

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA

OŽJI UREDNIŠKI ODBOR

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

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

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

LETNIK XIII

LJUBLJANA, JANUAR 1941

ŠTEV. 1

KEMIKA D. D., ZAGREB

priporoča svoje preizkušene preparate:

KALMOPYRIN

Najdovršenejši preparat acetilosalicila. Kot kalcijeva sol acetilosalicilne kisline ima vsa njena zanesljiva delovanja, ne izziva pa pri tem nobenih nezaželenih učinkov. Kalcijeva komponenta povečava antiflogistični efekt in deluje **sedativno**, odlična topljivost pa omogoča brzo resorbcijo in dodajo Kalmopyrina k infuzom, solucijam itd.

KALMOPYRIN je zato zanesljivi in popolnoma neškodljivi **antipiretikum**, **antirevmatikum** in **analgetikum**.

KALMOPYRIN je preparat za dnevno recepturo, s katerim boste vedno zadovoljni.

KALMOPYRIN deluje enako, ako se predpisuje v obliki tablet ali praška.

Tablete po 0,5 g (škafila z 10 ali 20 tabletami). Prašek za recepturo.

SOLPHEDRIN

Sirup prijetnega okusa, ki vsebuje naravni Ephedrin, Codein in Papaverin ter aktivne tvarine *Herbae Thymi*. Glavno težišče tega preparata je položeno na doziranje. Uspelo je najti optimalne doze, ki imajo pričakovano delovanje in nimajo nezaželenih učinkov.

Daje se odraslim 2—4 krat dnevno po 1 kavina žlička, otrokom pa 1—3 krat po $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ kavine žličke po starosti.

Predpisujte dobre domače preparate!

Vsebina prvega zvezka

√ Dr. F. Mikič in dr. B. Salamun: Umrljivost dojenčkov v ptujskem okraju	1
Viktor K. Musek: Naš okraj	6
Dr. S. Rakovec: K članku dr. R. Kukoveca: »Kakšne rezultate nam da indigokarmin in preiskava vode na ureo v ledvični diagnostiki«	13
Dr. R. Kukovec: H kritiki na moj članek o indigokarminu in preiskavi vode na ureo v ledvični diagnostiki	17
Dr. Z. Prošek: Peroralno zdravljenje gonoreje z Albucidom	20
Dr. M. Černič: Vejalische za naše strokovno besedje in izrazje	23
Zitja in bitja: Prof. dr. Jožef Škoda	25
Vprašanja — Odgovori	25
Iz zdravniškega slovstva	26
Nove knjige	37
Iz zdravniških društev	38
Drobiž	40
Iz uredništva in uprave	40

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

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

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

KNJIGARNA KLEINMAYR & BAMBERG V LJUBLJANI MIKLOŠIČEVA CESTA 16

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

ADOLF MOSTBECK

ZASTOPNIK MEDICINSKE KNJIGARNE

URBAN & SCHWARZENBERG

BE O G R A D, OBILIČEV VENAC 32/1.

se priporoča gospodom zdravnikom
in dobavlja vso medicinsko literaturo

**najcenejše,
najhitrejšo,
ob ugodnih plačilnih
pogojih**

Profilaktično in terapevtično pri angini, hripi, difteriji

mesto grgranja



Silargetten

O. P.
— 40 kom.
din 27.—

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

Cardiazol-Chinin «Knoll»

Kod pneumonije,

bronhopneumonije, gripozne pneumonije, lobarne pneumonije

u početku 1—3 puta na dan intramuskularno po 1 ampulu, a kasnije se daje 3 puta dnevno po 1 bobica.

Kod bronhitisa, gripe

2—3 puta dnevno po 2—3 bobice; a takodjer i za profilaksu. Prema potrebi 1 ampulu.

Kod primarne slabosti trudova,

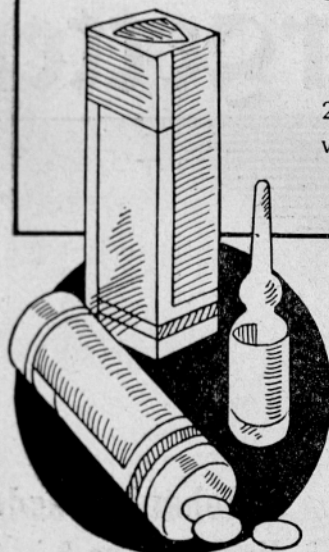
osobito u prvom razdoblju (otvorenje), kod preranog puknuća mjehura, febrilnog pometa

svakog sata po 1 bobicu, do najviše 4 bobice. Parenteralno: 3 ampule u razmacima od 20—40 minuta.

Kod hiperkineza srca,

paroksizmalne tahikardije, ekstrasistoličke aritmije, prenadraženosti srca

2—3 puta dnevno po 2—3 bobice, odnosno jedan do više puta dnevno po 1 ampulu.



Cardiazol-Chinin-Bohnen »Knoll«. Orig. pakovanje sa 20 bobica. Jedna bobica sadržaje 0,05 g Cardiazola + 0,1 g Chinin. hydrochloric.

Cardiazol-Chinin-Ampullen »Knoll« po 1,1 ccm. Orig. pakovanje sa 5 ampula.

1 ccm sadržaje 0,1 g Cardiazola + 0,25 g Chinin. lact.

Glavni zastupnik za Jugoslaviju: Mr. DRAŠKO VILFAN, Zagreb, Ilica 204.

KNOLL A.-G.

Kemičke tvornice, LUDWIGSHAFEN am Rhein.

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA

LETNIK XIII

LJUBLJANA, JANUAR 1941

ŠTEV. 1

Iz odseka za vitalno statistiko Šole za narodovo zdravje v Zagrebu (šef odseka dr. F. Mikič)

Umrljivost dojenčkov v ptujskem okraju

Dr. Fedor Mikič in dr. Branko Šalamun

S 5 kartogrami.

Uvod.

Življenjska bilanca petnajstih povojnih let dokazuje, da število Slovencev skromno, vendar sorazmerno racionalno narašča, tako da naravni prirastek ni posledica velikega števila rojstev pri visokem številu smrti. Dočim velja to za svobodni del Slovenije kot celoto, se človeška življenja potratno zapravljajo na našem agrarnem vzhodu, na slovenski periferiji. Najnegativnejšo postavko v tem smislu prispeva k vprašanju o našem biti ali ne biti prebivalstvo ptujskega okraja, ki plačuje svoj ne majhen naravni prirastek leto za letom dražje. V ptujskem okraju se je rodnost znižala v manjši meri kot sicer v Sloveniji, tako da se je n. pr. od trilettja 1924.—26. do trilettja 1933.—35. povzpela — med povprečno rodnostjo v drugih srezih dravske banovine (brez prebivalstva mest Ljubljane, Maribora, Celja in Ptuja) — od sedmega na četrto mesto. V istem razdobju se je umrljivost v ptujskem okraju zvišala in ker se je istočasno drugod v Sloveniji znižala, je padel okraj glede splošne umrljivosti s šestnajstega na štiriindvajseto, t. j. zadnje in najslabše mesto. Umrljivost se je zvišala predvsem na račun umiranja za tuberkulozo in umiranja dojenčkov. Z ozirom na tuberkulozo so bile prilike od l. 1921. pa vse do l. 1929. v dobri polovici slovenskih okrajev, v letih 1931. do 1935. pa samo še v dolnjelendavskem okraju slabše kot v ptujskem. Z ozirom na umrljivost dojenčkov, ki se je pri nas po vojni vidno popravila, stoji danes najslabše ptujski okraj, zato ker v njem ne vidimo prav nobenega zboljšanja, v kolikor ni sedaj še slabše. K starim bolezenskim nadlogam, katerih v našem okraju že od nekdaj ni manjkalo, zato, ker so v zvezi s starostno strukturo prebivalstva, z vinorodnostjo zemlje in s pijači naklonjeno miselnostjo ljudi, se je torej pridružilo novo poslabšanje na prav tistih področjih zdravstvenega skrbstva, kjer so bili doseženi najznatnejši uspehi v Sloveniji! V rubrikah umrljivosti za »kapjo in srčno napako«, za uboji in smrtnimi nezgodami je zavzel ptujski okraj v skoraj vseh petnajstih letih mesto s povprečno najvišjimi letnimi številkami. V trilettju 1933.—35. mu je pripadla povrh vsega še najvišja umrljivost za rakom in sarkomom in v petletju 1931.—35. relativno najvišje število samomorov v Sloveniji (brez navedenih štirih mest). Zdi se, da smemo povsem upravičeno smatrati ptujski okraj za okraj z najnižjim zdravstvenim standardom v Sloveniji.

V tem domačem predelu so se strnile v akutno in karakteristično bolezensko sliko skoraj vse posamezne komponente, ki igrajo najvažnejšo vlogo v kompleksnem problemu velike umrljivosti dojenčkov v Jugoslaviji sploh. Opis tega izredno zanimivega in instruktivnega socialno-medicinskega »primera« je nastal po nekakem konziliju, pri katerem so sodelovali starejši kolegi, ki delajo že leta na terenu, predvsem gg. Peče in Vrečko. Podatke je obdelal v statističnem laboratoriju »Škole narodnog zdravlja« v Zagrebu kolega g. A. Mandl.

Do sedaj objavljene uradne zdravstvene številke ne odkrivajo vpliva pestrih geografskih, etnoloških in socioloških lokalnih prilik, zato ne, ker se nanašajo na okraj kot administrativno celoto. Njegovo ozemlje pa pripada trem različnim krajevnim področjem — Slovenskim goricam, Dravskemu polju in Halozam —, ki so tekom stoletij oblikovala svoje prebivalstvo vsako po svoje.

Zemlja.

Ptujsko polje in Haloze sta dva ekstrema.

Polje je razsežna, rodovitna nižina, s približno 50% orne zemlje, z najbogatejšim pridelkom koruze, krompirja in čebule (luka) v Sloveniji, z bogato svinjerejo, z dobrimi travniki in pašniki za govedo in konje, s sklenjenimi vasmí obcestnega tipa, z važnimi prometnimi žilami, nekaka Bačka v malem, precej gosto naseljena (80—90 prebivalcev na km²), s sorazmerno ugodno razdelitvijo zemljiške posesti. Domačini so lastniki vse zemlje razen sklenjenih, razsežnih gozdnih kompleksov. Borovi gozdovi pokrivajo še vedno približno celo četrtino Dravskega polja.

Haloze so povsem drug svet. Izredno razbito, križem razčlenjeno, sončno terciarno gričevje, z vinogradi na prisojnih in mešanimi gozdovi na osojnih pobočjih, z malimi krpami njiv nad globokimi grabami in ozkimi, zamočvirjenimi haloškimi dolinicami. Sklenjenih naselbin ni, v središču šestih večjih haloških občin stojijo ob cesti cerkev, župnišče, šola in dve, tri trgovine z gostilnami. Približno 15000 Haložanov prebiva v viničarskih in gornjskih bajtah, na gosto raztresenih po vrhovih, ob gosposkih zidanicah, ki se šopirijo nad vsemi večjimi goricami. Na haloški lapornati zemlji je zorelo vino skozi stoletja gospodi. V novejši dobi je prešlo največ zemlje v tuje roke v letih 1885.—95., potem ko je trtna uš uničila stare nasade in pomagala takratni veliki ofenzivi nemškega meščanstva proti našemu življu. Ko je haloško kvalitetno vino izgubilo v obilici cenejših vin z juga svoje staro dobro ime, se je razvedelo širom domovine za Haložane, najrevnejšo in najpasivnejšo plast slovenskega podeželja. O haloški bedi in viničarskem vprašanju se je dosti pisalo. Porast vinskih cen bi prilike popravil, ne izpremenil bi jih pa v bistvu. Prehod k drugim zemljiškim kulturam in radikalno zamenjavo zemljiške posesti si je lažje zamisliti kot izvesti. Značaj haloške zemlje in značaj Haložanov, dva odločilna faktorja, oba silovito zakoreninjena in vztrajna, stavljata abstraktnim načrtom svoje konkretne meje.

Slovenske gorice — tretja krajevna enota — segajo v okraj s svojo jugovzhodno tretjino, s približno 30000 prebivalci. Tu so gorice le postranska zemljiška kultura, ki jo je Bog dal Prlekom povrh k vsemu drugemu, kar jim zraste na njihovih širokih in prijaznih slemenih. Večji del trdnih Slovenskih goríc leži v mariborskem in ljutomerskem okraju. V ptujskem jih preseka na dva dela zamočvirjena dolina Pesnice, kjer je svet mnogo bolj polanski kot goriški, na vzhodnem kraju, v slovutih Jeruzalemskih goricah je pa zemlja približno takšna kot v Halozah in prilike nemara še slabše.

Ljudje.

Kot se razlikujejo Haloze od Polja, tako se razlikujejo Haložani od Polancev. Verjetno je, da so današnji Polanci potomci različnih ljudskih skupin, ki so jih velika preseljevanja narodov vrgla v te izrazito prehodne kraje, v podaljšku panonske nižine in na pragu Sredozemlja. Haložani so najbrže enotnejšega izvora, za kar govore položaj in značaj haloške zemlje na robu Hrvatskega Zagorja, enoličnejše rasne poteze in preprostejša, zágorski sorodna mentaliteta haloškega prebivalstva. Življenje na Polju in v Halozah je s svojimi vsakdanjimi, vztrajnimi, elementarnimi potrebami in zahtevami stopnjevalo neke človeške lastnosti in slabilo iz roda v rod druge, manj nujne in manj željene.

Polanci so razvpiti kot pretepači, pravdači, bahači. Poboji in pokolji so med polanskimi fanti nekaka praznična narodna lastnost, »izraz naravne, ponosne — toda nezrele bojevitosti, dokaz primitivnosti, vrzeli v kulturi«. Gospodarji se tožarijo za kokoš in zapravljajo tisočake za nič, v objestnih trenutkih, kadar se postavljajo pred drugimi. Ohranjeni prastari ljudski običaji, kot n. pr. kurentovanje ob pustu, so značilni radi svoje grobe elementarnosti. Ingolič je našel na Polju, v Dornavi, snovi za svoje »Lukarje«, ki so jih napadali radi »naturalizma«. Ptujski gasilski župi je bilo prijavljenih v triletnju 1936.—38. s področja Haloz 13, s področja Slovenskih goric 50, s področja Dravskega polja pa 121 požarov. V teku treh let je torej gorela približno vsaka 295., 130., oz. 37. hiša, predvsem na Polju, zažgana največkrat radi zavarovalnine ali iz sovraštva.

Haložani so mehke narave, dovzetni in nestanovitni, dobri ljudje. Njihov dialekt je pojoč in zategnjen, pesem melodična, praznovanja sentimentalna. Ker so živeli vedno odvisni — tudi samostojni lastniki zemlje so morali vino, skoraj edini pridelek, prodati ali zamenjati za kruh — so postali servilni, le neke na dnu srca so ostali puntarji. Pasivna rezistenca jim je prirojena, še ob ugodni priliki se ne prerinejo daleč. Redki posamezniki, ki so iz haloške revščine prišli v šole, skoraj sami bistri ljudje, niso vzdržali v svojih poklicih. Večne revolucionarje je zlomilo okolje.

Družbeno in narodnostno so čustveni Haložani vsekakor prej negativen tip kot trdoglavi Polanci. Haložani so svojo zemljo izgubili — Polanci jo krčevito držijo. V Halozah propadajo zapuščene bajte izseljencev — Polanci si »butajo« nove hiše. Še najbolj je družabno uspevanje v skladu z osebnim napredovanjem v Slovenskih goricah, deželi zlate sredine, ki je dala Slovencem pomembne osebnosti na zelo različnih področjih.

Slovenjegoričani so predvsem dobri gospodarji. Čeprav so vernejši kot bolj vnanje krščanski Polanci in bolj indiferentni Haložani, in čeprav niso takšni sužnji zemlje kot kmetje s Polja, bi se vendar rajši zvezali s hudičem kot prepustili svojo posest drugim. Ti kraji ob meji so domovina praktičnih organizatorjev in politikov (Korošec), znanstvenikov (Miklošič, Murko, Ilešič), cerkvenih in upravnih oblastnikov (Missia), pa tudi umetniških natur (Žabota, Meško, Cajnkar, Kocbek, Kreft). S ptujske gimnazije je v 22tih povojnih letih izšlo približno 80% maturantov-kmečkih sinov iz Slovenskih goric; s Polja 18% (pretežna večina iz ene same občine, Sv. Marka) in iz Haloz komaj 2%.

Posameznikove in narodne značilnosti je mogoče presojati zelo različno, z različnih vidikov in z različnimi nameni. Mi bi hoteli — v skladu z namenom — spoznati in razumeti miselnost domačinov z vidika zaščite otrok, zato ker smatramo, da ne more uspeti nobeno socialno-medicinsko prizadevanje, ki ne

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

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

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

CAMPHOSOL INJEKCIJE 10% vodena raztopina sulfoniranega pre-

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

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

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

CAMPHOSOL-CHININ DRAŽE, Camphosol 0.10 in Chinin 0.10

HYDROGEN TABLETE, Hydrogenium hyperoxidatum v trdnem stanju vsebuje 35% H_2O_2 . Pakirano v cevkah po 10 in 20 tablet à 1 gr

KEMIJSKO FARMACEVTSKI LABORATORIJ

MIŠKOVIĆ IN KOMP.

BEOGRAD, Sarajevska ulica 84.

PRI PREHLADIH

angini, bronhitisu, hripi, pljučnici

„Calcium Sandoz“

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

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

I p e c o p a n

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

Literaturo in
vzorce pošilja:



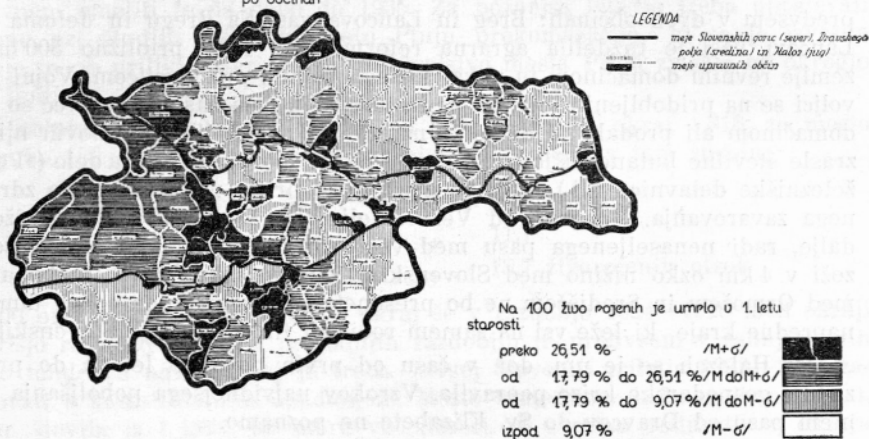
SANDOZ A.G., Basel (Švica)

Splošna umrljivost in rodnost sta torej v manjši meri kot um. doj. odvisni od vseh tistih vplivov, ki menjajo zdravstveno stanje našega kolektiva in o katerih bomo še govorili. Zato so podatki o um. doj. preciznejši zdravstveni kriterij kot n. pr. podatki o splošni umrljivosti.

UMRLJIVOST DOJENČKOV V SREZU PTUJ

V LETIH 1911–1914

po občinah



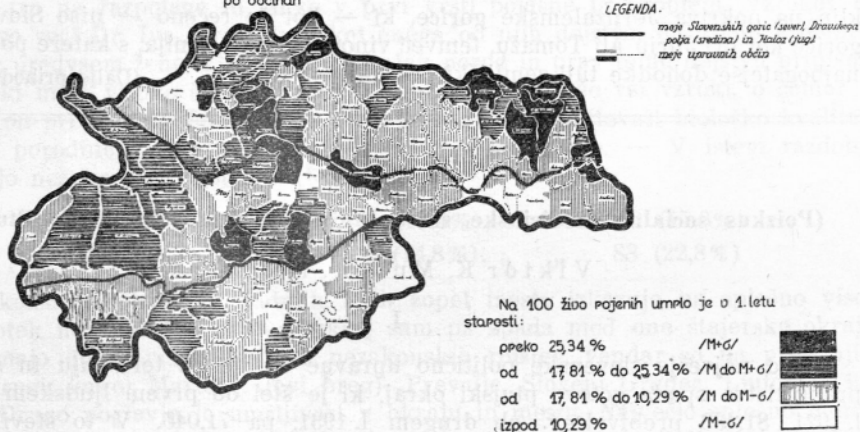
Kartogram 1.

Skladna razdelitev um. doj. v obeh trilettjih, prikazana na kartogramih 1. in 2. je v glavnih obrisih vsekakor značilna, zlasti še zato, ker bi slučajnostne številke — ob naših nizkih absolutnih številkah³ in v kratkem razdobju treh

UMRLJIVOST DOJENČKOV V SREZU PTUJ

V LETIH 1931–1933

po občinah



Kartogram 2.

³ V l. 1931. je znašalo število vseh novorojenčkov v najmanjši slovenjgoriški občini (Desenci s 121 prebivalci) komaj 2, v najmanjši polanski občini (Mala vas z 232 preb.) 7, in v najmanjši haloški občini (Skorišnjak z 287 preb.) 11. V treh največjih občinah (Vurberg s 1420 preb. — Sv. Lovrenc na Dr. p. s 1678 preb. — Ptujška gora s 1325 preb.) se je l. 1931. rodilo 34, 43, oz. 58 otrok.

zaporednih let — mogle sliko zabrisati. Ta skladnost in pa povezanost sosednih občin v ploskve s približno enako um. doj. dokazujeta vztrajnost zakonitosti, ki je na delu. Predel Slovenskih goric, Polja in Haloz vsak zase seveda ni homogen, vendar je njihova heterogenost manjša kot se to zdi na prvi pogled.

Umrljivost dojenčkov je visoka zapadno od Ptuja in okrog Sv. Marka na vzhodnem Dravskem polju, to je tam, kjer je Polje najširše in najbolj izrazito. Sklenjeno temno ploskev preseka v povojnem triletju pas z nizko um. doj. predvsem v dveh občinah: Breg in Lancova vas. Na Bregu in deloma tudi v Lancovi vasi je razdelila agrarna reforma leta 1922, približno 500 ha orne zemlje revnim domačinom in nekaj malega vojnim prostovoljcem. Vojni prostovoljci se na pridobljenih treh oz. petih hektarjih niso naselili, temveč so zemljo domačinom ali prodali ali oddali v najem. Na nekdanjih Lippittovih njivah so zrasle številne butane hišice, iz katerih hodijo mošje v mesto na delo (»Petovio«, železniške delavnice itd.). Njihove družine so prišle na ta način do zdravstvenega zavarovanja. Vzhodno od Vel. Nedelje (oz. že od Sv. Marjete niže Ptuja dalje, radi nenaseljenega pasu med vzporednimi dravskimi rokavi) se Polje zoži v 4 km ozko nižino med Slovenskimi goricami in Dravo. Nizka um. doj. med Ormožem in Središčem ne bo presenetila nikogar, kdor pozna tamkajšnje napredne kraje, ki leže vsi na samem robu ali tik ob vznožju Slovenskih goric.

V Halozah se je um. doj. v času od prvih povojnih let pa do prvih let zadnje gospodarske krize popravila. Vzrokov najvidnejšega poboljšanja v srednjem pasu od Dravcev do Sv. Elizabete ne poznamo.

Sicer je v Halozah nakazana večja um. doj. v predelih:

1. kjer je odstotek tuje zemljiške posesti večji,
2. kjer je naseljenost na km² manjša,
3. kjer prevladujejo kočarji nad posestniki.⁴

V Slovenskih goricah se je um. doj. p o s l a b š a l a, in to predvsem v dveh okoliših, ki sta narahlo zarisana že v prvem in ostro očrtana v drugem kartogramu. Zapadna črna lisa pokriva v glavnem Pesniško dolino, ob kateri segata polanska zemlja in polanska miselnost globoko v Slovenske gorice, vzhodni klin pa pokriva Jeruzalemske gorice, ki — kot že rečeno — niso Slovenske gorice kot pri Jurju ali Tomažu, temveč vinogradniška zemlja, s katere poberejo najbogatejše dohodke tuji zemljiški lastniki.

(Dalje prihodnjič.)

Naš okraj

(Poizkus socialno medicinske skice ptujskega okraja in mesta Ptuja)

Viktor K. Musek, medicinec

I.

Med največje slovenske politično upravne okraje po teritoriju in številu prebivalstva spada gotovo ptujski okraj, ki je štel ob prvem ljudskem štetju l. 1921. 81.433 prebivalcev, ob drugem l. 1931. pa 71.045. V to število ni všteto samo mesto, ki je l. 1921. štel 4.449, l. 1931. pa 4.261 prebivalcev. Padec števila prebivalstva v okraju od l. 1921. do 1931., ki znaša celih 10.388 prebivalcev, moramo pripisati predvsem odcepitvi dela ptujskega okraja l. 1923., ki je pripadel okraju Šmarje pri Jelšah in ki je l. 1923. štel 12.208 prebivalcev.

⁴ Primerjano s kartogrami iz neobjavljene študije F. Mikič: Haloze.

Srednje število prebivalstva se je gibalo:

1. 1921. v okraju:	60.298	—	v mestu:	4.437
1. 1931. „ „	71.086	—	„ „	4.257
1. 1935. „ „	71.801	—	„ „	4.185 prebivalcev.

Ker sem pri pregledovanju socialno medicinskih prilik v ptujskem okraju navezan v prvi vrsti na statistike »Higienskega zavoda« v Ljubljani, se moram v glavnem omejiti le na dobo do 1935. Za poznejša leta je treba upoštevati posebno pri študiju prilik v mestu Ptuj prekomasacijo, ki se je izvršila pozneje in ob priliki katere se je prebivalstvo mesta Ptuja zvišalo na okroglo 8.000 ljudi.

Absolutni prirastek prebivalstva od 1921 znaša za okraj 1.816, za mesto pa izgubo 188. Rodnost v ptujskem okraju se je gibala v tem smislu:

1. 1921. v okraju:	32,1	—	v mestu:	19,1
1. 1931. „ „	30,7	—	„ „	11,7
1. 1935. „ „	26,5	—	„ „	18,7 živorojenih otrok

na 1000 prebivalcev. Medtem ko je okraj še v razdobju 1924—1926 med okraji z najvišjo rodnostjo, kaže v prihodnjih razdobjih in predvsem v zadnjih letih tipično tendenco navzdol, saj je treba v vsej Sloveniji triletnje 1933—1935 zaznamovati s katastrofalnim upadanjem. Mesto samo sicer kaže majhen porast, vendar števila iz 1. 1921. ne more več doseči. V zvezi z rodnostjo v okraju moram navesti tudi nekaj podatkov o mrtvorojenih in nezakonskih rojstvih. Medtem ko je bilo v razdobju 1921—1925 vsega skupaj v okraju rojenih 12.328 otrok je bilo mrtvorojenih 294 (2,4%), v mestu rojenih 403 otrok, mrtvorojenih 18 (4,5%); v razdobju 1931—1935 pa v okraju rojenih 10.430 otrok, mrtvorojenih pa 209 (2,0%), v mestu 386 otrok, mrtvorojenih 54 (7,1%). Posebno visoko je število mrtvorojenih otrok v mestu, saj je za Celjem najslabši med mesti prav Ptuj. Vsekakor bodo tukaj podrobna raziskovanja nujno potrebna in so zato predvsem poklicani merodajni faktorji v mestu samem, ki imajo sredstva na razpolago in lahko v prvi vrsti pojasne ta problem. Vzrokov bo gotovo več! Dr. Ivo Pirc navaja kot enega od njih dejstvo, da gredo v bolnico rodit predvsem žene, ki pričakujejo težak porod in prav temu dejstvu pripisuje v neki meri visoko številko. Vendar gotovo niso to še vsi vzroki, o čemer je tudi on prepričan. Menim, da bo treba predvsem upoštevati biološko kvaliteto žena porodnic v mestu in vzroke, ki vplivajo na njo. — V istem razdobju kažejo nezakonska rojstva sledečo sliko:

1921—1925 v okraju:	1874 (15,2%),	v mestu:	63 (15,6%)
1931—1935 „ „	1543 (14,8%),	„ „	88 (22,8%)

nezakonskih rojstev. V zadnjih letih zopet mesto izkazuje na splošno visok odstotek nezakonskih rojstev. okraj sam pa spada med one štajerske okraje, ki imajo dokaj visok odstotek nezakonskih rojstev, vendar so pa pred njim še drugi, kakor Maribor (levi breg), Prevalje, Slovenj Gradec, Ljutomer itd.

Drugo poglavje je umrljivost v okraju in mestu. Največjo splošno mortaliteto v Sloveniji so imeli trije okraji in med njimi je tudi ptujski okraj. Mortaliteta je znašala nad 17 na 1000 prebivalcev. Statistična slika izkazuje za okraj:

1921—1925 vsega umrlo	3657 ljudi, letno povpr.	1219, na 1000 preb.	17,4%
1931—1935 vsega umrlo	3899 ljudi, letno povpr.	1299,6, na 1000 preb.	18,1%

za mesto pa:

1921—1925 umrlo domačinov 466, letno povpr. 155,3 na 1000 preb. 35,57%

1931—1935 umrlo domačinov 384, letno povpr. 128,0 na 1000 preb. 30,45%

Med slovenskimi mesti je zopet Ptuj na prvem mestu ali vsaj med prvimi. Splošna umrljivost za nekatera leta:

1921 v okraju: 23,3, v mestu: 12,8 (samo domačini!)

1931 „ „ 20,5, „ „ 11,5 „ „

1935 „ „ 17,4, „ „ 10,3 „ „

To je med slovenskimi okraji za okrajem Dol. Lendava največja splošna mortaliteta, ki nas končno ne sme toliko začuditi, če si ogledamo prav ob njej v glavnih obrisih socialno in gospodarsko, pa tudi geološko strukturo ptujskega okraja.

II.

Geološko moramo ptujski okraj razdeliti v dva dela: ravninski predel, ki obsega Ptujsko ali Dravsko polje in ravninske predele ob Dravi od Ptuja naprej, — in gričevnat svet Haloze in Slovenskih goric. To sta geološko popolnoma raznolika svetova. Haloze in Slovenske gorice pretežno ilovnat hribovit svet, ki je silno slabo preskrbljen n. pr. s pitno vodo in drugimi potrebami. Ptujsko polje in ostali ravninski predel je predvsem naplavina (v veliki meri) Drave, ki se tod (posebno v zgornjem delu Ptujkega polja) razlije v mnoge stranske tokove in tvori močvirja, ki so postala v zadnjem času n. pr. po ugotovitvah raznih institucij gnezdišča anophelesa, saj je bilo n. pr. v zadnjem času mogoče v teh predelih ugotoviti tukaj nastalo malarijo.

Tej geološki razdelitvi približno odgovarja tudi socialna in gospodarska razdelitev: ravninski predel Podravja, Haloze in Slovenske gorice. Za nas sta važni obe strukturi in si poskušajmo narediti razpredelnico, ki bo obe začrtala v glavnih obrisih:

Predel:	Socialna:	Gospodarska:
Ravninski	kmetje, kmetški proletariat,	srednje in male kmetije, zelo malo veleposestev
Haloze	viničarji, bajtarji, mali posestniki	vinogradi, sadovnjaki, nekaj gozda, zelo malo polja
Slovenske gorice	viničarji, mali posestniki, bajtarji	vinogradi, sadovnjaki, nekaj gozda, po dolinah polje

Pretežno večino prebivalstva tvorijo kmetški proletariat, bajtarji (nekak proletariat vinorodnih predelov) in viničarji. Torej mali ljudje, ki se morajo trudoma iz dneva v dan riniti z največjim naporom. Njihov položaj je obupen, saj n. pr., da upoštevamo in si ogledamo le zaslužek, zaslužijo dnevno za deset ali enajsturno delo osem do deset dinarjev (t. j. 0'80 do 1— din na uro!) in ne uživajo nobenih socialnih zaščit in dobrin, kakor n. pr. industrijski delavec. Vsekakor bi bila velika nujnost urediti socialno zavarovanje in zaščito kmetškega proletariata in pri tem upoštevati seveda tudi bajtarje po vinorodnih predelih, ki imajo še slabši položaj kakor kmetški proletariat v ravninskem predelu.

*Pri bolečinah
za pomirjenje*

Neopan
„Farmik“

NOVI DOMAČI PREPARAT

VSEBUJE VSE ALKALOIDE OPIJA

V prahu, kot 2%-na raztopina,
v ampulah z 0,02 in 0,04 g v 1 ccm,
tablete z 0,01 in 0,02, supozitoriji z 0,02 g

NEOPAN - KOMBINACIJE

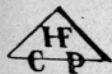
NEOPAN - ATROPIN - INJEKCIJE jakost I in II

NEOPAN - SCOPOLAMIN - INJEKCIJE, jakost I in II

TOVARNA KEMIČNIH IZDELKOV V HRASTNIKU D. D.

KEM.-FARM. ODDELEK

HRASTNIK



Travmatične okvare

Sestavino glicerina in joda ali borove kisline smatrajo mnogi zdravniki kot naravnost idealno sredstvo za oskrbo odprtih ran.

Verjetno je malo preparatov, pri katerih je kombinacija sestavnih delov tako popolna ter proporcionirana in ki izpolnjujejo vse zahteve zadovoljive obveze za rane kot

ANTIPHLOGISTINE

**uničuje bakterije,
preprečuje vnetje,
blaži bolečine**

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., New York, U. S. A.

»STERILAB« Engleska Hemijsko-Farmaceutska Laboratorija,
Braće J. Jovanovića, Beograd, Knez Mihailova ul. 33

Industrijskega delavstva je v okraju zelo malo, ker ni razvite industrije. V okolici Ptuja je nekaj majhnih tekstilnih obratov in tovarna strojil v Majšperku — to je vse. Nekaj se jih vozi na delo (predvsem iz Ptujkega polja) v Maribor.

Položaj kmeta je pa prav tako slab, kajti bil je močno prizadet po gospodarski krizi. Kmetije so v veliki večini zadolžene, pasivne in skorajda neren-tabilne.

Zdravstveno skrbstvo je pomanjkljivo. Vzrokov je zelo mnogo. Med najvažnejšimi je gotovo dejstvo, da nimamo socialnega odnosno zdravstvenega zavarovanja za kmetško delavstvo. Do izraza pa prihaja tudi potreba preureditve javnega zdravstvenega skrbstva, kajti za položaj kmetov, predvsem malih kmetov, je norma uradne ocene ubožnosti mnogo previsoka in je potrebna revizije. Zaradi nje se velika večina ljudi, ki je zdravljenja potrebna, ne more zateči k zdravniku, odnosno se ne more zdraviti.

III.

Po vseh teh uvodnih zarisih si lahko ogledamo ptujski okraj in mesto Ptuj nekoliko podrobneje s posebnim ozirom na njuno zdravstveno strukturo. Tu prihajajo v poštev seveda najvažnejše ljudske (morebiti celo narodne) bolezni, kakor so n. pr. umiranje dojenčkov, jetika, rak itd. Ptujski okraj je v tem pogledu med najslabšimi v Sloveniji, kolikor sploh ni najslabši. Sicer nam bo pa podroben pregled v tem pogledu lahko odkril prav zanimive stvari.

Kap in srčna napaka. Dr. Ivo Pirc pravi v svoji knjigi »Zdravje v Sloveniji (I. del), ko obravnava problem umrljivosti za kapjo in srčnimi napakami: »slabši od najslabših je Ptuj okolica — 534 primerov smrti na 100.000 prebivalcev.« Poglejmo statistično sliko za nekatera leta:

1921 v okraju:	33,1	—	v mestu:	114,9	(skupaj s tujci)
1931 „ „	59,2	—	„ „	202,0	„ „ „
1935 „ „	48,6	—	„ „	78,8	„ „ „

na 10.000 prebivalcev. Posamezna razdobja: 1929—1923 je v okraju umrlo skupaj od kapi in srčnih napak 810 (povprečno letno 270,0), v mestu 147 (povprečno letno 49,0); od 1933—1935 pa v okraju 1149 (povprečno letno 383), a v mestu 112 (povprečno letno 37,3).

Umrljivost za kapjo in srčnimi napakami je največja v vinorodnih okrajih (razen okraja Prevalje) in se tako ni mogoče izogniti sumu, da igra odločilno vlogo v tem pogledu problem alkoholizma, ki si ga oglejmo podrobneje v okviru tega poglavja. V zadnjih letih je n. pr. mesto Ptuj porabilo za vse socialne dajatve okrog 517.000—dinarjev, medtem ko je izdalo za alkohol okroglo milijon dinarjev (to samo v enem od zadnjih let!!!). Še slabše je v okolici, predvsem v Halozah in Slovenskih goricah. Srečali smo že problem nezakonskih rojstev, kjer igra alkohol odločilno vlogo. Podrobnejša raziskovanja za haloške župnije so mi dokazala, da je tod največ nezakonskih otrok spočetih v zimskih mesecih, ko imajo ljudje doma vino. V zvezi z alkoholizmom, pa moram posebno za Haloze še posebno poudariti revščino. Tukaj je beda posebno v zimskih mesecih tako huda, da dajejo starši celo otrokom za zajtrk preden gredo v šolo kruh namočen v žganju ali vinu. Posledice so razumljive in logične. Sicer bomo pa morali upoštevati problem alkoholizma še v drugih poglavjih, predvsem pa pri rasti umrljivosti za jetiko in umrljivosti dojenčkov.

Svoj velik vpliv ima alkoholizem še na drugo zlo: na umore, uboje in smrtne nesreče. Ptujski okraj ima zraven Brežic najvišje število umorov in ubojev. Povprečno letno število za okraj znaša 12,2 (na 100.000 prebivalcev 17,8), za mesto pa 4,6 (na 100.000 prebivalcev 8,06). Prav enako je s smrtnimi nesrečami, ki jih izkazuje okraj v razdobju 1931—1935. 1831 (povprečno letno 36,6), mesto pa 26 (povprečno letno 5,2).

Največjo umrljivost izkazuje zopet na Slovenskem ptujski okraj za rakom in sarkomom. Statistična slika je tukaj v toliko nejasna in nesigurna za dokončne trditve, ker več kakor polovice mrličev na Slovenskem ne vidi in ne ugotovi vzroka smrti zdravnik. Enako ali morda celo še slabše je tudi v ptujskem okraju. Vendar je nekaj števil na razpolago:

1921 v okraju:	51	—	v mestu:	12
1931 „ „	86	— „ „		12
1935 „ „	72	— „ „	10 na 10.000 prebivalcev.	

Kje so zopet vzroki? Brez dvoma v prvi vrsti v zmanjšani biološki odpornosti in zmogljivosti prebivalstva. Kaj pa zopet vpliva na biološko odpornost: Pomembni vzroki so gotovo: revščina, alkoholizem, pomanjkanje možnosti zdravljenja, neurejene higienske razmere itd. Vedno prav za prav ista in enaka pesem!

Posebno poglavje ptujskega okraja je pa umrljivost dojenčkov. Okraj spada zopet med najslabše v Sloveniji (brez dvoma je ta okraj v Sloveniji na najslabšem!). Posebno v zadnjih letih, ko se položaj drugod izboljšuje, ne moremo v ptujskem okraju zaslediti nobenega izboljšanja, raje še poslabšanje. Sicer si pa oglejmo nekaj števil za zadnja leta, ki bodo to trditev in resnico najlepše dokazale in argumentirale. Na 100 živorojenih otrok je umrlo v prvem letu življenja:

1921 v okraju:	14,9	—	v mestu:	10,6
1931 „ „	16,8	— „ „		13,8
1935 „ „	16,4	— „ „		12,0

Prav visoka je pa umrljivost dojenčkov po prvem mesecu življenja. V okraju umira po prvem mesecu življenja od vseh živorojenih otrok 568 ali 32,8% (po prvem letu življenja 1729), v mestu pa 15 ali 50% (po prvem letu življenja 30). V vsem okraju so najslabše Haloze, za katere je dr. Milko Peče ugotovil, da tam umre vsak peti novorojenec — torej vsak peti porod zastonj.

Vzroki za tako visoko umrljivost leže gotovo predvsem v skrajno pomanjkljivi negi in prehrani dojenčkov. Svoj pomemben vpliv ima alkohol, saj je n. pr. Jagodic izračunal, da v vinorodnih predelih pije povprečno 64% nosnih žena redno vino — kar se za Haloze skoraj pravi, da pije vsaka nosna žena.

Isto kakor za Haloze velja v veliki meri tudi za Slovenske gorice.

Jetika, ki je zajela v zadnjem času predvsem kmetijski proletariat in male ljudi sploh, je tudi v ptujskem okraju zelo visoka postavka, saj je za dolnjelendavskim okrajem ptujski okraj najbolj jetičen v Sloveniji.

V razdobju 1921—1923 je v okraju umrlo za jetiko 542 (povprečno letno 174,6), v mestu pa 21 (povprečno letno 7,0); v razdobju 1933—1935 pa v okraju 469 (povprečno letno 156,3), v mestu 18 (povprečno letno 6,0) ljudi. Ako še

pregledamo posamezna leta in umrljivost za jetiko na 10.000 prebivalcev, dobimo sledečo statistično sliko:

1921	je	umrlo	v	okraju:	23,4	—	v	mestu:	18,0
1931	„	„	„	„	25,0	—	„	„	11,7
1935	„	„	„	„	19,6	—	„	„	16,7 prebivalcev.

Vsekakor ostaja v ptujskem okraju jetika še vedno zelo važen in pomemben faktor, ki mu bo treba posvečati vso pažnjo in skrb. Upoštevati moramo, da pride, če upoštevamo ugotovitve dr. R. Neubauerja, na vsak smrtni primer za jetiko v Sloveniji najmanj pet primerov težko odprte tuberkuloze. To se za Haloze n. pr. za razdobje 1921—1923 pravi: izguba 2710 delovnih moči, kajti dejstvo je, da v najvišji meri bolehajo in umirajo za jetiko posebno na Ptujskem polju in v Halozah, pa tudi v Slovenskih goricah, ljudje v najboljših letih.

Bistvene vzroke bo treba po mojem mnenju in opazovanju iskati v skrajnem pomanjkanju, ki vlada v teh predelih. Ako bomo hoteli znižati odstotek umrljivosti za jetiko v ptujskem okraju, bo nujno potrebno najpreje urediti gospodarsko stran n. pr. haloškega problema. Če bi imeli ljudje tukaj vsaj v neki meri primerno hrano (o prehrani nekoliko podrobneje pozneje), bi bilo že mnogo storjenega za izboljšanje vprašanja jetike, pa tudi brez dvoma še drugih bolezni. V poštev prihajajo še drugi vzroki, vendar sem prepričan po svojih opazovanjih, da so gospodarski in socialni bistvene važnosti.

Pri pregledu ljudskih bolezni je treba še omeniti akutne nalezljive bolezni, kjer znova Ptuj in ptujski okraj izkazujeta najslabše ugotovitve. Davica je v razdobju 1932—1936 dosegla 25,74% vseh obolenj v mestu. Umrljivost je bila v posameznih razdobjih sledeča:

1920	je	umrlo	v	okraju:	—	—	v	mestu:	—
1930	„	„	„	„	4,70	—	„	„	12,91
1936	„	„	„	„	1,47	—	„	„	20,03 na 10.000 prebivalcev.

Posebno mesto zaznamuje visok porast. Upoštevati pa moramo seveda, da del smrtnih primerov za škrlatinko, ki jih zaznamuje mesto, odpade na smrti v bolnici, kamor so se pa zatekli tudi težje bolni iz okolice in vsega okraja.

Tako bi bil v najbolj grobih potezah zaznamovan pogled na najvažnejše ljudske, oziroma narodne bolezni in njihov odmev v ptujskem okraju in mestu Ptuj. V poštev prihajajo še gotovo druge, vendar so manj pomembne. Omeniti je treba še močno razvit kretinizem v haloških predelih okoli župnije Žetale. Vzroki gotovo leže v zelo slabi preskrbi s pitno vodo.

IV.

Prav na kratko si moramo še ogledati prehrano v ptujskem okraju in mestu Ptuj.

Dr. Ivo Pirc ugotavlja v knjigi »Socialni problemi slovenske vasi« (I. zvezek), da je v ptujskem okraju hrana mešana, prevladuje pa vegetabilna. Na Ptujskem polju uživajo kruh iz ržene, pšenične in ponekod tudi iz koruzne moke. V Slovenskih goricah prevladuje predvsem kruh iz ržene moke, vendar uživajo tudi kruh iz ječmenove in ajdove moke. Haložani pa uživajo redkokdaj kruh, ker ga morajo v veliki večini kupovati, kolikor ga pa pridelajo doma je iz ržene in koruzne moke. Po dr. Pirčevih ugotovitvah pride: na Ptujskem

polju na osebo dnevno 250—400 gr kruha, $\frac{1}{4}$ kg mesa (ob praznikih, kolinah, težkem delu); v Slovenskih goricah manj kruha in manj mesa; v Halozah obojega minimalna količina. Predvsem v Halozah prevladuje skoraj vedno glad, ki je, kar poudarja tudi dr. I. Pirc, gotovo eden od glavnih vzrokov tako slabega zdravstvenega stanja.

Za Haloze posebej bi še omenil, kar sem naznačil že preje, da se pogosto zgodi, da spečejo slab koruzni kruh, ki ga nadrobijo v skledo in polijejo z vinom ali žganjem. To jim je navadno jutranja in večerna hrana. Sam sem imel priliko v ljudski šoli v Sv. Vidu pri Ptujju podrobneje spoznati vprašanje prehrane šolskih otrok iz Haloz in pogosto sem srečal primere, da so se pred odhodom v šolo (pot iz Haloz do šole je za večino otrok dolga in traja od pol do eno uro ali še več) posebno v zimskih dneh nahranili s tako pripravljeno mešanico. Pomanjkanje je tukaj tako veliko, da hrane navadno niti ne solijo, ker soli ne morejo kupiti. V nekaterih predelih uporabljajo rdečo živalsko sol.

Takoj tukaj naj poudarim, da bi bile predvsem v Halozah in Slovenskih goricah nujno potrebne v posameznih šolah kuhinje za šolske otroke. Pouk navadno traja v višjih razredih v zimskih, poznih jesenskih in zgodnjih pomladanskih mesecih čez poldne. Edina hrana, ki jo uživajo ti otroci opoldne, je kos kruha, ki ga prinesejo s seboj, oziroma si ga izprosijo od sošolcev ali pa sploh ostanejo brez vsega. Merodajni faktorji bi morali že takoj, ko so razmere spoznali, ukreniti vsaj najbolj potrebne ukrepe, da se položaj vsaj delno izboljša.

V.

Končno si še prav na hitro oglejmo zdravstveno skrbstvo v Ptujju in ptujjskem okraju.

V vsem ptujjskem okraju imamo: banovinsko bolnico v Ptujju, privatno bolnico križarskega reda v Ormožu, protituberkulozni dispanzer v Ptujju, zdravstveni dom (predvsem dečji dom) na Ptujjski gori in zdravstveni dom v Ptujju, ki pa še z delom do danes ni začel. Ako k tem institucijam dodamo še banovinske zdravnike, ki so delno naseljeni v mestu Ptujju, delno po severovzhodnem predelu ptujjskega okraja (predvsem Podravje in Slovenske gorice), so to vse socialno medicinske, oziroma zdravstvene institucije, ki jih v okraju in Ptujju kjer posluje še ekspozitura OUZD, premoremo.

Poudariti moramo dejstvo, da odločno primanjkuje banovinskih zdravnikov v Halozah in na Ptujjskem polju. Edini banovinski zdravnik, ki je v tem predelu naseljen zunaj na terenu, je na Ptujjski gori. Vsi ostali banovinski zdravniki, ki jim je prideljen teritorij Haloz in Ptujjskega polja, stanujejo v Ptujju, kamor je iz Haloz n. pr. najmanj osem kilometrov. Večkrat so nujno potrebne zdravnikove intervencije in zdravnik je v mestu, ki je daleč. Zgodi se, da je pogosto v takšnih primerih zdravnikova pomoč prepozna. Popolnoma drugače je v predelu Podravja in Slovenskih gorice, kjer imamo na terenu naseljene štiri banovinske zdravnike.

Za tuberkulozne (predvsem pljučno tuberkulozo) imamo na Vurbergu pri Ptujju sanatorij, ki je last Ruskega Rdečega križa. Sanatorij lahko za sedaj sprejme 75 oseb v zdravljenje. Seveda je zdravljenje večini jetičnih bolnikov otežkočeno, ker ni na razpolago potrebnih sredstev, ki jih zahteva takšno zdravljenje.

Potrebe so seveda ogromne. Najpreje je nujno potrebna načrtna in sistematična asanacija vasi v ptujjskem okraju. Z njo je treba prav tako reševati gospodarsko vprašanje ptujjskega okraja, ki je močno pasiven. Potem pride

razširitev ptujske bolnice, ki mora nujno dobiti oddelek za tuberkulozne, ki ga naj vodi specialist za tuberkulozo, in oddelek za otroške bolezni, ki ga naj prav tako vodi pediater-strokovnjak. Nujno je potrebno odpreti dečji dom v Ptuj, ki naj ima svoje ekspoziture v posameznih važnejših krajih okraja. Prav tako bi bila nujna zadeva nekaj bolniških sob pri protituberkuloznem dispanzerju v Ptuj, kjer bi naj najbolj potrebni in revni dobivali vsaj umetni pneumothorax, kjer bi bil potreben. Seveda je potem še mnogo potreb, vendar so našete najnujnejše in jih narekujejo prilike v okraju in mestu. Merodajni krogi so v prvi vrsti poklicani, da o vsem tem izdelajo končno že sistematičen načrt in ga začno takoj tudi energično uresničevati.

*

Za poizkus socialno-medicinske skice bi bilo vse to v glavnem dovolj. Odpira se seveda na vseh straneh nešteto vprašanj, ki bi jih bilo treba podrobneje obdelati in raziskati, vendar to sega že preko okvira takšnega poizkusa.

Če je ta groba skica prikazala položaj v tem z zorišča socialno-medicinskih prilik najslabšem okraju v Sloveniji, je brez dvoma dosegla namen, ki sem ga imel pri pisanju. Samo tega in nobenega drugega vidika nisem upošteval ob tem poizkusu.

S L O V S T V O

Dr. Ivo Pirc: »Zdravje v Sloveniji« (I. in II. del) — Socialni problemi slovenske vasi (I. zvezek) — Socialno ekonomski institut — Dr. R. Neubauer: Tbc — Jetika. — Dr. F. Mikič: Slovenija v luči tablice redosleda umiranja.

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

(Glej Zdrav. vest. št. 11./1940.)

Dr. Slavko Rakovec

Avtorjevi zaključki o nedostatkih indigokarmina v ledvični diagnostiki so povsem točni. O tem obstoja danes že obširna literatura. Vsakdo, ki se bavi z urologijo, bi lahko navedel številne primere ledvičnih obolenj (tbc., ledvični kamni, ledvični tumorji), kjer hromocistoskopija ni pokazala nobenih sprememb. Pri internih, nefritičnih obolenjih — kjer bi radi difuznosti obolenja pričakovali obratno — nam indigokarmin celo praviloma največkrat pokaže normalne vrednote in radi tega nima pri teh obolenjih ta metoda nikake vrednosti. Vendar ne bi bilo pravilno, odrekati indigokarminski metodi mesto, ki ga danes — upravičeno lahko trdim, skoro po vsem svetu — zavzema v urologiji. Vedeti je namreč treba, da do danes sploh še nimamo metode, ki bi z zanesljivostjo pokazala okvare in delozmožnost posameznih ledvic. Ledvice so kompliciran organ z mnogostevilnimi funkcijami. Ohranjati morajo konstantnost ozmotičnega pritiska in molekularne koncentracije v krvi, konstantnost razmerja posameznih številnih soli v krvi in konstantnost aktualne reakcije v krvi. Nemogoče je torej, da bi katera posamezna funkcionalna metoda zajela vse te različne funkcije, ledvično delo in toto. Vsaka metoda določuje samo funkcijo za dotični

»test«, ki nam pa niti malo ne pokaže celotnega delovanja ledvic, ki imajo zmožnost selektivno izločati ene snovi v manjši, druge v večji meri. In ravno to omejitev vrednosti »testa« ima tudi urea, čeprav je le-ta najvažnejši produkt ledvične sekrecije.

Radi tega je treba gledati vrednost funkcionalnih metod v drugi luči. Te so nam sicer dober pripomoček, ki ga pa je treba motriti vedno s kritičnim očesom pod vidikom splošne klinične slike. Kot tak pripomoček nam indigokarmin izbornu služi. Aplikacija je enostavna, opazovanje dovolj točno in kar je najvažnejše, ne potrebujemo za orientacijo ureternega kateterizma. Obratno je treba za določevanje uree urin vedno separirati s kateteriziranjem in ureo določevati kvantitativno v odstotkih, kar je vsekakor za posplošenje metode komplicirano, posebno še, ker enostavni ureometri niso dovolj precizni. Če pa avtor našteva obenem s K a p s a m m e r - jem kot nedostatek pri indigokarminu, da ga ne moremo uporabljati pri močnem vnetju mehurja, to toliko bolj velja za ureo. Pritrditi tudi ne morem avtorju, ki pravi, da spada indigokarmin v ono vrsto snovi, ki jih organizem po svoji potrebi v večji ali manjši meri absorbira (!). Obratno je res: indigokarmin je organizmu tuje telo in zato ga organizem tudi v celoti izloča, ker ga pač ne potrebuje. Ne glede na to, pa itak ne določamo izločanja indigokarmina kvantitativno. Vendar bi bili kljub večji kompliciranosti dolžni, nadomestiti indigokarminsko metodo z metodo določevanja uree, če bi se v praksi pokazala potreba in če je res — kot trdi avtor —, da je za določitev delozmožnosti ledvic koncentracija uree boljša in natančnejša metoda. Skušajmo to kritično pregledati!

Da je vrednost določevanja omejena, vidimo iz same avtorjeve tabele. Avtor navaja dva verificirana ledvična tumorja in pravi, da v teh dveh primerih koncentracija (namreč uree) in rentgenska slika ne dopuščata nobenega dvoma o diagnozi. O rentgenski sliki tega ne dvomim. Pač pa glede koncentracije uree, ki nam samo v enem primeru kot je razvidno iz tabele — pokaže razliko večjo od 2 g, v drugem pa celo manjšo od 1 g. Ker nasprotno najdemo pri 14 »ledvično zdravih« bolnikih (št. 37—št. 50) v 5 primerih večjo razliko, v primeru št. 48 celo 2 g!, je jasno, da iz tako majhne razlike ne moremo sklepati ničesar. To je tudi razumljivo. Pri ledvičnih tumorjih je vsaka funkcionalna metoda ne zanesljiva iz enostavnega vzroka, ker je ledvični parenhim razen novotvorbe zdrav.

Veliko večjo vrednost ima določevanje uree pri tuberkulozi. Sicer se tuberkulozno obolenje že zelo zgodaj manifestira z zakasnitvijo izločanja indigokarmina (Wilbolz), vendar bomo vsekakor našli primere, kjer ta metoda odpove. Tu je treba vsekakor poseči po drugi metodi, če že ne moremo utrditi diagnoze na drug način (levkociti in Kochovi bacili v separiranem urinu, pielografija), kar nam zelo redko ne uspe. Samo zmanjšanje koncentracije uree nam tu obratno nič ne pomaga; za specifičnost vnetnega procesa, in temu indicirano nefrektomijo, ne doprinesemo nikakega dokaza brez najdbe tuberkuloznih bacilov.

Pri hidronefrozah nasprotno je indigokarminska metoda boljša. Ker leži bistvo hidronefroze v motnjah izločevanja že gotovega urina (naj bo ta že tak ali tak) po odvodnih potih, nas tu zanima predvsem izločevanje urina iz ledvične kotanje v mehur. V ta namen urin obarvamo z barvilom, da lažje opazujemo. Z ureo si tu ne moremo nič pomagati. Kakšna je funkcija ledvičnega parenhima, je šele drugo vprašanje, ki ga dosežemo šele po kateterizaciji ledvične kotanje, (katero moramo itak izvršiti radi retrogradnega pielograma!) — to pa zopet boljše z indigokarminom kot z ureo, ki nam pokaže, o čemer bomo govorili še spodaj, samo relacijo obeh ledvičnih funkcij, — če sploh moremo oviro pre-

magati in še to le tedaj, če ni funkcija ledvice zaradi popolne obturacije začasno sploh prenehala. V vsakem primeru pa nam ravno pri hidronefrozah vse funkcionalne metode nikdar ne povedo stopnje anatomske okvare ledvičnega parenhima. Funkcionalne metode nam v teh primerih podajo samo stopnjo funkcionalne okvare, ki so pa — kot vidimo to dan za dnevom pri stazah radi hipertrofije prostate — regresivne in torej večkrat samo prehodnega značaja in niso radi tega nikako merilo za način operacije (radikalna ali konservativna). To nam pokaže največkrat šele operacijski izvid.

Toliko glede diagnostike ledvičnih obolenj. Imamo pa še drug problem, ki je veliko važnejši v urologiji, to je določevanje sekretorne zmožnosti ledvice, ki naj še preostane pri nameravani odstranitvi druge: ali je preostala ledvica sposobna prevzeti delo? To je eden najvažnejših problemov v urologiji, kjer je postavljen operater pred nadvse odgovorno nalogo. Kaj nam pove tu urea in kaj indigokarmin o ledvični funkciji? Urea prav nič, indigokarmin skoro vse! Kajti pri določevanju uree po tej metodi, določamo samo relacijo koncentracije separiranih urinov pri enkratni, nekaj minut trajajoči preiskavi. (Torej ta metoda ne »podaja« — kot trdi napačno avtor — »sliko nekega trajnega dela ledvice«, temveč samo malenkosten odlomek!) Absolutne številke ne pomenijo tu nič: enkrat so visoke, drugič nizke, odvisne pač od vsakokratne dilucije ali koncentracije. Vsakemu bo to takoj jasno, če pogleda v tabeli primera št. 6 in št. 45. Enkrat imamo pri skoraj kompletno uničeni, tuberkulozni ledvici vrednost 4.72 g in drugič pri zdravi (primer št. 45) še nižjo vrednost. Obratno smo pri indigokarminu, če ga izloča ledvica po intramuskularni aplikaciji vsaj po 10 minut, v svesti, da je ta ledvica praktično dovolj sposobna, da prevzame delo obeh. Izjemo najdemo samo pri hipoplastični ledvici, kar pa lahko doženemo iz rentgenske slike. Torej bistven del funkcionalne diagnostike, kjer nam navedena metoda določevanja uree popolnoma odpove! Določevanje funkcionalne zmožnosti s pomočjo uree, bi nam uspelo šele po večurnem neprestanem določevanju koncentracije uree ob izpremenjenih pogojih po načinu Volhard-ovega poizkusa in ob določeni beljakovinski hrani po predhodni stabilizaciji, in še to boljše s krioskopijo (celotno koncentracijo) separiranih urinov, kar je pa za bolnika prevelik napor in pri tuberkuloznih obolenjih naravnost kontraindicirano. Iz te zagate nam ne pomaga niti določevanje uree v krvi niti Ambardova konstanta, ker iz obeh teh vrednosti ne moremo nikakor sklepati, ali je ena sama ledvica dovolj sposobna za celotno breme, kvečjemu v onih primerih, kjer je obolela ledvica povsem uničena. Možen je n. pr. sledeč primer, obe ledvici sta oboleli (bilateralna tbc., nefrolitiaz, hidronefroza itd.), ena manj, druga bolj, vendar ravno toliko, da bi nobena izmed njiju ne mogla prevzeti delo obeh, obe skupaj pa povsem zadoste svoji nalogi. Kakšne rezultate nam bodo dale vse tri navedene metode? Koncentracija uree separiranih urinov bo pokazala samo močnejše obolelo ledvico, urea v krvi ne bo zvišana, Ambardova konstanta bo pokazala normalne vrednosti. Zanašajoč se na te izsledke bomo nefrektomirali slabšo ledvico, sledila bo pa z vso gotovostjo uremija.

Še več. Z določevanjem koncentracije uree lahko najdemo pri obeh ledvicah enako vrednost. Napačno bi bilo iz tega sklepati, da sta obe ledvici zdravi. Ravnotako sta lahko obe bolni iz istih razlogov, kot sem jih ravnokar navedel.

Napačno je torej, če prihaja avtor do zaključka, da je metoda koncentracije uree boljša in natančnejša metoda za utrditev ledvične delozmožnosti. R a v n o tega n a v e d e n a m e t o d a n e p o v e. Metoda koncentracije uree nam pokaže samo relacijo delovanja obeh ledvic, nikakor pa ne stopnje njihove delo-

zmožnosti in ima zato vrednost samo pri iskanju, katera od obeh ledvic je slabša.

Se bolj nas preseneča dejstvo, da smatra avtor ureo kot poslednji rezultat razkroja sečne kisline (acidum uricum). Ta poslednji rezultat znanosti je le nekoliko prehud lapsus. Kot je splošno znano nima urea prav nikake kemične sorodnosti z acidum uricum. Urea (sečnina, $\text{CO} < \begin{smallmatrix} \text{NH}_2 \\ \text{NH}_2 \end{smallmatrix}$) je končni razkrojni produkt izgorevanja beljakovin, acidum uricum (sečna kislina, trioksipurin) pa oksidacijski produkt purinskih baz, ki jih dobimo iz nukleoproteidov. Poleg tega se sečna kislina (acidum uricum) ne razkraja, temveč kot taka izloča v urin. (Vendar če točno preberemo avtorjev članek, le vidimo, da je nehote raziskoval sečnino, kot končni produkt razkroja beljakovin, in ne sečne kisline.)

Zaključujem sledeče: ne strinjam se z avtorjem glede primerjave obeh metod, katera izmed njih je boljša. Vprašanje ni pravilno zastavljeno, zaključek pa, da je avtor na podlagi lastnih opazovanj prepričan, da je za utrditev ledvične delozmožnosti koncentracija uree boljša in natančnejša metoda, povsem napačen. Primerjava obeh metod na način, kot ga je obdelal avtor, ne more biti pravilna zato, ker sta obe metodi v svojem bistvu različni. Metoda določevanja koncentracije uree bazira na dejstvu, da zdravi ledvici obe hkratu izločujeta urin enake sestavine in enake koncentracije. Radi tega opazujemo po tej metodi samo relacijo (razliko) obeh koncentracij in s tem samo spoznavamo, katera izmed obeh ledvic je boljša, katera slabša. Vsega drugega s to metodo ne moremo opazovati niti sklepati, najmanj pa o absolutni ledvični delozmožnosti. Če ne upoštevamo tega, se nam lahko pripete velike in usodepolne napake. Ta metoda nam bo torej služila lahko samo kot dopolnilo za odkrivanje finih razlik funkcije obeh ledvic, tam kjer jih druge bolj grobe ne kažejo in s tem lahko izborna služila predvsem pri zgodnji diagnozi ledvične tuberkuloze, v kolikor je sploh potrebna in v kolikor se ne bomo posluževali v ta namen še finejših in nič bolj kompliciranih metod kot n. pr. SUA metode po Rehn-u (Säure-Alkali-Umschlagsprobe). Za ugotavljanje delozmožnosti posameznih ledvic pa je metoda uree neprimerna in nesmiselna.

Pri indigokarminski metodi nasprotno opazujemo predvsem nastop (začetek) izločanja, ki ga merimo časovno, z uro v roki, in jakost po čisto določeni aplikaciji z vsemi prednostmi eksperimenta. Z njo določamo mnogo več: poleg relacije obeh funkcij (kot pri urei — in samo tu je možna primerjava obeh metod!), še stopnjo absolutne delozmožnosti — s pridržkom spredaj navedenega pomena »testa« — posameznih ledvic in končno še motnje ekskretornih funkcij, to je transporta urina po ledvičnih odvodnih potih. Prednosti te metode so enostavnost in priročnost, dalje enostavna cistoskopija brez kateteriziranja ureterjev, mnogo širše možnosti njene uporabe. Ne smemo tudi pozabiti, da lahko s pomočjo te metode v kombinaciji s kateteriziranjem ledvične kotanje določujemo delozmožnost ledvic tudi v onih primerih, kjer obstajajo motnje v pasaži in transportu urina v odvodnih potih. S tem se prav lahko, če je potrebno, izognemo vsem »mehaničnim momentom, ki ovirajo izločevanje urina (nephroptosis, hydronephrosis, kamni v ureterju)«. Če ta pasaža radi obturacije ni možna, si tudi ne moremo pomagati z ureo, kajti urin za analizo je vendarle treba nekje dobiti, ne glede na to, da bi z ureo določili zopet samo slabšo stran in ne absolutne vrednosti sekretornega delovanja ledvic. Nedo-

arzenikalno zdravljenje

PRIDOBLENE,

PODEDOVANE

in ZANEMARJENE SIFILIDE

ter sifilitičnih

DERMATOZ

Z

Acétylarsan-om

*je neboleče, enostavno,
neurotonično,
eutrofično in diskretno*

●

Arzenova spojina brzega izločevanja
za vse vrste in načine kombiniranega zdravljenja

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

— **Specia** —

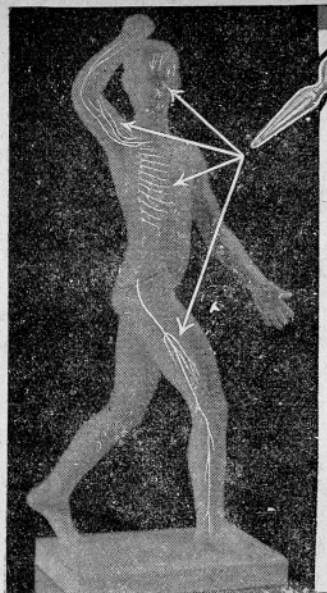
Marques POULENC Frères et USINES DU RHONE

21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8^e)

VZORCE IN LITERATURO

POŠILJA NA ZAHTEVO:


ENGEL & ADELA
ZAGREB · DUKLJANINOVA 3



Vaccineurin

T e r a p e v t i k u m
proti nevralgijam, nevritisom
(ishias); deluje tudi pirogeno

Injekcije pripravljene za uporabo
Preko 20 let zdravniške izkušnje



Otitis media, otalgije

Stekleničica s 6 gr.

Sächsisches Serumwerk A.-G., Dresden

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

statki indigokarmina leže v manjši občutljivosti in v uporabi organizmu tuje snovi.

Radi tega bomo indigokarminsko metodo praviloma uporabljali vsekdar in vselej. Ta metoda nam je postala takorekoč nenadomestljiva. Kadar s to metodo in z drugimi pripomočki (mikroskopiranje separiranih urinov, bakteriološke in rentgenske preiskave) ne bomo prišli do cilja, se bomo poslužili finejših metod, med katere spada tudi določevanje koncentracije uree, predvsem v zgodnji diagnostiki ledvične tuberkuloze, zavedajoč se pri tem, da s tem določamo le slabšo stran. Vsak si bo pa z vsako metodo pomagal le v toliko, kolikor se v nji spozna in jo pravilno vrednoti.

H kritiki na moj članek o indigokarminu in preiskavi vode na ureo v ledvični diagnostiki

Dr. Robert Kukovec

Zahvaljujem se kolegi g. dr. S. Rakovcu za veliko zanimanje, ki ga je pokazal za moj članek, posebno pa za objektivno kritiko, kateri ga je podvrgel. Veseli me, da se v glavnih točkah strinja. Če sva pa v nekaterih točkah različnega mišljenja, je temu vzrok, da do danes v ledvični funkcionalni diagnostiki še nimamo absolutne metode, temveč da imamo mnogo različnih metod, ki nam vse dajo relativno več ali manj dobre rezultate. Njih eksaktnost zavisi pa v mnogem od navade in pa od poznavanja metode. Avtor pozna indigokarminsko metodo in njene možnosti popolnoma ter se radi tega mogoče preveč zanaša na njo, ni pa sigurno imel prilike, da dalj časa uporablja in sledi metodi z ureo in pa z Ambardovo konstanto. Radi tega je njegovo gledanje na njiju preveč teoretsko ter v njiju ne najde vseh onih prednosti, katere lahko nudita. Da najprej razčistimo vprašanje indigokarmina. Po najnovejši literaturi se samo v majhnem odstotku (20—30%) izloča v urinu, ter se preostali del izloča v brezbarvnih spojinah skozi črevo (*Encyclopedie medicochirurgicale*, Tome Rein, 18012, str. 3, 1940). Za avtorja sicer to ni važno, češ da ona ni kvantitativna metoda. Nam se pa zdi, da nikoli ne bi mogli dati kvalitativni metodi enakopravnost s kvantitativno, ki daje svoje rezultate v številkah kot je to tudi z ureo. Za njo pa sam avtor trdi, da je najvažnejši produkt ledvične sekrecije in kot taka pač ima vso pravico da služi za test ledvične funkcije.

Kapsammer-ju se pridružujem. Kateterizacijo ureterjev lahko izvedemo v dveh do štirih minutah, medtem ko je za določevanje indigokarmina včasih potrebno deset minut in več. Večja je verjetnost, da v bolnem mehurju pridemo do rezultata s prvo metodo kot pa z drugo. Vsi pa vemo, da v nekaterih primerih ne bomo imeli uspeha niti s prvim niti z drugim načinom. Glede tehnike še sledeče: avtor predlaga, da pri mehaničnih ovirah ureterjev kateteriziramo ledvice ter šele potem napravimo poiskus z indigokarminom. To je lepo, toda nihče tega ne dela, saj bi s tem metoda indigokarmina izgubila svojo najlepšo lastnost — enostavnost. Očitek, da je pregled na ureo kompliciran, je samo na prvi pogled opravičen. Ne smemo namreč pozabiti, da smo dandanes dolžni pri skoraj vseh ledvičnih obolenjih izvršiti bakteriološko-cito-

loško preiskavo ločenih urinov ter rentgenološki pregled ledvic. Nič lažjega ni, kot da hkrati zberemo urin za preiskavo na ureo. Imamo pa še druge prednosti s to preiskavo: obenem namreč primerjamo količino izločenega urina in pa količino uree posameznih ledvic. S tem dobimo prvič pogled v gospodarstvo izločevanja vode v ledvicah. Drugič nam je pa količina uree pri funkcionalni diagnostiki tudi v veliko pomoč. Vzemimo avtorjev primer tumorja, ki je uničil deloma ledvice. Koncentracija bo mogoče v tem primeru na obeh straneh enaka, toda količina uree, ki stoji v direktnem razmerju z množino zdravega tkiva, bo na bolni strani mnogo manjša, kar bo na vsak način pobudilo našo sumnjo, da so te ledvice bolne. Toda koncentracija sama nam še lahko pove mnogo več. Mi namreč lahko po formuli, ki je precej dolga in radi tega ne spada semkaj, izračunamo funkcionalno vrednost posameznih ledvic v odstotkih. To se pravi, da v danem primeru lahko pokažemo, da leve ledvice opravljajo $x\%$, desne pa $y\%$ od izvršenega dela obeh ledvic skupaj.

Kar se tiče tuberkuloze se z avtorjem strinjava. Urea nam mnogo prej nego vsaka druga metoda pokaže zmanjšanje delozmožnosti obolenih ledvic. Da bi z njo samo prišli do kake diagnoze, o tem seveda ni govora, kakor v ostalem tudi z nobeno drugo funkcionalno metodo. To tudi ni njihova naloga. Naloga funkcionalnih metod je dvojna: da z njim čimprej odkrijemo zmanjšanje delozmožnosti bolnih ledvic in s tem vzbudimo sumnjo, da so bolne. Drugič, da v zvezi z drugimi preiskavami določimo možnost oziroma nemožnost radikalne operacije.

Zakaj avtor pri hidronefrozah polaga toliko važnost na način izločevanja urina oziroma barvila, nam ni jasno. Diagnoza hidronefroz in kar je še bolj važno, njenih vzrokov, je skoraj povsem domena rentgenoloških pregledov. Sama zakasnitev izločevanja barvila nam ne zamore podati oslona za diagnozo, opozori nas samo, da v ledvicah nekaj ni v redu. Karakterističen način izločevanja (veliki intervali med posameznimi ejakulacijami, lena in dolgotrajna ejakulacija po kapljicah namesto v curku) je pa tako redek, da bi nam le v redkih primerih pomagal do, in to samo, verjetnostne diagnoze. V mnogih primerih pa mehanske ovire sploh ne dopuščajo nikake preiskave brez kateterizacije kotanje, ter je takrat boljše izbrati natančnejši test, t. j. ureo.

Mogoče je, da se bo funkcija hidronefrotično spremenjenih ledvic popravila po odstranitvi vzroka obolenja, kakor to avtor omenja. (To zavisi pač od tega, ali so spremembe anatomske ali pa nefritične oziroma nefrotične prirode). V slednjih dveh primerih avtor sam odreka indigokarminu vsako preciznost. Toda vzrok hidronefroze je treba najprej odstraniti in to v trenutku, ko so ledvice še v bolnem stanju. Radi tega nam bo za odločitev za operacijo vsaka informacija o funkciji ledvic velike važnosti, posebno ker pred operacijo nismo vedno sigurni, ali bo operacija konservativna ali radikalna.

Avtor pripisuje indigokarminu mnogo preveliko vlogo pri postavljanju indikacije za nefrektomijo. Danes urologija praktično še ne pozna preiskave, ki bi lahko pokazala absolutne rezultate o funkciji ledvic in ki bi nam tako omogočila nefrektomijo s 100% signurnosti. Teoretično je tak način mogoč in sicer, da pacient tako dolgo (3—5 dni) ne pije nobene tekočine, dokler koncentracija uree v urinu ne poskoči na 0,55 g. To število imenujemo *concentratio optima*. Ta edina bi nam povedala, da je ledvično tkivo popolnoma zdravo in to tudi samo v primeru, da je izločevanje vode normalno. Ta poizkus na človeku iz razumljivih razlogov ni mogoč. Vsi drugi naši testi so relativni. Zaradi tega se nikoli ne moremo zadovoljiti z enim samim, pa čeprav bazira na izločevanju urinu prirodnih snovi (urea, H_2O) ali na izločevanju umetno vbrizganih snovi (indigokarmin, sulfoftalein, floricin). Vse te funkcionalne metode ne dajo dru-

gih podatkov, kot le razmerje delovanja enih ledvic napram drugim in to vedno samo pri istem individuumu. Radi tega avtor nikakor ne sme primerjati rezultatov uree dveh različnih ljudi. To lahko storimo samo, če žive bolniki pod istimi pogoji tekoče in suhe prehrane. Te pogoje izpolnujemo, kadar iščemo Ambardovo konstanto in radi tega njene rezultate lahko predočimo v absolutnih vrednotah. Trditve, da bi indigokarmin sam lahko dal siguren oslon za prognozo nefrektomije, ne moremo sprejeti. Z drugimi besedami, mi bi lahko po ugotovljeni diagnozi, brez vsake druge funkcionalne preiskave, takoj nefrektomirali bolne ledvice, če njim odgovarjajoče ledvice izločujejo indigokarmin v manj kot v 10 minutah. Najboljši protidokaz je to, da imamo v svoji tabeli med 35 patološkimi primeri 4 primere (sl. 6, 12, 15, 34), pri katerih je bilo izločevanje indigokarmina pod 10 minutami na bolni strani, anatomsko stanje teh ledvic pa je bilo tako, da nikakor ne bi prenesle nefrektomije ustrezajočih ledvic. Na drugi strani smo pa videli več primerov, kjer je bilo izločevanje indigokarmina mnogo nad 10 minutami, anatomsko in funkcionalno stanje ledvic pa dobro in bi mirno lahko izvedli ustrezajočo nefrektomijo. Radi tega se nam zdi, da ima pravilo o prognostični vrednosti indigokarmina, kot ga je postavil avtor, preveč izjem, da bi bilo praktično uporabno. To pove, da od poizkusa več zahtevamo, kot nam pa lahko nudi. Prepričan sem, da sam avtor tega ne dela, ampak da najprej pregleda kri na preostali dušik ali na ureo in šele na bazi vseh teh testov skupaj postavlja svojo operativno odločitev.

Urološko delo brez krvnih preiskav danes ni več možno. Te nam šele pokažejo veličino funkcionalne okvare ledvic in njen škodljiv vpliv na organizem. Za ali proti nefrektomiji se bomo pa odločili na skupni podlagi sledečih preiskav: pregleda krvi, radiološko-anatomske ustanovitve okvare, bakteriološko-cytološkega pregleda urina ter ustanovitve medsebojnega razmerja funkcionalne delozmožnosti obeh ledvic. Ob tej priliki bi hotel ponovno poudariti dejstvo, da je izločevanje uree, čeravno odzemanje vode traja samo nekaj minut, izraz in odraz trajnega ledvičnega delovanja. Jasno, saj vendar ledvice od prvega pa do zadnjega trenutka življenja v glavnem izločujejo ureo, medtem ko indigokarmin le v omejenem času, ki sledi injekciji. Da je prvi test prirodni, drugi umeten, je samo ob sebi umevno in temu primerno je tudi vrednost testa različna.

Ambard-ova konstanta, izvršena s pravilno tehniko, je danes najpreciznejše merilo za ledvično funkcijo. Ona nam pokaže razmerje med koncentracijo uree v krvi in pa med količino uree, izločene v 24 urah v urinu. Ambard je to razmerje genialno izrazil v matematični formuli, ki nam daje možnost, da skupno delovanje obeh ledvic številčno izrazimo. Če bi avtor bolj poznal možnosti te konstante, ne bi nikoli postavil svojega primera o obeh bolnih ledvicah. Ambard-ova konstanta bi namreč jasno pokazala okvare, katere avtor predpostavlja in bi nas svarila pred intervencijo. Dolgotrajna empirija je pokazala, da postane nefrektomija nevarna, če sta dve tretjini ledvičnega tkiva uničeni in samo še ena tretjina normalno deluje. Znano je, da okvari v tem obsegu odgovarja povišana konstanta 0,120, medtem ko je normalna konstanta 0,070. Radi tega Ambard-ova konstanta ne bo samo pokazala vsakega primera, kjer je nefrektomija nevarna, ampak bo že mnogo prej najavila funkcionalno manjvrednost celokupnega ledvičnega tkiva. In sicer nam pove: konstanta — 0,80, da je tretjina ledvičnega tkiva uničena, konstanta — 0,100 pa, da je polovica ledvičnega tkiva uničena. Konstanta torej pokaže mnogo manjše okvare kot so one, ki onemogočajo nefrektomije radi nevarnosti uremije. Z drugimi besedami, konstanta bi bila normalna le v primeru, da sta obe ledvici zajeti od malenkostnih okvar. Kakor hitro je pa okvara večja od ene tretjine celo-

kupnega tkiva, nam konstanta to že jasno pokaže kljub temu, da nefrektomija ne bi še bila nevarna. V trenutku, ko smo ustanovili z Ambard-ovo konstanto veličino funkcionalnega izpada obeh ledvic, nam preostane še naloga, da najdemo, katere ledvice so od bolezni bolj in katere manj prizadete. To nalogo bo pa spet urea bolje opravila kot vsi drugi pregledi. Bolje bi bilo, če bi vzel avtor kot primer enostransko ledvično okvaro. V tem primeru je mogoče, da je ena ledvica popolnoma uničena in vendar je konstanta normalna. Zakaj? Ker obstaja kompenzatorna hipertrofija zdravih ledvic, na katero je opozoril že Albarran, ki so radi tega lahko opravljale delo obeh ledvic, brez škodljivih posledic za organizem.

Popolnoma damo prav avtorju, da urea ni rezultat razkroja sečne kisline. Sicer pa je iz samega teksta razvidno, da uree ne smatramo za produkt sečne kisline, temveč za produkt onih dušikovih spojin, ki nimajo nikake zveze z beljakovinami v krvi, kot to avtor trdi.

Z avtorjem se, da zaključimo, popolnoma strinjamo, da urea pokaže samo razmerje delozmožnosti obeh ledvic, to pa bolje kot indigokarmin. Končno je to bilo vse, kar smo hoteli pokazati. Indigokarminu pa pripisuje avtor preveč dobrih lastnosti. Mi moramo njegovo uporabljivost točno omejiti in se ga ne smemo posluževati kot edinega testa v urologiji. Ne zadostuje namreč niti za diagnozo, niti ni »absolutno« merilo delozmožnosti ledvic, najmanj pa nam sam dovoljuje odločitev za nefrektomijo. V zvezi z vsemi drugimi preiskavami, bo tudi indigokarmin dal vpotrebne rezultate, čeravno je jasno, da so rezultati z ureo finejši in natančnejši. Za katero vrsto preiskave se bomo v danem primeru odločili, je pa vprašanje navade in pa materialnih možnosti.

Iz dermatološkega oddelka Obče drž. bolnice v Ljubljani (šef dr. J. Demšar)

Peroralno zdravljenje gonoreje z Albucidom

Dr. Zofka Prošek

Cepprav je gonoreja razmeroma lahko obolenje in je ozdravljenje navadno popolno, je vendar terapija tudi dostikrat težavna, ter kljub najskrbnejšemu zdravljenju ne moremo preprečiti raznih komplikacij.

Med terapevtskimi sredstvi so najbolj poznana: Targesin, argent. nitric., Protargol. Često so trdili, da so ta sredstva specifično baktericidna za gonokoke. Kljub odličnemu efektu srebra pri gonoreji, pa ima to sredstvo vendarle velik nedostatek, ker je njegovo delovanje le lokalno. Radi tega ne dosežemo s srebrnimi solmi ničesar v onih primerih, kjer ne moremo s temi raztopinami direktno vplivati na gonokoke, t. j. pri urethritisih, prostatitisih, epididimitisih, adneksitisih itd.

Ker se gonokoki radi anatomske prilike pri ženskah zelo hitro propagirajo na mesta, kjer z lokalno terapijo niso dosegljivi, je gonoreja pri ženskah resnejše obolenje in je prognoza v pogledu popolnega ozdravljenja slabša. Potrebno je bilo torej iskati sredstvo, ki bi uničilo gonokoke tudi v notranjosti organizma. Vnešena naj bi bila ta sredstva v telo peroralno ali parenteralno. V vrsto takih sredstev spadajo vaccine proti gonokokom. Njihove dobre lastnosti so nam znane, vendar pa jih ne moremo uporabljati v vsakem primeru.

Tudi nespecifična sredstva, ki artifično povečujejo temperaturo organizma, nas ne morejo popolnoma zadovoljiti. Cepprav so gonokoki zelo občutljivi

*Pri anemiji v otroški
dobi zdravljenje z
železom in bakrom*

z

ARTOSE



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

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

Steklenica s ca. 100 g 38— din

Navodila tvekdam

KI OGLAŠAJO V ZDRAVNIŠKEM VESTNIKU

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

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

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

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

5. Ob izidu številke prejmeio vse tvekdke, ki oglašujejo, zaželeno število dokaznih izvodov.

UPRAVA
ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

za višjo temperaturo, vendar je temperatura, ki jo moremo umetno povzročiti v organizmu deloma prenizka ali pa ne traja dovolj dolgo, da bi jih sigurno uničila.

Radi tega je bila težnja zdravnikov in cilj farmacevtske industrije dobiti baktericidno netoksično sredstvo. Taka baktericidna sredstva so sulfamidni preparati, katere smo že preizkušali, dognali njih uspešno delovanje in tudi toksiciteto. Sulfamidne spojine se v jetrih acetilirajo in s tem detoksicirajo. Če jih dajemo v večjih dozah, jetra ne zmorejo tolikega dela, ne detoksicirajo vseh količin in sulfamidi kot taki krožijo po telesu in mu škodujejo.

Eno izmed sulfamidnih spojin je Albucid (p — amino bencolsulfonacetamid). Tovrtnica Schering je poizkušala, da zmanjša toksiciteto sulfamidnih preparatov, kar se ji je tudi posrečilo. Toksiciteta je toliko zmanjšana, da dajemo preparat lahko v velikih dozah tako, da gonokoki ne ostanejo resistantni, temveč razpadajo.

Preizkušali smo preparat pri akutni in kronični gonoreji s komplikacijami in brez njih. Uspeh nam poda sledeča tabela:

M o š k i						
Diagnoza	Število primerov	Doba zdravljenja	Terapija	Stev. provokacij	Rezultat	Opomba
Ureth. ac. ant.	7	6—7 dni	5 × po 1 kuro 1 × 2 kuri v pavzi 2 injek. vakuine	4 da 2 ne	6 neg. 1 poz.	pozit. po 1 kuri odkloni drugo kuro
Epidid. et cystit. et prost.	5	10—30 dni	3 × po 1 kuro 2 × po 2 kuri	3 da 2 ne	4 neg. 1 poz.	Urin čist že 4. dan
Ž e n s k e						
Vulvovaginit.	1	6 dni	20 tablet	1 da	1 neg.	
Ureth. et cerv. subac.	2	7—9 dni	1 kuro	2 da	2 neg.	
Adnexit. ac.	1	53 dni	2 kuri v pavzi vakuin.	1 da	1 neg.	kontrola po 2 mesecih, neg. po provok.
Adnexit. chron. et condyl. acum.	2	17 dni	2 kuri	2 da	2 neg.	kontrola pri 1. po 4 mesecih, po prov. neg.

Kakor vidimo iz priložene tabele, smo zdravili na oddelku različne primere gonoreje. Zdravljenih je bilo z Albucidom do zdaj 12 primerov moške gonoreje, in sicer 7 akutnih brez komplikacij, 5 pa s komplikacijami. Zdravljenje akutne gonoreje brez komplikacij je trajalo 6 do 7 dni, s komplikacijami pa 10 do 30 dni. Iz tabele je nadalje razvidno, da je v 6 primerih zadostovala samo 1 kura, v 1 primeru pa je bilo kuro treba ponoviti po predpisani pavzi. V

5 primerih smo lahko izvedli provokacijo, v 2 primerih pa so jo pacienti odklonili. Od teh 7 akutnih primerov je 6 negativnih, tudi v 7. primeru bi dosegli negativen gonopreparat, pa je pacient odločno odklonil še 1 kuro, to pa zato, ker je bil popolnoma brez iztoka, urin je bil čist, prostata b. p. Pacient je svojevoljno zapustil bolnico.

V ostalih 5 primerih s komplikacijami je trajalo zdravljenje 10 do 30 dni. Tam, kjer je bil cistitis in epididimitis, smo opazili, da je postal urin popolnoma čist že 4. dan zdravljenja. Po končani kuri ni bila oteklina na epididimisu več tako izrazita in na pritisk skoro neboleča.

V primerih, kjer je bil epididimitis, cistitis in prostatitis sta bili potrebni 2 kuri Albucida. Po 30 dneh je bil status sledeči: urin čist, albumen negat., prostata b. p., pred in po provokaciji gonokoki negativni. V enem primeru je bil pacient odpuščen v ambulantno zdravljenje po 1 kuri in je baje po predpisani pavzi ponovil še eno kuro z Albucidom. Gonopreparat je ostal tudi še po 2. kuri pozitiven.

Uspeh in način nadaljnega zdravljenja pri ženskah sta razvidna iz tabele. Važno se nam zdi omeniti dobo zdravljenja kroničnih primerov gonoreje s komplikacijami.

V tabeli omenjena dva primera kronične gonoreje smo zdravili že večkrat na oddelku in to z zvišanjem temperature z različnimi vakcinami, obenem pa tudi lokalno. Vedno pa je bil rezultat naslednji: iztok je bil zelo zmanjšan, v preparatu vzetem iz uretre ni bilo gonokokov, v brisu cerviksa pa so bili posamezni ekstracelularni gonokoki. Pacientke so se vrnile zopet na oddelok z močnim iztokom in pozitivnim preparatom. Sedaj smo omenjeni pacientki zdravili z Albucidom. Potrebni sta bili dve kuri, da sta bila preparata pred in po provokaciji negativna. Med opombami v tabeli je nadalje zabeleženo, da sta se dve pacientki vrnili na pregled po preteku nekaj mesecev in je bil bris še vedno negativen in to po ponovni provokaciji.

Poleg interne kure z Albucidom smo pri ženskah uporabljali običajno lokalno terapijo, t. j. izpiranje, tuširanje s Targesinom itd.

Razen pri omenjenih primerih smo ordinirali Albucid tudi v ambulantnih primerih akutne gonoreje. Trije izmed teh so se javili 7. do 8. dan po končani kuri na pregled. Pri vseh je bil status naslednji: iztoka iz urethre ni bilo, prostata b. p., urin čist, gonokoki so bili negativni.

V vseh opisanih primerih nismo opazili nikakega toksičnega delovanja Albucida.

Kakor je razvidno iz opisanega, je napredek zdravljenja gonoreje z Albucidom v tem, da s hitrim peroralnim zdravljenjem preprečimo eventualne komplikacije; v primerih pa, kjer se je gonoreja že komplicirala, pa zelo skrajšamo dobo zdravljenja. Vidimo tudi, da je ozdravljenje skoro 100%.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor berichtet über seine Erfahrungen bei peroraler Behandlung der Gonorrhoe mit Albucid. Erfolgreich ist die Behandlung der akuten und chronischen Gonorrhoe mit Albucid wegen seiner bakterioiden Wirkung; auch bei komplizierter Gonorrhoe wurde Albucid mit Erfolg verwendet.

Die Behandlung der Gonorrhoe mit Albucid ist sehr einfach, von kurzer Dauer und fast 100% erfolgreich.

Vejališče in naše strokovno besedje in izrazje

Dr. Mirko Černič, Maribor

Plevober.

(Glej Zdrav. vest. 1940. št. 3. in 10.)

101. »Mokra oblika panariciuma.« Resda pravimo, da se komu kak ud »suši« = atrofira, da je ud »suh« = atrofičen, »suhotína« = atrofija, toda nasprotje tega ni »moker« (mokro je to, česar se drži vlaga), marveč »vodeničen«: vodenična oblika panariciuma«; »vodenična mrtvina« = gangraena humida, die feuchte Gangrän.

102. »Proces postane nazajski (regresiven)«; »gnojenje kaže regresivno tendenco«. Vse to je hudo učeno povedano! Po slovensko pa bi se reklo preprosto in vsaj tako jasno: »vnetje, gnojenje ponehava«.

103. »Volarna« in »dorzalna« plat roke. Ali se res komu zdi, da je to lepše kot »dlan« in »hrbtišče roke«?

104. »Funkcija roke bo ostala neoškodovana«. »Oškodujem« koga na imetju, ne pa na roki, katero ali »poškodujem«, če poškodba nima trajnih posledic, ali pa »okvarim«, če so posledice poškodbe trajne. Gornja misel bi se torej glasila: »funkcija roke bo neokrnjena« ali »roka bo funkcionalno neokvarjena«.

105. »Poškodba vzročnica gnojenj.« Čemu tako nenavadno oznako, ko imamo splošno znano besedo »povzročiteljica« in »povzročitelj«!

106. »Intercelularni (medstanični)«, »interdigitalni prostor«. Ali ni lepše in nič manj točno »medstaničje« in »medprstje«? Slično imamo že »medrébrje« spatium intercostale, der Zwischenrippenraum; »medvreténčje«; »medóčje«, »medpléčje«, »mednožje«!

107. »Dorzalno so vsi procesi mnogo bolj dobrohotni«. Nobena bolezen ni dobrohotna, marveč je ali maligna in nemaligna, oziroma benigna, zločesta in nezločesta, nevarna in nenevarna oziroma nedolžna!

108. »Motnje v cirkulaciji krvi, ki nastopijo zaradi vnetljivega procesa.« Po tolikih mojih opozoritvah bi naši zdravstveni pisci že lahko razločevali med »vnetim organom« — vnetja je koža: dermatitis; kitnica: tendovaginitis; slepič: appendicitis — in »vnetljivim«, ki je vse, kar se lahko vname, pa se še ni: papir, slama, eter, film, ter »vnetim«, kar je z vnetjem samo v zvezi: »vnetni znaki« so: tumor = zatrdína, calor = vročina, dolor = bolečina, rubor = rdečina; »vnetna bula« tumor inflammatorius, die entzündliche Geschwulst. Da Nemci rabijo netočno besedo, to nas ne sme motiti!

109. »Upogibna ploskev sklepa«. Ali ni lepše, preprostejše in tudi razumljivejše »sklepni zgib«: komolčni, kolenski, prstni zgib!

110. »Ozek skalpel vstavimo«. Ozki skalpel je po slovensko »bodež« in tega nastavilo ali še lepše »ž njim kaj zabodemo« ali »ga zabodemo kam«.

111. Kar je iz gumija, je »gumijevo«: gumijeva rokavica, gumijeva cevka — »gumijasto« pa je gumiju zgolj podobno: smola je gumijasta tekočina, gumij pa smolasta!

112. Pri kiti razločujemo »ovojnico« = peritenonium in »kitnico« = tendovagina. Zaradi tega je stavek »ovojnice kit so ostro omejene in ločene« bistveno zgrešen.

113. »Incizija, pri kateri je razmak največji na bazalni falangi«. O »razmaku« moremo govoriti samo tam, kjer se je kaj razmaknilo: razmak kostnih

zlomkov, razmak glavice od ponvice pri izpahu — razmak = dislocatio. Pri kirurgičnih vrezih pa imamo zgolj razdalje.

114. Lega in položaj. V porodništvu pravimo, da leži plod n. pr. prečno — prečna lega, die Querlage, in je položen s hrbtom na levo — v I. položaju (positio). Pri sklepih pozna Nemec die physiologische Mittelstellung, s čimer označa, da so vse kite, vezi in sklepna gožva ohlapne. Tudi po slovensko lahko rečemo »fiziološka srednja lega uda«.

115. »Sokolow iz Leningrada« dokazuje, da je pisec brez premisleka prevzel nemško transkripcijo ruskega imena. Pravilno: Sokolov, Pavlov, Mečnikov, Pirogov.

116. »Gnojno ognjišče« — der Eiterherd. Zakaj germanizem, ki je v slovenščini prav za prav brez smisla, ker tu ni nikakega ognjišča, ko imamo vendar za ta pojem tako lepe slovenske oznake: gnojávice, ognójek, gnojšče!

117. »Kdaj odstranimo dren oziroma gazo, je stvar ocene ordinirajočega zdravnika«. Pa naj kdo reče, da ni to v slovenske besede odet nemški stavek! Po slovensko bi se reklo: to presodi ordinirajoči zdravnik.

118. »Kapuca, ki jo tvori koža«. »Krpá« kože je to, kar se ne drži več matice; »jezik kože« se je na korenu še drži, zgoraj pa je mišljen »most« ali tudi »pasica«! Kapuca (caput!) — oglavnica, torej samo na glavi ali glávici.

119. »Obe ploskvi (namreč rane) se hitro zlepita in brazgotine so kmalu stvorjene«. Koliko lepše bi bilo: »se zlepita in zabrazgotinita«!

120. »Tok bolezní«. Bolezen vendar ne »teče«, marveč kvečjemu »poteka« — potek bolezni — ali »se razvíja« — razvoj bolezni!

121. »Postoperativni potek bolezní.« »Operativno« je obolenje, ki ga zdravimo z operacijo (vneti slepič), to pa, kar sledi operaciji, je post- ali pooperacijsko! Nemška oznaka nas ne sme zapeljati!

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

123. Naši porodničarji se še zmeraj lovijo pri oznakah rodeče maternice. Za maternični vrat, ki se med porodom razširja, da more plod skozi, so rekli najprej »raztegovalni del maternice«, zdaj pa pravijo »raztezljivi del«. »Raztegovalno« je vse, ki kaj razteguje (raztegovalnik = dilatator), kar vrat ni, ker ničesar ne razteguje, marveč se sam razteza; raztezljivi so vsi deli maternice, ker se dajo vsi raztegovati. Jaz bi tu porabil oznako »raztezni del maternice«, podobno kot sem pod 108. razločeval med »vnetim«, »vnetljivim« in »vnetnim«. — Takisto naši porodničarji ne bodo mogli preko splošnega dejstva, da je pri Slovencih »žena« zgolj tista, ki je poročena. Sicer pa čemu si beliti glavo, ali je rodeča »žena« ali »ženska« — slovenski porodničar ima posla s »porodnico«!

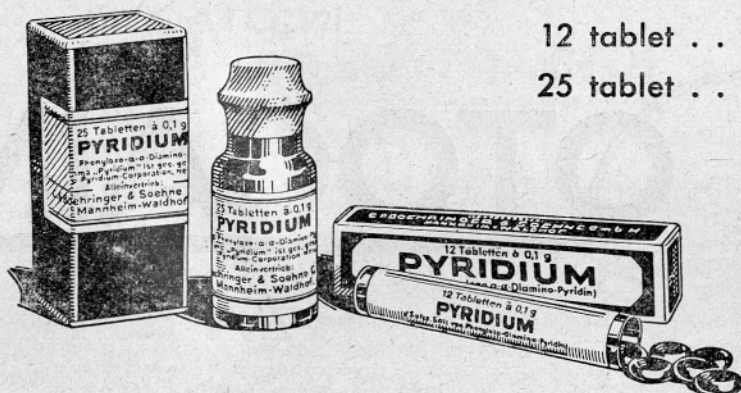
124. »V prerezu« — in Durchschnitt. Ta oznaka je pravilna zgolj takrat, kadar imamo res posla s kakim prerezom: »vzdolžni, prečni prerez«; drugače pa rečemo »povprečen«: povprečno število, povprečen človek.

125. »Ravén sladkorja v krvi« — die Blutzuckerebene = der Blutzuckerspiegel. Čudno, da ni še nikdo zapisal: »zrcalo«! Smiselno in vsakomur jasno je: »množina sladkorja v krvi«.

PYRIDIUM

antiseptično sredstvo za urin

*Naglo ozdravi:
cistitido
pielitido
prostatitido*



12 tablet . . . din 38.—

25 tablet . . . din 78.—

Hitro ublaži bolečine. Mučni simptomi s strani mehurja hitro izginejo

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

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

JUGOSLAVENSKO SIEMENS D. D.

ODDELEK ZA MEDICINSKO TEHNIKO

LJUBLJANA, TYRŠEVA (DUNAJSKA) CESTA 1b/III.

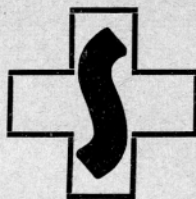
Zastopstva za Slovenijo:

Ljubljana, Tyrševa c. 1b/III.

Telefon 21-02 (Welley)

Ljubljana, Tyrševa c. 35a

Telefon 48-73 (Roblek)



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

ANALGETIČNE KAPLJICE
ZA KONSERVATIVNO
ZDRAVLJENJE

OTITIS MEDIA ACUTA
IN OTALGIJ



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

OTOCAIN

RAVE

Sol. glyceroboracica anhydrica c.
dimethylamidoantipyrin & aethocain

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

Bitja in žitja

Prof. dr. Jožef Škoda

Slavni dunajski klinik se je rodil v Plznu 10. decembra 1805. Študiral je na Dunaju in je tam promoviral 1831. Najprej je služboval kot epidemijski zdravnik proti koleri na Češkem; pozneje je postal sekundarij v splošni bolnici na Dunaju in 1841. primarij istotam. Profesor je postal šele 1846., kot Lipičev naslednik. Podučeval je do 1871., ko je zaprosil za upokožitev radi bolezni; umrl je po dolgotrajnem bolehanju 13. junija 1881.

Fizikalno diagnostiko, katera je dobila svoje glavne temelje z odkritji Auenbruggerja in Laënnec-a, je Škoda izgradil do tiste popolnosti, v kateri je poznamo in se je poslužujemo tudi danes. Fenomene, katere ugotovi zdravnik s pomočjo perkusije in auskultacije, je on ne le točno opisal, ampak tudi obrazložil, zakaj in kako da nastanejo; on je prvi točno poudaril, da so to simptomi in da je zdravnikova naloga ne le da jih ugotovi, temveč da jih za stvorenje diagnoze tudi pravilno izrabi. Svoje nauke je obrazložil v klasični knjigi »Abhandlung über Percussion und Auscultation«

— Dunaj 1839. (I. izd.) — 1864. (VI. izd.).



Olje, slika last sanatorija »Emona« v Ljubljani.

Doc. dr. I. Pintar.

Vprašanja — Odgovori

Vprašanje: Katere sredstvo je najprimernejše za anestezijo očesa pri ekstrakciji tujka na roženici?

Večkrat se mi je pripetilo, da 2% sol. cocaina ni delovala; ali je krivda na sterilizaciji? Ali mora biti raztopina vedno sveža, kar je v praksi težko izvedljivo.

Dr. V. K.

Odgovor: Prvotno smo rabili za anestezijo roženice cocaineum hydrochloricum v 2—5 odstotni raztopini. Pozneje so ga izpodrinili njegovi derivati: Holocain, Psicain, Tutocain, Diocain, v novjšem času Pantocain. Iz več razlogov vam priporočam za ta poseg 1% Pantocain. Dvakratno vkapanje te raztopine v kratkem presledku naredi roženico tako neobčutljivo, da lahko odstranite tudi globlje zapičen tujek. Ni pa vseeno, kako vkapamo. To je mala umetnost. Občutljivega bolnika tujek hudo reže, da stiska in ne more pogledati. Če takemu s silo odprete oko, mu morete kaniti kapljico le na spodnjo veznico, ker bolnik krčevito gleda navzgor. Stiskanje in gledanje navzgor je namreč reflektorično združeno. Anestezija ne bo dobra. Pripravite bolnika do tega, da bo »mehko«, brez stiskanja gledal z obema očmi navzdol. S palcem leve roke

mu na lahko in počasi dvignete zgornjo trepalnico in spustite 1—2 kapljici Pantocaina po roženici, tako da raztopina roženico oblije. Ščemenje, ki sledi, je kratko. Ko preneha, proceduro ponovite. Če počakate sedaj eno ali dve minuti, je roženica pripravljena. Najbolje se anestezija posreči, če vkapate ležečemu bolniku.

Vse raztopine sčasom oslabe in v njih se naselijo bakterije. Sterilizacija jih tudi oslabi. Dodatki raznih antiseptikumov k raztopini se ne obnesejo. V dopustni koncentraciji ne uničijo bakterij. Nekateri (sublimat) raztopino razkrojijo. Najbolje je, če naročite v lekarni le majhno količino (5 gr) in jo recimo na tri mesece obnovite. Lekarnar naj vam napravi raztopino v sterilizirano steklenico in jo zapre s steriliziranim zamaškom. Raztopine pa naj ne sterilizira. Ta način vas bo zadovoljil in ne bo drag.

D r. L. J e š e.

Vprašanje: Ali je narcoza z Evipanom za praktika priporočljiva?

D r. M. K. v D.

Odgovor: Odgovor na to vprašanje ni ravno lahek, kajti Evipan je za kratkotrajne narcoze posebno v mali kirurgiji zelo priročno in dobro sredstvo. Na oddelku ga dosti pogosto uporabljamo. S tega vidika bi bilo tudi za praktika priporočljivo za operacije panaricijev, flegmon ali uravnavanje izpahov. Pri tej priliki opozarjam, da za uravnave prelomov uporabljamo bolj s pridom Novocain.

Evipan pa ima tudi svojo slabo lastnost, da ga je težko točno dozirati in da je potrebna kolikor toliko strokovno izvežbana pomoč, ki zna vsaj držati brado in eventualno izveliči jezik, če postane narcoza globoka.

Opozarjam posebej še na primere, ki smo jih včasih doživeli na oddelku, ko je prešla narcoza za nekaj ur v silen nemir, tako da smo bili včasih prisiljeni uporabljati ovirnice in bolnike stalno nadzorovati. Vsekakor so taki primeri zadnja leta postali redkejši in jih pripisujemo prepočasnemu injiciranju.

Razen obolenj jeter in težjih srčnih obolenj veljajo pri nas za kontra-indikacijo le še gnojna vnetja v območju vratu in glave.

V splošnem bi torej praktiku, če upošteva vse naštet, Evipan priporočali, seveda pa je treba vsak primer posebej presoditi. Šablona tudi tukaj ne velja.

D r. O. B a j c.

Iz zdravniškega slovstva

Interna medicina

J. Jensen: O prognozi pri srčnih obolenjih (Münch. med. Wschr. št. 40, 1940).

Prognoza pri srčnih obolenjih je še vedno nedognana stvar. Doslej vemo o različnih faktorjih, ki vplivajo na potek srčnih obolenj še tako malo, da ne moremo skoraj nikdar prerokovati poteka bolezni, dasi dobro vemo za njen končni izid. Vsako dognanje o teh činiteljih pa je nov korak k točnejši prognozi pri srčnih obolenjih. Glavno vodilo pri vsem tem je točno statistično delo, ki nam edino mogoča, da ločimo »klinične vtise« od stvarnih dejstev. Vendar pa lahko vsa srčna obolenja ločimo z ozirom na prognozo v dve veliki skupini: v degenerativna obolenja z visokim krvnim pritiskom in reumatična srčna obolenja. Istočasno je važno, da obravnavamo njihovo prognozo tudi z ozirom na kirurgijo in porodništvo.

1. Degenerativna srčna obolenja z visokim pritiskom. Vzroki, začetek in potek te vrste obolenj so še praktično neznani. Njihovi vzroki tiče v konstituciji posameznikov, verjetno, da so tesno povezani z hormonalnim, po vsej priliki

gonadnim ravnotežjem. Navori, motnje v preosnovi in drugi vzroki so manj važni, dasi jih ne smemo devati v nič. Obolenja sama se prično mnogo prej, predno jih mi izsledimo. Krvni pritisk je sprva labilen, kesneje šele se dvigne in vztraja na svoji višini. Pač pa ga v večini primerov lahko občutno znižamo z mirovanjem in sedativnim zdravljenjem.

Občutna je razlika med moškimi in ženskami: pri moških se javlja hipertoniya šele v pričetku petdesetih let, dočim se pri ženskah pričinja deset let prej. Pač pa je potek hipertoniye pri ženah milejši in umre mnogo več moških hipertonikov. Tudi je pri ženah mnogo točnejši odnos med smrtnostjo in višino krvnega pritiska, česar o moških hipertonikih ne moremo trditi.

Prognosa pri okvarah miokarda je odvisna od vzroka okvare, od jakosti težav in od hitrosti poslabšanja. Zato ne moremo izreči prognoze, dokler nismo bolnika vsaj nekaj časa opazovali. Če je okvari miokarda vzrok progresivna degenerativna sprememba, je prognoza mnogo resnejša, kakor če so njen vzrok akutne infekcije ali preveliki navori. To pravilo velja zlasti za skupino dekompenziranih srčnih napak, ki jih povzročajo akutne infekcije dihalnih poti. Tudi starost vpliva na prognozo: čim starejši je bolnik, tem večja je možnost pljučne infekcije. Tudi sam način, kako reagira bolnik na naše zdravljenje, predvsem na digitalizacijo, je velike prognostične važnosti. Če bolniki ne reagirajo na primerne doze digitalisa in sličnih zdravil, so njihovi prognostični izgledi vedno slabi.

Med motnjami v srčni akciji ima edino plapolanje preddvorov prognostično veljavo. Samo po sebi to obolenje ni usodno, vendar se pa pojavi kot zunanji znak degenerativnih sprememb na srcu. Javlja nam, da je degenerativni proces postal za bolnika nevaren. Če ne pride do predčasne embolije ali pljučnih komplikacij, potem lahko bolniku prisodimo še 3—4 leta življenja od pričetka plapolanja. Če pa se tovrstne aritmije pojavljajo po 65. letu starosti, je prognoza boljša. Tudi EKG je v tem primeru dobro prognostično sredstvo. Čeprav pa je globoki Q zobec v 3. odvodu običajno znak okvare miokarda, nima v tem primeru velike prognostične veljave. Mnogo manj ugodne so značilne spremembe v T zobcu, čeprav smo tudi pri njih preveč črnogledi.

Nasplošno lahko rečemo, da je oslavljenje miokarda najpogostejši konec hipertonikov. Točnih znamenj za preteči konec nimamo, čeprav nas nekaj znakov v EKG-ju opozori na to nevarnost. Najverjetnejši znaki za to so znižana vitalna kapaciteta, zvišani venozni tlak, težko dihanje in dušenje, ki postaja pri delu vse težje in hropci na pljučnih bazah.

Pri pektoralni angini je prognoza še vedno nejasna stvar. Vsak napad je lahko smrten, ni pa treba, da bi bil. Vsak čas lahko pride do nevarnega zaprtja koronarnih žil. Za prognozo je najvažnejše, kolikokrat se javljajo napadi in kakšni so. Ljudje s pektoralno angino lahko žive še 30 let po prvih napadih, lahko pa umro pri vsakem naslednjem, večinoma pa žive 6—7 let po pričetku bolezni. Normalni krvni pritisk in EKG brez očitnih sprememb sta sicer ugodna za dobro prognozo, vendar se pa krvni tlak lahko nenadoma zelo poviša in tudi EKG je lahko normalen pri miokardu, ki ima le slabe rezerve. Če bolnik preživi prvi napad, potem je po Connor-ju in Holt-u verjetnost, da bo živel še eno leto 75 %, še dve leti 26 %, še pet let 21 %. Za prognozo ni važno, katera koronarka je zaprta, prednja ali zadnja. Pač pa je velike prognostične važnosti, kakšen je napad, koliko časa traja, kakšen je šok, ki ga zapusti, kolikšno je znižanje krvnega pritiska, kolikšna je vročina. Aritmije, ekstrasistole in plapolanje preddvorov vedno poslabšajo prognozo.

Po Bell-u in Clawson-u so vzrok smrti pri vseh srčnih obolenjih z visokim krvnim pritiskom obolenja sama v 61 % (insuficienca miokarda v 45 %, obolenja, koro-

narnih arterij v 16 %), dočim umrejo ostali hipertoniki v 19 % radi apopleksije, v 9 % radi uremije in v 12 % radi drugih bolezni.

2. Reumatična srčna obolenja. Pri reumatičnih srčnih obolenjih moramo predvsem napraviti pravo diagnozo, to pa zato, ker mnogo ljudi, ki smo jih obsodili na smrt radi doždevnih reumatičnih sprememb na srčnih zaklopkah, še živi. Diagnoza je bila pri njih napačna. Slišali smo le funkcionalne šume. V prvih stadijih je diagnoza reumatičnih sprememb na srečanju vedno težka.

Če pa imamo res opravka s pravim reumatičnim srčnim obolenjem, potem je prognoza zavisan od starosti bolnika in od začetka infekcije. Pri 5 % mladih ljudi pride do smrti po prvem letu, pri 10 % po petih letih. Vendar pa se akutni proces lahko pozdravi in ne vzplamti iznova nekaj let. Sprva smo vsi mislili, da bolezen stalno napreduje in kar naprej gloda srčne rezerve in šele Laubry je dognal, da se reumatični proces lahko zaustavi in ustali. Če takemu bolniku ne pride nič drugega čez pot, lahko doseže visoko starost, 10 % takih bolnikov preživi 70. leto. Če se je reumatično srčno obolenje razvilo v mladih letih, je prognoza boljša, kakor pri odraslih ljudeh, ki le v 25 % — 40 % prežive 40. leto.

V otroški dobi lahko pride do smrti radi same infekcije, ki lahko napade slehršno srčno strukturo: endo-, peri- in miokard, celo periferne arterije. Pri mlajših ljudeh je najpogostejši reumatični endokarditis, ki se sicer lahko pozdravi, vendar pa so reumatično okvarjene zaklopke locus minoris resistentiae tudi napram vsem drugim klicam, ki pridejo v kri. (Ne moremo se zaenkrat še izjaviti, dali so nova kemoterapevtska sredstva izboljšala prognozo, prva opazovanja so se vsekakor končala z ugodnimi zaključki). Embolija je v 10 % reumatičnih srčnih obolenj vzrok nenadne smrti.

Kardialni zastoj krvi je najčešči smrtni vzrok. Težko in naporno, dušeče dihanje lahko traja 5—11 let in še, ko so se že pričeli pojavljati edemi, lahko žive nekateri bolniki do 5 let, vendar umro v večini primerov že po dveh letih. Prognoza srčnega zastoja krvi je odvisna tudi od uspešnosti našega zdravljenja, zlasti kadar ga povzroče sami po sebi odstranljivi vzroki, kakor so infekcije in preobremenitve srčne mišice. Tudi je prognoza mitralnih obolenj boljša kakor prognoza aortalnih napak, kombinirane srčne napake pa imajo vedno slabe izgleda.

Prognostični pomen plapolanja predvdvorov še ni dokončno razjasnjen. Nekateri mislijo, da povzroča kardialni zastoj krvi, drugi ga smatrajo le za znak, da se je okvara miokarda razširila. Če lahko odstranimo plapolanje predvdvorov z digitalisom, še ni dokazano, da bi bil okvarjen krvni obtok, nasprotno pa, če na ta način ne moremo zaustaviti plapolanja, moramo vedno misliti, da je prizadet tudi celoten krvni obtok.

Plapolanje predvdvorov je pogost pojav pri starejših reumatičnih srčnih obolenjih; v 80 % vidimo plapolanje pri pacientih, ki so bolni že 20 let. Pri njih nam je opomin, da smemo računati še na 2—3 leta življenja in le v 10 % čez 10 let in le redkokdaj do 20 let.

Prognoza je vedno slaba, če je bilo pospešeno (preko 120) in če bilo tudi tako ostane. Prognoza je pri plapolanju vedno slaba tudi tedaj, če se je plapolanje pojavilo ob priliki kolapsa ali kakšnega drugega obolenja.

3. Srčna obolenja in kirurgija. V tem vprašanju sta najvažnejšega pomena pravilna presoja in pravilno vrednotenje razmerja med težino srčnega obolenja in nujnostjo operacije.

Krvni pritisk ni važen toliko radi svoje višine, temveč bolj kot znak okvare srca, ledvic in krvnih obtočil. Samo zvišanje krvnega pritiska še ni kontraindikacija za operacijo. Kontraindikacije so le, če najdemo gotove okvare po točni preiskavi celotnega krvnega obtoka in ledvic.

Šumi na srcu šestokrat plašijo kirurge, vendar največkrat brez potrebe, prisilijo nas pač k točnemu pregledu srca. Če pri tem zasledimo organično okvaro, potem je operativni riziko odvisen od tega, v koliko je okvara razširjena in zlasti od stopnje dekompenzacije. Zato je pri kirurgičnih pacientih vedno treba ugotoviti točno obliko in veličino srca, ne samo s poklepom in tipanjem, temveč rentgenološko.

Od aritmij sta v kirurgičnem pogledu važni le dve vrsti: plapolanje preddvorov in ekstrasistole. Če imamo opravka z bolnikom, pri katerem smo ugotovili plapolanje, operiramo le, če plapolanje lahko odstranimo z digitalizacijo. Ekstrasistole so brez pomena le tedaj, če so znak prevelike vzdražljivosti srčne mišice. Vedno naj nas pa svare pred operacijo, če so posledica akutnih infekcij ali duševnih preobremenitev. V takih primerih odložimo operacijo, da se bolnikovo stanje izboljša.

Elektrokardiogram je odločilnega pomena pri presojanju kirurgičnega rizika. Vedno lahko opazimo, da je smrtnost pri operacijah zelo velika, če operiramo ljudi z abnormalnim EKG. Poleg aritmij so zlasti važne spremembe v T zobcu in QRS skupini.

Najvažnejši kriterij za presojo operativnega rizika je pa sama srčna funkcija. Riziko je tem višji, čim bolj je okvarjen miokard. Če ima pacient dekompenzirano srce, moramo dekompenzacijo zdraviti pred operacijo. Vendar pa nimamo nikakih razlogov, da profilaktično obdelavamo paciente z digitalisom in sličnimi zdravili, dasi nimajo srčnih napak, v strahu, da bi nastale po operaciji. Sama operacija namreč le redkokdaj poslabša ali povzroči vitium. Če pa pred operacijo pravilno oskrbimo paciente z lažje dekompenziranim srcem, potem je operativni riziko vedno majhen. Važno pa je, kateri narkotikum izberemo pri obolelih na srcu. Inhalacijska narkotična sredstva povzročajo anoksemijo in s tem lahko poslabšajo obstoječe motnje v krvnem obtoku. Računati moramo tudi na operativni šok. Zlasti po lumbalni anesteziji in narkozi z Avertinom močno pade krvni pritisk. Tedaj ga le težko dvignemo z zdravili iz efedrinove skupine. V teh primerih je mortaliteta operiranih in na srcu bolnih vedno večja kot pri inhalacijskih narkozah.

Tudi sama vrsta operacije je pri srčno bolnih velike važnosti. Operacije na očesih, na ušesih, v nosu in žrelu v tem pogledu niso nevarne, dočim imajo operacije na ledvicah, na mehurju in genitalnem traktu pri srčno bolnih veliko mortaliteto, večjo kot ginekološke operacije pod istimi pogoji.

Važno je, kateri anestetikum uporabljamo. Kombiniramo sedativna zdravila barbiturne skupine in morfin z lokalnimi anestetikumi in inhalacijsko narkozo. Novokain dajemo vedno brez adrenalina, če je okvarjen miokard in imamo visok krvni pritisk.

Kirurgična prognoza in operativni riziko sta torej pri obolelih na krvnih obtočilih zavisna od pravilnega razmerja med srčno mišico in ožiljem, zlasti od stanja dekompenzacije, od pravilne ocenitve nujnosti operacije in od skrbne izbire in uporabe pravnega narkotikuma.

4. Srčna obolenja in porodništvo. Če je krvni obtok kompenziran, nima normalno potekajoča nosečnost nikakega vpliva na reumatična srčna obolenja in nikakor ne skrajšuje pri kompenziranih srčnih napakah tiste dobe, ki je sicer bolnicam še usojena, da jo prežive. Internist gleda v vsakem takem primeru le ženo, ki ji bo ob porodu odpovedalo srce in stremi, da bi to preprečil. Znatna dekompenzacija je vsekakor kontraindikacija za nosečnost. Če pa je dekompenzacija v pričetku in razvoju, moramo vedno računati s poslabšanjem med nosečnostjo in ob porodu. Plapolanje preddvorov, jasno razširjeno srce in bolelost aortalnih in mitralnih zaklopov so resni znaki, vendar pa še ne izključujejo, da ne bi žena otroka v redu donosila. Žene s kompenziranimi reumatičnimi srčnimi obolenji, ki zanosijo, morajo živeti v skladu in

primerno svojemu srčnemu obolenju, predvsem se morajo čuvati ponovnih infekcij in prehladov.

Nosečnost smemo prekiniti le tedaj, če se srce na vso našo skrb in zdravljenje ne izboljša. Kajti v mnogih primerih lahko odgodimo na ta način operativno dokončanje nosečnosti do časa, ko je plod že za življenje sposoben. V večini primerov žene lahko normalno porode. Ponavadi pa jim pomagamo proti koncu poroda s kleščami. Velik napredek v tem pogledu je tudi *sectio caesarea*, ki je indicirana tudi v najtežjih primerih dekompenzacije in tik pred porodom. V primerih pa, v katerih je žena toliko pri moči, da bo prestala normalni porod, rajše opustimo operativni riziko. V primerih pa, kjer je dekompenzacija le prevelika, ima sekcija v lokalni anesteziji vendarle boljše prognozo kakor konzervativni način dokončanja poroda.

Dr. M. A.

K. Reimer: **Preizkuševanje krvnih obtočil v praksi.** (Münch. med. Wschr. št. 47, 1940.)

Pri vsakdanjem zdravniškem delu kakor tudi pri pregledovanju športnikov in vojakov mora zdravnik vedno presojati krvni obtok. Kljub temu, da je tozadevno slovstvo zelo bogato, vendar zaenkrat še nimamo točnih in hkrati enostavnih načinov za preizkušanje delovanja krvnih obtočil.

Presoditi moramo vedno celotni krvni obtok. Če pa hočemo dognati, na katerem njegovem delu so motnje, moramo posebej preizkuševati ustroj in delovanje srca in pa posebej ustroj in delovanje žilja.

Zdrava in zmožna obtočila skrbe, da pod vsemi prilikami pravilno razporejajo kri. Zato imajo najrazličnejše možnosti: v krvno pot so vključeni organi, ki služijo in skrbe za krvno zalogo (jetra, vranica, pljuča itd.); arteriole in kapilare portalnega krvnega obtoka lahko sprejmejo, zadrže in oddajajo po potrebi razne množine krvi; tkiva sama lahko v različni meri kopičijo kri.

Najvažnejše kompenzacijsko sredstvo vsega krvnega obtoka pa je srčna mišica, ki se z zvečanjem utripnega voluma prilagodi različnim prilikam v krvnem obtoku. Utripni volumen merimo le težko. Diferencialna sfigmografija (Broemser-Ranke) je sicer točna, vendar za prakso pretežka. Utripni volumen lahko presojamo tudi potom plinske analize krvi, s tem da primerjamo napon CO_2 in količino kisika, ki ga oddaja določena množina krvi v 1 minuti. Tudi s primerjavo vpijanja drugih plinov v pljučih in njihovo določitvijo v krvi lahko presodimo, koliko krvi je preteklo skozi pljuča v časovni enoti. Klinično presojamo utripni volumen tudi po velikosti amplitude krvnega tlaka, dasi moramo pri tem vzeti v obzir tudi celotno množino krvi, upor ožilja in krvno viskoziteto.

Prvi pogoj normalnega krvnega obtoka pa je, da v vsakem skupnem prerezu žilja teče enaka količina krvi v časovni enoti, sicer se pojavijo motnje v krvni porazdelitvi. Venozne poti bodo preveč napolnjene, arterielne bodo imele premalo krvi. Zastoj je tedaj najjačji v malem krvnem obtoku. Presojamo ga lahko z naglašenostjo II. srčnega tona, s sopenjem, s cianozo v mirovanju. Točno presodimo ta zastoj z določitvijo vitalne kapacitete, vendar pa je ta način le preveč odvisen od bolnikove volje. Jetra zadrže do en in pol litra krvi, v urinu dokažemo urobilinogen, ker so okvarjene jeterne celice. Brzina krvi v obtočilih se zmanjša, normalno preteče v 10–16 sekundah svojo pot. Točno bi dokazali insuficienco desnega srca z določitvijo venoznega tlaka, kar pa je tudi težavno.

Tudi presojanje krvnega tlaka z obtežitvijo, to je po opravljenem telesnem naporu, je težko in odvisno od marsikaterih prilik. Največ nam pove še točna in izčrpna anamneza.

Elektrokardiogram nam oriše na podlagi presojanja nastanka in prevoda dražljajev stanje srčne mišice. Tudi določitev krvnega pritiska, ki je rezultanta utripnega volu-

mena, krožeče množine krvi in krvne viskozitete, nam objasni marsikaj. Če preiskujemo funkcijo krvnih obtočil, kar je naše vsakdanje delo, si moramo biti tudi na jasnem, ali imamo opravka z organsko okvaro ali smo z nervozno-funkcionalno motnjo in če je okvarjeno srce ali žilje ali oboje hkrati.

Najboljše je torej, da se spričo najrazličnejših in številnih preiskovalnih načinov držimo gotovega reda. Tudi mora biti način preiskovanja praktičen, uporaben, cenen, hiter, enostaven in pregleden.

Avtor je spojil različne preiskovalne načine v diagnostični sistem, ki ga deli na tri dele.

V prvem delu presoja ožilje:

1. določi bilo in krvni pritisk pri ležanju in mirovanju v obdobju po ene minute;
2. določi bilo in krvni pritisk takoj, ko bolnik vstane v obdobju po ene minute;
3. določi bilo in krvni pritisk takoj, ko se bolnik zopet vleže v obdobju po ene minute.

V drugem delu presoja delovanje celotnih obtočil (srca in ožilja skupaj) na podlagi procentualnega povečanja frekvenca bila, potem ko je bolnik opravljal gotov napor, najboljše s hojo po stopnjicah. Meri čas, ki preteče, dokler ne dobi istih vrednosti kakor pred poizkusom, opazuje dihanje, sopenje in cianozo.

V tretjem delu presoja EKG in ga pregleduje pri mirovanju in ga ponovi v 2. odvodu po obtežitvi krvnega obtoka z naporom.

Če preiskujemo na ta način, vidimo, da se v prvem delu preiskovanja, ko pacient leži, vstane in se zopet vleže, sistolični tlak normalno le lahko dvigne, diastolični tlak pa ostane isti. Pri disfunkciji ožilja pa pade sistolični tlak do 30 mm Hg.

V drugem delu preiskovanja normalno presega procentualni prirastek amplitude krvnega tlaka procentualni prirastek frekvenca bila. Če sta si ti vrednosti približno enaki, potem je opravičen sum na okvaro obtočil, če pa presega prirastek v frekvenci bila povišanje amplitude krvnega pritiska, potem imamo opravka z insuficienco krvnega obtoka, ki ji je večinoma vzrok slabost srčne mišice. Tedaj se tudi krvni tlak viša zelo počasi in se tudi počasi vrača na višino, ki jo je imel pred obtežitvijo z naporom.

V tretjem delu preiskovanja pregledujemo EKG, ki smo ga napravili v mirovanju in po naporu na običajen način in presojamo zlasti miokard.

Za opisani način preiskovanja funkcije krvnih obtočil rabimo le četrto ure, stroškov imamo samo z meter dolgim trakom za EKG. Pregledujemo lahko tudi ambulantno in je zato tak način preiskovanja prikladen tudi v vojaški medicini. Dr. M. M.

Kirurgija

D. Magg: Operirati ali ne? (Münch. med. Wschr., št. 45, 1940.)

V svojem članku ne razpravlja avtor o vseh pomislekih, ki jih ima kirurg-strokovnjak, predno se v posameznih primerih odloči za operacijo, temveč razmotriva stališče praktičnega zdravnika, ki sam ne operira, temveč le nasvetuje operacijo, jo zahteva, odsvetuje ali prepove. Avtor torej hoče le razmotrivati, kdaj naj domači zdravnik operacijo nasvetuje in kdaj ne.

V zadnjih desetletjih se je zelo izpremenilo stališče ljudi do operativnega zdravljenja. Koliko razburjenja je bilo v polpreteklih časih, če je domači zdravnik izjavil, da bo potrebna operacija, koliko posvetovanja, strahu, sočutja, solza in poslavljanja. Dandanes je v tem pogledu lažje. Kirurgija si je priborila ugled tudi med preprostim ljudstvom, ljudje vedno manj in manj odklanjajo operativno zdravljenje in čestokrat celo slišimo, če nasvetujemo dolgotrajno in drago konservativno zdravljenje, vprašanje: »ali bi te bolezni ne mogli zdraviti operativno?« Ker se je torej gledanje ljudstva na

operativno zdravljenje spremenilo operacijam v prid, je tudi domači zdravnik izpostavljen mnogo večji kritiki, če je zamudil in ni pravočasno nasvetoval operacije.

Ko bolnik privoli v operacijo, se nam vsili vprašanje, kam ga naj pošljemo. V katero bolnico in kateremu kirurgu? Če bolnik izrazi željo in pove, komu bi se rad zaupal, potem ga naj domači zdravnik ne pregovarja. Če bolnik nima v tem pogledu posebnih zahtev, je boljše, da ga vprašamo, kam bi šel rad in komu bi se zaupal. Šele, ko bolnik prepusti izbiro zdravniku, naj ga ta pošlje h kirurgu, ki mu zaupa in ima z njim največ dobrih izkušenj.

Različne primere, pri katerih se bolniki posvetujejo z domačim zdravnikom radi operacije, lahko delimo v tri skupine.

1. bolezni in poškodbe, pri katerih je potrebna takojšnja operacija,
2. bolezni in poškodbe, pri katerih lahko zdravnik čaka, če čakanje bolniku ne škoduje in ki se lahko pozdravijo tudi brez operacije,
3. bolezni, pri katerih naj zdravnik odsvetuje operacijo, dasi jo bolnik zahteva.

Vendar pa našteva avtor le najznačilnejše primere za vsako izmed naštetih skupin. Imamo torej bolezni in poškodbe, pri katerih domači zdravnik mora nasvetovati operaciji, pri katerih jo lahko nasvetuje in pri katerih je ne sme nasvetovati.

Ad 1. V največji zagati je vedno domači zdravnik, če ga pokličejo k akutnim vnetnim boleznim v trebuhu. Vsaka taka bolezen je neugodna, tudi za izkušenega zdravnika, ker za njo v večini primerov tiči življenjsko nevaren proces. Črevesne katarje, driske z bruhanjem, »črevesno gripo« spoznamo, tudi če imamo manj izkušenj. Ko izključimo ta obolenja, moramo predvsem paziti na vrsto dihanja in na reflektorno napetost trebušnega ostenja. Kakor hitro izostane trebušno dihanje in kadar najdemo splošno ali omejeno napetost trebušnega ostenja, moramo pomisliti na življenjsko nevaren vnetni proces v trebušni votlini. Bolniki, ki se boje noža, šestokrat taje bolečino. Draženje na bruhanje, vročina in puls niso potrebni za začetno diagnozo.

Med vsemi akutnimi procesi v trebuhu je najpogostejše vnetje slepiča. Ker je pri tej bolezni edino pravilno, da ob pravem času operiramo, kar je dandanes znano tudi širši javnosti, se ljudje mnogokrat poslužujejo te diagnoze, da hitro privabijo zdravnika, zlasti blagajniškega, na dom, ker vedo, da bo zdravnik v takem primeru prišel čimprej, pa čeprav najde pri bolniku le navaden bronhitis.

Čeprav je diagnoza v tipičnih primerih večinoma lahka, je domačemu zdravniku šestokrat težko, če ima oprava z netipičnimi primeri. Najrazličnejše lege slepiča, vnetja žolčnika, vnetja ledvične ponvice, salpingitisi, čiri na želodcu, tubarna nosečnost, kolike ureterjev, pljučnice, gripa, škrlatinka, ošpice — vse to prisili šestokrat domačega zdravnika, da napravi le približno diagnozo in nasvetuje bolniku, naj gre v bolnico, kjer je potrebno opazovanje. V takih primerih naj zdravnik po možnosti spremlja bolnika in če je bila operacija potrebna, naj bo pri njej in naj se uči za bodočnost. Če ne more spremljati bolnika, naj pošlje operaterju pismeno svoja opažanja. Le na tak način prepreči domači zdravnik škodo, ki bi lahko zadela njegovega pacienta, tudi si olajša odgovornost in prisili zdravnika-strokovnjaka, da ne operira iz »kolegialnih indikacij«.

Perforirani čir na želodcu prepozna večinoma vsakdo, kdor ga je enkrat videl in tudi ve, da le operacija reši življenje.

Težja je diagnoza pri ileusu. Sprva naletimo le na znake za motnje v pasaži, šele kasneje se pridružijo vnetni znaki in z njimi se šele pojavi défense. Prav vseeno je za domačega zdravnika, ali ima oprava z inkarcerirano hernijo, s strangulacijskim

**Proti bolečinam
domači preparat**

NOVOKODIN

STEG

sintetski alkaloid dihidrooksikodeinon -hidrohlorid.

Zanesljiv in močan analgetikum in sedativo-hipnotikum.
Po delovanju enak dragim tujim preparatom
a po ceni cenejši od magistralno predpisanega kodeina.

Odlična zamenjava za morfin.

Nima nezaželenih učinkov.

Proti kašlju najjačje sredstvo!

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

Proizvaja:

STEG

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

ZEMUN

Za peroralna terapija s kalcijem:

CALCIPOT

(28% Calc. citr. in 2% Calc. glycerofosf. = 8·4% CaO)

organski preparat kalcija za splošno terapijo s kalcijem

CALCIPOT „C“

(700 mg. % vitamina C = 14.000 mednarodnih edinic v 100 gramih)

preparat kalcija in C-vitamina za povišanje delovanja kalcijevih jonov

CALCIPOT „D“

(90 kliničnih edinic vitamina D v 100 gramih; kompleks vitamina B)

preparat kalcija in D-vitamina za pospešenje apozicije kalcija

Ugoden okus!

Nizka cena!

Se dobro prenaša!

TROPONWERKE  KÖLN-MÜLHEIM

Vzorci in literatura brezplačno na zahtevo pri zastopstvu za Jugoslavijo:

„BIOSAN“

MR. PH. VLADIMIR SMOKVINA – ZAGREB – KAPTOL 12

ODLIČNO SREDSTVO PROTI HRIPI!
POTENCIRANI ANTIPIRETIKUM IN ANTIREVMATIKUM

GERMICID

derivat oxychinolinsulfochinizin-a

Fiola z 20 tabletami din 36'—

Fiola z 10 kapsulami din 26'—

Škatla s 6 supozitoriji din 25'—

DR. A. WANDER D. D., ZAGREB



Kako zanesljivo in ekonomično desinficiramo prostore?

Zanesljivo in pri tem ekonomično — brez velikih stroškov — to je glavno pri desinfekciji prostorov in inventarja. Zato uporabljajte desinfekcijsko sredstvo »SAGROTAN«, ki v vsakem pogledu ustreza vsem zahtevam. To sredstvo je visoko baktericidno, ugodno diši in ne kvari vsakovrstnega materiala. Ker vsebuje veliko mila, čisti dobro. Tudi za desinfekcijo rok in instrumentov je »SAGROTAN« ekonomičen in odličen, kot je to razvidno iz atestov upoštevanih klinik in bakterioloških institutov, ki jih moremo na željo pokazati.

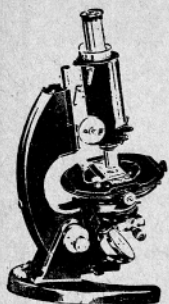
»SAGROTAN« (zaščitni znak)

ZANESLJIV IN MNOGOSTRANSKI!

ZAHTEVAJTE ŠE DANES VZORCE, LITERATURO IN PONUDBO!

Zastopstvo »BIOSAN« Mr. ph. VLADIMIR SMOKVINA, ZAGREB, KAPTOL 12

Izdeluje: SCHÜLKE & MAYR AKTIENGESSELLSCHAFT, HAMBURG 39



Fr. P. Zajec, izprašan optik
Ljubljana - Stritarjeva ulica štev. 6
(P R I F R A N Č I Š K A N S K E M M O S T U)

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

Samo kvalitetna optika!

Strokovna izvršitev!

ileusom, volvolusom ali invaginacijo — točno diagnozo naj le prepusti strokovnjaku. V vsakem primeru je njegova dolžnost le, da nasvetuje takojšnjo operacijo.

Pri mnogih topih poškodbah trebuha je potrebna takojšnja operacija. Udarec s kopitom, padec z večje višine, pregaz z vozilom so take poškodbe. Večinoma opazujemo pri njih šok, ki ga skušamo odstraniti, s toploto in z analeptikumi. Če pa po dveh urah, ko sicer šok preide, zasledimo reflektorno napetost in ne vidimo trebušnega dihanja, potem moramo poškodovanega takoj poslati v bolnico. Prav tako ravnamo z mirnodobnimi v bodi in prestreli trebuha, nikdar jih pa tudi ne smemo preiskovati s sondo in bi bilo tudi najbolje, da bi ta instrument sploh izginil iz torbe domačega zdravnika.

Komplicirane prelome kosti pošiljamo dandanes v bolnico, dasi so stari zdravniki imeli večkrat v najtežjih okoliščinah dobre uspehe tudi brez bolnic. Pri poškodbah na glavi, kjer vidno raste lobanjski pritisk, je potrebna takojšnja kirurškična pomoč.

Če je zdravnik klican k ženi, ki ima vse znake za težko izgubo krvi, pa za to ni zunanjih vzrokov, potem naj vpraša po zadnji menstruaciji. Če je preteklo nekaj tednov po izostanku perila, naj vedno pomisli na rupturirano tubarno nosečnost, kjer je vsaka minuta odlašanja z operacijo usodna. Pa tudi če še ni prišlo do rupture, je indiciran takojšen prevoz v bolnico, ker ne vemo ne ure ne dneva, kdaj bo prišlo do rupture.

Pri septičnem abortusu, pri predležehi placenti in drugih porodniških anomalijah naj zdravnik nasvetuje prevoz v bolnico. Vsako predrto maternico naj takoj pošlje v zavod in je najbolje, da se izpove čiste resnice.

Ad 2. Med boleznimi, pri katerih domačemu zdravniku ni treba nasvetovati takojšnje operacije, navaja avtor akutno vnetje žolčnika, kjer lahko z mirno vestjo čaka izboljšanja. Vendar ga pa naj pogoste kolike, vročina, pospešeno bilo, otipljiv in boleč tumor opominjajo, da je operacija nujna. Akutno vnetje pankreasa ima tudi s konservativnim zdravljenjem (po Nordmanu v 80%) dober izid. Diagnoza je težka, praktični zdravnik se bo motil z ileusom ali perforiranim želodčnim črom. Ledvični kamni in kolike ureterjev dopuščajo, da počakamo z operacijo, dokler ni diagnoza točna.

Pri vsakem sumu na maligne tumorje napravimo najprej točno diagnozo in potem nasvetujemo operacijo. Čire na želodcu zdravimo sprva konservativno, operacijo nasvetujemo, če nimamo z zdravljenjem uspeha ali če radi socialnih prilik ne moremo zdraviti konservativno.

Pri golšah imamo v mladih letih uspehe tudi s konservativnim zdravljenjem, pri stenozah sapnika, pri tireotoksikozah in tam, kjer z notranjim zdravljenjem nimamo uspeha — nasvetujemo operacijo.

Pri hernijah ne smemo mladih ljudi in delavcev predolgo mučiti s pasovi, pri inkarceniranih hernijah sicer lahko poizkušamo takso, vendar pa moramo nasvetovati operacijo. Le pri hernijah, ki niso nevarne za inkarceracijo in le ljudem, ki imajo dovolj časa in sredstev, da so bolni, lahko odgodimo operacijo. Pravtako ravnamo pri prolapsih vagine in maternice.

Ad 3. Operacije ne smemo nasvetovati pri akutnem salpingitisu, dasi nam daje sliko vnetja slepiča, pri akutnih cistitisih, pielitisih itd. in bolnikov ne pošljemo v bolnico. Vedno se pa lahko za takšnim vnetjem skriva apendicitis. Začetne pljučnice pri otrocih delajo znake vnetja slepiča, operacija bi bila v takem primeru lahko usodna.

Asteniki in nevrotiki so prestali že najrazličnejše operacije: gastro-entero-anastomoze, resekcije, nefropeksije, ventrofiksacije itd., pa jim še vedno ni boljše. Zato smemo pri takih ljudeh nasvetovati operacijo le po točnem pregledu in premisleku. Samo takrat, kadar je res potrebna operativna pomoč, naj domači zdravnik nasvetuje kirurško zdravljenje.

Dr. A. A.

Pedriatrija

S. Steffenoni: Vzroki sladkorne bolezni v otroški dobi (Policlin. infant. št. 10, 1940).

Sladkorna bolezen ima pri otrocih svoje značilnosti v etiologiji, v poteku, v zdravljenju in v prognozi, ki jo ločijo od sladkorne bolezni odraslih. Število primerov diabetesa raste vzporedno s starostjo; po Joslinu je frekvenca sladkorne bolezni pri ljudeh starih čez 40 let 15 krat večja kakor pri ljudeh, mlajših od 40 let in dosega svoj višek v šestem deceniju. Bolezen se pojavlja v otroški dobi in narašča pri otrocih vzporedno s starostjo na svojstven način, tako, da je Pirquet postavil načelo da je patogeneza pri otroški sladkorni bolezni drugačna kakor pri odraslih. Pri otrocih se diabetes pojavi lahko v vsaki dobi; pri dojenčkih ga opazujemo sicer v redkih primerih, v otroški dobi je najčehči med 6. in 8. letom (po Boydu) odnosno v 13. letu (po Priesel-u in Wagner-ju).

Avtorji so si edini v tem, da obolijo v večini primerov za sladkorno boleznijo deklice. Ta pojav se prenese tudi v mladeniško dobo in v prve decenije odrasle dobe. Tudi je splošno priznan vpliv dednosti v etiologiji sladkorne bolezni pri otrocih. Podatki so različni: po Johnu-u je iskati etiologije v dednosti v 30%, po Priesel-u in Wagner-ju v 18%, po Kleinschmidt-u v 14%. Zlasti je pogosta sladkorna bolezen pri otrocih iz konsangviničnih zakonov, pri katerih se bolezen pojavlja v sledečih rodovih v vedno mlajši dobi življenja. Deduje se bolezen recesivno. Iz roda v rod se prenese nesposobnost inzularnega tkiva, da bi lahko adekvatno opravljalo svoje delo v skladu z normalnimi in patološkimi zahtevami organizma napram inzularnemu aparatu. Priesel in Wagner opisujeta pri diabetičnih otrocih tudi druge prirojene iznakaženosti: na ušesih, pritlikavost, hipogenitalizem, prirojene katarakte, mikroftalmijo itd.

Tudi konstitucija in rasa sta dva važna momenta v patogenezi sladkorne bolezni pri otrocih. Sladkorno bolni otroci se primeroma jako zgodaj duševno razvijejo (Baumann), rastejo jako hitro (White), in čestokrat opazujemo pri njih hipertireoidizem, hiperpituitarizem in hipogenitalizem (Peudl), medtem ko debelost nima pri otrocih za razliko od sladkorne bolezni pri starejših ljudeh nikaškega etiološkega vpliva (John).

Pri drugih rasah je sladkorna bolezen mnogo manj pogosta kot pri beli rasi. Znano je, da je mnogo diabetesa med Židi, pri čemer moramo vzeti za vzrok poleg rasne dispozicije tudi zakone med sorodniki in pa tendenco Židov napram debelosti.

Če hočemo razjasniti zamotano etiologijo diabetesa, ne smemo poleg omenjenih dejstev zanemariti tistih vzrokov, ki sprožijo bolezen in ki delujejo na organizem, ki je že pripravljen v tem smislu. Često ti vzroki le agravirajo diabetični status, ki ga pa doslej nismo spoznali, ker ni povzročal opaznih znakov.

Taki vzroki so traume na glavi, prav tako psihične traume, ki nam postanejo v vzročni zvezi razumljive, če pomislimo na odnose, ki vladajo med živčnim sistemom in presnavljanjem. Dalje, alimentarni ekscеси, ki preobremenjujejo inzularno tkivo in ki bi sicer povzročili le alimentarno glikozurijo, pa sprožijo pri otrocih pravi diabetes. Kot take vzroke lahko opazujemo tudi različne infekcijske bolezni: influenco, davico, pljučnico, škrlatinko, ošpice, poliomielitis itd. Infekcijske bolezni pobude po Boydu inzularni diabetes v 56%, in sicer po

10 deh v 4%, po 20 dneh v 3% in po 45 dneh v 21% po pričetku infekcijske bolezni (John). Ni pa treba, da bi bila infekcija le postranski sovzrok, ki le sproži diabetes pri otroku na predisponiranem terenu, lahko je tudi glavni vzrok sladkorne bolezni, za kar govorijo česte tranzitorne glikozurije v poteku infekcijskih bolezni in pa okvare pankreasa, ki so vnetne ali degenerativne prirode. Klice in toksini namreč, ki krožijo v krvi, lahko poškodujejo inzularni aparat in pa druge organe, ki sodelujejo pri metabolizmu ogljikovih hidratov.

Diabetes se pojavi pri otrocih tudi po cepljenju proti kozam. Preveč pa naglašujejo vrednost tuberkulozne in luetične infekcije v etiološki zvezi z otroškim diabetesom. Tonzilitisi imajo važno vlogo, po Boydu delujejo v 61% vseh otroških diabetesov kot leglo, ki izzove bolezen. Tonzilektomija včasih privede do opaznega izboljšanja bolezni (Bladgett). Tudi druga legla, kakor kariozni zobje, vnetja obnosnih votlin, apendicitis itd. imajo svojo vrednost pri raziskovanju etiologije otroškega diabetesa.

Med diabetogenimi boleznimi ima posebno mesto epidemični parotitis. Tudi pankreas namreč lahko smatramo za žlezo-slinovnico, do katere ima parotitični virus veliko afiniteto. Tudi kronične afekcije trebušnih organov (holecistitisi, holangitisi, želodčni čir, ikterus) imajo etiološko vrednost, ker obstajajo med žolčnikom, duodenom in pankreasom limfatične zveze (Griffith).

Tudi po tifusu se lahko pojavi sladkorna bolezen. V tem primeru pride do hematogenega pankreatitisa radi razvoja Eberthovih bacilov, ki se lahko kakor preko jeter in ledvic izločujejo tudi skozi izvodila trebušne slinavke in jih tudi lahko v njenem sekretu dokažemo. To vrsto diabetesa pri otrocih večinoma zdravniki podcenjujejo in jo zato prepoznajo šele, ko dobe otroka v komi. Iz anamneze izvedo, da je pred nekaj meseci prebolel tifus.

Dr. A. A.

O. Harnapp: Otekle vratne bezgalke pri otrocih (Med. Klin. št. 35, 1940).

Zlasti pri otrocih imamo često opravka z oteklimi bezgalkami. Ne zadostuje razlaga, da otroci disponirajo k obolenjem limfatičnega aparata. Večinoma otekajo bezgalke za časa infekcijskih bolezni, ki puste za seboj odpornost proti ponovni obolenosti. Zato tudi starejši otroci in odrasli ne dobe infekcijskih bolezni znova in so radi tega pri njih otekle bezgalke redkost. Tuberkuloza, ki smo jo preboleli, sicer ne zapusti imunite, vendar tudi pri njej v nadaljnjem poteku sodeluje limfatični sistem na drugačen, svojstven način. Značilne otekle bezgalke dobimo pri tuberkulozi le v okviru primarnega kompleksa in so tedaj znak prve infekcije.

Bezgalke na vratu lahko delimo v dve skupini: v tiste, ki prestrezajo le lokalne infekcije, in v one, ki nabrekajo skupno in hkrati z ostalimi bezgalkami po telesu.

I. Lokalne, regionalne bezgalke, otekajo večinoma radi alteracije tkiva, predvsem infektov v svojem povirju. Čestokrat same infekcije niti ne opazimo in nas opozorijo šele otekle bezgalke, da pričnemo iskati leglo bolezni. To nam je v toliko olajšano, ker razločujemo na vratu tri predele, po katerih gredo limfna pota. Bezgalke ob bradi niso toliko važne, ker se v njih stekajo le mezigovnice iz prednjih delov ust. Bezgalke za spodnjo čeljustjo in pred m. sternocleidomastoideusom imajo svoje povirje na obrazu, v zadnjih delih ustne votline, v predelu zob in tonzil. Bezgalke na tilniku so stočišče mezigovnic iz lasišča in so tudi cedilo za limfo iz žrela. Ker so ravno žrelnice pri otrocih velike in največkrat vnete (adenoidne vegetacije), so radi tega bezgalke na tilniku vsakdanji pojav.

Nazivamo jih polimikroadenijo, ker so majhne in številne. Največkrat so nanizane kakor jagode na molku. Večkrat slišimo, da prištevajo polimikroadenijo k skrofulozi. Pri tuberkulozi pa moramo zaslediti eksudativne pojave na obrazu (vnetja in otekline na ustnicah, na nosu in očeh itd.), šele tedaj smemo govoriti o skrofulozi, ki torej s polimikroadenijo samo nima ničesar skupnega.

Bezgalke, ki so otekle radi kataralnih sprememb v svojem povirju, ne abscedirajo. Katarov ne povzročajo klice, temveč virusi, ki ne stvarjajo gnojenja. Le kadar se na kataralično spremenjenem tkivu naknadno naselijo gnojne klice, se lahko zagnoje regionarne bezgalke.

Za gnojno vnetje je značilen nenaden začetek z vročino, jako oteklostjo, toplino, rdečico in nabrekanjem v okolici. Vendar pa sam nenadni začetek še ni dovolj, da bi lahko nespecifična vnetja ločili od tuberkuloznih, ki so najpogostejša kronična obolenja vratnih bezgalk. Tudi nespecifična vnetja se lahko raztegnejo na daljši čas, vendar pa ozdravijo češče kakor akutna brez abscediranja.

Najpogostejši povzročitelji akutnih vnetij bezgalk so streptokoki. Klasični primer so otekle bezgalke po škrlatiniki. Pojavijo se nekaj dni po angini, so različno debele in trajajo različno dolgo. Večinoma so zmerno otekle, vendar pa včasih tako, da je vrat širok kakor obraz in da je koža na vratu v toliko napeta, da kaže že trofične motnje. Če se te bezgalke ognoje, moramo bolnika smatrati za infekciозnega, dokler gnojenje traja, čeprav je otrok obolel že pred 6 tedni.

Otekle bezgalke na vratu pri davici, zlasti maligni, leže ob kotu spodnje čeljusti. Značilna je testena otekline tkiva in kože v okolici, skozi katero lahko v globini tipamo občutljive bezgalke. Prognoza take davice je vedno resna.

Akutno vnete bezgalke se lahko zmečajo in v nekaj dneh predrejo, lahko pa po daljšem času tudi izginejo. Če pa se ognoje, preneha izločevanje gnoja prav kmalu in v nekaj dneh se zapre odprtina, ki zapusti sled le v prav majhni brazgotini. Tuberkulozne bezgalke nasprotno fistulirajo dolgo časa in zapuste brazgotine, ki iznakažujejo obraz.

Tuberkulozno vnetje bezgalk na vratu je pri otrocih poleg opisanih najbolj pogosto. Tuberkulozne bezgalke so vedno del primarnega kompleksa, ki je večinoma nastal radi uživanja hrane, zlasti surovega kravjega mleka, v katerem so bovine tuberkulozne klice. Da je ta trditev upravičena, nas prepričuje velikost bezgalk, kajti (kakor n. pr. pri luesu) bezgalke nabreknejo po prvi infekciji vedno v znatni meri, dočim otekajo takrat, ko se je povzročitelj že razsejal po organizmu v veliko manjši meri. Ker je tuberkulozna infekcija s humanim tipom klic največkrat aerogena, dobimo primarni kompleks na pljučih; pri infekciji z bovinim tipom pa ga moramo iskati v prebavnem traktu po oteklinah vratnih bezgalk in v črevesju po tuberkulozi trebušnih bezgalk. V začetku je vsekakor težka diferencialna diagnoza med tuberkuloznimi bezgalkami in limfogranulomatozo ter limfosarkomom. Tuberkulozne bezgalke leže večinoma na eni strani vratu, dočim sta omenjeni vrsti obojestranski. Tuberkulinske probe povedo le, da je organizem inficiran, ne pokažejo pa, kje je leglo bolezni. Vedno pa, kadar naletimo na ovapnjenje vratnih bezgalk (slično kakor v pljučih in trebušni votlini), vemo, da so bile tuberkulozne. Ni treba, da bi tuberkulozne bezgalke perforirale, lahko se zmanjšajo, ovapne in ozdravijo, ne da bi se ognojile.

Luetično nabrekanje vratnih bezgalk je pri otrocih redek pojav, ker je lues večinoma prirojen in je bil otrok inficiran po krvni poti. Radi tega so bezgalke, ki pripadajo primarnemu kompleksu, v trebušni votlini. Vendar pa lahko tudi pri otroku najdemo primarni afekt v povirju vratnih bezgalk (n. pr. radi poljuba luetične matere). Regionarne bezgalke so velike in trde v nasprotju z bezgalkami pri kongenitalnem luesu, ki so vedno majhne, ker so v bistvu enake bezgalkam pri sekundarnem luesu odraslega. Tudi v tem sta si lues in tuberkuloza enaka.

II. Generalizirane oteklina bezgalk se pojavljajo pri otrocih razen v kroničnem poteku tuberkuloze in luesa pri Pfeifferjevi vročici, ki se prične nenadno z vročino, faringitisom, tonzilitisom, oblogami na tonzilah ali brez njih. Še pred izbruhom visoke vročine nabreknejo bezgalke ob kotu spodnje čeljusti, na tilniku in v pazduhi, v dimljah, ob hilusu. Vranica je velika, leukocitov je okrog 20.000, od teh je 90 % limfocitov.



**Izčrpanost
Rekonvalescenca
Slabokrvnost**

Originalna steklenica

E. MERCK • DARMSTADT

Zastopnik:
»ALKALOID«, ZAGREB 1, poš. predal 481

AGOCHOLINE

Za medikamentalno drenažo žolčevodov

Najaktivnejši med vsemi poznanimi holagogi

Topljiva zrnca prijetno aromatizirana z mento

PULMO

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

Blaži kašelj, dezinficira respiratorna
pota.

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

PYRETHANE

antinevralgikum — antipiretikum

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

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

OPOCALCIUM iradié (obsevani)

peroralna terapija s kalcijem

(kalcij-fosfor-krist. D-Vitamin-endokrini ekstrakti).

Visokovreden kalcijev preparat, ki se sigurno resorbira.

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

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

OPOZORILO!

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

odobrilo proizvodnjo in paketiranje

Rp. „Energin“
lag. orig. à 250 gr.

„ENERGIN-a“

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

Zdravilišče in kopališče



Kraljevski dvorski dobavitelj

SLATINA RADENCI

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

Sezona se prične s 1. majem

BOLNIKOM VEDNO PRIPOROČAJTE

Radenske prirodne
MINERALNE VODE



Z R D E Č I M I S R C I

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

ZARADI OPUSTITVE PRAKSE

prodajam

svoj

zdravniški instrumentarij,

ki je na ogled pri vratarju
Obče drž. bolnice v Ljubljani

Dr. HOČEVAR - DOMŽALE



*Kvalitetna
optika*

Zajec
Optika

LJUBLJANA
PASAŽA
NEBOTIČNIKA

Limfatična in mieloična leukemija, limfogranulomatoza in limfosarkom imajo prej ali slej svoj viden odraz tudi v nabrekanju bezgalk na vratu.

III. Zdravljenje oteklih bezgalk na vratu ima kljub različni etiologiji mnogo skupnega. Navadna vnetja radi katarov v žrelu lahko pustimo v nemar in se raje brigamo za bolezen samo. Adenoidne vegetacije odstranimo. Kariozne zobe moramo na vsak način urediti. Če pa ne moremo zdraviti kavzalne, se omejimo na lokalno zdravljenje.

Akutno, radi gnojnih klic vnete bezgalke toplo zavijemo, obsevamo jih s Sollux-svetilko in če hočemo, da dozori, napravimo tople kašaste obkladke. Vendar pa je mnogokrat bolje, da ne delamo toplih ovitkov; zlasti pri davici in škrlatinki napravimo raje ledeni ovratnik, ki pa je otrokom vsekakor neprijeten. Če bezgalke nikakor ne izginejo, jih obsevamo z rentgenskimi žarki (50—75 r), da se omehčajo in zmanjšajo. Nikakor pa ne smemo biti nestrpni z rezanjem. Škodljivo je, če režemo bezgalke, ki se še niso zmeščale. Rane se tedaj dolgo časa gnoje, celijo se počasi in stvarjajo se močne brazgotine. Čim bolj je bezgalka zmeščana, tem preje ozdravi, če jo zarežemo. Tampoiniranje z jodoformovo gazo je sicer koristno, vendar je zelo boleče. Isti učinek dosežemo z vlažnimi ovitki, robovi rane se ne bodo zlepili, tudi kozmetični učinek je dober.

Pri akutnem tuberkuloznem vnetju vratnih bezgalk, ki pa je zelo redko, lahko uporabljamo iste načine zdravljenja. Kronična vnetja v začetku ne rabijo nikakega lokalnega zdravljenja, če pa se bezgalke povečajo, jih zdravimo z globinskim obsevanjem (100—130 r) ali s Sollux-svetilko. Avtor svari pred kirurški zdravljenjem, ki povzroči šestokrat trdovratno fistulacijo. Če pa že operiramo, potem je bolje, da vrežemo ob oboleli bezgalki v zdravo in skozi to rano punktiramo bezgalko z debelo iglo. Če pa je koža nad bezgalko tenka in lividna, potem vbodemo z nožem na tem mestu. Če smo se lotili tega posla, potem moramo odstraniti vse tuberkulozno tkivo. Izpraskanje z ostro žličko je nevarno radi možnosti miliarnega razsoja. Boljši je konzervativni način zdravljenja z mastmi, ki čistijo v globino. Zdravnik se ne sme ustrašiti velikih defektov, ki se vsi prekrijejo in so vedno lepši kakor brazgotine po tuberkuloznem limfadenitisu, ki smo ga zanemarili.

Avtor poudarja, da so otekle bezgalke na vratu pri otrocih razen malignih vsekakor hvaležno terapevtično področje za praktičnega zdravnika.

Dr. M. Avčín.

Nove knjige

Richard Goldhahn: *Spital und Arzt von einst bis jetzt*. Stuttgart: Ferdinand Enke 1940. 188 strani in 40 slik. Cena: vezano RM 8'—, broširano RM 6'40.

V uvodu pravi pisatelj, da je izbral v svoji knjigi lahek in zanimiv način pripovedovanja, namenoma se izogibajoč težkemu in dolgočasnemu razpravljanju, ki ga vidimo pri večini zgodovinskih knjig. Namen se mu je popolnoma posrečil. Na kratkih 188 straneh je utegnil orisati kulturno zgodovino našega stanu v obsegu, ki bi ga moral poznati vsak izobražen zdravnik. Kdor bi se pa hotel poglobiti v posameznosti zgodovine medicine, temu bo omenjena knjiga le vodilo h globljemu studiju, kateremu se bo lahko posvetil s pomočjo obsežnega seznama na koncu knjige, kjer so označeni vsi številni viri, iz katerih je zajel pisatelj svojo snov.

Prav posebno vrednost ima knjiga za bolničnega zdravnika, saj bo izvedel, da so tudi v najstarejših časih že obstajale iste težave pri bolničnem delu, kakor dandanašnji: pomanjkanje denarnih sredstev in neuvidevnost poklicanih krogov.

Knjiga začne z razvojem zdravstva od najstarejših časov do grške, rimske in bizantinske dobe. Na kratko omenja islamsko in arabsko zdravstveno kulturo ter njun vpliv na zapadne dežele, kjer je že v okviru krščanske kulture vzcvetela salernitanska medicinska šola s prvo medicinsko fakulteto na zapadu. Sledi razvoj zdravstva v srednjem veku. Posebno živo so opisane velike epidemije srednjega veka in njih vpliv na medicino. Preko poloma starega sholastičnega zdravstva in zmage naravoslovnih znanosti vodi pot v 19. stoletje, ki je kronan z zmago nad infekcijo po zaslugi velikih zdravnikov, kot so bili Lister, Pasteur, Semmelweis in drugi. Najnovejši razvoj zdravstva od začetka 20. stoletja naprej še ni omenjen.

Dr. Slavko Prevec.

Doz. Dr. Kurt Goette: **Das Magengeschwür und seine Behandlung** (8. zvezek zbirke »Vorträge aus der praktischen Medizin«, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1940. 56 strani. Cena: broširano RM 3'80.

V obsegu nekoliko obširnejšega učbenika je povedano v tej knjižici na dobrih 50-tih straneh vse glavno, kar je doslej znanega o želodčnem čiru. Uvodni patogenezi, kjer omenja pisec različna mnenja mnogih avtorjev o nastanku in razvoju želodčnega čira, slede opisi njega bolezenskih znakov, spoznanja diferencialne razpoznavne, komplikacij in zdravljenja. Umetno je, da pisec ob govoru o dieti večkrat poudarja nemožnost njenega shematiziranja; tozadevno je pogosto važnejše izkustvo bolnika samega kakor pa maše dietetične, lahko bi rekli »dogmatične«, prestroge smernice. Bore malo je govora o antialergičnem histaminskem oziroma histidinskem zdravljenju ulkusa (predvsem akutnega), kar pa je vendar na tem polju eno najzanimivejših odkritij zadnjih let.

Sicer pa je v knjižici, kakor rečeno, podano v glavnih potezah vse najpotrebnejše iz zaglavja želodčnega čira. Spisek ni kaj posebno novega, pa tudi izvirnost ni njega namen, je pa za vsakdanjo rabo priročen in dobro sestavljen.

Dr. A. Sonc.

Iz zdravniških društev

Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani bo imelo 1. februarja 1941. ob 20. redni letni občni zbor v kmečki sobi restavracije Slamič, s sledečim dnevnim redom: 1. Otvoritev, 2. Poročila odbora, 3. Volitve, 4. Slučajnosti.

Slovensko zdravniško društvo vabi vse zdravnike, da se občnega zbora udeleže v čim večjem številu.

Strokovni sestanek Slov. zdrav. društva v Ljubljani

dne 21. dec. 1940. v predavalnici Drž. bolnice za ženske bolezni v Ljubljani.

Dr. V. Meršol: **Meningitis cerebrosppinalis epidemica.** (Predavanje bo izšlo in extenso).

Dr. F. Derganc: **V pariški bolnici med vojno 1939./40.**

Kot štipendist francoske države je predavatelj preživel 10 mesecev v pariški bolnici Cochin in je imel priliko vsaj površno spoznati pariško bolniško in zdravniško življenje.

Vse pariške bolnice spadajo pod centralno upravo Administration de l'Assistance Publique (AAP). Medicinska fakulteta nima svojih klinik, temveč ji je po pogodbi z AAP prepuščeno zadostno število bolniških oddelkov, katerim imenuje profesorje in njegove direktne asistente, ostalo osebje pa je odvisno direktno od AAP.

Bolniško kariero začne že študent kot »externe«, jo nadaljuje kot »internes«, nato kot kirurg, internist ali drug specialist pariških bolnic. Principa selekcije sta tekma (konkurz) in pa potrebno število.

Učenec je naslednik svojega učitelja. Redkokdaj pride za profesorja na pariško med. fakulteto človek, ki ni študiral v Parizu. Prav tako je v drugih francoskih mestih. Iz tega je razumljivo, da je francoska medicina res francoska, celo pariška samo pariška in da igra v francoski medicini tradicija ogromno vlogo.

Strežniško osebje v bolnicah je civilno in je na nekaterih oddelkih odlično. Drugod so spet politične strasti napravile svoje razdiralno delo. Kjer je zmanjkalo zdrave delavnosti, pameti in čustvovanja, je stopila na njihovo mesto birokracija, to so uredbe, kontrola, ki se jih lahko drži, še lažje pa izigra.

Predavatelj je bil na urološki kliniki v Hopital Cochon pri prof. Chevassu-ju. Francoski zdravniki v najboljših letih so bili mobilizirani in tako so tuji na kliniki veliko delali. Posebno trem Jugoslovanom je šel profesor zelo na roko.

Ko so bili v maju 1940. skoro vsi francoski zdravniki mobilizirani, tuji pa so radi nevarnosti odšli, je prof. Chevassu predlagal predavatelja za prvega asistenta na kirurškem oddelku v isti bolnici. Kot tak je preživel invazijo Nemcev v Pariz.

Po 20. maju je prišlo na oddelke veliko število civilnih ranjencev, večinoma beguncev s severa, ki so jih zadeli drobci bomb in kroglice iz strojin.

5. junija je bil bombardiran Pariz. Predavatelja so klicali kot kirurga na pomoč v bolnico Petits Menages, pred katero je padla bomba. Bilo je veliko število žrtev, ki so jih bombe naravnost razmesarile.

Na oddelku so na viziti bolniki s strahom spraševali, kaj bo z njimi. Zaklonišča v bolnici so bila komaj na pol izgotovljena. Tolažili so jih, da bodo pravočasno evakuirani, kot so nasplošno govorili.

AAP je celo izdala proglas, da bo vsak njen nastavljenec odpuščen, če zapusti svoje mesto.

Radi splošne panike in bega je kljub proglasu nekaj zdravnikov in sester ušlo proti jugu. Mobilizirani ali pa izginili so iz bolnice vsi kirurgi. Ravnatelj bolnice je rotil predavatelja, naj ostane vsaj on. Sklenil je ostati z bolniki in odgovornost za tri kirurške oddelke je bila na njem.

Dva dni je bila v Parizu megla hujša kot v Londonu. Bila je pošastna umetna megla in vsi, ki so jo vdihavali, so bili črni krog nosnic. Nekateri so govorili, da gorijo skladišča bencina krog Pariza, drugi, da se pod varstvom umetne megle umika francoska armada in vlada.

Časopisi so nehali izhajati, radio je utihnil, bobnenje topov krog Pariza je bilo čedalje hujše. Vse, kar so Parižani lahko izvedeli, je bilo le ustno izročilo. Francozi in tuji so zaživeli življenje polno tesnobe in negotovosti.

13. junija so nalepili lepake po Parizu, da je proglašen za odprto mesto. Povedali so to bolnikom. Pomirili so se malo, toda priti pod Nemce! To je nemogoče! Nekaj žensk je znorelo in so pele po cele noči z blaznim glasom marseljezo.

14. junija so v Parizu videli prve nemške vojake. Pripeljali so v bolnico več težko ranjenih civilistov in vojakov.

Bolnica Cochon je ostala francoska civilna bolnica, dočim so nekaj drugih pariških bolnic spremenili v nemške vojne bolnice.

Kljub temu, da so predavatelja v bolnici rabili, je imel težko stališče. V splošnem strahu pred 5. kolono so mnogi tudi predavatelja kot tujca smatrali za člana 5. kolone.

Po mestu je zmanjkalo hrane. AAP je pa imela precej zalog in bolniki kakor tudi osebje niso stradali.

Ko je minil prvi teden, odkar so Nemci zasedli mesto, je prihajalo v bolnico vse manj ranjencev in bolnikov. Pariz je bil skoro prazen. Le včasih so nemški avtomobili, ki so drveli po Parizu z veliko brzino, podrli kakega civilista.

V bolnico so se pričeli vračati francoski zdravniki. Predavatelj je dobil šefa in z ram mu je padla odgovornost, ki jo je nosil sam skoro en mesec. Vrnil se je iz armade tudi prof. Mathieu, ki je počasi spremenil oddelke za splošno kirurgijo, kjer

je bil, v kliniko za ortopedijo, kar je bila v mirnih časih in prevzel predavatelja kot svojega asistenta, dokler se ni po enem mesecu vrnil njegov pravi prvi asistent dr. Padovani. Kljub ponudbi, da naj ostane na kliniki kolikor časa hoče, je predavatelja zmikalo v domovino, od katere je bil popolnoma odrezan dva meseca.

Drobiž

Tudi Beograd ima težave s svojimi bolnišnicami, ki so zdavnaj pretesne in imajo premalo postelj za bolnike na razpolago. Tam že dolgo razpravljajo o gradnji nove velike bolnišnice, da bi število postelj doseglo številko 6000 nasproti sedanjim 2800 posteljam. Strokovnjaki so študirali način gradnje in se zedinili na tem, da bi bilo najboljšje, če bi zgradili bolniške bloke, tako da bi bile vse sorodne panoge pod enim krovom. Posamezni bloki bodo v obliki zvezde razvrščeni in se bodo dvigali v 5 do 7 nadstropij. Tako bolnišnica ne bo potrebovala ogromnih kompleksov zemljišč kot doslej in bodo posamezni oddelki bolj povezani med seboj. Prvi tak blok mislijo v Beogradu zgraditi na zemljišču bolnišnice za duševne bolezni.

Hrvatski zdravniki o sebi. V Zagrebu je bila redna skupščina zdravniške zbornice za banovino Hrvatsko in pa Hrvatskega zdravniškega društva. Ob tej priliki so izdali hrvatski zdravniki proglas, v katerem pravijo med drugim:

»Naš stan je že neštetokrat pokazal, kako globoko je prežet etičnih in socialnih načel v vprašanih življenjskih interesov hrvatskega naroda in njegovega zdravja. Hrvatski zdravniki so postavljali vedno vse svoje duševne in moralne sile na razpolago svojemu hrvatskemu narodu. Hrvatski zdravniki so pričeli z intenzivnim proučevanjem bistvenih vprašanj narodnega zdravja in nadaljujejo to delo kljub rapidnemu poslabšanju svojega gospodarskega položaja. Hrvatski zdravniki so v svojem

požrtvovanju za interese splošnih koristi edinstven primer med ostalimi stanovi hrvatskega naroda. Ostali bodo tudi v bodoče kakor doslej prvi poborniki za svobodo hrvatskega naroda in za boljše in lepše življenje hrvatskega človeka.«

O reformi medicinskega študija na Hrvatskem. »Hrvatski dnevnik« posveča dolg članek napovedanim reformam na zagrebški medicinski fakulteti, katerih namen je, da bi se hrvatski zdravniški naraščaj čim bolj približal in prilagodil kmečkemu ljudstvu. »Hrvatski dnevnik« predlaga, naj bi spadala medicinska fakulteta v bodoče pod nadzorstvo oddelka za narodno zdravje in ne več pod prosvetni oddelek kakor doslej. Zahtevo po reformah utemeljuje list takole:

»Medicinska fakulteta je prav za prav samo strokovna šola za vzgojo mladih zdravnikov, ki bodo pozneje delovali med narodom po navodilih in pod nadzorstvom oddelka za narodno zdravje. Sedaj na vzgojo in strokovno pripravo mladih zdravnikov nima nobenega vpliva oddelek, ki jih bo pozneje v veliki meri zaposlil. Ukiniti je treba dvojni tir v hrvatski zdravniški organizaciji in službi ter izročiti vse posle, ki se nanašajo na narodno zdravje, oddelku za narodno zdravje pri banski oblasti.«

Navedeni list dalje zahteva tudi reorganizacijo medicinskega pouka. V prvem semestru medicine naj se uvedejo obvezna predavanja o sociologiji in o ideologiji bratov Radićev. V splošnem pa je treba teoretična predavanja čim bolj zreducirati, namesto njih pa razširiti praktično delo na klinikah.

z uredništva in uprave

Tiskarski stroški so močno narastli. Kljub temu nismo zvišali naročnine za »Zdravniški vestnik«. Prosimo pa vljudno vse gg. tovariše, da se zavedajo svojih stanovskih dolžnosti do edinega slovenskega strokovnega lista ter mu pomagajo v teh težkih časih vsaj s točnim plačevanjem naročnine.

Radi podražitve tiska je sklenil uredniški odbor, da bo odslej sprejemal odgovore oziroma kritike na članke, ki so izšli v »Zdravniškem vestniku«, samo v omejeni dolžini. Prvi odgovor naj bo samo za 3 tiskane strani, naslednji pa samo za 1 tiskano stran.

*

Popravi! V zadnji številki Zdrav. Vest. je na str. 375. pri navedbi del iz okulištnega oddelka pod dr. Bockom po pomoti izpadlo delo dr. Mavricija Rusa: Phlegmone orbitae ex dacryocystitide cum fistula sacci lacrymalis. Restitutio ad integrum. Wien, med. Wschr. 1908.



ZEISS

BINOKULARNE LUPE

Binokularno opazovanje je zaradi zaznavanja globine veliko bolj izčrpno kot monokularno.

Binokularna glavna lupa (v sredini), tudi s čelno svetilko, univerzalna lupa za vse zdravnike, zlasti za okuliste, dermatologe.

Očalna lupa (desno), lagodna kot naočniki, se je izkazala pri malih operacijah.

Binokularna prizmatična lupa (levo) omogoča posebno binokularni pogled v telesne votline.

Binokularne daljnogledne lupe nudijo močnejše povečave pri veliki oddaljenosti objekta, specialna konstrukcija za otologe: **ušesna daljnogledna lupa** po Eckart-Möbiusu.

ZEISS



Zastopstvo:

M. PAVLOVIĆ, BEOGRAD, POŠT. PREDAL 411
Vlajkovićeve 9-11/I.

Sanatorij za živčne bolezni

v Zagrebu, Zelengaj 37, telefon 96-44

sprejema vse funkcionalne in organske nevrološke bolezni ter psihoze. Psihoterapija, kardiazolske in insulinske kure, malarija, trajno spanje, nevrokirurgija, fizikalna terapija



Sanatorij vodi **dr. Đuro Vranešić**

Podrobna obvestila v prospektu

Pri tvrdki »PROTEZA« Verovšek & Ko., Ljubljana, Krekov trg 10

dobite najcenejše in najboljše vsakovrstne ortopedične in bandažijske izdelke kot: umetne roke, umetne noge, ortopedične steznike, oporne aparate, ravnodržalce, vložke za ploske noge, kilne in trebušne pasove, otroške popkove bandaže iz gume, popkove bandaže za odrasle, suspensorije, gumijaste nogavice, gumijaste varovalke za kolena in členke, povoje, vato, gaze, brizge, vsakovrstne terapevtične pripomočke in higienske potreščine.

Lastne delavnice. Specialni oddelek za brušenje in niklanje kirurgičnih instrumentov.

Za dame damska postrežba.

TISKARNA MERKUR D. D.

Tiska knjige, brošure, časopise, uradne, trgovske in vsakovrstne druge tiskovine. Eno- in večbarvni tisk. Pri večjih nakladah rotacijski tisk. V lastni založbi tiska Službeni list kraljevske banske uprave dravske banovine. Zbirka zakonov in uredb i. dr. Vsa dela hitro, lično in po zmerni ceni

**L A S T N A
KNJIGOVEZNICA**



Ljubljana, Gregorčičeva 23 Telefon 25-52

**ZAHTEVAJTE
PRORAČUNE**

Gospod tovariš!

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

S tem koristite sebi in svojemu glasilu!

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH ORGANOV IN PRESNOVE

Rogaška Slatina

ima v svojih treh vrelcih

„TEMPEL“,

„STYRIA“

in „DONAT“

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

Strogo dietetična kuhinja v hotelu JUGOSLOVANSKI KRALJ odprta celo zimo

Letna in zimska sezona

Glavna sezona: maj — oktober

Gospodje zdravniki! Zahtevajte prospekte in vzorce vode pri

DIREKCIJI ZDRAVILIŠČA ROGAŠKA SLATINA

Elastični Hansaplast



D. R. P. Jugoslov. patent.

Elastični brzi povoji za rane v mali kirurgiji

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

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

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

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

PROTI KAŠLJU

HITRI IN ZANESLJIVI EKSPEKTORANS

EFETUSIN

SIRUP

„Kaštel“

(Saponini, efedrin, kodein, mentol in gomenol);

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

Dnevno 3 velike žlice, otroci 3 male žlice

EKSPEKTORANS S KODEINOM IN EFEDRINOM

CODERIN

TABLETE

„Kaštel“

(Alkaloidi ipekakuanhe, kodein in efedrin)

Orig. fiole z 10 ali 20 tabletami

Dnevno 3 do 6 tablet

ANALEPTIKUM IN NOVO MOČNO SREDSTVO PROTI KAŠLJU

TONOKARDIN-NEOKOD

KAPLJICE

„Kaštel“

(Tonokardin in Neokod [dihidrooksikodeinon])

Orig. stekleničice z 10 ccm solucije

Dnevno 3 do 6 krat po 20 kapljic

 **Kaštel d.d.**

Zagreb
