapiramidnem sistemu.

Asist. kirurg. odd. Dr. Vrbanjak demonstrira nato 67 letnega moškega, ki ga muči že kakih 7 tednov neutolažljiv kašelj. Bliskovite bolečine na levi strani glave. Mala golša iz mladih let je v zadnjih 7 tednih naglo rasla, zlasti na levi strani. Pacient kahektičen, barva kože bledosivkasto rumenkasta. Hripavost. Kot gosje jajce velika, izredno trda, grčasta in le slabo premakljiva bula na vratu. Vratne žleze trde, indolentne. Gre za maligno golšo. Operacija ne pride v poštev. Rō-obsevanje.

Sličen slučaj neoperabilne maligne golše 72-letne žene predstavi tud Dr. Rozman.

Dr. Benedik predstavlja nato 12-letno dekletce iz kirurg. oddelka, ki je poslana tjakaj v svrho naprave mavčeve kravate. Boluje že dve leti. Prebolela akutni revmatizem sklepov, endokarditis. Tensilektomirana že pred 5 leti radi pogostih angin. V zadnjih mesecih bolečine v tilniku. Bila radi tega na kliniki in je kasneje v drugem zavodu radi suma na specifični proces v vratni hrbtenici dobila trikrat mavčevo kravato.

Rentgenološka slika ne prikazuje nikakih patol. sprememb na hrbtenici. Celokupno mišičje dekleta močno atrofično, odzivi vsled te močne atrofije komaj izvebljivi. Tudi način vstajanja (otrok pleza z rokami po svojih nogah od kolka) nas močno spominja na sliko progresivne atrofije mišičja. Kljub temu se glasi diagnoza Rheumatismus articul. chr z sekund. atrofijami.

Antirevmatično zdravljenje na medic. oddelku, kamor je pacientka nato bila premeščena je potrdilo to diagnozo. Zdravljenje je bilo uspešno in je mavčeva kravata bila odveč.

Asist. Dr. Kreuziger referira nato o kolapsu po injekciji Neo-salvarvana, ki se je po 3 dneh zvršil z smrtnim izidom. 40-letni bolnik, zbolel pred 7 leti prvič na luesu. Takrat je dovršil 3 kombinirane kure in jih dobro prenesel. V mesecu juniju letos tipična reinfekcija. Bolnik je visoke, močne postave, nekoliko adipozen. Abusus in alcoholo. Albumen in urobilinogen v seču negativen. Po tretji Neo-bi-injekciji v sedanji kuri sledeči simptomi: močne, krčem podobne bolečine v križu in trebuhu, nato zelo nemiren, vstaja in sede, kmalu nato popolni kolaps. Iz vseh mest injekcij krvavi pod kožo, enako odgovori z krvnimi podplutbami na vsak močnejši

pritisek telesa. Anuria. — Drugi dan stanje navidez nekoliko zboljšano. S katetrom se dobi mala količina črnega scča. Mikroskopsko: sami drobci rdečih krvnih teles. Haemoglobinuria. Nastopila je hemoliza in vivo. Trebuh napet, trd, bolečine pod obema rebrenima lokama in okoli popka. Proti večeru drugega dne komatozno stanje, tretji dan eksitus. Patol. anat. izvid Encephalitis in Pancreatitis haemorrhagica, multiple nekroze v zamaščenih jetrih. Mnogobrojno krvavenje v organ h.

Sličen slučaj je opisan tudi po Jadassohnu (Handb. f. Haut- und Geschlechtskrankheiten — Bd: Syphilistherapie), pri katerem je nastopila po tretji Neo-bi- injekciji hemoliza in vivo in ki je 7. dan z uremičnimi simptomi umrl. Patološki izvid žalibog manjka pri tem slučaju.

Po natančnejšem tolmačenju obdukcijskega izvida tega slučaja po prosektoru Dr. Hribarju in živahni diskusiji se sestanek zaključuje.

St. L.

### VIII. sestanek dne 4. VIII. 1933.

Otvorja docent Dr. Matko z demonstracijo 53 let starega bolnika z klasičnimi znaki amiotrofske lateralne skleroze.

Bolnik je prebil svetovno vojno z vsemi napori brez vsakih znakov. Njegova bolezen datira šele kakih 2 let nazaj. Opazil je najprej, da ni mogel izvesti bolj zamotanih kretenj z desno roko kakor na pr. zapenjanje gumbov na suknji. Kmalu nato isti pojav na levi roki, po enem letu pa je sledila slabost, nesigurnost in tres spodnjih okončin. V zadnjem času se mu je začel zapletati tudi jezik.

Opičja roka. Po atrofiji so zapadeni predvsem iztežovalci, upogibnice manj. Fibrilarni tres mišičja okončin, kakor tudi jezika. Oramno mišičje je precej prizadeto, zato dviga zgornje okončnice le do horizontala. Mimično mišičje je le delno slabo, pri govoru noslja, težko požira, Masterni refleks je živahen, skoroda kloničen. Patološki odzivi (Babinski obojestrano pozit., Oppenheim zelo pozit. trebušni živahni, patelarni klonus.) Ker so odzivi tudi na atrofičnih okončinah živahni, izključimo lahko distrofijo mišičja progredientnega tipa. Spoonje okončine so hipertrofične. Slika spastične parapareze.

Diferencialno-diagnostično pride v poštev prej omenjena dystrophia musculorum progressiva, ki jo že glede na zvišene odzive lahko izključimo. Syringomyelia kaže pa motnje senzibilitete, ki jih pri našem slučaju nimamo, ravntako nimamo tudi nikakih motenj močenja in iztrebljenja.

Vrstni red obolenosti mišičja je pri amiotrofski lateralni sklerozi različen, potek pa zelo hiter. Je predvsem bolezen starosti.

Zdravljenje je precej manjkavo. Mehanoterapija je škodljiva. Predvsem še koristijo tople kopeli. Najnovejše, kar beleži medic. literatura zadnjega časa (Dr. Milkovat — Leipzig. D. Archiv f. Klin. Medizin 1933 Bd. 174. — Hauck — Mediz. Klinik 1933 No. 21) je Glykokoll sam ali kombiniran z fosfornimi solmi ali hormoni testisa. Delotvoren je predvsem pri distrofiji mišičja in mišičnih obolenj. Glikokol pojača pri progresivni distrofiji izločenje kreatina, pri zdravem organizmu pa ne. Ravntako tudi ne pri sekundarno atrofiranem mišičju. Glikokol nam tedaj lahko posluži kot diferencialno-spoznavno sredstvo med prvobitnimi in sekundarnimi atrofijami mišičja. Zdravljenje z glikokolom smatramo pa le nadomestnim zdravljenjem obično kakor inzulin pri sladkorni bolezni. Brez stalnega podavanja ni ozdravljenja. Ker pa naš slučaj ni čista distrofija, izgledi zdravljenja niso ravno veliki, mogoče se pa da atrofija le delno zboljšati in je preparat (ki pa je mimgrede povedano precej drag) vsekakor preizkusiti.

Po kratki diskusiji povzame besedo prim. Dr. Lavrič in demonstrira dva slučaja kirurg. oddelka. (autoreferat.)

a) 58 let stara žena je sprejeta z stalnimi temperaturami in valjkastim tumorjem pod desnim jetrenim lokom. Holecistografija: obstructio ducti, cystici. Klinična dijagnoza: cholecystitis. Pri operaciji je najden Ca vesicae felleae ki je ekstirpiran in deloma resecirana tudi jetra. Demonstracija preparata.

b) Vulnus sclopetarium v mamilarni črti v levem petem medrebnem prostoru. Pripeljan pol ure po poškodbi. Projektil se nahaja prevvertebralno v zadnjem medijastinu v višini 10. prsnega vretenca. Na levi strani haemopneumothoraks, na desni pljučni infiltrat z eksudatom. Konzervativno zdravljenje. Šestkratna punkcija leve in desne strani. Na levi tekoča kri do 2000 ccm, na desni serozni izloček do 1000 ccm. Po šestih tednih zdrav. Projektil še vedno na istem mestu. St. L.

### IX sestanek 18. avgusta 1933.

Prim. Dr. Lavrič:

1. nephrolithiasis: 31 l star s tipično anamnezo in svežimi rdečimi krvnimi telesci v seču po napadu (koliki). Slika desne ledvice in pa retrogradna pijelografija lokalizira kot lešnik velik konkrement v desnem rena/nem pelvisu. Po pijelotomiji odstranjen. Primarni šiv pijelona. Konkrement je urat. Pacijent se demonstrira 8. dan po operaciji. Potek brez komplikacij.

2. Referira o 25 letni pacientici, ki je imela nekoliko tipičnih napadov ledvičnih kamnov. Ostro omejena, okrogla, sumljiva senca v rentgenogramu desne ledvice. Pri intravenozni (uroselectan) in retrogradni pijelografiji pada senca konkrementa v ožino zgornjega keliha. Cholecystografija negativna t. j. žolčni mehur se je napolnil s kontrastom.

Pri operaciji, pri kateri je napravljena pijelo- in nefrotomija, je ugotovljeno, da odgovarja omenjena senca zavapneli bezgavki, ki leži točno izza gornjega pola desne ledvice. Demonstracije pijelogramov. Potek zadovoljiv.

3. Demonstrira bolnika 9. dan po radikalni operaciji radi Ca. recti. 58 let star mož je operiran po abdomino-sakralni metodi (Quénu, Kirschner) z definitivnim iliakalnim anusom. Demonstracija preparata, ki je histološko pregledan in se glasi: Ca. adenomatousum partim meniperum. Podoba je, da je operacija radikalna. (Autoreferati).

Prosektor Dr. Hribar: demonstrira in tolmači patol. anat. preparate.

a) številni kostolomi pri 2 dni starem novorojenčku z močno razvitim kalusom. Preparat je zlasti s sodno-medic. stališča zanimiv in važen. Gre za intrauterine kostolome vsled tkzv. Osteogenesis imperfecta (Recklinghausen) ali tudi Satyrosis (fragilitas) osseum

b) bolj redek preparat kosti pri Lues congenita, kjer najdemo v enem in istem preparatu luetično perichondritis kakor tudi specif. periostitis.

### X. sestanek 1. septembra 1933.

Asist. dermato-venerol. oddelka Dr. Kreuziger prikazuje dva slučaja.

1. Moški srednjih let. Lues II. seropozitiva. Poleg scrophuloderme maculopapulozen eksantem, predvsem zelo velike papule, okoli katerih so v obliki venca nanizane še mnogo manjše papule. To je tkzv. corymbiformni sifilid („Bombensyphilid“). Taki pojavi so redki.

2. Ulcus vulvae acut. (Lipschütz). Povzročitelj bacill. crassus. Omenja potek in zdravljenje tega nevarno pogostega obolenja. V debati, ki sledi demonstracijam poroča doc. Dr. Matko o treh ženah, katere je vi-

del tekom zadnjega leta z močnimi bolečinami, otokom velikih sramnic z majhnimi značilnimi odprtimi ranami brez znatnejše prevlake, brez otoka dimeljskih žlez. Wa R v krvi negativen. V preparatu značilni bacili. Zdravljenje, obstoječe v mrzlih obkladkih, rednih kopelih in potrosenju ran z dermatolom je bilo malo uspešno.

Nato predstavlja asist. okul. oddelka Dr. Aleksić tri slučaje keratitis parenchymatose pri deci v različnih stadijih bolezni ter omeni genezo, potek in zdravljenje te precej pogoste bolezni. A. L.

## IZ MEDICINSKIH ČASOPISOV

### Liječnički vjestnik, broj 8-1933.

Cela številka je posvećena kongresu Jugosl. dermatovener. društva, ki se je vršil letos v Zagrebu. Številka je zelo bogata in predvsem za strokovnjaka izredno zanimiva in poučna. Tu prinašamo referate samo v toliko, kolikor bi mogli zanimati prakt. zdravnike.

Dr. S. Bošnjaković: Etiologija mljetske bolesti. Autor zastopa mnenje, da predstavlja „mljetska bolezen“ poseben bolezenski tip v obliki keratoze, ki se običajno indirektno podeduje. Ta bolezen je sicer zelo redka, toda pogosto je na otoku Mljeta, od katerega je tudi dobila ime.

Dr. Sava Bugarski, Beograd: Citološki pregled lumbalne tečnosti po Ravaut-u i njegov dijagnostički i prognostički značaj. Prinaša študijo 30 slučajev od katerih so imeli 6 sekundarne sifilitične manifestacije, 23 splošno paraliza ter 1 slučaj tabes in prihaja do sledećih zaključkov: Znak vnetja parenhimotoznega tkiva je po Ravaut-u prisotnost plazma-celice, velikih mononitov in polinuklearnih celic. Če najdemo te celice pri sekundarnih luetičnih pojavih, bo to govorilo za slebo prognozo, to je, da se bolezen širi v živčevje (Tabes in P. P.)

Prihaja do zaključka, da Ravaut-ova metoda ni dovolj sigurna in jasna pri citološki preiskavi lumbalne tekoćine.

Dr. Rikard Fischer, Zagreb piše o „Upotrebljivosti konglobacijone reakcije (Ballungsreaktion) po R. Müller-u za dijagnozu luesa i gonoreje (M. B. R. II. Zn. B. R.)

Prof. dr. G. Gjorgjević, Beograd: Endemičan lues u pojedinim krajevima Jugoslavije. Razlika manifestnih i konstantnih oblika Endemičan lues ima to znaćilnost, da imamo pri njemu zelo male in redke spremembe likvorja in centralnega živčevja. V veliki većini slučajev je latentna. V zadnjih letih so našli serum negativen ne samo pri zgodnji ampak tudi pri pozni lues. Znano je pa tudi dejstvo, da je vćasih serum pozitivan tudi pri latentnem luetičnem obolenju. Vzrok tem pojavom bo v specifićnih konstitucionelnih spremembah. Brez dvoma je endemićna lues brez zunanjih znakova s pozitivno serološko reakcijom mlaćšega datuma kol ona z negativno reakcijom. Te pojave nam lahko razloži le konstitucija. Praktićno ni prićakovali, da bi se lahko tip luesa, posebno endemićan, spremenil v malignega.

Dr. D. Günsberger i dr. Fischer, Zagreb poroćata obširno o „Tehnici seroreakcije s Compligonom i njeni klinićki vrijednosti.“

Dr. Sima Ivić, Beograd: Reakcije flokulacije i vezivanja komplemента u dijagnostici i terapiji sifilisa.

Prof. Fr. Kogoj: O sistematizaciji dermatozā. Najbolj odgovarja vsem potrebā delitev dermatozā po njih etiologiji a) dermatoses parasitariae, b) dermatoses non parasitariae. Dermatoses non parasitariae porazdeli zopet na: 1. traumata cutis, 2. genodermatoses, 3. dermatoses ex alteratione allergica cutis, 4. dermatoses ex al-

teratione organi altrus seu ex anomalia substantiarum perturbationis, 5. tumores cutis. V grupo 3. spadajo medikamentozne toksidermije, ekcem, neurodermitis, urlikarija in razne oblike prurigo etc.

Doc. dr. R. Z. Lopašić, Zagreb: Kasna obolenja živčanog sistema na bazi kongenitalnega luesa. Pisec analizira bogati statistični material „Stenjeveca“ in zagrebške klinike in prihaja do zanimivih zaključkov. Za razvoj cerebralnega luesa, juvenilnega tabesa in paralize je poleg kongenitalnega luesa potreben še en, do sedaj nepoznan činitelj. Pri kongenitalnem luesu je biološka in serološka preiskava veliko manj zanesljiva kot pri pridobljenem luesu. Terapevtični uspehi so pri kongenitalnem živčnem luesu srednje dobri in gotovo slabši kot pri pridobljenem. Terapevtski uspehi so zelo nezadostni pri metasifilitičnih obolenjih posebno pri juvenilni paralizi.

Dr. Artur Mayer, Zagreb: Compligon u terapiji gonoreje.

Prof. dr. Er. Mayerhofer, Zagreb: Pojave na koži novorođenčadi. Te pojave deli pisec v 1. patološke spremembe kože, 2. bijološko-fizijološke, ki so zelo pogoste, to je v 80% vseh novorojencev.

Doc. dr. Sp. Vidaković, Zagreb: Go-komplement-reakcija kod ginekoloških upalnih oboljenja. A. Simoniti.

## NOVE KNJIGE

Raspod čovjeka; za omladinu i roditelje. Napisal Dr. Milan Crlenjak, tisk Stjepan Blažanin, Zagreb. — Pisatelj skozi 24 let poučuje higijeno na Zagrebških srednjih šolah. Razlagati in razložiti dozorevajočemu človeku način generacije in njeno higijeno ni le znanstvena naloga temveč tudi stvar takta, forme. Pisatelj je iskal pomoči pri biologiji, z njeno pomočjo pove svojim učencem vse, pa vkljub temu nihče ne postane rudeč v obraz. Knjižica je istočasno tudi kratek kompendij biologije. T. F.

Röntgendiagnostik der Lungentuberkulose und ihre Bedeutung im Rahmen der Gesamtuntersuchung (Rentgenska diagnostika pljučne tuberkuloze in njen pomen v okviru celotne preiskave) von Dr. Fr. Koester. Ferd. Enke Verlag. Cena broš. R. M. 2.50—

Pičilih 39 strani obsegajoča knjižica (20 slik) je namenjena praktičnemu zdravniku, med čigar diagnostična pripomagala se je rentgen začel tudi že pri nas vse bolj pogosto prištevati. V predgovoru čitaš: „Tudi od praktičnega zdravnika, danes že zahtevamo, da pozna rentgenologijo pljučne tuberkuloze, naj mu bodo zato možnosti in meje te preiskovalne metode znane!“ Rentgenska preiskava naj ostane slej-ko-prej še vedno le dopolnilo k splošni, predvsem fizikalni preiskavi bolnika. Zato so napake in meje še tako točno izvršene fizikalne preiskave (inspekcija palpacija, perkusija in avskultacija) podrobno opisane.

Po kratkem tehničnem uvodu preidemo k podrobnemu opisu rentg. presvetljave in slike. Zapomnili si bomo stavek: „Tehnično slaba rentgenska slika je nevarni vir zablod in more pri diagnozi, prav posebno v rokah manj kritičnega preiskovalca, povzročiti veliko zmešnjavo. Rajši nič, kot slabo sliko!“ Da pri presvetljavi ne boš videl malih in najmanjših hematogeno-razsipanih žarišč do miliarne tuberkuloze in svežih, na filmu le rahlo nadihnjenih infiltratov, ti bo kmalu jasno. Rentgenska slika je razen tega še trajen dokument, ki ti objektivno fiksira patološke pojave in ki gre lahko iz ene roke v drugo. Pisec ti nato tolmači vse mogoče pester pojave pri tuberkulozi pljuč, začenši z normalno pljučno sliko in te tako uvede v kvalitetno diagnozo pljučnih obolenj in sprememb na porebrnici. Povdarja še veliko vrednost rentgenske preiskave za terapijo in prognozo ter omenja glavne diferencialno-diagnostične težave.

Knjižico bo s pridom prečital vsak zdravnik, bodisi da se praktično na aparatu ali pa samo bolj teoretsko bavi z rentgenologijo. M. Karlin.

Dr. E. Liek-Danzig: Chirurgisch wichtige Erkrankungen der Niere (Kirurško važna obolenja ledvic). Vlg. d. ärztl. Rundschau Otto Gmelin — München. 44 strani, brošir. RM. 1'50, vez. RM. 2'2'

Na treh jako poučnih primerih pokaže avtor razvoj urologije v zadnjih treh desetletjih do današnje višine. Smisel majhne knjige je, opozoriti praktičnega zdravnika na metode preiskave, ki naj omogočajo, da pride bolnik pravočasno v prave roke. Iz tega vidika obravnava po vrsti vsa obolenja ledvic, pri čemur zastopa prav povsod svoje stališče, ki je neredko v nasprotju z mnenjem večine.

Vse dobre lastnosti, ki smo jih po pravici občudovali pri vseh dosedanjih delih znanega avtorja, ima tudi ta knjiga v polni meri. Zato je ne moremo dovolj toplo priporočati. R. N.

Proteus, ilustriran časopis za poljudno prirodoznanstvo. Urejuje dr. Pavelj Grošelj. Letno 10 števil. Naročnina din. 50 za celo leto. Davna želja slovenskih prirodoslovcev se je izpolnila. Prva številka slovenskega „Kosmos-a“ je izšla. Po svoji vsebini, po poljudnem tonu in lepem, domačem jeziku, v katerem je prva številka spisana, obeta „Proteus“ mnogo. Ne dvomimo, da bo vse to in še več držal. List, ki ga upravlja naš stanovski tovariš g. doc. dr. A. Košir, bo lahko računal na aktivno sodelovanje in vsako podporo nas zdravnikov. R. N.

## IZ MEDICINSKE IN FARMACEVTSKE TEHNIKE.

Tvrdka Knoll — Ludwigshafen je v zadnjem času spravila na trg spazmolitikum in antidolorozum popolnoma novega kemičnega principa.

**Octin** je po podatkih tvrdke methyloctenylamin, nenasičena alifatična baza in pride v promet kot bitartrat in hloridrat. Baza je brezbarvna, lahko tekoče olje značilnega vonja z vreliščem pri 58/59°. Bitartrat je bel prašek, ki je lahko topljiv v vodi, in alkoholu. Hloridrat pa je brezbarven, jako higroskopičen prašek.

Farmakološko se odlikuje preparat po svojem učinku na gladko mišičevje v čemur je sličen papaverinu, ki ga pa prekaša po 1½ do 2 krat manjši toskiciteti. V nasprotju s papaverinom vpliva Octin centralno.

Preparat sta preizkušala U m b e r i n B u s c h k e na več kot 100 primerih. Octin je pokazal prav posebno močan antidolor. učinek pri čirih želodca in žolčnega črevesa (duodenum), kjer je v najkrajšem času pomiril vse bolečine slično kakor pri spazmih gornje želodčne in črevesne regije. S tem so postali derivati morfina pri teh boleznih odveč. Dobro je Octin vplival tudi pri migreni. P a l trdi, da se mu je Octin jako dobro obnesel pri raznih kolikah, tako tudi pri kolikah radi zastrupljenja s svincem, pri kolikah žolčnika in ledvic, pa celo pri bronhijalni astmi. Pal gre tako daleč, da trdi, da se Octin lahko rabi dijagnostično. Ako namreč preparat odpove, tedaj je jasno, da bolečine ne izvirajo iz spazem gladke muskulature. F r o m m o l t priporoča Octin pri dismenoreji.

Preparat doziramo: 2—4 krat na dan po 1 tableto Octina po jedi. Pa tudi po 8 tabletah ni prišlo do nikakih komplikacij. Ampule lahko vbrizgamo intravenozno, običajno pa subkutano,

**Dva jubileja:** Svojo 75-letnico je praznoval zagrebški kirurg prof. dr. Teodor Wickerhauser. Zaslužnemu zbravniku posveča Lj. Vij. svojo najnovejšo številko. Prof. dr. Fr. Bubanović, ordinarij za kemijo na zagrebškem vseučilišču je obhajal svojo 50-letnico. Čestitamo!

**Poljska vlada** zahteva, da morajo vsi medicinci dovršiti tromesečni tečaj o vojnih plinih. Dijaki, ki nimajo potrdila o tem tečaju, ne morejo dobiti absolutorija.

**Borba proti farmacevtskim specialitetom** je očitno najbolj srdita na Grškem. Tam zahtevajo za vsak tak preparat, najsibo domačega ali inozemskega izvora 300 drahem davka na leto, ki gre v korist zdravniškemu pokojninskemu skladu. Poleg tega se mora vsaka specialiteta kolkovati s kolkom 1 do 3 drahem. Ako bi bilo mogoče doseči, da se ta davek zopet ne odvali naprej na itak po visokih cenah zdravil že zelo hudo prizadete bolnike in ako bi se obdavčile samo one specialitete, ki niso neobhodne potrebne — večina gotovo ni neobhodno potrebna — tedaj bi mogli to metodo pripočati v posnemanje.

V „Temps“-u z dne 17. oktobra objavi direktor mednarodnega urada za vino (tudi ta obstoja) prav zanimive številke **o uživanju grozdja v posameznih deželah**. Na glavo prebivalca je prišlo leta 1932: v Franciji 1,9 kg; v Nemčiji 2,2 kg; v Avstriji 2,4 kg; v Madžarski 2,7 kg; na Turškem 3,2 kg; v Angliji 3,6 kg; na Grškem 6,9 kg; na Španskem 9,3 kg; v Italiji 10,5 kg; v Zedinjenih državah 14,5 kg; v Bolgariji 20,0 kg. Žal ta statistika, kakor mnogo drugih, ne vsebuje nobenih podatkov o Jugoslaviji. Vsekakor bi morali tudi mi temu vprašanju posvetiti več pozornosti. Kriza vinogradništva bi se dala gotovo vsj deloma rešiti s pametno propagando za uživanje grozdja, katerega imamo običajno v izobilju.

**V Laponiji** so odkrili v rudniku Kirnawaara železno rudo z ogromno vsebino radija. Bajе ga bodo kmalu začeli pridobivati. Veliko vprašanje pa je, če bo radi tega silno visoka cena zlahtnega elementa padla ali če bodo samo gotove dividende zopet bolj naraščale.

**Nemško društvo proti alkoholu** je te dni praznovalo svojo 50 letnico.

V Nemčiji, kjer iz razumljivih razlogov posvečajo izredno pozornost **gibanju rojstev**, čitamo vsak trenutek o rojstnih statistikah. Gotovo prav podučna je sledeča: na 1000 žena v starosti, ko so sposobne, da postanejo matere, to je od 15 do 44 let je prišlo 1900/1: 158,9; 1920/22: 95,7; 1930: 67,3; 1931: 62,0; 1932: 59,3 porodov. V zadnjih 32 letih pomeni to padec za 60%.

Računajo, da bo **v Nemčiji število zdravnikov** kmalo doseglo 60.000. Na ta način bi na 10.000 prebivalcev prišlo 8 zdravnikov. V Berlinu pride danes na 1.000 prebivalcev 17,5 zdravnikov na vzhodu ob poljski meji pa samo 4,4.

**Nemško državno sodišče** je obsodilo z občutno kaznijo RM. 20.000 (400.000 din), upravo bolnice, kjer je neka sestra zamenjala zdravila in s tem povzročila neki pacientki močne opekline.

**Institut „Mussolini“** je prejel pred kratkim od privatne strani lepo vsoto 500.000 lir z določitvijo, da morajo denar porabiti za ustanovitev doma za novorojenčke tuberkuloznih mater.

**Borba proti tuberkulozi v Italiji**, kjer še vedno umre letno ca. 60.000 bolnikov za to boleznijo, razpolaga danes z 30.000 posteljami v 52 sanatorijev ter drugih specialnih zavodih.

Najkрасnejši kraj za jesenski dopust **Višinske kure**,  
 dijetne kure. Oddih. Sport. Cene 18 — 27 S. za  
 stanovanje, normalno hrano in normalna zdravilna  
 sredstva.

**KURHAUS SEMMERING**  
 višji med. svetnik Dr. FRANC HANSY



**V Avstriji** so pod zatvoro vsa na novo razpisana mesta blagajniških zdravnikov na Salzburškem ter na Štajerskem. Vzrok: zdravniki tam niti eksistenčnega minima ne najdejo.

**V Londonu** so otvorili v prisotnosti kraljice bolnico prostozidarjev, ki šteje 200 postelj.

**Na Švedskem** je pod vplivom gospodarske krize padla potrošnja alkohola, kar i.haja iz sledečih statističnih podatkov: domače žganje za 3%, inozemsko žganje za 20%, vino za 27%, konjak za 50%, šampanjec za 53%.

**Umrli:** Prof. Alfred Duehrssen, ginekolog svetovnega slovesa v Berlinu. Prof. Calme.te v Parizu (glej nekrolog v prih. števl.) ter prof. Roux istotam.

## IZ UREDNIŠTVA

### Za tiskovni sklad Z. v. so prispevali:

Po 50.— Din dr. A. Jenko — Vevče, dr. Vi. Ferlan — Ljubljana, dr. Dr. Vidmar — Sevnica.

Po 30.— Din dr. O. Čičin — Maribor.

Po 20.— Din dr. J. Rudolf — Kranjice.

**Prisrčna hvala!**

.....

**Nekaj čez 150 tovarišev do sedaj še ni plačalo dr. Matkove „Stigmatizacije“. Ker je končni obračun nujno potreben, jih uredništvo s tem še enkrat vljudno prosi, da bi nakazali znesek din. 30.—.**

.....

Tovariši, prosim **javite vsako spremembo naslova takoj**. Zlasti pa prosim gg. **bolniške zdravnike**, da mi javijo svoj točen naslov, ker se je izkazalo, da se mnogo Vestnikov izgubi radi netočnega naslova. Kdor Z. v. redno ne prejema, naj to javi upravi lista.

.....

**Kolegi, ki hočejo kupiti ali prodati knjige, instrumente i. sl. naj se poslužujejo inseratnega dela Z. v. Računali jim bomo samo dejanske režijske stroške.**

.....

## Obvestilo

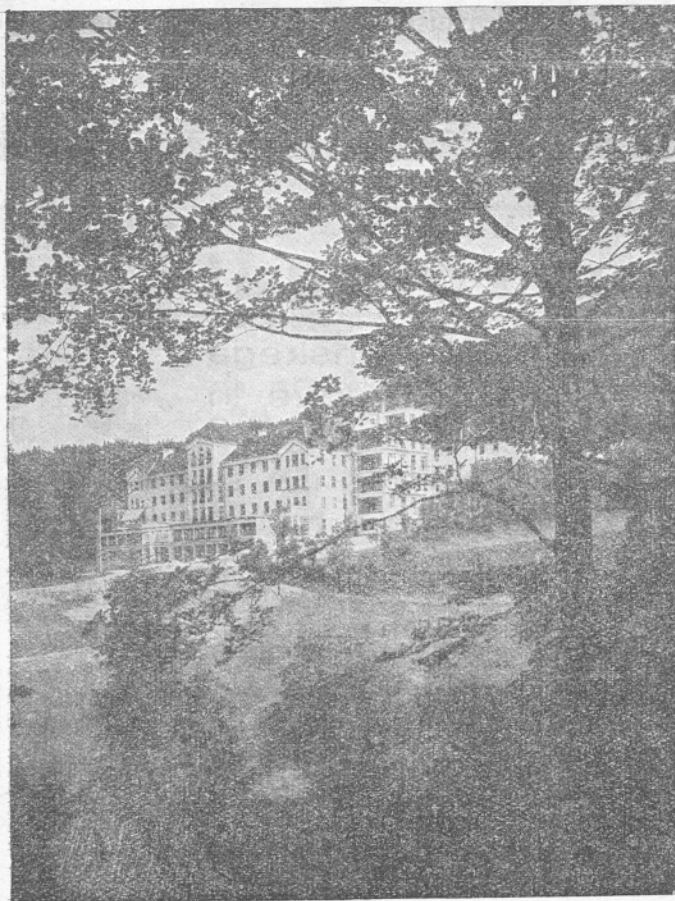
Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani vabi vse gg. zdravnike na predavanje ga. dr. L. Vuloviča, šefa oddelka bolnice na Dedinju, o temi: „Tipi pljučne tuberkuloze pri dojenčku (z demonstracijami rentgenogramov)“.

Predavanje se vrši dne 15. dec. t. l. ob 18 uri v predavalnici bolnice za ženske bolezni v Ljubljani.

**Pridite vsi!**

Urednik in izdajatelj: Dr. R. Neubauer — Golnik.  
Tiskarna „Sava“ d. d. v Kranju — Odgovoren: Nikola Stokanović, Kranj.

# Zdravilišče Golnik



za bolne  
na pljučih.



Sprejem a  
odrasle bolni-  
ke (moške in  
ženske) s tu-  
berkulozopljuč  
in grla v še  
ozdravljivem  
štadiju.



3 oskrbni  
razredi

Vsi moderni dijagnostični pripomočki na razpolago! — Higijenično-dijetetično zdravljenje, tuberkulin, avroterapija, pneumathorax artificialis, phrenicoexairesis, thoracoplastica, Jakobäusova operacija.

**Vse informacije daje uprava zdravilišča Golnik.**

Pošta — telefon — brzojav: Golnik.

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

## Iščem družabnika

enega ali dva za dobro vpeljano kemično-farmacevtsko tvornico (izdelovanje kemikalij in zdravil) najraje iz zdravniških krogov. Ponudbe na upravo pod „Rentabilno“.

### Gospod kolega!

Vi še niste član Pokojninskega sklada za zdravniške vdove in sirote?

Kdo nam bo pomagal, če si sami ne pomagamo?

Zato javite takoj svoj pristop in naslov



**Dr. E. DEREANI**

LJUBLJANA, KONGRESNI TRG ŠT. 14.

In priložite krstni, odn. poročni list

### KOLEGI!



Vaša dolžnost je, da agitirate za protituberkolozno liigo, da sami pristopite in da ji pridobite čim več članov. Organizirajmo borbo zoper to ljudsko kugo, ki je pri nas najbolj razširjena in najbolj zavratna bolezen.

# SANABO - CHINOIN

Fabrik chemisch-pharm. Produkte, Ges m. b. H.

Wien, I, Johannesgasse 2 ☉ Telefonska številka R 22-4-37

# HOGIVAL

**zelo zmožen, v vodi topljiv seksualni hormon, vezan na spremljevalne snovi ovarija in zrelega folikla, biološko preizkušen in izmerjen v enotah za miši.**

**INJEKCIJE 100 mišjih enot** po Allen-Doisy-ju **v vodeni raztopini**  
**TABLETE 100 ali 300 mišjih enot**

Pod stalnim biološkim nadzorstvom prof. dr. **Roberta Mayer-ja**, Berlin

**Indikacije:** Pri funkcionalnih motnjah in izpadu funkcije ženskega genitalnega aparata s spremljajočimi pojavi (amenoreja, oligoopso-menoreja, poliprotomenoreja metroragije, klimaks, menopavza po histerektomiji, težkoče po spontano nastopivši menopavzi).

**Vzorci in literatura na zahtevo.**

Zaloga pri „KAŠTEL“ d. d. Zagreb, Cankarova 28.

# SEVENAL

„KAŠTEL“

(FENILETILBARBITURNA KISLINA)

ODLIČEN

## HIPNOTIKUM

## in SEDATIVUM

Orig. fiole s 10 tabl. à 0,1 ali 0,3 g

# SEVENALETE

Tablete z 0,015 gr SEVENALA

PRI VISOKEM KRVNEM PRITISKU, ANGINI  
PECTORIS IN SPAZMIH OŽILJA

„KAŠTEL“

tvornica kem. farm.  
proizvodov

ZAGREB