

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

SEDEMDESETLETNICA SLOV. ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA V LJUBLJANI



Vsebina:

Dr. V. Meršol: Uvodna beseda	129
Seznam društvenih predsednikov od ustanovitve društva do danes	129
Dr. M. Rus: Tovariši!	130
Dr. V. Meršol: Sedemdeset let Slovenskega zdravniškega društva v Ljubljani	131
Dr. M. Rus: Spominu dr. Ivana Oražna (1 slika)	139
Dr. V. Gregorič: Spomini	141
Dr. V. Meršol: Trajanje in značaj imunitete, pridobljene po prestani davici oziroma škrlatinki (1 diagram)	146
Dr. F. Mikič: Sezonsko gibanje nekaterih akutnih nalezljivih bolezní v Jugoslaviji v letih 1920—1930 (6 diagramov)	156
Dr. R. Blumauer: Operativna indikacija akutne apendicite v pozni dobi (1 diag.)	168
Dr. Lj. Merčun: Nov znak, da je črna krvavitev prenehala	172
Dr. Fr. Minař: Ortopedsko zdravljenje poliomieličnih paraliz v dravski banovini od leta 1927. do leta 1932	175
Dr. J. Cholewa: K problemu raka in dednosti	180
Dr. Fr. Derganc: Nežgodna nefrita	186
Dr. R. Bassin: O trahomu (1 diagram)	190
Dr. O. Bajc: Kritični pregled operacij na želodcu od leta 1900 do 1950 s posebnim ozirom na ulcus ventriculi in njega terapijo (1 diagram)	195
Dr. R. Bassin: Dermoid Corneosclerae	201
Dr. F. Kolterer: Ob 200-letnici tehniškega zajetja zdravnih vrelcev v Rogiški Slatini	202
Dr. M. Rus: Poziv!	204
Dr. Fr. Keesbacher: Ein Beitrag zur Bazillenlehre	204
Dnevne beležke	206
Iz uredništva	208

Ena umetniška priloga.

Naslov uredništva in administracije:

Dr. R. Neubauer - Golnik.

KEMIKA D. D.

za kemično in farmacevtično industrijo

ZAGREB

Priporoča svoje preizkušene domače preparate, posebno

OLEOSAN

Znana emulzija najfinejšega norveškega ribjega olja, vsebuje vse vitamine kakor tudi kalcij in fosfor.

Za individualno in uspešno terapijo proizvajamo Oleosan v različnih kombinacijah in posebno priporočamo:

Oleosan cum Lecithino

Oleosan cum Kreosoto

Oleosan cum Arseno

Oleosan cum Guajacolo

Za zdravljenje boleznih respiratornih organov, posebno tuberkuloze:

Novocolsyrup

Vsebuje guajacol v obliki sirupa, je prijetnega okusa.

Novocolcalcium

Gvajakolfosforni kalcij v obliki tablet.

Za zdravljenje uratične diateze in revmatskih boleznih:

Tophosan tablete

Proti gripi in prehladu:

Acitophosan tablete

Predpišite domače preparate, ker so cenejši in ker z njihovim predpisovanjem krepčujete lastno gospodarsko stanje

Tej številki so priloženi prospekti tvrdke Dr. R. & Dr. O. Weill, Frankfurt a./M.

Zagreb, Dr. Leo Neumann, Zagreb, Mršinskega 14.



Ustanovna listina Zdravniškega bralnega društva 1861 v Ljubljani.

DROSERIN

DROSERIN-TABLETTEN

DROSERIN-SIRUP

DROSERIN-LINIMENT

DROSERIN-KAMPFER-
LINIMENT

Frei von Codein und anderen Alkaloiden,
daher bestbewährt in der Kinderpraxis.

Mehr als 20 Jahre bewährt
und ärztlich wärmstens empfohlen bei:

**KEUCHHUSTEN, REIZHUSTEN,
BRONCHITIS, BRONCHOPNEU-
MONIE,**

**chron. Alterskatarrhe und Alters-
bronchitis, bei infektiösen Er-
krankungen, Grippe, Asthma,
Tbc.-Husten.**

Wertvolles Expectorans, schleimlösend und
reizstillend.

Wirksames Prinzip:

Das Extrakt und peptonisierende Ferment der fleischfressenden
Pflanze *Drosera rotundifolia* L. mit expectorationsfördernden
und reizmildernden Zusätzen.

Experimentelle Grundlage:

Prof. R. Heinz, Erlangen, konnte mit dem Ausgangskörper des
Droserins, dem Droseraextrakt, experimentell die resorptive
Beeinflussung der Atmungsorgane nachweisen.

VORZÜGE:

Schleimlösend! Wird selbst von Säuglingen gut vertragen!
Ohne schädliche Nebenwirkung! Frei von Alkaloiden!

Prompte Wirkung! Hustenreizmildernd! Anfallbeseitigend besonders bei Keuchhusten! Ungiftig! Völlig geschmacklos!

DROSERIN-TABLETTEN:

Alle Autoren betonen die Wichtigkeit der frühzeitigen Anwendung des Droserins. Bei Säuglingen und Kleinkindern bis zu 2 Jahren werden Droserin-Tabletten Stärke I verordnet, und alle 2-3 Stunden eine Tablette in etwas Wasser oder Milch verabreicht, nötigenfalls auch während der Nacht. Bei Kindern über 2 Jahren und Erwachsenen ist von Anfang an Droserin Stärke II, gleichfalls alle 2-3 Stunden eine Tablette in Wasser oder Milch, zu geben.

DROSERIN-SIRUP:

(Droserin - Calcium - Bromvalerianasirup)

ist wohlschmeckend und besonders wirksam wegen seiner antispasmodischen Wirkung, welche bedingt ist durch einen geringen Kalk-(1,5⁰/₀), Brom- (1⁰/₀), Baldrian- (5⁰/₀) Gehalt. Ferner ist Droserin-Sirup ein ausgezeichnetes Expectorans. Man gebe 2stündlich 1 Kinder- bis 1 Eßlöffel voll unverdünnt, bezw. in Wasser oder Milch.

Auf Wunsch vieler Aerzte und Kassen ist von Droserin-Sirup auch eine besonders preiswerte Kassenpackung im Handel.

DROSERIN-LINIMENT:

Zur percutanen Anwendung dient wegen seiner resorptionsfördernden und stark desinfizierenden Wirkung durch gleichzeitigen Gehalt an Coniferenterpenen das Droserin-Liniment. Man verwendet es zur Einreibung von Brust und Rücken mehrmals täglich. Die eingeriebenen Teile werden mit Watte bedeckt. Bei Keuchhusten, Erkältungshusten und Katarrhen der oberen Luftwege leisten diese Droserin-Liniment-Einreibungen vortreffliche Dienste; speziell auch bei Säuglingen und Kleinkindern.

DROSERIN-KAMPFER-LINIMENT:

verstärkt die Wirkung des Droserin-Liniments, ist von bester resorptiver Beeinflussung der Atmungs-Organe und zugleich kräftiges Analepticum - Hebung der Herzschwäche - wird percutan vorzüglich resorbiert.

Aerztliche Verordnungsweise:

Rp. Droserin-Tabletten Stärke I.

S. 2-3stündlich 1 Tablette in Wasser oder Milch.

Original-Packung 40 Tabletten. '

K. P. 20 Tabletten.

(bei Säuglingen und Kindern bis 2 Jahre.)

Rp. Droserin-Tabletten Stärke II.

S. 2–3stündlich 1 Tablette in Wasser oder Milch.

Original-Packung 40 Tabletten.

K. P. 20 Tabletten.

(für Kinder über 2 Jahre und Erwachsene).

Rp. Droserin-Sirup

S. 2stündlich 1 Kinder- bis Eßlöffel voll unverdünnt oder in Wasser resp. Milch zu geben.

Original-Packung ca. 200 g.

K. P. ca. 100 g.

Rp. Droserin-Liniment

S. Zum Einreiben von Brust und Rücken morgens und abends.

Original-Packung ca. 50 g.

K. P. ca. 30 g.

Rp. Droserin-Kampfer-Liniment

S. Zum Einreiben von Brust und Rücken morgens und abends.

Original-Packung ca. 50 g.

K. P. ca. 30 g.

Urteile aus Literatur und Praxis:

(im Auszug)

Prof. Karl Lorentzen, Kopenhagen

„Ein Mittel gegen Keuchhusten“

Dansk Sundhedstidende, Zweite Januar-Nummer, S. 34. 1912.

Die Hilfsmittel Hygiene, Luft, Reinlichkeit etc. finden eine wertvolle Unterstützung in dem Droserin der Firma Dr. R. & Dr. O. Weil, Frankfurt a. M. Aus Prof. Jamins Klinik in Erlangen wird dieses Mittel als ein Fortschritt in der Behandlung des Keuchhusten bezeichnet und es wird gefordert, Droserin bei jedem Kinde anzuwenden, namentlich in den ersten drei Wochen der Krankheit. Die Wirkungsweise ist so, daß die Gewalt der Anfälle abnimmt und die Erstickungssymptome aufhören, infolge Beruhigung des Hustens. Eben durch diese beruhigende Wirkung kann das Droserin auch bei allen Fällen schweren Hustens mit bestem Erfolg angewandt werden.

Cramer:

„Keuchhusten-Behandlung mit Droserin“, Klinische Wochenschrift Berlin 1913, Nr. 49.:

Husten und schwere Anfälle hören im Laufe weniger Tage gänzlich auf.

Gassner:

„Erfolgreiche Keuchhusten-Behandlung“, Der Landarzt 1925 Nr. 14:

Die Droserin-Präparate können nicht genug empfohlen werden.

Budai und Hirsch:

„Ueber Keuchhusten-Behandlung mit Strontium und Stronchin“, Med. Welt 1928, Nr. 5.:

Bei Keuchhusten mit irgendwelchen Komplikationen empfehlen die Autoren neben Stronchin-Injektionen Droserin-Tabletten oder Droserin-Sirup, die sich als wirksam erwiesen.

Bandorf:

„Der Wert des Droserins in der Keuchhustentherapie“, Inaugural Dissertation aus der med. Univ. Klinik Erlangen (Direktor: Prof. Dr. Jamin):

Droserin ist ein Fortschritt in der Keuchhusten Therapie und verdient versucht zu werden, umso mehr, da es keine schädigenden Nebenwirkungen entfaltet und als durchaus harmlos bezeichnet werden kann; es ist empfehlenswert, bei jedem Keuchhustenfall, speziell bei jedem frischen, einen Versuch zu machen und das Droserin 3 Wochen lang zu verabreichen.

Prof. Dr. J. Trumpp, München.
Universitätsprofessor und Kinderarzt.

„ . . . , daß ich mit dem Präparat Droserin II zufrieden bin. Es wirkt schleimlösend und dadurch offenbar mildernd auf quälenden Hustenreiz. Ich habe es mit Nutzen bei verschiedenen Arten Reizhusten, auch bei Keuchhusten verwendet.

Prof. Dr. Hecker, München.

Ich halte das Droserin für eines der erfolgreichsten Keuchhustenmittel, unter dessen Anwendung Zahl und Heftigkeit der Anfälle bald nachlassen. Besonders empfiehlt sich frühzeitige Anwendung.

Prof. Schlesinger, Wien.

Bei Tbc-Husten gewähren oft harmlose Sirupe, wie der Droserinsirup große Erleichterung.

Prof. Dr. M. von Pfaundler,
Direktor der Universitätskinderklinik und Poliklinik München.

„Droserin hat sich bei geeigneten Krankheitsfällen insbesondere bewährt.“

Prof. S. J. Thannhauser:

Direktor der med. Universitätsklinik Freiburg i. Br.

Aus dem Lehrbuch für innere Medizin, Springer 1931, S. 466.

Abschnitt: Allgemeine Therapie der Bronchitis.

„Auch Drosera-Extrakte in Form des Droserin-Sirup sind gute Expectorantia.“

Weitere Droserin Literatur:

Prof. R. Heinz, Erlangen: Jahreskurse für ärztliche Fortbildung
1919 Nr. 8.

Földes: „Ueber Droserin“, Orvosi Ujsag 1926 Nr. 35.

Chemisch-pharmazeutische Fabrik

Dr. R. & Dr. O. WEIL Frankfurt am Main.

SANABO-CHINOIN

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

Wien, I., Johannesgasse 2 • Telefonska številka R 22-437

HOGIVAL

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

INJEKCIJE 100 mišjih enot po Allen-Doisy-ju v vodeni raztopini

TABLETE 100 ali 300 mišjih enot

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

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

Vzorci in literatura na zahtevo.

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

Samo eden preparat acetilosalicilne kisline odgovarja vsem zahtevam tako klinika kot farmakologa, in to je

(bazični aluminijev acetyl-ester salicilne kisline) in to zato, ker je

ALIN

ALIN-KAŠTEL

popolnoma brez okusa, toda njegova antipireza je postopna in trajna. Želodec ga izredno dobro prenaša, ker postane acetilosalicilna kislina prosta šele v črevesih in ker nima ALIN nobene kontraindikacije.

ALIN-KAŠTEL je torej antipyreticum, analgeticum in antireumaticum **prve vrste**.
Indikacije: Vsa revmatična obolenja, glavobol, zobobol, ischias, nevralgije, lumbago, razni prehladi, influenza, migrena itd.

Doziranje: Pro dozi 1—2 tablete, pro die 3—10 tablet.

Z a v o j: 10 ali 100 tablet po 0,5 gr. v orig. škatljah, ali čokoladne tablete po 0,4 gr. za otroke.

PERPARIN-KAŠTEL

specifično sredstvo proti
sintetični spazmolitikum **krč in gladih mišic**

deluje **trajnejše** in **močnejše** kot papaverin, **povsem sam**, brez vseh dodatkov in kombinacij.

Indikacije: Ulcus ventriculi et duodeni, cardio- in pylorospasmus, spastična obstipacija, colitis, krči v požiralniku pri zastrupljenjih z lugom, kje je sluznica opečena, icterus catarrhalis cholecystitis, akutne oscilacije krvnega tlaka pri hipertoničnih, angina pectoris, migrena, dizmenoreje, bronhijalna astma itd.

Doziranje: trikrat dnevno 1—2 tableti, oziroma 1—2 ampuli, po potrebi in dvakrat dnevno. Pri dojenčkih $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ tablete enkrat do trikrat na dan. Pri starejših otrocih enkrat do dvakrat na dan $\frac{1}{2}$ —1 tableto. Injekcije se dajejo subkutano ali intramuskularno, toda intravenozna injekcija je večinoma odveč. Navedene doze se lahko brez bojazni tudi povečajo.

Z a v o j: Tablete v cevkah po 20 komadov (po 0,04 g. Perparini hydrochlorici). Injekcije v škatljah po 6 ampul po 2 ccm. (z 0,04 Perparini hydrochlorici).

Kadar je indicirana tekoča hrana pri aplikaciji rektalne prehrane, kadar moramo čuvati prebavila, tedaj nam stori
odlične
usluge

Ovomaltina

Ovomaltina predstavlja hranilno vrednost od 485 kalorij za 100 gramov ter se raztopi v vsakem poljubnem razmerju v vodi, mleku ali čaju. Sladkorja dodajamo po potrebi.

Ovomaltina vsebuje razen najvažnejšega hraniva vseh vrst tudi še lecitin, diastazo in vitamine.

Analiza :

Beljakovine	14.2 %
maltoza	62.8 %
topljivi ogljikovi hidrati dextrin	7.8 %
maščobe	8.2 %
pepel	3.7 %
organsko vezani fosfor kot anhidrid Ph-kislina	1.18 %
voda	2.12 %
	<hr/>
	100.00 %

Vzorce in literaturo pošilja

Dr. A. Wander d. d., Zagreb

Fizikalno zdravilišče in kopališče OUZD

v Ljubljani, Miklošičeva cesta 20
v Mariboru, Marijina ulica 13

Splošno dostopno!

Hidro- in balneoterapija: ovitki, otiranje, polkopeli, škotske prhe, Tyrnauer - aparati, svetlobne kopeli, žveplene, smrečne, ogljenokisle, solne kopeli itd.

Elektroterapija: diatermija, visoka frekvenca, jontoforeza, galvanizacija, faradizacije, elektrokoagulacije, celotne in četverostanične kopeli itd.

Fototerapija: Višin. solnce, Bach, Jessionek, Sollux.

Mehanoterapija: Zander aparati in ročna masaža. Zdravilišči sta pod vodstvom zdravnika.

Sprejemanje pacientov-privatnikov v posebnih ordinacijskih urah. (Ob ponedeljkih zaprto!)

Čistilno kopališče: kadne in parne kopeli, prhe.

Tajni svetnik prof. dr. Rubner o kavi.

Dne 27. aprila 1952 je umrl v Berlinu nestor nemških znanstvenikov na polju prehrane, tajni svetnik prof. dr. Rubner. Z ozirom na važnost, ki jo ima osebnost prof. dr. Rubnerja kot utemeljitelja moderne higijene, svetovne avtoritete v znanosti za živež in sladila, je posebne pozornosti vredno njegovo delo o najbolj znani ljudski pijači, o kavi. To svoje delo je objavil dr. Rubner tik pred svojo smrtjo v zelo uglednem strokovnem medicinskem časopisu.

V svojih izvajanjih je prof. dr. Rubner mnenja, da je s stalno porastjo konzuma kave padla poraba alkohola, torej okolnost, ki se v interesu narodne higijene smatra za prednost. Razen tega je kava v dieti sami povzročila še večji preobrat, kakor se navadno misli. Pomislimo le na spremembo zajtrka, ki je še pred nekimi sto leti sestojal večinoma iz različnih juh.

Kakao-u se je že iz početka pripisovala neka hranljivost, toda niti kava niti čaj se ne smatrata za navadna izvlečka, temveč z dodatkom sladkorja in mleka za hranljivo pijačo.

Ugoden okus in vonj ter zadovoljstvo, ki ga povzroča dobra kava, so mnogo doprinesli k njenemu širjenju kot ljudske pijače. Toda že kmalu so prišli do spoznanja, da ima kava pri obilnem uživanju zelo neprijetno svojstvo. Odkrili so kofein z njegovim učinkom na pospeševanje utripa, povečanje krvnega tlaka, v prvi vrsti razdražljivost velikih možgan. K temu so se pridružila tudi mnogostranska opazovanja o slabem spanju, močnem utripanju srca in oškodovanju njegovega delovanja, o drhtenju mišičja, navalu seči itd. Po raziskavanjih, po katerih se je dognalo, kako dolgo se kofein zadržuje v telesu, smo morali kofein smatrati za snov z močnim farmakološkim učinkom.

Uživanje kave je torej škodljivo za vse ljudi, ki trpe za razdražljivostjo in slabim spanjem. Nasprotno pa zavisijo motnje delovanja pri zdravem človeku brez ozira na individualne razlike v prvi vrsti od vsebine kofeina, od možnosti prepogostega uživanja, od količine in koncentracije kave, od tega, če pride v polni ali prazni želodec, zlasti pa od istočasnega uživanja alkohola ali uspavalnih sredstev.

Radi teh mnogoštevilnih težav, ki kažejo vse na kofein kot delujočo snov, se je od zdravniške strani večkrat sploh prepovedalo uživanje kave. Zato imajo brezdvomno medicinsko važnost prizadevanja za odstranitev kofeina iz kave, kar je tehnično tudi neoporečno uspelo. Tako dobimo kavo, ki ji je odvzet kofein do neznatnih sledov, ne da bi pri tem postopanju izgubila količkaj arome ali okusa.

Tajni svetnik Rubner zaključuje svoja izvajanja kakor sledi:

„Problem kave je torej praktično popolnoma rešen, ker se z odstranitvijo kofeina — snovi, ki mnogokrat moti — izključuje vsaka resna obremenitev“.

V Jugoslaviji obstoja le ena garantirano dekofeinizirana zrnata kava, in to je kava Hag. Vzorec in literaturo pošilja brezplačno: Kava Hag d. d. Zagreb, Kaptol 10.

PUHLMANN ČAJ

znamke „Ripon“

več kot 20 let priznan pri

akutni in kronični bronhiti

ker izvanredno omiljuje draženje h kašlju, zlasti pri

asthma bronchiale

ker lahko razsluzi.

Doziranje:
Pri odraslih 10—15 g
= 2 navadni žlici na
1 liter vode, vkuhati na
približno 2/3. Prvo po-
lovico je izpiti zjutraj
gorko, ostalo 2—3 ure
predno ležemo spat,
pravtako segreto.



Odobreno od Ministar-
stva Socijalne Politike
i Narodnog Zdravlja,
Sanitetsko odelenje
S. br. 4274, 11. 3. 1932.

Originalni omot
ca 125 g za 6 dni
Din 30—

Originalni omot
ca 500 g za 3 tedne
Din 100—

Literaturo in poskusne količine pošilja:

Puhmann & Co., Berlin O. 171

Müggel-Strasse 25—25a

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA
V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO IN ADMINISTRACIJA: DR. R. NEUBAUER — GOLNIK

Štev. 8 - 10.

22. decembra 1932.

Leto IV.

Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani obhaja dne 22. decembra 1932 sedemdesetletnico svojega obstoja.

Društvo, ki je vzdržalo sedemdeset let kljub viharjem in bojem, kljub raznim notranjim in zunanjim težavam, že samo s tem jasno dokazuje svojo življenjsko sposobnost. Zgodovina društva pa nam priča, da je bila ta dolga doba polna strokovnega, znanstvenega in stanovskega dela, dela, ki se na zunaj večkrat malo opazi, pa je zato tem zaslužnejše.

Ko praznujemo sedemdesetletnico društva, se moramo spomniti predvsem vseh tistih društvenikov, ki so že dobojevali svoj življenjski boj, bodisi da so bili na čelu društvu ali pa so skromno in tiho kot člani vršili svojo dolžnost za društvo in narod. Zakličimo jim: Hvala in slava Vam!

Ob tej priliki se zahvaljujemo gospodu uredniku Zdravniškega Vestnika, ki je s svojo znano požrtvovalnostjo in agilnostjo v prvi vrsti omogočil izdajo te številke, dalje Kraljevski banski upravi in Zdravniški zbornici Dravske banovine za denarno pomoč, poleg tega pa tudi vsem ostalim, ki so pri tem sodelovali in na kakršenkoli način pomagali.

Za odbor Slov. zdravniškega društva:
dr. V. Meršol, t. č. predsednik.

Seznam društvenih predsednikov od ustanovitve društva do danes

L. 1861.—65.	dr. Konstantin Schrott;	L. 1919.	dr. Alojz Zalokar;
„ 1865.—66.	dr. vitez Andrioli;	„ 1920.—21.	dr. Vinko Gregorič;
„ 1866.—86.	dr. Josip Schiffer;	„ 1922.	dr. Vinko Gregorič, pozne-
„ 1886.—93.	dr. Alojzij Valenta;		je dr. Josip Tičar;
„ 1893.—98.	dr. Friderik Keesbacher;	„ 1923.	dr. Josip Tičar, pozneje
„ 1898.—1901.	dr. Edo Šlajmer;		dr. Tone Jamar;
„ 1901.—06.	dr. Ivan Kopřiva;	„ 1924.	dr. Alojz Zalokar;
„ 1906.—07.	dr. Stanko Sterger;	„ 1925.	dr. Franc Derganc;
„ 1907.—10.	dr. Vinko Gregorič;	„ 1926.	dr. Ivan Pintar;
„ 1910.—13.	dr. Demeter vitez Blei-	„ 1927.	dr. Rihard Jug;
	weis-Trsteniški;	„ 1928.—29.	dr. Franc Derganc;
„ 1914.—17.	dr. Vinko Gregorič;	„ 1930.—31.	dr. Ivan Zajec;
„ 1918.	dr. Mavricij Rus;	„ 1932.	dr. Valentin Meršol.

Tovariši!

Slovensko zdravniško društvo praznuje letos sedemdesetletnico svojega obstoja. Desetletja je vršilo poleg znanstvenega dela tudi dolžnosti stanovske organizacije, še posebno v času, ko smo bili na področju večjega dela sedanje dravske banovine primorani prenehati z delovanjem zdravniške zbornice, ker pri merodajnih mestih in vplivnih osebah ni našla zadostnega razumevanja in podpore.

Slovensko zdravniško društvo nam je predstavljalo takrat našo edino stanovsko in znanstveno organizacijo, katere smo se z vnemo in ljubeznijo oklepali, našli v njej pobude, zaščite, sveta in mnogo prijateljstva ter kolegijalnosti naših starejših in izkušenejših tovarišev.

Časi so se izpremenili.

Primeroma malo je bilo takrat zdravnikov. Kakor v vseh poklicih, se je tudi število zdravnikov znatno pomnožilo; slabši časi so povzročili slabe razmere, ki jih občuti ves zdravniški stan, a še posebno nekateri manj srečni naši kolegi. Vsled velikega števila zdravnikov so zasedena celo mesta, kjer od nekdanj ni bilo zdravnika. Kjer je bil prej en zdravnik, sta sedaj dva, so trije. Za vsako prazno mesto je mnogo prošenj in tako se že razvija med tovariši boj za obstanek. Toda mlajši naj ne gledajo na svoje starejše kolege kot na konkurente in tudi obratno ne! Spoštujmo položaj vsakega, predvsem pa položaj naše stanovske organizacije, ki naj vse medsebojne spore blaži in izravnava. Pazimo, da se ugled zdravniškega stanu ne okrne od nikogar!

Tovariši, bodimo med seboj odkritosrčni in spoštujmo se med seboj! Bodimo složni v delu in oklepajmo se z ljubeznijo naše stanovske organizacije, katere najvišji in edini cilj je vsestransko čuvati interese zdravniškega stanu in skrbeti za dobrobit vsakega tovariša!

Odkritosrčnost, sloga, prijateljstvo in kolegialnost naj bo dika vsakega tovariša-zdravnika!

Dr. Mavricij Rus,

predsednik zdravniške zbornice.

Sedemdeset let Slovenskega zdravniškega društva v Ljubljani.*

Dr. V. Meršol.

Stara in lepa je navada, da se v življenju in delovanju posameznikov kakor tudi društev in narodov proslavljajo obletnice važnejših dogodkov. Popotnik, ki hiti v hrib, se na poti na lepših mestih večkrat ustavi, da se odpočije, da se navžije lepega razgleda, da se ozre nazaj na razdaljo, katero je že prehodil, da pogleda naprej na pot, ki jo še ima prehoditi do cilja. Tudi v delovanju društev so take razgledne točke; najvažnejša od njih je obletnica ustanovitve.

Tako obletnico obhaja Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani letos. Dne 22. decembra 1932. bo minulo 70 let, odkar se je v Ljubljani ustanovilo Društvo zdravnikov na Kranjskem (Verein der Ärzte in Krain), katero se je po prevratu preimenovalo v Slov. zdravniško društvo v Ljubljani.

Ustavimo se za trenotek pri tej obletnici našega društva, pozabimo za kratek čas na naše vsakodnevne težave, na borbo za kruh, ki je danes težja kot kdaj prej. Poglejmo nazaj na dobo ustanovitve društva, na cilje, katere so si postavili člani društva o priliki ustanovitve, dotaknimo se s par besedami glavnih poglavij društvenega delovanja, spomnimo se najzaslužnejših društevnikov in javnih delavcev-zdravnikov, ugotovimo, kaj je bilo do sedaj doseženega. Potem pa pogledjmo v bodočnost: kakšen je program in kakšno naj bo delo društva v naslednjih letih.

Gibanje za ustanovitev zdravniškega društva v Ljubljani se je začelo že l. 1861. Takrat so zdravniki: Dr. Fux, Dr. Valenta in Dr. Vesel začeli akcijo, da se osnuje zdravniško bralno društvo. Njihovemu vabilu so se ostali zdravniki polnoštevilno odzvali. 5. oktobra 1861. je deželna vlada dovolila ustanovitev zdravniškega bralnega društva („Ärztlicher Leseverein“), katerega prvi občni zbor je bil 18. dec. 1861. Namen društva je bil, gojiti medicinsko znanost. Šli so takoj na delo ter že prvo leto priredili več znanstvenih predavanj. Ker so se za društvo začeli vedno bolj zanimati tudi zdravniki na deželi, so bila pravila malo izpremenjena, društvo pa je dobilo ime „Društvo zdravnikov na Kranjskem“ (Verein der Ärzte in Krain). Zadnji občni zbor Bralnega društva in obenem prvi občni zbor Društva zdravnikov na Kranjskem je bil dne 22. decembra 1862. Predsednikom je bil izvoljen deželni zdravstveni svetnik Dr. Konstantin Schrott. (Letošnja proslava v Ljubljani dne 18. dec. velja obema obletnicama.)

Društvo zdravnikov na Kranjskem je bilo poleg društva zdravnikov na Dunaju in v Pragi najstarejše društvo zdravnikov v Avstriji. Namen društva je bil prvotno samo pospeševati medicinsko znanost med svojimi člani s pomočjo knjig, perijodičnih medicinskih

* Zgodovina društva je v tem članku podana samo na kratko. Omenjeni so le najvažnejši podatki, v kolikor sem jih mogel najti po mnogih težavah v raznih obstoječih pisanih virih, nekaj tudi po ustnem izročilu. Naloga je bila zame toliko težja, ker sem bil zadnjih 10 let večinoma službeno odstoten iz Slovenije. Zato prosim, da se mi oprusti, ako mogoče kaj važnega ni omenjenega.

časopisov in znanstvenih sestankov. L. 1870. pa je prevzelo v svoj program tudi skrb za higijenski napredek Kranjske, kakor tudi brigo za zdravniške stanovske interese.

Državne oblasti so društvo zelo upoštevale in se v raznih vprašanjih večkrat obračale nanj za svet, tako v vprašanju nove deželne blaznice, za katero je izdelal obširen elaborat član društva Dr. Gauster.

Društvo je imelo redna zdravstvena predavanja, dalje že l. 1865. lepo knjižnico s približno 500 knjigami, katerih večino je podaril Dr. Vesel. Knjižnica se je nahajala v prostorih deželne bolnišnice. V novembru 1865. se je po zaslugi profesorja Dr. Valente otvoril patološko-anatomski muzej v prostorih bolnišnice, katere je za to odkazal deželni odbor. Prva leta je društvo nosilo stroške za muzej samo, pozneje (l. 1885.) pa je prepustilo ta muzej radi velikih stroškov deželi v dar. Muzej je takrat obsegal 455 preparatov.

L. 1865. je društvo imenovalo svojim častnim članom cesarjevega telesnega zdravnika Dr. Loeschnerja, znanega pedijatra. Dr. Loeschner je v zahvalo zato poslal društvu najprej 100 fl., pozneje še 225 fl. Z darili Kranjske hranilnice in vsakoletno zbirko med člani je vsota do l. 1874 narastla na 1000 fl., kar je predstavljalo Dr. Loeschnerjevo ustanovo za podporni zaklad za vdove in sirote članov. L. 1874. so se razdelile potrebnim vdovam in sirotam prve obresti (60 fl.), do l. 1886. pa je narastel kapital ustanove na 5700 fl. Ko je pozneje tudi Dr. Mader zapustil društvu precejšnjo vsoto v isti namen, se je Dr. Loeschnerjeva ustanova preimenovala v Loeschner-Maderjevo ustanovo.

Kakor je v povojni dobi predsednik slovenskega zdravniškega društva, Dr. Gregorič podvzel vse korake, da se ustanove zdravniške komore po celi državi, tako je že l. 1870. Društvo zdravnikov na Kranjskem po inicijativi Dr. Valente in Dr. Gaustera delovalo na to, da naj se v celi državi organizirajo zdravniška društva, ki naj sodelujejo v boju za zdravniške interese. Ustanovi naj se centralni odbor in prirejajo vsako leto shodi za zdravnike cele države. Na inicijativo Društva zdravnikov na Kranjskem se je res vršil prvi shod avstrijskih zdravniških društev l. 1875. na Dunaju. Ljubljansko društvo je zastopal prof. Dr. Valenta. Drugo zborovanje teh društev je bilo l. 1876.

Naslednja leta se je društvo mnogo trudilo, da se ustanove v Avstriji zdravniške komore, ki so bile l. 1891. tudi ustanovljene. Kranjska zdravniška komora je trajala do l. 1905., ko je radi spora z deželno vlado prenehala obstojati.

L. 1884. je društvo pristopilo k vdovskemu in sirotinskemu zakladu zveze avstrijskih zdravniških društev. L. 1885. so vstopili v društvo tudi živinozdravniki.

Naslednje leto (1886.) je Društvo zdravnikov na Kranjskem proslavilo svojo 25letnico in v ta namen izdalo spomenico, v kateri je v kratkem opisano dotedanje delovanje društva. Zanimivo je, da je bil celih 25 let tajnik in 23 let tudi knjižničar društva Dr. Alojzij Valenta, ki je neumorno deloval in je v tem pač lahko v vzgled sedanjim in bodočim generacijam zdravnikov. On je bil tudi kustos muzeja. V 25 letih je imelo društvo 24 rednih in 8 izrednih občnih zborov, 124 mesečnih sestankov, na katerih je 53 predavateljev imelo

280 predavanj in 155 demonstracij. Največ sta predavala in demonstrirala: Dr. Fux (19 predavanj in 65 demonstracij) in Dr. Valenta (49 predavanj in 10 demonstracij). Pač znak vztrajne požrtvovalnosti za društvo!

Knjižnica je štela ob 25letnici 1219 del v 1573 zvezkih. V teku let so imeli člani društva na razpolago 45 raznih časopisov, stalno pa so jih imeli naročenih 10.

Ako se pomisli, da je društvo imelo velike stroške z vzdrževanjem in kompletiranjem knjižnice kakor tudi muzeja, ki je zahteval na stotine fl. (za alkohol, posode, itd.), dalje stroške za plačanje sluge, za honorar pisarju diplom etc., potem moramo priznati, da so člani bili zelo požrtvovalni. Članarina je znašala za ljubljanske člane 6 fl. letno, za zdravnike na deželi pa 4 fl. Vsak novi član je poleg tega vplačal vstopnino 2 fl.

Društvo prvotno ni imelo nobenih privatnih lokalov v najemu, ampak je imelo svoje sestanke v patološko-anatomskem muzeju v bolniških prostorih, knjižnica pa je bila v šolski sobi deželne porodnišnice, kjer je bila istočasno tudi čitalnica.

Naslednja leta se je društvo moralo mnogo pečati z materialnim stanjem zdravnikov, posebno glede okrajnih bolniških blagajn.

L. 1897. je društvo najelo skupaj z zdravniško komoro svoj lokal, da bi se društvenikom omogočila boljša poraba knjižnice in čitanje listov.

Dočim so se do sedaj vodili zapisniki občnih zborov in sestankov v nemškem jeziku, se l. 1900. že javlja v njih slovenski jezik.

Istega leta se je po inicijativi primarijev Dr. Gregoriča in Dr. Jenka ustanovil Dr. Bleiweissov zaklad za onemogle zdravnike.

Začeli so se tudi ožji prisrčni stiki s hrvatskim zdravniškim društvom.

Na red so prišla tudi higijenska vprašanja: predvsem predlogi za boj proti jetiki in zahteva imenovanja šolskih zdravnikov.

L. 1904. se je ustanovila kranjska podružnica avstrijskega pomožnega društva za bolne na pljučih kot predhodnik sedanje protituberkulozne lige.

Istega leta se je društvo moralo seliti. Knjižnica se je naselila z dovoljenjem ljubljanskega župana v prostorih mestnega fizikata.

Žalostna usoda zdravniških vdov in sirot, deloma uživajočih le majhne pokojnine, deloma brez vsake podpore in premoženja, je dovedla po inicijativi primarija Dr. Gregoriča in predsednika društva Dr. Koprive l. 1905. do ustanovitve „Vdovskega in sirotinskega pokojninskega zaklada društva zdravnikov na Kranjskem“. Pristop je bil dovoljen vsakemu članu društva brez obzira na starost. Zaklad je zlasti med vojno in v prvih povojnih letih prožil precejšno pomoč potrebnim vdovam in sirotam. L. 1919. so se pravila zaklada v toliko spremenila, da pristop ni bil več odvisen od članstva v zdravniškem društvu.

Medtem, ko je do sedaj obstojalo samo eno zdravniško društvo, sta se l. 1906. po inicijativi Dr. Defranceschija ustanovili še 2 društvi, in sicer: „Prosta organizacija kranjskih zdravnikov“ in „Organizacija okrožnih zdravnikov.“

Že tedanje društvo je zelo čutilo pomanjkanje lastnega lista. Da bi se to na neki način nadomestilo, se je l. 1909. sprejel „L i j e č n i č k i V i j e s n i k“ kot društveno glasilo. S tem so se tudi ojačali že prej navezani tesni stiki z „Zborom liječnika Hrvatske i Slavonije“, kar je bilo obema društvoma v največjo korist. Ob tej priliki se je potrebno s hvaležnostjo spomniti gostoljubnosti, s katero je Liječnički Vijesnik šel ob vsaki priliki na roko, tako krepj Društvu zdravnikov na Kranjskem, kakor pozneje tudi Slovenskemu zdravniškemu društvu.

Primarij Dr. Gregorič kot odličen organizator in društveni delavec se je trudil, da bi na neki način rešil vprašanje lastnega lokala. Delal je načrte za ustanovitev nekakšnega znanstvenega doma, ki bi služil kot centrala raznim znanstvenim in strokovnim društvom. Žalibog njegovo prizadevanje ni imelo uspeha.

L. 1910. se je vršil v Ljubljani prvi vseslovenski zdravniški shod, ki je zopet združil vse slovenske zdravnike v Društvo zdravnikov na Kranjskem.

Stike s Srbskim zdravniškim društvom v Beogradu je društvo navezalo prvič l. 1904. ob priliki kongresa srbskih zdravnikov in prirodoslovcev v Beogradu, katerega so se udeležili trije člani društva, ponovno pa l. 1911. ob priliki prvega jugoslovanskega sestanka za operativno medicino.

Na občnem zboru l. 1912. sta se na predlog primarija Dr. Derganca ustanovila 2 nova odseka: 1. za občo blaginjo in higijeno, ter 2. proti alkoholizmu. Poleg tega si je društvo nadelo nalogo uresničiti idejo slovenskega zdravniškega društvenega doma.

15. 5. 1912. je društvo slavnostno proslavilo svojo 50letnico s slavnostnim zborovanjem v dvorani deželnega zbora in z obširno izdajo posebne številke „Liječniškega Vijesnika“.

Jeseni l. 1912. se je začela prva balkanska vojna. Pozivu Srbskega Rdečega križa, ki je prosil za pomoč, so se takoj odzvali mnogi slovenski zdravniki in pohiteli na jug, pomagat bratom. V prvi ekspediciji za srbsko armado so bili: Dr. Ivan Oražen, Dr. Edo Šlajmer, Dr. Otmar Krajec, Dr. Jernej Demšar, Dr. Ivan Premrov, Dr. Fran Šabec in Dr. Just Bačar. Na Bolgarsko sta odšla Dr. Mavricij Rus in Dr. Gaber Hočevar. V Črno goro pa Dr. Josip Stojc in Dr. Josip Tičar. Druge ekspedicije so se udeležili: Dr. Mirko Černič, Dr. Franc Virant, Dr. Anton Lavrič in Dr. Josip Tavčar. Tako so ti zdravniki, večinoma člani društva, že takrat na delu pokazali svoje jugoslovansko prepričanje in svojo ljubezen za brate. Umljivo je, da so jih po vrnitvi avstrijski Nemci zaznamovali za politično sumljive.

Kmalu nato pa se je začela svetovna vojna. Večina zdravnikov — članov društva se je razkropila na razne fronte, le nekateri so mogli služiti doma. V vojni so, kolikor mi je znano, padli sledeči zdravniki, člani društva: Dr. Primšar, Dr. Levičnik in dr. Janko Ser nec.

Jasno je, da med vojno društvo ni moglo razviti posebne delavnosti radi malega števila zdravnikov, ki so ostali doma, vendar je kljub temu ob raznih prilikah pod predsedstvom primarija Dr. Gregoriča in Dr. Rusa uspešno dokazalo svoj obstoj. Na občnem zboru 31. l. 1918 je bil primarij dr. Gregorič na predlog t. č. predsednika dr. Rusa vsled požrtvovalnega dela za društvo, predvsem pa kot usta-

novitelj plodonosnega pokojninskega zaklada, izvoljen častnim članom društva.

Takoj po prevratu se je zopet začelo bolj energično delovanje. Zopet vidimo v prvih vrstah borbe za društvene in narodne interese primarija dr. Gregoriča. Pod njegovim predsedstvom si je takoj po prevratu dne 2. novembra 1918. društvo nadelo ime „Slovensko zdravniško društvo“, razširilo svoj delokrog na vse slovensko ozemlje in energično zahtevalo od Narodne vlade, da ga v vseh zdravstvenih in zdravniških zadevah upošteva kot posvetovalni in deloma tudi izvrševalni organ. Tako je društvo v prvih povojnih letih imelo precej vpliva na javno sanitetno upravo, saj je v pokrajinski zdravstveni svet lahko imenovalo 5 rednih članov, predlagalo je na pr. sanitetna šefa za Slovenijo, najprej Dr. Oražna, po njegovi smrti pa Dr. O. Krajca.

Slovensko zdravniško društvo je dalo tudi mnogo drugih pobud in veliko pripomoglo k ustanovitvi medicinske fakultete v Ljubljani. Že v začetku 18. stoletja je bila v Ljubljani predstopnja medicinske fakultete: academia operosorum in od Jožefinske dobe dalje licej s kirurgično šolo. Ob Napoleonovem času pa je začasno bila v Ljubljani tudi medicinska fakulteta, ki je pa žalibog po avstrijski restavraciji padla na stopnjo kirurgične šole. Slednja je prenehala 1850.

Z zakonom o vseučilišču v Ljubljani je bila l. 1919. ustanovljena tudi medicinska fakulteta, ki je pa žalibog ostala samo delna ter tako ne more nuditi zdravnikom in narodu onih dobrot, ki bi jih lahko, ako bi bila popolna. Vendar predstavlja vsaj začetek.

Ne smemo pozabiti omeniti največjega mecena slovenskega medicinskega in drugega akademskega naraščaja po vojni, člana Slovenskega zdravniškega društva, sanitetnega šefa Zdravstvenega odseka za Slovenijo in Istro, Dr. Ivana Oražna, kateremu je žalibog mnogo prežgodaj smrt prerezala nit življenja l. 1921. V oporoki je zapustil vse svoje precejšnje premoženje revnim akademikom, predvsem medicincem. Sezidal se je „Oražnov dom“, ki v polnem obsegu ustreza intencijam oporoke.

Ob tej priliki naj omenim tudi socialno-medicinsko delovanje dolgoletnega predsednika društva, Dr. Demetra Bleiweis-Trsteniškega, bivšega šef-zdravnika okrožnega urada v Ljubljani. Bil je na čelu borbe proti alkoholizmu in tuberkulozi. Napisal je v dnevnikih in znanstvenih časopisih celo vrsto razprav o javnem zdravstvu, o socialni medicini, o borbi proti narodnim boleznim. Njegova znanstvena dela, publicirana večinoma v nemških medicinskih časopisih, so velike vrednosti. Vzorna ureditev medicinskega dela ljubljanskega okrožnega urada je v prvi vrsti njegovo delo. Žalibog nam je tudi njega mnogo prežgodaj vzela smrt (10. januarja 1928.).

8.—10. sept. 1921. se je vršil v Ljubljani III. kongres Jugoslovskega zdravniškega društva, ki je imel na programu kot glavno temo: tuberkuloza v Jugoslaviji. Poleg tega je bila na dnevnem redu tudi razprava o načrtu zakona o zdravniških zbornicah, kjer je nastopil kot glavni govornik primarij Dr. V. Gregorič. Ker mu je bilo dobro znano delovanje zdravniških zbornic v nekdanji Avstriji — saj je v takratni zdravniški komori za Kranjsko sam pridno in inicijativno sodeloval — ni čudno, da je tudi v Jugoslaviji delal z vsemi močmi na to, da se ta za zdravniški stan tako koristna ustanova čim preje uvede tudi v naši državi.

28. 10. 1921. je bil izredni občni zbor v proslavo 60letnice, odkar se je v Ljubljani ustanovilo zdravniško bralno društvo.

Vztrajno prizadevanje primarija Dr. Gregoriča je bilo uspešno, ker je l. 1925. izšla uredba o zdravniških zbornicah, ki so začele takoj nato funkcionirati. Vzorno je začela delovati predvsem ljubljanska zdravniška zbornica pod predsedstvom Dr. Gregoriča. On je tudi ustanovil list „Glasilo zdravniške zbornice za Slovenijo“, katerega urednik je že od početka agilni Dr. Pintar. V zahvalo za to svoje delovanje je bil primarij Dr. Gregorič l. 1927. ob priliki 70letnice njegovega rojstva izvoljen častnim predsednikom zdravniške komore. Ob tej priliki ga je v imenu Slovenskega zdravniškega društva pozdravil takratni predsednik Dr. Pintar, ki je poudarjal posebno Dr. Gregoričevo vztrajno organizatorno in stanovsko delovanje.

Ko se je po vidovdanski ustavi Slovenija razdelila v 2 upravni oblasti, se je osnovalo l. 1923. Zdravniško društvo v Mariboru, ki zasleduje iste cilje ko Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani.

V naslednjih letih se je društvo predvsem posvetilo znanstvenemu delovanju in družabnemu življenju s prirejanjem bolj ali manj pogostih znanstvenih sestankov, družabnih večerov in izletov. Posebno agilno je bilo delovanje društva l. 1924 (predsednik prof. dr. Zalokar), 1925, 1928 in 1929, ko je predsedoval primarij Dr. Derganc.

L. 1928. je važno radi tega, ker se je po inicijativi primarija Dr. Derganca in s hvalevrednim razumevanjem in pomočjo Zdravniške zbornice ustanovil „Zdravniški Vestnik“ najprej kot znanstvena priloga „Glasila zdravn. zbornice“, pozneje pa kot samostojen list. Z njim je dana slovenskim zdravnikom najlepša možnost za znanstveno udejstvovanje v lastnem listu.

Društvo je bilo v prijateljskih zvezah z istoimenskim društvom v Mariboru, kakor tudi z Zborom liječnika Hrvatske, Slavonije i Međimurja, katerega proslave 50letnice (l. 1924) se je udeležilo precej članov našega društva.

Člani društva so se redno v večjem ali manjšem številu udeleževali kongresa Jugoslovanskega zdravniškega društva. Naše društvo si šteje v posebno čast, da je njegov bivši agilni predsednik in član, g. profesor Dr. Zalokar že drugo leto predsednik Jugoslovanskega zdravniškega društva.

Ako rezimiramo v kratkem dosedanje delovanje društva, lahko ugotovimo sledeče: društvo je bilo posebno v prvih desetletjih po ustanovitvi izredno delavno. Že sama ustanovitev društva dokazuje močno organizatorično sposobnost tedanjih vodilnih funkcionarjev društva. Ustanovitev in stalno izpopolnjevanje knjižnice, ustanovitev in vzdrževanje patološkega muzeja, mnogoštevilna znanstvena predavanja in demonstracije pričajo o požrtvovalnosti in močni volji članov društva, da se stalno izpopolnjujejo v znanstvenem smislu, pričajo pa tudi, da se niso bali velikih denarnih žrtev v ta namen.

Društvo se je ravnotako v stanovskem oziru znalo uveljaviti in zastopati interese članov napram občinstvu in oblasti, pozneje tudi proti bolniškim blagajnam in zavarovalnicam.

V poznejših letih se je ta delavnost društva menjavala: bili so meseci in leta, ko je bilo društvo zelo agilno, pa je sledila krajša ali daljša doba, ko je v njem vladala nekakšna stagnacija. Priznati pa je treba, da je ob važnejših prilikah društvo bilo vedno na mestu.

Posebno je treba poudariti socijalno delovanje društva z ustanovitvijo „Vdovskega in sirotinskega zaklada“ in „Zaklada za onemogle zdravnike“. Važno je tudi ozko prijateljsko sodelovanje s Hrvati, s katerimi je vezalo društvo isto glasilo.

Med in po vojni se je zanimanje članov za društvo precej zmanjšalo. Temu so krive deloma slabe finančne razmere, ki so onemogočale marsikateremu članu plačevati precej visoko članarino. Dalje je z ustanovitvijo zdravniške zbornice odvzet društvu del programa: briga za stanovske in ekonomske interese članov, in s tem zmanjšano zanimanje članov za društvo. Krivo pa je posebno to, da društvu prej v ekonomsko mnogo boljših časih ni uspelo postaviti si lastni dom, tako da nima nikjer svojih prostorov, ne za sestanke, ne za društveni arhiv, ne za knjižnico.

Slabe finančne razmere in pomanjkanje primerne prostora, sta tudi glavna vzroka, da se je začela vedno bolj zanemarjati knjižnica, katere z razpoložljivimi sredstvi ni bilo mogoče vzdrževati, kaj šele izpopolnjevati. Letos je prišlo celo do tega, da se je po sklepu občnega zbora knjižnica morala izročiti Bolnici za ženske bolezni v Ljubljani, da se s tem reši propada. In tako je obstojalo v zadnjih letih, kakor tudi še sedaj glavno delovanje društva v prirejanju znanstvenih sestankov s predavanji in demonstracijami.

Kakšni pa so naši načrti in upi za bodočnost?

Mnogokrat je bilo na občnih zborih zadnjih let stavljen vprašanje, ali naj društvo še obstoja, ker ne more razviti pravega delovanja. Zmagala pa je vedno prava misel: društvo, ki je tako slavno pričelo in delovalo že toliko desetletij, mora delovati še naprej, ker njegov program še ni izpolnjen, cilj še ne dosežen.

Eden glavnih problemov društva v bližnji bodočnosti bode zopetna okrepitev društva in pojačanje društvenega delovanja. Potrebno bode delati na to, da se Slov. zdravn. društvu v Ljubljani in Mariboru zopet združita v eno društvo z dvema sekcijama. Samo ako bodemo močni, to se pravi: edini in združeni, bodemo lahko uspešno delovali.

Društvo se mora še nadalje in bolj intenzivno posvetiti znanstvenemu medicinskemu delovanju s prirejanju znanstvenih predavanj in demonstracij. Podpirati je treba tudi znanstveno glasilo Zdravniški vestnik s številnimi kvalitativno na višini stoječimi originalnimi znanstvenimi članki. Upati je, da bo docent g. dr. Matko našel med drugimi zdravniki posnemovalce, ki bi z razpisi nagrad pripomogli, da bi se zanimanje za znanstveno delo med mlajšimi zdravniki, ki večkrat trpe materialno pomanjkanje, poživilo.

Naloga društva bi morala tudi biti, delati z vsemi silami na to, da se dá zdravnikom res tudi prilika za znanstveno delo. Točno medicinsko znanstveno delo je mogoče poleg dobre volje zdravnikov samo tam, kjer so bolnice tudi prvovrstno urejene, kjer je poleg tega dovolj pomožnih sredstev (laboratoriji, knjižnica itd.) na razpolago. Vse to pa je v naših bolnicah pomanjkljivo, ali pa sploh ne obstoja. Ako že nimamo v Ljubljani klinik, bi pa morali imeti vsaj prvovrstno urejene bolniške oddelke, na katerih bi se dalo delati kot na klinikah. To smo dolžni bolnikom in sebi! Vprašanje hospitalizacije

in nege socialno najvažnejših bolezni: infekcijskih, tuberkuloze, raka, itd. je v naših bolnicah, posebno v ljubljanski, zelo pomankljivo.

Poleg znanstvenega dela mora društvo podpirati tudi popularno zdravstveno delo med narodom, sodelovati pri raznih humanih in drugih, za zdravje naroda važnih organizacijah.

Da bi društvo moglo nuditi tudi zdravnikom na deželi večjo korist, naj bi se po nekdanjem predlogu prim. Dr. Derganca povsod, kjer je več zdravnikov, ustanovili pod okriljem društva krožki zdravnikov, ki bi ob raznih prilikah prirejali sestanke s stanovskim in poučnim (znanstvenim) programom.

Ne smemo zanemarjati tudi stanovskih vprašanj, v katerih moramo podpirati našo stanovsko organizacijo, zdravniško zbornico.

In last not least but most important: stremeti z vsemi sili, da se čim preje realizira naša davna želja: ustanovitev zdravniškega doma v Ljubljani.

Z malo dobre volje in sodelovanjem vseh se da doseči vse!

Resumé.

Der siebzigjährige Bestand des „Društvo zdravnikov na Kranjskem“ (Vereines der Ärzte in Krain) und seines Nachfolgers „Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani“ (des Slowenischen Ärztevereines in Ljubljana).

Im Jahre 1861 erfolgte die Gründung des Ärztlichen Lesevereines in Ljubljana, welcher am 22. Dezember 1862 in den Verein der Ärzte in Krain verwandelt wurde. Das war zu dieser Zeit der erste ärztliche Landesverein in Österreich (ausser Wien und Prag). Die Zwecke dieses Vereines waren: 1. Pflege der medizinischen Wissenschaften; 2. Pflege und Förderung der hygienischen Interessen des Landes Krain insbesondere; 3. Wahrung und Förderung der ärztlichen Standesinteressen; 4. moralische und materielle Unterstützung bedürftiger Mitglieder, sowie der Witwen und Waisen nach Mitgliedern.

Der Verein hatte eine schöne, wertvolle Bibliothek, die immer mehr und mehr vervollkommnet wurde, weiters ein pathologisch-anatomisches Museum. Er veranstaltete öfters wissenschaftliche Versammlungen mit Vorträgen und Demonstrationen, förderte ärztliche Standesinteressen und unterstützte Witwen und Waisen von Mitgliedern des Vereines. Schon vor dem Kriege hatte der Verein enge Beziehungen mit den ärztlichen Vereinen in Zagreb und Beograd.

Nach dem Umsturz erfolgte die Namensänderung des Vereines in „Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani“, während das Programm fast dasselbe blieb.

Literatura.

1. Festschrift des Vereines der Ärzte in Krain anlässlich seines 25-jährigen Bestandes.
2. Slavnostna številka „Liječničkog Vijesnika“ o priliki petdesetletnice Društva zdravnikov na Kranjskem l. 1912.
3. Razni letniki Liječničkog Vijesnika.
4. Zdravniški vestnik, 1. letnik.
5. Glasilo zdravniške zbornice, razni letniki.
6. Dr. M. Rus: Sokoli zdravniki. (Vestnik česk. lek., č. 27—28, 1932).
7. Dr. A. Breclj: Zgodbe našega zdravstva in javnega skrbstva, Ljubljana 1928.
8. Nekateri društveni zapisniki občnih zborov in sestankov.

Spominu dr. Ivana Oražna.

Dr. Mavricij Rus, Ljubljana.

Gospod urednik! Prosili ste me za prispevek k slavnostni številki „Zdravniškega vestnika“. Z veseljem se odzovem Vašemu vabilu, pa mislim, da ne morem storiti ničesar boljšega, kot da ob 70letnici Slovenskega zdravniškega društva oživljam spomin na enega najboljših med nami.



Dr. Ivan Oražen se je rodil dne 8. februarja 1869 v Kostanjevici na Dolenjskem. Osnovne razrede je dovršil doma, gimnazijo pa v Ljubljani in Novem mestu, kjer je napravil tudi maturo; medicini se pa je posvetil na univerzah v Gradcu in na Dunaju. Na univerzi je mnogo trpel, stradal, prezebal in junaško prenašal zlo usodo siromašnega dijaka.

Konsorciju „Jutra“ iskrena hvala, ker nam je prepustil kliše dr. Oražnove slike.

Že majhen deček se je zanimal za junaške Srbe, ki so se bojevali proti Turkom. Na univerzi je najraje občeval s srbskimi visokošolci. Takoj po promociji za doktorja vsega zdravilstva ga je zadel hud udarec: umrla mu je pristrčno ljubljena mati.

Mladi zdravnik je dobil v Ljubljani službo pomožnega zdravnika v deželni bolnici, pozneje pa se je naselil v Ljubljani kot praktični zdravnik. V kratkem si je znal pridobiti simpatije vseh bolnikov in tovarišev ter je postal izredno priljubljen. Bil je pravi dobrotnik bolnikom in siromakom.

Kmalu ga najdemo sredi političnega udejstvovanja. Somišljeniki narodne napredne stranke so ga izvolili v ljubljanski občinski svet in v deželni odbor. Toda Oražnu, možu plemenitega, mehkega srca se je kmalu pristudila politika tiste dobe. Odstopil je od političnega delovanja in se popolnoma posvetil svojim bolnikom in sokolskemu delu. Malokomu je znano, koliko časa in truda je žrtvoval dr. Oražen za druge. Delal pa ni nikdar za čast in slavo, še manj pa za svojo gmotno korist, ampak le iz najčistejših, nesebičnih nagibov. Pomagal je vsakemu, če je le mogel. Dr. Oražen je bil vzoren zdravnik, vzoren mož.

Leta 1908. so ga v velikim navdušenjem izvolili za starosta Slovenske Sokolske zveze, ki jo je peljal na odločno jugoslovensko pot.

Leta 1912. pa, ko je srbski Rdeči križ po izbruhu balkanske vojne naprosil slovenske zdravnike, naj pridejo pomagat srbskim ranjenecem in bolnikom, se je dr. Oražen oglasil kot prvi. Takoj se je odpeljal z vrsto zdravnikov-Sokolov v Srbijo. Spremili so ga tja ljubljanski zdravniki prof. dr. Edo Šlajmer, dr. Otmar Krajec, prim. dr. Jernej Demšar, potem pa dr. Ivan Premrov iz Litije in dr. Fran Šabec z Vrhnike. Pozneje so bili — kolikor meni znano — z dr. Oražmom še primarij dr. Černič, dr. Josip Tavčar, dr. Lavrič, dr. Bačar, dr. Tajnšek. Mimogrede naj bo omenjeno, da sta na Bolgarsko odšla zdravnika dr. Gaber Hočevnar in mestni fizik dr. Mavricij Rus, v Črno goro pa dr. Josip Stojc in še-zdravnik dr. Josip Tičar. Bolgari so se takrat — kakor znano — ramo ob rami bojevali s Srbi proti Turkom.

O svojem bivanju v Srbiji, kjer je ostal pol leta, je dr. Oražen spisal in izdal zanimivo knjižico. Čudno pa gotovo ni, da si z vsem tem ni pridobil naklonjenosti avstrijskih oblastnikov, ki so ga zaznamovali za politično sumljivega.

Nov hud udarec je bil za dr. Oražna, ko je avstrijska vlada ob izbruhu svetovne vojne razpustila sokolske organizacije. Prevezla ga je nepopisna žalost, toda kmalu sta mu prirojeni pogum in samozavest pomagala, da je prebil to bol. Tolažil in junačil je svoje prijatelje, ki so se shajali pri njem. Zmeraj in zmeraj je dr. Oražen sanjal o boljših časih za slovanske narode. Niso ga varale njegove sanje!

Po prevratu leta 1918. je postal šef-zdravnik tukajšnje divizijske vojaške oblasti in kmalu na to šef sanitetnega oddelka pokrajinske vlade za Slovenijo, v kateri službi se je požrtvovalno udejstvoval za blagor narodnega zdravstva in zdravnikov do svoje prerane smrti.

Na Vidov dan leta 1919. je bil dr. Oražen izbran kot prvi starosta Zedinjenega Sokola. Zopet je bil neumorno delaven kot zdravnik in

Sokol. Sredi tega neumornega dela pa ga je zadel nov hud udarec: po 17letnem srečnem zakonu mu je umrla ljubljena žena. Ostal je sam. Odslej je iskal edino tolažbo in mir v izvrševanju svojega poklica in sokolskega dela. Toda že čez dve leti mu je vzela to naporno, plemenito in nesebično delo iz rok — smrt. — Dne 11. marca 1921 je umrl dr. Ivan Oražen, velik mož, vzoren zdravnik, navdušen Sokol. Svoje imetje je zapustil večinoma revnim jugoslovenskim visokošolcem, zlasti nezakonskim. Tako je počastil dr. Oražen spomin svoje siromašne in zaničevane nezakonske matere.

Njegov spomin bo ostal svetel in živ, ne samo nam, ki nam je bil dr. Oražen vsikdar vzor vrlega tovariša, marveč tudi v čast našemu zdravniškemu stanu.

Slava spominu dr. Oražna!

Spomini.

Dr. Gregorič Vinko.

Gospod urednik! Obrnili ste se name, naj Vam pošljem za jubilejno številko „Zdravniškega Vestnika“, ki izide ob 70-letnici „Slov. zdr. društva“ kak članek. Mislim, da Vam ustrezem najbolje, ako Vam pošljem nekaj podatkov iz svojih spominov na dijaška vseučiliška leta in na pričetek moje zdravniške prakse, kake razmere so vladale takrat pred približno 60 leti.

Na Dunaju sem bil edini Slovenec - medicinec. Staro univerzitetno poslopje je bilo na „Jesuitenplatz“. Prišlo se je na trg iz „Wollzeile“ skozi „Bognergasse“ blizu „Stubenringa“. Staro poslopje z velikimi dvoranami. Shajališče dijakov je bilo „Lesehalle“. Vse jezike bivše Avstro-Ogrske se je tam slišalo, in vendar ni bilo med dijaki nikdar narodnega prepira. Živelimo vsi v prijateljski slogi, vsaka narodnost je imela takorekoč svoj odkazani prostor. Živo se še spominjam, kako slovesno so nas „novince“ sprejele „stare hiše“ in nas vzele pod svoje okrilje, da nas vpeljejo v tajnosti vseučiliškega življenja. Restavracija, kamor so Slovenci po večini zahajali, je bila ljudska kuhinja III. Rosumovsky-Gasse. Tam je prednica, fina starejša dama, posebno protežirala „die Krainer“, ne vem iz katerega vzroka. Dobivali smo vedno posebno velike porcije. Kosilo je stalo 15 krajcarjev.

Medicinci so pa imeli predavanja v stari „Gewehrfabrik“ v IX. okraju „Schwarzspaniergasse“ blizu votivne cerkve in pa v „allgemeines Krankenhaus“. Anatomijo je predaval prof. Langer, suhoparni mož. Suhoparno je bilo tudi njegovo predavanje, bil je pravi antagonist duhovitega svojega prednika prof. Hyrtlja, ki je pred 2 leti stopil v pokoj. Ostal je pa v institutu njegov nadarjeni asistent dr. Zuckerkandl, ki je bil res vreden učenec svojega mojstra. Vsaki dan je korepetiral z medicinci anatomijo. Pri njegovih predavanjih je bila dvorana nabito polna, tudi iz starejših letnikov, kajti njegova predavanja so bila res zanimiva in je znal s svojimi praktičnimi opazkami vzbuditi pri poslušalcih res interes za predmet. Dopoldan redko obiskovano predavanje suhoparnega Langerja, popoldne na-

bito polna dvorana duhovitega Zuckerkandla! Ostal je pa še iz Hyrtlove dobe sluga anatomskega instituta, Hirtlov Faktotum Svetlin, rojen Slovenec. Mlad je prišel na Dunaj, se tam popolnoma aklimatiziral in pri tem pozabil svoj materni jezik. Ko je izvedel, da sem Slovenec, me je vedno čakal v sobani, kjer smo imeli secirne vaje, in mi šel povsod na roko.

V istem posloplju stare „Gewehrfabrik“ je imel pa tudi svetovnoznani fiziolog prof. Brücke svoja predavanja. Hyrtl in Brücke sta si bila huda nasprotnika. Hyrtl nasprotnik eksperimentov na živalih, posebno vivisekcije, Brücke zagovornik takih eksperimentov. Nekoč je hotel Brücke dokazati, kako dolgo ostane pri življenju domači zajček brez hrane, samo ob vodi, in kake spremembe nastanejo vsled tega v posameznih organih. Zajčki so bili v posebnem prostoru v to svrhu izolirani. Hyrtl je o tem izvedel in ne ve se, na kak način je prišel v te prostore in nosil na skrivnem živalcam hrano. Brücke se je vedno čudil, kako dolgo živalce zdrže brez hrane, Hyrtl se je pa na skrivnem smejal, dokler ni prišlo vse na dan.

Pred prvim rigorozumom so morali medicinci napraviti poprejši tri „Vorprüfungen“ iz botanike, mineralogije in zoologije. Prva dva izpita nista bila težavna. S pomočjo slug institutov smo kandidati že pred skušnjo izvedeli, kaj naj pripravi sluga iz zbirk za skušnjo. Vprašanja so bila pa tudi lahka, eksaminatorji so se zavedali, da medicincu ni treba temeljitega znanja v teh predmetih. Drugače je pa bilo pri izpitu iz zoologije. Ta predmet sta predavala prof. Schmarda in prof. Claus, oba svetovno znana naravoslovca. Imel je pa vsak svoj poseben sistem razpredelitve („Klasseneintheilung“). Poleg tega je bil prof. Claus prepričan Darwinist, prof. Schmarda pa nasprotnik. Vsak izmed teh dveh učenjakov je spisal debelo knjigo, seveda vsak na podlagi svojega sistema. Ubogi medicinec! Obeh ni mogel inskribirati, oba pa sta polagala posebno važnost na to, če je bil kandidat pri njem inskribiran ali ne. Izpraševala sta pa jako natančno in sta skoraj od kandidata-medicinca zahtevala toliko znanja, kakor od filozofa-naravoslovca. Noben kandidat pa ni poprej izvedel, kdo bo pri izpitu eksaminator. Koliko truda, koliko zvižaj in koliko zvez je bilo treba, da smo včasih pri dekanatu izvedeli poprej za ime eksaminatorja. Učili smo se tako temeljito zoologije, kakor da bi bila zoologija glavni predmet medicinske vede. Pozneje so pa vendarle merodajni faktorji uvideli in kandidat si je lahko prosto izbral tistega eksaminatorja, pri kateremu je bil inskribiran.

Po prestanih teh treh izpitih je prišel na vrsto v 5. semestru I. rigorozum. Vendar ni bil nihče prisiljen prijaviti se za rigorozum, lahko je tudi brez tega dobil po 10 semestrih svoj absolutorij. Pri tem rigorozu ni bilo za ubogega kandidata nobenih težav glede eksaminatorjev. Od 5. leta naprej so se pričeli klinični predmeti. Takrat je ravno nastopila doba „antiseptike“. Prof. Billroth je bil navdušen pristaš angleškega kirurga Listera, in je karbol dosegel vrhunec svoje slave. Instrumenti so ležali v karbolni vodi, v karbolni vodi smo se umivali, zrak operacijske dvorane je bil napolnjen s karbolno paro. Drugi kirurg, prof. Dummreicher, je bil pa lahko rečem, antagonist Billrotha. Zagovarjal je z vso vnemo „odprto zdravljenje ran“ (Offene Wunderbehandlung“), nobene operacijske rane ni šival, stisnil jo je samo s „Heftplasterstreifen“, in ni dal nič na „Karbol“.

Svetovnoznana okulista prof. Aret in prof. Stellwag sta imela tudi vsak svojo teorijo, prof. Stricker, eksperimentalna patologija, je bil v nasprotju s prof. Heschlom, patologična anatomija. Prvi je bil pristaš Bohnheima, drugi pa Virchow-a. Lahko si tedaj vsak predstavlja, kako smo morali pri rigoroznih paziti na stavljena vprašanja, da smo odgovorili v smislu vsakokratnega eksaminatorja. Bakteriologija je bila takrat še v povojih in pri mikroskopu še nismo poznali imerzije. Otroške bolezni, psihiatrija, higijena so bili predmeti druge vrste. Za medicinca so bili težki časi, ker ni imel pred seboj začrtane poti, medicinska veda je ravno takrat preživljala veliko svojo evolucijsko dobo. Na merodajnih mestih v bolnicah so bili samo konservativni zdravniki iz prejšnje dobe, in mlad zdravnik, ki je iz univerze prinesel seboj kal nove dobe, sosebn v kirurgiji, je bil v tem pogledu glede nadaljnega razvoja svojega znanja skoraj navezan samo nase in na svojo marljivost. Tako je bilo tudi v Ljubljani, ko sem vstopil marca 1881 kot sekundarij v ljubljansko bolnico. Nastavljeni so bili 4 primariji, in sicer za interni, kirurški, dermatološki in porodniški oddelek. Vsak primarij je imel po enega sekundarija. Očesne bolezni so bile pridružene kirurškemu oddelku, ginekološki slučajji pa porodniškemu oddelku, psihiatrični oddelek internemu oddelku. Infekcijske bolezni, kakor škrlatina, variola, difteritis morbilli so bile nastanjene v neki stari hiši na Poljanski cesti, blizu sedanje vojašnice.

Ginekološki oddelek je imel 5 postelj. Bolnica je bila še na Dunajski cesti, nasproti kavarne „Europa“. Sprejetih je bilo leta 1881. 3684 bolnikov, od katerih je umrlo 348, skoraj 10%. Skupni stroški so znašali 118.000 kron. In danes? Kak napredek! Šele po prihodu dr. Šlajmerja 1891 v ljubljansko bolnico se je kirurški oddelek moderniziral, in lahko rečem iz lastne skušnje, da je **Šlajmer vzgojil celo generacijo praktičnih kirurgov in s tem izredno koristil naši ožji domovini**. Leta 1895. se je pa stara bolnica preselila v nove vzgojil celo generacijo praktičnih kirurgov in s tem izredno koristil naši ožji domovini. Leta 1895. se je pa stara bolnica preselila v nove prostore ob Zaloški cesti. Sreča je bila, da se je pričela nova zgradba še pred potresno katastrofo leta 1895. Slični primer razvoja kaže tudi socialno zavarovanje. V smislu zakona so se leta 1887 ustanovile okrajne bolniške blagajne — tako tudi za Ljubljano in ljubljansko okolico. Obe službi je lahko opravljal en zdravnik. Fiksne plače je dobival za Ljubljano 600 goldinarjev na leto, za okolico pa po 2 gold. 50 kr. za zamujeno uro, prosto vožnjo (fijakerja, ki je računal za uro 50 krajcarjev) in vrnitev izdatkov za obvezila. Predsednik okrajne bolniške blagajne za okolico ljubljansko še danes živi, Belec Anton v Št. Vidu pri Ljubljani. In danes? Kak razmah, obenem pa tudi opozorilo mlajši generaciji zdravnikov, da prično resno misliti na čas in na možnost socializacije medicine in da pravočasno ta generacija preskrbi, da se eventualna socializacija vrši s sodelovanjem zdravniškega stanu in ne brez njega.

Zdravniško društveno življenje je bilo takrat, ko sem kot mlad zdravnik vstopil, osredotočeno v „Društvo zdravnikov na Kranjskem“, leta 1881. Duša društva je bil pokojni **prof. Valenta st.**, organizator zdravniškega stanu ne samo doma, njegov organizatorični talent je slovel po celi bivši Avstriji. Ne bom opisoval podrobno društveno

življenje zdravnikov v ožji naši domovini. Zgodovina je napisana v jubilejnem spisu l. 1886. o priliki 25letnice „Društva zdravnikov na Kranjskem“ (1861—1886) in v slavnostni številki „Liječniškega Vjesnika“ l. 1912, št. 5, o priliki 50letnice „Društva zdravnikov na Kranjskem“, dr. Vladimir Rudež: Zgodovina društva na Kranjskem. V „Glasilu zdravniške zbornice za Slovenijo“ od 1927, št. 5, se pa najdejo podatki o razvoju društva po prevratu 1918, ki nosi sedaj ime „Slovensko zdravniško društvo“.

Prof. Valenta me je vpeljal v društveno življenje. Bili so včasih hudi časi in je prišlo večkrat skoraj do razpada in ukinitve društva. Prof. Valenta je delal iz prepričanja, in vedno zatrjeval, da je organizacija za zdravniški stan življensko vprašanje. Ta ideja se je tudi v meni po zaslugi mojega voditelja tako ukoreninila, da je postala vodilna misel ves čas mojega udejstvovanja v društvu in je tudi še danes. Bila so tudi poprej nesporezumljenja med zdravniki, kajti pregovor „Medicus medicum odit“, ne bo nikdar izumrl. Toda kadar so pa prišla stanovska vprašanja na razgovor, takrat smo pa bili vsi edini. Ko sem vstopil v prakso 1881, je bilo v Ljubljani 20 zdravnikov, med temi 2 kirurga stare šole in 1 vojaški zdravnik, ki je izvrševal prakso. Razen tega 2 stalna zobozdravnika in 2 sezijska. Pomembno prakso je pa imelo samo 7 zdravnikov. Specijalist za ginekologijo in porodništvo je bil samo prof. Valenta, vsi drugi zdravniki so pa izvrševali prakso iz splošne medicine. Ordinacija doma je stala 50 kr., računali so pa nekateri zdravniki tudi manj, vizita podnevi 1 goldinar, ponoči 2 goldinarja, konzilij 5 goldinarjev. Na deželi so bili nastavljeni skoraj samo kirurgi-ranocelniki, in še ti so bili redko zasejani. Najboljšo prakso je imel homöopat dr. Mader in pa neki mazač z imenom K r e m a r. Ta je bil specijalist za rane in frakture, imel je svoje redne ordinacije pri „Figovcu“ na Dunajski cesti. Kakšen ugled je užival ta mož, naj označi sledeči dogodek. Ovaden zaradi mazaštva se je moral zagovarjati pri sodišču in bil tudi obsojen. Takoj po razglašeni razsodbi ga je pa konzultiral — predsednik sodišča sam.

Lekarn je bilo tedaj v Ljubljani 5, na deželi pa je imel skoraj vsak zdravnik svojo hišno lekarno. Receptura je bila skoraj izključno magistraliter, specijalitet nismo veliko poznali. Ogromni napredek zdravniške vede od leta 1890. naprej si je moral zdravnik, ki je prišel v prakso pred to dobo, šele z velikim trudom osvojiti. Bakteriologija, seroterapija, parenteralna in intravenozna terapija, Röntgen, predvsem pa res fantastični napredek kirurgije. Vse to dobe mladi zdravniki sedaj servirano na krožniku.

Zakaj je pričelo tedaj naše društveno življenje tako hirati? Po mojem mnenju, ker je obravnavanje stanovskih vprašanj stopilo v ozadje. Znanstvena predavanja, kakor jih nudi zdravniško društvo ne privabijo toliko članov, kakor pa stanovska vprašanja, sosebno če je shajališče tako oddaljeno. Poprej je bila bolnica v središču mesta. Ako se hoče društveno življenje zopet oživeti, se morajo redni sestanki sklicati v sredini mesta in programatično vpeljati razgovore o stanovskih vprašanjih, o zasedanju prostih zdravniških mest, o materijalnem stanju zdravništva itd. Člane bi znanstveno predavanje o napredku posameznih strok zdravniške vede zanimalo, to predavanje pa edino lahko podajo specialisti-kateksohen, primariji. Koliko no-

vih specialitet se dan za dnevom ponuja. Praktični zdravnik, posebno na deželi ne more preizkušati ta nebroj specialitet, verjeti pa tudi ne more vse strokovnim časopisom, katere prebirati tudi nima časa. Ako bi primariji na podlagi preizkušenj na oddelkih dali kolegom v praksi tozadevana navodila, koliko bi se ustreglo vsem. Sedaj imamo v ljubljanski bolnici 10 oddelkov: Interni, kirurški, ortopedični, urološki, laryngo-otološki, okulistični, infekcijski, neurološko-psihiatrični, dermatološki in röntgenološki, poleg prosekture z njenim bogatim materialom in higijenski zavod. Koliko zanimivega bi vedeli zdravniki povedati iz sodnijske nezgodne prakse, koliko nasvetov bi lahko dali upravniki bolnic glede uradnega poslovanja, statistike, koliko nasvetov bi lahko dali praktični zdravniki sami. Vsa ta predavanja se lahko vrše izven bolnic, katera naj bo za kazuistiko rezervirana. Poleg poučljivih takih predavanjih bi se pa zdravniki med seboj seznanili, in si ne stali tuji nasproti.

Kaj naj bo tedaj rezultat teh mojih spominov, ki so v prvi vrsti namenjeni naraščaju. Poprej si lahko gledal v bodočnost in si si lahko kaj pridobival za svoja stara leta, to je trajalo do 50. leta življenja. Potem si se držal, če je dobro šlo, v ravnotežju, da ti ni bilo treba načeti prihrankov, ker prišla je doba, ko boš kmalu moral narediti prostor drugim. Dandanes je pa vse nesigurno, tudi še tako veliko premoženje, edino sigurno je tvoje delo in tvoje znanje. Da boš mogel delati, ohrani si svoje zdravje, da boš kaj znal se učiti in učiti, ker le dobro podkovani zdravnik bo zmagal v eksistenčnem boju današnjega časa, ko raste proletarijat intelektualcev od dneva do dneva. Dober zdravnik postaneš pa le, če boš obvladal temelj, na katerem je zgrajena vsa medicina, to je anatomija. Kaj hitro se pozabi to, kar smo se na univerzi učili. Zaradi tega mora vsak zdravnik enkrat na leto predelati vso anatomijo, da bo poznal strukturo človeškega organizma v vsej njegovi sestavi. Da pa v zdravniku nezarjavi veda, jo je treba od časa do časa pomladiti. Redni obisk bolnic v gotovih posledkih je za vsakega zdravnika nujno potreben. Ni treba obiskovati praktičnemu zdravniku klinike, za specialiste je kaj drugega, bolnica kakor v Ljubljani, Mariboru zadostuje.

Kdor hoče videti, vidi tam v kratkem času vse, kar potrebuje za svojo prakso. Šefi oddelkov bodo pa sigurno šli kolegom drage volje na roko.

Torej še enkrat: Zanesljivo in sigurno je le delo poedinca, ki pa mora biti tako izpopolnjeno, da si pridobi zaupanje. Ker se pa človek mora učiti do groba, uči se, dokler ti to dopuščajo tvoje moči.

Zdravniki okrajne bolniške blagajnice od leta 1889 dalje.

(Iz poročila okr. boln. blag. o njenem 25letnem delovanju 1914.)

1. G. dr. Vinko Gregorič v Ljubljani od 1. avgusta 1889. do 1. septembra 1892. — Predsedništvo mu je pri odstopu v svoji seji dne 11. septembra 1892 sklenilo dati za njegovo trudapolno in vestno oskrbovanje bolnikov po deputaciji Anton Belec, Simon Jovan in Josip Arhar, častno in zahvalno diplomo ter mu jo dne 20. septembra 1892 izročilo.

2. G. dr. Ludovik Jenko v Ljubljani, od 1. septembra 1892 do 31. decembra 1899.

3. G. dr. Peter Košenina v Ljubljani, od 1. januarja 1900 do 31. okt. 1900.

4. G. dr. Ludovik Jenko v Ljubljani, od 2. nov. 1900 do 31. dec. 1903.
5. G. dr. Ivan Doljšak v Ljubljani, od 1. januarja 1904 do 31. jan. 1909.
6. G. dr. Živko Lapajne v št. Vidu, od 1. maja 1905 do 31. decem-
bra 1909.

7. G. dr. Ivan Drč v Ljubljani, od 1. januarja 1910 do 30. aprila 1911.

Ko se je v št. Vidu ustanovil zdravstveni zastop 1. maja 1905, razdelilo se je bolniško oskrbovanje na zgornji in spodnji del ljubljanske okolice. Zgornji del se je izročil šentvidskemu okrožnemu zdravniku gosp. dr. Živku Lapajne, spodnji del pa gosp. dr. Bogdanu Drč. Po preselitvi dr. Živka Lapajneteta na novo mesto v Kamnik, je od dne 1. januarja 1910 g. dr. Bogdan Drč prevzel tudi zgornji del v ordinacijsko oskrbo do 30. aprila 1911.

8. G. dr. Mano Dereani v št. Vidu, od 1. maja 1911 nadalje.

Izročila se mu je vsa ljubljanska okolica v zdravniško oskrbo s pogojem, da ordinara vsak dan v št. Vidu, v Ljubljani pa 4, oziroma 3krat na teden. V Ljubljani se je najela ordinacijska soba s čakalnico v hiši „Bavarski dvor“ na Dunajski cesti št. 29. Tukaj zdravi tudi splošno bolnike zdravstvenega zastopa, kateri imajo v Ljubljano bližje kakor v št. Vid.

Trajanje in značaj imunitete, pridobljene po prestani davici oziroma škrlatinki.

Primarij dr. V. Meršol.

Splošno je znano, da enkratno obolenje na davici ne zapušča vedno trajne imunitete, saj so ponovna obolenja pri tej bolezni primeroma precej pogosta. Zato pa so ponovni slučaji pri škrlatinki dovolj redki.

Vprašanje imunitete po imenovanih boleznih se je preiskavalo in tolmačilo na razne načine. Abel in Wassermann sta že l. 1894. našla v krvi preiskovanih oseb difterični antitoksin tako pri rekonvalescentih kakor tudi pri osebah, ki prej niso bile bolne na davici. S pomočjo Roemerjeve metode (intrakutane injekcije pri morskih prešičkih) in s Schickovo reakcijo je bilo mogoče začeti z obširnejšimi raziskovanji, da-li in v kakšni količini se nahaja difterični antitoksin v človeškem serumu. V zadnjih letih smo z Dickovo reakcijo dobili tudi za škrlatinko sredstvo in način, s pomočjo katerega lahko z večjo ali manjšo gotovostjo doženemo prisotnost škrlatinskega antitoksina pri ljudeh. Poleg tega poznamo tudi modificirani Schultz-Charltonov pozizkus za dognanje prisotnosti antitoksina.

Sicer obstojajo različna mnenja glede vrednosti Schickove in Dickove reakcije, vendar je gotovo, da pravilno izvedeni in tolmačeni predstavljata zaenkrat najboljše sredstvo za ugotavljanje antitoksina, ne dá se pa zaveda s tema reakcijama dognati imuniteta druge vrste, ako taka obstoja.

Nas zanimata predvsem dve vprašanji:

a) V kakšni meri nastopa in kako dolgo traja imuniteta po prestani davici oz. škrlatinki. To vprašanje je postalo še posebno važno radi izvajanja umetne aktivne imunizacije, ki predstavlja deloma posnemanje prirode. Gotovo ne moremo pričakovati, da bi imuniteta po umetni imunizaciji trajala dalj kot pa imuniteta po prestani bolezni.

b) Je-li značaj imunite, pridobljene po bolezni, samo antitoksičen, ali pa moramo misliti na prisotnost zaščitnih teles druge vrste.

Te vrstice imajo namen poizkusiti osvetliti navedeni vprašanji na podlagi razmotrivanja tozadevne literature in lastnih skušenj.

A. Davica.

Pred odkritjem Schickove reakcije se je v splošnem v literaturi samo omenjalo, da se ponovna obolenja na davici pri istih bolnikih relativno pogosto javljajo, ni pa se to vprašanje globlje raziskovalo z imunološkega vidika. Z epidemiološkega stališča se je s tem problemom bavil znani ameriški epidemiolog Dr. Chapin, sanitetni šef mesta Providence. Zanimivi so njegovi podatki posebno radi tega, ker segajo še v dobo pred uporabo difteričnega antitoksina. Tako on navaja za čas od l. 1889—1894. (torej pred začetkom aplikacije seruma) sledeče podatke:

1. Od oseb brez predhodnega obolenja na davici		2. Od oseb, ki so že prej imele davico	
Izloženih infekciji	2011		209
Od teh oboleli na davici	866		67
% obolelih	42·8 %		32 %

Odstotek obolelih je v drugem slučaju sicer nekaj manjši od prvega, vendar pa še vedno visok in dokazuje, da imuniteta po davici mnogokrat ni trajna.

Dalje je Chapin ugotovil še pred serumsko dobo, da so ponovna obolenja pogostejša pri otrocih kot pa pri odraslih.

Za dobo po uvedbi antidifteričnega seruma navaja sledeče številk:

1. Od oseb brez predhodnega obolenja na davici				2. Od oseb, ki so že prej imele davico		
Starost v letih	Izloženo infekciji	Slučaji davice	% obolelih	Izloženo infekciji	Slučaji davice	% obolelih
0— 4	6.842	3.208	47·0 %	107	35	32·7 %
5— 9	6.560	3.332	50·7 %	375	117	31·3 %
10—14	4.181	1.306	31·2 %	322	68	21·1 %
15—19	2.477	453	18·3 %	191	21	11·0 %
20 +	17.271	1.186	6·9 %	694	84	12·1 %
Skupaj	3.7331	9.485	25·4 %	1689	325	19·2 %

Tudi tukaj vidimo, da je odstotek obolelih na davici v drugi skupini sicer nekaj manjši od onega v prvi skupini, je pa še vedno precej visok. V vseh starostnih skupinah od 0—19 let je odstotek obolelih v 1. skupini višji kot v 2. skupini, pač pa je v skupini 20 let in več ta odstotek v 2. skupini višji.

Žal nimamo podatkov o dobi med prvim in drugim napadom davice, sredmo pa to sami izračunati indirektno, ako primerjamo starost srednjega slučaja v 1. skupini z odgovarjajočim slučajem v drugi skupini.

Srednji slučaj v 1. skupini je 4745; njegova starost znaša	6.5 let
„ „ „ 2. „ „ 165; „ „ „	10.8 „
	Razlika znaša 4.5 let.

V srednjem je torej tu trajala imuniteta po prvem obolenju 4 in pol leta.

V ostali literaturi ni do l. 1910. nobenih važnejših podatkov o tem problemu.

L. 1911. je Schick preiskal 25 otrok, ki so preboleli težko davico, in našel, da pri njih ni obstojala po preteku treh let po bolezn skoraj nikakšna imuniteta.

Hahn je kmalu nato ugotovil, da klinično lahki kakor tudi ne-spoznani slučajji davice v splošnem proizvajajo mnogo več antitoksina kakor pa težki slučajji, ker pri teh slučajjih po preteku enega leta ni mogel dognati nikakšne imunitete.

Graef in Gingsberg sta dognala s pomočjo Schickove reakcije, da traja imuniteta, ki se doseže po enem napadu bolezni, en mesec do nekoliko let, da se pa menja pri raznih osebah in je zelo kratkotrajna pri malih otrocih.

L. 1922. sta Rist in Weiss v Franciji preiskavala imuniteto pri difteriji v družinah in našla med 8 osebami z difterijo v anamnezi (3—29 let pred tem) 4 osebe Schick + in 4 Schick —.

Hooker je v Bostonu ugotovil, da se sicer med onimi, ki so davico preboleli, nahaja večji odstotek imunih kot pa med ostalim prebivalstvom, da pa v približno 40% davica ne zapušča trajne imunitete. Dognal je tudi, da je relativno več imunih med onimi, ki so sicer imeli davico, pa niso dobili antitoksičnega seruma, kot pa med onimi, ki so dobili antidifterični serum. Smatral je, da injicirani antitoksin nevtralizira toksin v krvi in da se na ta način prepreči aktivna produkcija antitoksina od strani dotične osebe.

John in Kassowitz sta na Dunaju preiskavala imuniteto pri 100 otrocih, ki so imeli davico 0—4 leta pred tem. Otroci so bili stari v glavnem 4—8 let. Našla sta med njimi 79 Schick — in 21 Schick +. Za primerjavo sta vzela imuniteto normalnih oseb, starih 6 in pol let, ki znaša po Groeru in Kassowitzu 45% Schick —.

Med 56 lahkimi slučajji sta našla 45 Sch. — (80%, normalno v isti starosti 50%).

Med 15 srednje težkimi sta našla 9 Sch. — (69%, normalno v isti starosti 50%).

Med 25 laringealnimi slučajji je bilo 23 Sch. — (92%, normalno za isto starost 45%).

Med 6 težkimi slučajji je bilo 6 Sch. +, (normalno za isto starost 50%).

Zaključila sta, da napad lahke ali srednje težke davice daje imuniteto, ki traja vsaj nekaj let, med tem, ko se po težkih slučajjih razvije samo kratka ali pa sploh nikakšna imuniteta.

Benson je v Edinburghu našel med 245 otroci, ki so po anamnezi že imeli davico, 118 ali 48% Schick +. Skoro enak odstotek Schick + (46%) sta ugotovila pri otrocih, ki so davico že imeli, Ker in McGarrity.

Od nemških učenjakov se je z imuniteto po difteriji mnogo bavil Reiche. On je prišel do zaključka, da traja imuniteta po dif-

teriji včasih zelo kratek čas, da pa večkrat do nje sploh ne pride. Med 5286 slučaji davice je našel 352 slučajev (ali 6·7%), ki so imeli davico že prej enkrat. Reiche smatra vse ponovne napade davice, ki nastopajo v dobi do treh mesecev po prejšnji davici, za recidive, ne pa za reinfekcije, in jih v statistiki ne jemlje v obzir. Posebno se bavi s 57 slučaji davice, pri katerih je sam opazoval v bolnici prvo in drugo obolenje. Našel je, da po težkem napadu davice večkrat zopet sledi ponoven težak napad.

Za časa mojega bivanja v Ameriki sem statistično obdelal epidemiološke podatke* mesta Baltimore za dobo 1920—1925 in našel:

Med 1031 slučajem davice jih je bilo 42, ki so že predhodno imeli davico (2 celo že dvakrat). Odstotek ponovnih slučajev znaša 4·07%. Spol v tem oziru tu ni igral nobene vloge. Kar se tiče starosti bolnikov, je bilo v skupini s predhodno davico 50% bolnikov starejših kot 11 let (starost srednjega slučaja 11—25 let), med tem pa znaša v skupini brez predhodne davice starost srednjega slučaja 5—6 let. Večina slučajev ponovne davice spada v starost 6—14 let, v drugi skupini pa je večina bolnikov bila starih 0—5 let. Letaliteta v prvi skupini 2·4%, v drugi (brez predhodne davice) pa 5·5%. Pri nekaterih od teh ponovnih slučajev je bila večkrat preizkušena Schickova reakcija, ki je bila nekaj mesecev pred ponovnim napadom davice pozitivna, pač pa je pri veliki večini postala negativna po drugem napadu. Doba med prvim in drugim napadom je bila v Baltimore povprečno 6 let.

Pri 156 osebah s prestano difterijo v anamnezi je bila napravljena Schickova reakcija. Najdeno jih je bilo 59 ali 43% z negativno reakcijo, ostali pa so reagirali pozitivno, kar pomeni, da se pri njih antitoksična imuniteta ni razvila v dovoljni meri, istočasno nas pa to navede na misel, da poleg antitoksične obstoja še imuniteta druge vrste, katere pa ne moremo ugotoviti s Schickovo reakcijo.

Zanimivo je primerjati število ponovnih obolenj pri davici, katero so omenili posamezni avtorji.

Avtor ali mesto	Število slučajev	Ponovno obolelo	%
1. Heubner	270	3	1·1 %
2. Monti	700	2	0·3 %
3. Zucker (Graz)	2.323	21	0·9 %
4. Chapin	9.810	325	3·3 %
5. Reiche	5.286	352	6·7 %
6. V Baltimoru	1.031	42	4·1 %
Skupaj	19.420	745	3·8 %

* Mimogrede bodi omenjeno, da bi se tudi v naših mestih morala voditi mnogo točnejša epidemiološka statistika. Vsak slučaj nalezljive bolezni bi moral imeti posebno karto z mnogovrstnimi epidemiološkimi podatki, na podlagi katerih bi se mogle mnogo primernejše izvajati potrebne preventivne mere. Take karte sem svoječasno uvedel v Skoplju, kjer so se zelo dobro obnesle.

Iz navedenih podatkov lahko sklepamo, da se ponovna obolenja javljajo pri davici povprečno v približno 4% slučajev.

Za naše kraje je v pogledu ponovnega obolenja na davici jako težko dobiti točne podatke. Za statistiko bi bila merodajna samo opazovanja takih slučajev, pri katerih je prvi in ponovni napad bolezni ugotovil zdravnik klinično kakor tudi bakteriološko. To se pa ne dogaja vedno. V tem oziru v jugoslovanski medicinski literaturi nisem našel nobenih podatkov. Približne podatke bi lahko tudi dobili, ako bi se v bolnicah vodila pri vsakem slučaju točna anamneza, iz katere bi se z večjo ali manjšo gotovostjo lahko sklepalo na prejšnje obolenje na davici. Tako smo našli v Skoplju nekaj lahkih ponovnih slučajev davice s klinično ugotovljeno difterijo v anamnezi. Število je pa premajhno, da bi lahko sklepali kaj definitivnega glede odstotka ponovnih obolenj. Tudi v Zagrebu sem v „Bolnici za infekcijske bolezni“ videl nekaj takih slučajev.

V Ljubljani je na infekcijskem oddelku v zadnjih 5 letih ležalo 8 bolnikov, ki so bili dvakrat v bolnici radi davice. Doba med prvim in drugim obolenjem je znašala od 5 mesecev do 5 let. Ugotovili bi pa najbrž večje število ponovne davice, ako bi bili prej temu vprašanju posvečali večjo pažnjo.

En tak slučaj s kratkim presledkom je bil sledeč:

R. M. iz Ljubljane, stara 2 leti, prišla v bolnico prvič 14. VI. 1927. Anamneza: Dva dni je hripava, od včeraj težko diha. Izvid pri sprejemu: Tonzile malenkostno rdeče, niso obložene. Stridor pri dihanju. Pri vdihu se vidijo večje vdolbine v incisupa jugularis sterni in v medreberjih. Drugače b. p. Temp. 38° C, Puls 120. Klinična diagnoza: Diphtheria laryngis. Bakteriološki izvid: V sluzi iz žrela mikroskopično in kulturelno najdeni b. diphtheriae. Dobi 7000 A. E. Serii antidiphtherici, poleg tega se večkrat inhalira. Po 24 urah stridor mine. Daljnje zdravljenje b. p. 7. VII. 1927 odpuščena zdrava domov. Potrebno je dodati, da je bil pred odhodom iz bolnice trikrat pregledan izbris tonzil na bac. difterije z negativnim rezultatom.

Dne 15. novembra 1927. (torej po 5 mesecih) ponovno zboli. Toži na bolečine v grlu. Sprejeta v bolnico 19. XI. Izvid: Tonzile povečane, njihova okolica rdeča. Leva tonzila pokrita po vsej površini s tankimi sivimi psevdomembranami, na desni pa več malih belosivih oblog, ki ne konfluirajo. T. 38° C. Klin. diagnoza: Diphtheria tonsillaris. V izbrisu tonzil pri bakteriološki preiskavi najdeni bacili difterije. Dato 2000 AE. seruma. Po 4 dneh obloge izginile. Rekonvalescenca b. p. 24. XII. odpuščena zdrava iz bolnice, potem ko je trikratni pregled izbrisa tonzil dal negativni rezultat.

Slučaj z daljšim presledkom:

F. Z. iz kamniškega sreza. Star 2 leti. Bolan tri dni, doma je težko požiral. Sprejet v bolnico 7. XI. 1926. Izvid: Tonzile povečane, pokrite s kompaktnimi belosivimi psevdomembranami. Lahek inspiratorni stridor. T. 38-8° C. Diagnoza: Diphtheria tonsillaris et laryngis. Dobi 5000 AE. Rekonvalescenca b. p. Odpuščen 5. XII. 1926. z negativnim bakteriološkim izvidom.

Ponovno obolel po 5 letih. Zbolel 5. X. 1931. Zopet težko požiral. Izvid pri sprejemu v bolnico: Na levi tonzili velika, sivkasto-bela membrana, na desni nekaj malih lakunarnih oblog. Klin. diagnoza: Diphtheria tonsillaris. Bacili difterije v izbrisu tonzil najdeni v velikem številu. Dobi 5000 AE. seruma. 27. X. 1931. odpuščen zdrav in brez Di-bacilov.

Davica je bila v obeh omenjenih slučajih obkrat lahke narave.

Značaj pridobljene imunitete.

O tem vprašanju se mnenja raznih avtorjev precej razlikujejo. Park in Zingher sta l. 1916. opazovala 4 bolnike z lahko obliko davice. Nista jim dala nikakšnega seruma. Pri prihodu v bolnico je bila Schickova reakcija močno pozitivna. Čez dva dni so male psevdomembrane izginile. Ponovila sta Schickovo reakcijo čez dva dni, čez tri tedne in čez par mesecev in vedno našla pozitiven rezultat. Po njihovem mnenju se je pri teh bolnikih razvila samo antibakterielna, ne pa antitoksična imuniteta.

Kassowitz in Schick sta objavila slučaj s 4 ponovnimi napadi davice, kjer je bolezen pri vsakem ponovnem napadu postala hujša. Preiskava je dognala, da bolnikov serum pri začetku bolezni ni vseboval nobenega antitoksina, v kolikor se je to moglo dognati s Schickovo reakcijo in poizkusi na morskih prešičkih. Pač pa je bila najdena majhna množina antitoksina tri tedne po prvem obolenju, kar pa ni zadostovalo, ker je kljub temu nastopilo ponovno obolenje po preteku treh mesecev. Produkcija antitoksina je bila pri drugem in tretjem obolenju že hitrejša. Pri četrtem obolenju se je dal ugotoviti antitoksin v serumu v veliki množini že par dni po nastopu bolezni. Tolmačilo se je to na ta način, da je telo radi prejšnjih infekcij postalo alergično in tako senzibilizirano hitreje proizvajalo antitoksin.

Po Schicku so za zaščito proti davici važni trije faktorji:

- a) lokalna imuniteta: zdrava sluznica;
- b) humoralna imuniteta: specifična antitelesa, ki se nahajajo v serumu;
- c) menjajoča se sposobnost stanic za proizvajanje antiteles.

Humoralna imuniteta pomeni absolutno zaščito, dokler protitelesa krožijo v serumu; celularna imuniteta pa sicer ne more preprečiti infekcije, pač pa soodločuje pri jakosti in trajanju napada.

Hirsfeld je preiskaval krvne skupine v zvezi s Schickovo reakcijo v družinah in poizkušal dokazati, da je imuniteta oz. dovzetnost za davico dedna. Našel je:

- a) kjer sta oče in mati Schick +, tam so vsi otroci Schick +;
- b) kjer sta oče in mati Schick —, tam so tudi otroci večinoma imuni;
- c) ako pa je eden od roditeljev — oče ali mati — imun, drugi pa Schick +, tedaj so otroci, ki imajo isto krvno skupino kot dovzetni oče ali mati, tudi dovzetni ali Schick +, medtem ko so otroci, ki so podedovali krvno skupino nedovzetnega očeta oz. matere, tudi večinoma imuni.

Razvoj imunitete po davici lažje razumemo, ako ga primerjamo z nastopanjem imunitete v procesu aktivne umetne imunizacije. Dobro je znano, da ena injekcija toxin-antitoksina ali antoksina ni dovoljna, da proizvaja dovoljno množino imunih teles, in da so potrebne 3 do 4 injekcije v gotovih presledkih, da dražijo organizem k stalnemu proizvajanju antiteles.

Glenny in Suedmerson sta ugotovila: Ako se vbrizga živali, ki je popolnoma neimuna, mešanica toxin-antitoksina v precejšnji količini, tedaj nastopi samo mala stopnja imunitete in to šele po preteku nekaj tednov. Ako pa že malo imunizirani živali vbrizgamo toxin-antitoksin, nastopi imuniteta mnogo hitreje in v mnogo

večji jakosti. Ravnotako je pri človeku: Oseba, ki je že malo imuna, mnogo hitreje reagira na injekcijo kakor tudi na obolenje s produkcijo antitoksinov kot pa oseba, ki še nima te tako imenovane začetne imunitete.

Zanimivo je vprašanje, kakšen vpliv ima na razvoj aktivne imunitete vbrizgavanje antitoksina za časa bolezni?

Nekateri avtorji so opazili, da so bolniki, katerim je bil vbrizgan Di-antitoksin, razvili manjšo stopnjo antitoksične imunitete kot pa ljudje, katerim antitoksin ni bil vbrizgan.

Mulsow je preiskaval spremembe Schickove reakcije po injekciji toxin-antitoxina in antitoxina. Našel je sledeče rezultate:

Vbrizgan:	Število oseb:	Število Schick + 5 mesece pozneje	Število Schick — 5 mesece pozneje	% Schick negativnih
1. Antitoxin pred TA *	10	1	9	90 %
2. Antitoxin po TA	10	4	6	60 %
3. Antitoxin pred in po TA	3	2	1	33 %
4. Brez antitoxina	8	0	8	100 %

Iz tega poizkusa se vidi, da injekcija antitoksina kmalu po injekciji toxin-antitoxina v precejšnji meri zmanjšuje aktivno proizvodnjo antitoxina.

Znano je, da v družinah z več otroci nikdar ne zbole vsi otroci na davici, ampak navadno ima eden težjo obliko, drugi lahko, ostali pa večinoma klinično sploh ne zbolijo, ampak prebole neopazno čisto lahko obliko, ki jih zaščiti za celo življenje, tako da pri njih tudi pozneje v življenju ne nastopi tipična oblika davice. Navada je, da se pri ugotovitvi enega slučaja v družinah da tudi ostalim še zdravim otrokom antitoxin. Ugotovili smo v ljubljanski bolnici že pri večjem številu slučajev, da se pri takih pasivno imuniziranih otrocih začasno res ne razvije davica, da pa kljub temu zbole čez eno ali dve leti, kar bi moglo služiti v delno potrdilo mnenju, da pasivna imunizacija daje sicer začasno zaščito, da pa preprečuje razvoj trajne, aktivno pridobljene imunitete.

Zaključek: S pomočjo titracije antitoksina na poizkusnih živalih in s Schickovo reakcijo se da dokazati, da je imuniteta, ki nastopa po enem napadu davice, v večini slučajev antitoksična. Pri slučajih pa, kjer po prestani davici ne nastopajo antitoksini in ki kljub možnosti nove infekcije ponovno ne zbolijo, tam gre za lokalno in bakterioidno imuniteto.

Sposobnost produkcije antiteles, posebno antitoksinov, je pri ljudeh zelo različna: nekatere osebe proizvajajo antitelesa zelo hitro, en napad spoznane ali nespoznane davice zadošča za stimulacijo stanic k proizvodnji antitoksinov; je pa mnogo drugih oseb, ki so v

* Opomba: TA pomeni mešanico toxina in antitoxina, ki se uporablja za aktivno imunizacijo.

večini, kjer ne zadošča enkratna infekcija, kjer je potrebno stanice stopnjema specifično sensibilizirati, da proizvajajo imuna telesa v dovoljni količini in trajno. Obstojajo še druge osebe, pri katerih tudi več napadov davice ne more dovolj podražiti stanic, tako da se zdi, da oseba postane z vsakim ponovnim obolenjem vedno bolj dovzetna. Seveda takih oseb tudi aktivno ni mogoče imunizirati.

B. Škrlatinka.

V literaturi je jako malo podatkov glede imunitete po škrlatinki razen splošne opombe, da so ponovna obolenja pri škrlatinki zelo redka.

Trajanje imunitete. Kakor glede davice tako tudi glede škrlatinke najdemo najboljše podatke pri epidemiologu dr. Chapinu, ki je objavil svoječasnno sledečo tabelo o slučajih škrlatinke med prebivalstvom s predhodno škrlatinko oz. brez nje:

1. Od oseb, ki so že prej imele škrlatinko				2. Od oseb brez predhodne škrlatinke		
Starost v letih	Izloženo infekciji	Obolelo	% obolelih	Izloženo infekciji	Obolelo	% obolelih
0—4	59	11	18.6	5.832	2880	49.4
5—9	335	68	20.3	6.029	3712	61.6
10—14	477	62	13.0	3.482	1344	38.6
15—19	415	23	5.5	2.025	418	20.7
20 in več	2737	47	1.7	14.257	558	3.9
Skupno	4023	211	5.2	31.625	8912	28.2

Tu vidimo v vseh dobah starosti značilno razliko v odstotku obolelih v obeh grupah. Veliko manjši odstotek obolelih v skupini oseb s predhodno škrlatinko povzroči gotovo imuniteta po prvem obolenju.

Tudi tu ni naznačena doba, ki je povprečno minula med prvim in ponovnim obolenjem. Da bi si to mogli vsaj približno predstavljati, lahko primerjamo starost srednjega slučaja v prvi in drugi grupi.

Srednji slučaj v prvi grupi je 106, njegova starost . . . 11.22 let
 „ „ „ drugi „ „ 4456, „ „ . . . 6.1 let

Razlika znaša . . . 5.12 let

Ta razlika bi pomenjala povprečno dobo približno 5 let med prvim in drugim obolenjem, kar z drugimi besedami pomeni tudi povprečno trajanje imunitete pri slučajih, pri katerih po škrlatinki ne nastopi trajna imuniteta za celo življenje.

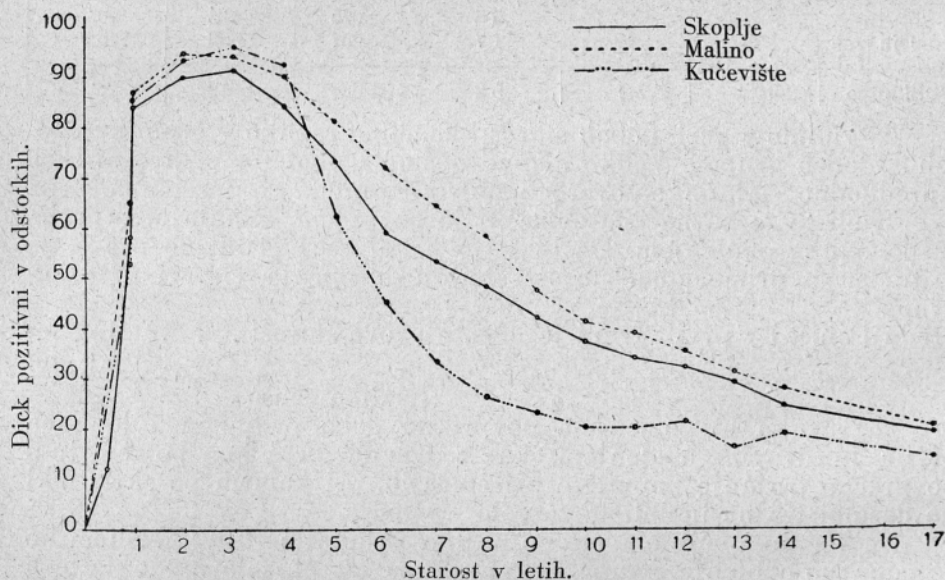
Največ ponovnih obolenj je najti v skupini 6—9 let, medtem ko je ponovno obolenje pri osebah, starih nad 20 let, zelo redko. Iz tega lahko sklepamo, da škrlatinka v otroških letih (0—9 zapušča krajšo imuniteto kot pa škrlatinka, prestana v starosti 10 ali več let. Predpostavlja se lahko, podobno kot pri davici, da škrlatinka v rani otroški dobi napada organizme, ki nimajo še nikakšne imunitete, tako da napad škrlatinke predstavlja šele prvi dražljaj, ki seveda večkrat ne zadostuje za proizvajanje popolne in trajne imunitete. Zato pa škrlatinka v poznejši starosti nastopa že pri osebah, ki so bile že prej tuintam v stiku z povzročitelji škrlatinke in so imele priliko se vsaj v mali meri imunizirati, tako da napad škrlatinke predstavlja že drugi dražljaj, ki omogoči nastop popolne in trajne imunitete.

Zingher in za njim mnogi drugi so sistematično preiskavali Dickovo reakcijo pri bolnikih v poteku škrlatinke in našli, da je ta reakcija pri začetku škrlatinke pozitivna, da pa tekom rekonvalescence postaja negativna, pri nekaterih osebah že po nekaj tednih, pri drugih šele po nekaj mesecih. Najdemo pa osebe, pri katerih ostane reakcija pozitivna še pozneje kljub prestani škrlatinki, kar pomeni, da v njihovem telesu ni dovolj antitoksinov.

Prisotnost antitoksina se poleg tega lahko tudi ugotovi s Schultz-Charltonovim poskusom. Ljudje, katerih serum, vbrizgan intrakutano bolnikom s škrlatinskim exanthemom, povzroči po gotovem času obledenje izpuščaja, imajo dovolj antitoksina v telesu, tako da ne bodo oboleli na škrlatinki.

V zadnjih letih je bila Dickova reakcija preizkušena na stotisočih oseb v raznih državah. Pri tem je bilo v splošnem ugotovljeno, da je Dickova reakcija skoro pri vseh osebah s predhodno škrlatinko negativna.

Zanimivi so rezultati Dickove reakcije, katere smo našli l. 1928. v Skoplju in okolici, ki so navedeni v krivulji. Tu se vidijo odstotki Dick-pozitivnih: a) najdenih v mestu Skoplje, b) v vasi Malino, kjer že 15 let pred tem ni bilo epidemije škrlatinke, in c) v vasi Kučevište, kjer je vladala težka epidemija škrlatinke 4 leta pred izvajanjem Dickove reakcije. Vidi se, da so v glavnem odstotki Dick-pozitivnih



Rezultat Dickove reakcije v Skoplju, primerjan a) z Dickovo reakcijo v vasi Malino (brez epidemije škrlatinke skozi predhodnih 15 let); b) z Dickovo reakcijo v vasi Kučevište (z epidemijo škrlatinke pred 4 leti).

v vasi Malino nekaj višji kot pa v Skoplju, kar si lahko razlagamo na ta način, da v vasi ni toliko priložnosti za takozvane neopazne infekcije kot pa v mestu. Bolj zanimiv je rezultat reakcije v Kučevištu. Tu vidimo do starosti 4 let približno iste odstotke kot v vasi Malino. Nato pa odstotek Dick-pozitivnih naenkrat pade in pokazuje za starost 5—19 let mnogo nižje številke kot pa v Skoplju in Malinu.

To se da razlagati na ta način, da je večina otrok vasi Kučevište pred 4 leti prebolela škrlatinko lažje ali težje oblike in se na ta način imunizirala.

V naši statistični literaturi nikjer nisem našel podatkov o ponovnem obolenju pri škrlatinki, pač pa sem sam videl med nekoliko tisoč slučaji samo 5, pri katerih je anamneza točno govorila za škrlatinko v prejšnjih letih. Mislim, da število ponovnih slučajev pri nas znaša manj kot 1%.

V svetovni literaturi pa je samo dr. Chapin navedel bolj točne in obširne podatke: Med 13.050 slučaji škrlatinke jih je do l. 1911. našel 246 ali 1,9% s predhodno ugotovljeno škrlatinko v anamnezi. Či uca smatra, da je v Romuniji ponovnih obolenj pri škrlatinki približno 1%. Drugi avtorji ne navajajo števil, ampak poudarjajo samo veliko redkost.

Značaj imunitete. Zingher misli, da je imuniteta, ki nastopa po škrlatinki, samo antitoksična in v nobenem slučaju antibakterielna. To pa ne odgovarja povsem. Z antitoksično imuniteto se da kolikor toliko raztolmačiti pojav oziroma nedovzetnost za škrlatinko pri otrocih, ni pa to tako jasno pri odraslih. S pomočjo Dickove reakcije kakor tudi s Schultz-Charltonovim poskusom se lahko dokaže, da okrog 15% odraslih nima antitoksina za škrlatinko v telesu. In vendar se pri veliki večini od teh ne pojavi škrlatinka, kljub temu, da so prišli v stik z bolniki (posebno velja to za sestre in zdravnike). Tudi tu igra veliko vlogo, podobno kot pri davici, lokalna in antibakterielna imuniteta, katero dokazujejo več ali manj jasno razna raziskavanja. Vendar je v imunologiji tako davice kakor škrlatinke še veliko nejasnega. Potrebno bo še mnogo študija in poizkusov, da se vse to končno veljavno pojasni.

Summary.

Dr. V. Meršol, Ljubljana: The duration and character of immunity conferred by an attack of diphtheria or scarlet fever.

The author discusses the mentioned question on base of his own experience and of different data from the literature and arrives to the following conclusions:

1. Second attacks of diphtheria occur in about 4%, such of scarlet fever in about 1%.
2. The immunity after an attack of diphtheria is in about 50% of cases a lasting one, in the remainder only temporary or does not exist at all. In scarlet fever the proportion of lasting immunity is still higher.
3. The character of immunity is in both diseases in great majority antitoxic, still an antibacterial and local immunity must be also assumed.

Nekaj literature.

1. Andrewes & Dothers: Diphtheria.
2. Chapin: Reports of Superintendent of Health in Providence, 1884—1915.
3. Dick: Scarlet fever, J. A. M. A. 84: 1477.
4. Hirszfeld: On the susceptibility to diphtheria. J. of Immun. 9: 571.
5. Kassowitz-Schick: Neue Wege der Diphtherieprophylaxe, Kl. W. 1: 225.
6. Park: Public Health and Hygiene.
7. Reiche: Verleiht die Diphtherie Immunitaet? M. med. W. 71: 14.
8. Reiche: Die Altersdisposition zur Diphtherie. Med. Kl. 28: 75, 1952.
9. Schick: The predisposing factors in diphtheria: N. Y. Med. J. 114: 197.
10. Vaughan: Epidemiology and Public Health, Vol. I.

Sezonsko gibanje nekaterih akutnih nalezljivih bolezní v Jugoslaviji v letih 1920—1930.

Dr. Fedor Mikič, v. d. šef statističnega odseka Šole za narodovo zdravje, Zagreb.

Ako želimo opazovati tok kakega pojava, n. pr. tok kake akutne nalezljive bolezní, potem moramo predvsem fiksirati vidik, s katerega nameravamo opazovati. Eden takšnih vidikov je n. pr. čas. Čas je pa lahko različno dolg, oziroma — kot vidik — različno visok, je lahko dolg eno, ali več sekund, minut, ur, dni, mesecev, let, stoletij itd. Potrebno je torej določiti dotični vidik.

Pri sezonskem gibanju nalezljivih bolezní jemljemo običajno mesec za časovno enoto. Zaradi tega bomo tudi mi ostali pri tem običaju ter opazovali gibanje po mesecih v vsakem poedinem letu od 1920—1930. Če bi si narisali Descartes-ov koordinatni sistem, kjer naj nam enote na abscisi označujejo mesece, a enote na ordinati število obolelih, potem bi videli, da se višine in nižine v gotovem mesecu kakor po nekem zakonu redno vračajo, podobno letnim dobam: spomlad, poletje, jesen in zima.

Pri podrobnem raziskavanju in primerjanju istih letnih mesecev bi našli, da so razlike tako pri absolutnih, kakor pri merjenih relativnih številkah pojavljanja neke akutne nalezljive bolezní. Vkljub tem razlikam obstojajo mesečne značilnosti. Razlike lahko smatramo samo kot pojavo variacije. Nas zanimajo predvsem značilnosti, ki označujejo položaj nekega meseca v letu. Definiranje značilnosti mesecev, n. pr. pri pojavljanju griže, nam pove, da so jesenski meseci, predvsem september, sezona za najčešče njeno pojavljanje. Razume se, da se v znanstvenem raziskavanju ne bomo zadovoljili samo s kvalitativno ugotovitvijo, temveč bomo stremeli, da najdemo čim solidnejšo kvantitativno velikost sezonskega pojavljanja neke bolezní.

Če bi raziskovali kvantitativno razdelitev slučajev obolenja ali smrti v enem samem letu ter se zadovoljili s to razdelitvijo kot mero za pojavljanje te bolezní v istih mesecih bodočih let, potem bi se lahko zgodilo, da se bolezen v raziskovanem letu ni pojavljala v svojem tipičnem poteku. V našem slučaju ni važno vprašanje, kakšni so vzroki trenutne atipičnosti — ali je vzrok vreme ali zdravnikova pozabljivost, ki je prijavil slučaj obolenja mesec dni pozneje, ali kaj drugega —, temveč: kakšno je pojavljanje tipično? Da bi zamogli odgovoriti na to vprašanje za akutne nalezljive bolezní v Jugoslaviji, smo zbrali vse podatke, ki so bili znani za časa studija označene teme, t. j. za 11 let, od leta 1920—1930. Ti podatki nam nudijo dovolj zgoščen material, da lahko odgovorimo na to vprašanje. Veljavnost in praktično uporabo odgovora lahko računamo za cel bodoči decenij, ako ne za mnogo več.

Nikoli ne more škodovati vprašanje, ali zamore rešitev nekega teoretskega problema koristiti tudi praksi. Včasih na to vprašanje ni moči takoj odgovoriti, ker pade odločitev lahko šele po mnogih desetletjih. Z ozirom na našo temo, zamoremo odgovoriti pozitivno takoj. Čim smo ugotovili neko dejstvo, že se pojavlja otroško-večni „Zakaj?“. Čemu nam more torej služiti ugotovitev tipičnega sezonskega ponavljanja neke akutne nalezljive bolezní? Odgovor ni enoten, ker zavisi od vrste dela.

Zdravnik, ki se bavi z individualnim zdravljenjem, oz. hišni zdravnik, ki se bavi z individualno in familijarno profilakso, bo lahko uporabljal znanje o sezonskem gibanju akutnih nalezljivih bolezni med drugim:

1. za diferencijalno diagnozo n. pr. med difterijo (vrh v novembru) in trebušnim tifom (vrh v septembru-oktobru) ali med difterijo in morbilami (vrh v avgustu) itd.,
2. za prognozo z ozirom na sezonsko menjanje umiranja in obsega letalitete, kar je za ugled zdravništva med lajiki posebne važnosti,
3. za profilaktične mere v poedini obitelji itd.

Socijalni medicincee in uradni zdravnik, ki se bavi s socijalno profilakso in s socijalno terapijo in bo znal za bolezenske sezone, bo pravočasno pripravil vse potrebno, da bo z uspehom mogel odbijati sezonam vrhove, omejevati širjenje sezonskih epidemij in uspešno zdraviti pričakovane bolezni. S tem še zdavnaj niso izčrpane možnosti uporabe rezultatov iz raziskavanja sezon. Iznajdljivost praktičarjev bo našla nove kombinacije o uporabi.

Izmed mnogih akutnih nalezljivih bolezni smo izbrali samo pet najbolj razširjenih, in sicer: difterijo, disenterijo, morbile, škrlatinko in tifus. Vrstni red razpravljanja smo uredili s sledečih vidkov: po vhodiščih, po številu in po važnosti za bodočnost. Kot vhodišče v naše telo igra posebno važno vlogo dihalni, v drugi vrsti gastro-intestinalni trakt. Med boleznimi, ki prihajajo v naše telo z zrakom, inficiranim s kapljicami, polnimi bolezenskih klic, bi raziskovali najprej škrlatinko, nato davico, nazadnje ošpice. Od ostalih dveh bomo najprej razpravljali o trebušnem legarju, nato pa o grži.

Ako primerjamo število obolelih, umrlih, in številke za letaliteto, morbiditeto in mortaliteto, vidimo, da so te v letih 1920—1930 v Jugoslaviji znašale:

V s o t a			Letaliteta	Mesečna morbiditeta na 100.000 prebivalcev	Mesečna mortaliteta na 100.000 prebivalcev
na	obolelih	umrlih			
škrlatinki	141 459	25 537	18,05	8,37	1,51
difteriji	33 612	5 265	15,66	1,99	0,31
morbilah	172 819	3 270	1,89	10,22	0,19
tifusu abd.	49 043	5 695	10,29	2,90	0,34
disenteriji	43 615	6 683	15,32	2,58	0,40
Skupaj	440 548	46 450	10,54	26,06	2,75

Iz tega vidimo, da so morbili številčno najčesči, koj za njimi pride škrlatinka, v veliki razdalji sledijo trebušni tifus, disenterija in difterija. To medsebojno razmerje pa ni stalno. Baš sedaj smo verjetno na okretnici teh odnošajev, vsaj kar se tiče škrlatinke in difterije ter tifusa in disenterije. Tako difterija kakor disenterija, posebno prva, pokazujeta znake stalnejšega večletnega naraščanja.

Po številu smrtnih slučajev je najtežja bolezen škrlatinka, nato disenterija, tifus, difterija in morbili. O težini neke bolezni pa ne

odločuje samo njena absolutna in relativna razširjenost ter absolutno in relativno število umrlih, temveč tudi razmerje med številom obolelih in umrlih, t. j. letaliteta. Pod imenom letaliteta razumemo v vsakdanji praksi ono število umrlih, ki se nanaša na 100 obolelih. Med navedenimi boleznimi ima največjo letaliteto škrlatinka (18%), za njo difterija (16%), disenterija (15%), trebušni tifus (10%) in morbili (2%).

V celoti je od imenovanih boleznih obolelo okoli $\frac{1}{2}$ milijona in umrlo 10 do 11% ljudi. Od tega števila bi bili — po današnjem stanju znanosti¹ — lahko obvarovali okoli 100 000 ljudi pred boleznijo in okoli 12 000 pred smrtjo. Povprečno zbolijo za tifusom in grižo ljudje v starosti okoli 22 let in umro okoli 19 letni. Vzemimo, da znaša srednja življenska doba v Jugoslaviji okoli 40 let. Potemtakem lahko računamo, da smo izgubili radi smrtnih slučajev za gornjima dvema boleznima skoro 100 milijonov delovnih dni. Preračunajmo dneve v 8-urni delavnik z 1:50 Din na uro — tedaj dobimo preko 1 milijarde Din izgube. Poudarjam, da je zračunana izguba najnižje kalkulirana. Prenešena v prakso, bi ta ugotovitev pomenila, da je treba „klin s klinom“ pobijati: vsakoletna investicija v višini 100 milijonov dinarjev, namenjena izključno za asanacijo vasi, bi odgovarjala pobijanju škode, ki nam jo povzročata tifus in griža. Kolikor je meni znano (Soc. Med. Pregled br. 5/III), je dosedanja povprečna letna investicija znašala jedva $\frac{1}{3}$, t. j. okoli 15 milijonov dinarjev letno — in še v to vsoto so vračunani stroški za zidavo podeželskih zdravstvenih institucij. S tem denarjem se seveda ne more izvesti velikopotezna in temeljita sanacija.

Pri ostalih treh boleznih možni uspeh pobijanja ni tako izrazito precizen, a mere pobijanja so bolj komplicirane nego pri tifusu in griži. Zaradi tega je v zadnjem slučaju mnogo težje primerjati denarno izgubo radi boleznih z doseženim uspehom. Pearl pravi (The biology of death, str. 162), da se dá difterija preprečiti v 70%, škrlatica v 50%, morbili v 40%, tifus v 85%, a disenterija v 80% (po raziskavanju Fishera).

Skupna mesečna morbiditeta znaša 26‰ , maksimalna pri morbilah (10‰), minimalna pri difteriji (2‰), skupna mesečna mortaliteta $2,8\text{‰}$, maksimalna pri škrlatinki ($1,5\text{‰}$), minimalna pri morbilah ($0,2\text{‰}$).

Praden preidemo k sami temi, se moramo malo ozreti na merilo, ki smo ga uporabljali pri računanju morbiditete in mortalitete. Gre za prebivalstvo Jugoslavije in za njegovo rast v letih 1920—1930. S pomočjo geometrijske progresije (v. „Stanovništvo grada Zagreba“, Lij. Vjesnik br. 7/1931) smo izračunali srednje mesečno prebivalstvo (t. j. na vsakega 15. dne v mesecu) za vsa imenovana leta. Šele s temi podatki je bilo omogočeno pravilno merjenje (v. tabela II) podatkov raznih boleznih.

¹ V našem slučaju pomeni izraz „današnje znanosti“ sledeče: 1. Znanje o današnjem stanju boleznih; 2. današnje znanje o pobijanju boleznih; 3. znanje o takojšnjem uspehu pobijanja boleznih, če so denarni viri za asanacijo na razpolago; 4. znanje o mogočem stanju boleznih po izvršeni asanaciji.

II.
Srednje mesečno prebivalstvo Jugoslavije v letih 1920.—1930.

Število prebivalstva Jugoslavije je znašalo 15. dne v mesecu

leta	januarju	februarju	marcu	aprilu	maju	juniju	juliju	avgustu	septembru	oktobru	novembru	decembru	Skupaj
1920	11 801 561	11 816 127	11 830 708	11 845 309	11 859 927	11 874 564	11 889 217	11 903 889	11 918 579	11 933 289	11 948 015	11 962 759	142 583 944
1921	11 977 522	11 992 804	12 007 102	12 021 920	12 036 755	12 051 610	12 066 483	12 081 374	12 096 282	12 111 210	12 126 156	12 141 118	144 709 836
1922	12 156 104	12 171 105	12 186 125	12 201 165	12 216 221	12 231 296	12 246 391	12 261 503	12 286 635	12 291 785	12 306 955	12 322 143	146 877 428
1923	12 337 348	12 352 575	12 367 817	12 383 080	12 398 362	12 413 663	12 428 982	12 444 319	12 459 678	12 475 054	12 490 449	12 505 864	149 057 191
1924	12 521 297	12 536 749	12 552 220	12 567 709	12 583 219	12 598 748	12 614 296	12 629 861	12 645 449	12 661 055	12 676 679	12 692 322	151 279 604
1925	12 707 986	12 723 668	12 739 372	12 755 190	12 770 832	12 786 592	12 802 373	12 817 171	12 833 991	12 849 829	12 865 687	12 881 562	153 534 253
1926	12 897 459	12 913 375	12 929 313	12 945 267	12 961 243	12 977 238	12 993 253	13 009 288	13 025 342	13 041 418	13 057 509	13 073 623	155 824 328
1927	13 089 759	13 105 910	13 122 086	13 138 293	13 154 492	13 170 727	13 187 979	13 203 254	13 219 546	13 235 860	13 252 195	13 268 548	158 148 649
1928	13 284 923	13 301 318	13 317 733	13 334 166	13 351 623	13 367 100	13 383 595	13 400 110	13 416 649	13 433 205	13 449 782	13 466 380	160 506 584
1929	13 482 999	13 509 637	13 516 297	13 532 977	13 549 678	13 566 399	13 583 141	13 599 904	13 616 688	13 633 491	13 650 314	13 667 161	162 908 686
1930	13 684 026	12 700 913	13 717 822	13 734 750	13 751 699	13 768 671	13 785 658	13 802 675	13 819 712	13 836 764	13 853 839	13 870 935	165 327 464
Skupaj	139 940 984	140 123 681	140 286 595	140 459 826	140 634 051	140 806 608	14 0981 368	141 153 348	141 338 551	141 502 960	141 677 580	141 852 415	1 690 757 967

Škrlatinka.

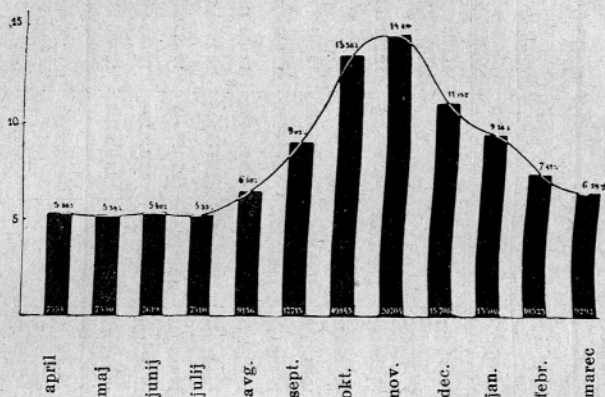
Pri nas se je dosedaj bavil s sezonskim gibanjem akutnih nalezljivih bolezní v Jugoslaviji v glavnem B. Pirc. On je študiral predvsem sezonske variacije po pokrajinah. Iz njegove knjige „Zarazne bolezni u Jugoslaviji 1918/28“ smo tudi mi vzeli večino osnovnih podatkov.

Če pogledamo zgoščeno število obolenj od škrlatínke po mesecih od 1920 do 1930, vidimo (tabela III/1), da imamo najmanj obolenj v

Sezonsko gibanje oboljevanja na škrlatínki

v Jugoslaviji v letih 1920—1930.

Na 100 obolelih skupaj je znašalo število obolelih:



Slika 1.

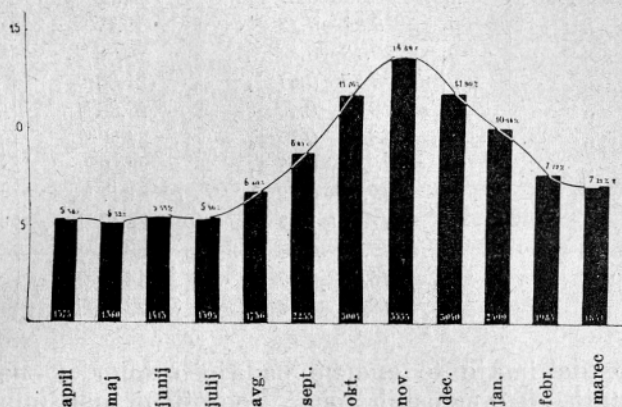
mesecih aprilu, maju, juniju in juliju, posebno v zadnjem mesecu (med 5,3 do 5,4% v mesecu). V avgustu prične rasti škrlatínka in raste kontinuirano do novembra, kjer doseže 14,7% vseh slučajev v letu. V decembru je število slučajev že manjše ter pada neprestano do vključno meseca marca. Pogled na sliko štev. 1. nam kaže skoro pravilno in gladko razdelitev slučajev na dve polovici, s centrom v novembru. Ako bi ne bilo oktobra, bi desna polovica bila izrazitejša.

Sezonska razdelitev slučajev, umrlih za škrlatínko, ima analogen potek kakor razdelitev obolelih. Krivulja je pri umrlih bolj položna kakor pri obolelih. Desna polovica očitno prevladuje (v. tabelo III/2 in sliko 2.). Oktoberske izjeme ni, kvečjemu bi mogli govoriti o januarski izjemi.

Iz tega premišljanja sledi, da bo sezonska letaliteta pri škrlatínki prilično izenačena. Tabela III/5 in slika 3. nas poučita o pravilnosti naše dedukcije. Dočim znaša povprečna letaliteta za škrlatínko v 11-letju 1920—1930 v Jugoslaviji 18,05%, znaša njena maksimalna vrednost v sezoni 19,81% v marcu, njena minimalna vrednost 15,69% v oktobru. **V času jesenskega naraščanja števila obolelih in umrlih letaliteta pada, okoli vrha v novembru začne letaliteta rasti in raste v času zimskega padanja števila obolelih in umrlih do marca.** Zadnja ugotovitev je ravno nasprotna mojim ugotovitvam pri gibanju difterije v Zagrebu v letih 1902—1930, kjer z rastočim številom obolelih raste relativno tudi število umrlih.

Sezonsko gibanje umiranja na škrlatinki
v Jugoslaviji v letih 1920—1930.

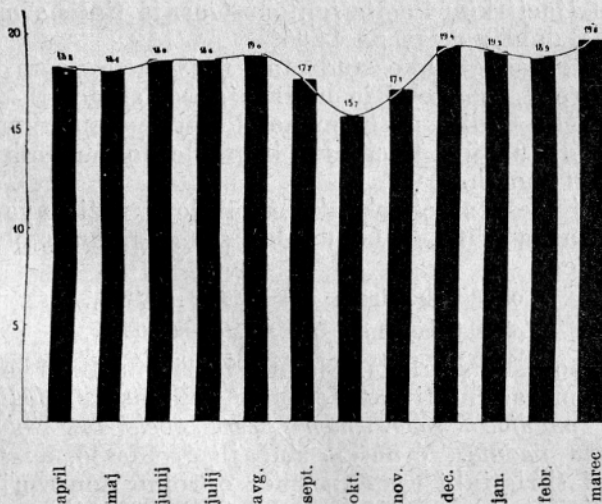
Na 100 umrlih skupaj je umrlo:



Slika 2.

Sezonsko gibanje letalitete škrlatinke
v Jugoslaviji v letih 1920—1930.

Na 100 obolelih je umrlo:



Slika 3.

Sezonsko gibanje letalitete pa v raziskanih letih ni bilo konstantno. Po navadi se definira konstantnost nekega pojava na ta način, da se meri njena relativna varijacija. Ker je število članov v poedinih sezonskih enomesečnih in istoimenskih skupinah premajhno — šteje samo 11 članov t. j. toliko, kolikor je let —, zato bomo rajši raziskovali preponderabilno smer gibanja v označenih mesecih. Te smeri so definirane s sledečimi enačbami:

Meseci	Enačbe	Teoretični	
		maksimum 1920	minimum 1950
januar 1920—1950	$y_1 = 20,00 - 0,81 \xi_1$	24,05 ‰	15,95 ‰
februar ..	$y_2 = 18,82 - 0,13 \xi_2$	19,47 ‰	18,17 ‰
marec ..	$y_3 = 20,18 - 0,14 \xi_3$	20,88 ‰	19,48 ‰
april ..	$y_4 = 18,55 - 0,61 \xi_4$	21,60 ‰	15,50 ‰
maj ..	$y_5 = 18,56 - 0,60 \xi_5$	21,36 ‰	15,36 ‰
junij ..	$y_6 = 18,91 - 0,73 \xi_6$	22,56 ‰	15,26 ‰
julij ..	$y_7 = 18,91 - 0,65 \xi_7$	22,16 ‰	15,66 ‰
avgust ..	$y_8 = 19,27 - 0,52 \xi_8$	21,47 ‰	16,67 ‰
september ..	$y_9 = 17,82 - 1,13 \xi_9$	23,47 ‰	12,17 ‰
oktober ..	$y_{10} = 15,64 - 0,90 \xi_{10}$	20,14 ‰	11,14 ‰
november ..	$y_{11} = 16,82 - 0,55 \xi_{11}$	14,07 ‰	19,57 ‰
december ..	$y_{12} = 18,82 - 0,74 \xi_{12}$	22,52 ‰	15,12 ‰

Vidimo, da imajo te enačbe padajočo smer. Označujejo samo smer izbranih, istoimenskih točk. Teoretični maksimum bi bil januarja 1920 (z 24,05%), teoretični minimum oktobra 1950 (z 11,14%). Vzemimo pa celoto, t. j. vseh 152 mesecev. Dobili bi enačbo splošne letalitete smeri:

$$y = 18,52 - 0,06 \xi_1,$$

s teoretičnim maksimumom 22,48% in minimumom 14,62%.

Konstantnost letalitete v vseh 152 mesecih znaša $19 + 1\%$, izražena je z variacijskim koeficijentom. Gornja tipična meja letalitete znaša 22,07%, dolnja meja pa 14,96%.

Sezonsko gibanje lahko študiramo tudi na ta način, da vzamemo za osnovo obroke obolezlosti in umiranja (v. tabelo III/4,5). Videli bi, da nam ta način studija ne bi prinesel bistvene spremembe v sezonski distribuciji slučajev, kvečjemu bi prišlo do majhnih sprememb v decimalnih vrednotah.

Povprečni mesečni obrok obolezlosti je v raziskavanem 11-letju $8,57\text{‰}/\text{‰}$, umiranja $1,51\text{‰}/\text{‰}$. Generalne smeri gibanja obrokov imajo sledeče enačbe:

$$\text{obroki obolezlosti: } y = 8,344 + 0,012 \xi_1,$$

$$\text{obroki umiranja: } y = 1,516 - 0,003 \xi_1.$$

Kdor bi površno pogledal glavne smeri enačb za letaliteto in za obroke, bi se moral čuditi navideznemu kontrastu. Medtem ko imamo pri letaliteti padajočo smer, nam smeri obeh vrst obrokov deloma raste, deloma padata. V našem slučaju gre za to, da smer obrokov obolezlosti pri škrlatinki raste, a smer obrokov umiranja pada. Razumljivo sledi iz teh odnošaj, da mora tudi letaliteta padati.

Izračunane ekstremne vrednosti so:

Teoretični		
obrok	maksimum ‰/‰	minimum ‰/‰
obolezlosti	9,14 (1930)	7,56 (1920)
umiranja	1,70 (1920)	1,33 (1930)

Raziskavanje razlike sezonskega gibanja bi nas dovedlo do računanja enačb smeri v poedinih mesečnih skupinah obolezosti in umiranja. Našli bi, da se sezonske smeri v kvantitativnem pogledu samo deloma krijejo z glavno smerjo obrokov vseh 264 članov. Tako n. pr. vidimo pri obolezosti, da rastejo obroki samo v prvih sedmih mesecih sezone, dočim v ostalih petih padajo. Najbolj rastejo v januarju, najbolj padajo v novembru! Pri mortaliteti imamo največji porast v juniju, največji padec v oktobru. Enotnega tolmačenja za sedaj še ni mogoče podati.

Varijacijske konstante obeh vrst obrokov nam dajo:

	pri obolezosti	pri umiranju
M' =	8,32 ± 0,31 ‰	1,51 ± 0,06 ‰
σ =	5,25 ± 0,22 ‰	0,98 ± 0,04 ‰
M + σ =	13,57 ‰	2,50 ‰
M - σ =	3,07 ‰	0,53 ‰
K. V. =	63,09 ± 3,50	65,00 ± 4,00

Vidimo, da je variacija mesečnih obrokov velika. Druge dedukcije iz teh ugotovitev ne bomo izvajali v tem delu, ker bi nas dovedle v prešteviline podrobnosti.

Difterija.

Na isti način in v istem vrstnem redu kakor pri škrlatici, moremo razpravljati tudi o difteriji. Po mojih dosedanjih študijah o difteriji, predvsem njenega gibanja v Zagrebu v letih 1902—1930, ji bomo morali posvečati v bodoče posebno pazljivost. Bojim se, da smo od leta 1925. dalje definitivno prešli v naraščajoči krak sekularne difterične krivulje ter da bo difterija ponovno postala ona strašna bolezen, kakor je bila sredi preteklega stoletja. To je toliko bolj žalostno, ker paralelno narašča tudi letaliteteta — vsaj v začetku. V tem slučaju bomo lahko tudi preiskusili vrednost današnje medicinske vede, kolikor se tiče pobijanja difterije.

Distribucija števila obolezosti po sezoni nam kaže večjo eksplozivnost nego pri škrlatinki. Najnižje stanje ima difterija v juniju (4,8%). Nato narašča konstantno do novembra bolj in bolj (15,6%) in v tem mesecu doseže tudi svoj vrh. Brzina padanja je večja nego brzina naraščanja. Padajoči krak se začinja ustavljanje v januarju (7,7%). Od januarja dalje je padanje sicer stalno ali zvonasta oblika krivulje distribucije se prekinja s padajočim in razvlečenim sinusoidnim valom. Pri škrlatinki pričenja valovanje že v decembru, vendar ni tako značilno kakor pri difteriji. Tabela IV/1 in slika 4. ilustrirata te besede.

Ako bi distribucijo umrlih pomaknili na časovni abscisi za mesec naprej, to se pravi, da bi mesec maj postal junij, potem bi lahko rekli, da se obe distribuciji, obolelih in umrlih, kvalitativno krijeta. Izjema so vrhovi v oktobru, novembru in decembru. Dočim je pri šte-

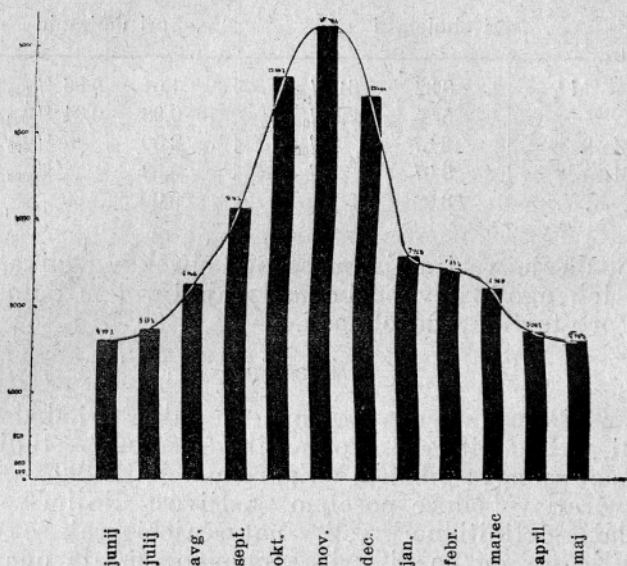
¹ Znak M predstavlja aritmetično sredino, σ standardno devijacijo (absolutno mero variacije), K. V. pa koeficijent ali relativno mero variacije v procentih.

vilu obolelih novemberski center postavljen med dva, skoro enako visoka stebra (oktober-december, 15,9% in 15,2%), se vrhovi pri številu umrlih malo razlikujejo (oktober-november-december: 13,1%, 14,5%, 14,6%) ter leži najvišji vrh ekscentrično. Sledi brzi padec proti januarju, kjer je sinusoidni val še vse bolj razločen nego pri obolelih. To razločnost je povzročilo sekundarno povečano število umrlih v marcu (8,6%). Vidi tabelo IV/2 in sliko 5.

Sezonsko gibanje oboljevanja na difteriji

v Jugoslaviji v letih 1920—1930.

Na 100 obolelih je znašalo:

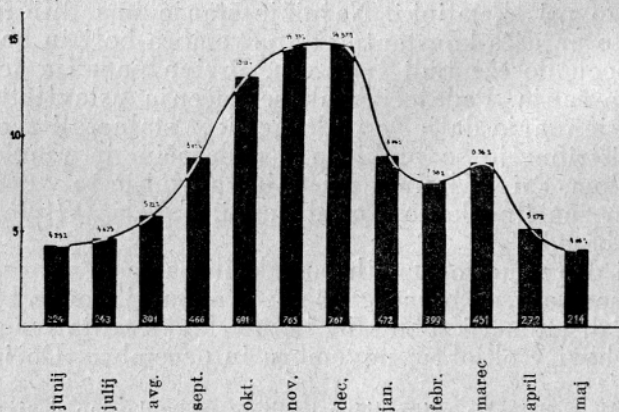


Slika 4.

Sezonsko gibanje umiranja na difteriji

v Jugoslaviji v letih 1920—1930.

Na 100 umrlih skupno je število umrlih:

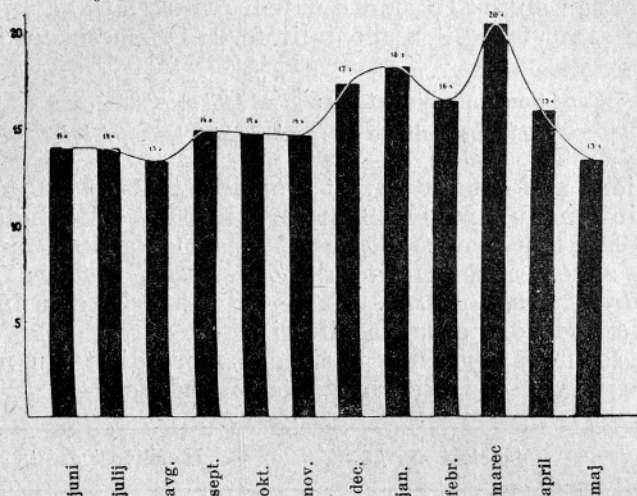


Slika 5.

Iz gornjega nam je skoraj nemogoče sklepati nekaj določnega z ozirom na veličino sezonske letalitete. Iz tabele IV/3, posebno pa iz slike 6., posnamemo, da imamo opravka s štirimi, z letnimi dobami se krijočimi skupinami letalitete. Poletna skupina (od junija do avgusta) se razteza med 13,5 in 14,0%, jesenska skupina (od septembra do novembra) med 14,6 in 14,9%, zimska med 16,4 in 18,2%, na višku v januarju, ter spomladna skupina med 13,5 in 20,4%. V

**Sezonsko gibanje letalitete difterije
v Jugoslaviji v letih 1920—1950.**

Na 100 obolelih je umrlo:



Slika 6.

zadnji skupini imamo najvišjo in najnižjo letaliteto v sezoni. Najvišja letaliteta je v marcu, a najnižja v maju. Raznolikost letalitete je torej večja nego pri škrlatinki. Dočim je razlika med maksimalno in minimalno letaliteto pri škrlatinki 4%, je pri difteriji 7%. (Primerjaj sliki 5 in 6).

Če zračunamo generalno smer gibanja letalitete v 132-tih preiskanih mesecih, vidimo, da prevladuje naraščajoča tendenca. Računska ugotovitev se krije z že omenjenimi rezultati. Enačba se glasi:

$$y = 15,697 + 0,014 \xi.$$

Teoretični maksimum, izveden iz enačbe, nam daje za letaliteto vrednost 14,79% (višek 1950). Ako analiziramo smeri poedinih mesečnih skupin, najdemo, da raste letaliteta od januarja do junija, odtod dalje pada do novembra — oktober je izjema, ki niti ne raste niti ne pada —, v decembru zopet raste. Večina mesečnih skupin torej raste.

Letaliteta variira absolutno za $4,48 \pm 0,19\%$ okoli aritmetične sredine $15,71 \pm 0,26\%$. Relativna varijacija znaša $285 \pm 1,3\%$ $\left(\frac{100 \sigma}{M}\right)$. Če primerjamo varijabilnost škrlatinke in difterije, vidimo, da je ona pri difteriji skoro za tretjino večja. Mislim, da bi smeli to razliko tolmačiti z večjo eksplozivno silo, ki je svojstvena za difterijo. Nadalje

s tem, da je škrlatinka bolj endemična nego difterija. Slednje sodimo po večji absolutni in relativni razširjenosti škrlatinke.

Relativno mesečno gibanje obolevnosti in umiranja nam kaže tabela IV/4 in IV/5. Iz njih smo povzeli ono, kar nas posebno zanima, namreč preponderanco ene ali druge polovice raziskavanih mesecev. Zato nam izredno dobro služijo smeri gibanja. Smeri gibanja nam lahko *do do neke mere tudi govore o bodočem gibanju nekih bolezni in o njihovi intenzivnosti*, posebno če je to gibanje enosmerno. Če so gibanja nasprotna, bodisi da se okoli centra srečujejo maksima, bodisi da se srečujejo minima, potem nam smer gibanja kaže napačno, namreč stacionarno sliko. To smo doživeli pri škrlatinki, kjer je porast morbiditete samo 0,14%,¹ a mortalitete 0,11% mesečno. Kako je pri difteriji?

$$\text{Smer morbiditete je: } y = 1,93 + 0,02 \xi_1,$$

$$\text{smer mortalitete pa: } y = 0,301 + 0,004 \xi_1.$$

Teoretični maksimum je pri morbiditeti 5,41 ‰. Minimum pri 0,56 ‰. Minimum pri prvi 0,48, pri drugi 0,05 ‰. Morbiditeta bi torej rastle od 1920. leta proti 1930 za 1,2%, a mortaliteta za 1,5%. Sedaj razumemo, zakaj raste letaliteta! *Z rastočim številom obolelih oseb raste še hitreje število umrlih.* Tu je tudi najbridkejša in najbolj žalostna točka bodočega gibanja difterije.

Sedaj še nekaj besed o varijaciji morbiditete in mortalitete v našem 11letju. Varijacijske konstante so sledeče:

	Obolelost na ‰	Umrljivost na ‰
M	1,92 ± 0,10	0,30 ± 0,02
σ	1,74 ± 0,07	0,26 ± 0,01
M + σ	3,66	0,57
M - σ	0,18	0,04
K.V.	91 ± 6 ‰	88 ± 6 ‰

Že pri škrlatinki smo videli veliko relativno varijacijsko širino obrovov. Pri difteriji pa je, kakor pri letaliteti, za tretjino večja.

Morbili.

Glede prenašanja bolezni s kapljicami spadajo morbili v isto skupino kot difterija in škrlatinka. Po številu obolenj spadajo med najrazširjenejše akutne infekcijske bolezni. Po težini letalitete bi šteli morbile med bolezni benigne vrste, četudi se zgodi, da zavzame včasih maligno obliko.

Če bi slučaje obolenja distribuirali po mesecih (v. tabelo V/1), bi nam postalo jasno, da so morbili predvsem bolezen zimskih in spomladnih mesecev. Naraščanje se začne v septembru (1,3%) ter se nadaljuje brez presledka do meseca marca, ko doseže višek (14,9%).

¹ Procenti so računani po načinu formule $\frac{100 \cdot \sigma}{M}$, kjer je namesto σ postavljen koeficijent naraščanja ali padanja, a M je aritmetična sredina enačbe.

Odtod dalje stalno pada in doseže najnižjo stopinjo v avgustu (0,9%). Če bi vzeli procentualno distribucijo slučajev po mesecih pri morbilih in jih primerjali s slično razdelitvijo pri škrlatinki in difteriji, potem bi lahko rekli, da leži sezonska eksplozivna moč morbiloznega obolenja med difterijo in škrlatinko.

Slučaji smrti so distribuirani kvalitativno po isti shemi kakor slučajni obolenosti. Najvišja točka (17,2%) izkazuje večjo eksplozivno moč nego pri obolenosti. Najnižja točka je pomaknjena za mesec dni na desno v mesec september (1,7%).

Sezonsko gibanje letalitete ni tako enakomerno, kakor smo to videli pri distribuciji prvih dveh skupin. Če bi začeli opisovati potek tega gibanja z najnižjo točko, v oktobru (1,0%), potem imamo prvi zalet v novembru (1,4%), ki malo popusti v decembru (na 1,1%). Temu sledi drugi zalet v januarju (1,8%), ki ne popusti in se nadaljuje do tretjega zaleta v aprilu (2,3%), šele po tem zaletu popušča letaliteta moč. To popuščenje traja do junija (1,7%). Temu sledi maksimalni zalet v smeri mesecev julij-avgust (3,7%, 4,6%), ki je kakor gora spričo ostalih zaletov. V septembru je moč zaleta spet v prejšnjih, povprečnih mejah. Generalna smer letalitete je izražena z enačbo:

$$y = 2,0682 - 0,0062 \xi_1.$$

Ima torej padajočo tendenco, ki je 0,3%. Gornji teoretični vrh bi bil v januarju leta 1920, z 2,48%, a doljni vrh v decembru leta 1930, z 1,67%. Varijacija 132tih mesečnih vrednosti morbilozne letalitete je zelo velika in znaša $81 \pm 5\%$, z gornjo mejo tipičnosti 3,74% letalitete in z doljno mejo 0,59%. Smeri gibanja v poedinih mesečnih skupinah ne bomo računali, ker se nam podatki, ki jih je mogla zbrati oficijelna statistika v tej smeri ne zdijo zadostno verjetni.

Dočim je povprečna morbiditeta pri morbilah $10,22\text{‰}$, je povprečna mortaliteta samo $0,19\text{‰}$. Enačbe smeri so:

$$\text{pri obolenosti: } y = 10,402 - 0,037 \xi_1,$$

$$\text{pri umiranju: } y = 0,1953 - 0,0018 \xi_1.$$

Padec je pri obolenosti 0,36% napram veličini aritmetične sredine. Maksimalna teoretična vrednost obolenosti znaša $12,84\text{‰}$, minimalna $8,00\text{‰}$. Obroki umiranja variirajo skoro v isti višini kakor letaliteta, namreč za $84 \pm 5\%$. Gornja meja tipičnosti je pri $19,25\text{‰}$, dolnja meja pri $1,75\text{‰}$. Absolutna varijacija ima vrednost $8,75\text{‰}$.

Kakor vidimo iz enačbe, pada tudi mortaliteta, in sicer vsak mesec za 0,92%. Brzina padanja mortalitete je torej napram obolenosti preko 2 in $\frac{1}{2}$ krat večja, napram letaliteti trikrat večja. Varijacijske konstante umrljivosti so:

$$M = 0,19 \pm 0,11 \text{‰}$$

$$\sigma = 0,19 \pm 0,08 \text{‰}$$

$$M + \sigma = 0,39 \text{‰}$$

$$M - \sigma = 0,001 \text{‰}$$

$$K. V. = 99 \pm 7 \%$$

(Nadaljevanje prih.)

Operativna indikacija akutne apendicite v pozni dobi.

Primarij: dr. Robert Blumauer.

Malokatera panoga medicinske stroke kaže tekom zadnjih desetletij toliko pozitivnega razmaha kakor kirurgija, bodisi na dijanostični, bodisi na tehnični bazi. Kot ena glavnih pridobitev se smatra izpopolnitev kirurgije slepiča, ki zavzema velik odstotek abdominalne kirurgije. Začetek tega napredka otvarja boj med internisti in kirurgi, ki je bil v razmeroma kratkem času odločen v prilog kirurgom. Trajale so še nekaj časa za tem ostre polemike med kirurgi glede operativne indikacije akutne apendicite, v zgodnji dobi, to je v dobi prvih 48 ur po napadu, dalje so se križala mnenja glede operativne indikacije v kroničnem poteku, vendar pa so se ta nasprotstva v kratkem času, skoraj izključno izenačila v smeri potrebe operacije v obeh zgoraj omenjenih štadijih.

Čim globlje je prodirala kirurška veda v skrivnosti vnetega slepiča, tem večje težave so se pojavljale na poti do sistemiziranja operativne indikacije. Spoznati je bilo treba nadaljni potek vnetja, da se ga lahko uklene v operativni sistem. Pri tem so res izdelala nekaka pravila, na podlagi katerih se računa posebej: doba akutnega vnetja (48 ur), ali zgodnja doba, dalje takozvana intermedijerna ali vmesna doba (od 3. do 5. dne) in po potem dnevu doba abscesa ali pozna doba.

Glede prvega štadija, zgodnje dobe, bi bila ta opredelitev na mestu, ker jo je možno objektivno ugotoviti s precejšno gotovostjo; seveda izjeme so tudi tu pogoste. Bolj problematična pa je razdelitev v drugi dobi, ker je variacija poteka obolenja jako velika in, zdi se, nikakor ne vezana na časovnost, temveč bolj na kakovost vnetja, katerega moremo v največjih slučajih dognati šele z autopsijo, kakor tudi na lokalizacijo vnetljivega območja, ter v veliki meri na anamnestične podatke bolnika, ki so pa v veliki večini netočni. Da si prihranimo razočaranja, je bolje, da smatramo vsak napad, ki je trajal preko 48 ur, oziroma pri katerem objektivno ugotovimo progresivno stanje vnetja, kot apendicito v pozni dobi. Po tem načinu bi torej razlikovali v stanju vnetega slepiča samo dvoje akutnih faz, in sicer: zgodnjo dobo vnetja (prvih 48 ur) in pozno dobo vnetja (po 48 urah).

Nejasnost pojma razlikovanja zgoraj omenjene vmesne dobe vnetja, je le odsev netočne dijagnoze v tem času, vsled česar izzvene tudi vse polemike glede operativne indikacije v tej dobi nedoločno. V splošnem imamo pravilo, da po 48 urah operiramo le tedaj, kjer nam objektivna in subjektivna sigurnost zajamči zapozneli potek vnetja v prvih 48 urah, ki faktično odgovarja sliki zgodnje dobe. V nasprotnem slučaju, pa naj se po možnosti, po preteku zgodnje dobe ne operira.

Najtrši oreh pri stavljanju operativne indikacije pa nam nudi doba abscesa ali pozna doba vnetja slepiča. Več desetletij je že preteklo, odkar prodirajo kirurški pionirji v umetnost zdravljenja vnetega slepiča, vendar se še do danes ni posrečilo

postaviti enotno fronto v stališču operativne indikacije ravno v tej dobi. Razdeljeni v tri tabore, v skrajno konservativen, radikalen in nekako nevtralen. V vsakem izmed teh taborov so zastopniki, katerih imena blešče v zgodovini starejše in moderne kirurgije, več izmed njih je prešlo iz enega v drugi tabor, vsi pa navajajo bodisi za svoje vztrajanje ali menjavanje „nepobitna“ mnenja in dokaze.

Ravno to dejstvo neenotnosti in nesigurnosti v načelu ter nezanesljivost v različnih argumentih naj nam služi kot svarilo, da si prikrojimo operativno indikacijo v pozni dobi tako, kakršno smatramo kot najvarnejšo za bolnikovo zdravje. To pa je jako težka naloga, ker smo v tem oziru navezani popolnoma sami nase, na lastne izkušnje. V tem oziru je šel kirurški oddelek obče državne bolnice v Ljubljani, pod vodstvom primarija dr. Franc Derganca, čim dalje bolj izrazito, konservativno pot. Vsaka apendicita, ki se je pojavila na oddelku preko termina (po 48 urah napada), je bila podvržena strogi objektivni preiskavi in bila operirana, edino le v slučaju progresije, v nasprotnem slučaju pa konservativno prevedena v kronični štadij, ter po 6 mesecih intervalno operirana. Kjer je bilo dognano štacijonerno stanje eksudativnega vnetja ali celo regresija, v takih slučajih se ni operiralo, temveč tudi dovedlo do intervalne operacije. V štadiju abscesa z omejeno peritonitido, se je nahajal bolnik v strogem opazovanju in bil operiran le tedaj, če so se pokazali najmanjši znaki napredovanja procesa z običajnimi simptomi. Operativni poseg v takih slučajih je bil omejen predvsem v otvoritev abscesa; kjer je bilo to možno brez raztrganja adhezij, je bila napravljena tudi apendektomija. Prosta, difuzna peritonita je indicirala takojšnji poseg.

Več vidikov je, ki nas silijo, da to stališče odobravamo. Bolnik, močno oslavljen vsled vnetljivega procesa, ima znatno zmanjšano splošno odpornost. Vse njegove odporne moči in ves organizem je angažiran v boju zoper uničujoče delo vnetega slepiča. Obrambne sile, katere je stvorila narava, okop okoli vnete točke v abdominalni votlini, bodisi v obliki adhezij, katere tvorijo črevesne vijuge in pečica, kot nekako vrečo, v katero naj zajemajo strup, ki se ima v najkrajšem času izliti iz slepiča ali njegove okolice, bodisi v kemičnem smislu, v obliki protistrupov, provociranih vsled vnetljivega procesa, v svrhu ojačenja, peritonealne odpornosti, — ali niso te obrambne sile že močno črpale moč organizma, ali jih je mogoče umetno nadomestiti? Dokler zadostuje organizem sam sebi s svojo odpornostjo in obrambnimi napravami, je nepotrebno, umetno posegati v delo narave, kajti v tem slučaju je naše delo lahko pri največji previdnosti in spretnosti bolj razdirajočega, kot pomožnega značaja. Pomisliti namreč moramo, da je v tem štadiju obolenje že bolj splošnega nego lokalnega obsega, in bi pomenila že samo razbremenilna incizija nov udarec ter nepotrebno oslavljenje obrambnih sil. Vse to velja tako dolgo, dokler naravi ne prično pešati moči, stanje, ki se promptly javlja z običajnimi znaki, progresivnosti vnetja. Tedaj šele nastopi trenotek, ko moramo nemudoma priskočiti naravi na pomoč, kajti sedaj pomenja naš umetni poseg manjšo nevarnost nego infekcijsna, razdiralna sila narave.

Očitek, katerega navadno predoči radikalna struja, konservativni, češ zakaj čaka z operativnim posegom v pozni dobi momenta,

ko bolnik izgublja na obrambnih rezervah, in ne operira, ko na istih pridobiva, je punctum saliens vsega problema operativne indikacije v pozni dobi in to je ono, kar smo poudarjali uvodoma tega poglavja, da smo v tem oziru navezani sami nase, na lastne izkušnje.

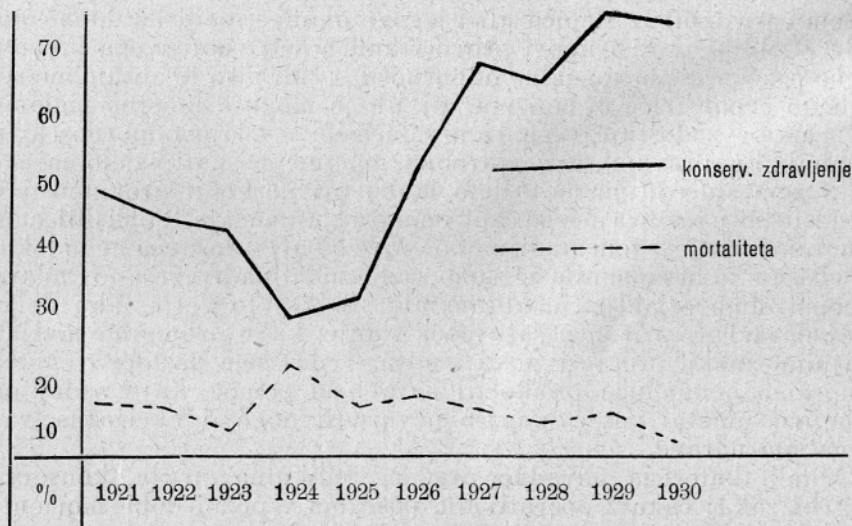
Oglejmo si statistiko vseh preko termina, to je: po 48 urah napada sprejetih apendicit od l. 1921.—1950. na kirurgičnem oddelku občje državne bolnice v Ljubljani.

Leto	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Po 48 urah sprejete apendicite .	22	25	38	45	67	68	79	99	120	130
Način zdravljenja istih	K ¹ R ²	K R	K R	K R	K R	K R	K R	K R	K R	K R
v številu	10 12	10 15	14 24	11 34	19 48	32 36	51 28	60 39	87 35	86 44
v %	(45.4)	(40)	(36.8)	(24.4)	(28.6)	(47)	(64.3)	(60.6)	(72.5)	(66.1)
umrli:										
v številu .	5	5	5	8	7	8	8	8	11	5
v %	(13.6)	(12)	(8.1)	(17.7)	(10.4)	(11.7)	(10.1)	(8.08)	(9.1)	(3.8)

¹ K = konservativno zdravljenje. — ² R = radikalno zdravljenje.

Na podlagi te statistike opažamo tekom desetih let velik porast apendicitične kirurgije. Začetkom te dobe je konservativna komponenta srednje visoka in pada stalno do l. 1924., od tu dalje se dviga in doseže višek v l. 1929. in 1930. Z ozirom na splošno letno frekvenco zdravljenih apendicit, opažamo razveseljiv pojav, da je procentualna kvota, preko termina v bolnico dospelih apendicit, padla od 51% iz l. 1921. na 19% iz l. 1930. Glavno z a s l u g o seveda imajo naši z d r a v n i k i v z u n a n j i h o k r o ž j i h, ki popolnoma pojmujejo važnost principa zgodnje operacije pri vnetju slepiča.

V svrhu podkrepitve našega konservativnega stališča, naj nam služi sledeči diagram:



Iz njega razvidimo jasno ves razvoj konservativne terapije v teku desetih let. Z neznatnimi intermisijami, se dviga mortaliteta, čim pada konservativna krivulja, ki doseže najvišjo točko v l. 1924., s 24·4% in doseže mortaliteta svoj višek s 17·7%. Nato se polagoma krivulji oddaljujeta, mortalitetna pada, medtem ko se konservativna rapidno dviga, tako da doseže koncem zadnjega leta opazovanja 66·1%, ko v istem času doseže mortalitetna krivulja svoje najnižje stanje 5·8%.

Na podlagi gornjega opazovanja bi se glasilo pravilo zdravljenja apendicite v pozni dobi sledeče: Čim konservativnejša terapija, tem manjša mortaliteta.

Kakor smo že mimogrede omenili, število prekoterminskih slučajev apendicite z vsakim letom pada. Naša glavna težnja in naloga naj bo, to padanje čim bolj pospeševati in napeti vse moči, da dosežemo relativno najnižje stanje; tu je točka, ki nas zedinja vse radikalne in konservativne zastopnike, in bo posekala ta gordijski vozeli indikatorne needinosti. V prvi vrsti so poklicani naši kolegi, ki že sedaj tako uspešno delujejo med ljudstvom in katerim naj bi bile te vrstice v glavnem namenjene kot tolažilno in bodrilno sredstvo v njihovem požrtvovalnem, težkem delu. Toda ne samo oni, temveč vsi faktorji, katerim pripada težka, a lepa naloga kurativne in preventivne prosvitljenosti naroda, so na tem mestu naprošeni, da v navedenem smislu delujejo med narodom.

Zusammenfassung.

Ueber die operative Indikation der Blinddarmentzündung im Spätstadium.

Als Frühstadium der A. gelten die ersten 48 Stunden nach dem Anfall. In diesem Stadium ist unbedingt operativ einzugreifen. Nach 48 Stunden beginnt die intermediäre Phase, die am 5. Tag in das Spätstadium übergeht. Eine genaue Abgrenzung beider Phasen infolge unsicherer subjektiven Angaben oder unverlässlichen objektiven Befundes ist bei dem mannigfaltigen Krankheitsverlauf schwer möglich. Deswegen sollen sie in Zweifelsfällen eher als Spätstadium behandelt werden. In diesem besteht Indikation zu operativem Eingreifen nur bei progressivem Charakter der Erkrankung, nie bei regressivem; dieselbe Indikation gilt für die Abszessperiode.

Wegen grosser Meinungsverschiedenheiten — pro und contra — kann in Bezug auf diese Indikationsstellung kaum ein abschliessender Schiedsspruch gefällt werden. Wir müssen daher statistische Angaben zu Hilfe nehmen. Diesbezüglich liefert uns wertvolles Material die zehn Jahre umfassende Statistik der Blinddarmentzündung im Spätstadium an der chirurg. Abteilung des staatl. allgem. Krankenhauses in Ljubljana.

Daraus ergibt sich, dass die Abteilung in den Jahren 1921 bis 1924 mehr der operativen Behandlung zuneigte. Im Jahre 1924 erreichte aber auch die Mortalität ihren Höhepunkt. Von 1924 bis 1950 stand die konservative Therapie des Spätstadiums mehr im Vordergrund. Damit erreichte im letzten Jahr, d. i. 1950, die Mortalität ihr Minimum. Siehe auch Tabelle!

Diese anschaulichen Ergebnisse drängen uns den logischen Schluss auf: Je radikaler die Behandlung des Spätstadiums, desto grösser, je konservativer, desto niedriger die Sterblichkeit.

Es folgt die dringende Aufforderung an alle praktischen Aerzte und die Sanitätsbehörden, das Volk diesbezüglich aufzuklären und rascheste Einlieferung der Appendizitiskranken anzustreben. Nur so kann dem immer noch gefährlichen Spätstadium vorgebeugt werden.

Nov znak, da je čirna krvavitev prenehala.

Dr. Ljudevit Merčun, asistent oddelka.

Krvavitev iz želodčnega čira (haematemesis) oz. pojav črnega blata (melaena) pri čirni bolezni (Ulkuskrankheit) nista tako redka. Po novejši statistiki docenta dr. Kalk-a iz Bergmannove klinike v Berlinu nahajamo v 47 odstotkih pri želodčnem čiru, pri ulcus duodeni pa samo v 27 odstotkih enkratno oz. večkratno krvavitev. Da nastopa krvavitev pri ulcus duodeni v tej statistiki samo v 27 odstotkih, je razumljivo, če pomislimo, da bolnik črno blato veliko lažje spregleda kot pa krvno bruhanje. Čeprav bi po Boas-u morali smatrati krvavitev kot nekak simptom ulkusa, tega vendar večina strokovnjakov danes ne dela več, temveč smatra po Bergmann-u krvavitev za komplikacijo čirne bolezni brez izjeme. Znano je iskanje takozvane okultne krvavitve v želodčnem soku oz. blatu, metoda, ki pa ni mogla prinesiti kdovekakih rezultatov, ker je temeljila na tezi, da ni ulkusa brez okultne krvavitve. Taka domneva se je uveljavila v času, ko še ni bila izpopolnjena direktna dijagnostika ulkusa z rentgenom. Danes poznamo tipična ulcera brez krvavitve, poznamo pa tudi trajne krvavitve v želodčnem soku oz. blatu pri boleznih, ki so sicer zelo blizu ulkusu, vendar se principijelno ločijo od njega, n. pr.: cholecystopathia z ikteričnimi krvavitvami, gastritis z parenhimatозno krvavitvijo i. t. d., ne glede na artefakta pri slabem zobovju bolnika, traumatično krvavitev po bruhanju oz. po črpanju iz želodca. Radi tega danes ne moremo smatrati krvavitve več samo za simptom ulkusa, marveč vedno za opasno komplikacijo čirne bolezni.

Močna krvavitev je vedno težka komplikacija, sicer ne predstavlja nikdar take nevarnosti kot perforacija, dela pa vendar, kakor hitro se pojavi (posebno pri bruhanju), na bolnika in njegovo okolico vtis smrtno nevarnosti. Mortaliteteta je po Kalk-u pri primernem ravnanju le še 3-odstotna, toda ta mortalitetna številka se v praksi poveča posebno tedaj, če zdravnik s svojo polipragmazijo krvavitev podaljša, namesto da bi jo ustavil s samim mirovanjem. Slabo bilo kaj rado zapelje zdravnika, da uporablja kardijaka, ki so pa pri vsaki krvavitvi želodca oz. duodena absolutno kontraindicirana.

Poglejmo si glavne simptome take krvavitve. Čim večja je, tem bolj so v ospredju znaki težke notranje krvavitve. Včasih se pojavi težek splošni kolaps, pri katerem bolnik običajno izgubi zavest, včasih so samo naznačeni simptomi cerebralne anemije: omedlevica, kratka sapa, zdehanje, močna žeja. Bolnik je bled, bilo je pospešeno in komaj otipljivo. Močna utrujenost in vrtoglavost silite bolnika, da leže. Šaj je tudi izguba krvi velika: včasih celo 3—4 litre. Posebno močne in obilne krvavitve vidimo pri čirih, ki prodirajo v okolico (jetra, pankreas, pečica), kjer arodirajo kakšno večjo žilo.

Važen, vendar pa malo znan simptom je popolno prenehanje bolečine, ki jo je bolnik do sedaj trpel. Bolečine prenehajo tako popolnoma, da se čuti bolnik prerojenega in le slabost, ki je nastala radi občne krvavitve, ga še spominja, da je bolan. Ravnotako moramo

vedeti, da se v času krvavitve ulkus nekako skriva rentgenološki preiskavi. Dejstvo, da je izginila pri in neposredno po krvavitvi dolbina („Ulcusnische“) na rentgenski sliki, je razumljivo, saj se vendar polni dolbina čira s krvjo, oziroma zapirajo koagula kontrastu pot do dolbine. Kri, ki nekako zaliva čir, onemogoča želodčnemu soku, da bi prišel v stik z ulceracijo. Radi tega prenehajo prejšnje tipične čirne bolečine ne glede na to, da se je spremenila radi krvavitve v želodec tudi aciditeta želodčnega soka. Da igra sprememba vodikove jonske koncentracije (pH.) v krvi radi naravne venesekcije — kakor to naglašajo Straub in njega učenci — na ulkus veliko vlogo, naj bo le mimogrede omenjeno.

Terapija močne krvavitve iz ulkusa ima za glavno načelo, absolutno mirovanje v motoričnem in sekretornem smislu. Torej: lega na hrbtu, po možnosti ledeni obkladki na trebuh, absolutna karencja za uživanje per os, hemostiptika in prehranitev per rectum. Pri zelo izkrvavljenih bolnikih je potrebna krvna transfuzija, po možnosti pa se naj bolnik ne prevaža iz kraja v kraj. Absolutna kontraindikacija velja v tem štadiju čirne bolezni za operativni poseg.

Pri tem se nam vsiljuje nehote vprašanje: kako dolgo naj preprečujemo s terapijo vsako delovanje želodca, da ne bi izzvali s prezgodnjim uživanjem hrane ponovne krvavitve. Odgovor na to je lahak. Bolnik lahko zopet uživa per os v tem hipu, ko prestane krvavitve. Temu odgovoru pa sledi nujno ponovno vprašanje: ali imamo do sedaj znake, ki nas lahko opozorijo, da je krvavitev ponehala. Pregledal sem vso literaturo, ki mi je na razpolago, toda moram na zgornje vprašanje reči, da o takih znakih literatura ne govori. Simptomi, ki jih danes uporabljajo v praksi, niso direktni, ampak iz njih moremo le indirektno sklepati, da je krvavitev pnehala. Direktnega znaka za prenehanje krvavitve še do danes nimamo. Ako preneha bruhanje krvi, s tem še dolgo ni rečeno, da je krvavitev pnehala, temveč le, da ni več tako profuzna. Prenehanje črnega blata, oz. dokaz okultnih krvavitev v stolici, ki ga nekateri avtorji zahtevajo, nastopa tako pozno, da je nemogoč, držati bolnika toliko časa brez hrane. Večkrat je tudi prenehanje krvavega blata le začasno ter se zopet prikaže takrat, ko je pričela v želodcu ponovna krvavitve. Ker bolnik leži in vsled njegove inancije je naravno, da se pridruži ponavadi kot komplikacija še močnejša obstipacija, ki je že itak karakterističen simptom za ulkus. Čistilni klistiri radi nevarnosti ponovne krvavitve niso priporočljivi. Radi tega je v teh slučajih tudi preiskava blata iluzorna, ker ga pač ni. Blato zaostaja v črevesju v takih primerih včasih po 24—36 ur, zato bi mogli samo po blatu zaznati le zelo pozno, da je pnehala krvavitve. Druga še manj zanesljiva pot je določitev krvnega hemoglobina. Padeč hemoglobina in njega ponovna porast zaostajata za resničnimi dogodki, ki se porajajo ob krvavitvi.

Ker torej v literaturi na moja gornja vprašanja nisem našel odgovora, je naravno, da sem si nadel nalogo, posvečati največjo pažnjo znakom, ki jih pokazuje bolnik pri veliki krvavitvi. Na internem oddelku splošne bolnice v Ljubljani, kamor prihaja precej bolnikov s krvavitvijo želodca oz. duodena po čiru, sem imel lepo priliko za tako opazovanje. In res sem mogel po dolgotrajnem opazovanju priti do zanimive ugotovitve. Kakor omenjeno, velja za pravilo, da pri

vsaki večji krvavitvi prenehajo bolečine, zato sem pričakoval, da se morajo javiti bolečine ponovno takrat, kakor hitro preneha krvavitvev. In glej! Kakor je v vsej simptomalogiji čirna bolečina važen dijagnostičen, včasih celo diferencialno-dijagnostičen simptom, tako me tudi v tem slučaju ni pustila na cedilu. Pri vseh krvavitvah po ulkusu se je redno pojavljala bolečina takrat, ko je prenehala krvavitvev. Zakonitost, ki sem jo opazoval, rekel bi skoro pri vseh teh bolnikih, me je po 5 letih opazovanja privedla do tega, da objavim ta še do danes, (vsaj kolikor je meni znano) nepubliciran znak prenehanja krvavitve v želodcu oz. duodenu.

Pri vseh krvavitvah, ki imajo svoj izvor iz krvavečega ulkusa, bodisi ventriculi bodisi duodeni, se redno pojavlja ponovna tipična ulkusbolečina v tem hipu, ko preneha krvavitvev. Bolečine ne dosegaajo pri tem nikdar prejšnje intenzitete, vendar so še tako močne, da jih bolnik sam nevprašān zaznava. Redno toži bolnik o njih, ker mu kvarijo prejšnje brezbolestno stanje v času krvavitve.

Gornji znak si lahko razlagamo na ta naēin, da želodēni sok draži, kakor hitro preneha krvavitvev, prej s koaguli pokrito površino ulkusa. Da ne nastopa bolečina v isti intenziteti kot preje, je razumljivo, saj je radi karence, nevtralizacije želodēne kisline s krvjo, absolutnega motoričnega in sekretornega mirovanja, spremenjene sekrecije in aciditete na podlagi spremembe pH. v celoti, aciditeta in sekrecija manjša kot preje. Ako hoēemo priznati naravnim dogodkom neko smotrenost, potem take krvavitve ne moremo smatrati za komplikacijo, temveē za poizkus naravne samoobrambe.

Upam, da bo ta prinos k simptomatologiji krvavečega ulkusa dobrodošel praktiku, ki bo na ta naēin mogel odloēati o nadaljnji terapiji bolnika že veliko prej ko doslej, ker bo, kakor jaz, pozdravljaj ponovno boleēino po krvavitvi kot izraz, da se je krvavitvev ustavila.

Zaključek :

Prvi znak za prenehanje krvavitve ulkusa je tipična čirna bol. Ta se javlja sicer z zmanjšano jakostjo kot pred krvavitvijo, vendar ravno tako redno kot je prenehala ob krvavitvi.

Literatura:

Priv. doc. dr. Heinz Kalk, Berlin. Neue deutsche Klinik: Magen- u. Duodenalgeschwür.

Gustav v. Bergmann, Berlin: Ulcus pepticum. Handbuch d. inneren Mediz. Mohr-Stächelín.

Dr. Heinz Berg. Röntgenuntersuchung am Innen-relief.

Prof. N. Ortner. Krankheitssymptome. II. Band.

Matthes. Differentialdiagnose innerer Krankheiten.

Resume:

Der Verfasser führt ein neues, regelmässiges, bis jetzt noch unveröffentliches Symptom an, das den Abschluß der großen Ulcusblutung anzeigt: mit Abschluß der Blutung stillt sich wieder regelmässig, jedoch mit geringerer Intensität der typische Ulcusschmerz ein.

Ortopedsko zdravljenje poliomieličnih paraliz v dravski banovini od leta 1927. do leta 1932.

Primarij Dr. Minař Fran, řef ortopedskega oddelka obće bolnice v Ljubljani.

Poleg preventivne medicine ima ortopedija pri poliomielitidi najvećjo nalogo, ker se mora udejevstvovati pri zdravljenju, in to v dveh smereh. — Prva naloga ortopedije je, da se bori v periodi poprave ali v regresivnem stadiju zoper preteće deformacije v obsegu gibalnih organov in da prepreći kontrakture vsled patoloških sprememb miřic. — Druga njena naloga je, da zboljša poliomielićarjevo stanje s tem, da nadomesti z raznimi operativnimi metodami izkvarjeno funkcijo paralizirane miřice, odnosno da vsaj ublaži z ortopedskimi aparati trajne posledice, ki se niso navzlic 1½—2letnemu prizadevanju fizioterapije ozdravile.

Kakor vidimo, je naloga ortopedije jako velika in v socialno-humanitarnem oziru neprecenljiva. — Resnico je napisal svojećasno profesor Lange, ki je konstatiral, da je sicer prekosilo řtevilo umrlih od velikih epidemij kolere in kuge v prejšnjem stoletju řtevilo ųrtcev umrlih od poliomielitide, navzlic temu pa vse te izgube niso za družine tako ųalostne in nepozabne kot pohabljene ųrtve poliomielitide. — Ko so ųe vsi umrli pozabljeni, je teųko spraviti mater poliomielićarja z usodo njenega pohabljenca, ki ga ima vse ųivljenje pred oćmi in s katerim mora psihićno deliti muke njegove trajne pohabljenosti.

Da predoćimo katastrofalne posledice epidemij poliomielitide in pokaųemo veliko řtevilo poliomielićnih ųrtcev, navajamo poroćila James Collier-ja, da je zapustila samo ena epidemija poliomielitide v letu 1916. v drųavi N. York v Ameriki 13.222 paraliziranih oseb in da je nařtel Biesalsky v letu 1925.—1926. v Nemćiji 28.615 oseb, bolehaćoćih na posledicah poliomielitide.

Iz poslednjih let je treba nařteti epidemije manjšega obsega v Belgiji in na Holandskem (1929), v Alzaciji (1930) in v nařih sosednih drųavah (Avstrija, Madųarska, Rumunija). Pri nas se je do sedaj govorilo jako malo o tej bolezni. — ųahvaliti se moramo nakljućju, da se je ravno letos vrřil v naři drųavi ortopedski kongres z glavno temo poliomielitide. Slućajno pa je ravno letos tudi nastopila endemija poliomielitide v Beogradu, Zagrebu in tudi v dravski banovini. To je spravilo vprařanje v javnost in pospeřilo intenzivneje zanimanje zdravnikov in tudi lajikov za to obolenje.

Na podlagi řtevilnih opazovanj bolnikov s poliomielićnimi paralizami, ki prihajajo v svrhu zdravljenja na ortopedski oddelok, moramo z zaćudenjem ugotoviti, da ta bolezen pri nas ni neznana, temveć se pojavlja redno vsako leto sporadićno v raznih krajih naře banovine. Radi tega je dr. Perřić na nařo ųeljo napravil statistiko posledic poliomielitide pri bolnikih, ki so se zdravili v poslednjih šestih letih (od 1927—1932) na ortopedskem oddelku.* Ta statistika je

* Sledi v eni prihodnjih řtevil.

zelo informativna in obenem v mnogem oziru tudi znanstveno poučna.

Iz statistike posnemamo, da je bilo od leta 1927.—1952. sprejetih 114 pohabljenecv vsled poliomielitide iz raznih krajev dravske banovine, posebno iz ljubljanske okolice in Gorenjske. — Nekateri slučaji so bili zelo težki. — Na obeh okončinah je bilo ohromelih 14 pacientov (12%), na eni okončini 19 pacientov (18%). S paralizami poedinih mišic oziroma skupin v obsegu spodnje okončine smo jih našeli 69 (60%). Izoliranih ohromelosti kvadricepsa je bilo 7 (6%). Ohromelosti na zgornjih okončinah so bile jako redke, ker smo zdravili samo 5 slučajeve s paralizo deltoida in bicepsa (4%). Pohabljenecv moškega spola je bilo 72 (65%), ženskega pa 42 (57%).

Po teh pičlih podatkih statističnega značaja prehajamo na predmet, določen v naslovu.

V začetku naše teze smo omenili, da je prva naloga ortopedije preprečiti deformacije v regresivnem stadiju. — Na podlagi kliničnih opazovanj se je dognalo, da so prizadeti običajno tibialis anterior, peronealna skupina, kvadriceps, glutealis, psoas na spodnji okončini in deltoid, biceps ter triceps na zgornji okončini. — Z ozirom na fiziološki zakon o antagonizmu mišic mora priti do motnje ravnotežja, kar povzroča kontrakture mišic. — Delpech je konstatiral tudi motnje skeleta pri patoloških deformacijah sklepov. — Vsled patološko postavljenih sličnih sklepnih površin poedinih sklepov prihaja do anomalije rasti posebno v epifizarnih črtah. — Opazilo se je namreč, da izkazuje hrustanec na mestu, kjer ni eksponiran normalnemu statičnemu pritisku, večjo aktiviteto rasti. — Posledice tega so seveda poleg resnih trofičnih motenj skeleta, v kosteh stopala, nepravilnosti v obliki klinično znanih deformacij „pes equinovarus, pes equinus paralyticus, pes valgus, pes varus, pes cavus, pes calcaneus“, v kolenu in kolku pa v obliki patoloških luksacij in sublüksacij.

To važno dejstvo govori za to, da bi morali zdravniki poslati vsakega poliomielitičarja čim preje k ortopedu, in sicer že v regresivnem štadiju in ne — kakor menita Nobecourt in Huhem — šele v štadiju definitivne paralize. — Enako stališče zastopajo tudi vsi odličnejši ortopedi (Lange, Biesalsky, Putti, Chlumsky). Glavna terapeutična naloga v tem štadiju je, da opremimo paraličen ud s primernim aparatom v obliki fiksne mavčeve obveze, opornega žleba iz mavca ali celuloida, da poskušamo ohraniti zdravo mišičje v dobrem tonusu in obenem da stremimo za tem, da se degenerirane skupine mišic mehanično in fizikalno stalno vežbajo. — Opisani način vežbe posebno za bolnike, ki so zapustili bolnico ter odšli v domačo nego in nimajo prilike nadaljevati fizikalno zdravljenje v Zanderjevi dvorani. To zdravljenje se da deloma nadomestiti na ta način, da naročimo staršem poleg kopeli in zgoraj naštetih začasnih pripomočkov še redne masaže.

Masažo je treba seveda izvajati točno po fizioloških načelih in sistematično vsak dan tako, da traja ena seja vsaj 15 minut. — Masaža sledi v sledečem sporedu: Najprej se vrši efleraža (glajenje) bolnega uda, ki traja 5 minut, temu sledi petrisaža (gnetenje), tudi 5 minut. — Seja se zaključi s tapotenažo (stepanje). — Zadnja dva omenjena načina masaže ojačujeta tonus mišic in dražita posamezne

fibrile k kontrakcijam. — S pomočjo efleraže se privaja mišicam več krvi in s tem se pripomore, da mišice dosežejo polagoma svojo prejšnjo elastičnost.

V času ko zapusti pacient posteljo, večina ortopedov (Lange, Spitzky, Brisard, Chlumsky) opremlja paraličen ud z definitivnim ortopedskim aparatom za hojo. — Od več strani se je izrazil pomislek zoper nošnje aparatov, ker baje povzročajo atrofijo mišic. — Ta pomislek je pa neupravičen. — Nasprotno, nošnja aparata in s tem omogočena lokomocija prispeva k ojačenju in okrepcanju mišic. — Aparati morajo seveda biti lahki, nekomplcirani in tehnično brezhibno konstruirani. — Temu namenu služi za stopalo in spodnji ud dorzalna šina, aparat iz celuloida s pravilnimi tečaji, Hessing-ov dvostročni aparat s pregibom in zaporami in slične naprave. — Pri paraliziranih hrbteničnih mišic se rabijo stezniki, da se prepreči skolioza. — Za zgornji ud aparati ne pridejo v poštev.

Druga naloga ortopedije je zdravljenje poliomieličarjev s trajnimi paralizami. — Zdravniška pomoč je dvojna, namreč s tem, da opremimo paraličen ud z definitivno ortopedsko aparaturo, ali da nudimo pomoč operativnim potom. — Oprema z aparaturo spada v ortopedsko tehnično stroko, vsled česar je nočemo obravnavati v današnji temi. — Več bodo praktičnega zdravnika zanimali načini, odnosno operativni posegi, ki so indicirani v posameznih skupinah. Vsak tak pohabljenec predstavlja težak problem zase, ki ga je treba popolnoma individualno in po socialnih prilikah reševati. — Socialni položaj poliomieličarja sam stavi zahtevo na ortopeda, da ga postavi na noge in asimilira z njegovimi hibami za bodoči praktični poklic. — V glavnem velja smernica, da se popravi operativno, kar je mogoče in da se rezervira za aparaturo samo tisto, kar je neobhodno potrebno in indicirano. — V ta namen so nam na izbero tenoplastike, tenodeze, artrodeze, transplantacije kit, oziroma razne kolektivne operacije. — Implantacija živcev ali neurtizacija (Spitzky) ima bolj praktično eksperimentalni pomen tako, da je ne moremo rabiti. — Kateri način zdravljenja je pri posameznih primerih najbolj indiciran in priporočljiv, to nam kaže točna preiskava fiziološke kapacitete gibalnih sestavin izvestnega uda.

Pri naših bolnikih s trajno poliomielično paralizirano smo uporabili, kakor ugotavljamo iz operacijskih protokolov od leta 1927.—1932. sledeče operativne metode:

Transplantatio tendinis pri deformacijah: (pes cavus, valgus, varus excavatus)	15
Tenoplastica (sec. Codivilla, Vulpius, Lange, Calot)	27
Plastica quadricipitis	3
Tenodesis (sec. Putti)	7
Tenodesis (sec. Chlumsky)	4
Arthrodesis (sec. Putti)	2
Arthrodesis hum. scapularis	2
Arthrodesis genus intra-articularis (Albée)	10
Arthrodesis genus para-articularis	1
Arthrodesis artic. talo cruralis	1

Iz naštetih metod je razvidno, da zdravljenje poliomieličnih paraliz ni enotno in kakor lahko sklepamo iz referatov ter statistik raz-

nih klinik, odnosno držav, tudi glede uspehov zelo različno, po nekaterih izvrstno, po mnenju drugih pa nezadovoljivo ter problematično. — V svrhu razumevanja smatram, da bo koristno pogovoriti se na kratko o tehniki teh posegov.

T r a n s p l a n t a c i j o v obliki presajenja ali zamenjave kit so vršili prvi Tilleaux 1869, in Nicoladoni 1881. — Ta metoda je bila največ rabljena posebno pri Nemcih in Italijanih. — Codivilla, Vulpius, Hoffa, Lange, Biesalsky, Spitzzy, Chlumsky in drugi so to metodo temeljito teoretično, eksperimentalno in praktično proučili. — Francoska kakor tudi ameriška šola ne kažeta simpatij in zaupanja do trasplantacije. — Uspešno zamenjamo na primer paraličen tibialis z ekstenzorjem palca, paraličen gastroknemius s presajanjem fleksorjev na ahilovo kito. — *Pes planus paralyticus* se zdravi s presajanjem peronealne mišice na periost navikularne koščice, pri pes valgus paralyticus pride v poštev transplantacija aktivne antagonistične mišice. — Paraličen kvadriceps nadomeščamo z *musc. sartorius*, odnosno s *semimembranosus*, *semitendinosus* ali *biceps*. — Izmed redkih plastik radi popolnoma paraliziranih mišic navajamo še nadomestitev glutealnih ter pritezalnih mišic na spodnjih okončinah, ter *deltoideus-a* na zgornjih. — Glutealna plastika se vrši s transplantacijo „*fasciae latae*“ (Dickson, Leg, Spitzzy) na veliki trohanter, oziroma s transplantacijo sakrospinalnih mišic s svilenim podaljškom na mali trohanter (Lange). — Paralizirani adduktorji se nadomeščajo z „*rectus abdominis*“ (Chlumsky, Frejka). Paralizirani *deltoideus* se nadomešča s *pektoralis-om* (Winiwerter, Hildebrandt), ali z trapezoidom (Hoffa). Spitzzy uporablja *trapezius* in *pektoralis* skupaj. — Lange se rad poslužuje umetnih svilenih kit. — Vzrok različnih mnenj o vrednosti tenoplastik tiči v razni tehniki in načinu transplantacije. — Uspeh je pričakovati samo takrat, če postopamo po načelih in navodilih, ki sledijo:

1. transplantirati sinergične in ne antagonistične mišice;
2. korigirati deformacije pred posegom;
3. izbrati kratko progo kakor mogoče;
4. kita mora potekati v tendinoznem kanalu paralične kite (Biesalsky), če pa to tehnično ni mogoče, v podkožnem tkivu (Lange);
5. fiksacija kite se vrši ali na periost s svilenim šivom (Biesalsky, Lange, Spitzzy) ali na kost z vijakom (Codivilla, Putti);
6. do 5. leta starosti kite niso za transplantacijo primerne;
7. fiksacija v mavčevi obvezi traja 4 tedne;
8. nošnja opornega aparata po operaciji ter naknadna fizikalna terapija naj trajata 6—12 mesecev.

T e n o d e z a pomeni stabilizacijsko operacijo patološkega sklepa s pomočjo kit. — Ta operacija je italijanskega izvora, prvi jo je izvršil Codivilla v Bologni (1902). — Metoda je tehnično dovršil njegov učencec Putti (1912), ki jo vrši na ta način, da prevrta tibijo in skozi koščeni kanal potegne kite *tibialis ant.* in *peroneus*. — Kite fiksira v obliki zanke tako, da visi v pravokotni legi (*suspensio*). — Chlumsky je iznašel drugo metodo, ki obstoji v tem, da izseka v spodnji tretjini tibije jarek, v katerem fiksira vse kite, ki dvigajo stopalo. — Posebnost metode je ta, da se posamezne kite po znanem Lange-ovem načinu skrajšajo in s tem pridobljene zanke dotičnih kit fiksirajo v izsekanem kanalu na kosti. — Tenodeza je priporočljiva samo za

nožni sklep, medtem ko se pri drugih sklepih, n. pr. kolenu ni obnesla.

Arthrodeza pomeni umetno ankilozo labilnega sklepa, ki se doseže z odstranitvijo sklepne hrustanca. — Zgodovinsko bo zanimivo omeniti, da je napravil prvo arthrodezo Albert (1878), in to v kolenu. — Arthrodeza je priljubljen operacijski poseg francoske, angleške in ameriške šole. — (Ducroquet, Launay, Cambell, Hocke). Je cela vrsta arthrodez in njene modifikacije so opisane v raznih revijah pod „Double arthrodèse“, „triple arthrodèse“, „twojoint arthrodesis“, „arthrodezi biarticulare“, „arthrodezi triarticulare“. Načelo vseh teh metod je isto in je odvisno od raznih variant ankiloze med talusom, calcaneusom in gleženjskim sklepom. — Ta šola smatra arthrodezo kot najboljšo metodo za zdravljenje poliomieličnih paraliz. — Glede termina so mnenja različna. — Robert Jones n. pr. priporoča kot spodnjo mejo za arthrodezo 6. leto, ker pred tem terminom je solidna ankilozna fiziološko nemogoča. — Ombrédanne in Vulpus priporočata, da se čaka do 8. leta, medtem ko Ducroquet, Joung, Roger čakajo do 12. leta, Lorenz in Lange pa celo do 14. leta. — Poleg intraartikularne arthrodeze se vrši takozvana paraartikularna arthrodeza (Toupet, Ombrédanne, Lexer, Mathieu). Kot implantati rabijo heterogene, oziroma homogene protiče (slonovina, tibialne protiče, rebra).

Arthrorisis je operacija, s katero se doseže nekake vrste blokaža patološkega sklepa v zaželenem položaju. — Toupet 1919 je izvršil tako blokažo z homogenim implantatom skozi calcaneus in talus in je dosegel na ta način blokažo paralitičnega stopala v pravem kotu. — Pravi zagovornik in mojster arthrorize je Putti in njegova šola. — Tipična Putti-jeva arthroriza se vrši na ta način, da se talus frontalno preseka in v tako ustvarjen jarek vcepi štirioglasta klinasta ploščica iz tibije. — Na ta način se ustvari na talusu nekaka zagozda, ki zabranjuje dorsalno fleksijo pri paralitičnem „pes calcaneus“. — Amerikanci imenujejo to „bone-block“ ali „bone-ledge“. — V zadnjem času so iznašli več modifikacij na sličnem principu, ampak z raznim namenom (arthrorisis anterior, arthrorisis posterior, arthrorisis lateralis).

Ta shematičen pregled raznih metod nima drugega namena, kot da pokaže, kakšni posegi pridejo pri zdravljenju posledic poliomielitide v poštev. — Osebnostno se ne smatramo za poklicane, oceniti praktično in znanstveno vrednost posameznih operativnih metod, ki smo jih opisali in tudi praktično uporabili pri naših pohabljenih. — Izjaviti moramo, da nismo zvesti pristaši niti ene niti druge štruje, ampak smo eklektiki. — Izbiramo metodo za vsak posamezen slučaj po individualnem predznanju in socialni potrebi posameznega pacienta. — Tenoplastiko rabimo pri paralizah peronealne skupine, nadomeščujoč ohromele mišice z aktivnim tibialis anterior. — Za nadomestilo paralitičnega gastrocnemiusa nam služijo aktivni fleksorji, katere transplantiramo na ahilovo kito. — Pri kompletne paraliz stopala „pied ballant“ rabimo tenodezo naših učiteljev Putti-ja in Chlumske-ga, ki dajejo zelo dobre praktične in statične rezultate. — Za arthrorizo v splošnem nismo. — Pri izoliranih paralizah kvadricepsa izvršujemo transplantacijo mišic, in če dotična ne uspe, napravimo v drugi seji arthrodezo. — V plastikah paralitičnega kolka

nimamo lastnih izkustev, vendar pa smo v vsakem oziru zoper anki-
loziranje kolka, ki se v splošnem jako pogostoma prakticira v Ame-
riki. — Pri paralizah deltoideusa nam je najbolj simpatična arthro-
deza, ker je vsekakor od te operacije praktično več pričakovati, kot
od raznih mišičnih transplantacij.

Če pregledamo statistiko in delovanje ortopedskega oddelka, mo-
ramo z začudenjem konstatirati, da je poliomielitida tudi v dravski ba-
novini domača. — V 6 letih se je naštelo 114 pohabljenecv vsled te
bolezni. — Drugod jih tudi ni dosti več, ker je imel na pr. Delitala
v 10 letih 216 primerov, Camera pa v istem času 208. — Pri nas v
Jugoslaviji je publiciral Jovčič statistiko približno 250 poliomielitid
v zadnjih 10 letih. — Število pohabljenecv vsled poliomielitide v
banovinski bolnici v Ljubljani je relativno procentualno visoko, ker
ima naša banovina približno samo en milijon prebivalcev.

Operirali smo v 73 slučajih (t. j. 70%); z ortopedsko aparaturo
smo priskočili na pomoč 41 pohabljenecm (t. j. 50%). Četudi nismo
vedno dosegli anatomske in fiziološke „*restitutio ad integrum*“, si
upamo trditi, da smo z malo izjemo z našimi posegi izvršili važno
socijalno delo, ker smo takorekoč „postavili poliomielitika na lastne
noge.“ Arthrodeze in tenodeze so uspele pri vseh operiranih tako,
da je lokomocija brez aparata in palice mogoča. — Pri tenoplastiki
beležimo popolen uspeh pri več kot polovici operiranih, to je nad
50%. — Z ozirom na tehnične nepravilike, odnosno vsled insuficijence
transplantirane mišice je bil rezultat približno pri 15% negativen. —
V ostalih slučajih operativnih posegov na kitah moramo označiti
uspeh kot praktično zadovoljiv.

Iz zavoda za splošno eksperimentalno patologijo in farmakologijo univerze v
Zagrebu. — Predstojnik: univ. prof. dr. phil. et med. M. Miculičić.

K problemu raka in dednosti.

Prim. dr. med. Cholewa, Brežice, sotrudnik zavoda.

Le cancer est une tumeur,

le cancer est une maladie.

P. Breca 1858.

Na raku obolijo vsa plemena, vse vrste vretenčarjev, tako divje
kot udomačene, izgleda, da zadnji v večji meri. Znani kirurg Lovrenc
Heister je pisal v l. 1747. v svoji učni knjigi sledeče: „Rak v sploš-
nem ni nalezljiva bolezen, ampak na njem obolijo le oni, ki imajo
zato posebno dispozicijo.“ Veliki poznavalec literature o raku J. Wolff
(Berlin) piše sedaj skoroda z istimi besedami: „Obolenje na raku,
naj si bo njegov vzrok že katerikoli, se ne da razlagati brez dispo-
zicije.“ Tudi kliniki kot Billroth, ki je bil pristaš celularne pato-
logije, se ni mogel oprostiti vtisa, da genezi raka tvori podlago
nekaka splošna ali posebna diateza. On jo je imenoval na kratko
„patološko pleme“ (*pathologische Rasse*), seveda ne v smislu antro-
pologov. Znano je, da je P. Rokitansky, dunajski patološki anatom,
imenoval to stanje „rakasto krazo“ (*Krebskrase*, *Handbuch d. pathol.*
Anatomie 2, 1844). Junija 1930 je nemški centralni komite za raziska-

vanje raka na svoji konferenci v Draždanih razpravljaj o problemu dedne dispozicije raka (v. Meyenburg i. d.). Zelo upoštevanja vreden je tudi stavek J. Hochenegga: „Na podlagi svojih izkušenj sem trdnega mnenja, da igra dednost tudi pri raku črevesja veliko vlogo. Ne morem razumeti, kako je mogoče še tajiti prirojeno dispozicijo k raku po poizkusih, ki so bili napravljani na raznih živalskih vrstah“ (Die Krebskrankheit. Österreichische Gesellschaft für Krebsforschung 1925). Isti je l. 1916. (Med. Klin. 18) pisal o problemu, kako se da vplivati na dispozicijo k raku. Opazovanja na spontanih tumorjih živali, posebno pa na raku dojke miši, so nam pri iskanju po vzročnem nastanku, oziroma po njegovih endogenih vzrokih pomagali za velik korak naprej. Isto velja tudi za opazovanje na živalih, mazanih s katranom (Teertier). Ta poizkus po mnenju R. Werneja posebno lahko pojasni ne samo formalno, temveč tudi vzročno genezo rakastih obolenj. O svojih poizkusih, glede ustvarjanja splošne posebne dispozicije za rakasta obolenja sem poročal že v prejšnji številki Zdravniškega vestnika.

Priznane avtoritete na tem polju so opetovano poročali o patološkem presnavljanju pri raku, ki ga smatrajo kot endogeni faktor pri nastanku te bolezni. Literatura o tem tako važnem kot zanimivem problemu je ogromna. Zelo rad bom dal kolegom, ki se za to vprašanje zanimajo, vse potrebne podatke.

Zanimiva je gotovo časovna zveza, kakor tudi medsebojni vpliv sladkorne bolezni in raka, kar so že opazili J. Boas in drugi. Splošno priznan je vpliv hereditarnih komponent na boleznih presnavljanja. V zadnjih letih so se raziskovalci pri študiju nastanka raka in njegava rasti — problema, ki se morata vsak posebej proučevati — začeli obračati k endokrinologiji, ali bolje rečeno k pomenu disfunkcije endokrinega aparata (G. Joanović 1916, D. Engel, H. Elsner, G. Fichera, A. Fränkel, G. Scherber, A. Theilhaber).

R. Reading in A. Slosse (Z. Krebsforsch. 27, 4 in 52, 5) sta našla zelo važno činjenico, ki je vredna nadaljnjega proučevanja. Našla sta namreč pri na raku bolnih ljudeh in v precejšnjem številu pri njih prednikih, kakor tudi pri poizkusnih živalih, že v prekanceroznem štadiju povečano alkalozo krvi — ravno nasprotno kot pri sladkorni bolezni. — Te izsledke in one G. Freunda in G. Kaminerja (obrambna snov za celice raka proti citolizi v serumu in črevesnem soku na raku bolnih) mora biološko kemična preiskava in klinična serologija še nadalje preiskavati. Po zaslugi gori navedenih del, posebno po zaslugi del O. Warburga, vemo o presnavljanju rakastih celic več kot o onem drugih celic. Žal vemo zelo malo o rasti in o dražljajih, ki povzročajo rast pri normalnih in patoloških stanicah. Opozarjam tukaj na G. Scherberja (Beitr. zur Lösung des Krebsproblems, Wien 1950), ki pravi: „Za spoznanje pravega jedra nastanka tumorjev je po mojem mnenju nujno, da se najprej spozna in določi „struktura rastnih snovi“ (Wuchsstoffe) normalnega in rakastega tkiva. Biologi in eksperimentalni patologi, kot so Haberlandt, W. Caspari, W. Gaza in Weber, so tudi v tem pogledu s svojimi deli utrla nova pota. Zelo verjetna je domneva, da delujejo kot dražljaji za rast, kot nekaki hormoni (mikrohormoni) na okoli stoječe tkivo in na celice iste vrste, gotovi produkti starajočih se, razpadajočih celic. Murphy, E. Fränkel in E. Freund predpostavljajo, da je tak agens

pri tumorjih nekak nukleoproteid. G. Scherber se vprašuje, ali ne gre pri agensu tumorjev za neke vrste nukleoproteidov, ki se razvijajo pod vplivom gotovih snovi pri gotovem splošnem stanju organizma (Alkalosis), kateri tvorijo bistvo rakastega tumorja. (G. Scherber, S. 98).

Od F. W. Benekeja do J. Bauerja so posvetili vsi raziskovalci posebno pozornost konstitucionelnemu tipu in so našli, da prevladuje pri obolenjih za rakom muskolo-digestivni ali muskulorespiratorni (artritičen tip), (J. Bauer, S. Bondi trdi isto tudi za sladkorno bolezen). Francoski raziskovalci smatrajo, da se mora pripravljeno za rakasta obolenja pripisati artritičnemu ali muskulorespiratorno-digestivnemu tipu. Že F. W. Beneke je smatral kot posebno ugodna tla za razvoj raka gotovo prenasičenje z nakopičenjem mielina in holesterina v krvi. Dunajski raziskovalec konstitucije, J. Bauer je posvetil v svoji knjigi „Konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten“ (Wien-Berlin: Jul. Springer 1920) novotvorbam zelo čitanja vredno poglavje, v katerem obdelava tudi eksperimentalna izkustva na živalih (poglavju je dodal izčrpen seznam literature). Zelo imponirajo opazovanja Maud Slye (Chicago) na približno 75.000 belih miši s spontanimi tumorji in njih metastazami. Že Leo Loeb in Miss Lathrop sta opisala v letih 1907.—1918. način podedovanja spontanega raka dojke pri generaciji belih miši na nekako 3.500 miši. Matematik iz Göttinga F. Bernstein je v l. 1930. (Med. Klin. 43, 44 1930) analiziral te slučaje, kakor tudi one Maud Slye in je postavil kot danes že zelo verjetno hipotezo, da je rak pri vseh vrstah in tako tudi pri človeku monohidno povzročen.

N. Dobrovolskaja-Zavadskaja, iz radijskega instituta pariške univerze, poroča v 9. publikacijah svoja opazovanja na raku dojke pri miših in je prišla do zaključka recesivnega načina podedovanja. V nasprotju s tem hočeta dokazati Amerikanca Clara Lynch in C. C. Little dominantno rakastega faktorja pri poskusnih rejah (Zuchteksperiment). Francoski raziskovalec Miche Francis (Bull. Acad. Med. Paris 97, 1927) pripoznava dihibričen tipus tudi za človeški rak. Naša raziskavanja na polju dedne biologije pri človeku potrebujejo, iz zelo umljivih vzrokov, podpore od strani eksperimentov, kajti ne morejo nam potrditi naših poizkusov genetično gotovo raka prosti predniki. Kakšne neizmerne težave so spojene s to točko, nam dokazujejo zanimivi izsledki znanega onkologa H. T. Deelman-a (Gröningen). Iz njegovega sestavka vidimo, da je od 250 raka prostih ljudi imelo 22 očete, 19 mater, 30 brate ali sestre bolne na raku. Od 250 za rakom bolnih ljudi je 39 imelo očete, 43 matere in 30 brate ali sestre bolne na raku. (Ann. Surg. 1931. Nr. 95).

J. Bauer je v nekem svojem predavanju l. 1931. na podlagi svojih izkustev prišel do zaključka, da ne obstoja samo nekaka splošna, ampak tudi nekaka konstitucionelna organska dispozicija do raka. Nadalje so nas poučili živalski poizkusi, da obstoja tudi neka vrsta dispozicije. Tako zelo lahko povzročimo katranasti rak pri belih miših in kuncih, medtem ko so podgane in morski prešički skoro popolnoma rezistentni. Isto velja za spontane tumorje pri domačih živalih, kjer vidimo, da obolijo najpogosteje psi, najmanje koze, nekako v sredini med obema je konj. Poleg tega obstojajo, kot pri človeku, še razlike v plemenih.

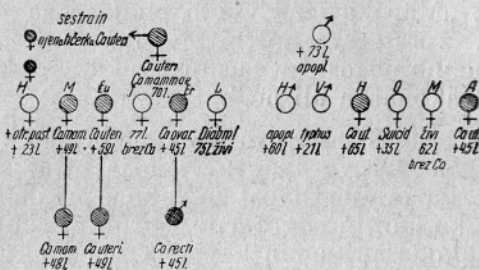
Vidimo torej, da je to vprašanje že od nekdaj zanimalo učenjake. Tudi današnja eksperimentalna raziskavanja prihajajo do zaključka, da obstoja neka podedovana ali pridobljena dispozicija. Žal pa najdemo v klasičnih publikacijah tako redko podatke o dedni obremenitvi v anamnezah, da piše dunajski kirurg Moskowicz z vso pravico: „Če hočemo priti do jasnosti glede teh zvez, bi morali naše bolnike izpraševati za anamnezo čisto drugače kot dosedaj.“ (Ref. Wien. klin. Wschr. 1930, 1).

S. Peller, ki je na pobudo avstrijskega društva za raziskavanje raka v letu 1922 analiziral predloženo skupno statistiko pravi, da ta statistika brezdvomno potrjuje, da rak nastopa familjarno, pri bratih in sestrah kakor tudi pri nasledstvu (Wien. klin. Wschr. 6, 7, 8, 1922), vendar niso še dovoljeni kakršnisibodi teoretični zaključki. Nekaj vrstic dalje piše: „Manjka nam vsaka podlaga za postavitev verjetnostnega računa, iz katerega naj bi bilo razvidno, če opazovano število slučajev posebno pogostega nastopa raka med krvnimi sorodniki prekaša naša pričakovanja ali ne.“

Že ustanovitelj nemške zavarovalne medicine G. Florschütz je na podlagi analize 85.000 zavarovancev skozi 50 let z 22.000 smrtnimi slučajmi izračunal, da je umrljivost za rakom pri dedno obremenjenih dvakrat tako velika, kot bi povprečno morali pričakovati. (Allg. Vers. Med. 1914). E. Jahoda pripominja v nekem članku o zavarovalnem zdravstvu (Wien. klin. Wschr. 49, 1931): „Umrlijivost za rakom je pri dedno obremenjenih veliko večja kot sicer povprečno, tudi je pomišljanja vredno dejstvo, da lues v anamnezi povečava umrljivost za rakom.“ Amerikanec Little je l. 1925, na podlagi velikega statističnega materijala dokazal, da je umrljivost za rakom pri potomcih za rakom umrlih mater oziroma očetov (diskordanten zakon) veliko večja, kot bi morali pričakovati pri povprečnem prebivalstvu. Ta pogostejši nastanek raka so opazili tudi starejši kliniki. Tako sta P. Broca in njegov tast Lugol objavila rodovnik družine nekega zdravnika, ki sta ga natančno opazovala. V času od leta 1788.—1856. je umrlo nič manj kot 16 članov te družine za rakom (J. Wolff. Lehre von dem Krebskrankheiten I. 362). Iz zelo vestno sestavljenega dela Butlina (Brit. Med. J. 26, 2, 1887) izhaja, da je bilo herediterno razmerje 1:3. Do istega rezultata je prišel tudi J. Paget v l. 1845. L. 1925. je opisal v Zeitschrift für Krebsforschung 21, 2, J. Paulsen v nekem članku o konstituciji in raku 6 zelo interesantnih rodovnikov. Posebno v prvem rodovniku so umrli vsi za enim in istim organskim rakom (Carc. ventriculi), tudi v drugem rodovniku je vrsta prekinjena samo enkrat po Carc. hepatis. Svojo, čitanja vredno publikacijo zaključuje z vprašanjem, ali igra pri nastanku raka večjo vlogo ekzogeni ali endogeni faktor, t. j. odpovedanje endokrinega varstva? Na to vprašanje odgovarja sam z besedami: „Vse izrazito familijarne, torej dedne slučaje, smatram povzročene v prvi vrsti po manjvrednosti endokrinih žlez.“

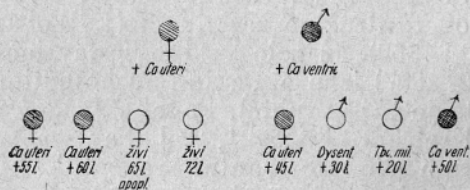
Preje smo že omenili, da najdemo isto misel tako pri raziskovalcih kakor tudi pri kirurjih, kot A. Fränkel, L. Moskowicz i. dr., glede raka dojk. Ravno naši neuspehi pri zdravljenju raka dojk, bodisi kirurškem, bodisi zdravljenju z rentgenom, ki niso po besedah H. Schlofferja „zelo razveseljivi“ ali po onem L. Moskowicza celo „žalostni“,

bi morali obračati našo pozornost temu zunanjemu raku, ki ga zelo lahko diagnosticiramo in ki je vendar organski. Priobčim svoj material, ki naj prispeva k ilustraciji dednostne rakaste konstitucije, in stališče, ki ga zavzema v tem vprašanju Jul. Bauer. V prvem rodovniku je imela mati najpreje raka na maternici v 70. letu, nato v 71. raka dojke, v 72. raka dojke druge strani, za katerim je umrla. Oče je umrl s 73 leti za možgansko kapjo. Od teh staršev sta ostala prosta raka 2 sina. Od 10 hčera jih je 5 podleglo raku, od teh 3 raku maternice oziroma jajčnika, približno vse v starosti 55 let. Dve sta oboleli za rakom dojke, stari približno 45 let. Tako je od 10 hčera umrlo 5 za rakom istih organov kot mati. Od ostalih 5 sester sta umrli 2 pred običajno starostjo, v kateri se navadno pojavlja rak, 3 živijo (so stare 62, 75, 77, 1 ima sladkorno bolezen).



Rodovnik št. 1.

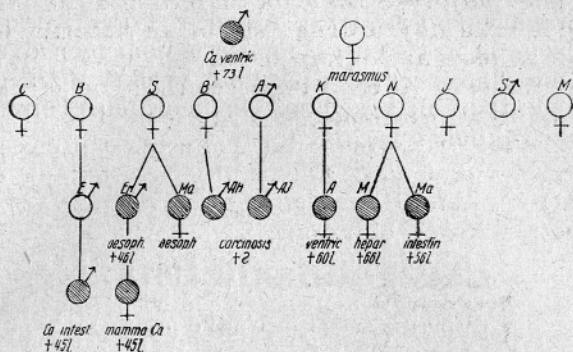
V slučaju M. se je pojavil rak dojke sedaj tudi že v 3. rodu zopet pri eni hčeri in samo eno leto prej. V slučaju Ee.: babica = rak maternice in rak dojk, † v 73. letu; mati = rak maternice, † v 59. letu; hči = rak maternice, † v 48. letu. Samo v 3. rodu v slučaju Er. se je pojavil zelo malignen rak debelega črevesa pri enem moškem članu v starosti 45 let (mati je bila operirana za rakom jajčnika in je umrla za rakom mehurja).



Rodovnik št. 2.

V rodovniku 2. lahko pojasnimo podedovanje isto lokaliziranega raka pri enakem spolu na ta način: oče je umrl za rakom želodca, mati stara 60 let z rakom maternice, 2 sina sta umrla, predno sta dosegla starost, v kateri se pojavlja rak (36 oziroma 20 let stara — dysenteria in Tbc. mill.). Preostali sin je umrl v starosti 56 let za rakom želodca (organsko enak očetu). Od 5 hčera so obolele za rakom maternice 3 (organsko enak materi). Edina hči 60letne je bila l. 1931. drugje operirana, ko je bila stara 38 let zaradi nekega tumorja na maternici. Izgleda skoro nekako spolno in organsko vezana dednostna dispozicija. Rodovnik 3 nam kaže skoraj recisiven tip splošne dispozicije.

F¹ z 10 člani ni obolel za rakom. F² kaže 7 obolenj in F³ do sedaj 2 slučaja tudi od enega slučaja neobolelega v F 2. Omembe vredne so po mojem naziranju še po 2 polsestri (po materi). Mati



Rodovnik št. 5.

je umrla v 55. letu na neki pljučni bolezni. Oba očeta nista imela raka. Ena polsestra je umrla v 62. letu radi raka v želodcu, druga je umrla 8 let po radikalni operaciji raka dojke stara 78 let za možgansko kapjo (obe sta bili artritičnega tipa). Edina hči, obolela za rakom želodca, je umrla za rakom maternice in nožnice. Zopet edina hči na raku dojke bolne matere živi in še ni v oni starosti, v kateri običajno nastopa rak. Omenil bi rad več nepopolnih opazovanj, pri katerih ni možna natančna ugotovitev. Z mojim skromnim raziskavanjem pridobljena opazovanja kažejo neke vrste spolno zvezo do pripravljenosti za rakasta obolenja. Mi vidimo v večini slučajev sledeči spored: stari oče-oče-sin, ali babica-mati-hči. Že Butlin (citiran po J. Wolffu) priznava zvezo s spolom. Nasprotuje temu J. Bauer l. c., S. 105. Izgleda, kot da bi se konstitucionelna dispozicija za novotvorbe pri ljudeh prenašala v prvi vrsti po ženskem spolu (Williams in Peiser).

Rad bi omenil še neko zelo važno, dosedaj še ne priobčeno opazovanje (Prof. M. Mikuličić), ki nas opozarja na familjarne odnose v smislu nekake tkivne dispozicije. Gre za 3 brate in sestre (od 7 iz ene družine, in sicer 5 ženskih in 2 moška). Ena od teh je bila v 49. letu operirana za težko miomatozo maternice; več let preje je imela 2 poroda. Živi v še zelo dobrem telesnem stanju v 70. letu. Druga sestra (neomožena — virgo intacta) je umrla v 65. letu za skoro čisto monocitotno leukemijo, ki je bila diagnosticirana pol leta pred smrtjo. Sekcija in mikroskopična analiza za to važnih organov je popolnoma potrdila kliničen izvid. Tretja (neomožena — virgo intacta) je umrla v 50. letu na zelo malignem že intra vitam et post mortem diagnosticiranem makrofusocelularnem sarkomu, ki je izšel očitno iz periaidventicijelnega tkiva. Ta natančno določena in preiskana opazovanja pridobijo posebno na veljavi radi dejstva, da gre tu za gotovo tkivno sorodne zveze, ki se lahko tolmačijo na podlagi nekake predispozicije, druge disfunkcije ali celo nekake manjvrednosti posameznih sorodnih tkivnih sistemov (iz retikuloendoteljalne zibelke) žal ni bilo mogoče dognati antecedence v sorodstvenem razmerju toliko od strani očetov, kakor tudi mater glede na eventualni

nastanek tumorjev ali drugih obolenj; ostali člani so še sedaj popolnoma zdravi.

Zaključil bi rad še z besedami W. Caspari-a (Probleme der Krebstherapie in Fortschr. der Ther. H. 20—21, 1925): „Pri sklepanju zakonov se polaga važnost na vse mogoče stvari, ki so morda manj važne kot stališče, da naj se ne sklepajo zakoni med dvema osebama, ki imajo med svojimi predniki posebno visoko število slučajev rakastih obolenj; z drugimi besedami: mi moramo preprečiti, da bi se gojile družine z rakom.“*

Nezgodna nefrita.

(Prinos iz sodnozdravniške prakse.)

Dr. Fr. Derganc, šef-primarij kirurškega odd. državne bolnice v p.

Iz razvoja moderne industrije je vzniknila nova zdravstvena stroka, nezgodna medicina, z nalogo, da proučuje: 1. vse tiste vzroke in pogoje, ki vodijo v industrialnem obratu do obolenja ali poškodbe zaposlene osebe proti njeni volji akutno ali kronično, v obliki momentane ali sumativne nezgode; 2. vse začasne (prehodne) ali trajne posledice nezgodnega obolenja ali poškodbe. Socialni pomen nezgod izhaja iz dejstva, da zadevajo iz večine delavce, ki preživljajo z delom svojega zdravega telesa, svojih zdravih rok sebe in svojo družino. Ako obratna nezgoda delavca začasno ali trajno onesposobi za delo ali zmanjša njegovo delazmožnost, takoj nastane vitalno socialno vprašanje, kdo naj skrbi za zdravljenje delavca in preživljanje njegove družine? Kdo naj doplačuje zmanjšano delazmožnost?

V vseh rednih in spornih primerih nezgode gre odločilna beseda nezgodni medicini, ki mora svoje zaključke matematično eksaktno formulirati. Od besede nezgodnega strokovnjaka-zdravnika je odvisna usoda delavca in njegove družine, časi tudi usoda industrijskega podjetja. Zato se vsak pravi zdravnik iz notranjega poklica živo zaveda velike socialne odgovornosti in se neumorno trudi z napredkom svojega znanja in značaja opravičiti in poglobiti javno zaupanje. Vestno zasleduje razvoj medicine, da ostane na znanstveni višini svoje stroke, in s samovzgojo utrjuje svoje stremljenje po resnici! Po sistematični vaji v resnicoljubnosti, po sistematičnem premagovanju egoističnih motivov postane njegovo stremljenje avtomatičen, neodoljiv mehanizem, ki ga vodi v vsem opazovanju in mišljenju.

V naslednjem objavljam zanimiv primer iz nezgodnosodne medicine, poučen zlasti za mladega zdravnika, začetnika v sodni praksi.

Dne 14. maja 1921 je utrpel kurjač V. K. nezgodo, pri kateri se je opekel po nogah, rokah in obrazu.

* Pričujoči članek našega odličnega onkologa prim. dr. Cholewe je bil objavljen v Zeitschrift f. Krebsforschung 37/2. Ker pa pomeni izredno zanimiv in važen prinos k razumevanju problema raka, je uredništvo mislilo ustreči vsem gg. zdravnikom z objavo prevoda, ki ga je oskrbel dr. A. Simonitti.

Prvo pomoč je nudil ponesrečencu dr. X., tamošnji okrožni zdravnik, in ga zdravil do njegove smrti dne 22. marca 1922.

Dne 27. avgusta 1922 je dr. X. oddal zdravniško spričevalo z izjavo, da se je V. K. opekel po vsem telesu in zaradi obširnih opeklin dobil srčno napako, za katero je umrl 22. III. 1922.

Na podlagi tega spričevala je vdova V. M. vložila prošnjo za nezgodno odškodnino, katero pa je SUZOR v Zagrebu z odlokom z dne 12. junija 1923 odklonil, češ, da smrt njenega moža ni v vzročni zvezi z obratno nezgodo. Svoj odlok je oprl SUZOR na mnenje svojega uradnega zdravnika dr. Z., da izjava dr. X. ni verjetna, ker so bile opeklino preslabe in je ponesrečenec v dveh tednih ozdravel.

Zoper ta odlok se je vdova pritožila s posebno vlogo dne 8. junija 1924 na rzsodišče SUZOR-a.

Dne 20. decembra 1929 je bil dr. X. pod prisego zaslišan pri svojem okrajnem sodišču, kjer je podal naslednjo izjavo:

Po vpogledu v svoje zapiske ter iz svojega spomina izpovedujem sledeče:

V. K. je kot kurjač parnega stroja 14. maja 1921 utrpel obširne opeklino po vsem telesu. Kakšne so bile te opeklino in kje so se nahajale, na to se danes po preteku osmih let ne morem več spominjati. Te opeklino so bile po preteku 14 dni ozdravljene. Od tistih dob pa V. K. ni bil več popolnoma zdrav. Vsled takih opeklin se namreč razvija degeneracija parenhimatoznih organov, pred vsem obisti. Tako je pri njem kot posledica obširnih opeklin najprej neopaženo nastalo kronično vnetje ledvic in kot posledica istega hipertrofija ter insuficienca levega srca. Začetkom januarja 1922 je legel in 22. marca 1922 za splošno vodenico umrl.

Bronchitis, ki je nastopila v začetku boleznj januarja meseca, je bila poststranska bolezen. Glavna bolezen, ki je povzročila smrt, je bilo kronično vnetje ledvic ter degeneracija hipertrofičnega srca. Smrtni vzrok v mrtvaškem listu „prehlad“ je zapisal mrliški ogleda-laik.

OUZD je pritožbo vdove V. M. zoper odločbo SUZOR-a predložil dne 16. avgusta 1929 sodišču delavskega zavarovanja v Ljubljani, ki je dalo najprej zaslišati dr. X. in vdovo-pritožnico. Sodišče delavskega zavarovanja v Ljubljani je dne 23. januarja 1931 razpravljalo o njeni pritožbi.

Izvedenec dr. Y je oddal sledeče mnenje:

Opeklino, ki nastanejo na ta način, da momentano bruhne plamen iz poprej zatvorjenega prostora na kožo, ne morejo biti globoke, in se kažejo le v obliki mehurčkov na opečeni koži, ker vročina ni tako visoka, da bi povzročila globokejšje poškodbe in kake posledice za splošno zdravstveno stanje, če niso opeklino zelo razširjene po životu in ne izloči poškodba velik del kože od delovanja. V tem primeru se je poškodba v dveh tednih zacelila, tako da je V. šel zoper na delo.

Če je umrl za „srčno hibo“ kakor izjavlja dr. X, ne more niti ta, niti kaka druga bolezen biti v vzročni zvezi z tako neznatno opeklino površja kože, ki se je zacelila v 14 dneh, in se ne more reči, da je dne 22. III. 1922 nastopivša smrt v kaki vzročni zvezi z nezgodo dne 14. V. 1921.

Sodišče delavskega zavarovanja v Ljubljani je z rzsodbo dne 23. januarja 1931 ugodilo pritožbi vdove in ji priznalo pravico do odškodnine. Med razlogi navaja:

Pri presoji dejstev, kakor jih je pokazala razprava in pojasnilo zaslišanje žene ponesrečenca in pa zdravnika dr. X, je sodišče vendarle prišlo do prepričanja, da je smrt V. K. bila v vzročni zvezi z njegovo nezgodo, kajti dr. X., ki je ponesrečenemu nudil ob nezgodi prvo pomoč ter ga zdravil skozi do smrti, je

20. decembra 1929 pred sodiščem izpovedal, da so bile opekline V. obširne. Dr. X. je oddal svojo izpoved pod prisego in je svoje poročilo podal po vpogledu v svoje zapiske.

Sodišče preko tega pričevanja dr. X., ki je zdravil ponesrečenca od nezgode pa do smrti, ki je tudi uradov zdravnik, kojega izpoved pred sodiščem v l. 1929. se krije v glavnem z njegovim zdravniškim spričevalom od 27. avg. 1922, nikakor ni moglo iti. Vzporedno je bilo vpoštovati tudi izpovedbe ponesrečenčeve žene pred tukajšnjim sodiščem, ki se krijejo s pričevanjem dr. X.

Izjavo sodnega izvedenca, ki jo je podal na podlagi predpostavke, da je ponesrečeni v 14 dneh ozdravel in astopil službo, sodišče ni smatralo kot odločilno. Kot edino zanesljivo poročilo o nezgodi je bilo smatrati pričevanje dr. X., katerega tudi sodni izvedenec ni mogel ovreči kot medicinsko nemogočo razlago dogodka.

Zoper to razzodbo se je OUZD pritožil dne 10. februarja 1931 na Stol sedmorice (oddelek B) v Zagrebu kot Vrhovno sodišče delavskega zavarovanja. Stol sedmorice je pobijanó razzodbo razzveljavil z rešitvijo z dne 3. oktobra 1931 in stvar vrnil Sodišču delavskega zavarovanja v Ljubljani v ponovno razzpravo in presajo s sledečo utemeljitvijo:

Sodni izvedenec dr. Y., ki je vestno vpošteval podatke celega postopanja, je izključil, da bi bila smrt V. K., ki je nastopila 22. marca 1922, v kaki vzročni zvezi z njegovimi dne 14. V. 1921 zadobljenimi opeklinama. To mnenje sodnega izvedenca podpira tudi izjava uradovega šef-zdravnika dr. Z. z dne 8. VI. 1925.

Dr. X., ki je lečil V. po zadevni nezgodi, sicer spravlja njegovo smrt v zvezo z opeklinama od 14. V. 1921, toda prvo sodišče se spričo decidiranega izreka sodnega izvedenca dr. Y. in omenjene izjave dr. Z. ni moglo opirati edino na izpovedbo dr. X., temveč bi moralo, da si ustvari zanesljivo podlago za svojo razzodbo, vsekako pritegniti še kakega nadaljnega sodnega izvedenca.

Na to je dalo Sodišče delavskega zavarovanja potom pristojnega okrajnega sodišča zaslišati še skladiščnika in strojnika v obratu nezgode, ponovno tudi dr. X. dne 3. februarja 1932.

Po izpovedbi strojnika H. je V. K. dobil po obrazu in rokah ru-mene in za pol oreha velike mehurje. Po nezgodi je V. prenehal z delom. Proti prič je večkrat tožil: „Glej, kakšen sem, saj ne bom več dolgo.“ Bil je zatečen čez trebuh ter nekoliko tudi v obraz.

Priča dr. X. je ostal pri svoji izjavi iz l. 1929. in pristavil:

Različni ljudje različno močno reagirajo na zunanje inzulte. Pri tem ne igra tako važne vloge intenzivnost opeklina, kakor njena obširnost. Vsled opeklin lahko nastanejo težke motnje v notranjih organih, zlasti obistih. Zunanja koža je zelo važen organ telesa, ker se skozi kožo izdihavajo in izločajo škodljive snovi. Ako koža v večjem obsegu ni zmožna te funkcije, nastanejo degeneracije notranjih organov, najbolj v obistih. Te bolezenske spremembe potekajo lahko v prvem času neopaženo pod sliko kroničnega vnetja obisti, dokler končno ne končajo s smrtjo. V slučaju V. K. smatra dr. X. vzročno zvezo med opeklino in smrtjo za podano.

Dne 4. marca 1932 se je vršila nova razzprava pred Sodiščem delavskega zavarovanja v Ljubljani in na njegov poziv sem oddal jaz kot soden izvedenec sledeče mnenje:

Dosledne, točne in z izjavami prič soglasne navedbe zdravnika dr. X. omogočajo popolnoma zanesljivo ugotovitev, da je dobil V. K. pri nezgodi dne 14. V. 1921 obširne opekline z mehurji, torej opekline I. in II. stopnje po nogah, rokah in obrazu.

Na drugi strani ugotavlja znanstvena medicina, kakor je razvidno iz vsakega kliničnega učbenika, da povzročajo obširnejše opekline brez ozira na stopnjo in dolgotrajnost bolezni vnetje ledvic na ta način, da se razkroji pri opeklini v površnih žilicah in kapilarah velika množina rdečih krvnih teles. Iz razkrojenih rdečih krvnih teles nastanejo posebni strupi (toksini), ki se razlijejo po krvi in jo zastrupijo. Z opeklinskimi toksini zastrupljena kri izzove v ledvicah nevarno vnetje kakor drugi kemični strupi ali toksini nalezljivih bolezni. Pridruži se učinek najmanjših embolov (krvnih zamaškov), ki pospešijo vnetje z degeneracijo in nekrozo ledvičnih epitelov.

Nadaljnji klinični potek ledvičnega vnetja je odvisen od zastajanja strupenih presnovnih produktov in vode v telesu, ker jih bolne ledvice ne morejo izločevati. Pritisk, napetost krvnih žil in srca se poviša, da izločevanje popolnoma ne ostane. Preobremenitev srca povzroči hipertrofijo in razširjenje levega srca, kar je mogoče klinično ugotoviti že 4.—6. teden. Istočasno se pojavijo znaki vodenice v telesnih votlinah trebuha in prsi, zlasti v obrazu na trepalnicah, kar je posebno značilno za ledvično vodenico.

Ako preide bolezen v kronično stanje, začne hipertrofično in razširjeno srce pešati, postajati insuficientno zaradi prenapora. Z zastajanjem vode se začne razvijati splošna vodenica v vseh organih telesa, tudi v pljučih, kar utegne povzročiti pljučen katar (bronhito) in pljučnico. Naposled insuficientno srce popolnoma one-more-in s paralizo (otrpnjenjem) srca nastopi smrt.

Isto potrjuje strokovna znanost o nezugodah in priročnik za nezugodne bolezni (Prof. Dr. C. Thiem: Handbuch der Unfallkrankungen) navaja v 2. delu II. zvezka, str. 595, § 209 pod naslovom „Sosledna (sekundarna) vnetja ledvic“ dobesedno:

„Dalje moramo navesti pogosto po opeklinah opazovano vnetje ledvic, ki nastaja vsled poškodovanja ledvic po razdejanih in raztopljenih krvnih telesih.“

Kakor je razvidno iz podatkov zdravnika dr. X. in drugih prič, je tudi pri V. po nezugodi z obširnimi opeklinama nastalo vnetje ledvic, že 4 tedne po nezugodi je opazil priča H. na ponesrečencu zatekel trebuh in zabuhel obraz. Bolezen je nato potekla do smrti tako tipično, — pridružil se je proti koncu celo pljučen katar (bronhita), ki so ga laiki smatrali za prehlad, — kakor jo opisuje znanstvena medicina in pozna splošno zdravniško izkustvo.

Tako moramo na osnovi sodno ugotovljenega in znanstveno utemeljenega gradiva zaključiti, da je smrt V. K. sledila kot neposredna posledica nezugodi z dne 14. maja 1921. da obstoji torej neposredna vzročna zveza med nezugodo in smrtjo dne 22. marca 1922.

Résumé.

Dr. Fr. Derganc, Chef-Primarius der chirurg. Abteilung i. R. (Ljubljana): Unfallnephritis. Beitrag aus der gerichtärztlichen Praxis.

Bericht über einen Patienten, der durch Unfall eine ausgedehnte Verbrennung erlitt. Einige Wochen darauf entwickelte sich eine Nephritis mit Insuffizienz des Herzens und allgemeiner Wassersucht, die schliesslich den Tod des Unfallverletzten zur unmittelbaren Folge hatte.

Gospod tovariš! Karkoli naročate od tvrdk, ki inserirajo v Zdravniškem Vestniku, tudi če zahtevate samo vzorce, vedno se sklicujte na **Zdravniški Vestnik.**

Zgodovina trahoma.

V zapiskih Hipokratikov čitamo že o abraziji zrnčaste veznice, kakor sledi v prevodu: „Če pa strgaš trepalnico očesa, tedaj strgaj z gosto, čisto milezijsko volno, katero navij okoli lesene palčice, ogibaj pa se robu očesnega zrkla in ne žgi do hrustanca. Za dokaz, da si res zadosti strgal, naj ti služi, da ne prihaja več čista kri, temveč krvi slična ali vodena tekočina. Nato pa moraš s tekočimi očesnimi sredstvi, kot je bakrov cvet, masirati. Po strganju in žganju, ko so odpadle hraste in se očistili čiri ter granulirajo, naj se naredi urez čez teme glave.“ Vidi se iz citiranega, da je hipokratska terapija trahoma precej slična današnji. — Znano je bilo tudi izrezanje zadebeljene veznice in pa bakreno mazilo. V 7. stol. piše Paulus iz Aegine v svoji razpravi pod naslovom „Περί τριζώματος“ sledeče: „Trahom je hrapavost notranje plati trepalnice. Pri večji intenziteti, če vsebuje ureze, se imenuje figasto obolenje. Če je pa kroničen in brazgotinast, tedaj se imenuje brazgotina.“ — Medicinsko znanje Arabcev se je opiralo na skušnje Grkov. Ali B. Isa iz Bagdada (l. 1000. po Kr.) loči 4 vrste trahoma: zrna, večje hrapavosti veznice, sliko razpočene fige, brazgotine z ribajočimi trepalnicami. Trahom se je razširil v Egiptu in iz Afrike se vračajoči vojaki Napoleonovih armad so ga zanesli v Evropo. Odtod ime „egiptovska očesna bolezen“.

Etiologija trahoma.

Malo je problemov v oftalmologiji, kojih rešitve si želimo bolj od razjasnitve etiologije trahoma. Vsi poizkusi, najti med bakterijami povzročitelja te bolezni z običajnimi metodami barvanja in gojenja, so se izjalovili. Nobena bakterija ni v stanju povzročiti klasičnega trahoma. Dostikrat najdemo v sekretu trahomatoznih, posebno v močnejše secernirajočem stadiju znane povzročitelje konjunktivit; vendar se pojavljajo slednji le pri mešani infekciji, a po zboljanju obstoja trahom še dalje. Poskušali so številna cepljenja s temi bakterijami na človeški veznici, toda brez uspeha. Pač pa so uspela cepljenja veznice z nekomplimiranim trahomskim materijalom. Razvila so se več ali manj izrazita zrnca v veznici tarza, prehodnih gub, plicae semilunaris in deloma veznice zrkla. Po prvotnih negativnih bakterioloških metodah so poskušali barvati preparate z Giemsa raztopino in tako je uspelo 1907. leta Prowaczeku in Halberstaedterju najti na otoku Javi v epitelih trahomske veznice vložke v bližini jedra. S tem odkritjem je nastopila nova era v preiskavi trahoma. Vložki so bili po barvanju z Giemso modri. V njih sta našla mala zrnca, istotako modro barvana; izven celic se nahajajoča zrnca so bila rdeče barve. Prowaczek in Halberstaedter sta smatrala rdeča zrnca za parazite, plave mase pa za reakcijski produkt celice.

Ta najdba je bila izhodišče za nadaljnja raziskavanja, kojih cilj je bila težnja dokazati prisotnost vložkov le v slučajih trahomatoznega obolenja. Pri nadaljnjih tozadevnih raziskavanjih pa so dognali, da se ne nahajajo vložki samo v veznici trahomašev, temveč tudi pri drugih obolenjih. Kompleks teh obolenj imenujejo Nemci „Einschlusskrankheiten.“

V splošnem so bile predstave o ustroju in obliki vložkov netočne, ker so bazirale na podlagi preiskav epitelnih razmazov, ki so bili na

steklu posušeni. Z osušenjem pa normalni ustroj epitelnega vložka izgubi svojo vitalno obliko. Pri takozvanem mokrem fiksiranju ali pa v prerezu ostane neizpremenjen. Pri mikroskopiranju tako prepariranih vložkov najdemo sledeče: Prvi dan opazimo v jedru celice v hromatinskem ogrodju mala zrnca. Drugi in tretji dan se ta zrnca povečajo, četrti dan dobe obliko pokrivala ter potisnejo jedrce v stran. Peti dan nastopa degeneracija jedra. V periferiji vložka so svetloplava granula, centrum je temnomoder in v njegovi sredini opazimo rdeča telesca — elementarna telesca. Sedmi dan je jedro ploščato stisnjeno in pritisnjeno na rob celice. Diagnoza je težka, ker opazamo v tem štadiju često izstop plavih granul iz celic. Ta zrnca prodro v sekret in od tu v nove celice. Leta 1909. je Lindner imenoval ta zrnca inicijalna telesca; v sekretu prosto ležeca granula pa prosta inicijalna telesca. Te so okrogle oblike in se barvajo na obeh polih. Razmnožujejo se v par urah na ta način, da se podaljšajo, razpolove in zavzamejo periferno lego. S tem je bila ovržena trditev nasprotnikov, da so ta zrnca reakcijski produkti celice. Poleg Lindner-ja si je pridobil za te preiskave največ zaslug Botteri, ki poroča v svojem protokolu, da je šesti dan po cepljenju našel v sekretu pavijana prosta inicijalna telesca, ne pa še vložkov v celicah. Oba raziskovalca sta mnenja, da nastopajo najprvo inicijalna telesca, ki so žive tvorbe in se razmnožujejo slično bakterijam. Ločiti moramo: a) extracelularno obliko, to so prosta inicijalna telesca; b) intracelularna oblika, to so inicijalna telesca v epitelnih celicah. Pri mlajših slikah najdemo pogosto samo extracelularno obliko inicijalnih telesc. Nasprotniki te razlage trde, da niso te tvorbe povzročitelji, pač pa le spremljevalni paraziti ter se pri starejših slučajih trahoma težje najdejo. Lindner se je tu postavil na sledeče stališče: Vložke in inicijalna telesca pri starejšem trahomu sicer težje najdemo. S tem pa še ni podan dokaz proti njihovi etijološki vlogi, ker pri vseh dalj časa trajajočih, kroničnih obolenjih nastopajo klice redkejšje.

Prowaczek je dalje opisal z Giemso rdeče barvane, amorfne tvorbe, katere smatra Lindner za detritus.

V kratkem podam mnenja raziskovalcev o etijologiji trahoma. Prowaczek ima vložke za povzročitelje trahoma. Temu nasprotuje Adario z motivacijo, da najdemo tudi v netrahomatoznih obolenjih veznice vložke. Herzog deducira trahom iz kapavice. Ta ideja mu je vznikla pri študiju involucijskih oblik gonokokov, ki jih je nazval mikrogonokoke; ti dosežejo po številnih delitvah ekstremno stopnjo zmanjšanja. V tej obliki jih smatra za povzročitelje trahoma. S čistimi kulturami mikrogonokokov je cepil človeško veznico in dobil vnetje z vložki. To dedukcijo pa izrecno odklanjajo drugi, predvsem Axenfeld, Heymannu je uspelo, da je v desetih primerih gnojnega vnetja veznice našel vložke. Nadaljnji poizkusi v tem pravcu so pokazali, da vsebuje vaginalna in uretralna sluznica pri negonoroičnih vnetjih vložke. Od tega momenta smo očesno gnojenje novorojenčkov delili v conjunctivitis gonorrhoeica in v conjunctivitis inclusoria. Lindner je na to poskusil cepiti vložke iz uretre in vagine staršev ter veznice dojenčkov pri conjunctivitis inclusoria na veznico opic. Pri tem je dobil tipično obolenje kot pri dojenčku, v dveh primerih pa celo sliko zrnčastega trahoma. Sussmann-u je pa uspelo precepiti virus conjunctivitis inclusoriae na genitale opic.

Iz teh poizkusov je popolnoma pravilno sklepal Lindner, da je bil trahom prvotno genitalnega izvora, tekom stoletij se je prenašal iz očesa na oko ter se tako diferenciral. Po teh dedukcijah bi lahko delili trahom v nalezljivi, ki se prenaša iz očesa na oko, in pa genitalni, ki se prenaša iz genitalij na oko ter je benigne oblike, hitreje ozdravi in ostane izoliran. Po mojem mnenju je ravno conjunctivitis inclusoria genitalni trahom.

Mnogo smo si obetali od preiskav, ki jih je vršil Hideyo Noguchi v Ameriki. Slednjemu je iz sekreta trahomašev uspelo izolirati neki bacil, ki ga je vzgojil na konjskem krvnem agarju. Bacil je bil gram-negativen, gibljiv, monotrih in ni tvoril trosov. Injiciral je subkonjunktivalno 0,2 ccm čiste kulture opicam (*macacus rhesus* in šimpanzom) ter povzročil s tem vnetje, ki ga je smatral identičnim človeškemu trahomu. Ta cepljenja je vršil z uspehom pri opicah do četrte pasaže. L. 1929. je bil Lindner pozvan od Rockefellerjeve ustanove, da odda svoje mnenje glede teh poskusov. Lindner je najprej pregledal bolnike, od katerih je Noguchi jemal material za poskuse ter našel, da pri večini očesno obolenje ni bil trahom, temveč conjunctivitis follicularis. Pregledal je tudi opice, cepljene od Noguchi-ja in ugotovil tipično folliculosis, ne pa trahom. Iz tega sklepa Lindner, da je našel Noguchi povzročitelja *Conjunctivitis follicularis*. Ta povzročitelj se imenuje *Bacterium granulosis Noguchi*. Na oftalmološkem kongresu, meseca maja 1950. l. v Heidelbergu sta referirala Lindner in njegov asistent Rieger, da je tudi njima uspelo vzgojiti povzročitelja folikuloze, vendar nikdar v čisti kulturi, temveč vedno v simbiozi s stafilokoki. V dokaz, da *Bacterium granulosis* ni povzročitelj trahoma, se je Lindner cepil s tem bacilom ter dobil običajno folikularno vnetje veznice, ki je po par mesecih izginilo brez vsake terapije.

Za etiologijo trahoma so važni tudi poskusi Pillat-a, ki jih je izvršil v Pekingu na Rockefellerjevi očesni kliniki. Injiciral je makakom subkonjunktivalno virus *conjunctivitis inclusoriae* in *Bacterium granulosis Naguchi* ter dobil sprva negativne rezultate. Po preteku več mesecev pa je opazil na cepljenih opicah brazgotine in skrajšanje tarsusa, torej brazgotinasti štadij trahoma brez manifestnega prvotnega štadija.

Iz teh poskusov bi se dalo sklepati, da povzročča *Bacterium granulosis* globoke spremembe v folikulah, virus *conjunctivitis inclusoriae* pa površne epitelne spremembe, oba skupaj pa klasičen trahom.

Trahomu slična obolenja so: *Conjunctivitis inclusoria neonatorum et adultorum*, *conjunctivitis vernalis* in takozvani kopališčni katar veznice.

Conjunctivitis inclusoria.

Doslej precej nepoznana je *Conjunctivitis inclusoria*, ki nastopa po 5 do 9dnevni inkubaciji. Pojavlja se pa tudi pri krajši inkubaciji, kar bazira na posebni virulenci povzročitelja, odnosno dispoziciji bolnika. Nastop je akuten. Trepalnice so nabrekle s sluzasto-gnojno sekrecijo, ki pa ni tako gosta kot pri gonoreji. Sluznica je zatekla, predvsem v prehodni gubi ter rada krvavi. Tekom enega tedna se razvijejo večje ali manjše papilarne hipertrofije, ki trajajo po več tednov. Tipično za to obolenje je, da ne nastopajo v končnem štadiju

brazgotine, niti komplikacije s strani rožnice. Bolezen je genitalnega izvora ter se pojavijo drugi ali tretji dan v epitelu veznice vložki.

Conjunctivitis vernalis.

Pri conjunctivitis vernalis nastopa obolenje v veznici trepalnic in zrkla ob limbu rožnice. V conjunctivi palpebralis se razvije najprej mlečnobela membrana, kateri se pridruži pozneje papilarna hipertrofija v obliki širokih, sploščenih papil. Pri tem obolenju obstoja nekaka sličnost s trahomom le klinično ter je izvid z ozirom na vložke v veznici negativen. V dvomljivih primerih svetuje Eslchnig vkapanje adrenalina. Pri trahomu s hiperemijo in papilarno hipertrofijo veznica v splošnem obledi, dočim obledi pri pomladanskem katarju le rob ploščatih ekrescenc.

Kopališčni katar veznice.

Kopališčni katar veznice je klinično precej podoben trahomu, tako da so že v početku mislili na modificirano trahomsko infekcijo oziroma na prenos sekreta spolno obolelih na oko. Engelking je opozoril na sličnost v kliničnem in patološko-anatomskem oziru med Conjunctivitis inclusoria in tem obolenjem. Fodor-ju je uspelo najti v sekretu pri 28 primerih 24krat vložke. Nosilec infekcije je kopalna voda. V krajih, kjer je nastopil kopališčni katar endemično, je uspelo zatreti ga takoj, ko so razkužili kopalno vodo s klorovim apnom. Lindner in Aust sta mišljenja, da ne predstavlja ta bolezen klinično in etiološko enotne slike. Ločiti moramo dve varijanti tega obolenja: prvo izzovejo Prowaczek-Halberstaedterjeva telesca genitalnega izvora, to je težja oblika. Druga, lažja oblika je podobna akutnemu folikularnemu katarju. Inkubacija traja 1 do 2 tedna, po zunanosti bolnika sliči v začetku obolenja akutnemu trahomu. Bistveno pa se loči od slednjega v tem, da bolnik po par tednih ozdravi brez kakršnihkoli posledic. Diferencialno-dijagnostično važna je nabreklost preaurikularnih žlez, ki jih pri trahomu ne najdemo.

Conjunctivitis follicularis.

Pri folikularnem katarju si mnenja znanstvenikov nasprotujejo. Unitaristi trdijo, da so vsa folikularna vnetja, torej tudi benigna, trahomska obolenja različnih stopenj. V splošnem pa prevladuje danes mnenje dualistov, ki tolmačijo obe boleznii kot etijološko popolnoma različni. Conjunctivitis follicularis nastopa predvsem pri mladini od 8. do 15. eta in to pri anemičnih in individuih z eksudatvno dijatezo. Običajno se razvijejo v spodnji prehodni gubi, nikdar pa v plici semilunaris ali celo v veznici zrkla, številna površna, ostro omejena zrnca rožnate barve, ki se anatomsko razlikujejo od trahomskih v tem, da manjkajo reaktivne spremembe v okolici teh zrn. Splošni konjunktivalni pojavi so minimalni. Sekrecija v nasprotju s trahomom ne obstoja. Proces traja dalj časa ter preneha brez vsakih posledic. Lindner loči dve sliki folikularnega katarja: lažjo, kronično conjunctivitis follicularis pri otrocih in težjo formo, ki tvori v nespremenjeni veznici velika zrna. To drugo obliko prišteva Eslchnig v nasprotju z drugimi znanstveniki k trahomu. Ta conjunctivitis ozdravi v teku 1 do 2 let brez posledic. Lindner je pregledal mikroskopsko epitelne razmaze od preko 100 primerov na veznične vložke z negativnim rezultatom, kar bi tudi govorilo proti trahomu.

V predstojećem sem podal v kratkem razvoj etioloških raziskovanj o trahomu. Iz teh izvajanj je razvidno, kako zapleten je ta problem. V zadnjih dveh desetletjih so raziskovanja toliko napredovala, da se — čeprav počasi — približujemo njegovi končni rešitvi. Radi pregleda etijološko in klinično sličnih obolenj sem se površno dotaknil tudi sorodnih vezničnih katarjev.

Literatura:

- Aust: Beiträge zur Trachomforschung, Gräfe's Archiv, 125.
Axenfeld: Die Aetiologie des Trachoms, Jena 1914.
Botteri: Klinische, experimentelle und mikroskopische Studien über Trachom, Einflußblennorrhoe und Frühjahrskatarrh. Klin. Mbl. Augenheilk., 50.
Elschnig: Conjunctivitis follicularis und Trachom. Klin. Mbl. Augenheilk., 74.
Fodor: Über die Beziehungen der Schwimmbadconjunctivitis zum Trachom. Z. Augenheilk., 65.
Hirschberg: Geschichte der Augenheilkunde. Gräfe-Sämisch-Handbuch der gesamten Augenheilk.
Lindner: Gonoblennorrhoe, Einflußblennorrhoe und Trachom. Gräfe's Archiv, 78.
Lindner: Ist das Bakterium granulosus Noguchi der Erreger des Trachoms? — Gräfe's Archiv, 122.
Lindner und Rieger: Zur Aetiologie der Follikulose. Deutsche opt. Gesellschaft, Heidelberg, 1930.

Zusammenfassung.

Dr. Rajner Bassin, Augenspezialist, Ljubljana, Über Trachom.
Bericht über die Verbreitung des Trachoms in Slovenien mit einer Skizze von behandelten Trachomkranken auf der Augenabteilung in Ljubljana. Übersicht über die neuesten etiologischen Untersuchungen. Differentialdiagnose anderer ähnlicher Augenerkrankungen.

Kirurgični oddelek splošne bolnice v Ljubljani. V. d. šefa dr. R. Blumauer.

Kritični pregled operacij na želodcu od leta 1900 do 1930 s posebnim ozirom na ulcus ventriculi in njega terapijo.

Dr. Bajc Oton.

Boju za konservativno ali operativno terapijo želodčnega čira med kirurgi in internisti, se je pridružil še boj za radikalne ali paliativne metode v operativnem zdravljenju želodčnega čira, ki ga bijejo kirurgi sami med seboj. Kažejo se že obrisi dokončne linije, ki se nagiba k umirjenim radikalnim metodam. Vedno širših tal zadobiva resekcija želodca, katere se oprijemljejo tudi konservativni avtorji (Nordman, Kirschner); tudi najradikalnejši avtorji pa svare pred resekcijo za vsako ceno (Haberer, Finsterer). Teh umirjenih indikacij se drži tudi naš oddelek. Posebno važnost polagamo na ulcus ventriculi in njegovo operativno terapijo, ker imajo indikacije za operativno zdravljenje drugih bolezni želodca (Ca) že določene smernice.

Delo na našem oddelku je odsev bojev na zunanjih klinikah. Različnim fazam tega boja odgovarjajo različne metode, ki so se uporabljale na našem oddelku. Radi zaokroženosti pregleda smo začeli z letom 1900.

Poprej pa še nekaj k splošni zgodovini operativnega zdravljenja želodčnih bolezni. Za Hipokrata (450—370 pred Kr.) je veljala še vsaka rana želodca ali tenkega črevesa za smrtno poškodbo. Celsus, ki je že natančno predpisal šiv črevesa in trebušnih sten, še ne govori nikjer v svojih spisih o želodčnih ranah in njih zdravljenju. Galen (170 po Kr.) pa že omenja, da se lahko poizkusi zdravljenje želodčnih ran, če so v bližini želodčnega izhoda. Šele italijanski zdravniki srednjega veka pa so šivali želodčne rane, toda pustili so trebuh odprt (Lafranco). Nekateri so pa že takrat svetovali čimprejšnji šiv trebušne stene. V začetek 17. stoletja pa pade poizkus aktivnega zdravljenja želodca. Prvič je odstranil tuje telo iz želodca leta 1602. padar Florijan Mathias iz Prage. Isto operacijo je nato ponovil l. 1635. ranocelnik Danijel Schwabe iz Königsberga; oba z uspehom.

Ker so po poškodbah često nastale fistule želodca, so jih tudi že od nekdaj skušali odpraviti, do novejšega časa le z obturatorji najrazličnejših oblik. Šele Dieffenbachu se je posrečilo zatvoriti eno tako fistulo s pomočjo žarečega železa, Mideldorph pa je eno zatvoril plastično. Billroth je izdelal metodo direktnega šiva fistule po ločitvi želodca od parijetalnega peritoneja. Prvo umetno fistulo pa je napravil Sedillot l. 1849. in kmalu nato Fenger.

Še leta 1870. je poizkušal C. Th. Merren na živalih odstraniti del želodca (pilora), vendar brez uspeha. Šele v anti- in aseptični dobi kirurgije je zadobilo operativno zdravljenje želodca vedno več tal. Pravi oče želodčne kirurgije je Billroth. Njegova učenca Gussenbauer in Winiwarter sta obdelala patološko stran tega vprašanja in na mnogoštevilnih obdukcijah videla, da bi bila mogoče prinesla operacija rešitev. V glavnem sta študirala želodčnega raka. Skoro ob istem času so objavili uspešne resekcije želodca radi raka Pean (1879), Rydyger (1897) ter Billroth (1881).

Rydyger je nato poizkusil resekcijo v svrhu odstranitve želodčnega čira. Naletel pa je na splošen odpor, posebno, ker je ob istem času (1881) objavil Wölffler svojo veliko manj nevarno gastroenteroanostomoso. Od tedaj naprej se je operativno zdravljenje želodca hitro razširjalo. Metodika se je hitro izpopolnjevala tako, da je danes operativno zdravljenje želodca povsod priznано. Samo indikcija operativnega zdravljenja želodčnega čira dobiva šele v najnovejšem času točnejše smernice.

Vrnimo se k pregledu našega materijala. Leta 1900. so vpisane v protokolu štiri želodčne operacije. Dvakrat probatorna laparatomia in ločitev zarastlin, katerih vzroka iz operacijskega protokola ni mogoče razbrati, verjetno pa je, da so bile izvršene vsled želodčnega čira. Dvakrat pa je bila napravljena gastroenteroanostomosis posterior retrocolica (G. E. p.) vsled želodčnega raka. Kakor vidimo, je jako malo operacij in te so bile povsem konservativnega pravca. — Tudi leta 1901. je bilo samo 5 operacij. Ena je bila izvršena vsled želodčnega čira, in sicer G. E. p. Diagnoza je bila klinična in se je ujemala z operativnim izvidom. Naslednjega leta (1902.) najdemo zopet štiri operacije, vse vsled želodčnega raka, tudi tukaj samo G. E. p. Do

tega leta so se delale vse anastomoze s pomočjo Murphyjevega gumba. Leta 1905. so začeli anastomoze šivati. Število operacij je poskočilo na 9, ter je bilo izvršenih 5 G. E. p. in 4 probatorne laparatomije. Pri nobeni ni zabeležen ulcus ventriculi kot vzrok. Že naslednjega leta (1904.) se je število želodčnih operacij podvojilo, izvršeni sta bili kot najvažnejši 2 resekciji želodca po Billroth-u (II.) csled carcinoma ventriculi. Tudi želodčni čir kot operativna indikcija so tega leta bolj upoštevali. Enkrat je bila napravljena sprednja G. E., enkrat pa vsled bisagastega želodca gastrogastroanastomosis po Wölfler-ju. Tega leta je zabeležena tudi prva perforacija želodčnega čira. Operacija se je omejila na šiv perforacije ter tamponado po Mikulizcu. Proti koncu leta je sledila še ena taka operacija. Izvršena je bila tega leta tudi ena gastrostomia vsled Ca. oesophagi. Naslednjega leta (1905.) je posebnost ekscizija čira ter paklenizacija robov s sledečim šivom želodca in dren. Med ostalimi 10 slučaji je bila zopet ena gastrogastroanastomoza vsled bisagastega želodca ter G. E. 5krat vsled raka, 4krat vsled čira, menjaje prednja in zadnja. Leta 1906. je zabeležena prva jejunostomia vsled Ca. ventriculi inoperab. Izgleda, da so se pred tem v enakih slučajih zadovoljili s probatorno laparatomjo. V ostalih slučajih so operirali 1 želodčno perforacijo, 4 Ca ventriculi in 10 ulcus ventriculi. Razen ene gastrogastrostomije ene gastrostomije, ene jejunostomije ter ene probatorne laparatomije same G. E. p. Naslednjega leta (1907) je poskočilo število operacij na 21. Izvršena je bila zopet resekcija po Billroth-u II. vsled Ca. pylori. Bilo pa je tudi že 14 operacij vsled želodčnega čira. Kakor je videti, so se indikcije za operativno zdravljenje želodčnega čira hitro širile, verjetno kot posledica prejšnjih uspehov. Seveda so uporabljali le paliativne metode (G. E.), kar popolnoma odgovarja takratnim vidikom na večjih klinikah. Leta 1908. prevladujejo operacije vsled želodčnega raka. Vendar sta zabeleženi tudi dve operaciji vsled želodčnega čira ter ena vsled čira v dvanajstniku. Delali so izključno G. E. p. Kot posebnost je zabeležena ena fistula po Kader-u. Do tedaj so delali fistule samo po Witzel-u. Naslednjega leta (1909) zopet 10 želodčnih čirov med 16 slučaji. Tega leta so prvič napravili dve sprednji anastomози z Braunovo enteroenteranostomozo (E. E. et.). V ostalem so večinoma uporabljali G. E. p. Naslednjega leta (1910) so pri istih indikcijah uporabljali tudi iste metode, število operacij pa je padlo na 8 posegov v celem letu. Posebnosti ni bilo. Tudi l. 1911. je bilo le 10 operacij želodca. Posebnost je gastrokeksija. Metode iz operativnega protokola ni mogoče razbrati. Leta 1912. je zabeleženih 21 operacij. Že takoj v začetku leta je vsled inoperabilnega raka želodca, prehajajočega na colon transversum, napravljena jejunostomia in coecostomia. Od 10 želodčnih čirov jih je bilo 6 zdravljenih z G. E. p., 4 pa s sprednjo G. E. z Braunovo anostomozo.

Leta 1913. je bilo samo 5 operacij želodčnega čira, eden je bil perforiran, ostali 4 so bili odpravljeni s prednjo anostomozo. Važno je, da sta bili tega leta napravljena tudi dve resekciji pilora.

Leto 1914. je z našega vidika važno. Prvič je bila izvršena resekcija želodca vsled želodčnega čira. Metoda v protokolu ni označena. Zelo verjetno pa je, da je bil napravljen Billroth II. Pa še ena resekcija je bila napravljena tega leta, tudi ta radi ulcus ventriculi. Označena je v protokolu pod resectio partialis; najbrže je mišljena

prečna resekcija želodca v svrhu odstranitve čira. Tudi tukaj je bila priključena G. E. p. Izvršeno je bilo tudi 6 prednjih anostomoz radi ulcus-a ter nekaj zadnjih radi raka tako, da je število operativnih posegov naraslo na 18. — Naslednjega leta (1915) se močno pozna vpliv svetovne vojne. V celoti je bilo operiranih na želodcu samo 6 bolnikov. Izvršeni sta bili 2 probatorni laparatomiji ter 1 resekcija želodca vsled raka in 5 prednje G. E. p. vsled želodčnega čira. Tudi naslednjega leta (1916) je bilo le 7 slučajev. Indikacije so iste. Delali pa so izključno le G. E. p. Tudi l. 1917. je bilo samo 7 slučajev, brez kakih posebnosti. Leta 1918. pa je bila izvršena edina resekcija želodca v vseh 4 letih vojne. Vseh slučajev je bilo 9, večinoma karcinomov in 1 perforacija. Kakor na vseh klinikah in bolnicah, je tudi pri nas padlo število operacij želodca v vojnih letih, takoj po vojni pa je naraslo na našem oddelku do neobičajne višine. Dosegla je številko, ki je najvišja od početka naše statistike in najbrže do tedaj sploh na našem oddelku; kajti pred letom 1900. so bile operacije želodca zelo redke. Visokemu številu operacij (53) primerno je tudi program pester. Izvršene so bile 3 resekcije želodca in to prvič pri perforacijah želodčnega čira, kar je posebno važno. Kakor vidimo, je to jako smela indikacija, ki jo še danes zagovarjajo nekateri avtorji, ki pa je gotovo zelo tvegana in uporabljiva le pri vestno izbranem materialu, tako po času perforacije, kakor po lokalnem izvidu ter splošnem stanju bolnika. V ostalem so tega leta večinoma uporabljali G. E. p., nekaj pa tudi prednjih anostomoz z Braunovo E. E. A.

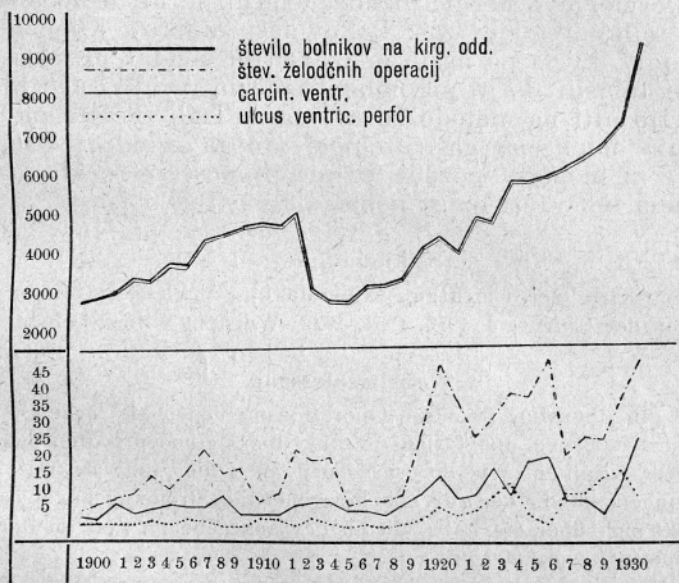
Še bolj je narastlo število operacij naslednjega leta (1920). Doseglo je število 45, t. j. višek v dobi 50 let. Samo resekcij želodca je 11, in sicer vse po Billroth II., večinoma pri ulc. ventr., nekaj tudi pri raku. V ostalem so tudi G. E. dobro zastopane, manjaje zadnja in prednja. Tudi gastrostomij po Witzel-u in jejunostomij ne manjka. Kakor vidimo so bile indikacije bližje radikalni smeri želodčne kirurgije kot pred vojno. Metode same pa se niso spremenile. Tako je ostalo tudi naslednja leta tja do 1927. Število operacij niha med 30 do 40, število resekcij od 2 do 4 na leto. Ostale metode so zastopane v istem razmerju kot do sedaj. Zanimiva je resekcija želodca v zvezi z resekcijo celotnega prečnega kolona, ter združitev po Krönlein-Mikulicz-u ter colocolostomia „stranica ob stranico“, ki je bila izvršena l. 1922. vsled raka želodca prehajajočega na colon transversum.

Leta 1927. pa je število operacij padlo nenadoma globoko pod dosedanjo normalo, očitvidno kot posledica prenatrpanosti oddelka, ki dovoljuje sprejem le najnujnejših slučajev. V celem je bilo samo 20 želodčnih operacij, resekcij želodca pa nobene. Indikacije so postale skrajno konservativne. Operira se le karcinom želodca, perforacija želodca ter kompletna stenoza pylora povzročena po kaloznem čiru. Tudi Witzel-ove fistule in jejunostomije so le nujne operacije. Pri teh strogih indikacijah ostane do konca leta 1930. Razumljivo je, da število operacij v tej dobi ne naraste nikdar nad 30 v letu.

Prav navadno porast pa doseže število želodčnih operacij leta 1931. 46 želodčnih operacij v tem letu je znamenje preokreta v stavljenju operativnih indikacij želodčnih obolenj, ki je bil mogoč, ko je dobil oddelek 45 zasilnih, pa stalno zasedenih postelj, s čimer se je povečala

kapaciteta oddelka. Prehod k radikalnejšim metodam je očiten. Od 10 resekcij želodca jih je bilo izvršenih 6 po Billroth-u II. v različnih modifikacijah (največ po Krönlein-Mikulitzc-u), 2 pa po Billroth-u I. V enem slučaju, ki je bil operiran pred 7 leti (takrat je bila napravljena G. E. p.) in je sedaj trpel pol leta na močnih bolečinah želodca, bruhanju in skoro kompletnem zastanku kljub prehodnemu piloru in orprti G. E., smo sedaj resecirali pilorus in antrum do G. E.-odprtine. V ostalem prevladuje zadnja G. E. ter jejunostomija.

Natančneje številke bolnikov, ki so bili na oddelek sprejeti radi želodčnih bolezní — v celoti kot ločenih po številu carcinomov in perforacij — so razvidne iz priloženega diagrama. Ta nam jasno kaže paralelnost krivulj. Očiten je istočasen dvig celotnega števila želodčnih slučajev sploh ter števila operiranih carcinomov in perforacij. Misliti daje tudi konstanten porast absolutnega števila želodčnih carcinomov. Seveda je skoro nemogoče navesti točno relacijo, ker tudi frekvenca oddelka stalno raste. Vendar se nam zdi, da je na strani carcinomov neljub prebitek, kar opazujejo tudi na drugih zavodih in v drugih strokah medicine.



Kakor vidimo so zastopane v materialu vse vrste želodčnih operacij z najrazličnejšimi modifikacijami. Prevladujejo G. E., to pa po največ vsled materiala, ki ga dobimo. Le redko je pri naših bolnikih, ki se tako pozno do operacije odločijo, mogoča resekcija želodca brez večjega rizika. Nikdar je ne forsiramo. Rajše izvršimo G. E. kljub hudemu odporu, ki vlada ravno sedaj v kirurških krogih proti njej. Ulcus pepticum jejuni in pa tkzv. gastroenterostomij-ska bolezen sta od nje odvrnila večino kirurgov, toda v dobro izbranih slučajih je za bolnika gotovo rešilna.

H koncu bi omenil še indikacije za operativno zdravljenje želodčnega čira, ki veljajo na našem oddelku. Kakor večina kirurških klinik in oddelkov stojimo tudi mi na stališču, da spada začetni želodčni čir in čir dvanajstnika v roke internista. Če pa ostane interno

zdravljenje skozi daljšo dobo brez uspeha, če nastopi kalozna degeneracija ali penetracija v sosedne organe, ali če pride do ponovnih večjih krvavitev, potem je pričakovati boljšanja boleznih edinole od operacije. Le pri zgodnji operaciji je mogoča resekcija in najbolj fiziološka metoda po Billroth-u I., ki jo skušamo tudi vedno doseči.

Kljub lepim uspehom po operativnem zdravljenju želodčnega čira pa se oglašajo posamezni avtorji, ki svare posebno pred G. E. in resekcijo po Billrothu II., manj pred resekcijo po Billrothu I. Njih glavno orožje je tzv. gastritis operiranega želodca, ki je bistvo že prej omenjene gastroenterostomijske bolezni, pojavlja pa se tudi po resekciji in je dostikrat vzrok za poznejše recidive. Proučavanje te bolezni je novejšega datuma. (Haberer, kot referent za kirurgijo na kongresu za prebavo l. 1924. v Berlinu še ni poročal o tej bolezni). Najbrže je njen nastanek v ozki zvezi z genezo želodčnega čira sploh. Posebno se bavijo z njo Konjetzny, Puhl, Schelle, Müller, v. Bergmann in H. H. Kauffmann ter nekateri ameriški avtorji. Tudi anemija, ki naj bi nastopila po resekciji antruma z zmanjšanjem kisline izločevaloče površine želodca in ki naj bi se s časom razvila v pravo Biermerjevo perniciozno anemijo, še ni točno dokazana in ima ravno toliko avtorjev zase kakor nasprotnikov. Končno naj omenim še recidiv, ki pa po naših opazovanjih vendar ni tako pogost in nas ne sme oplasiti; kajti pri nobeni bolezni recidivi ne vplivajo niti na indikacijo niti na metodo zdravljenja. Tudi recidiv pa je v ozki zvezi z gori omenjeno gastrito operiranega želodca. Vnaprej nam za sedaj še ni mogoče spoznati pripravljenost za recidiv. Ni izključeno, da nam bo v tem oziru pomagala gastroskopija.

Literatura:

Nordmann-Kirschner Chirurgie; Stich-Makkas, Fehler u. Gefahren bei Chirurg. Operation der Chirurg l. 1930, 1931, 1932; Wulstein-Wilms, Lehrbuch der Chirurgie.

Zusammenfassung.

Es wird ein Überblick über die Operationsmethoden am Magen während der letzten 50 Jahre gegeben. Indikationsstellung und Methoden halten sich an diejenigen grösserer Kliniken. Wie dort wechseln auch hier radikale mit konservativen Einstellungen, immer der zur Zeit herrschenden Strömung angepasst. Der Bericht erstreckt sich über 651 Fälle, die in der angegebenen Zeit an der Abteilung am Magen operiert worden sind.

Auf die Dauerresultate wird keine Rücksicht genommen. Sie gleichen aber denjenigen der meisten Statistiken.

Zum Schluss werden noch die Indikationen, die zur Zeit an der Abteilung für die operative Behandlung des Ulcus ventriculi herrschen, angegeben. Das Ulcus ventriculi und duodeni gehört in seinem Anfang in die Hände des Internisten; wenn aber die interne Behandlung erfolglos ist, wenn das Ulcus callös entartet oder wiederholt stärker blutet, dann raten wir dringend zur Operation. Wir erstreben die Resection, wir forsieren sie aber nie und begnügen uns mit Gastroenterostomie bei Fällen, wo der Zustand des Patienten oder der lokale Augenschein die Resection verbieten.

Opomba: Pod želodčnim čirrom je vedno mišljen tudi čir dvanajstnika.

G. E. A. = gastroenteroanostomosis anterior antecolica.

G. E. p. je gastroenteroanostomosis posterior retrocolica.

Dermoid Corneosclerae.

Dr. Rajner Bassin, v. d. šefa očesnega odd. Dravske stalne vojne bolnice.

Očesni dermoid nastane na ta način, da se sestavni deli vnanjega kožnega tkiva tekom fetalnega razvoja pomaknejo v območje zrkla. Običajno se razvije na roženici v obliki ostro omejene vzbokline rožnate barve, dostikrat posute z lasmi in vsebuje male žleze. Semtertje tvori v notranjščini ciste in s sirasto maso napolnjene duplinice. So kongenitalne tvorbe, ki pridobe pogosto v postfetalnem življenju na obsegu. Dogodi se, da jih starši vsled njihove neznatnosti pri novorojenčku ne opazijo takoj, temveč šele tekom rasti. W. Rumbauer je popisal dermoid, ki je skoro dosegel velikost očesnega zrkla. Pridružijo se dermoidu večkrat tudi druge anomalije (kolobomi trepalnic, ektropija zenice itd.).

Povod nastanku dermoida so po Bernheimerju zarastline roženice z amnion-om. Mogoči so pa tudi organski spoji roženice s trepalničnim robom, ki se pozneje ločijo. Tako je opazil v. Herrenschand pri slučaju kongenitalnega ektropija trepalnične veznice obojestransko, simetrično od notranje plati spodnje trepalnice potekajočo gubo, ki je končala na vnanjem spodnjem delu periferije roženice s „pinguekuli“ slično tvorbo.

Prehajam na opis slučaja: Marca l. 1932. je bil sprejet na očesni oddelek Dravske stalne vojne bolnice rekrut-redov Bogojevič Miloš, star 21 let, rodom iz Velikega Gradišča. Imenovani ima na desnem očesu neko tvorbo, ki je obstojala že ob rojstvu ter se tekom let povečala tako, da ne more popolnoma zapreti očesa. Pregled ostalega telesa poda v regio praeauricularis na obeh straneh po en simetričen fibrom.

Desno oko: Vnanji deli normalni. Trepalnice brez posebnosti. V veznici zrkla temporalno spodaj večja ploščnata tvorba, dvignjena približno 2 mm nad površino, premera 8 mm, ki prehaja ob 1/2 VII v limb roženice z nastavkom širine 2 mm. Konsistenca te tvorbe je mehka in z veznico premakljiva. Temporalno med VIII-X. se razprostira v corneoskleri ležeče ovalna druga tvorba, dolžine 6 mm, precej izobčena, velikosti lešnika. Konsistence je mehke, barve rumenkastomesnate. Tumor je na bazi čvrsto prirastel in nosi na vrhu šop las. Ostali deli zrkla so normalni. Skiaskopično sem ugotovil astigmatismus hypermetropicus obliquus. Visus dexter: 6/60 s. c. (analph). Levo oko: Trepalnice brez posebnosti. Zrklo blede. Na 1/2 VI na roženici se nahaja slična tvorba kot na desnem očesu v velikosti graha, čvrsto prirastla na bazo. Ostali deli so brez posebnosti. Skiaskopično ugotovljen astigmatismus hypermetropicus obliquus. Visus sin. 6/15 s. c. (analph.).

Tumorje sem operativno odstranil. Omenjam, da sta bila oba vnanja tumorja čvrsto prirastla na beločnico in na roženico ter sem jih moral z lopatko previdno odstraniti na ta način, da sem žrtvoval tudi površne plasti sklere in korneje, defekte sem pa pokril z veznico po Kuhnt-u.

Tumor je ležal pri obeh očesih v corneoscleri s to razliko, da sta bila na desnem očesu 2, na levem pa samo 1. Na desnem očesu je spodnji tumor izhajal takoj iz prehodne gube ter bil bolj ploščat od

temporalnega. Histološki izvid je pokazal, da je epitel veznice na robu tumorja spremenil svoj značaj ter dobil izgled epidermisa. Obstojal je iz več vrst ploščatega epitela, globlje ležeče celice so bile cilindrične s podolgovatim jedrom. Poleg tega je bilo več alveolarnih razvejanih žlez.

Literatura.

S. Bernheimer: Angeborenes totales Hornhautstaphylom mit Dermoidbildung, Arch. f. Augenheilk., Bd. 18.

v. Herrenschwand: Über Ectropium Conjunctivae palpebrarum congenitum. Klin. Mbl. Augenheilk., Bd. 56.

W. Rumbauer: Großes Dermoid der Cornea und Sclera. Klin. Mbl. Augenheilk., Bd. 64.

Ob 200-letnici tehniškega zajetja zdravilnih vrelec v Rogaški Slatini.

Dr. F. Kolterer, šef-zdravnik v Rog. Slatini.

Letos je praznovala Rog. Slatina pomembni jubilej. Minulo je 200 let, odkar so na tehnični način zajeli dragocen zaklad v obliki zdravilne mineralne vode. Do takratne dobe vrela je voda iz zemlje po žlebu stare votle vrbe. Primitivni vrelec je bil obdan z zasilnim plotom, da ni mogla živina blizu, ki ji je slanikasti okus tako izborno prijal. V tem miljeju, ob tej votli vrbi se je zdravil leta 1645. grof Nikola Zrinjski z rogaško slatino, ki mu je ozdravila jetra in ledvice, kakor nam pričajo zdravniški podatki iz tedanje dobe. Pa tudi dr. Pavel Sorbait, zdravnik cesarice Eleonore, soproge cesarja Ferdinanda III., ki je prvi seznanil zdravniško vedo s slatinskimi vrelec, ko je leta 1679. objavil v svojem delu „Praxis medica“ sijajne rezultate, dosežene z zdravljenjem rogaške slatine na Dunaju, je dobavil vodo iz tega na zunaj tako priprostega vrelca. Kmalu za tem znamenitim delom je počel z raziskavanjem rogaške slatine dr. Benedikt Gründel, mestni fizik v Mariboru, ki je leta 1685. spisal velikansko delo o balneološkem pomenu rogaške slatine v latinščini, a že 2 leti pozneje je izdal nemško pisano knjigo: „R o i t s c h o c r e n e das ist: „etüsführliche Beschreibung des in Unter-Steyer weit berühmten Rohitscher Sauerbrunn, in welcher alle und jede Mineralien, Eigenschafften und Wirkungen nach Galenischer und Chymischer Lehr examinirt mit Auflösung vieler nothwendigen Fragen entdeckt werden, sambt einem nützlichen Bericht, wie mann, wie lang, und in was für Zuständen dieser Brunn ausserlich und innerlich sei zu gebrauchen, auch wie mann sich in Diaet und Krankheiten Zufällen verhalten soll.“ Knjiga obsega 400 strani z 48 poglavji. Na 100 straneh obravnava kemijo, na ostalih pa balneologijo, ki nam daje zelo zanimivo sliko tedanjega lečenja. Kot oboževalec „božanske pijače“, kakor dr. Gründel imenuje rogaško slatino, je dal duška svojemu čustvu s pesmijo, ki počne z besedami:

„Nicht weit vom heiligen Creutz ein edler Brunn entspringet,
Der dem erkrankten Leib die Gesundheit wieder bringet“ ...

in končuje

„Er ist wahrhaftig ja ein Göttertrank zu nennen,
Wie solches immerdar viel Tausend thun bekennen
Er ist ein Schatz im Land, dem Steyermark ein Zier
Ein Kleinod der Natur, drum trink und solcñ's probier“.

„Praxis medica“ in „Rohitschocrene“ sta bili največji in najzanimivejši deli o rogaški slatini v balneološkem in kemijskem oziru do današnjega dne. Zato ni čuda, da je takrat začela pridobivati ta daleč naokrog znana mineralna voda na svojem dobrem imenu in je v tisti dobi stala steklenica slatinske vode na Dunaju 1 goldinar 15 krajcarjev. Toda radi malobrižnosti raznih poznejših lastnikov vreleca je dobro ime vode začelo pešati, dokler ni dobila enajstorica dunajskih lekarnarjev l. 1721. „privilegium privativum“ za izvoz in prodajo slatine v Avstriji in v njeni prestolnici.

Kakor sta bila dr. Pavel Sorbait in dr. Benedikt Gründel duševna propagatorja rogaške slatine, ki sta na znanstveni, balneološki podlagi obrazložila medicinski vedi velikanski zdravilni pomen slatinskih vrelecev, tako so dunajski lekarnarji v tehničnem oziru postavili zopet važen spomenik v zgodovini zdravilnih vrelecev v Rogaški Slatini. Bodisi, da je vladala pred tem časom neka mistika o nedotakljivosti takih čudodelnih naravnih zdravilnih vrelecev, bodisi, da je bila nevednost tedanjih faktorjev kriva, da se ni izboljšala higijska stran zdravilnega vreleca, dejstvo je, da so novi lastniki šli brez oklevanja preko tega „noli me tangere“ in so leta 1752. z vso, za tedanje čase občudovalno točnostjo zajeli vrelec na strokovnjaški način, podrli staro, votlo vrbo z žlebom, ki je toliko let napajala bolne in ki jo je opeval dr. Benedikt Gründel v svojem delu: „Roitschocrene“. Ne samo, da je od takrat naprej vladala čistoča in red okoli vreleca, tudi voda sama je od takrat postala čista in brezhibna, v kemijskem zdravilnem oziru je pa ostala ista „božanska pijača“, kakor jo je svoječasno označil dr. B. Gründel. S tem so dosegli velikanski izvoz te v tedanjih časih najbolj znane mineralne vode in v znak hvaležnosti postavili l. 1752. v bližini vreleca krasen spomenik zaščitniku mineralnih vrelecev, sv. Janezu Nepomuku, ki stoji še dandanes na svojem mestu, docela nepoškodovan in na kojem čitamo tele besede: „Sancto Joani statua a Collegio pharmaceutico Austriaco-Viennensi structa“.

Pred tem spomenikom sv. Janeza Nepomuka smo obhajali letos 200-letno slavje zajetja naših zdravilnih vrelecev, ki dajejo zdravje v isti meri in z istim učinkom, kakor pred 200 leti, bolnemu občinstvu. In v tisočerihih srcih onih, ki so tukaj našli svoj najvišji blagor — svoje zdravje, odmeva nadaljnja želja pred tem spomenikom:

Le sipaj nam zdravje iz zemlje globin
In čuvaj nam vrelece zdravilne,
Deležen vsakteri naj bode trpin
Zdravilnosti Tvoje, obilne.

Tovariši!

Cilji Rdečega križa in pota za njih doseg so gotovo poznana vsakemu od nas. O tem ne morem dvomiti.

Vendar se ponovno ugotavlja, da je baš med zdravniki zelo malo aktivnih pobornikov idej Rdečega križa. Rdeči križ upravičeno pričakuje sodelovanja baš od zdravnikov. Smatram, da je dolžnost vsakega nacijonalno in socijalno čutečega tovariša, da sodeluje pri tej veliki mednarodni, a tudi izrazito nacijonalni organizaciji, ki stoji pod pokroviteljstvom Njegovega Veličanstva kralja.

Očitek, da se baš naši zdravniki tako malo udejstvujejo v Rdečem križu, je sramoten za ves zdravniški stan, ali je na žalost v veliko primerih upravičen.

Tovariši, oklenimo se Rdečega križa, pokažimo naše nacijonalno in socijalno sočustvovanje in naj ne bo nobenega med nami, ki ne bi bil član, odbornik in predavatelj ter sodelavec v širjenju samaritan-skih in socijalnih idej Rdečega križa.

V Ljubljani, dne 1. decembra 1932.

Dr. Mavricij Rus.

Ein Beitrag zur Bazillenlehre.

Verfasst und vorgetragen von Dr. Fr. Keesbacher bei dem am 6. September 1885 zu Ehren des 80. Geburtstages des Gerichtswundarztes Andreas Gregorič abgehaltenen Commers.

*Freut Euch des Lebens, so lang das Lämpchen glüht,
So sang einst arglos froh des Dichters heiteres Gemüt.
Er hatt' es leicht zu freuen sich der Frühlingsluft,
Des kühlen Trunks am Quell, zu atmen Blumenduft.
Er ahnte nicht, das jeder Atemzug, dass jeder Schritt des Fusses.
Verderben und Gefahren bringt in Mitte des Genusses.
Auch wir, des Fortschrittes erbarmenswerte Kinder,
Wir freuten uns des Daseins gern nicht minder;
Doch uns vergällt die Lebenslust das tiefere Verständnis:
Nicht ungestraft genießt der Mensch vom Baume der Erkenntnis.
Wohl schreiben in die Ferne wir und hören mit dem Blitze,
Und fliegen vogelgleich empor zum Wolkensitze;
Mit heissem Wasser fahren wir von Land zu Land,
Der Raum, der sonst uns trennte, er verschwand.
Und was sich birgt in unbekannter Dinge Schoss,
Das Unsehbare sehen wir jetzt riesengross.
Doch is'ts da nun nicht besser ja mit uns bestellt,
Denn ach — Erkenntnis hat das Leben und vergällt.
Wo sonst der Dichter sah begeistert Blüth und Blum,
Da sehen wir den kranken Keim, das Oidium.
Vom Rebensaft sang der Dichter einst in Saus und Braus.*

Wir sehen bestürzt Phylloxera, die Rebenlaus;
Der Dichter sang von Frühling einst und Blütenduft,
Wir finden Pilze und Bakterien in einem Liter Luft.
Die Milch hat arglos einst den Hungrigen genährt,
Wir sehen drin den Pilz, durch den sie sauer gährt;
Das Weltall ist uns ein bakterienschwangerer Raum,
Wer all das weiss, getraut sich ja zu atmen kaum.

Doch ach was hilft da alles lamentieren,
Die Sache ist mal so, daran lässt sich nicht rühren!
Ohnmächtig ist der Mensch mit seinem Willen,
Drum beugen wir in Demüt uns vor den Bazillen.
Die Pilze kennen wir, und hat das Mittel man gefunden
zu töten sie, dann müssen wir gesunden.
Der Zukunft Panacee, ich nenne sie mit Rührung,
Sie ist der Mikroorganismen Sterilisierung.
Nimm einen Sterilisierungstrichter vor den Mund
Und Deine Lunge bleibt gesund.
Und wenn Du trinkst und wenn Du isst
Sieh nur, dass Du beileibe nicht vergisst,
Dass Alles, bevor es zwischen die Zähne geht,
Gehörig lang im Thermostaten steht.

Drum schwör ich für die neue Theorie, damit ichs offen sage,
Doch ungelöst scheint mir noch eine Frage.
Des Leibes Weh, des Hirns geistige Anlage,
Sie treten entschieden hereditär zu Tage,
Und mögen Sie Ihr Haupt noch so bedenklich schütteln,
Die Bazillen sind es, die Heredität vermitteln.
Drum sagt das Volk mit unbewusst ahnenden Gefühl.
Vom Ueberspannten, er hat einen „Sporn“ zu viel.
Bazillus ist der Krankheit Erreger,
Zugleich auch der Vererbung Träger;
Doch fragt mich nicht warum und wie,
Das ist eben das Geheimnis der Bazillentheorie!
Ich will, damit Sie mich nicht Phrasenhelden heissen,
Das Ganze durch ein eklatantes Beispiel schnell erweisen.

Es ist Ihnen bekannt, dass der Vater unseres Jubilar
Ebenfalls ein Jünger Aeskulaps war,
Ein Arzt, darüber ist ja weiter nichts zu sagen,
Das kommt noch vor in unseren Tagen.
Dem Sohne, unsrem Jubilar, stand die Welt doch offen,
In jedem Stande konnt er bessre Zukunft hoffen.
Doch handelnd unter unwiderstehlichem Zwange,
Ergab er sich dem unbewussten Drange,
Und was ihm unausweichlich schien, das tat er,
Er wurde wieder Arzt, gleich seinem Vater.
Doch höret weiter, auch dieser hatte das Glück,
Dass ihm tüchtige Söhne gewährte das Geschick,
Von diesen Söhnen, unglaublich klingt die Mähre,
Erwarben zwei sich des Doktorates Ehre.

Sonsten fürchtet das gebrannte Kind das Feuer,
 Doch drei Generationen Aerzte, das ist ja ungeheuer!
 Der Casus ist pathologisch, was meinen Sie?
 Erklärbar nur durch die Bazillentheorie.
 Des Grossvaters Bazillus pflanzte fort
 Den medizinischen Generationensport.
 Wird da nicht beizeiten sterilisiert, so geht der pathologische Hang
 Weiss Gott — noch fort ein Jahrhundert lang.
 Doch wenn die künftigen Gregorič so wie die ersten gedeihen,
 Dann können wir uns über den casus pathologicus freuen.
 Ein Mann wie Vater Gregorič, ein Mann von Erz,
 Der jugendfrisch sich 80 Jahre lang erhielt das Herz,
 Der ungebrochen an Geist und Körperkraft
 Noch heute als Jugendgreis Gutes schafft,
 Geliebt von den Seinen, geachtet von allen,
 So lass ich mir 80 Jahre gefallen.
 Ihr aber, meine werte Kollegenschaar,
 Toastet mit mir auf den Jubilar.
 Hoch lebe das heutige Kollegium,
 Vorallem das Hereditätstrifolium!
 Doch, meine Herren, vergessen Sie nie,
 Die neueste Phase der Bazillentheorie!

Gornjo priložnostno pesnitev, ki jo objavimo v malo skrajšani obliki, nam je prepustil g. prim. dr. Gregorič, ki je sam že zelo blizu svoji 80-letnici.

DNEVNE BELEŽKE

Umrl je dne 5. okt. t. l. rektor zagrebškega vseučilišča prof. dr. Josip Belobrč. Zadela ga je kap ravno, ko je hotel otvoriti kongres jugoslovanskega in češkega ortopedskega društva.

Zbor lječnika Hrvatske, Slavonije i Medjimurja dela z vso energijo na tem, da bi čimpreje začel graditi zdravniški dom v Zagrebu. V ta namen obstoja od leta 1950. naprej „zadruga za podizanje liječniškoga doma“, ki je do danes že nabrala okrog 650.000 Din. Najmočnejši zadrugar je zdravniška zbornica za savsko banovino, ki je na seji dne 16. okt. t. l. enoglasno sklenila, da se odobri ponovni prispevek v višini 250.000 dinarjev. Posamezni zadrugni delež znese 200 Din. Nekaj za premišljevanje našim kolegom iz dravske banovine ob 70letnici zdravniškega društva. Pa mogoče tudi nekaj za posnemanje!

Zelo zanimiv spor je nastal med bolniško blagajno za privatne nameščence Merkur v Zagrebu in zdravniki-specijalisti te blagajne. Ti so namreč dobivali mesečni honorar od 3.175 Din, poleg tega pa pavšalni honorar za posebne dajatve, kakor operativne posege, rentgenološke preiskave in slično. Pod pretvezo štedenja je pa meseca junija t. l. predlagala zdravnikom znižanje honorarja za ca. 55% tako, da bi mesečno prišlo na enega zdravnika samo ca. 2000 Din. Na ta predlog so prizadeti zdravniki odgovorili s kolektivnim odgovorom. Predali so namreč zadevo zdravniški zbornici za savsko banovino ter gospodarski sekciji Zbora lječnika. V polni uvidevnosti dalekosežnosti takega udarca ne samo za trenutno prizadete tovariše, temveč za vse zdravnike sploh, sta zbornica in sekcija zastavila

ves svoj vpliv in dosegla tudi prav zadovoljivo rešitev. Nagrada je v glavnem ostala nespremenjena. Liječniški Vjesnik — glasnik za staleška pitanja — zato upravičeno ugotavlja: Uspeh, v kolikor je dosežen, bi bil nemogoč, ako bi bili prizadeti tovariši ostali zvesti stari praksi individualnega reševanja nastalih sporov. Zato se mora naglasiti, kako je ta metoda (kolektivna) edino pravilna za obrambo naših stanovskih interesov in da jo je treba uporabiti v vsakem slučaju tudi v bodočnosti.

Organizacija tečajev dunajske medicinske fakultete zopet opozarja gg. zdravnike na **zdravniške nadaljevalne tečaje**, ki se redno vršijo tekom celega študijskega leta. „Kursbüro d. Wiener mediz. Fakultät“ Wien I. Helfferstorferstr. 1 daje dragevolje vsa podrobna pojasnila.

Znani naš onkolog prim. dr. I. Cholewa je prejel od „instituto de medicina experimental para el estudio y tratamiento del cancer v Buenos Aires“ vabilo, da naj sodeluje pri posebni, raku posvečeni, izdaji tamošnjega medicinskega časopisa „Accion medica“. Kakor je to vabilo častno in zasluženno za našega učenjaka, tako je razveseljivo za slovensko zdravništvo sploh. Zdravniški Vestnik pa je ponosen, da sme šteti g. dr. Cholewo med redne svoje sodelavce.

Poraba kokaina, ki je po vojni ogromno narasla, je v zadnjem času začela hitro nazadovati. Po neki statistiki je padel izvoz koke iz Jave od 1.707.438 kg v letu 1920 na 318.189 kg leta 1931 ali pa poraba kokaina od 255.000 kg na 4.800 kg.

Dne 16. septembra 1932. je umrl po dolgotrajni bolezni **Sir Ronald Rose**, eden najslavnejših in najuspešnejših raziskovalcev tropičnih bolezni. Velik kot zdravnik je bil Sir Ronald Ross redko univerzalen človek, izboren matematik in celo lirik in romancier. O njegovi izredni plodovitosti priča število njegovih del. objavil je namreč 54 znanstvenih del o „malariji“, poleg tega celo vrsto matematičnih člankov ter 17 večjih del beletristične in splošne vsebine. Po njem se imenuje novi zavod za raziskovanje tropskih bolezni v London-u, ki ga je od njegove ustanovitve leta 1926 do smrti sam vodil kot prvi ravnatelj.

V Ljubljani je oktobra t. l. začel izhajati nov mesečnik „Fotoamater“, ki obeta postati po svoji vsebini, kakor tudi po svojih reprodukcijah prav izboren list, ki se tudi fotoamaterjem med zdravniki prav toplo priporoča.

Gospod tovariši! Tvrde, ki oglašujejo v Zdravniškem Vestniku, so v vsakem oziru posebno priporočljive, zato krijte svojo potrebo pri teh tvrdkah. Vedno pa, ko 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.

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

+++

IZ UREDNIŠTVA

Zahvala in vabilo uredništva.

Za pričujočo številko „Zdravniškega Vestnika“ sta bila zanimanje in odziv izredno velika. S tem je zopet podan najboljši dokaz za potrebo in upravičenost samostojnega znanstveno-strokovnega glasila slovenskega zdravništva.

Velikodušna podpora kr. banske uprave, zdravniške zbornice za dravsko banovino ter slovenskega zdravniškega društva je omogočila povečani obseg te številke. Vsem tem podpornikom izraža uredništvo svojo najtoplejšo zahvalo.

Kljub tem podporam pa sredstva niso zadostovala, da bi se v tej številki objavili vsi članki, ki so bili namenjeni za njo. Tako so morala izostati sledeča važna dela.

Prof. dr. Kogoj: Racionalna terapija sifilide.

Prim. dr. Jenko-dr. Merlak: Nekaj statistike o uporabi in učinku chinina in solovohina pri pljučnicah.

Prof. dr. Zalokar: Slavnostni govor.

Dr. T. Furlan: Kultura Kochovega bacila (Haemokultura).

Dr. J. Peršič: Kretanje poliomyelitide v dravski banovini.

Dr. R. Sfiligoj: Donos k terapiji ventricularnega in duodenalnega ulcusa.

Dr. T. Ravnikar: Iz kazuistike težkih obolenj po askaridih.

Dr. A. Slivnik: O cepljenju proti škrlatinki.

Dr. St. Černelč: Ali narašča število rakastih obolenj tudi v Sloveniji?

Dr. Fr. Radšel: Diabetes in tuberkuloza.

Dr. R. Neubauer: Pobijanje tuberkuloze na deželi.

Dr. J. Krauland: Slučaj oralne sepse.

Vsi ti članki se bodo objavili v prihodnjih številkah „Zdravniškega Vestnika“. Gg. avtorje pa prosim, da nam blagohotno oprostete neprosto voljni izostanek.

Ker s to številko obenem zaključimo 4. letnik „Zdravniškega Vestnika“, si štejem v dolžnost, izraziti najtoplejšo zahvalo vsem gg. sodelavcem in podpornikom, obenem pa tudi upanje, da nam ne bodo odrekli svojega dragocenega sodelovanja v prihodnjem letu. To sodelovanje naj omogoči v prvi vrsti redno izhajanje, potem pa še nadaljnji razvoj „Zdravniškega Vestnika“. Pa tudi vse ostale gg. tovariše prisrčno vabim za sodelovanje!

Vsem prijateljem lista vesel Božič in srečno novo leto!

Uredništvo.

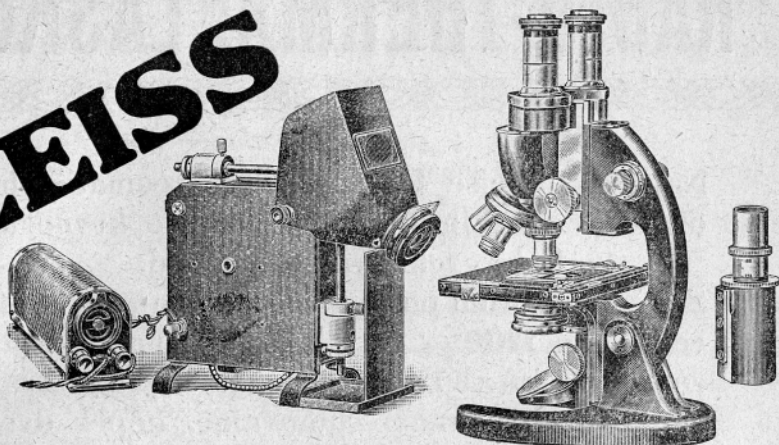
Nadaljne denarne prispevke so poslali: dr. Arko, Št. Vid nad Ljubljano
Din 20, dr. B. Stuhec, Ptuj Din 30. — Pristrčna hvala.

Prihodnja številka izide 1. koncem januarja 1933.

Urednik in izdajatelj: Dr. R. Neubauer — Golnik.
Tiskajo: J. Blasnik nasl. Univerzitetna tiskarna in litografija d. d. v Ljubljani.
Odgovoren L. Mikuš.

Za preiskavo živih bakterijev in suhih preparatov

ZEISS



opreme za mikroskopiranje v temnem polju

Karioidkondensator po Siedentopf-u

Parabolkondensator po Siedentopf-u

„Leuchtbild“-kondensator za suhe
preparate

Mikrofotografične opreme

Prospekte brezplačno pri



ali Gen. zastopstvo za Jugoslavijo

M. Pavlović, Beograd

Mil. Draškovića (Sremska) ulica 9. Telefon 23.500.



**BIOLOŠKA BAZA
ODUPIRANJA**

TUBERKULOZAMA

Cholibiol

CHLORHIDRAT CHOLINA R. & C. ZA PODKOŽNE INJEKCIJE

Prema radovima Profesora I. CARLES-a i Doktora
F. LEURET-a (Communication à l'Académie de
Médecine - 18 février 1930)

Jedna injekcija svaki drugi dan. Hemijski čist
preparat; bez ikakve toksičnosti; ubrizgavanje
bezbolno.

JEDINI PREPARAT POD FIZIOLOŠKOM I KLINIČKOM
KONTROLOM AUTORA.

LABORATOIRES ROBERT & CARRIÈRE, 37, Rue de Bourgogne, PARIS (7^e)

Glavni depo za Jugoslaviju Laboratorium francuskih farmaceutskih specijaliteta

A. GOLDSTEIN & E. RABINOVICI - BEOGRAD. - ZAGREBAČKA UL. BR. 7-9

RADIO-THERMA, LAŠKO

Najučinkovitejše lečenje išiasa, reumatičnih obolenj, ženskih boleznj. Znižanje krvnega tlaka, rekonvalescenca itd.

S 1. septembrom početek sezone. Za pavšalno ceno Din **1100**— se nudi popolna oskrba za 20 dni in za Din **600**— za 10 dni. (Štiri-krat dnevno hrana, stanovanje, kopel, dve zdravniški preiskavi. Vštete so tudi vse takse. Prospekte in informacije na zahtevo od
uprave zdravilišča.

Okrevališče „Jadran“ - Rab

Primerno za rekonvalescente po težkih operacijah, za anemične, telesno izčrpane bolnike, kronične bronhitide, škrofulozo in zaprto kostno tuberkulozo itd. Milo morsko podnebje. V posezoni od 15. septembra do 30. aprila pavšalna oskrbovalnina za 20 dni Din **800**—. Za 10 dni Din **450**— (petkratno dnevno hrana in stanovanje).

Informacije na zahtevo od
uprave okrevališča.

NOVE KNJIGE centralnega higijenskega zavoda v Beogradu:

Dr. Branimir Maleš: **Antropološka izpitavanja** . cena Din 10'—

Dr. Jovanović-Batut: **Prirodni prirast stanovništva Srbije** „ „ 10'—

Dr. Božidar Bajić: **Pšenice Južne Srbije, — fizička svojstva, hemijski sastav, cecivost** „ „ 20'—

Vse tri knjige, ki predstavljajo važna znanstvena dela odličnih naših učenjakov na podlagi izredno obširnega materiala, najtopleje priporočamo. **OCENA SLEDI!**

Knjige se dobe pri centr. higijenskem zavodu v Beogradu ter pri vseh večjih knjigarnah

Jugoslovensko Siemens d. d.

oddelek za šibki tok

Ljubljana, Dunajska cesta 1b

Moderno lečenje, svetlobna terapija, ultravijol časti žarki, živo-srebrne kremenske svetiljke prof. Bicha original Hanau.

Zahtevajte ponudbe ozir. brezplačen obisk specialista.

DESINFEKCIJSKA SREDSTVA:



SANITOL (Liquor cresoli saponatus)

SANOFORM (Liquor formaldehydi saponatus)

SANEOLIN (Acidum carbolic. crud. sap.)

KARBOLNE KISELINE — FORMALIN — MAZAVO MILO I. T. D.

„CHEMOTECHNA“ družba z o. z., Ljubljana, Mestni trg 10

Ves ovojni material (vatc, staničevino, hidrofilno gazo, obveze vseh vrst in velikosti itd. itd.) kakor tudi vse specialne higijenske predmete in sanitetni material **kupi zdravnik najbolje in najceneje pri tvrdki** **Kocjančič & drug** **Domžale, tekstilna industrija, tovarna bolniškega perila**

Kupujte pri domačih tvrdkah!

Pension Grintovec - Preddvor

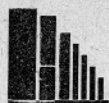
V idilični legi s krasnim parkom, s terasami z razgledom na savinjske planine in Karavanke je gotovo ena najlepših penzij v Sloveniji.

Ves komfort, izborna hrana, izredno **nizke, času primerne cene!** Sijajni sprehodi in izleti, prilika za **zimski sport!** Predvsem pa mir za bolne živce!

To vse nudi Pension Grintovec - Preddvor, železn. postaja Kranj. Sprejema samo lahko bolne (anaemija, neurastenija, astma, bronchitis) in rekonvalescente. **Pljučna tuberkuloza strogo izključena.**

Zdravnik v neposredni bližini.

Rentgen filme



vse znamke
vse velikosti
(tudi male 3x4 in 4x5cm)
vse kemikalije

potem vse kar spada
k fotografiji v

Drogeriji Gregorič, Ljubljana, Prešernova ul. 5

Gospod kolega!

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



Kdo nam bo pomagal, če si sami ne pomagamo?

Zato javite takoj svoj pristop in naslov



Dr. E. DEREANI
LJUBLJANA, KONGRESNI TRG ŠT. 14

in priložite krstni, odn. poročni list.

Raveplast

edini donatori Collemplastrum adhaesivum album in radi tega za

30 % cenejši

od inozemskih, pogostoma manjvrednih preparatov.

S predpisovanjem in redno rabo Raveplasta in Brzoplasta pomagate domači delavnosti in prispevate k ublaženju krize. Bolnikom pa olajšate uporabo radi nizke nabavne cene. Vzorce pošiljamo interesentom brezplačno.

RAVE kemijsko-farmaceutvska d. d., Zagreb.

Brzoplast

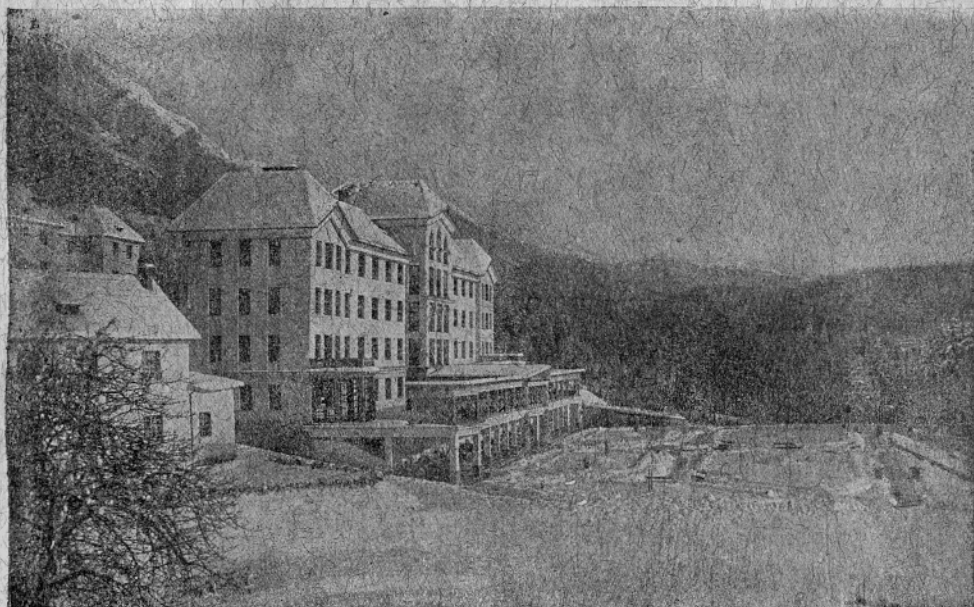
je obliž za prvo pomoč ter obstoja iz Raveplasta z vložkom impregnirane gaze. Je ravnotako za

30 % cenejši

od inozemskih znamk.

Zdravilišče Golnik

za bolne na pljučih.



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

3 oskrbni razredi.

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

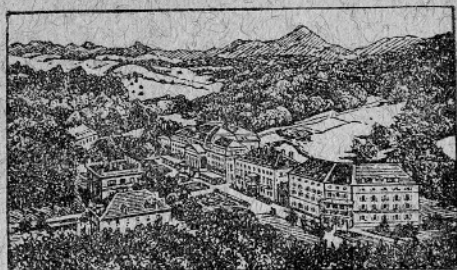
Vse informacije daje uprava zdravilišča Golnik.

Pošta - telefon - brzojav: Golnik.

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

ZDRAVILIŠČE ROGAŠKA SLATINA

**Najlepše in najbolj moderno
urejeno zdravilišče kraljevine.**



Svetovno znani zdravilni vreli:

„Tempel“ - „Styria“ - „Donat“

**Zdravljenje vseh želodčnih in
črevesnih bolezni, bolezni srca,
ledvic in jeter.**

Sezona od 1. maja do 30. septembra.

**Maj, junij in september, naj-
boljši čas za uspešno in ceno
zdravljenje.**

**Koncertira vojaška godba. Največa
udobnost. Na železnici znatni popusti.
Ugodne zveze. Razpošiljanje
mineralne vode.**

Zahtevajte prospekte.

**Ravnateljstvo zdravilišča
Rogaška Slatina.**