

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

Ta številka ima prilogo „Evgenika“

KEMIKA D.D. — ZAGREB

si dovoli priporočati gg. zdravnikom svoje preizkušane domače preparate, predvsem:

TONICA IN ROBORANTIA

Ferrarsolecithin

Organski preparat lecitina z železom in arzenom v obliki tablet. Zanesljivi tonicum in roborans pri vseh oblikah slabokrvnosti in bleedice (chlorosis). Zboljša apetit, ojači splošno telesno stanje ter se priporoča tudi pri tuberkulozi, v rekonvalescenci itd. Orig. steklenice s 50 tabletami. Doziranje: Začne se z 1—2 tabletama dnevno, nakar se doza postopoma poveča na 6—9 tablet na dan

Kolalecithin „Kemika“

Tablete, ki vsebujejo delujoče snovi Nux Colae v zvezi z lecilinom. Odličen tonicum, roborans in nervinum.

Kolallquoid

Nux Colae v zvezi s sperminovo bazo v obliki likerja ugodnega okusa. Izredno tonizirajoče in stimulirajoče delovanje ob odličnem okusu.

Kola granulée „Kemika“

Nux Colae granuliran, topljiv v vodi. Po svoji sestavi in delovanju je enakopraven z najboljšimi inozemskimi preparati, samo da je znatno cenejši.

Predpisujte z zaupanjem dobre domače preparate!

Naslov uredništva in administracije:
Zdravniški Vestnik • Golnik

Vsebina: Glej stran XII.

Elastični Hansaplast



D. R. P., Jugoslov. patent.

Elastični brzi povoj za rane v mali kirurgiji

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

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

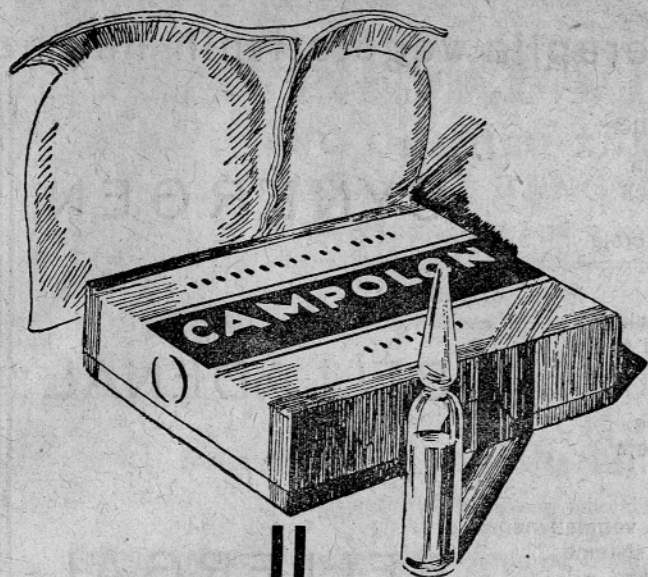
Elastični Hansaplast ne ovira gibanja na noben način. Nekaj kvadr. cm pogostoma zado-
stuje popolnoma mesto voluminoznih in dragih povojev

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

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH
ORGANOV IN PREOSNOVE

ROGAŠKA SLATINA

ima v svojih treh vrečah „TEMPEL“
„STYRIA“ in „DONAT“ izvanredno
lekovito slatino, ki s svojo silno trans-
mineralizacijo organizma najugodnejše
upliva na organske funkcije, njih ve-
getativno in hormonalno regulacijo.
Indikacije: Vse bolezni želodca, čre-
vesa, jeter, žolčnih kamnov, ledvic.
Sladkorna bolezen in giht. Letna in
zimsko sezona. Glavna sezona: maj
— oktober. — Gospodje zdravniki!
Zahtevajte prospekte in vzorce vode
pri direkciji zdravilišča
ROGAŠKA SLATINA!



CAMPOLON

odličen in zanesljiv preparat jeter za kontinuirano in depotno zdravljenje **perniciozne anemije** in **drugih anemij** različne etiologije.

Kot odličen roborans pri slabotnih ter v rekonvalescenci.

Kot zaščitno sredstvo jeter pred narkozo, pri infekcijskih boleznih kakor tudi za preprečenje komplikacij, n. pr. nefritide pri škrlatinki in holecistiti, kjer so potrebni ukrepi, ki preveč obremenijo jetra.

Nadaljnje indikacije:

colitis ulcerosa, furunkuloza, multipla skleroza, zastrupljenje s težkimi kovinami.

ORIGINALNI
OMOTI:

Škatlje s 5 ampulami
po 2 ccm

Škatlje s 3 ampulami
po 5 ccm

»Bayer«

Leverkusen a. Rh.



ZASTOPSTVO ZA JUGOSLAVIJO:

„JUGEFA“ K. D.
BEOGRAD ZAGREB

Specifična terapija vegetativnih nevroz

1. Simpatikotonija

Tahikardija
Migrena
Urtikarija
Hipermenoreja

GYNERGEN

2. Vagotonija

Angina pectoris
Križe radi strahu
Epilepsia
Spazme
Hiperemija
Dismenoreja

BELLADENAL

3. Amfotonija

Labiliteta vegetativnega
živčnega sistema
Vazonevroze
Basedow
Nočno znojenje
Nervoze v klimakteriju

BELLERGAL

CHEMISCHE FABRIK VORM. SANDOS-BASEL (SCHWEIZ).

PHILIPS

JUGOSLOVENSKO TRGOVAČKO A. D.
MEDICINSKI ODDELEK

DOBAVLJA:

Metalix röntgenske aparate, cevi in
pribor,

Philipsove kremenčne svetilke (vi-
šinsko sonce).

Aparate za diatermijo in kratko-
valovno terapijo.

Elektrokardiografe // Aparate za gal-
vanizacijo in faradizacijo // Rönt-
genske filme in papir.

Daje pojasnila in nasvete // Izvršuje popravila

PODRUŽNICA LJUBLJANA
NEBOTIČNIK (GAJEVA UL. 1.) - TEL. 35-79

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA
V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO IN ADMINISTRACIJA: DR. R. NEUBAUER — GOLNIK

Štev. 8—10.

31. oktobra 1936.

Leto VIII.

Dr. R. NEUBAUER — Golnik

O nastanku in razvoju tuberkuloze*

(Novejši nazori o patogenezi tuberkuloze)

Naloga patogenetičnega raziskavanja ne obstoja samo v tem, da analiziramo klinično sliko bolezni in poiščemo njeno zvezo s patološkimi spremembami. Naloga je širša: preiskati moramo vse činitelje, ki vplivajo na nastanek, razvoj in konec bolezni v vseh možnih variacijah. Zato bo morala patogenetična studija katerekoli bolezni enako vpoštevati vpliv vzročnika in anatomske-histološke spremembe, ki jih povzroča, kakor tudi dedne in konstitucionalne vplive, vplive bolnikove okolice (milieja) in socialne ter celo psihične činitelje, ki utegnejo na katerikoli način odločati o razvoju bolezni in o usodi bolnika.

Tako načelo bo našo nalogo posebno otežkočilo pri tuberkulozi, ki je kot večinoma kronična bolezen prav očitno pod vplivom najrazličnejših notranjih in zunanjih faktorjev. Brez vpoštevanja teh pa je razumevanje izredno pester bolezenske slike tuberkuloze nemogoče. Niti patološka anatomija, niti bakteriologija nista sami zase v stanju rešiti problema tuberkuloze, ki je vkljub vsemu napredku zadnjih desetletij še vedno precej zamotan.

Razumevanje patogeneze tuberkuloze pa ni stvar zgolj teoretično znanstvene, temveč v prvi vrsti izredne praktične važnosti. Brez vpogleda v tajne nastanka in razvoja te bolezni je vsako aktivno in razumno sodelovanje v borbi proti tuberkulozi nemogoče. Ta borba pa leži v prvi vrsti v rokah praktičnega zdravnika, ki se radi tega napram patogenetičnim problemom ne sme vesti pasivno. Pa ne samo v praksi, tudi pri studiju tuberkuloze bi nam bila pomoč praktičnega zdravnika prav dragocena, ker bi nam olajšala rešitev marsikaterega danes še odprtega vprašanja izrazite praktične važnosti, kakor n. pr. studij dednih in familiarnih vplivov in sl.

* Vsi izvirni članki te številke so predavanja s ciklusa o tuberkulozi, ki se je vršil meseca marca in aprila t. l. na OUZD v Ljubljani.

Gg. prof. dr. A. Košir, dr. I. Drobnič in šefzdravnik dr. I. Zajec svojih predavanj niso objavili. Predavanje g. dr. Zajca bo sledilo pozneje.

Iz zgolj praktičnih vidikov pa bi hotel tudi danes v glavnih obrisih obravnavati celo vprašanje.

Etiologija. Ko je Koch odkril povzročitelja jetike, se je zdelo, da je s tem vprašanje etiologije tuberkuloze dokončno rešeno. Acidorezistentni bacil naj bi bil edini povzročitelj jetike: brez njega jetike ni. Much je bil eden prvih, ki so videli in opisali še druge neacidorezistentne, ne paličaste oblike Kochovega bacila (Muchova granula), ki jih je smatral za posebno razvojno stopnjo bacila. Predvsem v romanskih deželah pa so razvijali nauk o posebni, mikroskopično nevidni obliki povzročitelja jetike (ultravirus, vir filtrable). V zadnjih letih se je nakopičilo dovolj dokazov, da moramo z obstojem takega ultravira dejansko računati. (Fontes, Calmette, Rabinowitsch, Kirchner, B. Lange, Luksch). Velike praktične važnosti to odkritje do danes še ni dobilo, dasi nam pojasnjuje in nam bo morda pozneje še bolj pojasnjevalo nekatere, dosedaj nejasne pojave zlasti pri tuberkulozi otroka.

Mnogo več pozornosti so vzbujala raziskavanja Loewenstein-a, ki je hotel dokazati, da se nahaja K. B. v organizmu in celo v krvi bolnikov, ki ne boleajo za tuberkulozo, temveč za raznimi drugimi boleznimi, kakor n. pr. za revmatizmom, shicofrenijo itd. Že dolgo so zdravniki slutili, da ima tuberkuloza neke tajinstvene zveze s temi in drugimi boleznimi, katerih etiologija do danes ni pojasnjena. Dasi se Loewensteinove trditve niso v polnem obsegu potrdile, je vendar izven dvoma, da take zveze dejansko obstojajo. Saj to tudi ni čudno, ako pomislimo, da je vendar skoraj vsak Evropejec okužen z bacilom jetike in da nosi skoraj vsak okuženec celo življenje žive bacile v poapnelih bezgavkah.

Praktično manjše važnosti je vprašanje tipa bacila (t. humanus, bovinus, gallinaceus itd.), dasi je znano, da obstojajo gotove zveze med posebnimi oblikami človeške tuberkuloze in posameznimi tipi. Tako na pr. povzroča baje t. gallin. posebno rad ledvično tuberkulozo.

V praksi bomo morali vkljub vsemu danes še vedno računati s sledečimi dejstvi: 1. Kjer so tuberkulo-specifične spremembe, tam je tudi Kochov bacil, večinoma t. humanus in 2. kjer je K. B., tam bomo prej ali slej našli specifične spremembe. Vse drugo so izjeme.

O virulenci K. B. ne moremo ničesar sigurnega reči. Dejansko nimamo nobene možnosti, meriti to virulenco in gotovo je, da stopa daleč v ozadje napram drugim mnogo važnejšim faktorjem, ki ne leže v bacilu, temveč v organizmu onega, ki ga bacil napada. Mnogo se govori zlasti v otroški praksi o masivnosti infekcije, torej o količini bacila, ki napade organizem. Otroški zdravniki govorijo o napadalni infekciji („Ueberfallsinfektion“) pri otroku, ki pride nenadoma v dotiko s težko bolnim jetičnim, ki ga naenkrat okuži z veliko maso bacilov. Praktično važnejša kot enkratna infekcija z večjo količino bacilov, ki je ne moremo kontrolirati, bo pogostost infekcije pri otroku in odraslem, ki sta izpostavljeni vsakodnevni kontakt z odprto tuberkuloznim.

Način infekcije. Pretežna večina ljudi se okuži s tuberkulozo po zraku, pri tem sta enakega pomena prah, v katerem se nahajajo še živi K. B. (Neufeld) in kapljice iz ust bolnika (Flügge). Druga vhodišča bacila so mnogo manj važna, med njimi pa je na prvem mestu intestinalna pot. Ni pa čisto izključeno, da bomo morali računati tudi s tonzilami kot vhodišču K. B. (Berthet).

Kongenitalno pridobljena tuberkuloza se ne more razvijati, ker se rodi otrok mrtev ali umre kmalu po porodu. Placentarna infekcija je možna; ravno pri njej ima morda poseben pomen ultravirus (Beitzke, Lucksch). Germinalna infekcija spada v območje čiste teorije.

Organizem (teren). Že davno vemo, da za razvoj vsake infekcije ni pomemben samo bakterielni agens, temveč ravno tako napadeni organizem, ki ga imenujemo s *Sergent*-om „teren“. Absolutne imunitete napram K. B. očitvidno ni, pač pa je znano, kako pustoši jetika med plemeni, ki so posebno občutljiva za infekcijo (Črnci na francoskem bojišču, bosanski in hercegovski regruti v avstrijskih garnizijah). Povprečni Evropejec, čigar predniki so živeli tisočletja v kontaktu s K. B., si je pridopil prirodno odpornost, ki je individualno jako različna, toda vendar večino zaščiti ali pred izbruhom bolezni sploh ali vsaj pred razvojem težke, akutno potekajoče tuberkuloze.

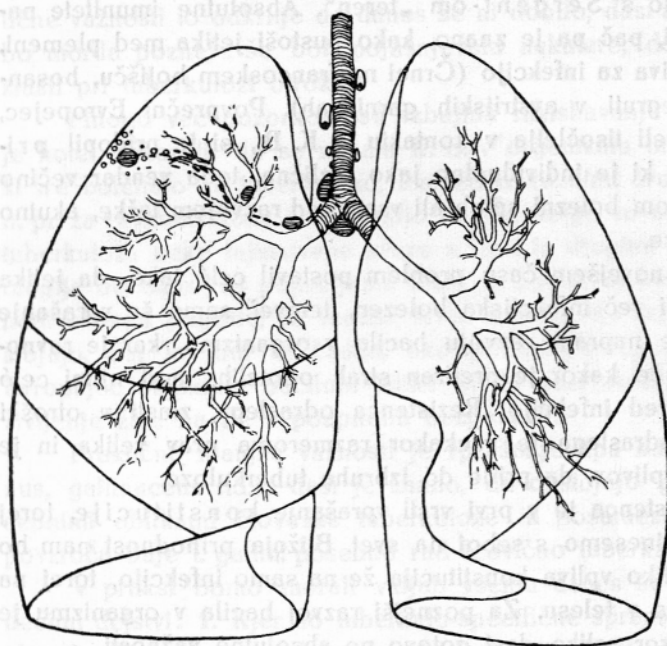
Lumière je v novejšem času problem postavil celó tako, da jetika za odraslega sploh ni več infekcijska bolezen, temveč samo še vprašanje te prirodne rezistence napram razvoju bacila v organizmu, kar je ravnotako ekstremno stališče kakor je pretiran strah odraslih, med njimi celó mnogih zdravnikov pred infekcijo. Rezistenca odraslega, zlasti v otroški dobi že okuženega odraslega je vsekakor razmeroma prav velika in je treba mnogo drugih vplivov, da pride do izbruha tuberkuloze.

Ta prirodna rezistenca je v prvi vrsti vprašanje konstitucije, torej onega jedra, ki ga prinesemo s seboj na svet. Bližnja prihodnost nam bo verjetno pokazala, koliko vpliva konstitucija že na samo infekcijo, torej na razvoj prvega ognjišča v telesu. Za poznejši razvoj bacila v organizmu je pa konstitucija vsekakor velike, dasi gotovo ne absolutne važnosti.

Žal do danes nimamo prav nikake možnosti presojati konstitucijo človeka po kaki formuli, ki bi nam jasno pokazala njegov verjetni odnos do tuberkuloze. Diehl in Vershuer, ki sta s posebno vnemo studirala problem tuberkuloze pri dvojčkih, ker so tukaj razmere relativno še najbolj prozorne, se na koncu izrazita zelo previdno, ko pravita: „Misliiva, da smeva rezimirati celotni uspeh naših raziskavanj v tem, da je treba računati s sodelovanjem dednih činiteljev pri razvoju tuberkuloze.“ Ickert je v svojih „rodovnikih s tuberkuloznimi“ pokazal, da je verjetnost obolenja za vsakega otroka tem večja, čim bolj obremenjena sta z jetiko njegova stariša. Toda celó v najbolj obremenjenih družinah uidejo nekateri člani usodni bolezni. Asteniki zbolijo rajši za tuberkulozo, kakor pikniki; toda popolnoma napačno je, ako tjavendan govorimo o „nagnjenju k jetiki“

samo radi tega, ker imamo pred seboj asteničnega človeka. Tuberkuloza pri pikniku je pogostoma celó prav posebno huda („Phthisie grasse“).

Konstitucija je torej za razvoj tuberkuloze izredno važna, mnogo stuja pa bo še treba, da dobimo v roke možnost, da to ugotovitev lahko praktično izkoriščamo. Jasnejši po svojem vplivu, tembolj zamotani pa radi svoje številčnosti so takozvani dispoziционelni faktorji, torej vsi oni vplivi, zunanji in notranji, ki pri posameznem človeku pripravljajo tla za razvoj jetike. Vedno se v tej zvezi citira primer ošpic in oslovskega kašlja, ki ustvarjata specifično dispozicijo za tuberkulozo. Nič manj znani pa niso vsi oni nespecifični činitelji, ki so kakor starost (puberteta!), kakor lakota, beda, žalost, prenaporno delo itd., v obliki drugih bolezni kakor n. pr. diabetes neposredno odgovorni za razvoj težke, odprte tuberkuloze.



SL. 1*

PRIMARNI STADIJ
PO RANKE-U. PRIMARNO
OGNJIŠČE, MEZGOVNE
POTI DO HILA, REGIO-
NARNE BEZGAVKE
AFICIRANE

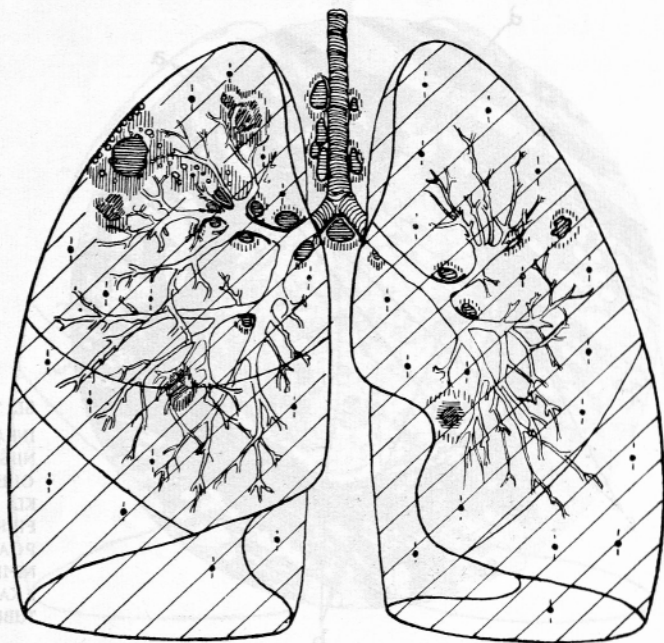
Napram vsemu temu imajo lokalni dispoziционelni faktorji (n. pr. razvoj kostne tuberkuloze predvsem v dobi, ko raste kost in tvori nek locus minoris resistentiae) podrejen pomen.

Razvoj tuberkuloze. Vsi ti faktorji so — to smo večkrat poudarjali — važni za razvoj tuberkuloze, ne pa za prvo infekcijo. Ko pride K. B. prvič v nedotaknjen organizem, povzroča tam vnetje. Večinoma ga otrok vdihne, zato bo prvi njegov pojav v organizmu večinoma malo vnetje pljuč (lobulitis specifica). Temu specifičnemu vnetju tipično sledi nespecifično

* Slike 1, 2 in 4 so posnete po knjigi: K. E. Ranke: „Schriften zur Tuberkulose-pathologie“ — Vlg. S. Springer, Berlin.

vnetje v okolici vnetega lobula. To nespecifično perifokalno vnetje je pogostoma mnogo obsežnejše kot tuberkulozno ognjišče (epituberkuloza) in se večinoma hitro rezorbira, posebno ako skrbimo, da bolnik miruje. Prvotno vnetje pa povzroča svoje metastaze v bezgavkah pljučnih lin. Primarni kompleks (Küss—Ghon—Ranke) je gotov (sl. 1). Histološki prerez nam pokaže v daljši okolici primarnega ognjišča še hiperemični pas in miliarne tuberkule v okolici. Večinoma se vse to hitro in pogostoma za bolnika skoraj neopazno pomiri, primarno ognjišče se rezorbira brez sledu ali inkalcinira, regionalne bezgavke skoraj vedno inkalcinirajo, pred seboj imamo star, „trd“ primarni kompleks, ki je priča prestane borbe, ne predstavlja pa sam na sebi nikake bolezni. Popolnoma napačno je, ako vtisnemo pečat jetike človeku, ki ne pokaže ničesar drugega kakor star pri-

SL. 2
SEKUNDARNI STADIJ
PO RANKE-U.
PULMONALNO OGNJIŠČE
Z MOČNO PERIFOKALNO
CONO. VSE BEZGAVKE
MOČNO ZATEKLE Z MOČ-
NO PERIFOK. CONO.
BRONHOGENE META-
STAZE. HEMATOGENE ME-
TASTAZE (MALE PIKE), HI-
PEREMIJA VSEH PLJUČ
(ŠRAFE)



marni kompleks. Klinika floridnega primarnega kompleksa predvsem otroka pa je izredno pestra.

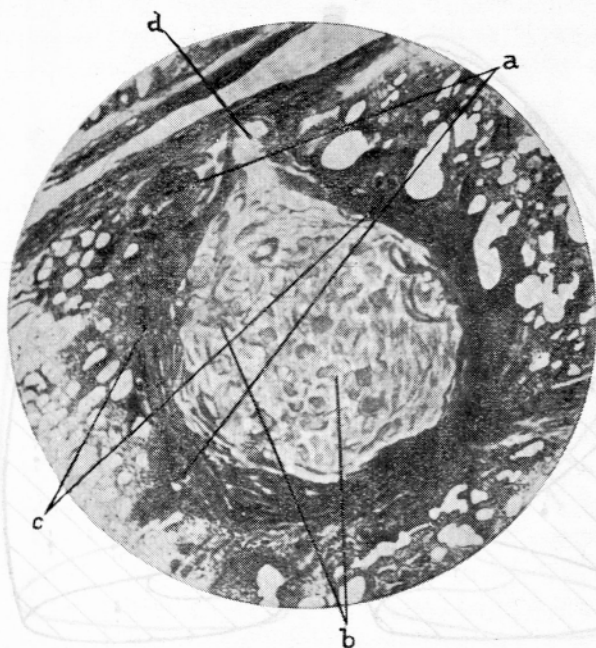
Človek, ki se prvič inficira s K. B., postane alergičen, odslej bo drugače reagiral napram bacilu, vsi njegovi sokovi so napram K. B. spremenjeni. V brazgotinah, predvsem pa v poapnelih bezgavkah pa obležijo živi, virulentni K. B.

Razvoj primarnega kompleksa pa ni vedno tako ugoden, kakor smo ga slikali prej. Sempatja pri posebno malo rezistentnem individuu, pri posebno obtežljivih dispozicionelnih činiteljih se iz primarnega kompleksa takoj razvija slika težke, „primarne“ ftize. Tedaj vidimo že pri dojenčku kaverne, specifične pneumonije, defekte celih krp. Konec je neizogibna smrt.

Ta prehod iz malega lobularnega ognjišča v težko specifično vnetje, zasirenje, kolikvacijo, nastanek kaverne, to vse spada med značilnosti tuberkuloznega procesa v vseh stadijih ravno tako kakor možnost rezorpcije malih ognjišč, kakor prehod iz eksudativnega stadija akutnega vnetja v bolj kronični stadij produktivnega procesa z možnostjo induracije in nastanka fibrozne brazgotine.

Ranke-u se moramo zahvaliti za teoretično izredno jasen sistem razvoja tuberkuloze, ki se naslanja na razdelitev lues-a v tri stadije in po kaže biološko odvisnost posameznih oblik tuberkuloze.

Prvemu ali primarnemu stadiju sledi po Rankeju takozvani sekundarni (sl. 2) stadij, ki ga karakterizira širjenje vira po vseh potih organizma, širjenje po limfnih potih in po kontaktu kakor v primarnem stadiju,



SL. 3*

INKAPSULIRANO PRIMARNO OGNIŠČE V STADIJU EKSACERBACIJE. SVEŽI EPITELIOIDNI TUBERKLI Z ORJAŠK MI STANICAMI IN FIBROZNO KAPSULO (a). SIRASTOPOAPNELA SREDINA Z OHRANJENIMI ELASTIČNIMI VLAKNI (b). RRI c KAPSULA PREDRTA. PRI d RASTE TUBERKEL V SOSEDO ŽILO

predvsem pa širjenje po krvi (hematogenim putem) in intrakanalikularno (dihala, prebavila, urogenitalne cevi).

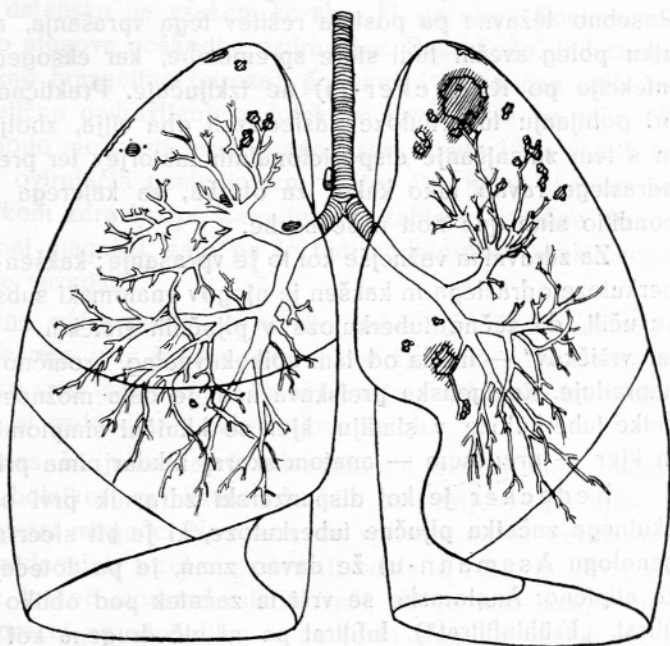
Iz enega ali drugega razloga pride do osvobojenja bacilov iz poapnelih bezgavk (sl. 3). Organizem odgovarja z izredno občutljivostjo napram bacilu in njegovim strupom, alergija je izredno močno izražena (hiperergija). S predorom v krvne žile pridejo bacili v krvotok. Od odpornosti organizma je odvisno, ali se bodo zadovoljili z mestom v kosteh, v ledvicah, v peritoneju, ali bodo preplavili vse organe in onemogočili življenje,

* Slika posneta iz knjige: P. Hubschmann: „Pathologische Anatomie der Tuberkulose“ — Vlg. I. Springer, Berlin.

kakor ga onemogočijo, ako se slučajno naselijo v za življenje važnem organu, n. pr. v možganskih opnah. Pogostoma pa pridejo bacili po krvi tudi v pljuča, kjer povzročajo posebne oblike, večino kronične pljučne jetike. Neumann je po Bard in Piery-u te oblike lepo opisal. One tvorijo precejšen del apikalnih oblik pljučne tuberkuloze sploh.

Ta generalizacija — Huebschmann jo imenuje „ráno“ in jo loči od „pozne“, pod katero razume pravo miliarno tuberkulozo — ne poteka vedno burno. Sempatja se vleče skozi dolgo dobo let. Schürmann govori o „progresivni, protrahirani prekužitvi“ organizma, od katere smo lep primer objavili (Furlan Z. v. 1931).

Terciarni stadij sledi včasih drugemu, večinoma pa ga najdemo brez predhodnega sekundarnega. Imenuje se tudi stadij izolirane ftize



SL. 4

TERCIARNI STADIJ
PO RANKE-II. OBSEŽNO
PULMONALNO OGNJIŠČE
LEVO, BRONHOGENE ME-
TASTAZE

organov in organskih sistemov. Značilna zanj je zopet svojevrstna takozvana terciarna alergija, to je stadij relativno manjše občutljivosti napram K. B. in njegovim produktom. Karakterizira ga pa tudi način propagacije, ki je odslej skoraj izključno intrakanalikularni, brez limfnih in krvnih poti. Virus je v tem stadiju večinoma fiksiran v organu in radi tega tudi lažje dostopen doslednemu zdravljenju. (Sl. 4).

Vendar pa nam Ranke ni rešil enega glavnih problemov, ki je obenem tudi velike praktične važnosti, problema ftizeogeneze. Kako pride do prave pljučne tuberkuloze, ako ne najdemo ostankov prejšnjega sekundarnega, pogostoma niti ne primarnega stadija? Ali je za nastanek ftize važnejši bacil, ki se je že od preje nahajal v organizmu in ki se je sedaj

pod raznimi vplivi začel gibati, množiti in razjedati pljučno tkivo ali pa bacil, ki ga že preje inficirani organizem z vdihavanjem ponovno dobi v svoja pljuča? Z drugimi besedami: je-li važnejši endogena ali eksogena reinfekcija?

Mnenja o tem so deljena in posamezne struje nihajo med obema ekstremoma. Praktične posledice pa so precej jasne: Ako obvelja endogena teza, tedaj moramo koncentrirati vse svoje sile v to, da preprečimo primarno infekcijo in da pozneje pobijamo jetiko predvsem s socialne strani. Ako pa je važna eksogena reinfekcija, tedaj mora veljati naša borba tudi pri odraslem predvsem tuberkulozi kot infekcijski bolezni.

Toda kakor povsod v naravi so tudi tukaj mogoče vse variacije. V posameznem slučaju pa nam je sploh le redko mogoče presojati, katera komponenta, eksogena ali endogena, je bila kriva, da se je razvila ftiza. Posebno težavna pa postaja rešitev tega vprašanja, ako najdemo pri bolniku poleg svežih tudi stare spremembe, kar eksogene reinfekcije (superinfekcije po Redecker-ju) ne izključuje. Praktično bomo morali zlasti pri pobijanju tuberkuloze zasledovati oba cilja, zboljšanje socialnih prilik in s tem zmanjšanje dispozicionalnih faktorjev ter preprečenje infekcije za odraslega ravno tako kakor za otroka, za katerega je in ostane to ilak *conditio sine qua non* naše borbe.

Za zdravnika važnejše kot to je vprašanje: kakšen je začetek pljučne tuberkuloze odraslega in kakšen je njegov anatomski substrat? Od nekdanj smo se učili, da začne tuberkuloza v pljučnih vršičkih — odtod zloglasni „katar vršičkov“ — in da od tam apikokavdalno, kronično in precej neizogibno napreduje. Rentgenska preiskava nam je dala možnost opazovati prave začetke tuberkuloze v stadiju, kjer so klinični simptomi razmeroma skromni in kjer — predvsem — anatom skoraj nikdar nima prilike izvršiti avtopsije.

Redecker je kot dispanzerski zdravnik prvi opozoril na pogostost akutnega začetka pljučne tuberkuloze, ki je bil sicer nekaterim (n. pr. rentgenologu Assmann-u) že davno znan, je pa dotedaj veljal le za izjemo, za atipično. Anatomsko se vrši ta začetek pod obliko infiltrata (rani infiltrat, „Frühinfiltrat“). Infiltrat pa ni nič drugega kot vnetje. Slično kakor pri primarnem ognjišču bomo našli zopet bolj ali manj obsežno lobularno vnetje — redko tudi lobarno — s perifokalnim pasom in z možnostjo rezorpcije predvsem perifokalnega, pozneje pa tudi specifičnega vnetja samega.

Resorpcija, sicer možna, je pa v resnici redka, večinoma se infiltrat zasiri, kolikvira in kmalu vidimo kaverno (ráno kaverno). Proces je odprt in se lahko — odvisno od konstitucionalnih ali dispozicionalnih faktorjev — širi z večjo ali manjšo intenziteto. Prava ftiza je tu. Ako ne pride do kavernizacije, je možna tudi induracija. Nežna brazgotina bo edini ostanek infiltrata.

Na ta način začne po Duden-u 60% vseh ftiz, samo 34% začne kronično polagoma („schleichend“), 6% pa kronično, toda s hemoptoo v začetku.

Ogromna zasluga Redeckerja je bila, da nam je odprl oči, da moramo začetne ftizike iskati med ljudmi, ki ne kažejo nobenega znaka kronične tuberkuloze, ki zbole akutno pogostoma pod simptomi kake „gripe“. Druga pa je v tem, da nam je na ta način dana možnost pravočasnega zdravljenja, ki ima mnogo več verjetnosti popolnega in trajnega ozdravljenja kot smo ga navajeni pri zdravljenju kroničnih ftizikov s ponavadi že jako razširjeno tuberkulozo enega ali celó obeh pljučnih kril. Napram temu napredku znatno obledi važnost teoretičnih preprirov o genezi tega ranega infiltrata.

Konec razvoja. Zveni kot paradokson, kar pa v resnici ni, da je tuberkuloza ena najbolj ozdravljivih bolezni. Ako predpostavljamo gotovo odpornost organizma, ki je ne moremo pogrešati pri prav nobeni bolezni, tedaj najdemo dejansko na vsakem koraku, ki ga stori Kochov bacil v organizmu, da so njegove poškodbe ozdravljive. Resorbcija, induracija z bolj ali manj obsežno brazgotino (ciroza), poapnenje in končno celó seveda precej problematično ozdravljenje z defektom kaverne je mogoče. Ni treba poudarjati, da bodo možnosti praktičnega ozdravljenja brez vidnih in bolnika bolj ali manj ovirajočih posledic tem večje, čim manj obsežen je bil proces pred začetkom zdravljenja. Zato je prva zahteva uspešne ftizeoterapije zahteva po rani diagnozi, zato pa je tudi sodelovanje praktičnega zdravnika tako izredne važnosti.

Klinično, praktično ozdravljenje pa ni isto kakor biološko ozdravljenje. Od primarne infekcije sem imamo skoraj vsi žive Kochove bacile v svojem telesu, biološko smo torej bolni. To naj imajo pred očmi oni skeptiki, ki zanikajo možnost ozdravljenja tuberkuloze sploh.

Žal pa smo danes še jako daleč od možnosti ozdravljenja onega maksimalnega števila bolnikov, pri katerih bi bilo ozdravljenje po njihovi odpornosti napram bolezni mogoče. Ne samo, da vplivajo na to število oni večkrat citirani dispozicionelni, torej v prvi vrsti socialni faktorji. Pri polnem vpoštevanju vseh težkoč moramo odkrito reči, da je tudi stanje znanja o tuberkulozi še precej nezadovoljivo in da je to stanje v nemali meri sokrivo nezadostnim uspehom.

Tako nastopa še vedno pri precejšnjem številu bolnikov smrt, večinoma ne smrt radi navala tuberkuloze same — primarna smrt radi ftize — temveč večinoma smrt radi počasnega hiranja, predvsem radi popuščanja srca, radi amiloidoze, sekundarne črevesne tuberkuloze itd., kratko smrt iz sekundarnih razlogov (sekundarna ftiz. smrt).

Studij patogeneze se nadaljuje s tako intenziteto, s tako marljivostjo in s takim številom raziskovalcev kakor pri redkokateri drugi bolezni. Zato smemo pričakovati, da nam bo že bližnja bodočnost pojasnila marsikateri dosedaj še nejasni problem tuberkuloze. Gotovo pa je, da nam že naše današnje znanje daje možnosti dovolj, da v borbi s tuberkulozo razumemo svoje diagnostične, terapijske, pa tudi svoje higienske in socialno-higi-

enske naloge in da z vpoštevanjem njenih naukov zboljšamo svoje uspehe v dobrobit svojih bolnikov in nas vseh.

Zusammenfassung

Dr. R. Neubauer, Golnik : Über Entstehung und Verlauf der Tuberkulose. Von praktischen Gesichtspunkten ausgehend bespricht Verf. kurz die Grundlagen unserer heutigen Anschauungen über die Pathogenese der Tuberkulose.

Dr. PRODAN JOSIP — Ljubljana

Diagnoza tuberkuloze s sredstvi praktičnega zdravnika

Spoštovani gg. kolegi! Čeprav velja danes pravilo, da je izključitev pljučne tuberkuloze brez rentgenološke preiskave zdravniška umetnostna napa, vendar vemo, da ima vsaka bolezen, posebno pa tuberkuloza za osnovo patološko-anatomskega substrata, kateri prav gotovo povzroča neke spremembe, ki se razlikujejo od normalnega stanja. Zaznamuje jih subjektivno bolnik sam in objektivno s fizikalnimi preiskavami zdravnik. Vsled vedno večjega posega rentgena in laboratorija v medicino sploh, je brez dvoma nekdanje ozko sožitje med zdravnikom in bolnikom izgubilo mnogo na pomenu, ker se je zdravnik oddaljil od bolniške postelje in prepustil najtežje, toda za zdravniški poklic najvažnejše t. j. ugotovitev diagnoze goli tehniki. To bo tudi tehten vzrok, da so marsikateri naše preiskave postale bolj površne, zanašajoč se na druge tehnične pripomočke, ki so v stanju brez večjega truda ugotoviti diagnozo. S Krämerjem vred pač lahko trdimo, da tako ravnanje zdravniku gotovo ne služi v čast. Mi vsi vemo, kakšne velike važnosti je anamneza, za katero je sedaj že umrl prof. Rađonićić čestokrat ponavljal, da je izčrpno in kritično vzeta, sposobna, prinesiti diagnozo takorekoč na krožniku. Vemo dalje, kakšne važnosti so inspekcija, palpacija in od Laennec-a za večne čase veljavni perkusijski in avskultacijski fenomeni. Iz navedenih metod je zdravniku brez dvoma mogoče postaviti diagnozo, ko je analiziral vse bolezenske simptome na osnovi fizikalne preiskave brez rentgena in laboratorija. Vzlic dejstvu, da je v organizaciji našega socialnega zavarovanja podana možnost vsake potrebne moderne preiskave, je vendar vsak praktični zdravnik že radi lastnega prestiža zainteresiran, da postavi sam diagnozo brez drugih tehničnih pripomočkov. Kot prvo sredstvo ima zdravnik, kakor že omenjeno, v anamnezi možnost dobiti prve domneve z ozirom na bodočo diagnozo. Posebno velja to za tuberkulozo, ko vemo, da je Kochov bacil večinoma že v otroški in mladeniški dobi stopil v simbiozo z organizmom. Od prve okužitve sem do sedanjega bolezenskega stanja, radi katerega stojimo pred bolnikom, bomo verjetno dobili že v anamnezi ene ali druge podatke, ki govore, da jim je vzrok prav ta ba-

cil. Še več, v mnogem slučaju se nam bo že v izčrpno vzeti anamnezi posrečilo, da izvemo tudi za vir te okužitve, ker izhaja vsaka okužitev iz nekega tuberkuloznega izhodišča, ki je po navadi za odprto tuberkulozo oboleli človek, včasih pa tudi živalski vir. Ta vir je lahko prenehal ali pa še vedno deluje, je torej nekdanj okužil našega sedanjega bolnika ali ga časovno sproti okužuje in z različno jakostjo. Da se ugotovi tuberkuloza, je predvsem potrebno misliti na njo. Ne sme se je izključiti dokler ni izčrpana tudi poslednja možnost njenega obstoja.

Po teh uvodnih mislih pristopimo k diagnostiki tuberkuloze, kakršno dobiva praktični zdravnik pri svoji vsakdanji praksi. Če se nahaja pred nami bledikast bolnik z visoko temperaturo, brez teka, s čistim jezikom, pospešenim pulzom, s kratkim in trdovratnim kašljanjem, takoj pomislimo na začetek ftiize, ki spada med najzavratnejše, toda ozdravljive pljučne tuberkuloze. Hemoptoe je pri začetni ftiizi redkejši simptom. V tem prvem začetku nam nudi fizikalna preiskava izredno skromen izvid. Njeno topografsko mesto leži običajno infraklavikularno ob interlobarni plevri zgornje pljučne krpe dorzalno. Perkutorno dobimo eventualno le lahek timpanizem brez zamolkline in brez zoženja Krenigovega polja, dočim avskultatorno ne slišimo ničesar, kar bi govorilo za patološki proces na pljučih, le včasih nežne bronhitične hropce, ki so lokalizirani le v supraspinati oz. v infraklavikularnem predelu. Šele ko prične temperatura pojenjevati, kar se zgodi po navadi proti koncu drugega tedna, nastopi nekoliko izrazitejša relativna zamolkline, zavzemajoč zgornji del do višine tretjega in četrtega vretenca. Pri dihanju slišimo podaljšan in akcentuiran ekspirij, a v normalnem inspiriju posamezne supkrepitirajoče hropce. Fremitus in bronhofonija sta ojačena. Par dni nato nastopi na istem mestu druga vrsta hropcev in sicer t. zv. sirasti, ki so karakteristični le za tuberkulozo in so medsebojno ločeni. Njim sledi še tretja vrsta hropcev in sicer „grgrajoči“ hropci, kot posledica nastopivše kolikvacije, kateri se pridružuje povečan izmeček in temperatura prične padati. Zgodi se tudi, da se začetna ftiiza ne razvije vse do razpada in nastanka kaverne, pač pa lahko ostane le pri infiltratu, ki se kot tak organizira ali v lažjih primerih nastopi tudi „restitutio ad integrum“. Za celotni potek te vrste pljučne tuberkuloze je karakteristično, da nastopa akutno, da so fizikalni znaki skromni, a hropci si slede poredonia, ne da bi bili medsebojno pomešani. Često-krat dobimo bolnika, ki nam ta bolezenski potek anamnestično izpove in pri preiskavi ugotovimo le izrazito zamolkline v zgornjem delu toraksa na eni strani in amforično dihanje, kar nam dokazuje, da izpoved potrjuje prestano začetno ftiizo in da imamo pred seboj stacionarno karvenozno tuberkulozo. Fremitus in bronhofonija sta v tem stanju ojačana oziroma tudi oslabiljena, kar odgovarja zadebljeni ali intaktni apikalni plevri in prostemu bronhialnemu prehodu. Bolnik se sedaj navadno zelo popravi, pridobi na moči in se čuti polno delazmožnega. Žalibog je to samo prevara, kajti prej ali slej nastopi nov, prvemu sličen napad, kateremu slede še naslednji. Vsak zase izzove slične fizikalne pojave, toda vedno v drugem, do tedaj zdravem

pljučnem tkivu. Perkutorni izvid se običajno povečava v apikokavdalni smeri in hropci so za razliko od prvega upada sedaj medsebojno pomešani, a vsaka vrsta odgovarja lastnemu patološko-anatomskega stanju. Celotni fizikalni izvid je tem večji, čim več je obolelih pljuč in čim več je drugih torakalnih organov povlečenih v bolezenski krog. Afekcija plevre in perikarda nam nudita perkutorno važen dokaz za njiju patološke spremembe. Negibljiva prepona, izrazita zamolkline z oslavljenim dihanjem, zmanjšanim fremitom in bronhofonijo, je fizikalni izvid teh sprememb. Denudacija srčne površine z ene ali več strani nam potrjuje afekcijo mediastinalne plevre oziroma perikarda, ali pa retrakcijo pljučnih delov. Ugotoviti to vrsto tuberkuloze v njenem začetnem stadiju je prva zahteva, ki jo postavljamo v borbi proti tuberkulozi, od česar zavisi tudi naš končni uspeh.

Drugo obliko reinfekcijske bronhogene pljučne tuberkuloze imamo pri slučajih, ki so karakteristični po profuznih hemoptoah, osobito po raznih ekscesih, a bolnik je kljub temu dobro ohranjen. Navajen na svojo hemoptoo sam ne polaga večje važnosti na svojo bolezen. Temperatura je skoro vedno normalna, le po hemoptoi se nekoliko zviša. Perkutorni izvid nudi zožen Krönig in skrajšan poklep z ojačanim fremitom. Avskultatorno nam nudi to stanje le redkokdaj posamezne pokajoče hropce in bronhofonijo šepeta. To vrsto pljučne tuberkuloze vzlic hemoptoam označujemo za benigno abortivno pljučno tuberkulozo, kakor tudi njeno sorodno obliko z enakimi fizikalnimi simptomi, le da je brez hemoptoe in bolnik se nikakor ne more zrediti pri sicer dobrem teku, a spremlja jo le pogostoma subfebrilna temperatura.

Tretjo obliko reinfekcijske pljučne tuberkuloze imamo pri bolnikih, ki so trajno izpostavljeni eksogeni reinfekciji, toda vsled visoke imunitete se ne razvije prava ftiza, pač pa bolniki tožijo o raznih bolečinah in zbadanju v prsnem košu. To so t. zv. „pleuritis à répétition“. Fizikalni izvid je relativna ali tudi absolutna zamolkline, ki izhaja iz patološko spremenjene plevre, ter je subjektivno stanje vedno zavisno od površine prizadete plevre. Karakteristično je, da pri takih bolnikih jenjajo ti bolezenski nastopi, čim preneha reinfekcijski vir.

Za razliko od do sedaj opisanih oblik tuberkuloze, ki so posledica eksogene reinfekcije in se širijo intrakanikularnim putem, imamo še pulmonalno tuberkulozo, ki je označena po limfohematogeni genezi. Njena glavna oznaka je, da nudi več ali manj simetrične fizikalne simptome, ter da ima razne sledove na ekstrapulmonalnih organih, ki so ali že ozdraveli ali so še vedno v aktivnem stanju. Posebne važnosti je anamneza, ki nam more podati za razvoj bolezni važne podatke. Mnogo nam pripomoreta inspekcija in palpacija k ugotovitvi na površini ali ob njej nahajajočih se sprememb.

Z ozirom na način razvoja in prognozo razlikujemo maligne in benigne oblike limfohematogene tuberkuloze. Med maligne spada tbc. miliaris acuta, meningitis tuberculosa in one sicer benigne oblike s težjimi komplikacijami in destrukcijami za življenje važnih organov. Pri akutni miliarni

tuberkulozi najdemo v prodromalnem stadiju, ki traja po priliki do deset dni, bolnika, ki je splošno zbit in apatičen, toži o glavobolju in nespečnosti, ter se šele proti koncu prodromalnega stadija pojavi temperatura. Bolezen traja v glavnem eden do dva meseca, spremlja jo ali visoka kontinua ali inverzna oziroma remizijska temperatura, zgodi pa se tudi, da poteka popolnoma afebrilno. Značilno je težko dihanje, ki se stopnjuje do asfiktične avksiliarne ortopnoe, nadalje cianoza z bledikavostjo po licu ter hiperestezija kože. Lien in hepar sta povečana osobito pri miliarni tuberkulozi, ker so prizadeti v prvi vrsti ekstrapulmonalni organi. Puls je mehak in frekventen. V zgornjih delih toraksa dobimo pri pretežno pulmonalni obliki perkutorno ali lahek timpanizem ali pa hipersonoren poklep, ki preide proti bazi v relativno zamolkline. Absolutna zamolkline srca je zmanjšana oziroma je sploh ni. Avskultatorno slišimo kratek in poostren inspirij s podaljšanim ekspirijem in na raznih delih pljuč bronhitične, subkrepilirajoče kakor tudi malo mehurčaste in plevritične hropce. V spodnjih delih je dihanje oslabiljeno vsled običajno v sinusih se nahajajočega eksudata.

Pri ostalih oblikah limfohematogene tuberkuloze, ki so večinoma benignega značaja, razlikujemo take, ki so pretežno pulmonalnega značaja in take, ki se lokalizirajo pretežno ekstrapulmonalno. Pri aktivni kakor tudi pri že ozdravljeni ekstrapulmonalni tuberkulozi ne smemo pod nobenim pogojem opustiti preiskave pljuč, kar se pa žalibog vendar često dogaja. Skrofuloza na vratu, kariozni in fungozni procesi so mnogokrat kombinirani s težko destruktivno pljučno tuberkulozo. Pri vsaki tuberkulozni manifestaciji naj bodo torej pljuča središče naše preiskave. Limfohematogena oblika tuberkuloze se običajno razvija polagoma, brez izrazitejših subjektivnih težav. Ona ne nastopa v upadih kakor smo videli pri bronhogeni ftizi, pač pa bolj skrito in larvirano. Njena domena je starejša doba, ko se demaskira kot izrazita pljučna tuberkuloza. Bolniki pripadajo bolj asteničnemu tipu, suhljati so in imajo temnejšo barvo kože. V začetku pulmonalnega razvoja tožijo spomladi in jeseni, da jih zbada v prsih, da kašljajo brez obilnega izmečka, včasih se znoje po noči, so brez pravega teka in redkokedaj poiščejo zdravnika, kar se večinoma zgodi v primeru, če se pojavi hemoptoe, ki je vedno alarmantni simptom za bolnika in tudi za zdravnika. Z inspekcijo ugotovimo večinoma že omenjene posebnosti te tuberkulozne oblike in razne event. tuberkulozne sledove na površini kože. Palpatorno sta važna simptoma trd, po robu postavljen lien in rigidna radialis pri sicer hipotoničnem krvnem pritisku. Perkutorno ugotovimo oba Kröniga enako zožena, relativno zamolkline v zgornjih delih in nizko stoječo prepono z manjšimi ekskurzijami. Perkusija srca nam nudi zmanjšano absolutno zamolkline. Avskultatorno dobimo v zgornjih delih tipično bronhovezikularno kakor tudi bronhialno dihanje. Prvo je značilno po lahki pavzi med inspirijem in ekspirijem, ker je ekspirij podaljšan in akcentuiran. V spodnjih delih je dihanje emfizematozno. Hropcev v začetnem razvoju večinoma ne slišimo, ako pa so prisotni, značijo, da je pulmonalni proces že v napredovalnem

stadiju, ter najdemo vse vrste običajnih hropcev. Amfora in metalija kot primesi dihanja sta jasna dokaza, da so nastale lažje ali težje destrukcije s kaverno. Ta tuberkulozna oblika je proti koncu življenja značilna po svoji izredni kaheksiji, tako da bolniki izgledajo kot pravi skeleti. Med akutno potekajočo in kronično limfohematogeno flizo so možne mnoge varijante, katerim odgovarjajo različni simptomi. Od enodnevnih efemernih temperatur do večtedenskega febrilnega stanja s popolnoma negativnim kakor tudi pozitivnim fizikalnim izvidom, se vrste tuberkulozna obolenja, katera lahko ugotovimo s kritičnim opazovanjem in z mislijo na tuberkulozo. Razne migrantne forme v otroški in poznejši dobi se nam pogostoma manifestirajo šele po gotovi časovni perijodi s pulmonalnimi ali ekstrapulmonalnimi znaki. Našo posebno pažnjo posvetimo starim kašljavcem z dispnoičnim dihanjem in posebno jutranjim izmečkom, kjer dobimo bronhitične in emfizematozne simptome in tudi v apeksih ali ob bazah zamolkline, ki je večinoma dokaz specifičnih tuberkuloznih sprememb.

Posebna oblika tuberkuloze, ki se odigrava na seroznih ovojnicah, je t. zv. poliserositis tuberculosa. Za njo je značilno in prognozično dobro, da nastopa vedno akutno in istočasno na vseh seroznih membranah. Izrazita zamolkline v pulmonalnem in kardialnem predelu, kombinirana z enakimi spremembami tudi v abdomenu je važen perkusijski izvid za to obliko bolezni. Nastopajo li bolezenski znaki v raznih časovnih perijodah in dobimo li pri probatorni punkciji na eni strani serofibrinozen, a na drugi strani hemoragičen eksudat, je prognozično vedno infaustno. Avskultatorno je razen oslavljenega dihanja dobiti na raznih mestih plevritično trenje, posebno ob interlobarnih mejah. Pri poliserositis sicca in adhaesiva je najvažnejši perkusijski izvid imobiliziranih pljuč.

Ako preidemo preko običajne eksudativne ali suhe plevritide z njunim enostavnim anamnestičnim fizikalnim izvidom, pri katerih moramo vedno misliti, da jima je najverjetnejši vzrok iskati v tuberkuloznem bacilu, potem pristopimo k čestim postplevritičnim flizam, ki sledijo suhim ali eksudativnim plevritidam. V takih primerih izvemo, da je pred nekaj časom bolnik obolel in da ga je zbadalo na eni ali drugi strani v prsnem košu, toda od tega časa dalje se vendar nikakor ne more popraviti, kašlja in je pričel dobivati tudi izmeček, znoji se po noči, čemer se je pridružila event. še hemoptiza. Pri pregledu takega bolnika nam že inspekcija nudi zoženje medrebrnih prostorov oziroma deformacijo prsnega koša, a palpacija adherenco kože in odsoten fremitus. Perkutorno ugotovimo izrazito absolutno zamolkline, ki prehaja navzgor v relativno s timpanitičnim prizvokom. Avskultacija nam nudi razne vrste hropcev ter običajno tudi simptome nastale kaverne.

Ena najmalignejših fliz je phthisis caseosa ali galopans. Za njo je značilna izredna bledota sicer dobro ohranjenega bolnika z izrazito toksično komponento tuberkuloznega bacila. Že v začetku visoka temperatura, dispnoe, čist, neobložen jezik pri idiomuskularni podražljivosti miškulature in profuznem nočnem znojenju, nam je utemeljen sum za tovrstno obolenje.

Ostali fizikalni simptomi, ki so v začetku skromnejši, se pokažejo šele v poznejših tednih z vso svojo jasnostjo v perkutornem in avskultatornem izvidu. Tej obliki sta blizu stoječi kazeozna in gelatinozna pneumonija, ki običajno nastopati kot posledica aspiracije po profuznih hemoptoah. Spremljajo ju vsi simptomi aktivne progredientne tuberkuloze kot: temperatura, znojenje po noči, hujšanje, močno kašljanje in mnogovrstni vlažni hropci s posebno zvonko primesjo. Le v primerih, kjer dobimo izrazito reakcijo plevre z eksudatom, je mogoče, da bolezen zavzame drug, boljši konec in sicer v fibrozni plastični pneumoniji. Tudi bronchopneumonia tuberculosa nastopa akutno z visoko temperaturo s 40 C in še več, z izrazito dispnoo in cianozo na obrazu, čemur se pridruži še mučen kašelj. Začetni hipersonorni poklep z rahlejšo zamolkino na enem ali drugem mestu toraksa, ter bronhialno in sopihajoče dihanje z večinom sirastimi hropci preko vseh pljučnih delov, a čisti in neobloženi jezik, so nam dovolj zadostni simptomi za to pljučno tuberkulozo. V pubertetni dobi najdemo včasih obliko pljučne tuberkuloze, za katero je značilno, da uporablja za svojo propagacijo bronhogene in limfohematogene poti. Dobimo torej simptome, ki v svojem pulmonalnem izvidu odgovarjajo vsem možnostim geneze.

Ob koncu fizikalne diagnostike pljučne tuberkuloze naj še omenim bronhitične oblike, kjer razen bronhitičnih hropcev, a ti so posebno lokalizirani v zgornjih pljučnih delih, ne dobimo ničesar, kar bi govorilo za tuberkulozni značaj bolezni. Bronhitis pa je zelo renitentna ter kljub raznim ekspektorancijam neče popustiti. V isto vrsto spadajo nizke ali globoke bronhitide ali peribronhitide, kombinirane tudi z bronhektazijami, pri katerih čestokrat dobimo perkutorni ali avskultatorni izvid, ki nas opozori na pravo diagnozo.

S tem upam, da smo v glavnih obrisih obdelali tuberkulozo pljuč, kakršno dobiva pred sè praktični zdravnik v svoji vsakdanji praksi. Uspeh celotne protituberkulozne borbe in s tem celotnega narodnega zdravja zavisi od skupnega sodelovanja praktičnega zdravnika in tozadevnih ustanov.

Resumé

Doct. J. Prodan: La diagnostique de la tuberculose pulmonaire avec les moyennes du médecin pratiquant.

L'auteur souligne l'importance de l'examen médical dit stéthacoustique (physical). Les rayons „X“ et le laboratoire, si nécessaires pour une diagnostique exacte des affections de l'appareil respiratoire, ne peuvent pas servir au médecin de la campagne. Tout ce que est à son disposition, c'est l'anamnèse, prise rigoureusement et avec toute précision possible, et l'examen stéthacoustique avec inspection et palpation exacte. Selon l'avis de l'auteur, il est le devoir absolue de chaque médecin de savoir constater l'état de la maladie avec des moyennes cliniques. C'est seulement en ce cas là que la lutte contre la tuberculose sera efficace.

Tuberkuloza v rentgenu

(Nekaj načelnih pripomb)

Danes, več kot 40 let po epohalnem odkritju fizika Roentgena, pač ni več zdravnika, ki bi v resnici dvomil o pomenu te iznajdbe za medicino, še posebno pa za diagnozo notranjih bolezni. Zlasti fliteologija se ima za svoja najvažnejša odkritja zadnjih desetletij zahvaliti rentgenu.

V pljučni diagnostiki je zato rentgen eno najvažnejših sredstev, ki nam skupaj s stetauskultacijo in z laboratorijskimi metodami preiskave skoraj v vsakem slučaju dovoli točno diagnozo, omogoči smotreno terapijo in daje važen vpogled tudi v prognozo bolezni. Med ostalimi metodami klinične preiskave stoji rentgen sicer pri pljučni diagnostiki na prvem mestu, teh metod pa nikakor ne more izpodriniti in nadomestiti. Tudi rentgen ima svoje meje, ki se jih moramo zavedati, ako nočemo v škodo svojih bolnikov doseči nepopoljne rezultate. Žal se to pogostoma pozabi. Neposrednost in plastičnost vizuelnega vtisa vodi do njegove precenitve. K temu pa pride v naših časih še precejevanje tehnike sploh.

Vendar pa moramo vkljub tem potrebnim omejitvam z vsem poudarkom naglasiti, da preiskava prsnih organov, posebno pa pljuč ni popolna brez rentgenskega pregleda. Znano je, da obstajajo neke oblike pljučne tuberkuloze, ki so jih imenovali anavskultatorne, ker je stetakustični izvid izredno pičel vkljub precej obsežnemu, celó kavernoznemu procesu na pljučih. Takim procesom naljubo so n. pr. v Nemčiji priporočali redno rentgensko preiskavo vsakega človeka. To pa je neizvedljivo celó v Nemčiji, kaj šele pri nas.

Ali je tedaj potrebno, da zahteva ali vrši zdravnik rentgensko preiskavo v vsakem primeru pljučnega obolenja? Odgovor se mora glasiti: da, ako je za dobro rentgensko preiskavo dana možnost. Sebi in bolniku bomo na ta način prihranili marsikatero razočaranje. Dobro se pa zavedam, da te možnosti danes še ni povsod. Zato bi priporočal za prakso sledeči postopek:

Ako slutim v kakem primeru tuberkulozo in ne morem takoj rentgenizirati, tedaj preiščem, kar seveda tudi sicer v vsakem slučaju storim, natančno klinično ter vzamem kri za sedimentacijo. Ako pospešena sedimentacija še potrdi moj sum, tedaj moram brezpogojno stremeti za tem, da pridem čimpreje do zanesljivega rentgenskega izvida.

Prvo pa je: misliti na tuberkulozo tudi tam, kjer je na prvi pogled ne bi pričakovali. (Tudi rdečeličen debeluh, ki je akutno zbolel za „hripo“, je lahko tuberkulozen).

Principielno pa moramo misliti na tuberkulozo pri vseh bolnikih s ponavljajočo se ali dalj časa trajajočo „hripo“, s plevritido, s kronično bronhitido in astmo (tudi pri starih ljudeh, kar je epidemiološko posebno važno),



Obširna raziskavanja so dokazala, da se Progynon nahaja v rastlinah in v vseh živalih. Rastline in živali so vsebovale Progynon že ob začetku biološkega razvoja zemlje.

PROGYNON

se je pokazal kot biološko delujoča substanca in telesu svojstveni hormon; popolnoma je neškodljiv in zelo močno učinkuje pri vseh motnjah fiziološkega tvorenja folikularnega hormona.

S PROGYNON-DRAŽEJI se znatno popravijo ali popolnoma odstranijo klimakterične težave. K temu spada tudi obolenje sklepov, ki se pojavlja v klimakteriju, gotova obolenja kože in nespečnost.

PROGYNON B OLEOSUM rabimo pri težkih slučajih, ki ne reagirajo na navadno zdravljenje s Progynon-dražejami. Pri gotovih primerih težke, sekundarne in primarne amenoreje je treba najprej dajati Progynon B oleosum za razvoj proliferativne faze, a šele potem uporabiti Proluton, da se sluznica uterusa dovede v sekretorno fazo.

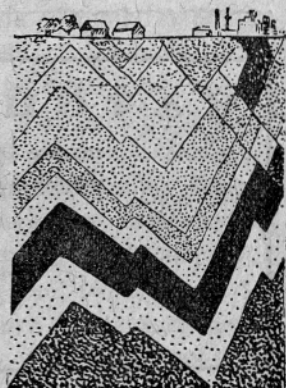
ORIGINALNI ZAVITKI

Progynon dražej

15 dražej po 750 i. j. (150 m. j.)
30 dražej po 750 i. j. (150 m. j.)
60 dražej po 750 i. j. (150 m. j.)

Progynon B oleosum

Škatlje po 5 ampul po 50.000 i. j. (10.000 m. j.)
Škatlje z 1 ampulo po 250.000 i. j. (50.000 m. j.)
Škatlje z 1 ampulo po 500.000 i. j. (100.000 m. j.)



SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

Radio-Therma, Laško

Odprto celo leto

Radiotermalne kopeli 37.5° C. Elektroterapija,
ogljikokisle in kisikove kopeli, masaža in diete-
tično zdravljenje. — Najučinkovitejše zdravljenje
išijasa, revmatičnih obolenj, ženskih bolezni, re-
konvalescenca, znižanje krvnega tlaka i. t. d.

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

EULYSINOL

Novi domači preparat

PARENTERALNI EKSPEKTORANS ZA ZDRAVLJENJE VNUTJI DIHALNIH ORGANOV, ZA OMEHČANJE SLUZ

Eulysinol je rastopina organskega joda, kafe in timola v eteričnem olju in vsebuje na 1 ccm 0,30, g organskih spojin joda, 0,50 g etilnega etra, 0,20 g kafe in 0,02 g timola

Pri onih obolenjih dihalnih organov, pri katerih je treba delovati na izpljuvanju sekreta, akutnem in kroničnem bronhialnem katarju, vnetju pljuč, pljučnem abscesu, oslovskem kašlju, astmatičnem stanju, gripozni, tuberkulozni, septični itd. bronhiditi. Pred in po operaciji za zaščito dihalnih organov in obvarovanje bolnika pred dretresljaji radi hudega kašlja

Za i. traglutealne injekcije v ampulah po 1,1 in 2,2 cm

Dr. A. Wander d. d.

Tvornica farmacevtskih in dietetskih preparatov, ZAGREB

K A T G U T

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

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

s sladkorno boleznijo, nejasnimi povišanimi temperaturami (marsikateri tifus in paratifus se bo na ta način izkazal kot tuberkuloza), vse to pa prav posebno, ako gre za bolnike, ki so glede jetike dedno ali familiarno obremenjeni ali vidno izpostavljeni okuženju. Vse te bom po možnosti rentgeniziral.

In kaj hočemo od dobrega rentgenskega izvida? Zanesljiv odgovor mi mora dati na vprašanja: Tuberkuloza, da ali ne? V tem oziru pogostoma ne bo mogel rentgen sam odločiti, temveč samo v zvezi z ostalimi metodami preiskave. Ni vsaka senca na pljučih izraz tuberkuloznega obolenja. Poleg tega: enkratna preiskava, tudi najzanesljivejša, je lahko negativna, že čez nekaj dni ali tednov se pa pokaže viden proces na pljučih. Zopet nas iz zadrege reši samo klinično opazovanje in ponovna natančna preiskava.

Drugo, kar mi mora rentgen povedati, je obseg obolenja (eno — ali obojestrano), kvaliteta (pneumonično ali diseminirano itd.) ter event. obstoj kaverne. Uganjati takozvano kvaliteto diagnostiko (produktivno ali eksudativno obolenje) je tudi za vajenega rentgenologa ravnotako težavno kakor podati točno aktivitetno diagnozo. Celokupna klinična preiskava je za oboje merodajna.

Tretje pa, kar zahtevamo, so smernice za terapijo s posebnim ozirom na kolapsoterapijo. Brez rentgena ni indikacije za kolapsoterapijo — z edino izjemo vitalne indikacije za pneumotoraks pri težkih krvavitvah iz pljuč.

Poleg tega bo rentgenska preiskava ftizeologu povedala še mnogo več o nastanku in razvoju pljučne tuberkuloze v posameznem slučaju z važnimi prognostičnimi vpogledi za bodočnost. Za to pa je potrebna ogromna skušnja in opetovana preiskava bolnika, ako nočemo zaiiti v območje neplodnega teoretiziranja.

Podčrtal sem besede „dobra“ in „zanesljiva“ preiskava. Kdor dobiva večkrat v roke rentgenske izvide raznih zdravnikov in zavodov, bo moral, dasi še tako nerad, priznati, da je povprečno stanje znanja o rentgenologiji pljučnih obolenj — samo o teh tu govorim — ne posebno visoko, v nekaterih slučajih celo obupno nizko. Temu se v resnici tudi ne moremo čuditi. Saj zadostuje danes razmeroma malo denarja, da si kupiš rentgensko napravo, še manj, da si kupiš knjižico o rentgenologiji . . . vse drugo bo že Bog dal. Spominja me ta način na moža, ki bi hotel čitati turško pismo. Črke vidi, vidi, da ima v rokah najbrže pismo, morda loči celó posamezne besede, toda čitati ne zna. Naj skuša podati mnenje o vsebini pisma . . . Z največjo lahkoto pa bo napisal izjavo o stanju bolnikovih pljuč. Uspeh: ravno toliko premalo kot preveč diagnosticiranih tuberkuloz, kaverne tam, kjer jih ni, tam pa, kjer so: „ojačena risba“. Drugi uspeh: nezaupanje bolnika v zdravnika in končno v rentgenologijo sploh.

Rentgenologija gotovo ni nikaka tajna veda. Lahko se je vsak nauči, toda učiti se je treba in to ni tako lahko, kakor bi se morda komu zdelo

na prvi pogled. S tem je tudi podan odgovor na vprašanje: ali naj praktični zdravnik sam rentgenizira s svojim aparatom? Da, ako se je dobro naučil, ako ima tudi pozneje možnost, ohraniti si potrebno vajo in ako se zaveda odgovornosti svojega dejanja in mejâ svojega znanja. Večmesečna praksa je v vsakem slučaju priporočljiva, njeno trajanje je odvisno od pridnosti in talenta poedinca.

Samo ob sebi je umevno, da morajo biti dani gotovi tehnični pogoji. Aparatura je pri tem še razmeroma najmanj važna, ker se lahko tudi s ceneno napravo nekaj doseže. Pogostoma pa ne odgovarja električna struja, ki je na razpolago. Vprašanje prostorov in s tem nujno in neobhodno potrebne adaptacije preiskovalca je važno. Mimogrede rečeno veljajo vse te težave in pomisleki v še večji meri kot za pljučno diagnostiko za rentgenologijo intestinalnega trakta.

O tehniki podrobno govoriti nima smisla, najmanje pa v okvirju kratkega predavanja.

Važneje je vprašanje: presvetljava ali rentgenogram. Niso še daleč za nami časi, ko so imeli rentgenogram pljuč za nepotreben luksuz, pa se že oglašâ zahteva po rentgenskem katastru vsega prebivalstva (Bräuning), za katero pa velja isto, kar smo povedali o obvezni rentgenski preiskavi vseh.

V resnici je za natančno in maksimalno zanesljivo diagnozo potrebno oboje: presvetljava in rentgenogram. Praktično pa smo — vsaj pri nas — še precej daleč od izpolnitve te zahteve.

Na prvi pogled so jasne razlike in prednosti te in one metode. Presvetljava je nujna, ker nam omogoča opazovanje stalno gibajočega se organa, preiskavo bolnika od vseh strani (pogled v vse koticke prsnega koša) in v vseh smereh, olajša lokalizacijo patoloških senc in končno — last not least — povzroča mnogo manj stroškov. Rentgenogram pa je trajen dokument, ki pokaže nežne sence — zlasti diseminirane, posebno ako so bilateralno simetrično razporejene —, ko jih s prostim očesom ne vidimo. Poleg tega ima rentgenogram poseben pomen, ako nam je od katerega bolnika tekom njegove bolezni na razpolago v celi seriji. Takrat je njegova, zlasti prognostična vrednost enaka znanstveni. Kajti dinamika razvoja procesa je enako važna za presojo bodočnosti in terapevtskih možnosti pri poedinem bolniku, kakor kot prinos k še vedno ne zaključenemu patogenetičnemu raziskavanju.

Vendar pa moram odločno svariti pred predekosežnimi sklepi iz posamezne rentgenske slike, še prav posebno, ako tehnično ni brezhibna. Žal pa je — brez pretiravanja — polovica pljučnih slik, ki jih dobim z raznih strani v roke, tehnično nepopolnih, v veliki meri celó nerabnih.

Tehnične zahteve, ki jih danes lahko stavimo na dober rentgenogram, gotovo niso majhne. Predvsem mora biti rentgenogram dovolj oster in kontrasten ter niti premehek niti pretrd. Vse to je stvar vaje in praktičnega učenja. Tudi najboljši rentgenogram ima nedostatke, ki so utemeljeni v

njegovi naravi, ker predstavlja pač projekcijo raznih v prostoru ležečih, senco dajajočih tvorbo in organov v eno ploskev.

Rentgenski papir je pogostoma dobro poraben, mnogo cenejši, toda vendar z filmom ne popolnoma enakovreden in ga je tudi težje pravilno obdelati.

Slab, zabrisan, nejasen, napačno eksponiran, zadihan, slabo fiksiran in sušen ter pozneje na transportu morda še zmečkan rentgenogram ni dokument bolezni, temveč dokument neznanja in površnosti zdravnika ali zavoda, ki kaj takega izdeluje, za bolnika pa pomeni še precej drago prevaro. Iz njega ni mogoče čitati ničesar in je tudi boljše, ako tega ne poskusimo, ker bi nas tak rentgenogram samo zapeljal na kriva diagnostična in prognostična pota.

Eden vzrokov slabih rentgenogramov je v nedostajanju tehnične naprave. Medtem ko je tudi z majhno aparaturo mogoče s pridom presvetljevati bolnika, del malih aparaturo ne zadostuje za dobre rentgenograme pljuč. Ako pride k temu še slaba ali neenakomerna primarna struja in neobvladanje jako važne fotografske tehnike, tedaj ne moremo pričakovati uporabnega rezultata.

Ni potrebno, da bi vsak zdravnik znal rentgenizirati, potrebno pa bi bilo, da zna vsaj v glavnem čitati rentgenograme. Kdor je imel priliko videti, kako sicer prav dobri zdravniki trdovratno deklarirajo rob skapule za pneumotoraks, vidijo v popolnoma normalnih pljučih kaverne in zopet za pest velikih kavern ne vidijo, mi bo pritrtil, da je tudi čitanje rentgenogramov umetnost, ki se je je treba naučiti. Vkljub temu si bo zdravnik, ki nima stalno prilike vežbati se v tej panogi, mogel napraviti sodbo o posameznem slučaju samo v glavnih obrisih, za podrobnosti bo prav storil, če zahteva mnenje rentgenologa. Isto, kar za rentgenograme pljuč, velja tudi za kostne slike, ki se nam zde ponavadi toliko enostavnejše kot prve.

Mnogo bi se še dalo povedati o rentgenski diagostiki pljuč, omejiti pa sem se hotel in moral na te splošne pripombe, ki se mi zde osnovne važnosti za ves predmet. Vse drugo se da naučiti samo v tesni zvezi med prakso in teorijo pri rentgenskem aparatu.

Zusammenfassung

Dr. R. Neubauer: Tuberkulose und Röntgen. Kurze Zusammenfassung alles dessen, was der praktische Arzt über die Röntgenuntersuchung der Lunge Prinzipielles wissen sollte. Dies sind vor allem die Fragen: Wann soll der Patient durchleuchtet werden? Soll der praktische Arzt selbst röntgenisieren? und: Röntgenogramm oder Durchleuchtung? Verf. betont als Hauptsache die Forderung nach gründlichem praktischem Studium.

Zdravnikova služba pri jetičnem človeku

Kavzalno zdravljenje jetike je ostalo do danes naš neizpolnjen sen. Odkar poznamo lastnosti kot spore trdoživega Kochovega bacila, nam tudi upanje dobiti pravo zdravilo zanj vsak dan bolj splahneva, gotovo pa je izginila skoraj že zadnja nada na ono zdravilo, ki je v vseh časih zaposljevala predstavniki svet tako zdravnika kot lajika, namreč zdravilo z baktericidno močjo. Kochov bacil je po svojih lastnostih čisto podoben trosom raznih plesnob, kojih odpornost napram škodljivim vplivom zunanjega sveta je predobro znana. Pa tudi to še ni dovolj. Romanski znanstveni svet dokazuje obstoj tuberkuloznega ultravirusa, — ki gre skozi vsa cedila, ki se v drugi generaciji prelevi v pravi Kochov bacil — in nam s temi novimi dognanji našo že itak jako labilno pozicijo še bolj zamaje in nas vrže zopet tja nazaj, kjer smo se nahajali že pred letom 1882.

Medtem ko smo se eno celo stoletje zabavali izključno z bacilom, njegovimi variacijami, kulturami in z njegovimi toksini, smo čisto pozabili, da sta za toliko zapleteno in izprememb polno sliko potrebna dva igralca: bacil in bolnik s svojimi lastnostmi; igralska umetnost bolnikovega telesa in duše se nam je zdela napram vsak dan novim iznajdbam pri bacilu kot nekaj, kar se pri računu z vso pravico lahko zanemarja. Ko pa je te vrste spekuliranje zapeljalo vsa naša prizadevanja na slepi tir, smo se šele zavedli tudi tega drugega zanemarnjenega partnerja v bolezenski igri. Naenkrat se nam je razkrila vsemoč človeške konstitucije, njena ravno pri tuberkulozi naravnost usodna veličina. Vsi Evropci se tekom svojega življenja inficirajo s Kochovim bacilom, vsi pokažejo preje ali kasneje dovzetnost za obolenje v pozitivnem izpadu tuberkulinske reakcije, toda — in to je jedro današnje ftizeologije — kdo so oni, ki v resnici obole in — še važnejše — kdo so oni, kaj je v njih preveč, česa v njih manjka, kaj je ono neznano — ki tudi za jetiko umrjejo? Kdo bi vedel odgovora? Komaj šele smo si vprašanje zastavili, mnogo, mnogo jih še dvomi o pravilnosti te zastavitve, redki smejejši pa že hitijo v naznačeni smeri naprej iskaje ono neznano. Meni samemu pa se zdi, če dovolite, da izražam čisto svoja privatna, za nikogar obligatna mnenja, da je naša znanost prišla do onega mesta, kjer je neizmerni zaklad zakopan, toda kdo je oni izvoljenec — če se bo sploh kedaj rodil — ki mu bo dano, da dvigne ta tako globoko v goro pogreznjeni dragoceni kamen? Že je padla beseda „Kstitutionstherapie“, žalibog je votla ta reč in ne pomeni zaenkrat mnogo več kot smer, v kateri naj iščemo. Kaj pa imuniteta, kaj pa protiserum — me boste vprašali. Da kar v dveh stavkih končam obširno poglavje, da vam podam tisto malo sadu z muko obdelane njive imunitete in alergije: Imuniteta se danes ne imenuje več imuniteta — torej ni lastnost, ki si jo posameznik pridobi tekom svojega enkratnega in nepovračljivega življenja, temveč jo nazivamo — v skladu z novim gledanjem v medicini — naravno odpornost napram

bacilu, ki jo imaš od rojstva ali je pa nimaš in če je nimaš, si je ne moreš z ničemer pridobiti. Najtrdnejši dokaz za to trditev so žalibog oni stigmatiziranci, ki vkljub pravočasni diagnozi, vkljub specifični in nespecifični terapiji le podležejo dolgotrajni sušici. V dolgih letih si niso mogli zgraditi nikakega obrambnega zidu, odneslo jih je počasi a tako sigurno kot odnese plazovita zemlja siromakovo kočico ali pa bogataševo palačo. Takisto je pri živalih. Morski prašiček pogine za vsako infekcijo, pes pa za nobeno ter je zato izključena že a priori vsaka misel na imunizacijo potom serumov, bogatih na specifičnih antitelesih. Preostaja nam tudi za bodoče stara deviza: preprečiti infekcijo. Dolgo je rabilo človeštvo, da se je priborilo do tega jalovega rezultata. Ne pritožujmo se, tudi jalov rezultat je še rezultat, v našem slučaju celo dragocen rezultat. In še nedolžne živali ne bodo prisiljene za ceno dobre krme in čistih dvorov služiti s svojo krvjo človeškemu zdravju.

Ostane nam torej še za naprej simptomatsko zdravljenje — naša obsovažena in vekovna služba, a tudi naša vsega priznanja vredna in osebnostna umetnost. Simptomatsko zdravljenje je bistvo vse zdravniške službe, kajti tam, kjer je mogoča kavzalna terapija, je postopek tako poenostavljen n. pr. pri zobozdravništvu, da odpade vse težavno in vse ono, kar dela naš stan vkljub vsem velikim napakam za edinstveni stan človeške družbe. Simptomatska terapija zahteva od zdravnika, da napravi vse, kar je mogoče v — često prav pri tuberkulozi — nemogočem, izgubljenem položaju. Pacient kašlja, leži v vročici, se znoji, krvavi, umira navzlic vsej tvoji umetnosti, ti pa moraš ostati pri njem do konca, dobro vedoč za brezupen konec in svest si svoje nemoči. Zato pa ni za pravega in dobrega zdravnika nikjer bolj potrebno vedeti za ono, kar se da storiti, kot kjer nam preostaja samo to obsovaženo simptomatsko zdravljenje.

Vsi načini kolapsne terapije ne spadajo tu sem, oni imajo prav izjemno stališče nekje v sredini med kavzalno in simptomatsko terapijo. Kot prvo obdelajmo poglavje o prehladu.

Jetični bolniki se tako radi tudi ob najlepšem vremenu „prehlade“. Ta pripravljenost je ali izraz cirkulacijskih otežkočenj, ki so nastopila po velikih destrukcijah in po hudem zabrazgotinjenju na obolelih mestih, na kar imamo v prvi vrsti misliti pri onih bolnikih, ki s povečanim kašljem javljajo bližajočo se izpremembo vremena, ali pa je izraz novega svežega obolenja, ki se javi pod popolnoma enako sliko kratkotrajnega prehlada. Kdor pozna bolnika že dalje časa, mu taki prehladi gotovo ne bodo delali velikih skrbi, saj se običajno tudi pacienti ne razburjajo radi njih.

Nadvse važno pa je zdravljenje teh dozdevnih prehladov, ker so povod večini obiskov v naših ordinacijah. Na razpolago nam stoji arzenal po farmakopeji predpisanih ekspektorancij ter domačih zdravil za izkašljanje, potem imamo skupino opijevih derivatov in končno sirupe vseh mogočih tovarn in podjetnih magistrov. Nimam niti potrebe niti dolžnosti katero izmed omenjenih sredstev posebej priporočati. V svoji praksi priporočam najprej

potrpljenje, saj bo kašelj itak sam pojenjal ali pa priporočam domače čaje. Zdi se mi nedopustno in tudi pametno ni, posluževati se v takih stanjih skrivnostne mahinacije z receptiranjem, ki stane pacienta prav brez potrebe 40 Din, medtem ko si ocenil svoje delo s 30 dinarji in tako olajšal bolnika, ki je že itak dvakrat udarjen, za 70 Din, ki jih ne more prištediti s celomesečnim pritriganjem pri jedi in pijači. Ker se bo isto stanje itak kmalu ponovilo, ti ne bo pacient že iz strahu pred denarno izgubo nič več zaupal in ti nisi na ta način nikomur koristil a najmanj sebi. Priporočam pa intravenozne injekcije 10 % calc. chlor. Material ne stane takorekoč nič, pri mnogih pacientih v resnici ublaži kataralno stanje in ima še za nameček močno psihično delovanje radi občutka vročine po celem telesu. Previdnost je potrebna le pri istočasnih srčnih obolenjih. Tudi pri navadnem nahodu se kalcij intravenozno dobro obnaša. Peroralni kalcijevi terapiji ni mogoče kaj dosti zaupati, ker se večina zavžitega apna z blatom izloči in zatorej nima receptiranje kalcija na tone od najrazličnejših tvrdk prav posebnega smisla in haska.

Morda ne bi bilo brez smisla v tej zvezi opozoriti na pogubonosni razvoj v pogledu zdravilstva. Prvotni zdravnik je bil vse v eni osebi: zdravnik, svečenik in apotekar. Že davno, davno sta se ločila zdravniški in svečeniški stan, medtem ko je nastanek lekarniškega stanu razmeroma mlada pridobitev. Toda ločitev gre še naprej. Zdravnik bo kmalu samo še radi diagnoze na svetu, vse drugo bo zaupano drugim rokam. Ta nepredvideni in napačni razvoj že danes kliče po remeduri. Saj bolnik ne zahteva diagnoze, on želi zdravlja. Zdravnik po svojem poklicu ne sme postati suhi, objektivni, racionalistični znanstvenik, kot ni naloga duhovnika, da službuje zgolj po filozofsko-teoloških vidikih. Nazaj moramo, nazaj v ono dobo, ko je zdravnik sam poznal svojo recepturo, svoja zelišča in nihče drugi, na vsak način pa moramo ven iz objema velekapitalističnih koncernov (I. G. Farben itd.)

Včasih ne boste mogli shajati brez opijatov, posebno ne pri onih siromakih, ki jih kašelj muči ponoči. Farmacevtska industrija nam daje na razpolago obilo opijevih derivatov. Vsi so dobri in vsi približno enako dragi. Čestokrat je treba pri posameznih bolnikih preizkušati, kateri izmed njih je najboljši za dotičnega pacienta. Tako se je že dogodilo, da smo pri takih preizkušnjah ostali pri staroslavnem Dowerjevem prašku, ki ga industrija prodaja pod imenom Ipecopan. Toda predno ste se odločili k recepturi opijatov, poizkusite kašelj enostavno prepovedati in imeli boste fenomenalen uspeh, včasih pa ne pomaga niti prepoved niti opij niti kaj drugega, pomaga pa izdatna doza ol. camphorati. To se imenuje umetnost: Izmed mnogoštevilnih sredstev v danem primeru izbrati pravo. Preplašenim pacientom bo često najboljša zdravilo proti kašlju — barbiturna kislina, uspavalno, pomirjevalno sredstvo.

Haemoptoe. Po večini vse krvavitve iz pljuč same prestanejo. Če bi ne bilo tako, bi bilo mnogo težje biti zdravnik. Haemoptoe, ki ne preneha

sama, je izgubljen slučaj; še v zavodih pride zdravnik prekasno. Pa če tudi dospe pravočasno k postelji, ne more s pneuom zagrabit in stisniti krvaveče mesto, vse drugo je „ut aliquid fieri videatur“, pa naj bo to želatina, koagulen, kladen, stryphnon, serum, kafra, mleko, subkutani emfizem itd., itd. Eno samo resnično sredstvo obstoji, ki je v stanu zaustaviti krvavitev kot s peanom med operacijo — to je pneumotoraks. Večkrat smo že doživeli, da je krvavitev prestala med dajanjem zraka. Seveda običajno ne veš, ko prideš h bolniku, s katere strani krvavi in če veš za krvavečo stran, pa ne veš kako izgleda druga stran, skratka mnogo je ovir, ki preprečujejo pneumotoraks kot sigurno sredstvo proti krvavitvi iz pljuč.

Še posebno pa smo na medikamentozno terapijo navezani v privatni praksi, ki jo moramo radi vsesplošne razburjenosti opraviti s primernim ritualom in končnim zagotovilom, da je stvar dobljena. Zopet je na mestu Calc. chlor. 10 % kot močno psihično sredstvo in morda tudi edino resnično sredstvo. Ljudsko zdravilo je kuhinjska sol v velikih dozah. Kako si razlagamo njeno delovanje? Od preveč soli postane bolniku slabo — „izkrvavi se“ v mezenterij. Točno isti efekt dosežemo z 10 % injekcijo, še posebno če brizgamo hitro. Pacijentu postane slabo, v pljučih nastopi pomanjkanje krvi in kri — stoji! Morda je tako, morda je drugače, na vsak način pa ni bolnik prav nič zavarovan pred ponovno krvavitvijo.

V tej zvezi bi hotel podati nekaj praktično važnih teorij, kakor si jih sam zamišljam. Po mojem naziranju se človeštvo deli v dve skupini: v malo skupino hemofilitičarjev, ki morajo nujno dobiti haemoptoo, če zbole za jetiko in v veliko skupino onih, ki imajo v krvi brezhiben koagulacijski aparat, ki ne pretočijo niti kaplje krvi, čeprav so jim pljuča razpadla v taki meri, da manjkajo posamezni lobusi v celoti z vsemi svojimi venami in precej velikimi arterijami. Kakor vedno tudi tukaj večina ljudi hodi srednjo pot. Ti kompromisarji obeh polov krvave od časa do časa, a nikoli ne izkrvave. Koagulacijski aparat deluje komaj za silo, ravnotoliko, da ne nastopi katastrofa. Če pa je razpad le prenašel, odpove tudi ta slabotna obramba — bolnik sicer ne izkrvavi, a se zaduši v lastni krvi.

Firma Ciba je udarila to pot in vrgla na trg „Koagulen“, ki se pri zunanjih krvavitvah menda izvrstno obnaša, pri hemoptoah me pa o svoji vlogi ni prepričal. Mislim pa si, da je teoretično edino opravičena transfuzija krvi tudi pri tuberkuloznih hemoptoah kot je pri hemofiliji edino sredstvo nabava koagulacijskega aparata pri normalnih ljudeh. To je istočasno dosedaj edina poznana prava konstitucijska terapija.

Pravijo, da je dajanje opiatov za časa krvavenja zabranjeno, ker da moramo z vsemi silami podpirati ekspektoracijo, sicer lahko pride do novega razseвка in do novih žarišč. S to mislijo se v celoti ne strinjam. Zdi se mi, da so opazovalci zamenjali posledico in vzrok. Po mojem je vzrok za krvavitev ravno novo žarišče. Tam pa, kjer nastopi kri po kašlju, je ordinacija opiatov naravnost priporočljiva. Rad priznam, da je morfijsko psihično sredstvo; gre tudi na lepši način, toda potem je treba sedeti ob

vznožju in s svojo prisotnostjo položaj obvladati. Tega so zmožni brez morfija samo — zdravniki.

Dovolite da priključim na to poglavje takoj poglavje o tuberkulinu. Moj dober prijatelj mi je sporočil sledeč slučaj z željo, naj ga objavim tovarišem v svarilo. Jetični bolnik dobi težko krvavitev, pozove zdravnika in ta začne kuro z — Bog mu odpusti — tuberkulinom. Sledi vzplamtenje vseh zarišč, hudo poslabšanje celotnega stanja in nove krvavitve. Pacientka si seveda prebere zdravnika in ta novi zdravnik me naproša za kritiko tega slučaja in sicer za „kritiko s kolom.“

Popolnoma se strinjam s prijateljevim mnenjem. Nobena kritika ne bi bila dovolj ostra. Tuberkulin ni eno izmed mnogoštevlnih sredstev, ki v najslabšem slučaju nič ne koristi, temveč je nevarno diferentno sredstvo, o čigar škodljivosti sem si čisto na jasnem, ne pa tako o njegovi koristnosti. Če tuberkulin sploh deluje, potem deluje le kot specifično dražilno sredstvo, to se pravi, pacient na novo oboli. Če pa je že bolan, zakaj naj bi bil potem še bolj bolan? Morda radi povečanja imunitete, produkcije antiteles? Povejte mi tistega, ki je vse to res dokazal! Dokler pa to ni dokazano — v 50 letih vnetega iskanja se ta dokaz še ni posrečil — je vse kuriranje s tuberkulini okoli pljučne tuberkuloze prenevarna zadeva, zvezana s prevelikimi žrtvami za bolnika, še celó pa na domu in v ordinaciji, kjer si z bolnikovim stanjem nikdar nisi prav na čistem. V našem slučaju se mi zdi, da je bila tuberkulinizacija ravno tak greh, kot če bi dotični zdravnik začel z obratom pri določno izraženi, grozeči rupturi maternice. Vsak zdravnik vé, da pri grozeči rupturi ne sme ničesar več samo poskušati, toda koliko zdravnikov še danes poskuša s tuberkulini!

Mogoče so to zamirajoči vali gibanja, ki ga je v dobri veri povzročil že sam R. Koch. Verjetnejše se mi pa zdi, da je to posledica propagande za tuberkulin, ki jo je izzval W. Neumann v svoji knjigi. On ga uporablja približno tako, kot se uporabljajo arzenobencolove spojine za lues. To pa je nedopustna shematizacija. Mogoče ravna danes Neumann drugače kot pa je nasvetoval pred 13 leti, zato bi nujno nasvetoval vsem domačim Neumanovcem, da se izneverijo svojemu mojstru.

Zdravljenje z zlatom je nekak novum pri ftizeoterapiji. Ne morem se spuščati na to neobdelano polje ugibanja in poiskusov. Potrebno bo zato posebno delo. Začasno bi pa rekel samo to, da zlato zopet ni sredstvo za ut aliqid, že zato ne, ker je predrago in ker je težka kovina.

Pri tuberkulozi grla bi hotel opozoriti samo na njeno diagnostično važnost, terapija je itak specialistična zadeva. Ni čisto osamljena sledeča anamneza: Dobro rejen, soliden gospod se poda radi hripavosti v posvet k specialistu. Sledi prva probatorna ekscizija, druga in še tretja, nato sledi rentgenski pregled, ki odkrije na začudenje vseh prizadetih kavernožno tuberkulozo. Bolnik z bolečinami v grlu spada v bolnišnico. Praktični zdravnik ni v stanu nuditi v primerih težke disfagije olajšanje, posebno pa ne v slučajih, kjer se neznosno stanje stopnjuje do dispnoe. Opozarjam tudi,

da ne obstoji opasnost obolenja v grlu v nujni gradualni zvezi s hripavostjo. Često so popolnoma hripavi bolniki le malo bolni, ravno tako pa imajo bolniki ob relativno dobrem glasu grlo v globino podminirano, kar se nazadnje konča v obupni disfagiji. Običajne instilacije mentolovega olja vodijo do izčiščenja grla in do občutka svežosti, drugih koristnih lastnosti pa nimajo.

Črevesna tuberkuloza je neke vrste sorodnica tuberkuloze grla. Bolnik je dolgo časa ne občuti. Šele kadar je bolezen že napredovala, ko je nastala striktura obolelega mesta, tedaj se pojavi ves simptomni kompleks črevesne tuberkuloze. Slika je različna. Nekateri trpijo na kroničnih prolivih, pri drugih se menjava zaprtje z eksplozivno diarejo, vsi pa tožijo o bolečinah v trebuhu, vetrovih, napetosti in dr. Črevo je stalno razdraženo, zato pojačana peristaltika posebno pri ozkih strikturah. S pomočjo posebne rentgenološke metode je razmeroma lahko odkriti bolna mesta in jih ev. podvreči operaciji, ako splošno stanje ta poseg še dovoljuje. Z dobrim uspehom se uporablja sledeča zmes:

Rp: Bismuti subnit. 2·5

Tc. opii simpl. gtt. XX.

Aq. fontis ad 150

S. 3 velike žlice na dan.

Pred uporabo dobro pretresti.

Firma Knoll je izdelala novo sredstvo „Octin“, o katerem trdi, da ni iz opijeve žlahte, da pa ima na črevo enak pomirjevalen učinek kot opij sam. Te navedbe lahko potrjujemo, pri nekaterih bolnikih se je v resnici dobro izkazal, ima pa — zopet samo pri nekaterih — tudi hipnotičen učinek, ki nam nazadnje še dobro služi.

Kako naj se borimo z vročino? Mnogo je bolnikov, ki vročine tudi do 39° sploh ne občutijo. Ako smo mnenja, da je vse izgubljeno, potem je eno samo potrebno: bolnika obvarovati pred termometrom. V slučajih, kjer pacient občuti vročino, je kemična antipireza nujno potrebna, če je prehudo znojenje ne prepreči. Dobra so vsa sredstva iz salicilne kot amidopirinske skupine. O salicilatih gre glas, da povzročajo krvavitve. Po mojem so to vraže fistih znanstvenikov, katerih logika se omejuje samo na: post hoc, ergo propter hoc in ki „an der Hand von einem Fall“ povzročajo vse preveč trušča v literaturi.

Idealno antipiretično sredstvo za jetične bolnike bi bilo ono, ki ne bi povzročalo potenja. Takega sredstva — vkljub zagotovilom od strani kemičnih tovarn — nimamo. Pyramidonum bicamphoricum naj bi bilo eno izmed njih, pa ni vedno zanesljivo in je povrhu predrago za vsak dan.

S hidroprocedurami — po navodilih župnika Kneipp-a — ne boste mogli operirati, ker ne gre znojnega človeka zavijati v ledene rjuhe in antipiretičen učinek je razmeroma majhen. To ni za tuberkulozo.

Vsekakor najtežja je borba s potenjem. Nekaterim bolnikom, in ne vedno najtežjim, komaj padejo oči skupaj, pa se že kopljejo v znoj, bo-

disi po dnevi bodisi po noči. Drugi se znojè samo proti jutru. Potenje bolnika jako slabi in mu je skoro neprijetnejše kot kašelj. Res je težko, posebno še pozimi, vsako noč se dvakrat ali trikrat preoblačiti. Kot sredstvo proti znojenju uporabljamo atropin, novatropin, bellafolin z jako različnimi uspehi. To medikacijo ovira dejstvo, da se vsi atropinovi preparati morejo le kratek čas dajati brez drugih neprijetnosti. Včasih pa se boste čudili, kako prestane vse neznosno potenje z običajnim frotiranjem pred spanjem. Prav pogosto se dogodi, da mi novodošli bolnik ves radosten izjavi, potem ko je prespal prvo noč v zdravilišču: „Danes se po dvehmesecih prvič nisem potil.“ Morda je to klima, morda nov okoliš, morda tudi manje odeje in odprto okno. Če vam uspe odpraviti znojenje, na ta ali na oni način, mnogo dobrega ste storili, vas pa navdaja prijetna zavest, da ste izvršili ono, kar je vkljub vsej nemoči vendar zaupano človeški moči.

Končavam to kratko predavanje s ponovitvijo one modrosti, ki me je spremljala ves čas kot vodilni osnovni ton in ki je tako dobro izražena v nam vsem znanem pregovoru:

Natura sanat, medicus — curat.

Dr. R. NEUBAUER — Golnik

Kolapsoterapija pljučne tuberkuloze s posebnim ozirom na indikacije

Zdravljenje pljučne tuberkuloze je še do pred nedavnim veljalo za pravi *crux medicorum*. Ni še dolgo od tega, ko v bolnicah niso poznali drugih tuberkuloznih bolnikov kot onih s težko ftizo, ki so tam čakali pri dvomljivi simptomatični terapiji na neizogibni konec. V zdraviliščih pa si našel še pred dvema decenijema po večini bolnike, ki sploh niso bili bolni ali pa so imeli lažje oblike tuberkuloze, in ki so se pri ležanju in dobri hrani zredili ter veljali za ozdravljene. Pravi ftizik pa je zastonj čakal na učinkovito terapijo, dokler se ni njegovo stanje poslabšalo v brezupno hiranje.

Te razmere so se spremenile šele, odkar poznamo kolapsoterapijo kot eno najuspešnejših sredstev za zdravljenje odprte tuberkuloze pljuč, sredstvo, brez katerega bi ne bilo vredno biti ftizeolog.

Vendar pa kolapsoterapija pljučne tuberkuloze še ni končni cilj naših prizadevanj, ki gredo kakor povsod v medicini za tem, da bi našli kavzalno ali — ako hočete — biološko sredstvo za zdravljenje te bolezni.

Kolapsoterapiji, ki obsega v prvi vrsti umetni pneumotoraks z dodatno operacijo po Jakobäusu (torakoskopija in torakokavstika), za tem pa oleotoraks, operacije preponskega živca, pljučno plombo, torakoplastiko in še nekatere manj pomembne posege, je skupno dejstvo, da hoče dati bolnim pljučam možnost, da sledeč svoji elastičnosti kolabirajo in s tem omogočijo

klinično ozdravljenje (induracijo, cikatrizacijo, inkalcinacijo bolnega dela pljuč). Že iz te definicije jasno izhaja, da ustvarja kolapsoterapija samo boljše pogoje za ozdravljenje, ne odstranjuje pa ognjišča bolezni iz telesa. Iz tega pa tudi sledi, da zdravljenje tuberkuloze ni v nobenem oziru samo kirurški problem. Tudi pri kolapsoterapiji bomo dosegali najlepše uspehe tam, kjer nam je mogoče bolniku pred in po kolapsoterapevtičnem posegu nuditi optimalne splošne prilike, da telo lahko izkorišča možnost, ki smo mu jo dali s kolabiranjem odprtega procesa, do popolnega praktičnega ozdravljenja.

Izven vsakega dvoma je, da spada bolnik, pri katerem nameravam izvršiti kak kolapsoterapevtični poseg, bodisi pneumotoraks ali kako operacijo, v zdravilišče ali vsaj v dobro opremljeno bolnico. Ambulantna kolapsoterapija bo vedno samo nadomestek, ki nam daje sicer zadovoljive rezultate v primeru z zgolj konservativnim zdravljenjem starega kova, vendar pa nam ne daje niti od daleč vsega tega, kar smemo od doslednega zdravljenja pljučne tuberkuloze danes upravičeno pričakovati.

V zdravniškem krogu ne bi bilo treba poudarjati, da ne moremo pri nobeni bolezni, najmanje pa pri pljučni tuberkulozi pričakovati sto-odstotnih uspehov. Od odpornosti organizma, od njegove rezistence napram širjenju Kochovega bacila, v prvi vrsti torej od konstitucionalnih faktorjev bo odvisno, ali ima kolapsoterapija sploh kak smisel in ali bo vkljub kolapsoterapiji prognoza dobra. Kazeozna pneumonija, phthisis gallopans, specifična lobularna pneumonija in slične akutne forme pljučne tuberkuloze, ki so izraz zloma odpornih sil, ne morejo biti predmet kolapsoterapiji. To pa iz enostavnega razloga, ker pri pomanjkanju vsake odpornosti niti ne moremo pričakovati, da bi organizem mogel izkoriščati možnost, ki mu jo daje kolaps bolnega tkiva; ne glede na to pa pri teh kazeoznih oblikah do kolapsa pogostoma sploh ne pride.

Tu se pa nahajamo že sredi onega poglavja, ki mora praktičnega zdravnika v prvi vrsti zanimati, v poglavju indikacij.

Vsem kolapsoterapevtičnim posegom je skupna ena glavna indikacija: pretežno enostranska, odprta kavernoza tuberkuloza pljuč pri ohranjeni odpornosti organizma.

Poleg vprašanja indikacije zanima praktičnega zdravnika vprašanje, v koliko je on sam zmožen sodelovati pri izvedbi terapije, potem vprašanje zdravljenja, ko se vrne bolnik po operaciji iz zdravilišča ali bolnice domov. Končno pa mora praktik vedeti, koliko obeta kolapsoterapija v splošnem. V tem oziru najdem še mnogo neupravičene skepse. Vendar pa bo od odločnosti, s katero domači zdravnik nasvetuje specielno terapijo, pogostoma odvisna odločitev bolnika in njegove okolice. Večkrat sem doživel, da je bilo odklonilno stališče domačega zdravnika krivo, da je bolnik odlašal s pravo terapijo, dokler ni bilo prepozno.

Na vsa ta vprašanja hočemo dati kratek odgovor za posamezne posege kolapsoterapije posebej.

Pneumothorax artificialis (Pn.).

Indikacije: diagnostični pneumotoraks, ki ima svoj pomen predvsem pri diagnozi malignih tumorjev pljuč. Neredko pa vidimo po začetem pn. tudi kaverno, ki je preje nismo mogli s sigurnostjo diagnosticirati. Seveda ne bomo dali pn. samo radi te indikacije.

Terapevtični pneumotoraks ne rabimo samo pri tuberkulozi, temveč sumpatja, žal s precej majhnim uspehom, tudi pri pljučnem abscesu, bronhektazijah in gangreni. Osebo sem proti pn. pri pljučnem abscesu.

Glavna indikacija za pn. pri pljučni tuberkulozi je ona, ki je skupna vsem kolapsoterapevtičnim posegom. V zadnjih letih pa se je ta najlepša indikacija razširila. Danes dajemo pn. tudi pri ne posebno dobri „boljši“ strani in celo obojestransko (pn. bilateralis). To dejstvo pa ne sme biti vzrok, da odlašamo z odločitvijo za pn. pri našem bolniku toliko časa, da je postal prvotno enostranski proces obojestranski. Pn. apliciramo z največjim upanjem na hiter in trajen uspeh kmalu potem, ko smo diagnosticirali odprto pljučno tuberkulozo. Skušnja mora pokazati, v katerih slučajih moramo dati pn., tudi če ne najdemo K. B. v izmečku.

Pneumotoraks pa ne sme postati sredstvo, ki ga nekritično in brez prave indikacije rabimo. Zato večinoma ni mogoče postaviti indikacije po prvem pregledu. Vedno bo priporočljivo opazovanje. Pri nas velja pravilo, da čakamo s pn. vsaj 8 do 10 dni, v katerih izvršimo vse potrebne preiskave in pridemo do končnega sklepa, ali je pn. res potreben in bo-li predvidoma uspešen.

Indikacijo za takojšnjo aplikacijo pn. tvori pljučna krvavitev, ako nam je znano, iz katere strani izvira kri. Odgovor na to zadnje vprašanje nikakor ni lahek, tem lepši je pa uspeh pn., ako se nam posreči s kolapsom krvavečega mesta v pljučih takoj, pogostoma med hemoptoo samo, ustaviti kri.

Tudi pri pleuritis exsudativa rabimo pn., ako vemo, da se za eksudatom skriva tuberkulozni pljučni proces, pa tudi zato, da preprečimo prevelike adhezije, v kolikor je to s pomočjo pn. mogoče.

Glavne kontraindikacije smo navedli. Da mora bolnik, ki mu hočemo dati pn., imeti dovolj zdravega pljučnega tkiva za dihanje, bi moralo biti samo po sebi umevno. Popolna izčrpanost po kaki tbc. intestini, visoka starost, inkompenzirana srčna napaka, to vse so dovolj jasno razumljive kontraindikacije vsake kolapsoterapije. Med nje ne spada niti diabetes, niti tbc. laryngis.

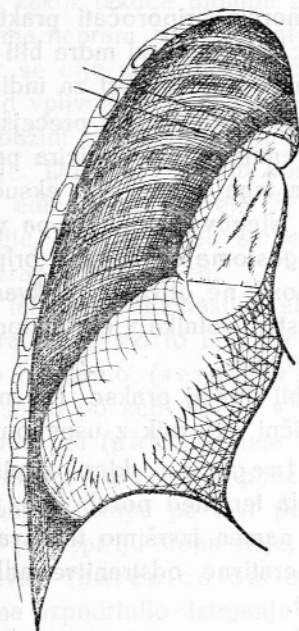
Pn. je najstarejša metoda kolapsoterapije, ki zasluži še danes z vso pravico prvo mesto med vsemi drugimi metodami. V plevralni prostor insulirani zrak naj povzroči kolaps bolnega dela pljuč. Ako se to posreči, ako nista namreč oba lista plevre popolnoma ali ravno nad bolnim delom pljuč zraščena, tedaj imamo selektivni pneumotoraks, ki predstavlja ideal vse kolapsoterapije. Bolni del in samo bolni del je stisnjen, zdravi del pljuč diha, vitalna kapaciteta bolnika skoraj ni prizadeta

in ko po primernem trajanju kolapsa — najmanje dve leti, seveda odvisno od popolnosti kolapsa, od obsega bolezni in od reakcije bolnika — pn. opuščamo, se pljuča zopet razvijajo in dihaajo, samo na mestu prejšnje bolezni najdemo brazgotino. Trajnih posledic v tem idealnem slučaju skoraj ni. (Glej slike 1 in 2).

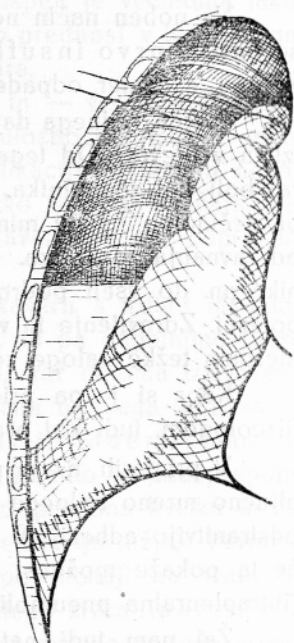
Žal pn. ni vedno tako idealen. Obsežnost procesa, obstoječe zarastline, pojav eksudata, ne nazadnje tudi nepravilna tehnika zdravnika so krive, da pn. ni selektiven, da je morda sploh nepopolen ali celó neučinkovit. Nepopoln in neučinkovit pn. potem nima nobenega smisla in ga moramo



SL. 1
PRED PNEU-OM



SL. 2
SELEKTIVNI PNEU



SL. 3
VISEČI EKSUDAT

čimpreje izpopolniti, ako nočemo doživeti popolnega fiaska na koncu dolgotrajnega zdravljenja. Popoln in učinkovit pa je kolaps šele tedaj, ko je bolno mesto kolabirano, kaverna zaprta in v izmečku ni več Kochovih bacilov.

Dober pneumotoraks ne omogoča samo klinično ozdravljenje kavernoznega procesa, prepreči predvsem tudi metastaze iz kaverne v dotedaj nedotaknjeno tkivo, prepreči pa tudi razsipanje bacilov v okolico in je radi tega izredne epidemiološke važnosti. Ker obenem vrača bolniku sposobnost za delo mnogo preje kot vsaka druga terapija, je tudi socialni pomen tega zdravljenja vreden vpoštevanja. Pozabiti samo ne smemo, da je tuberkuloza bolezen vsega organizma, radi česar bodo naši uspehi tudi pri pn. tem boljši, čim boljše razmere lahko nudimo organizmu za časa zdravljenja.

Tehnika pn. je razmeroma lahka, dasi nad njim lebdi nevarnost zračne embolije in empiema, kot najnevarnejših komplikacij, ki sprem-

ljajo potek pneumotoraksa. Ali naj praktični zdravnik sam daje pn. ali ne, to je odvisno kakor povsod v medicini od individualne sposobnosti in vestnosti zdravnika. Pn. ni zgolj injekcija zraka. Kdor noče doživeti bridkih razočaranj, ta naj se vsaj nekoliko mesecev praktično vežba v kakem specialnem zavodu za zdravljenje tuberkuloze, slično kakor ne bi n. pr. smel nihče prevzeti vodstvo patološkega poroda, ako ne razpolaga z dovolj izdatno prakso v porodništvu.

Poleg tega pa je neobhodni pogoj za vršitev pn.-terapije, da obvlada zdravnik tehniko rentgenske preiskave, po možnosti z lastnim aparatom.

Na noben način ne morem priporočati praktičnemu zdravniku, da bi se baval s prvo insuflacijo zraka, ki mora biti prepuščena specialnemu zavodu, s čemer odpade tudi odgovornost za indikacijo.

Tekom rednega dajanja zraka pride v precejšnjem številu primerov do izliva v plevro. Od tega trenutka se komplicira položaj za zdravnika skoraj bolj kot za bolnika. Za tega predstavlja eksudat sicer neprijetnost, ki pa večinoma kmalu mine. Njegova usoda je pa v večini slučajev odvisna od ravnanja zdravnika. Pogostoma se namreč pripeti, da zdravnik, ki tehnike pn. do vseh podrobnosti ne obvlada, pokvari pn. in s tem prognozo bolezni. Zdravljenje in vodstvo bolnika z eksudatom pri pn. spada med razmeroma težke naloge zdravnika.

Kdor si je pa pridobil dovolj prakse, bo, najboljše v stalni zvezi z ftizeologom, tudi kot praktični zdravnik z uspehom vršil pn.

V primerih nepopolnega pn., kjer ovirajo kolaps zarastline med pljučno mreno bolnega dela ter med porebrnico, je treba pn. izpopolniti z odstranitvijo adhezij. V ta namen izvršimo takozvano torakoskopijo in, če ta pokaže možnost operativne odstranitve adhezij, torakokavstiko (intrapleuralna pneumoliza).

Žal nam tudi natančna rentgenska preiskava ne dovoli sigurnega sklepa o številu in operabilnosti zarastlin. Zato ne moremo brez predhodne torakoskopije nikdar obljubiti bolniku, da mu bomo odstranili zarastline, ravnotako kakor ne smemo nikdar reči bolniku: „Dal ti bom pn.“, temveč samo: „Poskusil bom pn.“.

V dobri tretjini vseh slučajev nezadostnega pn. pokaže torakoskopija, da je odstranitev zarastlin nemogoča, tem lepši pa so uspehi te tehnično precej komplicirane operacije v ostalih dveh tretjinah. Indikacija za to operacijo kakor tudi njena izvršitev ležita v rokah ftizeologa. Praktični zdravnik pa mora vedeti za možnost, spremeniti nezadostni pn. v zadostnega, učinkovitega.

Oleothorax (Ol.) Ol. pride v poštev vedno samo v zvezi s pn., ki ga ni mogoče nadomestiti s stalnim kolapsom pod ol., kakor si je to prvotno predstavil oče te terapije Bernou.

Ta popolni ol. ali takozv. blokado z oljem so davno opustili. Tudi kot desinficirajoče sredstvo rabimo ol. le redko pri nekaterih specifičnih empi-

emih, pri čemer smo sempatja v resnici mogli videti, da se je gosti gnoj polagoma spreminjal v serozno tekočino.

Glavno indikacijo za ol. vidimo danes v takozv. antisimfizernem ol. Kakor smo že omenili, je ena glavnih nevšečnosti eksudata pri pn., da izločuje fibrin, ki dovede do zalepljenja plevralnih listov in s tem pokvari pn. To zaraščanje se pogostoma vrši od spodaj navzgor. (Glej sl. 3). V takih slučajih lahko v danem trenutku vbrizgamo olje (5 % jodipin ali paraffin. liqu. s 5 % ol. gomenoli) v primerni količini (največ 200 do 250 gr) in s tem preprečimo zlepljenje plevre v obsegu procesa. Kolaps se na ta način ohrani. Olje vpliva kakor tekoča plomba in uspeh je večinoma jako dober in trajen. Tak ol. ima napram pn. celó gotovo prednost v tem, da ga ni treba dopolnjevati, ker se olje skoraj ne rezorbira.

Sempatja plevra pod vplivom olja degenerira in — verjetno posebno lahko, ako se nahaja v bližini subplevralno tuberkulozno ognjišče — perforira. Bolnik izkašlja olje. Dosedaj smo to komplikacijo opazovali nekočlikokrat, z izjemo enega edinega tudi preje že jako težkega slučaja, pa vedno brez hudih posledic, kvečjemu da se je kaverna zopet odprla in zahtevala drugi kolapsoterapevtični poseg.

V gotovih slučajih labilnosti mediastina ali kavern s trdimi stenami hočemo eksudat provocirati. Storimo to lahko z ol. ali pa napolnimo plevralno votlino z fiziološko raztopino (serothorax), kar deloma izziva eksudacijo, deloma pa že samo po sebi vpliva v smislu boljšega kolapsa.

Operacije n. phrenici (phr.) Že leta 1911 je Stuertz opozoril na možnost kolapsa zlasti spodnjih delov pljuč z umetno parezo preponskega živca. Saj je znano, da stopa po taki parezi prepona kvišku in se giblje v obratnem smislu (v inspiriju stopa višje, v ekspiriju nižje). Prvotno enostavno prerezanje živca (phrenicotomia) po inciziji na vratu je pozneje skoraj popolnoma izpodrinilo iztrganje celega živca (phrenico-exairesis). Šele v novejšem času smo to dokaj surovo metodo zopet opustili in se vrnili k začasni parezi živca, ki jo najlažje in vendar dovolj sigurno dosežemo z alkoholno blokado živca, ki jo na Golniku danes skoraj izključno vršimo.

Vse te operacije preponskega živca (phr.) lahko izvršimo kot samostojne posege ali pa v zvezi z drugimi metodami kolapsoterapije.

Indikacije za samostojno phr. nam dajejo kavernozi procesi v spodnjih in srednjih delih pljuč. V takih slučajih dajemo tej operaciji celó prednost pred pn., ker vidimo često trajne uspehe po tej razmeroma preprosti, enkratni in vedno nenevarni operaciji, ki bi jih morali drugače precej drago plačati z dvo — ali večletnim pn. Ako pa phr. nima uspeha niti po 2 do 3 mesecih, tedaj pridružimo phr. še pn.

Drugače pri slučajih neučinkovitega pn., kjer nam tudi Jakobäusova operacija ne pomaga. Tu izvršimo phr. kot dodatno operacijo k pn. Sempatja moramo izvršiti phr. tudi v slučajih, kjer se pljuča po končanem pn. ne razvijejo popolnoma.

Indiciran pa je phr. tudi v vseh slučajah, v katerih pn. ni izvedljiv in to brez ozira na lego procesa. Tu phr. tem lažje priporočamo, ker z blokado živca ne povzročamo trajnega ohromenja prepone in s tem trajne izgube dela vitalne kapacitete. Sempatja pa le vidimo, da nam prihrani phr. izvedbo težje operacije.

Pri pljučnem abscesu danes vedno napravimo phr., ako nas druga, predvsem injekcijska terapija (salvarsan, emetin in sl.) ne dovede do uspeha.

Plomba. Prav razumljivo je stremljenje ftizeologov in kirurgov, da bi našli metodo kolapsa pljuč s pomočjo plombe, ki bi ekstraplevralno vložena zajamčila trajen uspeh. Vprašanje pa do danes ni povsem zadovoljivo rešeno. Zlasti dela težave material za plombo, ki ne sme vplivati kot tuje telo in se ne sme rezorbirati. Priporočali so v ta namen mast, muskulaturo, vosek, parafin itd. Danes se rabi skoraj izključno parafinska plomba.

Indikacijo za plombo tvorijo samo razmeroma male, večinoma apikalno ležeče kaverne. Njene nevarnosti so precejšnje. Plomba lahko drsi dol v nižje dele toraksa, perforira lahko v pljuča, sempatja tudi skozi steno koša, ležišče plombe se potem zagnoji, nastanejo trajne bronhialne fistule itd. Vkljub vsemu temu pa poznam nekaj bolnikov, ki imajo od svoje plombe trajno korist.

Thoracoplastica. Ako z nobeno dosedaj navedenih metod kolapsoterapije, po možnosti skupaj s klimatičnim, dietetičnim in drugim zdravljenjem, nismo prišli do cilja, potem ne kaže čakati, da se proces širi na drugo stran ali da bolnik hira in slabi, temveč se bomo morali — čim preje tem bolje — odločiti za najtežji med posegi kolapsoterapije, za plastično operacijo. Razume se, da bomo v takih slučajah s svojo indikacijo še strožji, kajti opraviti imamo s posegom, ki ustvarja ireverzible spremembe v organizmu. Iz stene koša, ki s svojo trdoto onemogoča retrakcijo in s tem zaraščanje bolnih pljuč, odstranimo primerno število (parcialna) ali vsa rebra (totalna plastika).

Ta operacija, ki je spadala še pred nekoliko leti med najnevarnejše posege v kirurgiji sploh, je danes tehnično tako izpopolnjena, da jo svojim bolnikom lahko mirne vesti priporočamo brez — pri pravilni indikaciji — prevelikega rizika. Posebno delna plastika samo onih reber, ki ležijo v območju tuberkuloznega procesa skupaj z apikolizo, je postala razmeroma enostavna operacija, ki tudi kozmetično ne zapušča slabih posledic. Samo ob sebi pa je umevno, da si bo primerno tehnično popolnost pridobil samo kirurg, ki to operacijo večkrat izvrši, radi česar je priporočljivo, da se v vsakem večjem središču bavi s to operacijo v glavnem samo en kirurg.

Indikacija za plastične operacije prsnega koša mora prav posebno vestno vpoštevati stanje vsega organizma, predvsem tudi srca in krvotoka.

HEPAMULT

Z ŽELODČNO SLUZNICO PREBAVLJENA JETRA MAKSIMALNEGA IN ROBORANTNEGA DELOVANJA

Dnevna doza:

10 g granula — brez okusa po organu
— odgovarja 250—300 g svežih jeter

ENZYPAN

VSI FERMENTI, KI DELUJEJO V GASTROINTESTINALNEM TRAKTU IN ŽOLČ PRI DISPEPSIJI, METEORIZMU, AFEKCIJI ŽOLČNEGA MEHURJA, INSUFICIENCI PANKREASA

NORMACOL

PRI ATONIČNI IN SPASTIČNI OPSTIPACIJI, PREDVSEM ZA PREPREČENJE OPSTIPACIJE ZA ČASA BOLEZNI

REMEDIA

KEMIJSKO FARMACEUTSKA PRODUKCIJA ZAGREB

POŠTNI PREDAL ŠTEV. 350

ZAGREB, TRG KRALJA PETRA 9

Jugoslavensko SIEMENS D.D., Odelenje za medicinsko tehniko

Kralja Aleksandra 8

BEOGRAD

Kralja Aleksandra 8

Zastopstvo za Slovenijo:
Ljubljana, Tyrševa 1a, Telefon
2102 (Wellej) in Ljubljana,
Trubarjeva 2, T. 2891 (Roblek)

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

ROBOR M. i K.

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

SKALIN M. i K.

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

REAL M. i K.

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

CAMPHOSOL M. i K. injekcije

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

CAMPHOSOL M. i K. draže

sulfonirani preparat naravne japonske kafe v subst. Orig. zavitki: škatlja z 20 dražejami a 0.10.

HIDROGEN M. i K. tablete

Hydrogenium hyperoxidatum v močnem stanju vsebuje 35% $H_2 O_2$. Pakirano v cevkah po 10 in 20 tablet a 1 gr.

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

ZDRAVILIŠČE IN KOPALIŠČE



SLATINA RADENCI

Kraljevski dvorski dobavitelj

najmočnejše prirodne oglj.-kisle (CO_2) kopelji v Jugoslaviji. Izredni uspehi pri zdravljenju bolezni srca, ledvic, želodca, jeter, protina, kamnov in notranjih žlez

Sezona se prične s 1. majem

Radenske prirodne mineralne vode

Zdravilna,
Kraljeva,
Gizela,

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

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

Prospekti, brošure gratis!

Poleg tega pa nastaja v teh slučajih posebno kategorično vprašanje, ali je poseg v resnici neobhodno potreben.

Kombinacija kolapsoterapevtičnih metod. Kombinacijo in dopolnitev pneumotoraksa z drugimi posegi smo že omenili. Žal nas pa postavlja razmeroma pozna diagnoza jetike v stadiju bilateralizacije procesa pogostoma pred še mnogo težje naloge. Pneumotoraks na obeh straneh, pneumotoraks na eni, operacija frenika ali celó plastika ali vsaj plomba na drugi strani so kombinacije, ki so danes precej vsakdanje. Za nje seveda še prav posebno velja, kar smo preje povedali o skrbni izbiri bolnika in trenutka posega, ravnotako o potrebi splošnega zdravljenja in oskrbe v zdravilišču ali vsaj v bolnici.

Na uspehe kolapsoterapije bo seveda v prvi vrsti vplivalo stanje bolnika in bolezni pred začetkom zdravljenja, potem doslednost, s katero se zdravljenje vrši. Kdor n. pr. svoj pneumotoraks opusti po preteku enega leta, bo moral z veliko verjetnostjo računati z recidivo. Ne nazadnje pa so naši uspehi tudi odvisni od okoliščin, v katerih se terapija vrši. Zato je brez nadaljnega razumljivo, da bodo številke, ki jih navajajo razni avtorji, precej različne. Zdravilišča v Davosu n. pr., ki so navajena svoje bolnike obdržati v oskrbi 2 do 3 leta, bodo lahko imela čisto drugo statistiko, kakor ljudsko zdravilišče, ki sme obdržati bolnika samo minimalno dobo ali pa dispanzer, ki mora bolnika siromaka pod najnepovoljnejšimi prilikami zdraviti samo ambulantno. Na srednjem materialu smemo pričakovati od pneumotoraksa približno 40 do 50 % trajnih uspehov. Druge metode za tem nekoliko zaostajajo. Izven dvoma pa je, da bi se dali uspehi znatno povečati, če bi mogli s smotreno kolapsoterapijo začeti v razmeroma ranem stadiju obolenja, torej n. pr. pri ranem infiltratu ali rani kaverni, in če bi jo mogli potem dovolj dosledno vršiti do kraja. Da uspehi tudi potem ne bi bili sto-odstotni, zato že skrbi narava bolezni sama in konstitucionalna manjvrednost enega dela naših bolnikov.

Še enkrat pa bodi povedano, da kolapsoterapija ne izčrpa svojih uspehov z zdravljenjem in ozdravljenjem posameznega bolnika, temveč da ima tudi ogromen epidemiološki in socialni pomen. Zato je dolžnost praktičnega zdravnika, da pozna vse možnosti te veje medicine, tudi če je ne more sam praktično izvajati.

Zusammenfassung

Überblick über die hauptsächlichen Gesichtspunkte, die den praktischen Arzt in Bezug auf die Kollapstherapie der Lungentuberkulose interessieren können. Indikationen, Komplikationen und Erfolge werden bei den einzelnen Eingriffen kurz besprochen.

Borba zoper kostno in izvenpljučno tuberkulozo v Dravski banovini

Na prvem kongresu jugoslovanskega ortoped. društva v letu 1932 v Zagrebu je bilo sklenjeno posvetiti večjo pažnjo borbi zoper kostno in vnanjo tuberkulozo v naši državi. Takrat se je poslalo ministerstvu socialne politike in narodnega zdravja v Beogradu resolucijo s predlogom, naj se osnujejo na ortoped. oddelkih posameznih bolnic sekcije in dispanzerji za te oblike tuberkuloze.

Borba zoper kostno in pljučno tuberkulozo ima približno iste smer-nice. Borba zoper kostno tuberkulozo je pač izredno važna z ozirom na posledice, ki jih zapušača tuberkuloza lokomotoričnega ustroja. Vsaka koš-čica človeškega skeleta in vsak sklep je zelo važen del v komplicirani zgradbi človeškega telesa. Destrukcija posameznih kosti, odnosno sklepov in s tem povzročene kontrakture, ter ankiloze v neugodnem in nepravilnem položaju predstavljajo resno socialno napako. Oseba, ki je po medicinskih načelih ozdravljena tbc. procesa, je v praktičnem življenju trajno pohabljena. V teh usodnih posledicah tiči „raison“ in nujna potreba strokovnega zdravljenja kostne tuberkuloze.

Iz zgodovine omenjam, da je borba zoper izvenpljučno tuberkulozo daleko starejšega porekla, kakor pa zdravljenje pljučne tuberkuloze, ki se je uveljavilo šele ob koncu prošlega stoletja. Richard Russel, ki je živel v prvi polovici XVIII. stoletja, je duševni oče borbe zoper to formo tuberkuloze, ker je prvi spoznal važnost zdravljenja limfatične dece na morju. Angleška zdravnik Letson in Lethar sta praktično izvedla njegovo idejo s tem, da sta ustanovila v letu 1796 prvo morsko zdravilišče za skrofulozne otroke na Angleški obali v Margate. Važnost specialističnega zdravljenja kostne in izvenpljučne tuberkuloze se je od tega časa uveljavila v vseh evropskih državah. V letu 1841 je bilo osnovano slično zdravilišče v Italiji (Viareggio) in kmalu nato še 20 drugih zdravilišč na morski obali zgoraj omenjene države. Francija je ustanovila slično zdravilišče v letu 1847 (Cette), Nemčija 1876 (Nordeney), Avstrija v letu 1873 (Grado), Belgija v letu 1885 (Middelkerke), Danska v letu 1847 (Refnaes), Norveška pa v letu 1889 (Friedriksvaeren). To so prvi začetki borbe zoper izvenpljučno tuberkulozo v prošlem stoletju.

Učinkovitejša borba zoper njo se pričinja šele v našem stoletju. Z zadovoljstvom moramo ugotoviti, da je borba zoper izvenpljučno tuberkulozo v nekaterih državah idealno rešena.

V letu 1900 je Armaingaud preračunal na podlagi statističnih podatkov, da rabi Francija približno 12.000 postelj za bolnike s kostno in vnanjo tuberkulozo. Strokovno glasilo društva „Comité national de défense contre la tuberculose“ v letu 1936 izkazuje, da je bilo to število doseženo.

Francija je imela v tem letu 54 bolnišnic in sličnih ustanov namenjenih za zdravljenje kostne tuberkuloze s celokupnim številom postelj 12.360. Sam Paris razpolaga s 6000 posteljami na morski obali (Berck) in poleg tega s 600 posteljami v gorskih sanatorijih za bolnike z mešano tuberkulozo, t. j. vnanjo in pljučno (Hendaye v Pirenejih). Francija šteje približno 42 milijonov prebivalcev in po procentualnem indeksu bi prišla 1 postelja na 35.000 prebivalcev. Ravno tako ugodno razmerje je v Danski, ki ima 3,5 milijona prebivalcev in razpolaga s 1000 posteljami za bolnike s kostno tuberkulozo. Slično razmerje opazamo v Norveški. Avstrija šteje okrog 7 milijonov prebivalcev in razpolaga s približno 2749 posteljami (Erlacher) za izvenpljučno tuberkulozo. Tudi Italija in Švica sta v tem oziru idealno preskrbljeni. Nemčija ima samo 49 specialnih zavodov in večje število mešanih ter sezonskih ležišč za izvenpljučno tuberkulozo. Sklepajoč iz novejšega poročila (Stich), razmerje ni idealno, ker bi rabila najmanj 8000 postelj. (Za ostalo tuberkulozo ja pač relativno dobro preskrbljeno, ker odpade na 66 milijonov prebivalcev okrog 70.000 postelj!) V Ameriki je v tem oziru boljše, ker je za kostno tuberkulozo boljše preskrbljeno kot v evropskih državah. Belgija ima 650 postelj, večinoma v morskih sanatorijih (Delchef), procentualno torej 1 postelja na 7700 prebivalcev. Čehoslovaška razpolaga z 1200 posteljami (Havranek), torej 1 postelja na 12.080 prebivalcev. (Čehoslovaška ima 8 specialnih sanatorijev za kostno tuberkulozo in 3 sanatorije za mešane oblike, večinoma v srednjih višinah.) Poljska je za borbo zoper kostno tuberkulozo zelo slabo opremljena, ker ima zaenkrat samo 360 postelj za kostno tuberkulozo (Lapinski); procentualno pride torej 1 postelja na 77.000 prebivalcev. Sovjetska Rusija ima približno 5200 postelj za zdravljenje kostne in izvenpljučne tuberkuloze in veliko število sezonskih ležišč na obali Črnega morja (Tregubov); procentualno torej približno 1 postelja na 20.000 prebivalcev.

Kakšno pa je razmerje pri nas v Jugoslaviji? Za enkrat ima naša država eno zdravilišče na morski obali s 120 posteljami (Kraljevica), dalje postelje na ortoped. oddelku v Beogradu, Zagrebu, Ljubljani in Osjeku. Razmerje je torej zelo neugodno, ker pride 1 postelja na 140.000 prebivalcev. Pod temi pogoji je seveda uspešna borba zoper kostno in izvenpljučno tuberkulozo nemogoča.

Ni dvoma, da je kostna in vnanja tuberkuloza v naši državi zelo razširjena. Statistične številke nam manjkajo radi tega, ker nimamo do sedaj strokovnih zavodov za to obliko tuberkuloze, v katerih bi te bolezni koncentrirali in bi vodili o njih točno evidenco. Če pa pomislimo, da je Stich dobil v socialno idealni Nemčiji izmed 10.000 otrok približno 6 bolnih za kostno tuberkulozo in izmed 10.000 odraslih oseb dve s kostno tuberkulozo, moremo sklepati, da je pri naših neugodnih socialnih prilikah za gotovo vsaj isto procentualno število, če ne še večje. Razmer v drugih banovinah ne poznam, toda dobro so mi znane številke kostne in vnanje tuberkuloze v ljubljanski bolnici, odnosno v Dravski banovini.

V svrhu organizacije borbe in pravilnega razumevanja pomena te skupine bolezni, smatram za potrebno navesti potrebne statistične številke, ki sem jih dobil od raznih bolnišnic Dravske banovine in ki sem jih osebno sestavil iz protokolov v obči drž. bolnici.

Statistika

osteartikularne tuberkuloze, zdravljene v obči državni bolnici v Ljubljani od 1914—1931

na oddelku	Tbc. ossis	Tbc. articulationis	Lymphadenitis tbc.	Druge razne forme vnanje tbc.
kirurški od 1914—1923 10 let	Spondylitis 1240	Coxitis 765	Lymphoma 888	284
	Caries ossis 841	Arthritis 2513	Tbc. cutis abs. frig. 411	— —
ortopedskem od 1924—1931 8 let	ostitis 538	— —	— —	— —
	Skupaj 2619	3278	1299	284

Število diagnoz izvenpljučne in kostne tuberkuloze, vpisanih v protokolu oddelkov kirurške stroke ljubljanske bolnice v 18 letih znaša 7480 bolnikov.

Statistika

osteartikularne tuberkuloze, zdravljene v banovinskih in zasebnih bolnišnicah Dravske banovine od 1931—1935

Sedež bolnišnice	Tbc. ossis	Tbc. articulationis	Lymphadenitis tbc.	Opomba	Skupaj
				v letih	
Maribor	30	107	36	1931—1934/41	173
Celje	41	70	40	1931—1935/5	151
Ptuj	48	97	61	1930—1934/5	206
Brežice	14	34	51	1931—1935/5	89
Kandija	13	10	21	1931—1935/5	44
Novo mesto	40	61	42	1931—1935/5	143
Golnik	—	—	—	1931—1934/4	32
Trbovlje	—	—	—	1931—1935/5	22

V vseh banovinskih in zasebnih bolnicah se je zdravilo s kostno in izvenpljučno tuberkulozo v 4 do 5 letih

860
bolnikov

Iz številk konstatiramo, da se je zdravilo v ljubljanski bolnici na kirurškem oddelku od 1914 do 1923 ter na ortopedskem oddelku od leta 1924 do 1931 t. j. v 18 letih 7.480 pacientov s kostno in vnanjo tuberkulozo v

obsegu lokomotoričnega sistema in v ostalih banovinskih bolnicah v razdobju 5 let 860 pacientov.

Na osnovi statističnih podatkov obč. drž. bolnice v Ljubljani in večjega števila drugih bolnic v Dravski banovini moramo računati s 600—700 pacientov z vnanjo in kostno tuberkulozo v področju banovine. To bi odgovarjalo „Stichovim“ procentualnim številkam v Nemčiji. Moramo torej računati z dejstvom, da je treba zdraviti približno 450 dece od 1—15 leta s to boleznijo ter 300 odraslih. Takega števila pacientov ne moremo namestiti niti v našem majhnem morskem zdravilišču v Kraljevi, niti v bolnicah, odnosno na ortopedskem oddelku.

Naša država ne more nuditi brezplačnega zdravljenja tuberkuloznim bolnikom v dobi 1—6 let, kakor jo nudi francoska država, vsled česar je potrebno poiskati primerna sredstva, ki bi skrajšala čas zdravljenja in po možnosti preprečila kvarne posledice kostne tuberkuloze.

V ta namen je potrebno določiti zasilne smernice, ki so sledeče:

1. preskrbeti 50 postelj za kostno in vnanjo tuberkulozo na ortopedskem oddelku obč. državne bolnice v Ljubljani;
2. ustanoviti sličen oddelek v banovinski bolnici v Mariboru;
3. ustanoviti potreben fond, iz katerega bi se nabavljali nujni ortopedski aparati za revne paciente;
4. osnovati začasno sezonska okrevališča v gorskih in gozdnih krajih, ker je naprava modernega sanatorija iz finančnih razlogov neizvedljiva;
5. odrediti obligatorno hospitaliziranje zdravnikov na ortopedskih oddelkih radi pravilnega presojevanja indikacij in načina zdravljenja kostne tuberkuloze;
6. prirejevati popularna predavanja s projekcijami slik in navodili za organizacijo borbe zoper to bolezen.

Po tem kratkem teoretičnem uvodu, ki ga smatram za realizacijo uspešne borbe zoper osteoartikularne in vnanje oblike tuberkuloze zelo važnega, prehajam k razlaganju bistva, klinične patologije in terapije.

Radi boljšega razumevanja sem razporedil te bolezni v več skupin, izmed katerih ima vsaka posebno indikacijo.

V prvo skupino spadajo tuberkulozna obolenja limfatičnega sistema v obliki tuberkulozne limfadenitide. Najpogostejše obolio limfatične žleze v obsegu vratu, pazduhe in dimelj. Po Garre, Poisson, Berutti-ju in drugih lahko računamo z limfadenitido na vratu v 80—90 %. Na druge lokalizacije (lymphoglandulae axillares, cubitales et inguinales) pride približno samo 20 %. Bolezen zadene večinoma deco po infekcijski bolezni, posebno tisto, ki živi v vlažnih stanovanjih in slabih socialnih razmerah. Diagnoza obolenja žlez ne povzroča nobenih težav. Terapija se vrši delno lokalno, delno konstitucionalno. Lokalna terapija se omejuje na punkcije zgnojenih žlez in injiciranje raznih kemičnih sredstev (jodoform-glicerina, solutio Chlumsky, kastro-naftolova raztopina). Konstitucionalno zdravljenje se omejuje na arsenove in jodove kure, vigantol i. t. d. Za obsevanje žlez

pridejo v poštev X in ultravioletni žarki. Z Röntgenovimi žarki se doseže ozdravljenje v 90 % (Kienböck, Altschul, Freund). Pri supuriranih limfomih se priporočajo kratke incizije, na spodnjem polu, ter tamponada z jodoformovo odnosno iatrenovo gazo, ki ostane v rani približno 8 dni. Radikalna ekstirpacija limfomov pride redkokdaj v poštev, večinoma za žleze v pazduhi. Radikalne operacije na vratu niso priporočljive, ker zapuščajo neestetične in keloidne brazgotine in recidivirajo (Tichy navaja 75 % recidivov, Kocher 38 %). Bolezen se ozdravi običajno že v prvem stadiju, so pa slučaji, ki trajajo 1—2 leti in celo slučaji s kroničnim in recidivirajočim potekom.

V drugo skupino štejemo tuberkulozo tkiva t. j. mišic, kit, kitnic in sluzastih vrečic. Obolenje nastopi vsled hematogene embolije, odnosno vsled propagacije Kochovega bacila „per continuitatem“. Virchow je še v letu 1863 negiral tbc. mišic. Iz opazovanj Genzener, Marchand, Lenker, Habermaas, Lanz, de Quervain in drugih ni dvoma, da obstoji ta oblika, dasi je relativno redka. (Clairmont trdi, da je znano približno samo 50 slučajev). Pojavlja se v obliki tbc. vozlov odnosno točno lokaliziranih abscesov, večinoma v trebušnih mišicah (musc. abdom. transversus) in v stegenskih mišicah (musc. quadriceps).

Diagnoza tbc. musculi je težka in se redkokdaj ugotovi, ker prihaja mnogo sličnih novotvorb diferencialno diagnostično v poštev. Prvi jo je opisal Lélars (1896). Tbc. tendinis je izjemna afekcija, ker je večinoma prizadeta samo njena kitnica (tendovaginitis tbc). Vnetje sluzastih vrečic je na dnevnem redu (bursitis praelaryngea, subdeltoidea, trochanterica, sacralis, subserrata, subachillea, poplitea, olecrani, praepatellaris). Omenjene afekcije povzročajo redkokdaj reakcijo vsega organizma. Prognoza je relativno ugodna. Zdravljenje je v večini slučajev operativno, ker konservativna terapija pomeni izgubo časa in je nezanesljiva. Obsevanje z ultravioletnimi žarki je pač priporočljivo kot naknadno zdravljenje, da preprečimo recidive, ki niso redki. Mrzle abscese običajno punktiramo (Calot). Je pa cela vrsta strokovnjakov, ki absces radikalno odprejo, piogenetično membrano odstranijo in rano primarno šivajo. Zanimivo je omeniti, da se tako operirani abscesi relativno hitro ozdravijo (Jeruzalem). Radikalno operirane tbc. bursitide in tendovaginitide ozdravijo približno v 14 dneh (Clairmont), če so pa inficirane in s fistulami, zahtevajo tudi večletno zdravljenje. Operativno zdravljenje priporoča posebno Garré, ker ni opazil z rlg. terapijo nikakih posebnih rezultatov. Iselin navaja 46 % ozdravljenja z uporabo X žarkov.

V tretjo skupino štejemo tbc. afekcije dolgih kosti (ostitis tbc. humeri, claviculae, costae, ulnae, tibiae, fibulae, femoris), in kratkih kosti (ostitis tbc. sterni, scapulae, ossis frontalis, parietalis, temporalis, maxillaris, zygomatici, ilei, ischii, pubis, ossium metacarpalium et metatarsalium, calcanei et tali.) Tudi pri teh afekcijah je prognoza relativno dobra, ker je mortaliteta minimalna (ca 1 %). Zdravljenje je brezpogojno operativno, ker skrajša trajanje

bolezni in prepreči prehod infekcije v sosedne sklepe, posebno če je proces lokaliziran paraartikularno.

Operativen poseg obstoji v trepanaciji in ekskohleaciji obolelega mesta. Razni operaterji desinficirajo trepanirano votlino z raznimi kemičnimi procedurami (izpiranje z jodovo tinkturo ter fiziološko odnosno hipertonično NaCl, izžiganje z vročim oljem, plombiranje z Mosetigovo plombo). Po desinfekciji se votlina tamponira z jodoformovo, odnosno iatrenovo gazo. Rana se ponavadi vsaj delno šiva in tamponada ostane v rani 8 dni. Pri obolenju talusa je radikalna ekstirpacija (astragalectomia) edino zanesljivo terapevtično sredstvo. Pri ostilitidah kratkih kosti na rokah in nogah, je najbolje prizadeto kost v celoti ekstirpirati. Pri „spina ventosa“ je še vedno na glasu klasična ignipunkcija. Tudi za ostitide na rebrih velja „resectio costae“ kot najboljša metoda.

V to skupino spadajo tudi obolenja vretenc v obliki tuberkulozne spondilitide, ki znašajo 28 % tuberkuloznih obolenj lokomotoričnega aparata. Najpogostejše obolijo lumbalna vretenca (spondylitis lumbalis 54 %) nato torakalna vretenca (spondylitis dorsalis 43 %), medtem ko je obolenje cervikalnih vretenc zelo redko (spondylitis cervicalis 3 %). Kochov bacil se naseli v „corpus vertebrae“. (Obolenje dorzalnih trnjev je samo dvakrat opisano). Diagnoza v inicialnem stadiju povzroča težave, ker ne kaže hrbtenica nobene deformacije in se tudi na rentgenu ne opaža nobene patološke spremembe. Clairmont trdi, da se diagnoza v 50 odstotkih ne ugotovi. Prvi stadij „alergične hipersensibilitete“ traja cirka 8 mesecev. Kostno tkivo razpade šele v drugem stadiju (stadium destructionis). Hrbtenica se deformira in vretence prominira v obliki gibusa. Ob robu destruiranega vretenca se nabere absces, ki se neredko predre v hrbtenični kanal, povzročajoč težke komplikacije centralnega živčnega sistema (myelitis compressiva, paresis spastica). Za bolnika je ugodnejše, če gnoj poišče drugo pot in steče po fascijah dolgih hrbteničnih mišic navzdol (abscessus frigidus trigoni Petiti, abscessus psomaticus inguinis).

Terapevtično je indicirana imobilizacija hrbtenice (mavčeva postelja, Glissonova zanjka, steznik iz sadre po Calotu ali Horsley-u). Rollier v Leysinu in Biesalski v Berlinu zdravita z ležanjem na trebuhu na prostem. V 15 do 16 mesecih trajanja bolezni je destruktiven stadij končan ter organizem imuniziran. Defekt kalcificira, hrbtenica je z večjo ali manjšo deformacijo ozdravljena. Pacient se redi, v sadrenem odnosno usnjenem stezniku lahko hodi in opravlja reden dnevni poklic ter nima bolečin. Spondylitis je v splošnem težka in dolgotrajna bolezen, ki onemogoča pacienta v lokomociji in ga ovira v njegovem socialnem poklicu za dobo 1–6 let ter zapušča težke socialne in estetične posledice. Mortaliteta je relativno visoka in znaša približno 50 % (Clairmont).

Z ozirom na ta dejstva se poizkuša skrajšati dobo zdravljenja z osteosintetičnimi operacijami (Albee—Henlè).

Te operacije se izvajajo na razne načine, vendar načelo vseh operacij temelji v tehniki, da se zveže približno 6 sosednih trnov v enoto s pomočjo koščenega implantata iz tibije. Drugi posegi n. pr. „Costotransversectomia“ (Heidenhain—Ménard) pridejo samo izjemoma v poštev.

V zvezi s to skupino je treba omeniti, da je izolirana tuberkuloza križa in trtice redka, ker je običajno kombinirana s tuberkuloznim obolenjem okolice (synchondrosis sacroiliaca, os ilei). Poznati jo je treba zato, ker so bolečinam v križu pri bolnikih s splošno tuberkulozo in kroničnim ischiasom lahko vzrok obolenja križnih kosti.

Najobširnejšo skupino zavzema artikularna ter para- in juksta-artikularna tuberkuloza. Obolenje je monoartikularno, traja od $1\frac{1}{2}$ —3 in tudi več let. Tudi pri afekcijah sklepov opazamo tri klasične stadije, ki karakterizirajo različne klinične tipe tega obolenja. Prvi stadij je sličen običajnemu revmatizmu z eksudatom (arthritis exudativa, hydrops, synovitis, coxitis acuta itd). Znatno število slučajev ozdravi v tem stadiju brez resnih posledic za bolnika. Večinoma pa se bolezen ne vstavi, temveč napreduje v destruktivni stadij (arthritis destructiva genu, art. talo-cruralis, cubiti, coxae itd.). Ta stadij so označevali z imenom „tumor albus“. Destruktivni proces povzroča razpad hrustanca in kostnega tkiva in zapušča pri tem ankilozo sklepa v ugodnem ali patološkem položaju. So pač tudi obolenja, ki potekajo zelo kronično in pri katerih ne pride do ankiloze, temveč do periartikularne proliferacije kapsularnega tkiva. Te oblike večkrat eksacerbirajo in trajajo po več let, ne da bi ankilozirale. Prizadeti ud stoji v subluksaciji in patološki kontrakturi.

Omeniti je treba, da so nekateri sklepi za Kochov bacil bolj občutljivi tako, da so pogostejše izpostavljeni infekciji. Clairmont jih uvršča tako-le: 1. gonitis, 2. coxitis, 3. arthritis tbc. cubiti, 4. arthritis tbc. talocrur., 5. omarthritis, 6. tbc. carpi.

Če bolezen ne ozdravi v prvem stadiju, zapušča zelo težke posledice v kolku. Nastopi popolna destrukcija, diafiza femurja luksira navzgor in povzroča skrajšanje spodnje okončine v lahkih slučajih za 2—6 cm, v težkih primerih celo za 12 cm. Koleno ankilozira v neugodnem položaju. Obolenje komolca in gležnja povzroča fistule in propagacijo infekcijskega virusa v epifizerno odnosno diafizerno tkivo. Tuberkulozno vnetje zapestnega in ramnega sklepa poteka večinoma v suhi obliki (arthritis sicca).

Diagnoza artikularnih obolenj povzroča težave samo v začetnem stadiju, pač pa imamo dovolj kliničnih in bioloških metod, ki jo omogočajo. Röntgen nas pusti v začetnem stadiju na cedilu, je pa zelo koristen v kasnejšem stadiju, dasi ne radi diagnoze, temveč radi pravilne terapevtične indikacije. Pri kronično proliferativnih oblikah artikularne tuberkuloze je treba diferencialno diagnostično upoštevati razna nespecifična obolenja (osteochondritis deformans coxae juvenilis, arthritis senilis coxae, arthritis tabetica, osteochondritis dissecans).

Zdravljenje tbc. obolenja sklepov v eksudativnem stadiju je zelo enostavno in se omejuje na punkcije, fiksne obveze, ekstenzije in splošno medikamentozno terapijo. Glavni namen terapije je, preprečiti deformacije in patološke kontraktуре. Z obžalovanjem moramo konstatirati, da se v tem oziru mnogo greši. Zdravniki poskušajo razne nezanesljive terapevtske metode brez najmanjšega uspeha toliko časa, dokler ne uvidijo napake in ne napolijo pacienta v strokovno zdravljenje. Tendencia, ozdraviti tuberkulozno oboleli sklep z normalno gibljivostjo je hvalevredna ter idealna. Destruktivna narava tuberkuloze pa brezpogojno zahteva, da sklep ankilozira in to nastopi prej ali slej brez našega prizadevanja. Ankiloza je prvi pogoj ozdravljenja (Lorenz).

V destruktivni periodi prihajajo terapevtsko v poštev resekcije sklepa (Albert, König, Helferich, Textor) in para- odnosno intraartikularne artrodeze (Albee, Hibbs, Putti, Wittek, Hass, Schmith-Petersen, Mathieu). Resekcije sklepa vršimo pri odraslih pacientih od 15.—50. leta z zelo dobrim uspehom. (König navaja 66,4 %, Garre 58 % ozdravljenja; naše število ozdravljanja po resekcijah odgovarja prejšnjim številkam). Pri deci ne resciramo, ker povzroča resekcija resne okvare osifikacije in rasti. Če smo primorani, da sežemo pri deci k operaciji, izvršimo artrodezo (arthrodèse juxta-articulaire type Mathieu-Wilmoth, arthrodèse mixte type Sorrel-Delahaye). Pri pacientih nad 50 let nimajo zgoraj omenjeni radikalni posegi zadovoljivega rezultata, vsled česar damo prednost konservativnemu zdravljenju in če se že moramo iz socialnih razlogov odločiti za operacijo, amputiramo. Amputacija osvobodi pacienta bolečin in ga usposobi s protezo v kratkem času za delo, posebno pri amputaciji na spodnjih okončinah.

Iz našega referata je razvidno, da je borba zoper osteoartikularno tbc. važno socialno vprašanje. Francoska država nosi stroške za zdravljenje vsakega tuberkuloznega individua sama za nedoločen čas (od 1—7 let) in ga obdrži celo dobo zdravljenja v enem številnih zdravilišč za osteoartikularno tbc. toliko časa, da popolnoma ozdravi. Pod temi pogoji je seveda konservativno zdravljenje, ki se propagira, lahko izvedljivo, ker čas in denar ne igrata za bolnika nobene vloge.

Drugače je v naši državi. Bolniki so večinoma navezani na podporo bolniških blagajn, ki jim nudijo zdravljenje in hranarino 6 odnosno 12 mesecev, delno morajo nositi stroške za zdravljenje sami ali njih domovinske občine. S temi okoliščinami so pogoji in smernice zdravljenja pri nas točno določeni. Za našo državo velja znano ameriško geslo „time is money“. Mi ne moremo pošiljati vsakega pacienta na morje, ker je 120 postelj v morskem zdravilišču Kraljevici za mnogoštevilne paciente premalo in v 6 mesecih se redkokdaj pacient izleči. Iz tega razloga moramo dirigirati na morje samo take bolnike, pri katerih ugotovimo poleg lokalnega procesa splošno limfatično konstitucijo. Lokalna obolenja v stadiju „alergične hipersensibilitete“, kakor n. pr. spondilitide, floridne artrilide, lokalna

cistična obolenja itd. ne spadajo na morje, ampak se morajo zdraviti doma odnosno na ortopedskih oddelkih z metodami, ki so ekonomske in ravno tako koristne (punkcije, sadrene obveze, obsevanje z ultravioletnimi žarki), kakor dolgo zdravljenje v morskih sanatorijih. Ob tej priliki moramo poudariti, da se tudi v zdraviliščih poslužujejo v floridnem stadiju sličnih načinov zdravljenja, ker je kopanje v morju ter intenzivno solnčenje v tej periodi kontraindicirano. Po mojem mnenju je popolnoma nepravilno, pošiljati na morje paciente s patološkimi kontrakturami in kronično proliferativnimi formami artikularne tuberkuloze. Za te slučaje pride v poštev samo ortopedsko zdravljenje, bodisi nekrvavo s pomočjo raznih redresirajočih obvez in aparatov (Mikulicz, Quenkel, Biesalski), bodisi z operativnimi posegi korektivnega značaja (osteotomia correctiva).

Ob zaključku bi spregovoril še nekoliko besed o modernih vprašanjih konstitucionalnega zdravljenja osteoartikularne tuberkuloze, ki so za vsakega zdravnika aktualna.

V letu 1925 je na enkrat zaslovelo zdravljenje tuberkuloznih bolnikov z neslano dieto (izločitev NaCl, slanega mesa, konzerv in sličnega), ki bazira na „transmineralizaciji organizma“ tkzv. Sauerbruch-Hermannsdorfer-Gersonova dieta. V letu 1930 je prišla Gersonova dieta v pretres na kongresu nemških fiziologov in se je konstatiralo, da so njeni uspehi minimalni, odnosno negativni, s čemer je bila njena praktična vrednost ovržena (Graefe, Schröder). Osebo sem imel priliko zasledovati rezultat zdravljenja z neslano dieto na ortoped. kliniki v Bratislavi, kjer se je tudi Chlunsky izrazil o njeni vrednosti zelo pesimistično. Lexer-jeva klinika je zabeležila uspeh zdravljenja pri kroničnih tbc. fistulah z mešano infekcijo, ker trdi, da se je z neslano dieto sekrecija zmanjšala in da so se celo stare fistule posušile.

Drugo važno vprašanje je klimatično zdravljenje, za katero prihajajo v poštev gorska zdravilišča in sanatoriji na morski obali pod zdravniškim vodstvom ter sezonska okrevališča odnosno sončna ležišča brez zdravniškega nadzorstva. Geografski položaj Jugoslavije je zelo ugoden in od narave za ta namen naravnost idealen, ker znaša dolžina naše morske obale približno 650 km. Dravska banovina ima najrazličnejše gorske višine, ki so za ustanovitev zdravilišč priporočljive.

Švicarska zdravnik Dorno in von Löwy sta analizirala klimatične prilike v švicarskih alpah in se prepričala, da je treba izbirati za osteoartikularno in vnanjo tuberkulozo višine okrog 1200 m nad morsko gladino. V teh višinah delujejo na organizem sledeči faktorji:

1. Sprememba ozračja (Luftwechsel),
2. sprememba lokalnih dražljajev (Reizwechsel),
3. povečana svetlobnost (Helligkeit),
4. povečano izžarevanje sončne energije (Strahlung).

Te klimatične ugodnosti povzročajo povečano delovanje respiratornega in cirkulatornega sistema. Tudi število sončnih ur je znatno večje

kot v nižavah. (N. pr. v Davosu 1786, Leysinu 1634, Arosi 1712, na Stolzalpe v Avstriji 2043). Eksperimentalno se je dokazalo, da se v teh višinah uporabi 75 % celotne sončne energije, medtem ko njena količina v nižavah ostane neizkoriščena in znaša le 25—50 %. Snežna polja pripomorejo k boljšemu izžarevanju. Terapevtično pridejo v poštev ultravioletni žarki, ki so baktericidni, in rdeči toplotni žarki, ki povišajo lokalno toploto kože za celih 6 % C in s tem povzročajo lokalno hiperemijo, ki prispeva po mnenju Biera k transportu kalcija v bolno tkivo.

Morski zrak je bogat na kisiku in ozonu, katerega ima približno trikrat toliko kot višinski zrak. Morski zrak poseduje J, Br in NaCl in jako malo prašnih molekulov. Morski teren je porozen in vsled tega suh in topel. Tudi v mleku in jajcih živali na morski obali so dokazane sledi joda. Morski zrak je zelo bogat na ultravioletnih žarkih, ki vplivajo zelo ugodno na metabolizem kalcija, ker se odbijajo od morske gladine v taki množini, da povzročajo po kratkem obsevanju pigmentacijo kože.

Iz teh kratkih opomb je razvidno, da gorski in morski zrak močno zdravilno vplivata na osteoartikularno tuberkulozo in sicer oba s približno enakim rezultatom. (Leroux navaja 73 % ozdravljenj na morju, slično število beležijo tudi gorski sanatoriji). Na podlagi raznih statistik moramo konstatirati, da je zdravljenje osteoartikularne tuberkuloze zelo dolgotrajno, bodisi na morski obali, bodisi v gorskih sanatorijih. Če smo odkritosrčni, moramo zabeležiti ekonomsko socialno važno dejstvo, da se doba zdravljenja osteoartikularne tuberkuloze v klimatičnih sanatorijih kljub dragemu zdravljenju ne skrajša. Kot dokaz navajam lapidarni in karakteristični stavek, ki ga je napisal sloviti pariški profesor Broca: „Če traja zdravljenje tuberkulozne spondilitide v bolnici tri leta, potrebuje na morju trideset šest mesecev.“

To nas sili k resnemu razmotrivanju vrednosti klimatičnega zdravljenja z ozirom na velike stroške, ki jih zahteva.

Tretje vprašanje je velike socialne važnosti in se tiče nabave raznih ortopedskih aparatov, ki se izkazujejo za potrebne pri zdravljenju osteoartikularne tuberkuloze. V tej zadevi priporočam sledeče:

1. Za akutne oblike te bolezni ni potreba nabavljati bandaž, ker so relativno drage in ne odgovarjajo svojemu namenu. Bolni ud mora biti v aktivnem stadiju absolutno in neprenehoma po več tednov v indicirani legi imobiliziran, kar se doseže samo s sadrenim odnosno škrobovim aparatom.

2. Za kronična obolenja, pri katerih ni upanja, da se izlečijo z operacijo, se mora priporočati nabava bandaž in ortopedskih pripomočkov, posebno če se z njimi poveča sposobnost za prejšnji poklic.

Četrto vprašanje se tiče pravilne presoje vzročne zveze med traumom in osteoartikularno tbc. Zollinger se je izrazil na kongresu nezgodnega zavarovanja v Amsterdamu leta 1925 zelo pesimistično o takozvanih „traumatičnih tuberkulozah“ in smatra njih upravičenost s strogo medicinskega vidika za dvomljivo.

Med trauma in tbc. in obratno med tbc. in trauma obstoji vzročna zveza. Dejstvo pa je, da se ne pojavlja nikdar brez primarnega tuberkuloznega gnezdišča v organizmu, vsled česar medicina pripoznava trauma kot „indirektnega“ povzročitelja osteoartikularne tbc. Pri tem razlikujemo praktično dve razni skupini.

Prva skupina sestavlja posttraumatično tuberkulozo, ki se je pojavila po preteku latentnega intervala na mestu, ki je bilo pred poškodbo anatomsko funkcionalno popolnoma intaktno.

Druga skupina pa je posttraumatična tuberkuloza na mestu, že pred poškodbo patološko prizadetem v obliki latentnega tbc. procesa, ki se je pod vplivom traume reaktiviral ali poslabšal.

Za upostavitve vzročne zveze zahtevamo sledeče pogoje:

1. Nezgoda mora biti take intenzitete, da utegne poškodovati obstoječo imuniteto in se mora dati tudi objektivno dokazati. Trditve dotične osebe o dobljeni traumi brez objektivno vidnih zunanjih znakov so vsekakor za posttraumatični tbc. proces brez pomena, ker ne utegnejo nikakor provocirati latentnega tbc. procesa ali pa povzročiti embolijo slučajno krožečih Kochovih bacilov v krvi na poškodovano mesto.

2. Poškodovanec mora dokazati, da je bilo prizadeto mesto pred poškodbo funkcionalno in anatomski popolnoma zdravo in normalno.

3. Pričetek tbc. procesa mora ustrezati teoretično in klinično postavljenim zahtevam, namreč pojaviti se ne sme preko 4—6 tednov po poškodbi, pojaviti se mora najkasneje leto dni po poškodbi (Nb. Pričetek afekcije pri starih tbc. procesih, ki so bili že pred poškodbo, nastopi najkasneje v treh dneh po poškodbi)!

4. Posttraumatična tbc. mora biti lokalizirana točno na mestu, na katero je vplivala trauma.

Naziranje o presoji je zelo individualno, ker se postavlja večino zdravnikov na humanitarno stališče, presojajoč po načelu: „in dubiis pro aegroto.“ Zdravnik socialnega zavarovanja mora imeti pred očmi znanstveno pravično stališče, t. j. „in dubiis pro reo“ (Zollinger).

Na podlagi lastnih opazovanj pacientov (okrog 8000) z osteoartikularno in vnanjo tuberkulozo ter po poročilih drugih avtorjev beležimo najvažnejše ugotovitve glede klinične patologije in terapije, ki so sledeče:

1. Osteoartikularna tuberkuloza je sekundarno hematogeno obolenje, izhajajoče iz primarnega ognjišča v pljučih odnosno peribronhialnih žlezah (Ranke, Ghon, Virchow). Familiarna dispozicija je velike važnosti (30 %).

2. V poteku osteoartikularne tbc. opazamo 3 tipične stadije. V prvem stadiju se naseli Kochov bacil na sinoviji odnosno na kostnem tkivu ter povzroča reaktivno vnetje (stadij alergične hipersenzibilitete). Drugi stadij je karakteriziran z destrukcijo tkiva (stadium destructionis). V tretjem stadiju prehaja do reparacije in kalcifikacije tkiva (stadium reparationis).

3. Stich-ova statistika navaja 6 osteoartikularnih odnosno limfaatičnih otrok izmed 10.000 in 2 izmed 10.000 odraslih. Na podstavi te statistike je v Dravski banovini približno 600—700 bolnikov s kostno in vnanjo tuberkulozo, kar odgovarja našim statističnim številkam iz večjih bolnišnic Dravske banovine.

4. Po Clairmont-ovi statistiki se pojavljajo razna obolenja v sledečem sporedu (14 skupin): spondylitis, gonitis, coxitis, ossia pedis, tbc. cubiti, artic. talo-cruralis, os ilei et sacri, costae, artic. hum. scapularis, tbc. carpi, tbc. sterni, tbc. cranii, spina ventosa, tbc. scapulae.

5. Najpogostejša je spondylitis tbc. (nad 20 %), obolenje v raznih sklepih znaša 48 %.

6. V začetnem stadiju je diagnoza osteoartikularne tuberkuloze težavna. Stoji nam pač na razpolago cela vrsta bioloških in seroloških reakcij, ki pripomorejo k ugotovitvi bolezni. (Pirquet, Mantoux, tebeptotin Toenissen, Besredkova serološka reakcija).

7. Rentgen je v prvih štirih mesecih negativen in je za diagnostične svrhe neuporaben. Njegova vrednost se pokaže še le v destruktivnem stadiju, ko nam daje smernice radi terapevtskih indikacij.

8. Prognoza osteoartikularne je v splošnem boljša kot ona pljučne tbc, ker znaša mortaliteta približno 26 %. Pri spondylitisu je radi komplikacij s strani centralnega živčnega sistema večja, medtem ko je pri drugih lokalizacijah relativno nizka. Prognoza je tem neugodnejša. čim starejša je oseba, in to iz razloga, ker je vsako obolenje skeleta dolgotrajno. Za vsak stadij računamo 8 mesecev, tako da se vsako obolenje vleče dve do tri leta, če se ne ustavi po srečnem naključju že v prvem stadiju. Računati pač moramo s slučaji, ki trajajo več kot tri leta odnosno ki potekajo kronično.

9. Prognozično ugodni so limfomi in sinovialna vnetja v sklepih, ki se ozdravijo v izjemnih slučajih v nekoliko mesecih. V teh slučajih se ozdravi prizadeti sklep z normalno gibljivostjo.

10. Prognozično neugodne so kronične proliferativne forme, ki ne kažejo nobene tendence k ankiloziranju in vedno recidvirajo.

11. Diferencialno diagnostično je treba upoštevati v prvem stadiju reumatične in infekcijske artritide, v kasnejšem stadiju pa razne kronične deformirajoče artritide (morbus Legg Calvé—Perthes, arthritis deformans, osteochondritis dissecans).

12. Zdravljenje osteoartikularne tuberkuloze v prvem odnosno v drugem stadiju je konservativno in se vrši s punkcijami, fiksniimi obvezami, ekstenzijami, ležanjem itd.

13. Zdravljenje slučajev v drugem in tretjem stadiju je operativno. Tuberkulozne ostitide se radikalno ekskoleirajo in tamponirajo z antiseptičnimi plombami. Kratke kosti (rebro, tarzalne in karpalne kosti) se resecirajo odnosno v celoti ekstirpirajo. Na sklepih odraslih oseb vršimo radikalne resekcije oziroma paraartikularne artrodeze. Pri otrocih do 15. leta

ne resečiramo, ker se bojimo posledic v obliki motenj osifikacije in se poslužujemo artrodeze. (Type Wilmoth-Mathieu odnosno Sorrel-De-lahaye.

14. Pravilno lečena osteoartikularna tuberkuloza ozdravi z ankilozo v ugodnem položaju. Nepravilno zdravljenje zapušča deformacije in kon-trakture. Zdravljenje posledic se vrši lahko konservativno z redresiskimi obvezami (Quenkel, Mikulicz, Schanz, Ducroquet) ali z različnimi korektivnimi osteotomijami (Ombredanne, Codivilla itd.).

15. Konservativno zdravljenje osteoartikularne tbc., ki ga je zastopal Bier, je pri nas iz socialnih razlogov neizvedljivo, vsled česar smo se odlo-čili v nujnih slučajih (25 %) za operacijo, s katero smo potek bolezni skrajšali.

16. Kronične slučaje s fistulami zdravimo s kopanjem v raztopini hi-permangana, hipertonični NaCl, odnosno v jodovi soli. Nekateri priporočajo Sauerbruch-Hermannsdorfer-Gerson-ovo dieto, ki bazira na „trans-mineralizaciji“ organizma in pri kateri se baje zmanjša sekrecija fistul, ki se celo v mnogih slučajih definitivno izcelijo. (Lexer, Köhler, Vul-pius, Kremer).

17. Klimatično zdravljenje je luksuriozno, ker ne skrajša dobe zdrav-ljenja (Broca). Z ozirom na finančno stran pošiljamo v klimatična zdravilišča samo paciente s splošno tbc. konstitucijo. Lokalna obolenja zdravimo v bolnicah, doma, odnosno ambulatorično v fizikalnih zdraviliščih ter zdravstvenih domovih. (Rentgenološko obsevanje ter kremenska svetilka).

18. Pri določevanju klimatičnega zdravljenja moramo misliti na to, da spada osteoartikularna tuberkuloza, kombinirana z odprto ftizo pljuč, v gor-ske višine, pacienti z limfatično konstitucijo pa na morje.

19. Bandaže in ortopedski aparati iz usnja ne pridejo v poštev za aktivne stadije osteoartikularne tuberkuloze, ker ne odgovarjajo namenu, ampak šele v tretjem odnosno kroničnem stadiju, posebno če je z njimi pričakovati povečanje sposobnosti za delo.

20. Pogoji za upostavitve vzročne zveze med poškodbo in osteoarti-kularno tbc. so sledeči:

a) nezgoda mora biti take intenzitete, da utegne provocirati bacilemijo ;
b) pričetek procesa mora ustrezati določenemu terminu (4—6 tednov po poškodbi in najkasneje 1 leto po poškodbi).

c) Tuberkuloza se mora pojaviti točno na mestu traume, ki je bilo pred poškodbo anatomsko in funkcionalno normalno.

Tuberkuloza kože

Razna kožna obolenja, pri katerih so se pojavljale globoko razjedajoče okvare kože in podkožnega tkiva, so se imenovala do odkritja bacila jetike — lupus. Seveda njih pravega izvora in okužitve niso poznali, radi česar jih tudi niso pravilno razlikovali. Po odkritju bacila tuberkuloze po Robertu Kochu 1882 se je šele z gotovostjo ugotovilo pri raznih kožnih obolenjih, da so povzročena po okužitvi z bacili jetike. Sam Robert Koch je leta 1884 našel dve leti preje odkriti bacil jetike tudi v ognjiščih lupoznega obolenja.

V tkivu najdene bacile je vzgojil v čisto kulturo. Pri nadaljnjem raziskovanju je dokazal pri cepljenju poizkusnih živali z lupoznim tkivom, da so obolele za tuberkulozo. S tem dokazom je potegnil ostro mejo med raznimi razjedajočimi boleznimi kože in ugotovil, da naziv lupus ni drugega kot jetika kože. To mnenje so potrdili poznani dermatologi Pfeiffer, Unna, Neisser, Doutrelepont, kateri so z lastnimi poizkusi prišli do istega zaključka kot Koch. Seveda so bili tudi dvomljivci in nasprotniki teh nepobitnih dokazov. Omenim naj med drugimi visoko čislanega dermatologa — Kaposi-ja. Ščasoma so tudi ti priznali mnenje Kocha, ker je bilo proučevanje jetike z raznimi novimi sredstvi zelo uspešno in dokazov polno.

Kožna jetika je obolenje kože, povzročeno od bacilov tuberkuloze, oziroma njih toksinov. Prvotno so domnevali, da obstojata dve vrsti kožne jetike. Pri nekaterih oblikah kožne jetike najdemo razmeroma lahko bacile v tkivu, torej — vse spremembe na koži so povzročene od bacilov jetike. Pri drugih povzročajo kožna obolenja le toksini bacilov jetike, ki krožijo v organizmu, n. pr. pri tuberkulidih. To trditev sta ovrgla Jadassohn in Zieler, ki sta dognala, da tudi tuberkulidi nastanejo od tbc. bacilov, čeravno so ti vsled prebolele jetike notranjih organov radi specifične alergije v rasti nekako ovirani, ter delujejo tedaj samo s toksini.

Pri kožnih spremembah je predvsem potrebno ugotoviti, da je kožno obolenje res tuberkuloznega značaja. V prvi vrsti nam služi za ugotovitev sumljivega obolenja kože anamneza. Pri obolenju tuberkulozne narave v ostalem telesu lahko sklepamo, da je sumljivo kožno bolezen klinično smatrati za tuberkulozo. Nadalje je ugotovitev dognana potom mikroskopskih preiskav prereзов tkiva, potom kulture, potom cepljenja poizkusnih živali. Histološke preiskave so le v mali meri porabljive za diagnozo pri tuberkulozi kože, saj tudi druga obolenja kot lues, lepra, sporotrihoza podajo enake histološke slike. Seroreakcija, precipitacija, vezava komplementov ne prikazuje pri jetiki kože ničesar specifičnega, kar bi nam olajšalo diagnozo. Sedimentacija in krvna slika pri kožni tuberkulozi ne pride v poštev. Tudi reakcija s tukerkulinom: kušana v Pirquet, perkutana Moro-Doganof in intrakutana Mendel-Mantoux nam ne služijo pri diagnosticiranju kožne jetike. One nam pokažejo le, da je človeški organizem kadarkoli prebolel tuberkulozo. Pri tej priliki bi omenil epikutano reakcijo, takozvano

„Läppchenprobe“, katero sta uvedla Jadassohn in Bloch. Po preizkusih Nathana in Kallós-a, so smatrali to epikutano reakcijo za specifično pri kožni tuberkulozi. Vendar po kasnejših poizkusih P. W. Smidt-a in Pavle Seier ta reakcija ni uporabljiva za diferencialno diagnostiko pri kožni jetiki, ker se je ugotovilo, da je koža pri lupoznem obolenju ostala brez vidnih sprememb in znakov, nasprotno je bila reakcija pozitivna pri ljudeh, ki sploh niso boleli za tuberkulozo kože. Naj v kratkem opišem način te „Läppchenprobe“: 1 cm² velike platnene krpice namočimo z 1 % — 10 % — 25 % razredčenim AT. in jih položimo na kožo. Po preteku 24 ur se krpice odstranimo. Pri gotovem številu bolnikov s kožno jetiko se na mestu položene krpice pojavi vidno vnetje kože, katero se po nadaljnjih 24. do 48. urah še poveča.

Diferencialno diagnostično je pri kožni jetiki uporabljiva le Kochova subkutana injekcija AT. v količini 1/10 — 1/2 mg. Ona nam pokaže reakcijo na ognjišču kožnega obolenja in s tem dokaže, da je bolno mesto na koži tuberkulozne narave. Reakcija nastopi na kraju kožnega obolenja po 6 do 24 urah. Bolnik občuti sprva napetost in pekočo bolečino na obolelem mestu. Kmalu nato tuberkulozno mesto kože oteče, na robu ognjišča se pokaže živo rdeč kolobar. V tuberkuloznih razjedah tkivo razpade, nekrotični deli odpadejo, pojavi se krvavitev. V par dneh ti vidni znaki subkutane reakcije izginejo. Opisani znaki na mestu obolenja kože so specifični in nastopijo že po minimalni dozi AT, ki vsekakor ne izzove splošne reakcije tuberkuloznega bolnika. Tudi pri kirurgičnem posegu, to je pri izrezu tuberkuloznega ognjišča kože nam imenovana subkutana reakcija določi, v koliki meri in razsežnosti se obolelo mesto mora izrezati v zdravi koži, da se kožna jetika ne ponovi.

Kožna jetika se pojavi vsled okužitve kože od humanih kakor tudi bovinih tipov bacilov jetike. Okužitve z bovinim tipom opazujemo predvsem pri kmetovalcih, mesarjih, konjačih, ki imajo opravka s tuberkulozno živino. Pri omenjenih poklicih nastopi kožna jetika v obliki tuberculosis cutis verrucosa in to vsled okužitve kake male odgrnine kože potom bacilov bolne živine. Raziskava pri najbolj značilni obliki kožne jetike, pri lupus vulgaris, je pokazala povsem različne rezultate glede okužbe potom humanih, oziroma bovinih tipov bacilov. Angleška tuberkulozna komisija je ugotovila 45 % bovinih tipov, norveški raziskovalci so našli samo 4.9 %, danski 12 %. Nemški raziskovalci so našli različne številke: Rothe — Bierotte preko 14.8 %, Kirchner celo 52.2 %. Po novejši preiskavi Ledermanna iz klinike Breslau samo 12.5 %. Pri drugih oblikah kožne jetike je Ledermann ugotovil n. pr. pri tuberculosis cutis verrucosa od 32 bolnikov 17 humanih in 15 bovinih tipov. Od 66 bolnikov s tuberculosis colliquativa 42 humanih in 24 bovinih tipov. V splošnem je mnenje, da pri kožni jetiki vsekakor prevladuje humani tip.

Drugi tipi bacilov jetike okužijo le v mali meri. Bacili mrzlokrvnih živali sploh ne okužijo človeka. Omenim ptičje bacile, čeprav je ta okuži-

LIPIODOL „Lafay“

Jodirano makovo olje

40% descend. — 20% — 10% ascend. — „F“ (Fluide)

LIPIODO - DIAGNOSTIC

Bronhografija
Histero-Salpingografija
Myelografija
Pokazanje fistul itd.

OLEOTHORAX

LIPIODO - TERAPIJA

Pri presklerozi in arteriosklerozi
Lues III.
Struma juvenilis itd.
Komprete po 40 mgr. J.
Kapsule po 200 mgr. J.

TENEBRYL „Guerbet“

zanesljivo kontrastno sredstvo

68.6% joda za intravenozno urografijo in instrumentalno pyelografijo

Za odrasle osebe in otroke neškodljivo in zelo ekonomično

40% — ampule po 10 in 20 ccm

20% — ampule po 10 in 20 ccm

Klinični omoli po 6 ampul.

LES LABORATOIRES ANDRE GUERBET & Cie
Paris, Saint Ouen

Vzorci in literaturo pošilja na zahtevo
Generalno zastopstvo za kr. Jugoslavijo

MEFA

Zagreb, Buconjićeva ulica 43.



ANDROSTIN „CIBA“

Popolni izvleček iz

moških spolnih žlez

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

ampule — dražej — tablete

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel

Zastopnik za Jugoslavijo:

Mr. ph. Vladimir Jelovac Beograd, Kralja Milutina 56

**INDUSTRIJA
PLATNENIH
IZDELKOV D.D.
J A R Š E
POŠTA DOMŽALE**

**IZDELUJE VSE VRSTE
PLATNA ZA POSTELJ-
NO PERILO, BRISAČE,
BRISALKE, GRADEL-
NE ZA MADRACE ITD.**

tev pri človeku bolj redka. Klinično govori za okužitev s ptičjim tipom ugotovitev številnih TB bacilov v ranah in pozitivna reakcija s ptičjim tuberkulinom. Mikroskopsko se ne razlikuje ptičji tip od TB bacilov sesalcev.

Lipschütz je popisal 20 letnega bolnika, ki je bolehal 10 let. Pri njem so opazili polno večjih in manjših ran na ustnicah, na sluznici neba in žrela, kakor tudi polno razjed v okolici ust in nosu. Poleg omejenega je imel polno infiltratov in abscesov po telesu. Löwenstein je ugotovil pri opisanem bolniku okuženje s ptičjo tuberkulozo s poizkusi cepljenja na živalih. Slične bolnike so v zadnjih letih popisali Kerl, Urbach, Volk in drugi.

Okužitev naše kože se izvrši lahko eksogeno potom človeških ali živalskih bacilov jetike, oziroma endogeno z lastnimi bacili. Potom krvi in mezgovnega soka se naplavijo bacili iz ognjišča kakega notranjega tuberkuloznega organa v kožo.

Primarno tuberkulozno obolenje kože — primarni kompleks, imenujemo okužitev kože po tuberkulozi takrat, če naše telo še ni bilo pred tem nikdar okuženo od bacilov jetike. Tuberkulozni primarni afekt je razmeroma redek pojav, predvsem se pojavlja pri otrocih, pri katerih običajno še ni okužen ostali organizem. Značilni znaki takega primarnega tuberkuloznega obolenja kože so: Na mestu okužitve se opazi globok infiltrat kože, kateri se odpre v rano; v njeni okolici pa vidimo značilne lupozne mozoljčke. Včasih se pojavi brez infiltrata lakoj po okužitvi manjša ali večja razjeda z zrnčastim dnom in z izpodkopanimi robovi. V najbližjih mezgovnicah se pojavi vnetje. Nastale bezgavke kmalu zrastejo s kožo, se razgnoje in prodro.

Opisani primarni tuberkulozni afekt nastane pogosto pri dojenčkih Judov. Okužitev se vrši pri ritualnem obrezovanju dojenčka. Nastalo rano pri obrezovanju izsesa z usli judovski duhovnik. Če je tak duhovnik jetičen, tedaj preidejo iz njegove sline bacili jetike na ranjeno mesto penisa in pojavi se pri dojenčku primarno tuberkulozno obolenje. Po 2 — 3 tednih se pojavijo bezgavke v zrastleh. Obolenje vsekakor ni brez življenske nevarnosti dojenčka, saj navaja Wolff, da je od 58 tako okuženih dojenčkov umrlo v prvem letu starosti 37. Tovrstna okužitev je mogoča tudi v okolici nosa in ust. Primarno obolenje kože se pojavlja tudi na vulvi deklic, katere se okužijo pri drsanju z zadnjico po tleh. Taka eksogena okužitev je mogoča, dasi redko, tudi na mestih, kjer koža ni drgnjena, ker bacili jetike prodro tudi v neranjeno kožo. Lažje se to dogodi na normalni sluznici. Skoro vsak človek je v poznejšem življenju glede obolenja kože po tuberkulozi vsaj delno obvarovan, vsled prebolele okužitve kakih organov, predvsem bezgavk. Naše telo posebno v otročji dobi še ni dosti odporno proti bacilom jetike, kljub temu, da je že kako malenkostno okužitev prebolelo. Torej je nova okužitev same kože mogoča, kar imenujemo — superinfekcijo. Eksogene okužitve pri lupus vulgaris so po mnenju Jadaschona skoro vedno superinfekcije z lastnimi oziroma tujimi bacili jetike.

Z lastnimi bacili okužijo kožo jetični bolniki z izmečki, s tujimi pride do okužitve pri ljudeh, ki tesno živijo skupaj z bolniki z odprto tuberkulozo.

Pri kožni jetiki je najčeseje okužitev endogene narave. Iz tuberkuloznega ognjišča mezoepidermisa, kosti, sklepov preidejo bacili v kožo per continuitatem in povzročijo tam obolenje, ki je običajno kolikvativne oblike, redkeje lupozne. Druga pot endogene okužitve je mezoepidermalni sok, ki naplavi iz bližnjih ognjišč bacile v kožo. Najpogostejše pa oboli koža hematogeno, kar je posebno razumljivo pri posteksanematičnem lusu. Ta nastopa po ošpicah, noricah, redkeje po škrlatinki in drugih infektivnih boleznih. V otročji dobi nastala lupozna obolenja so najbrže posledica hematogene okužitve. A tudi ostala tuberkulozna kožna obolenja, kakor tuberculosis cutis verrucosa, tuberculosis colliquativa, lichen scrophulosorum, lupus miliaris in papulozni tuberkulidi nastanejo v veliki meri potom krvnega obtoka. Pri hematogenem, iz jetike pljuč nastalem lusu, pljuča ne kažejo aktivne forme jetike, pač pa je obolenje pljuč milejše. Zanimiva je ugotovitev, da se po popolni izcelitvi kakega večjega lupoznega obolenja poslabša jetika notranjih organov, pljuč itd.

Pri kožni jetiki ne moremo govoriti o posebnih, gotovih tipih ljudi, ki bi bili bolj podvrženi obolenju. V splošnem je koža organ, kjer bacili jetike nimajo ugodnega gojišča. Med vsemi organi človeškega telesa koža najredkeje oboli. V otročji dobi je gotovo dispozicija za tuberkulozo kože večja, a to ne samo vsled nežnosti kože, pač pa je v tej dobi okužitev kože lažja vsled plezanja in drsanja po tleh. Otrok pobere vse polno nesnage ter z umazanimi rokami prenese bacile jetike na sluznice, a tudi na samo kožo. Upoštevati moramo pri teh okužitvah tudi skupno stanovanje z jetičnimi bolniki, kateri pljujejo po tleh, ne oziraje se na svojo okolico. Lupozna obolenja nastanejo navadno že v otročji dobi, kar potrjujejo statistike različnih klinik. Zanimiva je statistika Volka, iz katere je razvidno, da po 30. letu skoro ni začetnega tuberkuloznega obolenja kože. Opazuje se, da lupus vulgaris napada v številnejših primerih ženske. Kaj je temu vzrok, še ni dognano. Gotovo pa je, da graviditeta poslabša vsako tuberkulozno kožno obolenje. Če obole starejši ljudje za kožno jetiko, tedaj je to obolenje lažjega značaja, in pogosta je spontana ozdravitev.

Preidem po splošnem delu k posameznim oblikam kožne jetike. Njene slike so zelo raznovrstne. Posamezne oblike imenujem po predlogu Jadassohna s samostalnikom tuberculosis z dodatkom pridevnika, kateri nam pove lastnost in svojstvo imenovane oblike.

I. Tuberculosis cutis luposa, (splošno znana pod imenom lupus vulgaris).

Izmed vseh oblik kožne jetike nastopa lupus najpogostejše. To kožno obolenje je zelo dolgotrajno, napram zdravljenju odporno, stvarja na koži globoke razjede in zapušča težke spremembe in okvare. Slika je raznolika; poleg svežih ognjišč opazimo stare brazgotine.

Primarno obolenje na koži se pojavi v obliki malega lupoznega mozoljčka, do velikosti prosa, rjavkasto rdeče barve, ki pa ni nad nivojem kože. Na pritisk s stekleno ploščico ne izgine, pač pa opazimo rumenkasto rjavo liso. Ako pritisnemo s sondo, se mozoljček udre, ker je njegovo tkivo mehko. Mozoljčki rastejo, pojavijo se v njih okolici novi ter se združijo v večje lupozno ognjišče, na robu katerega se opazi semtertja kak posamezen lupozni mozoljček. Radi svojstvenih sprememb na koži, ki jih kaže lupus vulgaris, imamo različne nazive. Lupus planus (maculosus), lupus pityriasiformis — značilne male luskinice. Če so te luskinice večje in luščenje močnejše, tedaj imenujemo to formo lupus exfoliativus. Močne luskinice na posameznih ognjiščih sličejo psoriasi, radi česar naziv lupus psoriasiformis. Ako stvarja lupus bulaste izrastke, se imenuje lupus tumidus. Vsled raznih zunanjih vplivov se posamezna ognjišča ognoje, pokrijejo s hrastami, pod katerimi so površne rane — lupus exulcerans. Te rane so površne, njih dno je umazano, rob oster, nejednakomeren in hitro krvave. Na prstih, komolcu in kolenu često napravi lupus bradavičaste izrastke, lupus verrucosus.

Ozdravitev je vedno brazgotinasta. Površni lupus se izceli z gladko, površno, sivkastobelo brazgotino, v kateri se čez čas zelo pogosto pojavijo ponovno novi lupozni mozoljčki. Te opazimo tudi na robu brazgotine. Razjedajoči in granulirajoči lupus se izceli z grobimi, debelimi brazgotinami, katere pritiskajo in stvarjajo zastoj v limfatičnem sistemu.

Lupus se pojavlja na vseh delih našega telesa, pri tem oboli le koža, in podkožno tkivo. Najpogosteje pa napade obraz. Radi nežnosti kože je na obrazu ranljivost večja in s tem okužitev lažja, a tudi razširjenje obolenja iz sluznic, ust in nosu je tu pogosta. Na obrazu opazujemo navadno več ognjišč obenem, posebno na licu, kjer pride do okužitve že v mladosti hematogeno ali pa limfogeno iz sluznice nosu. Nos oboli navadno na nosnicah, katere lupus popolnoma razje. Seveda se iz zunanje kože obolenje razširja na sluznico v nosni duplini, kjer uniči kožnati in hrustančasti spektum, vsled česar se nosna konica sesede.

Po solzovodu napade tudi oko, kjer je že itak vnetje veznice radi brazgotinastega izcelenja lupoznega obolenja na licu. Pojavi se ektropium. Na uhlju se pojavlja v obliki lupus-a exulcerans, ki razjedajoče uniči celoten uhelj, ostane le malo hrustanca ob zunanjem sluhovodu. Infekcija je tu običajno superinfekcija, lahko pa tudi hematogena n. pr. po otitis media. Pogosto se pa razširi obolenje lic na uhelj. Tudi inokulacija z uhani je mogoča. Ustnice obole vsled eksogene okužitve, oziroma preide lupus na nje iz sluznice ust. Ustnice ostanejo po izcelitvi elefantastično nabrekli, vsled brazgotin se ustna odprtina zoži (mikrostomia). Težka sprememba in okvare, katere zapusti lupus na obrazu, spravlja bolnike v obup.

Na trupu se pojavlja lupus per contiguitatem od kostne jetlike reber, prsnice ali pa hematogeno kot posteksantematični lupus. Obolenje na trupu je bolj površno z lažjim potekom. Lupozna obolenja na spolovilih so redka.

Na okončinah se lupus pojavlja v obliki lupus mutilans, okužitev je navadno hematogena. Posamezni deli prstov odpadejo. Do uničenja kosti pride sekundarno radi močnih brazgotin. Na sluznici prvotni lupozni mozoljček ni toliko viden kot na koži. Je sivkasto bele barve, nekoliko nad površino in jih je pogosto več skupaj. Ti zelo hitro razpadejo v površne, zelo boleče ranice. Najpogostejše oboli sluznica nosu, bodisi eksogeno, bodisi hematogeno. Otroci z umazanimi prsti preneso pri brbanju nosu lastne ali tuje bacile. Infekcija je zlasti lahka ob nahodu, ko je sluznica in zunanja koža odrgnjena. V ustni duplini je lupozno obolenje bolj redko.

Potek obolenja je raznolik, v mnogih primerih dolgotrajen, vendar po večini ni celotni občutek bolnika otežkočen. Obstoja nevarnost le za splošno tuberkulozo, ki življenje uniči. Pogosto se iz ognjišča lupusa razširi obolenje na bližnje mezoepitela in pojavi se jetika v obliki tuberculosis cutanea. Tudi druge oblike kožne jetike spremljajo lupus. Seveda se v odprte lupozne rane vgnezdijo druge bakterije, povzročajo sekundarne infekcije, ki še bolj oškodujejo celotni organizem. Pojavljajo se razna ognojenja, predvsem pa je pogost erysipelas, ki se pojavlja na brazgotinah izceljenega lupusa. Pri starih ljudeh se po Reisner-ju v 30% pojavi na lupuznem obolenju carcinoma, ki zelo hitro raste in razpada. Predvsem je lupus obraza nagnjen k rakastemu obolenju. Prognoza je zelo resna. Jadašohn je pred 20 leti izrazil mnenje, da pri pojavu rakastega obolenja na podlagi lupusa deluje še nekak drug faktor X, ki pa nam bo ostal tako dolgo nepoznan, dokler ne ugotovimo pravega vzroka karcinoma.

Prognozo pri lupoznem obolenju postavimo vedno resno, pri tem upoštevamo čas obolenja in starost bolnika. V splošnem bi omenil, da je lupozno obolenje, nastalo v mladosti, trdovratno in dolgotrajno: nasprotno v starosti, ko so spontane izcelitve pogoste.

II. Tuberculosis luposa miliaris.

(Lupus miliaris sive follicularis).

To kožno obolenje je redko. Do okužitve kože pride hematogeno. Na obrazu, redko tudi po vratu in na okončinah opazimo raztresene lupozne mozoljčke. Ti mozoljčki se pojavljajo v posameznih razmahih in so raztreseni neredno po obrazu, semtertja pa so precej pogosto nameščeni v malih skupinah. Leže nad nivojem kože, v velikosti prosa, rjavkasto rdeče barve.

Lupus miliaris nastopa pri odraslih ljudeh, pri katerih je klinično težko ugotoviti tuberkulozno ognjišče notranjih organov, od koder se je razširila jetika hematogeno na kožo. Obolenje poteka kronično in je milega značaja. Po ozdravljenju se opazi male, vdrtne brazgotinice v koži. Diagnosticira se obolenje s pritiskom steklene ploščice na lupozni mozoljček in pa po kliničnih splošnih znakih.

Diferencialno diagnostično pride v poštev lues, acne, acne rosacea.

Prognoza je ugodna, že iz razloga, ker ni težjega jetičnega obolenja notranjih organov. Popolno ozdravljenje je mogoče, saj so znane tudi spon-tane ozdravitve.

III. Tuberculosis cutis verrucosa.

Začetek se nam pokaže v mali lisi, pokriti z lusko. Iz te lise se raz-vije papula, ki je vzbočena nad površino kože. Ta papula raste bradavičasto počasi v širino na površini kože brez bolečin in ima polno lusk. Pri tej obliki kožne jetike ne opazimo lupoznih mozoljčkov. Obolenje na koži je trdo, hrapavo, z bradavičastimi izrastki, sivkasto-bele barve. Okoli ognjišča opazimo vneto rdeč rob. Ščasoma pride med bradavičastimi izrastki radi umazanije do sekundarne infekcije, pojavijo se gnojenja, mali abscesi.

Lokalizacija je najčešča na rokah, prstih in podlaktnici, a tudi na podplatih in v območju skočnega sklepa je opaziti obolenje. Zelo redka je infekcija na obrazu in na sluznicah. Obolenje nastane navadno potom eksogene okužitve z lastnimi ali tujimi TB bacili. Predvsem je ta oblika kožne jetike poklicno obolenje. Obolé ljudje, ki imajo opravka z bolno živino, kmetovalci, mesarji, konjači, pri okužitvi katerih najdemo običajno bovini tip TB bacilov. A kljub omenjenemu prevladuje humani tip in to radi pojava obolenja pri vsakovrstnih delavcih in težakih. Ti se okužijo vsled raznih malenkostnih okvar kože, katere dobe pri svojem delu. Po statistiki klinike Würzburg odpade največ odstotkov pri tem obolenju glede poklica na delavce (40%).

A tudi hematogeni nastanek te kožne jetike opazujemo po kaki težji infekcijski bolezni. Tedaj se poleg opisane pogosto pojavijo tudi druge oblike kožne tuberkuloze, razmeščene po ostalem telesu n. pr. lichen scro-fulosorum, papulozni nekrotični tuberkulidi itd.

Slično sliko opisane oblike vidimo pri verruca necrogenica (Leichen-tuberkel). Okužitev in obolenje opazujemo pri ljudeh, ki imajo opravka s trupli tuberkuloznih ljudi, oziroma živali. To so predvsem zdravniki, medicinci, bolničarji, živinozdravniki, konjederji.

Na prstih rok ali na podlaktnici se pojavi pri tej obliki na koži za-četkoma modrordeča infiltracija. Na mestu te se pokaže majhna ranica, katera se kasneje pokrije z bradavičastimi izrastki. Rob je rdeče vnet. Postanek in rast sta pri verruca necrogenica hitrejša kot pri tuberculosis cutis verrucosa. Obolenje pa ostane manjše in nam nudi sliko sivkasto črnega bradavičastega mozolja.

Diferencialno diagnostično se mora pri tuberculosis cutis verrucosa upoštevati že navadne bradavice, kronična piodermija, sifilis, lupus vulgaris, lichen ruber verrucosus. Prognoza ni slaba, ker je obolenje površno in je njegova izcelitev popolna brez močnejših brazgotin.

Pri opisani obliki kožne jetike omenim še par drugih redkih tuberku-loznih obolenj, katera imajo svojstvena imena vsled močnejših izrastkov. Tako tuberculosis fungosa serpiginosa (Jadassohn), obolenje, ki se pojavlja

pri starih ljudeh. Dalje tuberculosis verrucosa fungosa lymphangiectatica (Doutrelepont) in tuberkuloza v obliki frambezije in novotvorb. Pri zadnji se pojavljajo na koži sedeče oziroma nasajene novotvorbe, predvsem na vratu, hrbtu in okončinah. Površina takih tuberkuloznih novotvorb je mehka, češče razcefrana v podobi cvetače, ki pa nikdar ne roženi.

IV. Tuberculosis cutis colliquativa cutanea et subcutanea (Scrofuloderma).

Obolenje ne nastopi nikdar primarno, pač pa hematogeno že v otročji dobi, pri kaki drugi spremljajoči obliki kožne jetike. Najpogosteje pa se pojavi per contiguitatem od bližnjih jetičnih ognjišč, kot n. pr. mezgovnic, mišičja in kosti. Obolenje se od tu razširi na podkožno tkivo in kožo samo. Tudi limfatičnim potom je nje postanek mogoč.

Skrofuloderma se pojavi v obliki okroglih, trdih, nebolečih bunk v podkožnem tkivu. Ta oteklina je različne velikosti, koža preko nje nespremenjena. Odebelenje sčasoma raste, postane mehko, fluktuirajoče, koža se pobarva modrordeče in se zlepi z oteklino. Koža postane vsled pritiska naraščajoče oteklina tanka, naposled počí in izlije se vodena tekočina, v kateri je polno odmrtega podkožnega tkiva. Po izpraznitvi abscesa robovi ohlapnejo, nastane površna rana, z modrimi, izpodjedenimi robovi. Več takih abscesov v skupni bližini tvori cel podkožni labirint.

Izceli se to kožno obolenje vedno brazgotinasto. Velikokrat opazimo, da skrofuloderma spremlja lupus, a tudi obratno.

Obolenje se pojavlja predvsem v območju vratu in to v mezgovnicah. A tudi na drugih mestih telesa se pokaže obolenje. Mesto obolenja je odvisno predvsem od bližnjega jetičnega ognjišča, odkoder se je tuberkuloza razširila na kožo per contiguitatem ali pa limfatičnim potom. Hematogeni postanek opazujemo največkrat na spodnjih okončinah. Skrofuloderma je obolenje mladih ljudi, pojavlja se v zgodnji mladosti v zvezi z okužitvijo pljuč in drugih organov. Kresner je ugotovil pri skrofulodermi 50% bolnikov, ki so bolehal na jetiki pljuč. Prognoza je v splošnem dobra, vendar je ozdravljenje odvisno od splošne okužitve.

V. Tuberculosis indurativa cutanea et subcutanea (Erythema induratum Bazin).

To obliko kožne jetike opazimo najpogosteje na golenih. V podkožnem tkivu se otipljejo trde, vijoličasto-rdeče bunke v velikosti lešnika ali oreha. Te oteklina v začetku bolijo, pozneje so pa tudi na pritisk neboleče. Koža preko njih je izbočena, z oteklinami zraščena. Opisani pojavi po tednih ali mesecih spontano izginejo, ne da bi povzročili na koži kako okvaro. Obstojata tudi možnost, da se take bunke omehčajo in prodro kožo. Pojavi se rana, iz katere se izceja rumenkasta-oljnata tekočina. Obolenje običajno izrine v jeseni in izgine na spomlad. V večjem številu obole ženske, predvsem mladenke od 16—25 leta. Erythema induratum nastane le krvnim

potom. V mnogih slučajih je obolenje v zvezi z jetiko notranjih organov, a kljub temu je reakcija s tuberkulinom pogosto negativna. Prognoza je ugodna, obolenje je bolj lokalnega značaja. Recidive so pogoste.

VI. Tuberculosis ulcerosa cutis et mucosae miliaris.

Je akutno obolenje, pri katerem se takoj, brez kakih sprememb pojavijo na koži ali sluznici rane. Te rane so površne, rade krvave, njih dno je zrnčasto, pokrito z rumenkastimi mozoljčki. Rob rane ni vedno enak, pri nekaterih je razcefran, izpodjeden, pri drugih je oster. Okužitev se pojavlja predvsem na onih mestih, kjer koža prehaja v sluznico, in v njih bližnji okolici. To v prvi vrsti na ustnicah in njih kotih, na jeziku, na sluznici lic, na dlesni, dalje ob vhodu v nosno dupljino. Pogosto tudi ob danki in nje okolici. Te tuberkulozne rane najdemo pri ljudeh, ki boleajo za težko odprto tuberkulozo notranjih organov. Mala odrgnina kože ali sluznice je mesto, kjer se izvrši okužitev potom pljunka, seči, blata. V teh izmečkih je polno TB bacilov jetičnega bolnika.

Rane so bolj površne, a vendar hitro rastejo na površini in hitro razpadejo ter povzročajo hude bolečine, posebno pri jedi in govorici.

Diferencialno diagnostično moramo misliti na sifilis: na papule, na sifilitične razjede in na difterijo.

Prognoza je zelo slaba, ker so bolniki že itak oslabljeni vsled splošne tuberkuloze. K splošni oslabelosti se pridružijo še bolečine pri jedi, kar bolnika zelo ovira pri hranjenju.

VII. Tuberculosis cutis acuta miliaris generalisata.

Slika tega kožnega obolenja je različna. Na koži se pojavi deloma gosto, deloma redko posut izpuščaj v obliki drobnih pikic, krvavih mozoljkov, mehurčkov ali malih ognjokov. Iz teh nastanejo male, s krastami pokrite ranice. Izpuščaj je razširjen lahko enakomerno po celem telesu, oziroma le na posameznih delih telesa. Izrine v posameznih razmahih in se namesti v skupinah.

Postanek te oblike kožne jetike je vedno hematogen in se smatra obolenje za tuberkulozno sepso. V mnogih slučajih je ta miliarna tuberkuloza kože predznak splošne miliarne tuberkuloze. Obolijo predvsem otroci, tudi dojenčki, dočim odrasli ljudje obole redko. Potek je v splošnem raznolik. Spremembe na koži so milejšega značaja, a kljub temu je prognoza vsled tuberkuloze notranjih organov neugodna. Otroci pogosto umrjejo radi obolenja notranjih organov; k splošni okužitvi se pridruži pogosto tuberkulozna meningitis.

VIII. Tuberculosis papulo-necrotica.

To je kronična miliarna tuberkuloza kože, katera pa poteka vedno v mili formi. Razlikujemo površno in globoko obliko tuberkuloznih tuberkulidov. Površno opazimo na onih delih telesa, kjer je podkožno tkivo

slabo razvito, n. pr. na prstih, mal, zrnast mozoljček, trde konsistence, modre ali rjavkaste barve. Polagoma se stvori v sredini mozoljčka gnojen mehurček, ki se osuši v umazano rjavo krasto; včasih pa nastopi nekroza. Če odstranimo kraste, oziroma nekrotično tkivo, opazimo okroglo ranico, katere hitro krvavi. Izceli se ta ranica s poglobljeno, blede brazgotino, katere rob je pigmentiran. Te brazgotine so vidne kot ostanek nekdanjega obolenja še po več letih.

Globoka oblika se razvija v podkožnem tkivu v obliki zrn do velikosti šibre in čez. Ta trda zrna so otipljiva kot kroglice, ki se pod prstom premikajo. Koža preko njih je normalna. Šele po preteku 10—14 dni pomodri in zrna se otipljejo na površini kože. Te zrnaste spremembe v koži lahko izginejo, ne da bi napravljale kake okvare. Pogosto se pa pojavijo enake spremembe kot pri površni obliki, samo, da so ranice večje in seveda tudi njih brazgotine. Celoten razvoj in izcelitev za obe obliki obolenja traja 4—8 tednov.

Izpuščaj izrine v posameznih razmahi, razmeščen je nejednakomerno v skupinah po koži, predvsem na zunanjih straneh okončin. A tudi na drugih mestih našega telesa ga opazimo. Slika obolenja je raznolika. Vidimo skupino, ki je v stadiju zdravljenja, poleg nje pa svežo, šele v razvoju. Tuberculosis populo-necrotica je obolenje, katero poteka brez splošne motnje. Pojavlja se v mladosti, njen izbruh je običajno spomladi ali jeseni. Ponavlja se včasih po več let, vendar ne zapusti bolniku resnejše okvare kot brazgotine na koži. Postanek je hematogen, vendar se težko ugotovi primarno ognjišče jetike. Večkrat spremljajo to jetično obolenje druge oblike kožne tuberkuloze n. pr. lupus vulgaris, erythema induratum, scrofuloderma.

IX. Tuberculosis cutis lichenoides

(Lichen scrofulosorum Hebra)

Ta bolezen spada v skupino kron. miliarne tuberkuloze kože, ki nastane hematogeno. Pojavi se v obliki malih, drobnih, okroglih ali koničastih mozoljkov, ki so pokriti z malo luskinico. Barve so rumenkasto-rdeče. Ti mozoljčki tvorijo nejednakomerne skupine na koži. Skupine se pogosto združijo v ovalne, površne ploskve, rjavkasto rdeče barve, ki so pokrite z beloumazanimi luskinami. Na taki ploskvi so posamezni mozoljčki popolnoma zabrisani, opazimo jih le še na njih robovih. Ploskve se v sredini izcelijo, na njihovem robu se obolenje razširja dalje po koži. Po izcelitvi opazimo rjavkasto pigmentacijo.

Obolenje izrine polagoma, brez splošnih težav, traja mesece, v razdobju katerih se pojavljajo nove skupine, ki zopet izginejo brez težjih okvar na koži. Lichen scrofulosorum je nameščen predvsem po trupu, a najdemo ga tudi na drugih delih telesa. Po obrazu in spolovilih zavzame v večji površini obliko ekcema, kar imenujemo eczema scrofulosorum. Če se pojavi v obliki večjih gnojnih mozoljev, acne scrofulosorum, tedaj zapušča po izcelitvi male brazgotine.

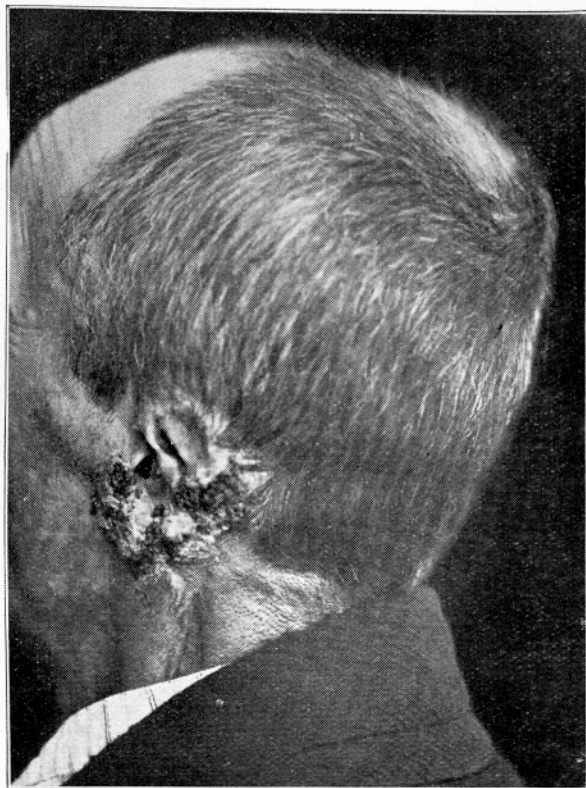


SLIKA 1 — SLUČAJ 1

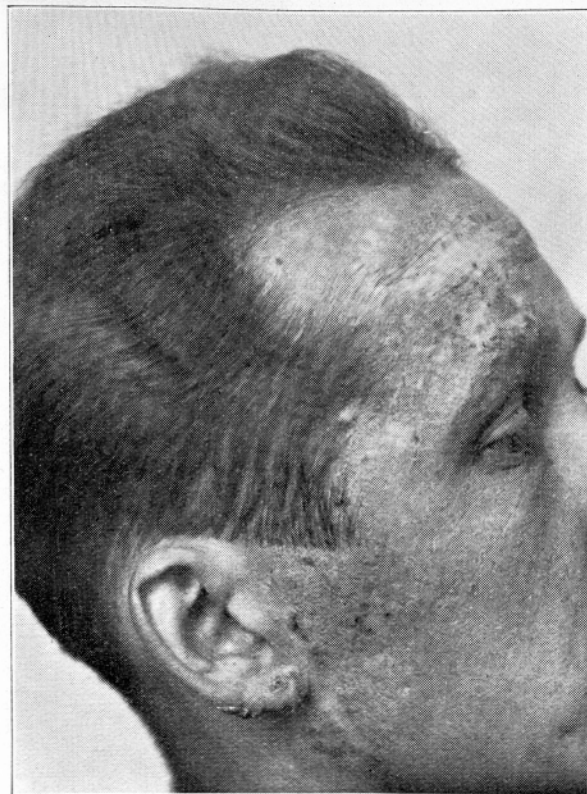


SLIKA 2 — SLUČAJ 2

K ČLANKU: Dr. JAKŠA
TUBERKULOZA KOŽE

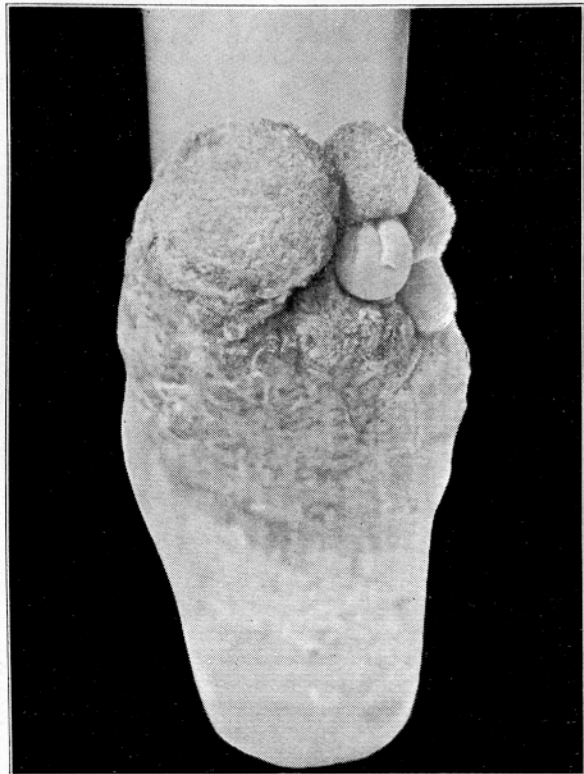


SLIKA 3 — SLUČAJ 3

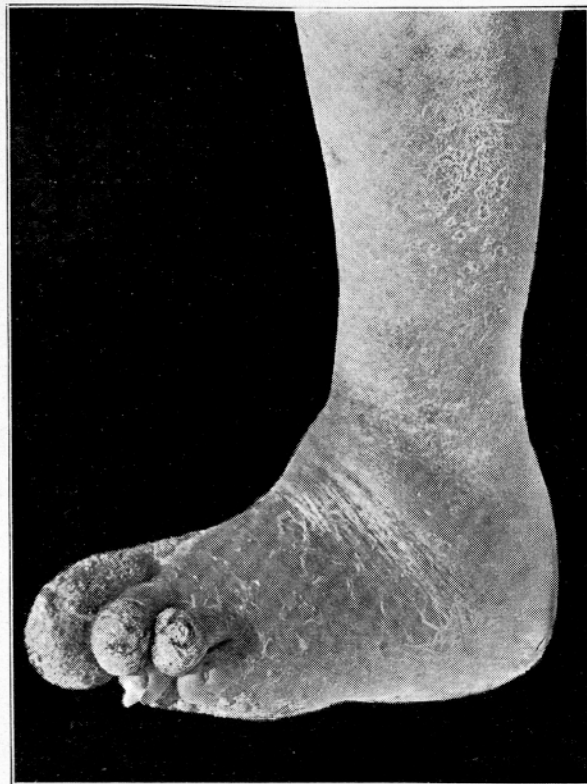


SLIKA 4 — SLUČAJ 4

K ČLANKU: Dr. JAKŠA
TUBERKULOZA KOŽE



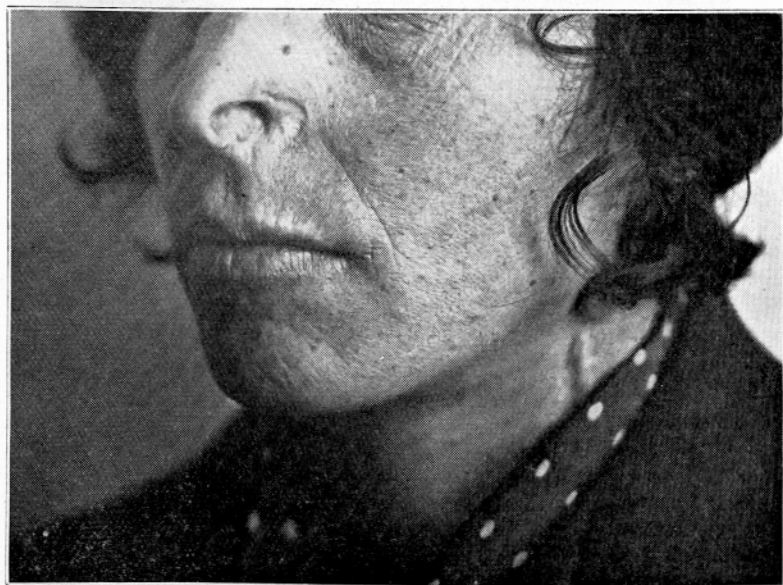
SLIKA 5 — SLUČAJ 5



SLIKA 6 — SLUČAJ 5

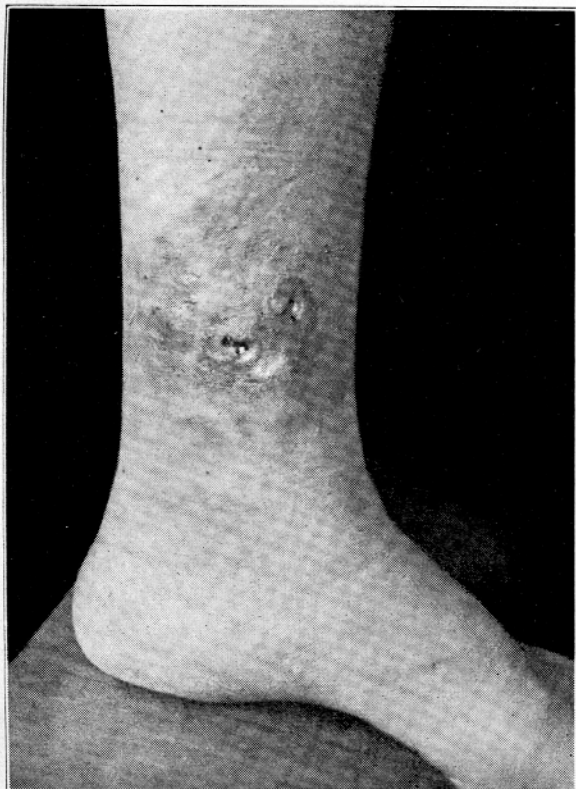


SLIKA 7 — SLUČAJ 6



SLIKA 8 — SLUČAJ 6

K ČLANKU: Dr. JAKŠA — TUBERKULOZA KOŽE



SLIKA 9 — SLUČAJ 7

Obolenje napada le mlade ljudi, po 25. letu ga opazimo redko. Kot druge kožne tuberkuloze hematogenega izvora se pojavi tudi lichen scrofulosorum česče po preboljenih infekcijskih boleznih (morbili, pertussis, scarlatina). Spremlja pa vedno bolj kronično tuberkulozo, katere ognjišče je v telesu skrite narave. Pogosto šele izbruh opisane kožne jetike opozori zdravnika, da ima bolnika, ki boluje na jetiki notranjih organov.

Prognoza je v splošnem ugodna, vendar so pogoste komplikacije na očeh, conjunctivitis phlyctenulosa, chorioiditis, iritis, iridocyclitis. Težji potek in resna prognoza je pa pri dojenčkih.

Končno omenim še nekatere kožne bolezni, pri katerih še ni ugotovljena zveza s tuberkulozo, radi česar jih ne prištevamo k skupini kožne jetike. Mnenja posameznih dermatologov o njih postanku in o zvezi s tuberkulozo so različna. Pri njih tuberkulinove reakcije ne pokažejo ničesar specifičnega; tudi kulture, mikroskopske in histološke preiskave obolelega tkiva glede TB bacila so negativne. Poizkusi na živalih so pri nekaterih od teh obolenj pozitivni, vendar tega nekateri avtorji ne priznajo.

Klinična slika delno sliči lupusu ali erythma induratum Bazin, kar pa ne dokazuje zveze s tuberkulozo kože. Razni dermatologi, Zieler, Birnbaum, Volk domnevajo, da je mogoč kak drug povzročitelj, kar posebno velja za granuloma annulare in lupus erythematodes.

Ta kožna obolenja so: benigni miliarni, lupoid Boeck, Lupus pernio, lichen nitidus, granuloma annulare, lupus erythematodes.

Kazuistika

(Glej tudi slike)

Lupus vulgaris nasi.

K. F. 40 let stara, poročena žena. V starosti 11 let je opazila na koncu nosu mozoljčke, ki so se združili v večje ognjišče. To ognjišče se je razširilo obojestransko preko nosnic, se razgnojilo. Obolenje se je zdaj izboljševalo, zdaj zopet slabšalo, vsled česar je odšla v ljubljansko bolnico. Tam se je pozdravila, bolezen se ji do danes ni ponovila. Oče umrl 32 let star za jetiko, mati 51 let stara umrla za vodenico. Brat umrl 20 let star radi tuberkuloze.

Status praesens; Na koncu nosu in na obeh nosnicah površna brazgotina. Nosnice v mali meri odjedene. V brazgotini ne opazimo lupoznih mozoljčkov.

Röntgenogram: Pljučni izvid je negativen.

Domnevam superinfekcijo s tujimi bacili humanega tipa, saj je živela kot otrok v tuberkulozni družini.

Lupus vulgaris faciei.

Bolnica Z. T. stara 56 let, poročena žena. V otroški dobi prebolela ošpice, bila večkrat močno prehlajena. Je mati treh otrok. Ena hčerka umrla v starosti 17 let za jetiko. Oče bolnice umrl star 54 let — tuberkuloza. Mati živi zdrava, 84 let stara.

13. 9. 1933 je prišla v ambulanco k ordinaciji radi kožnega obolenja na desnem licu, katero traja že mesece in se noče izceliti.

Na desnem licu v višini ustnega kota ima v velikosti dinarskega novca površno rumenkasto-rdečo liso, na njenem robu opazimo male mozoljčke. Na pritisk s steklom lisa in mozoljčki ne izginejo. 18. 9. 1933 poslana v bolnico radi operativnega izreza lupoznega ognjišča, katero se je potom diatermije odstranilo. V 14 dneh je bila operativna rana zaceljena s površno, belo brazgotino.

21. 1. 1936 pride v ordinacijo. V brazgotini opazuje približno dva meseca tri majhne rdeče pike. V brazgotini je nastala recidiva lupoznega obolenja v obliki treh lupoznih mozoljčkov.

Terapija: Potom diatermije se je odstranilo omenjene lupozne mozoljčke. (Dr. Zajc Stane) Bolnica ozdravljena odpuščena, z navodili radi kontrole.

Rentgenogram: Apeksi so zrnasto zasenčeni. Konture poedinih senc so ostre. V levem hilu in parahilu so mrežaste sence s posameznimi vozlički. Apicitis bil. et infiltratio hili et parahili sin.

Opomba: Pri bolnici se je pojavil lupus šele v starosti 52 let, radi tega tudi potek benign. Lupozno obolenje na licu je nastalo hematogenim potom iz ognjišča pljuč.

Lupus exulcerans.

Bolnik K. I. star 43 let, samski, delavec. Obolenje se je pojavilo približno pred 15 leti na levem licu, odkoder se je razširilo na levi uhelj. Na vratu so se naredile gnojne bule, katere so se odprle. Na vratu in na licu spontana ozdravitev.

Status praes.: Na levem licu ima površno belkasto brazgotino, v kateri opazimo otoke zdrave kože. Ta brazgotina sega proti bradi. Na vratu sta dve močnejši brazgotini. Levi uhelj je popolnoma odjeden do malega ostanka hrustanca. V polukrogu ob zunanjem sluhovodu vidimo umazane gnojne hraste. Po odstranitvi teh se prikaže površna razjeda, ki rada krvavi. Lupoznih mozoljčkov ni.

Rentgenogram: Pljučni izvid je negativen. Domnevam, da je na vratu bolehal za tuberculosis colliquativa. Na licu in v območju levega uhlja je bil, oziroma je še lupus vulgaris. Primarnega obolenja obeh oblik kožne jetike ni mogoče anamnestično ugotoviti, radi česar je težko izreči mnenje o eksogenem ali endogenem postanku lupusa.

Lupus vulgaris faciei.

K. St. star 27 let, samski, mehanik. V starosti 18 let je opazil obolenje na desni strani čela, katero se je hitro širilo v podobi pasa proti desnemu uhlju in licu. Zdravil se je po raznih bolnicah. 1932 je bil poslan na dermatološko kliniko v Zagreb, kjer se je zdravil s Finsenom. Po preleku dveh let so se v brazgotini pojavili ponovno oloki lupoznega obolenja. Zdravil se je zopet na zagrebški kliniki. Letos ponovna recidiva. Na robu brazgotine so nanizani posamezni lupozni mozoljčki, predvsem na uhlju.

Leta 1925 se je pojavilo za noht veliko lupozno ognjišče tudi sredini levega lica, katero je zelo hitro razpadalo. Kirurškim potom se je to ognjišče odstranilo. Do danes na tej brazgotini nobene recidive.

Oče 52 let, mati 50 let, štiri bratje in dve sestre; vsi zdravi. Bolnik sam ni bil nikdar bolan. Smatram za superinfekcijo s tujimi tbc. bacili.

Lupus vulgaris plantae pedis sin.

F. P. strojnik, si je baje leta 1920 pri nezgodi poškodoval tudi levo stopalo. Ubod z železno „klamfo“. Po njegovi izjavi se je rana v 14 dneh zacelila. A na istem mestu je ostala hrasta v velikosti 50 par. Od tega mesta se je pozneje razširilo sedanje kožno obolenje. Zdravil se je že večkrat v bolnici, ki jo je zapustil izboljššan. Bolezen se mu ponavlja. Baje ni imel pred poškodbo nikakega kožnega obolenja na levem stopalu.

Status praesens 1928: Na levem stopalu se razprostira v velikosti dlani kožno obolenje od vnanjega roba navzgor do prstov in zavzema približno $\frac{3}{4}$ celotnega levega stopala. Na tej ploskvi so raztresena manjša in večja ognjišča kožne jetike. Ta ognjišča so bila v sedanjem stanju operativnim potom odstranjena. (Dr. Jakša).

Status praesens 1933: na levem stopalu se razprostira kot dlan veliko bolezensko ognjišče, ki obsega polovico stopala in se širi tudi na spodno stran palca, kjer je zavzelo že polovico prsta. Na zunanjem robu stopala in na ostalih prstih je koža zdrava. Na obolelih mestih stopala so posamezni lupozni mozolji, ki so rjavkasto-rdeče barve

z luskinasto površino. Če pritisnemo s stekleno lopatico na te mozolje, ostane na tem mestu rumenkasto-rjav madež. Koža je močno otekla (infiltrirana), rdeča, ponekod pokrita z debelimi luskinami, drugod pa s hraslami. Če odsiramo hraste, vidimo razjedo, ki ima neenakomerno zrnčasto, krvaveče dno. Mestoma so brazgotine, ki so posejane z lupoznimi mozolji. Po stopalu so večje in manjše razjede, ki nekoliko krvave. Od stopala se bolezen širi preko notranjega roba noge na njen hrbet in obolenje se razteza v obliki trikota do malega prsta. Koža na tem mestu ima iste bolezenske znake, kot koža na stopalu. Palec leve noge je v celoti otečen in na njegovi spodnji strani je na koncu skupina krast. Levo goleni je otečeno. (Dr. Tominšek).

Sedanem obolenje je dovolj razvidno iz obeh slik.

Smatram za inokulacijo — eksogeno okužitev na poškodbi od leta 1922. Njegovi pljučni izvidi vedno negativni.

Lupus vulgaris nasi et faciei.

B. V. stara 37 let, poročena. V otročji dobi, v starosti 7 let se ji je naredila na levi strani vratu bula, katere se je ognijala. Spontana zacelitev. Njen mož in 4 otroci zdravi. V njeni rodbini ni bilo jetike. Leta 1920 je opazila na levi nosnici rdečkast mozolj, ki se je ognjil in pojavila se je mala rana. Po večletnem zdravljenju je ozdravila z okvaro na levi nosnici, ki je v velikosti nohta odjedena. Leta 1927 se je pojavilo slično obolenje tudi na desni nosnici, le v manjši meri. V ustih na trdem nebu se je pokazala za grah velika razjeda. Zdravila se je v Gorici; prejela je intravenozne in intramuskularne injekcije, WAR pozitiven. Po injekcijah se je obolenje na nosu izcelilo, le v ustih je ostala razjeda, ki je ugonobila tudi kost. Pri požiranju tekočin se te deloma izlivajo skozi nos. 1931 je prišla v tukajšnjo ambulanco radi razjed v ustih.

Na trdem nebu v ustih par razjed, zadaj v sredini za lešnik velika razjeda kosti, ki vodi v nosno votlino. Rob leve nosnice odjeden, brazgotina. Desna nosnica otečena, vendar ni opaziti nobenega defekta. WAR negativen.

Radi suma na Lu. III dobila kombinirano kuro (NS + Bis). Obolenje se po kuri ni zboljšalo. Tekom dveh let je napravila tri antiluetične kure, interno jemala Kal. jodat. Negativni uspeh zdravljenja. 3. 7. 1933 WAR negativen, 7. 7. 1933 histološka preiskava izrezanega koščka iz ustne razjede. Izvid: Granulacije brez specifičnega značaja (prof. dr. Plečnik).

Čez mesec dni se je pojavilo v sredini desnega lica za 50 parski novček veliko površno ognjišče rumenkastordeče barve. Na pritisk s steklom je ostala rjavkasta lisa. Desna nosnica je bila rdeča, otečena, z vidno razjedo na robu. Diagnoza: Lupus vulgaris.

Poslana je bila na zagrebško kliniko radi zdravljenja s Finsenom.

Ognjišče na desnem licu izceljeno, desna nosnica in sluznica izboljšana, v ustih na nebu ima še vedno male razjede. Bila ponovno radi zdravljenja v Zagrebu.

Radi težje kostne okvare v ustih je bil sum utemeljen glede sifilide, neoziraje se na anamnestične podatke o injekcijah in pozitivnega WAR. Po brezuspešnem antiluetičnem zdravljenju in vsled pojava svežega lupoznega obolenja na desnem licu je bila ugotovljena diagnoza.

Mnenje: V mladosti je bolnica prebolela skrofulodermo, ki se je spontano izcelila. V starosti 17 let se je prvič pojavil lupus vulgaris endogenim potom na levi nosnici, odkoder se je razširil limfogeno v ustno duplino, kjer je obolela sluznica in desna nosnica. Po 13 letni trajajoči bolezni se je pojavil lupus tudi na desnem licu.

Tuberculosis indurativa cutanea et subcutanea (Erythema induratum Bazin).

Bolnica P. P. stara 21 let. Otroških bolezni se ne spominja. Pozimi vedno nahod, kašlja, v prsih občuti tedaj bolečine.

1933 je opazila prvičkrat na levi spodnji okončini nad skočnim sklepom par rdečih oteklin, katere so sčasoma postale modre. Bolečin ni imela. Preko poletja se je obolenje

izboljšalo in spremembe na koži so skoro izginile. Pozimi 1934 se je obolenje ponovilo na istem mestu, v razširjeni obliki; dve enaki oteklini je opazila tudi na desni spodnji okončini isto nad skočnim sklepom. Tedaj je imela bolečine in otekline so se odprle. Obolenje je trajalo dalj časa, vendar se je poleti ponovno izboljšalo. Oče star 66 let, zdrav, mali 56 let, trpi na revmatizmu. Živita dve sestri, od katerih je ena vedno bolehnna in štirje bratje, eden bolan na ledvicah. Trije bratje umrli v otroški dobi, ena sestra stara 20 let umrla v Beogradu baje radi prehlada.

15. I. 1936 je prišla v tukajšnji ambulatorij radi omenjenega kožnega obolenja.

Status praesens: Na levi spodnji okončini opazimo na zunanji strani nad skočnim sklepom modrikaste otekline, na pritisk neboleče. Te spremembe v podkožnem tkivu se razprostirajo na površini srednje velike dlani. Posamezne otekline so odprte, za lešnik velike površne rane, iz katerih se izceja rumenkasto oljnata tekočina. Na desni spodnji okončini v istem območju takisto tri otekline rdečkaste barve, v velikosti graha.

Klinični izvid pljuč negativen (dr. Rupnik, dr. Jamar). Rentgenogram z dne 18. I. 1936: V višini črtrtega rebra desno je za oreh velika senca. Infiltratio pulm. dex.

16. I. 1936 sedimentacija krvi 12 m/m; War negativen. Mantoux reakcija močno pozitivna. (dr. Jamar) 5. II. 1936 ponovno rentgenogram: male peribronhitične sence desno v srednji krpi. Drugo je čisto. Zdravila se je v tukajšnji slanici. Bolnica se je tekom zdravljenja zelo popravila, na teži pridobila, kožno obolenje skoro izginilo.

Mnenje: Opisana kožna tuberkuloza se je razvila hematogeno iz ognjišča obolelih pljuč.

Zusammenfassung

Die Tuberkulosen der Haut. Der Vortragende befasst sich mit Pathogenese der Hauttuberkulose und schildert deren einzelne Formen. Zum Schluss des Vortrages beschreibt er 6 Fälle von Lupus vulgaris, 1 Fall von Erythema induratum Bazin und zeigt deren photographische Aufnahmen.

Literatura

Finger: Die Hautkrankheiten

Ricke: Lehrbuch der Haut-und Geschlechtskrankheiten

Frieboes: Lehrbuch der Haut-und Geschlechtskrankheiten

Arzt-Zieler: Die Haut-und Geschlechtskrankheiten Band III.

Dr. E. DEREANI — Ljubljana

Očesna tuberkuloza

Grau, teurer Freund, ist alle Theorie,
Und grün des Lebens gold'ner Baum
(Goethe: Faust)

S temi besedami Mefista še danes lahko označimo nerešen problem očesne tuberkuloze, njen postanek, razvoj in zdravljenje. Saj do odkritja Villemina in Roberta Kocha nismo poznali vzroka tuberkuloze in še danes ne vemo, jeli Kochov bacil pravi in edini povzročitelj te bolezni. Ni čuda, da stari zdravniki, počenši od Hipokrata pa tja do početka 19. stoletja ne poznajo očesne tuberkuloze. Prvi jo omenja Autenrieth l. 1808 in še pred 50. leti je Wecker v Parizu pisal, da se tuberkuloza loti vseh organov preje nego očesa. Šele mikroskop in oftalmoskop sta omogočila

E. Jaeger-ju pravilno opazovanje in opis tuberkuloze v žilnici človeškega očesa, kar je objavil l. 1855 v Graefer-jevem arhivu. Miliarne tuberkule v žilnici sta patološko anatomsko študirala Graefe in Horner l. 1879; v šarenici je opisal Gradenigo l. 1869 tuberkulozno obolenje; istega leta Arcoleo v roženici in Bouchet v mrežnici. Slede Köster z opisom tuberkuloze veznice l. 1873; Poncet steklovine l. 1876; Abadie, Valude in ljubljanski Bock so prvi opisali tuberkulozo orbite in solznih organov. Končno Sattler l. 1881 tbc. optika in Kohler beločnice l. 1883.

Toda šele po l. 1891, ko je Robert Koch odkril bacil tuberkuloze, je postala očesna tuberkuloza vsem zdravnikom znana; saj moremo v človeškem očesu skoro mikroskopsko natančno videti in zasledovati postanek in razvoj tuberkuloznih sprememb. Danes vemo, da tuberkuloza, izvzemši lečo, ne prizanaša nobenemu delu očesa — leča sama pa lahko sekundarno oboli po tuberkuloznem vnetju uveae.

Tuberkuloza nastopa v očesu v treh kliničnih oblikah: lupus, skrofuloza in prava tuberkuloza — vsa tri obolenja smatramo kot posledico okuženja s tbc. bacilom in njegovimi toksini. Razločujemo tudi bacilarno, abacilarno toksično in skrofulozno-anafilaktično tuberkulozo očesa. Očesna tuberkuloza je le redko primarno eksogeno nastalo obolenje samo zunanjih delov očesa — trepalnic, solznih organov ter veznice in roženice, ki spadata razvojno k zunanjemu integumentu kože. V drugih delih očesa, zlasti intraokularno ne najdemo nikdar primarne tuberkuloze niti skrofuloze. Po večini je očesna tuberkuloza sekundarno eksogeno — per continuitatem nastalo obolenje, navadno pa sekundarna hematogena metastaza intratorakalnega primarnega ognjišča — kompleksa. (Limfogeni metastazi oziroma mezenterialna in kosna tuberkuloza so le redko izvor očesni tuberkulozi.) Pri primarni očesni tuberkulozi se razvije po zunanji infekciji v že omenjenih delih očesa, slično kot v pljučih, primarni afekt na mestu okuženja; temu sledi obolenje regionarnih žlez mezoepitela, zlasti preaurikularne mezoepitela (primarni kompleks).

Med očesnim tuberkuloznim obolenjem in intratorakalnim ognjiščem opazujemo pogosto antagonizem: nevarna destruktivna eksudativna tuberkuloza očesa je posledica le neznatnega vnetja žlez v hilusu — cca 60 % vseh očesnih tuberkuloz. Nasprotno nastopa v 10 % benigna proliferativna očesna tuberkuloza v zvezi z malignim procesom v pljučih. V približno 30 % poteka pa očesna tuberkuloza prognostično paralelno z intratorakalnim procesom.

Tuberkuloza nastopa v očesu in v pljučih ali v eksudativno-maligni ali proliferativno-benigni obliki, bodisi produktivnega ali fibroznega značaja. Vsi deli očesa niso enakomerno občutljivi za tuberkulozno infekcijo. Največjo privlačnost nudi uvea radi svojega bogatega ožilja, počasnega krvotoka in najbrže še posebne afinitete do Kochovega bacila in njegovih toksinov. Manj občutljiva je mrežnica, vidni živec, veznica, roženica in beločnica.

Primarna očesna tuberkuloza je skoro vedno unilateralna; sekundarna pa navadno bilateralna, ker bazira najbrže na elektivni senzibilnosti in spada pod pojem organosistemskih obolenj. Sekundarno nastopa očesna tuberkuloza v drugem Ranke-jevem stadiju intratorakalnega procesa in sicer v početku alergične faze v produktivni, na višku in koncem hiperalergične faze v eksudativni obliki. Skrofulozno očesno obolenje spada v začetek drugega alergičnega stadija po Ranke-ju.

Omeniti moram tudi ulogo traume pri očesni tuberkulozi, kar je važno v socialnem zavarovanju radi morebitnih neugodnih posledic. Tuberkuloza nastopa v očesu le izjemoma kot posledica poškodbe in je treba v vsakem primeru dokazati vzročno in časovno zvezo med poškodbo in tuberkuloznim obolenjem: možnost infekcije sploh, ki je verjetna le, če je poškodba prodirna — ne pa samo površna kontuzija. Razdobje med traumo in prvimi znaki očesne tuberkuloze ne sme presegati štirih tednov.

Diagnoza očesne tuberkuloze je vedno le verjetnostna. Klinična slika, potek obolenja in torakalni rentgenski izvid, eventualni histološki izvid, sedimentacija barvi, neutrofilna barvna slika, pozitivna tuberkulinska reakcija, negativen Wassermann stvorijo šele verjetno diagnozo. Izključiti je treba vsa podobna obolenja: lues, lepra, sporotrichosis, conjunctivitis in iritis nodosa, ophtalmia sympathica, sepsis, gonoreja, sarcoma, glioma. Pozitivna diagnoza tuberkuloze je dokazana šele, če se posreči v obolelem tkivu najti tbc. bacil. Uspeh specifične tuberkulinske terapije ni še zadosten dokaz tuberkulozne infekcije. Očesna tuberkuloza v obliki skrofuloznega vnetja (conjunctivokeratitis eczematosa, phlyctaenulosa) je zelo razširjena v otroški in dečji dobi in tvori nad 30 % vseh otroških očesnih bolezni. Tuberkuloza žilnice tvori skoro 80 % vseh očesnih tuberkuloz, od tega odpade 60 % na iridocyclitis in 20 % na chorioiditis tbc.; tuberkuloza mrežnice cca 8 %, vidnega živca 6 % in vsa druga tuberkuloza veznice, beločnice, roženice, orbite in solznih organov skupno le 6 %. Od otroških dacryocystid je skoro 30 % tuberkulozne narave. Od vseh obolenj žilnice odpade nad 50 % na tuberkulozo, nekoliko manj razširjena je tbc. šarenice. V teku 18 let sem imel priliko videti med 60.000 bolniki v očesnem ambulatoriju ljubljanskega OUZD le en primer primarne tuberkuloze v veznici gornje trepalnice, 3 primere tuberkuloze beločnice in roženice, 1 tbc. vidnega živca, 2 tbc. orbite ter 5 otrok s tuberkulozo solznega mešička. V ambulatorij prihaja letno do 20 bolnikov s tbc. žilnice in mrežnice. Število skrofulozne conjunctivokeratitis (zlasti težjega značaja) pada od leta do leta. Lupus se vidi le redko, ker se zdravijo bolniki z lupusom navadno pri dermatologu. Če omenim tuberkulozo posameznih delov očesa, se moram omejiti le na nekoliko za praktičnega zdravnika važnih podatkov. Na trepalnicah opazujemo poleg lupus-a še redko skrofuloderma. Lupus preide lahko preko roba trepalnice na veznico. Primarna tuberkuloza veznice je vedno združena z zabreklinno preaurikularne žleze mezoepitela. Bivši primarij dr. Bock je opisal primaren tbc. afekt v veznici gornje trepalnice pri mladem dekletu,

ki si je v razigranosti stavilo različna gladka tuja telesca (steklene bisere, okrogle, gladke kamenčke) pod trepalnice in si jih dala izbirati od tuberkulozne prijateljice. Diferencialno diagnostično pride pri tej bolezni v poštev trahom, eksulceriran chalazeon, lepra, conjunctivitis Parinand, conjunctivitis necroticans Passer.

Conjunctivokeratitis scrophulosa nastopa v znani obliki posameznih ali multiplih eflorescenc — flikten na veznici zrkla, na robu roženice in redko na veznici tarqusa, dalje kot pannus, infiltrat ter ulcus corneae in keratitis fascicularis. Posledice so makule, leukomi, slabovidnost vsled astigmatizma. Bolezen pri nas prav rada recidivira med 2.—20. letom. Na Japonskem so temu vnetju odrasli bolj podvrženi kot otroci, najbrže radi pomanjkanja vitaminov v pretežno riževi hrani. Nesnaga (ušivost), vlažno stanovanje, pomanjkanje sonca, neprimerna hrana in različne kožne bolezni ter limfatizem predisponirajo za skrofulozno vnetje očesa. Fliktena sama je sterilen vozle s epiteloidnimi in orjaškimi celicami toda brez Kochovih bacilov in brez nekroze. Pirquet oz. Mantoux poizkus je v 90 % pozitiven, rentgenska slika pljučnega hilusa celo do 100 %. Izjemoma vidimo fliktene tudi v netuberkuloznem organizmu, nikdar jih pa ne opazimo pri živalih. Zdravljenje očesne skrofuloze je predvsem kavzalno: zboljšanje socialnih razmer, zrak in sonce, ribje olje, železo in jod, sapokalinno; lokalna terapija: lapis, kalomel, kseroform itd. Starišev ni treba plašiti z diagnozo tuberkuloze, ker očesno vnetje običajno ozdravi brez hujših posledic in večina teh otrok kasneje sploh ne oboli na pljučni tuberkulozi. Zdravljenje s tuberkulinom ni priporočljivo, razen v kompliciranih slucajih.

V roženici nastopa tuberkuloza kot keratitis parenchymatosa (ki je v 10 % tuberkulozna, v 90 % pa luetične narave), kot infiltracija in keratoscleritis, ki je pa lahko tudi luetičnega ali uričnega pokoljenja. V skleri in episkleri tvori tuberkuloza vozle, redkeje tuberkulide, navadno v zvezi z uveitis tbc. V uveji ločimo 1. iridocyclitis tbc. (eksudativna — seroplatična ali produktivna v obliki miliarnih in solitarnih tbc. vozlov.) 2. chorioiditis tbc. v obliki diseminiranega vnetja, miliarne tuberkuloze in konglomerat-tuberkula (pseudoglioma). V mrežnici nudi tuberkuloza sliko retinochorioiditis (disseminata in juxta papillaris) ter periphlebitis ali angiopathia juvenilis s ponavljajočim se krvavljenjem v steklovino zlasti pri mladih moških in končno retinitis proliferans. Vidni živec oboli na papillitis vsled solitarnega tuberkula neuritis intraocularis ali retrobulbaris in atrophia n. optici. Na orbiti opazujemo caries sprednjega roba očnice ali periostitis tbc, ki je večkrat v zvezi z obolenjem nosnih stranskih duplin. Na solzni žlezi vidimo adenitis tbc, kamor spada najbrže tudi tkzv. Mikulicz-evo obolenje. V solzevodu kot dacryocystitis in fistula tbc.

Prognosa očesne tuberkuloze je odvisna od značaja in sedeža lokalnega obolenja ter splošnega stanja celega organizma v alergičnem, hiper-alergičnem ali anergičnem stadiju. Absolutno infausna je miliarna tuberkuloza žilnice pri splošni miliarni tuberkulozi, zlasti v otroški dobi, kjer

nastopi pri binokularnem obolenju žilnice exitus letalis že po par dneh. Infaustna quoad visum et bulbum je očesna tuberkuloza v obliki konglomeratnega tuberkula, ki bujno raste kot maligna novotvorba, uzurira očesne stene, uniči vid in konča z atrofijo ali flizo zrkla. Tudi primarna tuberkuloza veznice, roženice in beločnice je resna bolezen, ker pride pogosto do sekundarne metastaze ali do obolenja notranjih delov per continuitatem. Dobra pa je prognoza očesne tuberkuloze v produktivni obliki: iridocyclitis in retinochorioiditis; nasprotno je eksudativna uveitis prognostično dvomljiva, ker radi komplikacij, sinehij, sekundarne mrežne in glaukoma oko pogosto oslepi.

Potek očesne tuberkuloze je kroničen; pogoste recidive in vmesne remisije trajajo po več let. Primarna očesna tuberkuloza je enako redka pri moških in ženskah. Sekundarna uveitis je pri ženskah zlasti v puberteti in klimakteriju bolj razširjena in je razmerje $\frac{2}{3} : \frac{1}{3}$ napram moškim. Edino periphlebitis retinae opazujemo skoro izključno pri mladih moških do 30. leta.

Ker je očesna tuberkuloza po večini sekundarna metastaza splošne (intratorakalne) tuberkuloze, se ne smemo pri zdravljenju omejiti samo na lokalno terapijo očesa, temveč moramo skušati podpreti oboleli organizem v njegovem boju proti tbc. bacilu in njegovim toksinom ter skušati ozdraviti primarno ognjišče in preprečiti ponavljajočo se bacilemijo. Žalibog pa ne poznamo do danes še nobene panaceje v chemo- in specifično imunski terapiji s tuberkulinom.

Lokalna terapija je povečini simptomatična: zaščitna temna očala, atropin, scopolamin, dionin in toplota kot pri drugih nespecifičnih obolenjih. Poleg resorptivne, hiperemične in termične lokalne terapije uporabljamo tudi terapijo z žarki ultraviolethe svetlobe od 350—450 $\mu\mu$ posebnih svetilk po Koeppe-u in Birch-Hirschfeld-u ter Finsen-ove žarke zlasti pri tuberkulozi zunanjih očesnih delov. Agresivna lokalna terapija z rentgenskimi in radium žarki je uspešna le, če zdravnik razpolaga z zadostno skušnjo in ne uporablja prevelike doze (do 15 HED) in zadostno zavaruje zdravo okolico. Subkonjunktivalne injekcije NaCl (svoječasno kot specifično hvalisano sredstvo Hetol se danes ne uporablja več), funkcija sprednjega očesnega prekata in eventualno ubrizganje autohaime v sprednji prekat. Operativno zdravljenje pride v poštev edino pri zanesljivo primarni tuberkulozi. Iridectomy v svrhu diagnoze (vcepljenje sumljivega tkiva v sprednji očni prekat poizkusne živali) ni dopustna radi verjetne propagacije procesa. Enkleacija, kateri je zapadlo še pred 40 leti veliko tuberkuloznih oces, je danes potrebna edinole v slučaju že omenjenega konglomeratnega tuberkula (pseudoglioma) in eventuelne atrofije ali flize zrkla.

Splošna terapija očesne tbc. je specifična (paraspecifična) s tuberkulinom in preparati zlata (krizoterapija) ter nespecifična (klimatična, dietetična in medikamentozna.) Splošno so priznani uspehi klimatičnega zdravljenja v gorskem podnebju: čist gorski zrak brez bakterij, višinsko sonce, zmanjšan zračni pritisk, primerna hrana, duševni in telesni mir in — last

but not least — psihična terapija v tozadevnih zdraviliščih vplivajo pogosto skoro čudežno na splošno telesno stanje, duševno razpoloženje, na preosnovo, barvno sliko in imunitelno stanje tuberkuloznega bolnika ter ozdravijo primaren afekt v pljučih in sekundarno očesno obolenje. Dijetično je treba vpoštevati vitaminsko hrano; Gerson—Hermannsdorfer-jeva surova hrana nima posebnega vpliva na potek očesne tuberkuloze. Medikamentozno uporabljamo arzen, železo, kalcij, jod, ribje olje in njegove surogate.

Specifična sredstva so različni tuberkulini in zlati preparati (krysolgan, solganol, sanokrysin.) Uspeh te krizoterapije pa daleko ne odgovarja reklamam in visoki ceni — ena sama kura 10—12 injekcij stane do 1.500 Din. OUZD upravičeno odklanja to sicer moderno in drago zdravljenje, ker „ni vse zlato kar se svetli“ in ker niso najdražja sredstva vedno tudi najboljša. Uspeh je precej problematičen in se da navadno doseči s cenejšimi, ekonomskimi sredstvi, ki so klinično preizkušena in splošno priznana. Pravilo — post hoc ergo propter hoc — ne velja kar se tiče specifične terapije očesne tuberkuloze, ker večkrat dosežemo, kot že omenjeno, enake ali celo boljše, hitrejše in trajnejše uspehe brez uporabe krizo- oz. tuberkulinske terapije.

Mnenja o terapeutični vrednosti tuberkulinskih preparatov so še danes precej različna — zelo nasprotna. Poleg fanatičnih zagovornikov zlasti nekaterih nemških klinikov, ki smatrajo neuporabo tuberkulina za vitium artis, imamo tudi kliničarje skeptike, ki pripoznajo tuberkulinu le neznamenit uspeh ali ga celo zanikajo. Hippel omenja n. pr. do 75 %, Hess in Hertel nasprotno niti 20 % ozdravljenj očesne tuberkuloze po uporabi tuberkulina. Vsi kliniki pa soglašajo v naziranju, da postane nepravilno uporabljen tuberkulin lahko dvorezen meč, če zdravi ž njim nevešč in nevisten zdravnik, ki nima zadostne izobrazbe in izkušnje, brez stroge indikacije, stalne kontrole in natančne dozacije. Danes imamo že specialiste za zdravljenje očesne tuberkuloze — ftizeo-okuliste — izobražene v okulistiki in ftizeologiji, ki dosegajo z ali brez tuberkulina do 80 % ozdravljenj.

Od prvega tuberkulinskega preparata Roberta Kocha v l. 1900 imenovanega AT, ki je nepravilno in v previsoki dozi uporabljen, napravil več škode kot koristi in zahteval dovolj človeških žrtev, smo dobili skoro vsako leto nov preparat. V l. 1913 sta Baudelieu in Röphe naštel, da že 20 različnih tuberkulinov — danes presega njihovo število že 50. V uporabi so Kochov novi tuberkulin (T. R.), emulzija tbc bacilov (BE), tuberkulin Beraneck, ki ga uporabljata zlasti znana ftizeologa okulista Sahli in Werdnberg, tebeptin Tönniessen, partigeni Much—Deyche, ektebin in pertubin (za kušano zdravljenje), antigen methylique in zadnja leta japonski preparat „A-O“ (Aryma-Ohnava). Cepljenje po Ponndorf-u z AT je danes radi nemogoče kontrole in doziranja le malo uporabljeno; Friedmann-ovo sredstvo so splošno opustili.

Tuberkulin uporabljamo perkutano, intrakutano in subkutano. Predpostavljamo uspešnega zdravljenja je pravilna indikacija: načeloma pričnemo zdravljenje z minimalno dozo do $\frac{1}{10000}$ mg, postopno zvišujemo dozo, ne da bi izzvali večje lokalne ali splošne reakcije — glavobol, povišane temperature, splošne oslabelosti. Upoštevati moramo vse kontraindikacije kot: bolezni srca, ledvic, nosečnost, sladkorno bolezen itd. Zdravljenje s tuberkulinom traja 1 do 2 leti.

Tuberkulin ne uniči Kochovih bacilov; vpliva pa hiperemično na žleze primarnega kompleksa, da tvorijo več antitoksina, ki prihaja po krvni poti v bolno oko. V boju obolelega organizma proti tuberkulozni infekciji, kjer velja načelo to be or not to be — that is the question — more tuberkulin povečati naravne odporne sile, ne sme jih pa s preveliko dozo ali napačno indikacijo oslabiliti in spečega, latentnega ognjišča razdražiti ter povzročiti ponovno bacilemiijo. Tuberkulinova brizgalka ni tako nedolžen instrument, kot se zdi nekaterim zdravnikom, saj je človeška kri — po kateri edino vpliva tuberkulin — sok posebne vrste in ne smemo, kot omenja nekje sarkastično Much, primerjati bolnega človeka s poizkusnim kuncem ali morskim prašičkom.

V medicini sploh in posebno še v socialnem zavarovanju mora veljati v zdravljenju načelo nil nocere in salus aegroti suprema lex. Vesten zdravnik, ki ima zadostno izobrazbo in življenjsko skušnjo, postane kar se tiče terapije očesne tuberkuloze z leti vedno bolj skeptičen; dnevno vidi, da je Hipokratov izrek — natura sanat, medicus curat — vedno bolj resničen. Medicus bodi le minister naturae in v terapiji treba eo ducendum, quo natura vergit. Neverjetno se nam zdi, da še danes „zdravniki“ zdravijo glaukom, trahom in očesno tuberkulozo z intravenoznimi (protein?) injekcijami — quousque tandem! V delavskem zavarovanju mora zdravnik skušati vrniti čimprej bolniku ogroženo zdravje z najuspešnejšim zdravilom. Tuberkuloza je dolgotrajna, izrazito socialna bolezen, ki izčrpa do skrajnosti vsa razpoložljiva materijelna sredstva. Socialno čuteči zdravnik uporabi vsa, tudi najnovejša, toda preizkušena sredstva, ki imajo dokazan uspeh; vplivati mora pa tudi na psiho očesno tuberkuloznega bolnika, ki mu grozi izguba vida ali celo očesa, kajti vsak fizičnik je tudi duševno prizadet in tu ne pomaga še tako drago reklamno zdravilo, nego samo osebnost zdravnika in pravilna psihoterapija, ki je več vredna kot vsa ropotarnica kemičnih tovarn.

V prospektu „A-O“ (specifično profilaktično in zdravilno sredstvo proti tuberkulozi) beremo dobesedno, da se uporablja ta japonski preparat s polnim uspehom v vsakem, razen terminalnem stadiju tuberkuloze vseh organov, specialno še pri očesni tuberkulozi in simpatični oftalmiji; nadalje pa pri amenoreji, splošni slabosti, anemiji, kroničnem katarju nosa in ušes, vseh vrsteh imalgije — neuralgije. Treba le 15—20 injekcij, ki stanejo do 3.000 Din in po 3—6 mesecih to kuro ponoviti. Jeli to sploh zdravljenje? ali čudež? vpraša neveren Tomaž. Ne varajmo sebe, bolnika in človeške

narave. Pri zdravljenju očesne in splošne tuberkuloze vam morem le odkrito in prepričevalno svetovati: *Medice — primum medica mente, denique solum medicamentis.*

Sivo meglene, dragi prijatelj, tuberkulozne danes vse so teorije
Brez socialne skrbi in tuberkulozne lige uspešne ni je terapije.

Dr. POGAČNIK JOSIP, predstojnik odd. za ušesne, nosne in vratne bolezni drž. bolnice

Tuberkuloza grla

Vse vrste tuberkuloznih obolenj na raznih organih človeškega telesa ste tekom dosedanjih predavanj imeli priliko spoznavati, toda menim, da bi med njimi težko našli katero hujšo od tuberkuloznega obolenja v grlu pa tudi sicer v vsej patologiji komaj tragičnejšega kot je tuberkuloza grla. V podkrepitev te trditve naj navedem samo dejstvo, da so nekateri slučajji tega obolenja v grlu tako težki, tako boleči, s takim neznosnim trpljenjem zvezani, da tako oboleli raje umrjejo od lakote kakor da bi požirali hrano vsled nepopisnih bolečin. Zato menim, da je upravičeno, da se tudi mi pečamo s problemom, kako bi najbolje in najuspešneje mogli pomagati in lajšati neznosno breme tako obolelih. Da moremo to v večini slučajev tudi doseči, bomo spoznali v teku nadaljnjih izvajanj, vendar pa je potrebno, predno preidemo na terapijo, preje se nekoliko pečati s procesom samim, ker je vsled razne lokalizacije tuberkuloznega procesa pa tudi vsled stadija in oblike obolenja terapija pri raznih teh okoliščinah čisto drugačna.

Zakaj pa je tuberkulozno obolenje grla še tako težko? Najprvo navajam, da je tuberkuloza grla skoro vedno sekundarna, da je večinoma pacient že težko bolan na pljučih preje predno oboli na tbc. v grlu. Že to dejstvo, da oboli že preje težko bolan človek povrh na še težji bolezni, pojasnjuje v kako težkem stanju so tako oboleli. K temu pa še pride nesrečna lega tega organa, ki leži na razpotju dveh za življenje tako važnih funkcij ob prehodu hrane v požiralnik ter zraka pri dihanju iz nosu v grlo, sapnik in pljuča; pri tem pa ne smemo pozabiti še na govor, ki je vezan na zdravo grlo in zdrava glasila. To so torej tri važne, za pravo življenje neobhodno potrebne funkcije, katerih delni ali celotni izpad pomeni ev. propast človeka, ki je že sam na sebi vsled pljučne bolezni onemogel. Iz teh izvajanj je torej razvidna potreba specialnega obravnavanja tuberkuloznega obolenja grla.

Kakšen pa je navadno početek in razvoj tuberkuloze grla? Kašelj, ki muči za pljučno tuberkulozo obolele, je vedno nov inzulit za glasilke in druge dele grla. Ekspektoracije vsebujejo nebroj tuberkuloznih klic in ni čuda, če se zrahljani epitel in male erozije, povzročene po kašlju, govorjenju in požiranju, s tuberkuloznim materijalom, ki grlo pasira, inficirajo. V tkivu grla nastanejo kjerkoli pod površino sluznice v submukoznem tkivu in miškulaturi

tuberkulozna zrna, obstoječa iz epitelialnih celic, ki so obdane od okroglih celic v obliki nasipa krog in krog, od koder te okrogle celice prepegajo tudi notranjost teh zrn. Ta tuberkulozna zrna so obdana od limfocitov, med katerimi limfociti je tudi nekaj leukocitov s polimorfnimi jedri. Ti limfociti se razširjajo po okolici in tvorijo z zgoraj imenovanimi zrna kmalu subepitelialne infiltrate. V infiltratih najdemo tudi orjaške celice in plazma-celice. Infiltrati so na površini vidni v obliki gladkih, cirkumskriptnih, malih, nekoliko bolj rudečih odebelin, ki so na glasilih vsled njih bele barve močnejše vidne, kot pa na drugih delih grla. Mogoče je, da nastane več takih infiltratov, ki so večinoma le na eni strani grla.

Infiltrati so čimdalje večji na širino in globino, vedno močnejše rudeči, tako da vidimo močna vnetja in močne odebeline. Da pri tem brezobzirnem pohodu zgrabi obolenje vse, kar je na poti, je razumljivo. Sprva napade v sluznici sami razne žleze, nato preide obolenje tudi na epitel sam, ki se množi, odebeli na vse strani in poda izrazitejšo sliko močnega infiltrata. Epitel, v začetku še z gladko površino, pa pri tem vnetju toliko trpi, da postane nejasen in negladek in da na to začne od znotraj na ven razpadati. Ta epitel nad tuberkuloznim infiltratom pa tako razpade, da je v sredini nad infiltratom defekt, med tem ko so obmejni deli infiltratovega epitela ostali ohranjeni. Tako je nastal tuberkulozni ulcus, ki ima na robovih preko ta rob segajoči epitel. Razen tega znaka more tbc. čir imeti v začetku tudi obliko male udolbine, z močnejše rdečo okolico. Mnogokrat se tvori več infiltratov in od teh more vsak zase razpasti v čir tako, da je možnih naenkrat več ulkusov, kar seveda zopet pomnožuje trpljenje in slabšo prognozo.

Od tu naprej pa more kreniti proces na eno izmed dveh smeri, benignejšo ali malignejšo; če ima organizem kaj več odporne sile, je možno, da se začno delati na dnu tuberkuloznega čira zdrave, rdeče granulacije, ki ga pokrijejo in iz katerih se sčasoma tvorijo zdrave brazgotine. Možno je tudi, da se je infiltrat sam začel spreminjati, preden je nastal ulkus, v smislu zdravljenja tako, da se začne v njem tvoriti hialino vezno tkivo, ki polagoma nadomesti prejšnjo sestavino, ter se spremeni nato v trdo vezno tkivo in v ograničeno trdo ognjišče, ki pomeni večinoma ozdravljenje.

Še tretjo benignejšo obliko tuberkuloze grla poznamo, da se včasih v notranjosti grla infiltrati, ki morejo po obsegu zavzeti ev. tudi velike dimenzije, tako ustalijo, da se ne spremenijo celo leta. Tako imamo pred seboj benigno fibrozno tuberkulozo kljub velikim obsegom teh infiltratov.

Ti prevrati v zboljšanje obolenja so žalibog najraje izjema in večinoma krene proces v nasprotno smer. Čir, brez granulacij na dnu, umazano obložen, hiti razjedati tuberkulozni organ čim dalje globlje, dokler ne doseže ali perihondrija ali pa kakega živca, ki ga razkrije tako, da leži prosto odprt in da je izpostavljen vsem inzultom, kar jih je v tem kraju mogočih po govorjenju, po požiranju, po kašlju, da celo po dihanju. Prosto ležeči živci, dražen vedno znova po vsem tem, pa povzroča one velike bolečine, ki sem jih že prvotno omenjal. Pa tudi perihondritis sama ni dosti lažja za paci-

jenta, posebno če pristopi še k tuberkuloznemu vnetju po drugih bakterijah kombinirano obolenje, kar se vsled prosto ležečega procesa kaj lahko in rado zgodi. Če je obolel perihondrij, nastane lahko na tistem mestu pod njim absces, ki nekrotizira hrustanec. Slednji izpade, nakar je videti še večji in globlji ulkus.

Iz opisanega posnamemo torej, da razločujemo sledeče razne oblike in lege tuberkuloze:

1. Tvorba tuberkuloznih zrn,
2. stadij infiltracije,
3. eksulceracija,
4. perihondritis ali razkritje živca.

5. Treba je nadalje omeniti edeme, ki jih povzroča ali tuberkuloza sama ali pa v kombinaciji po drugih bakterijah. Ti edemi se pojavijo najraje na ariepiglotičnih gubah ali na jezični stani epiglotide. Ti edemi so včasih tako močni, da notranjosti grla ne moremo več videti. Edemi morejo povzročiti tako močne, stenoze da se more pacient brez traheotomije zadušiti.

6. Posebno nevarna vrsta tuberkuloze v grlu je ona, ki nastopi v miliarni podobi tako, da nastane nebroj subepitelialnih zrn, iz katerih nastane mnogo malih ran toda tako, da se tak proces vedno znova ponavlja in da je čimdalje več takih čirov. Tako obolenje gre roko v roki s splošnim miliarnim obolenjem. Končno podleže bolnik splošni miliarni tuberkulozi.

7. Čeprav je infiltracija na glasilih morda ista kot na drugih delih grla, se mora posebej njih tuberkulozno obolenje navesti radi tega, ker se odebeljena glasila ne sklepajo več pravilno, pacient postane hripav ali pa več ali manj afoničen, brez glasu, kar se navadno razvija počasi. Po daljšem poteku te bolezni odebele ali otečejo ev. glasila tako, da je tudi ta pacient v nevarnosti zadušenja in da pride v obzir tudi tu traheotomija. Da take ožine v grlu ne pripuščajo v pljuča dovolj zraka, je zopet ena onih oteževalnih okolištin za pohujšanje obolenja.

8. Da posamezni infiltrati konfluirajo, da se zberejo ti skupni infiltrati po čimdalje večji rasti v velike tumore, je umevno, pa tudi to, da tvorijo ti tumorji po obolenju epitela in po njegovem razpadu velike granulacijske tumorje. Če je ta granulacijska tvorba zdrava, se začne ta proces celiti, v nasprotnem slučaju pa nastane po razpadu teh granulacij seveda velik ulkus, kar smo omenjali že tudi preje.

V splošnem smatramo, da nastopi tuberkulozno obolenje grla po direktni poti potom izmečkov, ki inficirajo kako erozijo v grlu, to pa večinoma šele po daljšem in težjem obolenju pljuč. Vendar se mora omeniti, da je nastopilo obolenje v grlu pri zaprti pljučni tuberkulozi tudi lahko po limfnih ali krvnih potih, dočim je pri odprti tuberkulozi najverjetnejša infekcija po izmečkih. Tuberkulozno obolenje grla najdemo semintja izjemoma pri pacientih, ki izgledajo sveži in popolno zdravi in ki o kaki lastni pljučni tuberkulozi ničesar ne vedo, ki nimajo nobenih izmečkov in nobene povišane temperature.

Kako pa izvemo, da je v danem slučaju tbc. grla? In zakaj je to posebno važno vedeti? Treba je to dognati, ker je več sličnih nevarnih bolezni, ki brez zdravljenja vsaka zase more ugonobiti človeka. S pravilnim zdravljenjem pa ga moremo pri teh obolenjih rešiti. To so v splošnem tri glavne bolezni, druga nevarnejša od druge, ki jih moramo ločiti vsak-sebi in vse 3 pa od navadne kataralne afekcije ali od nenevarnih papilomov. Gotovo je še mnogo drugih bolezni v grlu, toda v splošnem pridejo za diferencialno diagnozo v poštev rak, sifilis in tbc. grla. Vsa ta obolenja so pa ozdravljiva, med njimi tudi rak, vsako obolenje pa na svoj način. Zato je pravočasna in pravilna diagnoza tako važna. Ne vselej, toda skoraj vedno ločimo te nevarne 3 bolezni od navadnega kataralnega vnetja po tem, da je slednje obolenje difuzno, na obeh straneh grla enakomerno razširjeno; zgoraj tri imenovane nevarne bolezni pa napadejo večinoma vsaj v začetku samo eno stran. Tbc. grla bomo dostikrat spoznali po tipičnih zrnastih, malih infiltratih. Karcinom se pokaže sprva najraje v roženasti, jasno izraženi, na površini belkasti odebelini. Če se pa karcinom začne v obliki granulacij in če tbc. nima imenovanega izgleda in če lues posnema obliko enega od teh obolenj, kako bomo mogli vkljub temu dognati za kaj gre? Probatorna ekscizija je večinoma uspešen pripomoček, toda ne vedno, ker sta lues in tbc. histološko dostikrat slična. Probatorna ekscizija more pri karcinomih zgrabiti le oni del, ki ni karakterističen, to je oni del tkiva, ki je le po karcinomu spremenjen, sekundarno vnet. Zato je treba napraviti ponovno probatorno ekscizijo. Iz anamneze ter iz splošne telesne preiskave se da marsikaka bolezen dognati. Pri tbc. grla nam mnogo pove pljučni izvid, ter mogoče tudi familiarna dispozicija. Pozitivna Wassermannova reakcija nas morda tudi povede na pravo pot in poizkusno zdravljenje s salvarzanom ali jodkalijem odkrije ev. vire obolenja. Ta slednji poizkus lahko napravimo celo pri negativnem Wassermannu in nam morda vkljub negativnosti Wassermanna — če je zdravljenje uspešno — pove odkod ta bolezen. Če vse to odpove, če ni drugih za kako gotovo bolezen sigurnejših znakov, bomo mislili, če je bolnik že v letih, na karcinom.

Pri presoji vseh teh okolnosti bomo mogli najti skoro sigurno pravo pot, čeprav nismo iz katerihkoli vzrokov izvršili probatorne ekscizije. Ti poizkusi so posebno potrebni v onih nejasnih slučajih, ko se na podlagi kroničnega katarja kaka izmed teh malignih bolezni razvije, to je na že od katarja močno spremenjeni celotni sluznici grla, ker je v tej komplikaciji diagnoza težavnejša. Kronična laringitis more tudi sama zase obstojati vkljub še zraven nastajajoči drugi bolezni, bodisi tuberkulozi, sifilidi ali karcinomu. Na vsak način pa naj velja pri vseh dalje časa obstoječih obolenjih grla, recimo več kot poldrugi mesec, pravilo, da takega bolnika napotimo k specialistu, ker je usoda teh bolnikov odvisna od pravočasnega spoznanja narave bolezni ter pravočasno započetega zdravljenja. Za malokateri organ moremo namreč toliko uspešnega storiti kot za grlo, pa čeprav gre za najtežje bolezni, kot so rak, tuberkuloza in sifilis, ako pride pacient pravo-

časno v zavod. To velja posebno za zdravnike, ki ne obvladajo laringoskopije. Pa tudi oni, ki so v tem že bolj verzirani, naj pošljejo bolnika v bolnico tedaj, če jim ni slučaj dovolj jasen, ker včasih vidimo tuberkulozne infiltrate v vseh mogočih formah, bodisi kot majhne, jasno omejene odebeline s široko podlogo, ali ven štrleče papilome, ali koničaste, igličaste ozir. grbaste izrastke, gladke ali razjedene, raztrgane. Taki infiltrati utegnejo biti tudi navadni, nenevarni papilomi, ki včasih po eksciziji ali rentgenu za vedno izginejo, akoravno so po obliki in po enostranosti eventuelno slični tbc. afekciji.

V stadiju eksulceracije pa je diagnoza že preje mogoča, zato je pa tudi zdravljenje težje ali pa že celo brezuspešno. Ulcera so mogoča na vseh delih grla. Na glasilih so začetkoma v podobi in velikosti leče, in se morejo raztegniti v nadaljnjem poteku po vsej dolžini glasilk tako, da so videti v obliki jarka, preko katerega morejo segati odebeleni raztrgani robovi. Tako razjedena ulcera vidimo na zadnji steni grla, na žepnih trakovih, na epiglotidi na arihrustancih; pri slednjih je velikokrat opazati kmalu prehod čira na submukozo in na hrustanec, ki se more kot sekvester izločiti, kar posebno močno poglobi in razširi ulkus. Vendar so v splošnem tbc. čiri navadno bolj ploski in, kot že večkrat omenjeno, s spodjedenim robom.

Nasprotno je pa luetičen ulkus lijakast in zavzema svoj prostor kot predilekcijsko mesto najraje ob vhodu grla ali na epiglotidi, dočim si izbere tbc. ulkus raje sedež na zadnji steni grla pod epiglotido. Tuberkulozni infiltrat je pa včasih bledejša barve, luetičen temnordeč. Lokalna bolečina je lastnost tuberkuloze. Zelo važen faktor je pri diferencialni diagnozi, da upoštevamo obliko poapnenčenja ščitnega ter okroglega hrustanca, ker je pri tuberkulozi to poapnenčenje pomankljivo, slabotno, pri luesu pa je močno, z zobčastimi in igličastimi figurami. Ta rentgenološki izvid je za obe bolezni karakterističen in naj se v dvomljivih slučajih uporablja za ugotovitev diagnoze.

Ob prehodu k terapiji lahko že iz dozdaž navedenega sklepamo, da najbrže ne bo resničen že stari izrek avtorjev, da je obolenje grla v teku pljučne tuberkuloze zadnji akt velike tragedije. To bomo še bolje razvideli iz nadaljnjih izvajanj, ki bodo razpravljala o terapiji. Akoravno za večino bolezni velja pravilo, da je tem manj pričakovati ozdravljenja in zboljšanja, čim več zdravil in zdravilnih metod eksistira, moremo za tbc. grla reči ravno nasprotno, da dosegamo ravno radi številnih pripomočkov mnogo uspehov. Zato naj Vas nikar ne bega cela vrsta raznih nasvetov.

Predvsem je treba dvigniti odpornost bolnika. Kot merilo za presojo telesne odpornosti je vzeti razun stanja pljučne bolezni tudi težo, temperaturo, reakcijo krvne usedline ter krvno sliko. Če ni pljučna tbc zelo progredientna, temperatura ne mnogo preko 37,3 in ne preveč labilna, če teža ne pada in če krvna slika ne kaže posebnega odklona na levo, potem je pričakovati mnogo tudi od lokalnega zdravljenja. Upanja na uspeh naših stremljenj v korist bolnika bomo imeli tem več, čim boljše higijenske razmere bomo poiskali za bolnika ali ga poslali tja, kjer je največ dobrih

pripomočkov zanj. Zato je izven vsake diskusije, da je to najlažje v dobrih sanatorjih, ki naj imajo tudi specialista za grlo, saj skoro $\frac{1}{3}$ vseh pljučnih tbc. trpi več ali manj za obolenjem grla. Ko si bolnik zdravi v teh zavodih svoja pljuča na najsmoternejši način, je že s tem storjeno mnogo za zdravljenje grla. Ako ni prostora v specialnih zavodih, mora priti bolnik v brezprašno ozračje, do kolikor možno dobre prehrane in dobre postrežbe; pacient se mora vzdržati vsakega govorjenja, kar je pri ženskem spolu večinoma zelo težko doseči — in vsake dražeče hrane: alkohola, ogljikove kisline, zelo mrzlih in vročih jedi, močnih začimb ter kajenja. Uместno je redno meriti temperaturo, ker posnamemo iz nje potek bolezni; istotako pove mnogokratno tehtanje o razvoju procesa na boljše ali na slabše. Isto pokaže tudi hitrost eritrocitnih sesedlin, 25mm v 45 minutah. Pacient naj leži kolikor mogoče veliko časa. Treba je takoj uvesti zdravljenje pljučne tuberkuloze po modernih metodah.

1. V lokalni terapiji zavzema eno prvih mest za zdravljenje infiltratov obsevanje z rentgenom in sicer tudi potem, če so široko razširjeni. Od dveh polj na obeh straneh grla se aplicira $\frac{1}{10}$ HeD; torej 60 rentgenskih jednot damo vsake 3 do 4 tedne. Če pacient to dobro prenese, se lahko zviša obsevanje na dvojno tako dozo. Previdnost pri obsevanju grla z rentgenovimi žarki je istotako kot pri karcinomih z radijem zelo potrebna. Pri večjem in premnogokratnem obsevanju bi mogli tbc. infiltrati ulcerozno razpasti in bi tudi mogle nastopiti poznejše reakcije po sumiranju tega upliva, kar more poškodovati hrustanec grla ali pa okolico. Povišanje temperature daje znak za previdnost. Navedeno rentgensko obsevanje se je posebno obneslo pri lupusu grla.

2. Drugo zelo važno, tudi povsod priznано sredstvo za zdravljenje grla je obsevanje z umetno, sončni podobno lučjo, ki jo propagirata dve dunajski kapaciteti vsak na svoj način Cemach in Wessely, ki nista razun obsevanja rabila nobenega drugega sredstva. To obsevanje se je razvilo iz navadnega obsevanja s sončno lučjo, kot jo je prvi upeljal dr. Sorgo, učenec profesorja Schrötter-ja in poznejši predstojnik sanatorija v Allandu za tuberkulozo.

To obsevanje obstoji v tem, da se navadijo bolniki sami z navadnim zdravniškim ogledalom za pregled grla vreči sončno luč v grlo. Pozneje so uvedli kremensko luč, sedaj pa uporablja najuspešnejše Cemach svoj fotostat, Wesely pa svoj aparat z obločnici enako lučjo z mogočno intenziteto ni svetlostjo, ki doseže svetlost visokogorskega sonca. Ta luč se direktno aplicira tako kakor vršimo mi direktne bronhoskopije z vpeljavo večje cevi skozi usta, skozi katero meče aparat luč v grlo. Pacienti pri tem obsevanju leže. Uspehi so pri tako težki bolezni relativno zelo zadovoljivi.

3. Za tuberkulozne infiltrate sta nadalje izvrstni sredstvi galvanokauter in pa kireta. Prvi požge večji del infiltratov, druga pa odstranjuje bolne in razpadle dele infiltratov in čirov, posebno onih, ki so prominentni. Za

galvanokaustiko zadostuje par globljih, krajših vbodljajev s ploskim žgalnikom. Ako preveč ne žgemo s to pripravo, dosežemo večkrat zelo lepe uspehe, če to lažjo galvanokaustiko ponovimo le vsake tri tedne in ne pogosteje. Po odstranitvi s kireto naj se tudi rabi takoj galvanokaustika. Seveda se pa smeta ti dve metodi rabiti le, če je splošno stanje bolnika zadovoljivo, ker pomeni to zdravljenje za tbc. bolnika precej velik poseg in insult. Priporočljivo je, da se tudi po teh dveh operacijah zdravi naprej z lučjo.

4. Nepogrešljiva sredstva so ona, ki lajšajo in odstranjujejo bolečine, posebno one bolečine, o katerih sem takoj uvodoma govoril. Bolnika bomo mogli rešiti le, če gledamo najprej na to, da ga ohranimo kolikor mogoče močnega in odpornega. Tega pa ne bomo mogli, ako ima pacient pri požiranju bolečine, ker je dobra prehrana eden najvažnejših faktorjev. Zato je naša prva dolžnost, da odstranimo bolečine.

Kot zdravilo pri malih težavah bi morda v začetku zadostovalo, če uprasišimo pred jedjo s prašilnikom ortoform ali anestezin. Ortoform ali anestezin more pacient vzeti tudi sam, tako, da strese nožno končnico tega praška na jezik in da ga počasi v ustih raztopi ter požira. Dobro je če instiliramo 2 do 3 procentni mentolparafin; ev. damo pacientu dysphagin tablete; te tablete ne vsebujejo strupenega kokaina temveč nestrupeni tutoka'n.

Včasih zadostujejo psykobenyl tablete. Na dunajski Marschicovi polikliniki toplo priporočajo tablete pyresthäsina, od katerih vzame pacient 10 do 15 minut pred jedjo eno v usta, jo v ustih raztopi in sicer vseh skupaj 3 na dan. Anestezija traja tudi do tri četrt ure, da ima pacient dovolj časa užiti hrano neovirano. Ker nekatere druge tablete vsebujejo kokain, naj se raje uporabljajo, posebno pri lažjih slučajih, te imenovane tablete. Pri eksulceracijah je uspešna tudi emulzija, kakor jo priporoča Bajkay.

Rp. Mucilago Gumi arabici,	
Syrupus Altheae	aa 10,00
Aq. amygdal. amar.	
Anaesthesini	aa 3,00
Aq. dest.	100,00

M. f. emulsio

DS. $\frac{1}{4}$ ure pred jedjo 1 veliko žlico.

Le v težjih slučajih bomo izjemoma uporabljali 5—10—20 procentni kokain ev. mešan z dvema deloma adrenalina.

5. Včasih pa nam niti treba ni seči po zdravilih, ker se dajo bolečine olajšati z gorkoto ali ledom, ki jih apliciramo s termoforom. V istem smislu more vplivati tudi gumijeva poveza okolu vratu, ki jo ovijemo pod ščitnim hrustancem in nategnemo samo toliko, da zadobi obraz pacienta modro-rudečo barvo. Ta poveza ostane na vratu prvi dan maksimalno

6 ur, pozneje pa tudi 12, 18 celo 22 ur. To povzroča močno hiperemijo v grlu, ki zmanjšuje, največkrat pa celo odstranjuje bolečine. Pacienti prenašajo to Bierovo povezo večinoma brez vseh težav.

6. Tudi prej omenjena galvanokaustika in kireta odpravi včasih mahoma bolečine.

7. Wotzilka priporoča ne samo v svrhu zdravljenja, temveč tudi v olajšanje ali ukinitve bolečin mazanje grla z 2% argochromom, ki po vsakdanji 8 dnevni maži očisti rane v grlu in s tem odpravi bolečine.

8. Zgodi se pa, da vsa tu našeta zdravila ne zadostujejo za umiritev bolečin. To nam da povoda dovolj, da se lotimo alkoholnih injekcij v nervus laryngeus superior, ki ga injiciramo 85 procentnega 1 do 1 pol cm³ nekoliko pogretega pri njegovem prehodu skozi membrano hiotireoideo v grlo. Že nekaj sekund po injekciji — če se je posrečila — more pacient večinoma že piti. Žalostni obraz bolnika se razjasni, pacient postane mahoma drug človek. More takoj jesti in tako zelo popraviti svoje telesno stanje. Vpliv alkoholne injekcije more trajati več tednov. V zelo hudih primerih se da ev. alkoholna injekcija tudi obojestransko. Strah, ki so ga imeli preje radi možnosti, da se po obojestranski injekciji zaleti hrana in da dobi pacient potem pneumonijo radi ev. aspiracije hrane, pa ni vedno upravičen.

9. Prav izjemoma pa tudi s tem ne izhajamo in treba je poseči še dalje direktno na živec tako, da ga ekscidiramo. Uspela neurotomia pa naenkrat izloči vse bolečine.

10. Žalibog se pa prav izjemoma dogodi, da je treba še hujših posegov. Če je grlo tako močno bolno na vse strani, da leži v organizmu kot neizmerno boleč, mrtev, razpadel privesek, ki je samo še ovira in na katerega ozdravljenje ni več računati, in če je splošno zdravstveno stanje še razmeroma dobro, potem se grlo v celoti odstrani. Napravi se laringektomija, po kateri seveda tudi bolečine odpadejo.

To so torej ona sredstva, s katerimi nam je dano v skoro vseh slučajih hudih bolečin bolnikom pomagati. S tem, da odpravimo bolečine, rešimo premnogokrat pacienta smrti, ker mu damo možnost, da zopet uživa hrano, da vsled bolečin ne umrje od lakote, da se okrepi in da mu prihranimo rapidno propadanje. Glavno je doseženo, če trpljenje odstranimo in pacienta okrepimo.

11. Navedli nismo še ene operacije, ki bi jo bilo treba napraviti v slučaju nevarnosti, da se pacient ne zaduši, to je traheotomija.

12. Končno naj navedem še množino drugih zdravil. Mentolovo olje smo že omenili, rabijo se še pyoktanin, sublimat, jodoform, jodol, novojodin thioform, sozodol, salol, kreozot, guajakol, eterična olja za inhalacije, phenolum sulfuricinum itd.

13. Ne smemo pa pozabiti na hemoterapijo in sicer skoro izključno s preparati iz zlata kot podporo za zdravljenje v kombinaciji z drugimi terapevtičnimi sredstvi. V prvi vrsti lopion trdke Jügfera, ev. tudi gamelan ali krysolgan.

14. Prof. Hayek je priporočal pred kratkim pri težkih obolenjih kro- nične pljučne bolezni, če ima pac. še dovolj odporne sile, intrakutano cep- ljenje s tuberkulozno limfo po prof. Böhme.

15. Če smo že navedli, kaj vse naj uporabljamo za zdravljenje tuber- kuloze, naj navedem še, česa ne smemo. Veliko terapevtov odklanja sedaj tuberkulin. Mnogo se je in se še uporablja mlečna kislina, ki jo pa neka- teri tudi že opuščajo, ker niso reakcije vselej dobre, razun tega pa opravi galvanikauter isto nalogo veliko bolje. Kako pogrešna so včasih zdravila, nam lepo predočuje svojčas po celem svetu mnogo rabljeno takozvano Friedman-ovo tuberkulozno sredstvo. O tem sredstvu pravi Knapp: To sredstvo ni nobeno protituberkulozno sredstvo in ga zavrača z najostrejšo kritiko in bridko obsodbo, čeprav je bilo to sredstvo ono zdravilo za tbc, ki je veljalo 10 do 20 let za najboljše.

Kakšna je prognoza tbc grla? Kako različno poteka lahko tuberkuloza grla, je razvidno iz tega, da se more tbc grla zboljšati, če se zboljša pljučna tbc, da se navadno tbc grla poslabša, če se poslabša tbc pljuč, da je dosti- krat pa tudi tbc grla progredientna vkljub temu, da se bolezen pljuč zbolj- šuje; pa bomo doživeli, da se bo tbc grla boljšala, čeprav se pljučna tbc ne boljša, ali celo slabša. Da utegnejo razna druga nova obolenja že zbolj- šano ali ozdravljeno tbc grla znova zanetiti, je dognano, posebno gotovo pa je baje, da je gradiviteta za na tbc grla obolele smrtonovarna. Zbolj- šanje ali ozdravljenje bomo doživeli vendarle tem lažje, kolikor manjši je proces v pljučih, čim manj je ta progredienten in kolikor več odpornosti more organizem tem obolenjem nuditi.

Iz tega je razvidno, da imata oba organa, pljuča in grlo, vsak zase drugačno tendenco za zboljšanje ali ozdravljenje, po največ radi tega naj- brže, ker imamo možnost direktno uplivati in zdraviti tbc grla, kar pa pri pljučih ni izvedljivo. Tako moremo doživeti, da človek podleže svoji pljučni bolezni, medtem ko je njegova tbc bolezen grla popolno ozdravela. Vsak organ zase more torej imeti svojo posebno odpornost, kar je zelo važno omeniti, da predčasno ne odnehamo pri svojih teravpetičnih stremljenjih. To je treba povdariti, ker lahko konstatiramo z zboljšanjem grla včasih tudi boljšanje pljučne bolezni. Odpornosti pa more seveda pac. nuditi tem več v čim boljših, higijenskih, klimatičnih, dietetičnih razmerah živi. Veliko vlogo pri zdravljenju ima seveda dejstvo, če je obolenje začetno in lahko ali pa če je že v drugem ali tretjem najhujšem stadiju. Zanimivo je, kar morem tudi sam iz lastne izkušnje potrditi, da je tbc grla v zadnjih letih redkejša in milejša, saj sem moral preje izvršiti več posegov in težje operacije kot jih izvršujem dandanes.

Zdravilišče Seltersberg poroča o 157 bolnikih. Od teh je umrlo 45, 35 jih je klinično popolno ozdravelo, 27 se jih je zelo zboljšalo, 15 malo pri 34 se ni nič spremenilo ev. poslabšalo. Čez 4 leta je bilo še 50 živih. O bivanju 13ih bolnikov se ni moglo ničesar izvedeti, drugi so na pljučni tbc pomrli. Od 50 bolnikov, ki so po 4 letih ostali živi jih je imelo 48

zdravo grlo, pa tudi pri 7, ki so umrli na pljučni tbc je bilo grlo zdravo. Pri navedenih, v grlu od tbc ozdravljenih pa niso pred 4 leti imeli samo neznatnega tbc obolenja v grlu, temveč tudi zelo težka. Iz tega lahko sklepamo, da uspehi niso odvisni od samo lahkega obolenja, temveč edino od dobrega zdravljenja.

Mnogo bi mogel še navajati, toda čas je prekratko odmerjen, zato naj to zadostuje. Tako trdijo po mnogih izkušnjah razni strokovnjaki.

Nekaj besedi o kirurški federaciji male antante in sosednih držav

Pred dobrimi dvema leti se je na pobudo rumunskih kirurgov ustanovila v naslovu imenovana federacija, ki ima v svojih pravilih označen namen, naj bi se kirurgi teh držav medsebojno kar najbolje spoznali. Duša in organizator cele federacije je profesor Jan Jiano v Bukarešti, ki je obenem tudi generalni tajnik društva.

Federacija šteje danes med svoje člane znamenite in vodeče kirurge iz Rumunije, Čehoslovaške, Bolgarske, Poljske, Avstrije, Italije, Grčije, Turčije in Jugoslavije.

Federacija, ki je pravzaprav šele začela svoj delokrog uveljavljati, ni društvo, ki bi imelo namen organiziranja kongresov, marveč se je postavila na popolnoma novo stališče, ki ga dosedaj, vsaj kolikor mi je znano, ne uporablja niti eno kirurško društvo na kontinentu. Izhajajoč iz stališča, da kongresi, ki sestojijo iz predavanj in debat, itak ves material publicirajo in da se to lahko čita v strokovnih časopisih, je profesor Jiano okrenil bolj na tehnično stran in organiziral operativne sestanke, ki so se dosedaj vršili na klinikah v Bukarešti.

Povabljeni kirurgi naj operirajo pred tem elitnim forumom, brez debate in brez teoretičnih uvodov in naj na ta način pokažejo svojo tehniko. Razume se samo ob sebi, da si vsakdo slučaj izbere, ga diagnostično obdela, postavi indikacijo in nato tudi izvede tehnični del. Dobra stran tega načina je ta, da se pri tem vidi tako širokogrudnost indikacije kot tehnične detailje posamezne klinične šole. Obenem je to tudi izkušnja za operaterja, da lahko uveljavi svojo osebnost.

Nedostatki teh operativnih sestankov pa so v pomanjkanju dovoljnega in primerne materiala, ki ni vedno na razpolago, zlasti če je udeležba velika.

Na te sestanke so bili povabljeni vsi kirurgi omenjenih držav, vendar moram ugotoviti, da je Jugoslavija bila vedno slabo zastopana.

Poljska je poslala profesorja Juraza iz Poznania in profesorja Michajdo iz Vilne. Čehoslovaška profesorja Zahradničeka in profesorja Klínko iz Prage. Avstrija profesorja Lorenza in Lichtensterna iz Dunaja. Italija prof. Paulucci iz Padove. Bolgarija prof. Stojanova iz Sofije. Grčija prof. Gerulanosa iz Aten in Turčija prof. Šefketa iz Istambula.

Vsi ti so operirali na bukareških klinikah slučaje, ki niso bili najlažji, niti diagnostično, niti tehnično. Nivò teh operativnih sestankov je nudil možnost ocene in spoštovanje do kirurških sposobnosti posameznika in obenem zadivljenje nad višino kirurške znanosti posebno manjših naro-

dov, o katerih nismo čuli v veliki literaturi. Mogoče, da je ponos, ki rezultira iz kritičnega opazovanja in ki narekuje misel, da so tudi ti, ki so izšli iz malih razmer in malih narodov, dostojni zastopati visoko kirurgijo, ki je last vseh.

Omeniti moram še romunske kirurge, zlasti prof. Jakobovici, ki je ponovno operiral pred nami in ki je eden od vodečih rumunskih kirurgov. Zanima se posebno za kirurgijo želodca in znana je njegova metoda okluzije duodenuma pri penetrantnem ulcus duodeni.

Profesor Jiano, ki ima svoj oddelek, s posebnim interesom dela na polju kirurgije simpatičnega živčnega sistema in je tudi vedno demonstriral slučaje iz tega področja. Če omenim, da je na isti bolnici neurolog prof. Marinescu, ki ima svetovni sloves, potem je s tem povedano vse.

Za kostno kirurgijo se zanima prof. Christide, pri katerem smo videli tudi aparat za fiksacijo krvavo reponirane frakture, ki ga je konstruiral njegov učitelj, pokojni slavni rumunski kirurg Juvara. Ta aparat ne zaostaja niti tehnično, niti idejno za aparatom po Lambott-u in drugih. Prof. Nasta, ki ima svoj kirurški oddelek v krasno na novo zgrajeni bolnici, dela posebno dosti na kirurgiji kolena in je na zadnjem rumunskem kirurškem kongresu objavil tudi posebno metodo, ki je modifikacija sakroabdominalne metode amputacije rektuma. To modifikacijo je tudi pred nami demonstriral. Naj omenim še idealno urejeni ginekološko-porodniški oddelek prof. Zahranescu, ki je organiziral službo na oddelku idealno in vzorno.

Odveč bi bilo naštevati vse oddelke in njihove voditelje, kajti povsod, kjer stopiš na klinična tla, vidiš, da se dela z vso resnostjo in ambicijo. V dveh letih sem videl dve popolnoma novo urejeni kirurški kliniki, ki se lahko merita z vsakim sličnim zavodom na kontinentu.

Kirurška klinika ima dodeljeno postajo za prvo pomoč, ki ima 120 postelj, kompletno urejen zavod in za 1.500 ljudi zgrajen prostor, ki je varen proti strupenim vojnim plinom in proti bombardiranju.

Čutil sem dolžnost, da objavim teh par vrstic, ki naj bi bile priznanje tej federaciji, obenem pa skromna zahvala za izredno, iskreno gostoljubnost, s katero so Rumuni sprejeli vse goste. Škoda, da se njihovemu vabilu v naši državi ne posveča zadostna pažnja.

Dr. Guzelj

Obračun akcije za pobijanje raka

Ljubljanski pododbor Jugoslovenskega društva za proučevanje in zatiranje raka je imel dne 29. septembra redni letni občni zbor v predavalnici ženske bolnice v Ljubljani. Občni zbor je najprej komemoriral spomin svojega častnega predsednika profesorja dr. Edo Šlajmerja. Predsedniško poročilo, ki ga je podal predsednik društva prof. dr. Al. Zalokar, je omenjalo težave, ki jih mora premagati društvo, da se za dravsko banovino ustvari možnost pravega modernega zdravljenja raka. Boj proti raku zadeva ob iste ovire kakor vsaka zdravstvena akcija. Zdravniki so sicer res dolžni, da bdijo na straži in skušajo pridobiti vse, kar je potrebno za smoteno zatiranje raka, toda njihovi predlogi in njihovi naporji bodo ostali brez uspeha, če odgovorna javnost ne poskrbi za materialna sredstva in če tudi moralno ne podpre njihovih stremeljenj. Predsednik navaja kot primer, kako nam vsega tega manjka, dejstvo, da deputacija društva ni mogla

doseči sprejema pri važnem in odgovornem činitelju, ki mu je hotela predložiti nekaj stvarnih strokovnih predlogov. Spričo takih razmer društvo seveda ne more kazati velikih uspehov, storili smo le to, kar se je dalo z notranjimi društvenimi silami storiti. Z materialno pomočjo banovine je društvo priredilo tečaj o diagnostiki in terapiji raka za zdravnike. Predsednik se je v imenu društva zahvalil banovini za velikodušno podporo in predavateljem za njihovo požrtvovalno delo. Za širšo javnost je bila namenjena knjižica „Beseda o raku“, v kateri so avtorji poljudno razložili način boja proti raku in spoznavanje te bolezni. Navidežno je imela brošura propagandistični namen, v resnici pa je nastala iz potrebe, da se naša odgovorna javnost opozori na realne možnosti protirakovega boja. Brez sodelovanja našega društva in brez sodelovanja širše javnosti se je namreč začela pripravljati neka akcija, ki po informacijah, ki jih je prejelo društvo, ne bi odgovarjala stvarnim potrebam in možnostim naše banovine. Društvo samo je s sodelovanjem gospodarskih in upravnih strokovnjakov izdalo načrt, po katerem naj bi se v Ljubljani realiziral zavod za sodobno zdravljenje raka, namenjen vsej naši banovini. Ta načrt je bil dne 25. nov. 1935 razposlan na vse one faktorje, ki so interesirani na zdravljenju raka in ki bi bili poklicani, da sodelujejo pri njegovem uresničenju. Od vseh zavodov in institucij smo prejeli pritrdilne odgovore, od banske uprave pa je prišel odgovor, da se tam že pripravlja kar je potreba storiti proti raku in da bo društvo o tej akciji obveščeno o pravem času. Društvo do danes o tej stvari ni prejelo nobenega obvestila. Načrt društva je bil s tem postavljen z dnevnega reda, ker ni mogoče ničesar ukreniti brez tistega faktorja, ki je v prvi vrsti poklican, da vodi in izpelje tako akcijo. Brošura „Beseda o raku“ je bila iz tega razloga nujno potrebna, da se je javnosti razložil dejanski položaj in da bi se morda vendar še dosegla realna in razmeram odgovarjajoča rešitev protirakovega boja. Molčeče ignoriranje društvenega predloga ne more društvu vzeti poguma, da vstraja na svojem pravem stališču. Veliko moralno zadoščenje je društvo v tem pogledu dobilo od strani strokovne javnosti. V zagrebškem Liječniškem vijesniku, strokovnem organu hrvatskih zdravnikov, je prinesel o brošuri laskavo oceno prof. Vidaković, znani organizator boja proti raku, in izjavil, da se strinja v polnem obsegu z idejnim načrtom, opisanim v brošuri. V slovenski strokovni javnosti je izjavil DRAB, da se z načinom, predlaganim v brošuri strinja. Društvu samo moralno priznanje ne zadostuje, marveč bo vstrajalo na tem, da se začne pri nas boj proti raku tako, kakor je to pri nas mogoče in materialno izvedljivo. Potrebno bo torej na vse strani bistriti pojme in potem šele bo mogoče začeti resnično delo proti raku samemu. Iz tajniškega poročila, ki ga je podal dr. Albert Trtnik, posnemamo, da je odbor imel deset rednih sej in večje število izrednih sestankov. Na zdravniškem tečaju so sodelovali domači strokovnjaki in predavatelji iz Zagreba (dr. Juraj Körbler). Tečaja se je udeležilo 30 do 40 zdravnikov. Tajnik se je pristrčno zahvalil časopisju, ki je radevolje prinašalo članke in poročila o raku. Blagajnik dr. Ivan Pintar je poročal o premoženjskem stanju društva. Društvo je imelo 13.898 din dohodkov, med katere je všteta podpora banovine v znesku 5.000 din in izkupiček za knjižico o raku v znesku 5.656 din. Stroškov je bilo 11.880 din. Presežek v znesku 2.000 din je naložen za prihodnje leto. Poleg tega ima društvo hranilno knjižico za 30.163 din, ki je po nalogu kraljevske banske uprave namenjena samo za nabavo radija. Na predlog revizorja dr. Bogdana Zužka je občni zbor sklenil razrešnico blagajniku in je vzel poročilo

odbora po daljši debati na znanje. Pri volitvah se je odbor izpopolnil s sledečimi gospodi: predsednik OUZD Kremžar Franc, direktor hig. zaveda dr. Ivo Pirc (podpredsednik), dr. Rado Sfiligoj, zdravnik v Ljubljani in zastopnik bratovske skladišnice. V častno predsedstvo so bili na predlog odbora izvoljeni dosedanja društveni odborniki dr. Miha Krek, minister in ban dravske banovine dr. Marko Natlaččen.

Občni zbor je sprejel še nekatere druge predloge, o katerih se bo javnost obvestila pozneje. Občni zbor je nadalje dal odboru nalogo, da sporoči pozdrave in zahvalo častnim predsednikom. X.

IZ SOCIALNEGA ZAVAROVANJA

Umrljivost zavarovanih delavcev in nameščencev v mesecih aprilu, maju in juniju 1936

(Prva številka velja za april, druga za maj, tretja za junij).

V mesecih aprilu, maju in juniju 1936 je po dospelih prijavah umrlo 262 — 222 — 183 delavcev in nameščencev, od tega 206 — 184 — 151 moških in 56 — 38 — 32 žensk.

Za nalezljivimi boleznimi je umrlo 117 — 103 — 85 oseb, od tega 108 — 90 — 85 za tuberkulozo (41.2% — 40.5% — 40.98%). Od teh je umrlo 106 — 87 — 74 za pljučno tuberkulozo. 1 — 0 — 0 za tbc. kosti, 1 — 2 — 1 za venerično boleznijo, 1 — 1 — 0 za angino, 1 — 4 — 1 za trebušnim tifusom, 1 — 0 — 0 za malarijo, 1 — 0 — 0 za tetanusom 2 — 2 — 0 za piemijo, 1 — 1 — 3 za gripo, 0 — 1 — 0 za ošpicami, 0 — 1 — 1 za šenom, 1 — 1 — 0 za steklino, 0 — 1 — 0 za tbc. polyserositis, 0 — 0 — 1 za t. recurrens.

Za ostalimi boleznimi je umrlo 145 — 119 — 66 delavcev in nameščencev, od tega odpade 31 — 24 — 10 na boleznih srca, 27 — 15 — na boleznih dihalnih organov, 15 — 0 — 0 na raka, 0 — 16 — 13 na novotvorbe, 14 — 13 — 0 na boleznih možgan in živcev, 12 — 11 — 0 na boleznih prebavil.

Samomor je izvršilo 12 — 13 — 8 delavcev, ponesrečilo se jih je pri delu 4 — 13 — 10, a izven posla 4 — 6 — 22.

Z ozirom na poklic je bilo od umrlih 21 — 18 — 20 uradnikov, 90 — 78 — 52 kvalificiranih delavcev, 24 — 24 — 10 vajencev in 127 — 102 — 101 nekvalificiranih delavcev.

Največje število umrlih odpade na delavce gozdno-lesne industrije (25 — 17 — 0), zatem slede trgovski pomočniki (22 — 20 — 0), delavci kovinske industrije (20 — 18 — 10), delavci tekstilne industrije (18 — 14 — 16), delavci industrije jedi in pijače (18 — 17 — 0), nameščenci pri javnih delih (18 — 15 — 0), hišna služinčad (16 — 13 — 14), delavci industrije oblek (15 — 11 — 0), nameščenci po gostilnah in kavarnah (13 — 11 — 0), delavci pri zgradbah (0 — 15 — 0), in delavci profesionistov (11 — 0 — 0).

Pri ostalih grupah delavcev je število umrlih pod 10 (n. pr. grafični delavci 8 — 4 — 6).

Največje število umrlih je bilo zavarovanih z mezdo Din 48.— in to 50 — 39 — 33 delavcev in nameščencev.

Rodbinam teh umrlih delavcev in nameščencev v mesecih aprilu, maju in juniju 1936 je izplačano za pogrebno skupaj Din 196.632 — 161.572 — 131.976. Od te vsote odpade na bolezensko zavarovanje Din 193.992 — 152.932 — 124.560, a na zavarovanje za slučaj nesreče Din 2.640 — 8.640 — 7.416) —.

Naknadno je pripravljenih iz prošlega leta in prejšnjih mesecev še 36 — 68 — 71 umrlih delavcev (od tega 26 — 59 — 62 moških in 10 — 9 — 9 žensk). Rodbinam teh umrlih delavcev je izplačano za pogrebne Din 19.613.25 — 44.814 — 49.031.50

Število naknadno prijavljenih umrlih delavcev v mesecih aprilu, maju in juniju 1936 bo objavljeno v naslednjem poročilu za mesec julij.

SUZOR

IZ MEDICINSKIH ČASOPISOV

Srpski arhiv

Sv. 2.

Dr. D. Ž. Kalić, Dr. B. Kosanović, Dr. Drag. Kostić: Povodom slučaja tranzfuzije inkompatibilne krvne grupe bez ikakvih štetnih posledica. Teško tuberkuloznomu bolniku s krvno skupino B so transfundirali 600 cm krvi skupine AB. Dajatelja so pomotoma opredelili v skupino B, ker je bil njegov A 8-krat manj aglutinabilen in je torej pripadel skupini A₂B. Zanimivo je dejstvo, da prejemnikova kri, ki je pri sobni temperaturi aglutinirala, ni imela hemolizina niti aglutinina za dajateljeve eritrocite pri temp. 37°. S tem je tudi razumljiv ugodni polek tranzfuzije. Da se v bodoče ne bodo več dogajale pomote glede krvne skupine priporočajo a. metodo določevanja v epruvetah, ker je metoda na objektniku nezanesljiva.

Dr. Ž. Almuli: O stranim telima u jednjaku. Poleg že znanih zoženj požiralnika navaja a. kot mesto, kjer se tuja telesa rada zatikajo še sinus pyriformis. Prepovedano je vsako sondiranje na slepo, ker grozi perforacija v mediastinum. Ezofagoskopijo izvedejo v lokalni anesteziji. Ekstrakcija novcev je 71-krat uspela s Kirmissonomovim instrumentom. Od 382 bolnikov so izgubili le 2. Na koncu članka so opisani najzanimivejši slučaji.

Dr. Hudak M. Albert: Savremeni rezultati i vrednost zračenju raka rentgenovim zrakama prvenstveno po Coutard-u. Rezultat obsevanja raznih novotvorb je že dokaj dober. Treba bi bilo česče opozarjati na uspeh moderne rentgenske terapije.

Dr. Borivoje Lalović: Aneurizma atriovenoza posle primene pijavice u svrhu lečenja.

Dr. Ljubica Mitrović: Jedan slučaj spontanog pneumotoraksa kod karcinoma i tuberkuloze pluća istovremeno.

Dr. Ž. de Seze: Razvitak ideja o venskim trombozama i postoperativnim embolijama. Kot posledica kirurških posegov nastopajo spremembe v krvi (hitrost, koagulacija), ki se jim pridruži šele kasneje infekcija. Zato moramo preiskati kri v tem pravcu, da lahko vršimo uspešno profilakso.

Dr. Borivoje Lalović: Ličnost Luke Subotića.

Sv. 3.

Prof. K. Todorović: Diagnostičke i terapijske težkoče kod perforacija tifusnih grizlica i peritonitisa u toku crevnog tifusa. Pri 1837 slučajih tifusa v zadnjih 10 letih je videl a. 15-krat perforacijo črevesa. Ker je diagnoza perforacije težka, moramo paziti na vse simptome. A. opozarja predvsem na sledeče znake: jaka bolečina, ki ji sledi šok, defense musculaire, kolcanje in bljuvanje, velika razlika aksilarne in rektalne temperature (1—3°), tahikardija ter torakalno dihanje. Terapija je izključno kirurška.

Prof. K. Todorović: Le mécanisme de l'infection typhique. La vaccino et sérotherapeutique de la fièvre typhoide.

Dr. Dim. Ž. Kalić: O novoj osobini tifusnog bacila — Vi-antigena. Z odkritjem Vi-antigena po Felix-u in Pitt-u je staro mnenje o neaglutibilnosti nekih vrst tifusnih



ENERGIN

TONICUM ROBORANS

(Chininum ferrociticum,
Natriumglycerinophos-
phoricum, Extr. chinae
Nanning)

Dosis: Odrasli 3 likerske ča-
šice na dan

Otroci 3 male žličke na
dan

Rešenjem Min. Soc. Pol. i Narodn. Zdravlja Sanitetsko
odelenie 5 Br. 27905/35

Energina

po 250 gr. zavitek za bolniške blagajne 20 Din

Proizvaja laboratorij Alga, Sušak

ZDRAVLJENJE Z ŽARKI IN DIATERMIJO

IN DRUGI FIZIOTERAPEVTIČNIMI UKREPI
ZAHTEVAJO NADALJEVANJE Z

ANTIPHLOGISTINO

ki ojači in podaljša učinek
fizioterapevtičnega zdrav-
ljenja. Po svojih plastičnih
lastnostih omogoča miren
in prijeten položaj bolnega
dela, odpravi srbenje in bo-
lečine ter obenem omehča
otrjene stanice.



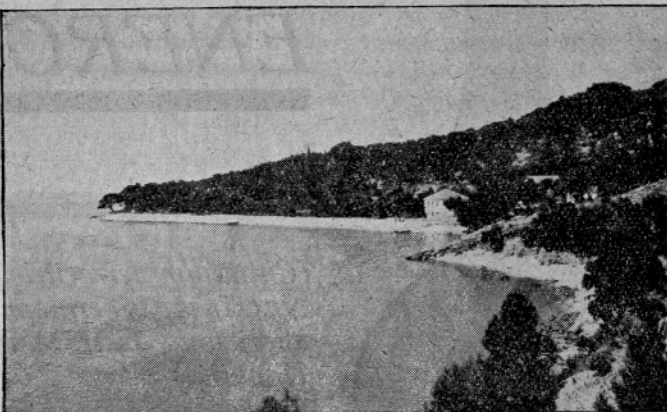
VZORCI IN
LITERATURA
BREZPLAČNO

Antiphlogistine

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NEW YORK, U. S. A.
BRAĆE J. JOVANOVIĆA, BEOGRAD, KNEZ MIHAJLOVA ULICA BR. 33.

VILA MIRA

**SOLINE
PRI
MAKARSKI**



INFORMACIJE
DAJE:
**VILA MIRA
BAŠKAVODA
SOLINE
(VIA SPLIT)**

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

Cena Din 50.—
za osebo

Kopališčna taksa Din 2 — dnevno

Vodeči preparati železa

CHINOFERRIN PURUM, CHINOFERRIN CUM ARSENO, PILLULAE CHINOFERRINI CUM ARSENO

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

Literatura po zahtevi!

GOSPOD TOVARIŠ,

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

bacilov ovrženo. Novi Vi-antigen nam omogoča pripravljenje anti-Vi-aglutinina, ki aglutinira vse vrste tif. bacilov (Widal!), obeta nam pa tudi možnost izdelovanja visokovredne vakcine antitifusnega seruma.

Dr. Aleks. Djordjević: O tifusnoj vakcini: Težkoče za presojno učinkovitosti se kažejo predvsem v različnih metodah. V zadnjem času vedno česče odreja imunitetno vrednost na miših.

Prof. K. Todorović i dr. O. Bojovićeva: Jedan slučaj izlečenog akutnog hemoragičnog meningo-encefalitisa. Po težkih začetnih pojavih pri 13-letnem dečku pride v teku treh tednov do ozdravljenja.

Dr. Ž. Ignjačev i dr. I. Popovićeva: Jedan slučaj gasne gangrene kao komplikacije kod trbušnog tifusa.

Doc. dr. Milorad Milošević i dr. Olga Bojović: Povodom jednog slučaja encefalo-tifusa.

Sv. 4.

Dr. P. Tartalja: O epidemiologiji mediteranskog Kala-azara. V zadnjih 5 letih je bilo nad 100 slučajev Kala-azarja v naših primorskih krajih. To je napotilo a., da je natančneje začel preiskavati epidemiološke prilike te bolezni pri nas. Kot endemična središča je dognal okolico Splita (21 slučajev), okolico Makarske (22 sluč.) in Blato na Korčuli (4 sluč.). Klinično dognan je prenos od psa na človeka. Zato so pregledali 42 psem (ulovljenim v teh krajih) razmaz vranice in našli v enem slučaju leishmaniosis canis. Mikroskopski pregled 263 komarjev (*phlebotomus pappalasi* in *phl. maior*) je ostal negativen.

Branko I. Jovanović: Povodom trideset slučajeva perforacije gastro-duodenalnih ulkusa. Poleg znanih simptomov povdarja a. diagnostično važnost pneumoperitoneja (perkusijska, rentgen). Najmanjši odstotek postoperativne mortalitete je videl po navadni sutfuri perforiranega mesta, dočim je pa v več slučajih izostal trajni efekt. V takih slučajih priporoča resekcijo posebno pri velikih kaloznih ulkusih.

Dr. Bota Popović: Dva perforativna peptična ulkusa posle gastro-jejunosomije.

Dr. Nemanja Sp. Barjaktarević: Jedan slučaj poradenitisa kod dečka od 12 godina.

Dr. Ć. Cigić: Jedan slučaj spontane rupture gravidnog roga kod dupliciteta materice. Slučaj uterus bicornis unicollis pri katerem je prišlo na gravidnem rudimentarnem rogu, ki ni imel veze z vagino, do rupture. 25 cm dolgi fetus je ležal v trebušni votlini. Po hemihisterekтомиji žena popolnoma ozdravi. Podan še kratki pregled vseh malformacij maternice.

Dr. Vladeta Popović: Jedan neobičan slučaj raka nosa uspešno lečen radiumom.

Sv. 6.

A. Ignjatovski: In memoriam, Ivan Petrović Pavlov.

Dr. Dim. Ž. Kalić: Smemo li se osloniti kod određivanja krvnih grupa samo na test-serume? Za transfuzijo krvi ne zadostuje določevanje krvne skupine na objektiku, ker je ta način premalo točen, kar sledi iz sledečega slučaja. Pri dajateljevi krvi skupine A₂ je bila pomotoma določena skupina O, ker so bili njegovi eritrociti 256-krat manj aglutinabilni od eritrocitov skupine A. Radi šoka, ki je nastopil med transfuzijo, so slednjo prekinili in ponovno preiskali dajateljevo kri po načinu v epruveti, ki je šele pokazal pravo skupino A₂. Avtor je mnenja, da je vzrok šokov, ki se pojavljajo pri transfuzijah krvi „iste skupine“ v netočnem določevanju skupine, ne pa v „neskladnosti, plazme.

Dr. Djordje Brkić: Trovanje kamenom sodom. Statistično navaja a. 227 slučajev zastrupljenja z lugom v 8 letih. Samo petina od njih je bilo slučajnih zastrupljenj. Največ

je bolnikov med 16. in 25. letom starosti. Požiranje luga v kosih je nemogoče radi „contracture de defense“. Glavno delovanje je kavterizacija. Zanimivo je, da se ne javlja trismus, čeprav je sicer stalni simptom drugih težkih vnetij usne votline in njenih organov. V začetku obstoja inspiratorna dispnoja radi edema larinksa, kasnejše težkoče dihanja so pa posledica aspiracijskih komplikacij. Posebnega delovanja na srce lug nima. Količina urina je zmanjšana, ker je dovod vode skozi usta oviran in tudi radi izgube tekočine vsled bljuvanja in sialoreje. Temperatura je prvi dan malo, naslednje dni jače povišana. V krvi se javlja leukocitoza. Terapija ni prinesla novega.

Cand. med. Lidija Solonska: Vrednost reakcije vezivanja komplementa za diagnozo gonoree.

Dr. Olga Jelačić Klinički najvažnije patološko-anatomske promene kod trovanja kamenom sodom. Smrti ne nastopa radi lokalnih direktnih poškodovalj, temveč radi komplikacij (akutna in subakutna izkrvavelost, aspiracijska pneumonija, peritonealni šok, mediastinitis, perikarditis).

Dr. Dim. T. Dimitrijević: Slučaj postencefalitične distonije sa psihotičnim pojavama.

Dr. Djordje Živanović: O jednom slučaju kongenitalne dilatacije oba uretera.

Poročilo o sv. 7. bo sledilo pozneje.

Sv. 8

Dr. M. Ambrožić: Kolevka i rahitis. A. je bil iznenaden nad velikim številom rahitične dece v Sandžaku, Hercegovini in Črni gori. Mnenja je, da je krivda na lesenih zibelkah, v katerih ležijo otroci do in preko svojega prvega leta pokriti in povezani. Drugi vzrok je predolgo hranjenje na prsih in pomanjkanje sočivja.

Dr. D. Borić: O dijagnostički in terapeutskoj vrednosti duodenalne tubaže. Po opisu tehnike preide a. na uporabljivost tega posega in povdarja važnost te metode za stavljanje točne diagnoze. Ugodni terapevtski učinek je videl pri kalkulozni obturaciji duct. choled., žolčnih fistulah, holangitidah in kolikah. Duodenalna tubaža predstavlja pri parenhimatoznem iktetu nekako drenažo jeter. Z duodenalno sondo lahko uvajamo medikamente direktno v žolčno črevo, kar je važno za uspešno zdravljenje helmintijaze.

Dr. P. Drecun: Patološki značaj povečanog krvnog pritiska i sledstveno lečenje. A. opisuje vse oblike hipertenzije ter jih patološko in klinično razčleni. Posebno posveti lečenju važnost, tako dietetskemu kakor tudi medikamentoznemu. Dokler bolnik ne občuti subjektivnih težkoč, je vsaka intervencija nepotrebna, dočim pa je nujna pri vsakem, posebno unilateralnem povišanju krvnega pritiska, če ga spremljajo znane subjektivne težkoče. Lečenje je dietetsko in medikamentozno. A. posebno priporoča kombinacijo papaverin 0,10 teobromin 0,30 luminal 0,04, poleg drugih že znanih preparatov. Ako je ta terapija neuspešna, preide na radikalnejša sredstva: pijavke retroavrikularno, venepunkcija ali v izjemnih slučajih lumbalna punkcija.

Dr. Juljana Bogičević: Redji obdukcioni nalazi kod otrovanja natrium hidroksidom.

Dr. Bogdan Kosanović: Uspešno operisani slučaj tumora kičmene moždine.

Dr. M. Sekulić: Jedan slučaj obostranog apscesa pluća. Opisan je slučaj postbronhopnevmoničnega bilateralnega plućnega abscesa z obilnim nesmrdljivim izmečkom. Davanje 20% natrijevega benzoata intravenozno 20 ccm svak dan ozdravi bolnika v 40 dneh.

D. Djordje Pastelj: Slučaj opšte reakcije na ujed osice.

Ivo Klemenčić

Ph. Mr. Fran Minařik: Črtice iz zgodovine Kranjske farmacije. (Poseben odtis iz „Apotekarskega Vjestnika“, Zagreb 1930—33).

Avtor je svoje v imenovanem mesečniku raztresene „Črtice“ zbral v posebni knjigi ter jih naredil s tem večjemu krogu čitateljev dostopne in nam jih je podal kot celoto. Uvodoma nam poda dobro sliko nekdanjih samostanskih infirmarijev (cistercijski in Stični in Kostanjevici ter karlužijski v Bistri) ter nam dobro predoči njih dobre in slabe plati. Omenja tudi, kako so turške invazije otežkočale njih delo. V izpolnitelju teh podatkov bi bilo omeniti, da so imenovane opatije imele pri svojih infirmarijih pogosto tudi vsaj ranarnika, če že ne zdravnika, in da je pri zadnjem večjem turškem vpadu, ko so Turki zajurili, izropali in požgali kostanjeviški samostan (1736), v borbi padel tudi samostanski ranarnik Bugar.

V začetku 16. stoletja so poskrbeli deželni stanovci za ustanovitev prvih javnih lekarn in tudi njih nadzorstvo po deželnih fizikih. Prve lekarne so nastale v Ljubljani, kot v glavnem mestu dežele, in v Novem mestu, kjer je bil pred ustanovitvijo Karlovca stan komandanta vojniške krajine. Avtor nam poda precej popolno zgodovino teh prvih lekarn in veliko biografske snovi o lekarnarjih iz 16. in 17. stoletja, iz katere razvidimo, da je bil le eden, še iz protestantske dobe datiran, Slovenec (Ivan Verbec, brat zaradi luteranstva izgnanega zdravnika dr. Davida Verbca), od ostalih pa polovica italijanskih priseljencev in en Škot. Avtorjeva izvajanja so zelo dobro ponazorjena s slikami starinskih lekarniških predmetov, knjig in slik. Najvažnejši odstavek je pa opis inventarja ljubljanskih treh lekarn iz l. 1658. in predvsem Muherjeve lekarne v Novem mestu iz l. 1640. Iz teh, posebno iz slednjega, razvidimo, da so bile tedaj ne samo znane, ampak tudi v rabi razne iz Amerike uvažane droge: guajakov les, mehoacana, jalapa, sarsaparilla, sassafras, peruanski balzam in najbrž tudi že kinova skorja. Avtorjevo mnenje, da bi bila to najbrž kaka druga in nepravilno označena droga, je gotovo nepotrebná „slovenska ponižnost“; od imena grofice Chinchon je nastala označba China oz. Cortex chinae in odleđaj naprej poznamo i droge i ime zanjo; v Španijo pa je prišla ta droga najmanj deset let prej, kakor so pri nas sestavljali omenjene inventarje.

Poglavji o „materialistih“ (nekoncesioniranih prodajalcih zdravil) in o kranjskem lekarnarskem redu iz l. 1710 (doba Academia Operosorum) zaključujeta temeljito študijo.

Navedba virov je videti popolna in moramo smatrati, da je snov izčrpno obdelana. Med navedbo literature pogršam nekatera Vrhovčeva dela.

Pintar

NEMŠKE KNJIGE ZNATNO CENEJŠE

KNJIGARNA KLEINMAYR & BAMBERG, LJUBLJANA

Miklošičeva cesta 16, vljudno naznanja, da so se knjige iz Nemčije pocenile za inozemstvo za celo četrtino in da se do nadaljnjega preračunava nemška marka (torej osnovna cena po katalogih) z Din 14.— Poslužite se našega posredovanja in ne naročajte pri inozemskih trd-kah in potnikih. Novitete so vedno na razpolago na ogled. Vsa naročila se izvršujejo najhitreje.

Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker. Gurlt-Wernich-Hirsch. Zweite Auflage durchgesehen und ergänzt von Hübötter-Vierordt.

Εὐς ἀνήρ ου πανδ' ὀρᾷ pravi prof. Hübötter v predgovoru k drugi izdaji in ima prav — cum grano salis. Kljub temu, da je imel kot glavni urednik na razpolago za večje število Slovencev popolne nemške prevode dotičnih življenjepisov iz slovenskega biografskega leksikona, je vendar ostalo mnogo člankov o naših ljudeh ravno takih, kakor so bili v prvi izdaji. V drugi izdaji tega leksikona so sicer rojstni kraji naših Primorcev res slovensko označeni, toda prof. Plenčič je ostal „Plenciz (Plencziz)“. Za sto let divergentna dr. David Verbec in dr. Marko Gerbec pa sta ostala osumljena, da sta samo ena oseba. Najhujša nesreča pa je doletela dr. Gregorja Voglarja, Carbonarius de Viesenegg-a, ki je bil po napovedih tega leksikona fizik v Nemškem Gradcu, predno je prišel v rusko službo (Woselbst er bis 1714 bei der medizinischen Kanzlei eine Stellung hatte*) ter je 1714 rusko službo zapustil, se vrnil v Nemčijo, ter tam 1723 umrl. (Prim.: „Dom in svet“ II. 149, 180 in „Carniolia“ I. 255. — Slov. Biogr. Leks. do črke V še ni izšel). Edino, kar mu referent L. Stieda ni utajil, je Karbonarijeva praxis aurisima v Moskvi. Toliko večje pozornosti pa je v omenjenem leksikonu deležen Karbonarijev konkurent za službo carjevega zdravnika, grški zdravnik dr. Pelarino. Pod označbo „Pelarino Jakob“ je priobčil njegovo biografijo L. Stieda in pod označbo „Pelarino Giacomo“ ga je obdelel Pagel; Pagelov referat se je nahajal že v prvi izdaji. Oba referenta navajata kot Pelarinovo glavno delo, da je spoznal v Gruziji inokuliranje otrok s človeško variolo in da je to javno zdravstveno mero ponujal Evropi. Vire in literaturo pa navajata oba referenta različne.

Poleg srednje in zapadne Evrope, Amerike in drugih tudi starejših kulturnih centrov (Japonci iz dobe pred sredo 18. stoletja so zastopani s sto biografijami), so v tem leksikonu zelo številno zastopani tudi Poljaki. Sigurno zato, ker so se pobrigali za to poljski strokovnjaki. Če ni tudi med poljskimi biografijami sličnih iztirjenj, kakor so zgoraj navedena, bodo pač najboljše vedeli Poljaki sami.

Ako naj po zgoraj navedenih lapsusih ocenimo celo delo, moramo priti pri najmilejši sodbi do sklepa, da niso Nemci vedno tako natančni in točni, kakor to o njih trdijo njihovi oboževalci.

Pintar

Dr. Robert Neubauer: TBC Jetika.

Med propagandnimi dnevi letošnjega protituberkuloznega tedna je izšla brošura dr. Roberta Neubauerja: TBC Jetika Zdravim v pouk, bolnim v pogum. Knjižica, ki je izpolnila vrzel po dobri, ceneni ljudski knjižici o tuberkulozi.

Dočim so trpeli vsi dosedanji poskusi napisati in izdati tako ljudsko knjigo ali na tem, da so šli avtorji ali preveč na široko, saj je avtor ene zadnjih knjig anonciral svojo knjigo pri kolegih kot uvod v tuberkulozo, obenem pa jo je vrgel tudi v masi med narod, ali pa na tem, da taka dela niso upoštevala sodobnega stanja fiziologije, temveč bi bila sodobna pred dvajsetimi ali petdesetimi leti, je odlika te knjige ta, da nudi bolniku jasen in trden temelj o znanju tuberkuloze na splošno in pri poedincu.

V prvem delu obravnava avtor v poljudnem, lahko razumljivem pa izredno živahnem slogu jetiko. Poglavlja: v rodu je, nevidni sovražnik, kje se skriva, iskra, sovražnik napada, sluge Kochovega bacila, bitka, zahrbtnost, znaki itd. nam podajajo vse potrebno o jetiki na splošno. Posebno zanimiv je drugi del, kjer nas avtor v obliki pisem iz zdravilišča (Kdo jih je več pisal kot on?) uvede v orožarno protituberkuloznega boja oziroma zdravljenja. V jasnih, kratkih in preciznih stavkih pove najpotrebnejše. Ko sem hotel nedavno začeti pri neki bolnici s pneumotorakso, se je bolnica izredno bala. Dal sem ji brošuro in ji naročil: Prečitaj jo in vprašaj, česar ne razumeš! Črez par dni mi je rekla: „Hvala! Sedaj vem vse in nič več se ne bojim.“ Ravno dejstvo, da je vse posege popisal tako, da miselno nujno sledijo drug iz drugega, ter jim s tem dal videz nujnosti, na drugi strani pa tudi uspešnosti, je vredno prav posebnega priznanja. Da so ti posegi zgubili na

svoji tajinstvenosti, je samo koristno. Bolnik mora vedeti, kaj in zakaj se nekaj pri njem podvzame, le na ta način zgine nepotreben strah, obenem pa vzgajamo bolnika k aktivnemu sodelovanju.

V tretjem delu obravnava jetiko kot socialno bolezen. V obliki dogodbic nas uvede v najvažnejše probleme: jetika in zakon, jetika in alkohol, delo protituberkuloznega dispanzerja. Za nameček sledi še par splošnih, higijenskih navodil.

Seznam protituberkuloznih ustanov bo pa dobro služil zdravnikom kot bolnikom, saj marsikdo ne ve, kaj vse že imamo.

K temu, da je brošura tako lahko razumljiva, pa pripomorejo odlične slike, 47 po številu, ki jasno ilustrirajo vsako misel in nazorno povedo to, kar je včasih težko povedati ali opisati. Avtorju je treba k misli, da se ne poslužuje tujih slik in vzorov, temveč da se je odločil skupno s tehnikom Benedikom ustvariti dragocen propagandni material, ki stanje naše protituberkulozne propagande in poljudne literature stavi na mednarodno višino, le častitati.

Radi pomanjkanja prostora (obseg knjižici je bil omejen) je izostalo poglavje z navodili za tekočo desinfekcijo in srežbo pri bolniku, ki leži v domači oskrbi. Želeli je, da bi izšla ta poglavja kot dopolnilo v drugi, širši obliki, saj je to vprašanje važno tudi pri ostalih nalezljivih boleznih.

Naj bo ta knjižica res zdravim v pouk in bolnim v tolažbo! Naj ne bi bilo ne bolnika, ne zdravniške ordinacije in tudi ne bolniške knjižnice, kjer ne bi vršila svojega humanitarnega poslanstva.

Dr. Franjo Radšel

Dr. Vidmar: Oslovski most. Založila in natisnila tiskarna Merkur.

Kdorkoli je prebral Vidmarjev „Pogled na svet“, se bo zagotovo z isto veselo radovednostjo — kot sem to sam storil — vrgel na „Oslovski most“. Toda po prvih 100 straneh bo obličal, razen če nima kakih intimnejših vezi z višjo matematiko. „Moj pogled na svet“ je opis fizikalnega sveta, „Oslovski most“ pa je mišljen kot dopolnilo te prve poljudne, znanstvene, originalne, prepisane, filozofske, površne — vse so ji kritiki že očitali, — a vendar knjige z velikim tržnim uspehom, kakor pravi avtor sam v uvodu k drugi knjigi, in sicer je mišljen kot dopolnilo v matematičnem smislu.

Kjer začenja matematika, tam prestane priprosta predstava in tako je Vidmar po 100 straneh oropan tiste sposobnosti, ki je zagotovila tako zavidljiv uspeh nezrelemu delu njegovih zrelih let, „Pogledu“, (kakor so trdili ujedljivi kritiki z vseh strani.) Tako si ne upam kaj več poročati kot o svojih mukah, ko sem se znašel naenkrat sredi merilnega tenzorja, izraz ki sem ga slišal ali vsaj opazil prvič v svojem življenju, ko me je Vidmar — novodobni Pitagorejec — uvažal v svet kot število. Postavil je matematiko na prestol najvišje vede in najvišje religije v prepričanju, da se bodo tudi obstoječe religije strinjale z njegovimi matematičnimi dokazi o eksistenci božji. S tem si bo le pridobil sloves krivega preroka in cerkev njegova bo manjša kot je bila cerkev starega Pitagore, kajti močno se mi zdi, da od klasičnih časov pa do danes narodi niso prav nič napredovali v načinu mišljenja. Brez čutov ničesar ne vidijo, ničesar ne slišijo in ničesar ne mislijo. Vidmarjev učenec pa more postati le oni, ki se more odreči varljivi sliki, ki nam jo posredujejo naši čuti.

Končno pa imam občutek, da je knjiga pisana mnogo bolj dosledno kot je bila prva. Njegova fantazija se v matematičnem svetu ni mogla tako razbohotiti kot v fizikalnem; vendar pa n. pr. dopušča, da Boga ni in da Bog je in če je, mu ni bilo mogoče razjasniti, kaj je Bog in kaj štiridimenzionalni svet, ki je tako zelo podoben Bogu samemu. Radoveden sem na kritiko poklicnih filozofov, ki jim pa Vidmar odreja a priori sposobnost do filozofiranja in to nikakor ne brez podlage. Imam pa tudi občutek, da je druga knjiga pisatelja mnogo bolj utrudila kot prva.

Slovenci smo pridobili novo knjigo, ki je vredna tiska in ki je na vsak način vredna, da se vkljub vsem krčm, ki jo popadajo v tem številčnem brezgnotnem samo zakriviljenem svetu, pretolčeš skoz njo.

Dr. T. Furlan

„Beseda o raku.“ (Sodelovali: Dr. R. Blumauer, dr. Fr. Gerlovič, dr. I. Pintar, dr. A. Trtnik, in dr. Al. Zalokar). — Ljubljana 1936. — Izdalo in založilo „Jugosl. društvo za proučevanje in zatiranje raka, pododbor Ljubljana.“

48 strani obsegajoča knjižica je namenjena široki publiki in naj bi seznanila čitatelja z neodločljivim problemom pobijanja raka v naši ožji domovini. Avtorji imajo pri izbiri metod za pobijanje tega vedno bolj perečega zla predvsem v mislih praktično plač te borbe in jim ni toliko do teoretičnega pogrezavanja v snov. Bolnike imamo, vedno več bolnikov, ki jim je treba hitre pomoči. Zavod za zdravljenje raka nujno rabimo, vse drugo dobimo že še pozneje. „Ozka zveza z obstoječimi bolnišnicami, najtesnejša naslonitev na operativne stroke, kirurgijo in ginekologijo, pretežno praktičnim ciljem namenjena organizacija“ jim je vodilna misel pri tej borbi. Zato s pravico zahtevajo „da podpremo z vsemi močmi akcijo, da se zavod za zdravljenje raka z radijem in rentgenom čimpreje oživovali tudi v naši banovini.“

„Besedi o raku“ želimo, da ne bi pri narodu in odločujočih možeh naletela na gluha ušesa.

Dr. M. Karlin

Dr. Vladimir Bazala: „Samozvani liječnici.“ (Slike — iz povijesti nadriliječništva.) — Zagreb 1936. Izdanje škole narodnog zdravlja v Zagrebu 123 strani.

Dr. Bazala je nabral z veliko pridnostjo snov za pričujočo knjigo o mazačih. Posebno koristno delo je izvršil na polju naše domače zgodovine mazaštva, ki jo bo vsak zdravnik z užitkom čital, saj veje iz nje ves čar naše folklorno tako pestre zemlje. Zato smo tudi imeli in imamo še toliko „specijalistov“ na tem polju, da bi nas lahko veliki narodi kar „zavidali“ zanje. Slike iz svetovnega mazaštva je avtor obdelal bolj informativno. V zadnjem poglavju govori še o borbi proti mazaštvu.

Vsestranskemu Bazali in založnici čestitamo k novi obogatitvi domače literature iz narodno-medicinske zgodovine.

Dr. M. Karlin

Dr. Šime Čajkovac, o spolnim bolestima. Znaci, liječenje, obrana. Minerva. Zagreb.

Drobna, 50 strani obsežna knjižica, ki poljudno in stvarno opisuje vse širi pri nas razširjene oz. poznane spolne bolezni; Kapavico, mehki čir, sifilo in četrti spolno bolezen, ingvinalno limfogranulamatozo ter njihovo zdravljenje. O preprečevanju teh bolezni, ki je v naslovu napovedano, ni v knjižici nič, dasi je to poglavje pri vseh boleznih važno, pri spolnih pa še posebej zanimivo. To vrzel naj avtor v prihodnji izdaji izpolni in poda ogroženemu mlademu svetu zdrava navodila.

Dr. A. B.

Dr. Božo Škerlj: Menschlicher Körper und Leibesübungen.

Naš priznani antropolog dr. Božo Škerlj, je v okviru antropološkega inštituta v Varšavi izdal studijo z gornjim naslovom. Knjiga je izraz resnega studija ter dolgotrajnega in vestnega proučevanja tega vprašanja v varšavskem centralnem inštitutu za telesno vzgojo. V prvem delu svoje knjige razpravlja avtor o stališču, ki ga zavzema današnja literatura k omenjenemu problemu.

V drugem delu knjige so podana avtorjeva opazovanja na živem materialu v centralnem inštitutu za telesno vzgojo z točnimi statističnimi primeri in podatki. Autor skuša dokazati vpliv raznih sportov na razvoj in formacijo človeškega telesa ter razmotriva njegove pozitivne in negativne strani. Pri tem prihaja do zaključka, da telesne vaje zdaleka nimajo takega vpliva na moški organizem, kakor na ženski. Enostransko nepravilno in nesistematično sportno udejstvovanje vodi pri ženski do deformacije (zoženja) medenice in hrbtenice ter vpliva na razvoj dojk, kar ima brez dvoma važen vpliv na potek bodočega življenja žene in na njene življenske naloge. Poleg izprememb v zgradnji telesa se v velikem procentu opažajo tudi spremembe na srcu, iz česar avtor sklepa, da je vsako sportno udejstvovanje usmeriti tako, da bi v nobenem slučaju ne bilo organizmu v škodo. Vodilni moto bodi: „Nil nocere.“

V zadnjem poglavju skuša autor rešiti najvažnejša vprašanja, t. j. katere žene naj se bavijo s športom in v kateri starosti. Končno navaja vse vrste športa, ki so ženskemu organizmu primerne in po katerih se bi naj ravnala telesna vzgoja.

Knjigo, ki je pisana v lepem in zelo razumljivem slogu, toplo priporočam vsem onim, ki se vsaj v mali meri bavijo z vprašanjem telesne vzgoje, predvsem zato ker je v knjigi zbran obširen material, ki bi ga bilo iz ostale obširne literature težko izluščiti.

Dr. Cholewa

DROBNE NOVICE

Primarij dr. J. Cholewa — Brežice je bil te dni soglasno izvoljen za docenta zagrebške medicinske fakultete. S tem je njegovo življensko delo, raziskavanje raka, ki mu je dr. Cholewa žrtvoval vse, našel zasluženo priznanje tudi v Jugoslaviji. Gospodu docentu iskreno čestitamo!

O priliki zadnjega **vseslovanskega kongresa v Sofiji** sta prejela med drugim, visoka odlikovanja bolgarskega kralja doc. dr. Ivan Matko ter dr. Mavricij Rus. Čestitamo!

Koncem avgusta t. l. se je vršil **9. zdravniški tečaj o tuberkulozi na Golniku**. Udeležba iz vseh krajev naše države je bila jako dobra.

Na II. mednarodnem kongresu za znanstveno in socialno borbo z rakom, ki se je vršil koncem septembra t. l. v Bruslju (Bruxelles), je zastopal prim. dr. J. Cholewa ljubljansko univerzo in slovensko zdravniško društvo. Na tem kongresu je imel dr. Cholewa kar dva referata in sicer: „Rak in podedovanje (z 12 rodovniki)“ ter „Katranski rak in hormoni“. Ze pred kongresom je bil referent naprošen od uredništva „Acta cancrologica“ (Budimpešta) ter „Bulletin de l'institut de médecine experimentale“ (Buenos Aires), naj jima prepusti referate v objavo. Jugoslovanska kankrologija je torej prav častno zastopana v tujem znanstvenem svetu.

V Sarajevu je pred kratkim preminul prim. dr. Vjekoslav Kušan, lan-skoletni predsednik Jugosl. ftizeol. društva. Izredno ljubeznivega, pri svojih bolnikih jako priljubljenega in znanstveno silno agilnega tovariša bodo v najlepšem spominu ohranili vsi, ki so ga poznali. Jugoslovanska ftizeologija je z njim izgubila odličnega predstavnika.

Protituberkulozni teden, ki se je vršil v drugi polovici meseca maja, je stal letos v znamenju denarne zbirke. Kakor znano je protituberkulozna zveza v glavnem po šolskih otrocih prodajala dinarske listke. Ta zbirka, prvi poskus te vrste v namene protituberkulozne borbe, je prinesla P. Z. okroglo Din 80.000.—. Pri krajevnih ligah pa je ostalo še nekoliko več, tako da lahko računamo celotni uspeh zbirke v Dravski banovini na pribl. 200.000, kar je zaenkrat gotovo prav razveseljiv rezultat.

Novi počitniški dom na Rakitni je bil odprt dne 21. VI. 1936 v prisotnosti ga. bana in predstavnikov oblasti ter svečano blagoslovljen po knezoškofu dr. Rožmanu. Mi ta dogodek beležimo s posebnim veseljem, ker pomeni razveseljiv napredek na socialno-higienskem polju. Novi dom je po svojem slogu in notranji ureditvi naravnost vzoren in služi v čast vodstvu drž. šol. poliklinike. To pa tembolj, ker so bila sredstva skrajno skromna in je bilo treba mnogo organizatornega talenta, da je zamisel vkljub vsem težkočam sedaj uresničena.

Kakor smo že poročali, so v **Bolgariji** uvedli obligatno podeželsko službo zdravnikov. Vsak medicinec mora po stažu, predno se kje naseli, dve leti delati kot pode-

želski zdravnik bodisi v državni ali občinski službi ali privatno. Občine mu morajo dati brezplačno stanovanje ter prevozno sredstvo. Država jim pa plačuje 2.000 levov mesečno.

V Čehoslovaški republiki se je zdravilo leta 1934 vsega 14.493 oseb radi sifilide po bolnicah. V letu 1935 so šteli novih slučajev 730. Gospodarsko izgubo radi te bolezni cenijo na 30 — 40 mil. Kč.

V Čehoslovaški republiki se v zadnjem času intenzivno bavijo z vprašanjem obveznega penzijskega zavarovanja zdravnikov. V ta namen se je ustanovila posebna interministerielna komisija.

Z vso strogostjo nastopajo v Nemčiji proti zdravnikom, ki izvršujejo umetne splave brez predpisanega dovoljenja. Skoraj ne najdemo številke kakenga nemškega medicinskega lista, da ne bi čitali o kakem novem slučaju. Tako je bil n. pr. nek zdravnik radi odpravljanja plodu kaznovan s poldrugim letom kaznilnice, in izgubo častnih pravic za dobo treh let, s čemer je avtomatsko izgubil svojo diplomu. Zakon tam torej ne ostaja na papirju, temveč se dosledno izvaja.

V Nemčiji so zaprli **dotok medicincev** in dentistov k zobozdravniškemu studiju radi „nevarne prenapolnjenosti zobozdravniškega poklica.“

Umrli:

V Leipzigu znani internist prof. Morawitz v 58. letu.

Na Dunaju v starosti 72 let internist dvorni svetnik prof. Jakob Pal.

V Heidelbergu se je smrtno ponesrečil pri nezgodi z avtom ortoped dr. O. Vulpius.

V Moskvi dunajski anatom prof. Tandler, ki je bil pozvan v Rusijo kot organizator zdravstva.

* * *

Fran Savinšek, korektor, Ljubljana, Rimska cesta 23 se priporoča gg. avtorjem za čitanje korektur, popravo in pripravo rokopisov za tisk.

* * *

Kursbüro d. Wiener mediz. Fakultät — Wien IX, Alserstrasse 4 pošlje vsem interesentom prav rad seznam zdravniških tečajev v študijskem letu 1936/37.

IZ UREDNIŠTVA

Za tiskovni sklad Z. v. so prispevali:

Po Din 300.—: Dr. Lavrič B. — Ljubljana;

Po Din 150.—: Dr. Kožuh L. — Ribnica na Dol.; dr. Minaš F. — Ljubljana.

Po Din 100.—: Dr. Šarec J., dr. Slivnik A. — Radovljica; dr. Radšel F. — Slovenjgradec; dr. Lavrič A. — Rogaška Slatina.

Po Din 50.—: Dr. Rus M.; dr. Kraigher A. — Ljubljana; dr. De Gleria — Bled; dr. Stamol F. — Maribor; dr. Stuhec B. — Ptuj; dr. Malerič J. — Črnomelj; dr. Lipnjak D. — Dolnja Lendava.

Po Din 40.—: Dr. Porekar C. — Ljutomer.

Po Din 30.—: Dr. Tominšek V. — Maribor.

Seznam zaključen dne 8. X. 1936.

Prisrčna hvala!

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

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

EPHETONIN MERCK

pri asthma bronchiale in drugih
alergičnih boleznih, nadalje pri
bronhiditi in
oslab. krvotoku

Oblike in zavitki:

EPHETONIN v tabletah po 0,05 g
originalni zavitki z 10 in 20 kom.

EPHETONIN v perlah po 0,01 g
originalni zavitki s 50 kom.

EPHETONIN v ampulah po 0,01 g
originalni zavitki s 5 in 10 kom.

EPHETONIN mazilo 3%
originalne tube s približno 10 g se
obnese tudi v magistralnem
predpisu

Zastopstvo za Jugoslavijo:
Dr. LEO NEUMANN Zagreb Mošinsk. 14.

E. MERCK

Röntgen

FILMI - PLOŠČE - PAPIRJI

Röntgen

Cene nizke, postrežba točna!

Zahtevajte ponudbe:

DROG. ADRIJA — LJUBLJANA — ŠELENBURGOVA

Širite
Delo
proti tuberkulozi
in Evgeniko!

VSEBINA:

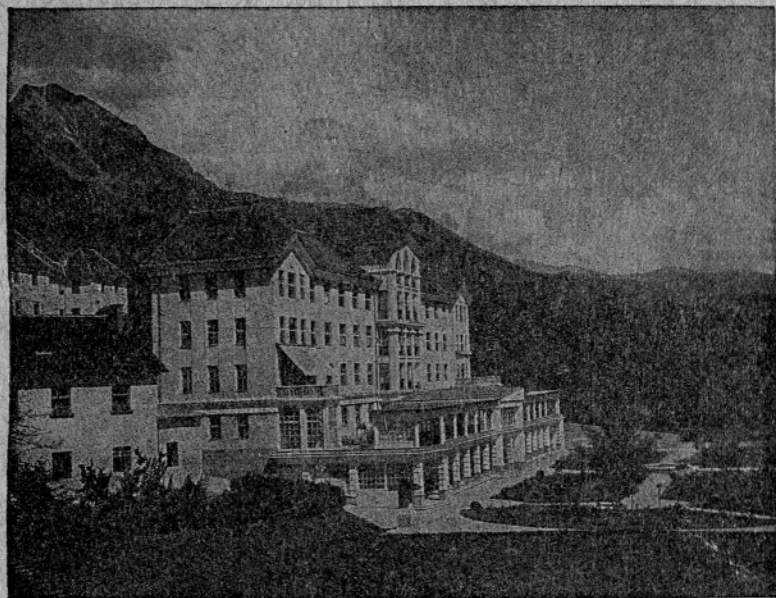
	Stran
Dr. Neubauer Robert: O nastanku in razvoju tuberkuloze	329
Dr. Prodan Josip: Diagnoza tuberkuloze s sredstvi prakt. zdravnika	338
Dr. Neubauer Robert: Tuberkuloza v rentgenu	344
Dr. Furlan Tomaž: Zdravnikova služba pri jetičnem človeku	348
Dr. Neubauer Robert: Kolapsoterapija pljučne tuberkuloze s posebnim ozirom na indikacije	354
Dr. Minař Fran: Borba zoper kostno in izvenpljučno tuberkulozo v Dravski banovini	362
Dr. Jakša: Tuberkuloza kože	375
Dr. Dereani: Očesna tuberkuloza	388
Dr. Pogačnik Josip: Tuberkuloza grla	395
Dr. Guzelj: Nekaj besedi o kirurški federaciji male antante in sosednih držav	404
X.: Obračun akcije za pobijanje raka	405
Iz socialnega zavarovanja	407
Iz medicinskih časopisov	408
Nove knjige	411
Drobne novice	415
Iz uredništva	416

VSEBINA PRILOGE „EVGENIKA“:

	Stran
O. Grahor: J. S. Huxley o evgeniki in družbi	49
Genetični seminar:	
G. Tomažič: Lastnosti in njih spremenljivost (variabilnost)	54
Zakonodaja: Švedski zakon o sterilizaciji nekaterih duševno bol- nih, slaboumnih ali drugih, ki trpe za motenim du- ševnim delovanjem	59
Književnost	63

Zdravilišče Golnik

za bolne na pljučih.



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

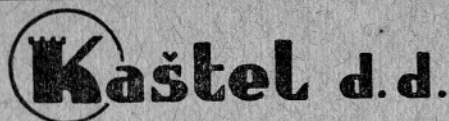
3 oskrbni razredi

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

Vse informacije daje uprava zdravilišča Golnik.

Pošta — telefon — brzojav: Golnik.

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



TVOR. KEM. FARMAC.
PROIZVODOV D. D. ZAGREB
ODIO „SANABO - KAŠTEL“

HOGIVAL

„SANABO - KAŠTEL“

Injekcije po 100 internac. edinic

Tablete po 500 ali 1500 internac. edinic

V vodi topljivi koncentrirani seksualni hormon, vezan
na ostale substance ovarija in dozorelega folikla

Indikacije: Pri funkcionalnih motnjah in izpadu funkcije ženskega genitalnega aparata s spremljajočimi pojavi (amenoreja, oligoopsomenoreja, poliprotomenoreja, metroragije, klimaks, menopavza po histerektomiji, težkoče po spon-tano nastopivši menopavzi)

PITUISAN

„SANABO - KAŠTEL“

1 ccm = 10 internac. edinic

SIGURNO SREDSTVO ZA POPADKE, USTANOV. PO MEDNAR. STANDARDU

Ampule z 1,1 ccm in 0,5 ccm v škatljah po 3 in 6 ampul.

HORMONSKI ROBORANS

BIROBIN

TABLETE „KAŠTEL“

Vsebuje: fero-železo, baker, mangan in substancno želodca

BIROBIN

„KAŠTEL“

Krepi onemogle, izboljšuje apetit, dviguje te-lesno moč, zdravi anemije

Škatlje s 100 dražiran. tabletami

Dnevno 3 krat 1—3 tablete

**V rekonvalescenci po raznih boleznih je
BIROBIN „Kaštel“ nenadomestljiv!**

Vzorci in literatura
na zahtevo!

Kaštel d.d. Zagreb

„Zdravniški Vestnik“ izhaja 10krat na leto (meseca julija in septembra ne izhaja).
Naročnina za nezdavnike Din 90— celoletno, Din 50— polletno;
za medicince Din 50— celoletno, Din 25— polletno.