

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 XII

LJUBLJANA, NOVEMBER 1940

ŠTEV. 11

KEMIKA D. D., ZAGREB

priporoča svoj preizkušeni preparat:

OLEOSAN

Preizkušena emulzija najfinejšega norveškega ribjega olja, ki vsebuje vse vitamine v neizpremenjeni in aktivni obliki, a poleg tega kalcij in fosfor v vezani obliki.

Okus ima zelo dober, zato ga otroci in odrasli radi jemljejo. Za individualizatorno in čim uspešnejšo terapijo izdelujemo Oleosan v sledečih kombinacijah s potenciranim delovanjem:

OLEOSAN CUM LECITHINO

vsebuje tudi organski fosfor v obliki lecitina.

OLEOSAN CUM KREOSOTO

vsebuje kreozot v aktivni obliki s potenciranim delovanjem.

OLEOSAN CUM JODLECITHINO

vsebuje organski fosfor in jod. Razvija intenzivno delovanje joda brez nezaželenih učinkov. Ako želite predpisovati ribje olje v neemulgirani obliki predpisujte naš

OLEUM JECORIS ASELLI C. LECITHINO „KEMIKA“

odnosno

OLEUM JECORIS ASELLI C. JODLECITHINO „KEMIKA“

Oleosan in njegove kombinacije bodo ostali vedno vodilni preparati na področju ribjega olja.

Predpisujte dobre domače preparate!

Vsebina enajstega zvezka

Dr. Vito Lavrič: Iztipanje maternične votline po porodu	321
Dr. Robert Kukovec: Kakšne rezultate nam da indigokarmin in preiskava vode na ureo v ledvični diagnostiki	326
Dr. Joško Arko: Prispevek h konservativnemu zdravljenju težkega pilorospazma	334
Dr. Mirko Černič: Vejalističe za naše strokovno besedje in izrazje	338
Bitja in žitja: Prof. Fran Viljem Lipič	341
Vprašanja — Odgovori	342
Iz zdravniškega slovstva	344
Iz zdravniških društev	355
Drobiž	360
Iz uredništva in uprave	360

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.

Kadar Vaša naročila za knjige in časopise odstopite firmi

ADOLF MOSTBECK

ZASTOPSTVO MEDICINSKE KNJIGARNE

URBAN & SCHWARZENBERG

BEOGRAD, OBILIČEV VENAC 32/I.

POŠTANSKI FAH 371.

boste sigurno dobro postreženi. — Po sporazumu otvorimo radi novim odjemalcem tekoči račun in dajemo povoljne plačilne pogoje

PROVITAL

nevro-organski tonikum

(ekstrakti jeter, vranice, ledvic-baker-mangan-arzen-fosfor-stomahika)

Astenija, nervozna in fizična izčrpanost, rekonvalescenca, postoperativna in postinfekciозна anemija.

Steklenica s 300 gr din 50.—

INOTYOL

poškodbe in iritacije kože

(Ichthyol-extr. Hamamelis-titanove soli-Zinc. oxydat.)

Ekcemi, srbečica, rane, kombustije, impetigo, dermatoze in iritacije kože.

Mazilo tuba od 25 gr din 22.—

Mazilo tuba od 50 gr din 38.—

OPOCALCIUM

OBSEVANI - IRRADIE

peroralna terapija s kalcijem

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

Visokovreden kalcijev preparat, ki se sigurno resorbira. Rahitis, rast, osifikacija, pljučne bolezni, limfatizem, nosečnost, dojenje, bolezni radi pomanjkanja kalcija, remineralizacija.

Granulat vel. škatla din 60.—

Tablete škatla din 60.—

PYRETHANE

antinevralgikum-antipiretikum

(amidopyrazolonphenazon-carbamatethylurethan)

Najaktivnejši med poznanimi antinevralgiki. Močan antipiretikum pri vseh febrilnih stanjih.

Migrena, nevralgije, nevritis, revmatične bolečine, dismenoreja, vse febrilne bolezni (hripa, angina, pnevmonija, tifus)

Mala steklenica . . . din 35.—

Vel. steklenica . . . din 55.—

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

Protiv
Kašlja

Dicodid-Tabletten

«Knoll»

Kao sretstvo koje stišava kašalj i
dejstvuje sedativno, Dicodid »Knoll«

daleko je podesniji od Codeina.

Dicodid »Knoll« ako se ispravno
dozira ne izaziva gotovo nikakvih
nuzpojava (Nausea).

Vrlo retko uzrokuje opstipaciju.

Rp. Dicodid-Tabletten »Knoll«

Cevčice sa 10 i 20 tableta po 0,005 g.

Cevčice sa 10 tableta po 0,01 g.

Odrasli uzimaju: 2-3 puta dnevno 0,005-0,01 g.



KNOLL A.-G., kemičke tvornice, Ludwigshafen a. Rh.

Glavni zastupnik za Jugoslaviju:
Mr. Draško Vilfan, Zagreb, Ilica 204.

Stopnjevano

oralno delovanje

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

PROGYNON-KAPLJICAMI

4 krat dnevno 5 kapljic, nerazredčeno

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

posebno ekonomičen

Originalni omoti:

Progynon-kapljice „2 mg“

za klimakterične težave in motnje
menstruacije.

Progynon-kapljice „15 mg“

za težje primere ovarialne afunkcije.

SCHERING A. G. BERLIN

Zastopstvo za Kr. Jugoslavijo:

Mr. Draško Vilfan, Zagreb, Srebrnjak 55



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

SKALIN 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. Doprinese 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

HIDROGEN TABLETE, Hydrogenium hyperoxidatum v trdnem stanju vsebuje 35% H₂O₂. Pakirano v cevkah po 10 in 20 tablet à 1 gr

KEMIJSKO FARMACEVTSKI LABORATORIJ

MIŠKOVIĆ IN KOMP.

BEOGRAD, Sarajevska ulica broj 84.

Specifična terapija vegetativnih nevroz

Simpatikotonija

Tahikardija
Migrena
Urtikarija
Hipermenoreja

G Y N E R G E N

Vagotonija

Angina pectoris
Krise radi strahu
Epilepsija
Spazmi
Hipermija
Dismenoreja

B E L L A D E N A L

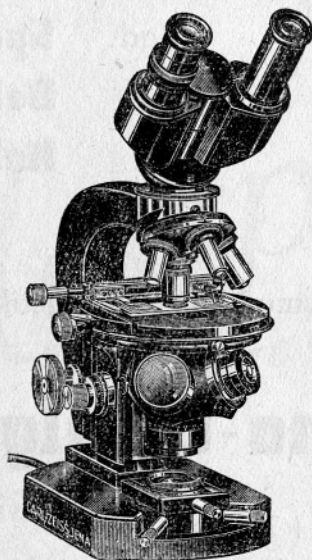
Amfotonija

Labiliteta vegetativnega živčnega sistema
Vazonevroze
Basedow
Nočno znojenje
Nevroze v klimakteriju

B E L L E R G A L

Sandoz A. G., Basel (Švica)

ZEISS MIKROSKOPI



NOVI VELIKI MIKROSKOP ZA ZNANSTVENA RAZISKOVANJA Lp

„LUMIPAN“



Razsvetljevalni aparat je vdelan v stojalu

Izmenljivi razsvetljevalni aparat s pankratičnim kondenzorjem za aperture objektiva od 0.16 do 1.40, s kardiodnim kondenzorjem za temno polje in kondenzorjem za povečave z lupo

na novem trojnem kondenzorskem revolverju

Dopolnilne priprave za upadajočo in polarizirano svetlobo, za mikro-fotografijo in projekcijsko risanje. — Nizka celokupna konstrukcija, ki ni višja od naših modernih L stativov, omogoča delo v ugodni telesni drži.

PROSPEKTI IN OSTALA POJASNILA BREZPLAČNI

CARL ZEISS-JENA

Generalno zastopstvo:

M. PAVLOVIĆ, BEOGRAD, Vlajkovićeveva 9-11 (poštni predal 411)

Novost!

Kod **Spazama**
Bolova
Kolika

antispasmodikum i analgetikum

Spasmo - Cibalgin "Ciba"

Cibalgin + Trasentin

Tablete: pakovanje po 20 komada
bolničko pakovanje po 200 komada

Supozitorije: pakovanje po 5 komada
bolničko pakovanje po 50 komada

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz)

Zastupstvo za Jugoslaviju:

Mr. ph. Vladimir Jelovac, Beograd, Kr. Milutina 56



*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



ANTIREVMATIČNA TRIADA



PIPÉRAZINE
NAJMOĆNEJŠE TOPILO
SEČNE KISLINE — ŠUMEČA ZRNCA

THIODÉRAZINE

KRONIČNI REVMATIZEM
AMPULE PO 5 CM³

ZA INTRAMUSKULARNE ALI
INTRAVENOZNE INJEKCIJE

THIODACAÏNE

REVMATIČNE BOLEČINE
AMPULE PO 20 CM³

ZA INJEKCIJE
„LOCO DOLENTI“

LABORATOIRES MIDY-PARIS

RENÉ DUNOD IN KOMP. BEOGRAD MIL. GAVRILOVIĆA 6.

NOVAR

LONGBOZETS

BILLON

OSTANE ZA
ZDRAVLJENJE
SIFILIDE
NENADOMESTLJIV

INTRAVENOZNE
INJEKCIJE

Société Parisienne d'Expansion Chimique

..... **SPECIA**

Marques POULENC FRÈRES et USINES DU RHONE

21, Rue Jean-Goujon

PARIS-8^e

VZORCE IN LITERATURO
POŠILJA NA ZAHTEVO:

**ENGEL & ADELA**

Z A G R E B
DUKLJANINOVA 3

Vnetne komplikacije

ki nastajajo v teku

zdravljenja varikoznih ven z injekcijami

nastanejo zaradi prehitrega začetnega vbrizgavanja visoko koncentrirane raztopine ali pa zaradi difuzije malih količin raztopine skozi steno vene.

Obkladek z Antiphlogistine na oboleli predel hitro ublaži bolečine

ANTIPHLOGISTINE

d e l u j e

dekongestivno — analgetično — litično

Vzorci in literatura brezplačni

THE DENVER CHEMICAL MFG. Co.
New-York U. S. A.

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



Ephetonin Merck

Pri bronhialni astmi

in drugih alergičnih boleznih (urtikarija, serumski eksantem itd.)
BRONHITISU, HIPOTONIJU

Ploščice, zrna (perle), ampule, sirup, mazilo (proti nahodu) kakor tudi
substanco za recepturo.

E. MERCK, DARMSTADT
Zastopstvo: „Alkaloid“, Zagreb 1,
poštni predal 494



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

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH ORGANOV IN PRESNOVE

Rogaška Slatina

ima v svojih treh vreclih
„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

Ordinacijske naprave



za zdravnike kot:

preiskovalne stole in mize,
jeklene omare za instrumente,
mizice za instrumente,
mizice za umivalne sklede,
posode za potrošeni material,
irigatorje, stolčke na vijak,
enkrat in večkrat zložljiva nosila iz jeklenih
lahkih cevi;

kot tudi opreme za zobozdravnike,

operacijske mize, praktične

pregibne mizice za instrumente

in pljuvalnike itd. v izredno praktični izvedbi
priporoča po najzmernejših cenah

**Tvornica telovadnega orodja
in ordinacijskih naprav**

J. O R A Ž E M

RIBNICA — SLOVENIJA

Ustanovljeno 1881.

Novi domači analgetikum

JUGOPIRIN



tablete

Deluje hitro in zelo trajno, nima nezaželenih učinkov

JUGOPIRIN - tableta vsebuje:

Codein. phosph.	0,01 g
Acid. acetylosal.	0,25 g
Phenacetin.	0,25 g
Acid. phenylacetylbarbitur.	0,01 g
Coffein. pur.	0,01 g

JUGOPIRIN deluje sigurno proti bolečinam najrazličnejše geneze.

Orig. fiole z 10 tabletami din 18.— (za bolnike)

Orig. fiole z 20 tabletami din 26.— (za bolnike)



a. d. za trg. i proizvodnju kemiskih i farmaceutskih artikala **Z e m u n**

AGOCHOLINE

Za medikalno drenažo žolčevodov

Najaktivnejši med vsemi poznanimi holagogi

Topljiva zrnca prijetno aromatizirana z mento

GASTRO-PANSEMENT

Oblaganje celokupne gastrične sluznice na bazi aktiviranega oglja

Zdravljenje gastričnih ulkusov in bolečih gastropatij

Prašek razdeljen v 10 enakih doz

ENTERO-PANSEMENT

Zaščita, dezinfekcija in desenzibilacija črevesne sluznice na bazi aktiviranega oglja in bismutovega subnitrata

Zdravljenje drisk pri odraslih in otrocih, črevesnih infekcij in intoksikacij in njihovih posledic

Topljiva aromatizirana zrnca

SEDOGASTRINE

Blaži želodčne bolečine in urejuje prebavo

1. nevtralizira želodčno kislino
2. zmanjšuje želodčno sekrecijo
3. blaži želodčne bolečine

Tablete (z žepno bonboniero). — Zrnca.

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

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

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

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

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 (Roble)



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

CALCIPOT

PRO INJECTIONE

Sterilna, po posebnem postopku stabilizirana 10% in 20%-na raztopina čistega kalcijevega glukonata za celokupno parenteralno kalcijevo terapijo.

INTRAMUSKULARNO ALI INTRAVENOZNO:

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

Klinični zavitki po 50 ampul

NOVO-TROPON

organo-lipoidni

TONIKUM

ZA ŽIVCE

UGODEN OKUS! NIZKE CENE!

Omoti:

100 g praška (traja za odrasle 10 dni) din 42.—

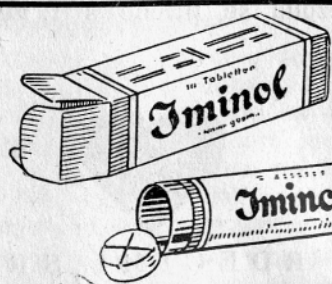
250 g praška (traja za odrasle 25 dni) din 80.—

Dnevno 3 krat po 1 malo žlico po jedi na tekočini. Otroci polovico.

TROPONWERKE  KÖLN - MÜLHEIM

Vzorci in literatura brezplačno na zahtevo pri zastopstvu za Jugoslavijo:

„BIOSAN“ Mr. Ph. VLADIMIR SMOKVINA - ZAGREB, KAPTOL 12



Iminol

profilaktikum proti astmi

naj se jemlje že pri prvih znamenjih grozečega napada, ki jih skoro vsaki astmatik v kakršni koli obliki občuti. Pri redno se ponavljajočih nočnih napadih naj vzame bolnik 1–2 tableti zvečer pred spanjem.

Iminol vsebuje v tableti: agaricin 0,005 – papaverin 0,02
coffein-theophyllin aa 0,1.

Omoti: cevka z 10 tabletami din 21.—
cevka z 20 tabletami din 34.—

Vzorci in literatura pri:

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof
Zastopstvo za Jugoslavijo: „Alkaloid“, Zagreb 1, poštni predal 494

SANATORIJ EMONA
PRIVATNA KIRURŠKA KLINIKA

Sprejema vse primere iz področja operativne medicine
Opremljena je z najnovejšimi terapevtskimi in diagnostičnimi sredstvi
Specialistične rentgenološke preiskave
Kemijske in laboratorijske preiskave krvi, seča etc.

IZBERA ZDRAVNIKA-OPERATERJA SVOBODNA

Cena oskrbi: II. razred din 75,—, I. razred din 100,— dnevno
Informacije pismeno in telefonsko

LJUBLJANA, KOMENSKEGA ULICA ŠT. 4

Telefon števil. 36-23

Zdravilišče in kopališče



Kraljevski dvorski dobavitelj

SLATINA RADENCI

Najmočnejše prirodne ogljikovo-kisle (CO₂) 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!

Tiskarna Merkur

LJUBLJANA, GREGORČIČEVA UL. 23



Tel. 25-52

Lasna knjigovoznica

Vsa dela hitro, lično in po zmerni ceni

Zahtevajte proračune



*Koalitetna
optika*

Lajec

LJUBLJANA
PASAŽA
NEBOTIČNIKA

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA

LETNIK XII

LJUBLJANA, NOVEMBER 1940

ŠTEV. 11

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

Iztipanje maternične votline po porodu

Dr. Vito Lavrič, asistent

Po porodu placente pogosto nastanejo krvavitve. Vzroki tem krvavitvam so: atonija maternice, zaostali kos placente ali zaostala krvna koagula.

Diferencialna diagnoza med atonično krvavitvijo in krvavitvijo zaradi zaostalega kosa placente je težka. Težavna je zaradi tega, ker je večkrat nemogoče s sigurnostjo ugotoviti, ali je porojena placenta cela ali ni. Tudi pregled placente in jajčnih ovojev, ki ga opravi več oseb (babica, dežurni zdravnik, asistent, šef), kot ga je priporočal prvi Zangenmeister in ki ga mi že desetletja izvajamo, se je izkazal kot nezadosten. V slovstvu so opisane še druge metode, ki naj bi olajšale odločitev, ali je placenta cela ali defektna. Naj omenim le nekatere: Schultzejevo polnitev placente z mlekom, Frankenovo polnitev placente z zrakom in Sachsov poskus plavanja z zrakom napolnjene placente. Vse te metode imajo to napako, da pokažejo tudi najmanjše defekte v hiorialnem sistemu, ki pa so praktično brezpomembni. Mi jih zato ne uporabljamo.

Zaostali kos placente povzroča po navadi krvavitve. Uterus se namreč na mestu, kjer je zaostal košček placente, slabo krči. Zlasti dobro je tipljivo to atonično mesto na maternični površini tedaj, če se ostali uterus s pomočjo pituitrina dobro kontrahira. (Föderlov simptom, ki dostikrat ni jasno izražen, posebno pri ženah z debelimi trebušnimi stenami). Mogoče pa je tudi, da žena kljub zaostalemu kosu placente ne krvavi takoj po porodu ampak, da se pojavi krvavitev šele v otroški postelji in pa sploh ne.

Iztipanje indiciramo v našem zavodu precej liberalno. Zanj se odločimo, če ugotovimo na placenti vsaj za lešnik velik defekt placentarnega tkiva, prav tako takrat, kadar samo sumimo na defekt placente. V obeh primerih iztipljemo tudi tedaj, če žena ne krvavi. Dalje je vsaka krvavitev po porodu placente, ki ne preneha po masaži maternice in po injekcijah pituitrina in preparatov sekala, indikacija za iztipanje maternice, pa čeprav smo dognali, da je placenta cela. Če smo v teh primerih z iztipanjem odstranili le krvna koagula, smo dostikrat preprečili s tem nadaljnjo krvavitve. Često smo našli kljub navidezno celi placenti v maternični votlini še velike kose placente ali celo stransko placento. Izkušnja nas je naučila, da je za žene veliko manjša nevarnost, če iztipljemo maternico, pa ne najdemo v njej ničesar, kot če ne iztipljemo in ostane v maternici kos placente, ki pomeni smrtno nevarnost za mater radi kasnih krvavitvev in infekcije.

Pogoja za uspešno iztipanje sta stroga asepsa in eksploracija maternične votline čimprej po porodu placente. Že po 12 urah je prognoza z ozirom na možnost vnašanja infekcije v uterus zelo dvomljiva in postaja iz ure v uro

slabejša (Sto e c k e l). Pri manifestni infekciji iztipljemo uterus le tedaj, če je placenta sigurno defektna. V dvomljivih primerih je bolje, da ne iztipamo.

Naša tehnika iztipanja maternične votline je sledeča. Ženi pristrizemo koccine okrog zunanjšega spolovila s škarjami. Vulvo in okolico operemo z 2% lizolovo raztopino. Nato revidiramo s celo roko ali pa, kjer to ni mogoče, samo z dvema prstoma maternično votlino in odstranimo placentarno tkivo oziroma krvna koagula. Instrumentov (kiret, S c h u l t z e j e v i h klešč) sploh ne uporabljamo. Po končani operaciji maternične votline ne izpiramo z ničemer. Zaradi tega nismo imeli nič večje morbiditete niti mortalitete naših otročnic. Če žena po iztipanju še dalje krvavi, ji injiciramo preparate iz zadnjega dela hipofize in sekala kornutuma. V primerih, kjer krvavitev ne preneha, tamponiramo cavum uteri s škrot zloženo suho gazo (5 m × 10 cm) za 6 ur. Krvavitev nato skoro vedno preneha.

Iztipanje v letih 1920. do 1939.:

Leto	Število porodov	Število iztipanj		Iztipanje	
		poz.	neg.	poz.	neg.
1920.	813	6	0'74	2	4
1921.	867	5	0'58	3	2
1922.	762	14	1'84	12	2
1923.	803	14	1'74	7	7
1924.	860	21	2'44	16	5
1925.	1056	17	1'61	16	1
1926.	1149	10	0'87	8	2
1927.	1219	14	1'15	14	—
1928.	1353	17	1'25	11	6
1929.	1268	24	1'89	9	15
1930.	1718	18	1'04	8	10
1931.	1603	16	0'99	5	11
1932.	1874	23	1'23	13	10
1933.	1792	32	1'78	19	13
1934.	1878	28	1'49	21	7
1935.	2021	27	1'33	12	15
1936.	2106	20	0'94	15	5
1937.	1741	24	1'37	15	9
1938.	1842	42	2'28	27	15
1939.	2058	41	1'99	18	23
	28783	413	1'4%	251	162
				60'7%	39'3%

V i d a k o v i ć je leta 1935. v Lij. vjes. objavil članek »Krvarenja u 3. porodajno doba i njihovo liječenje«. V tej razpravi je tudi poglavje o vzrokih in terapiji krvavitev, ki nastopajo po porodu placente (stran 302). Stališče, ki ga zavzema po dolgoletnih izkušnjah zagrebška vseučiliška klinika do terapije krvavitev po porodu placente, je v članku sicer kratko toda jako točno objasnjeno. Primerjava našega načina zdravljenja s terapevtičnimi metodami zagrebške vseučiliške klinike je pokazala, da hodita oba vodilna zavoda ista pota.

Da dokažemo upravičenost naše dosedanje terapije v primerih defektne ali sumljive placente ter pri krvavitvah po porodu placente, sem pregledal naše porodniške zapisnike zadnjih 20 let. V letih 1920. do 1939. je v našem zavodu rodilo 28.783 žena. Od teh smo iztipali 413 ali 1'4%. Dočim smo se prva leta odločili le v strogo indiciranih primerih za iztipanje in večkrat v dvomljivih

primerih raje nismo iztipali, se odločamo zanj zadnja leta mnogo preje, ker so se slabe posledice neupravičenega strahu pred zanašanjem infekcije v cavum uteri kaj kmalu pokazale. Otročnice, ki smo jih že odpustili domov, so se vračale s placentarnimi polipi. V 60·7% smo pri iztipanju našli kose placente, dočim v 39·3% ni bilo najti nobenih placentarnih ostankov in smo odstranili iz kavuma le koagula. Če primerjamo naše številke s številkami drugih zavodov, moremo ugotoviti, da je naš odstotek iztipanih žena precej visok (zadnja leta cca. 2%, povprečno 1·4%). V splošnem je opaziti, da odstotek iz leta v leto narašča, kar je pripisati poleg večji operativni aktivnosti predvsem dejstvu, da se močno širita gonoreja in kriminalni abortus. Toth je iztipal le 0·32%, Katz (Schauta-Peham) 0·45%, Karlin 0·45%, Zangenmeister 0·5%, Strecker v letih 1911—1918 0·13% oziroma 0·57% porodnic, dočim je frekvenca iztipanih žena porasla v letih 1919—1921 od 0·76% preko 1·8% na 2·02%. Ganzow je iztipal povprečno vsako 60 porodnico (1·66%).

Dalje nas je zanimalo, kolikšna je bila morbiditeta oziroma mortaliteta iztipanih otročnic. Ker je bistveno važno, kdaj iztipljemo, smo razdelili naše primere v 2 skupini. V prvi skupini smo upoštevali vse one žene, ki smo jih iztipali v prvih devetih urah po porodu, dočim smo v drugi skupini upoštevali otročnice, ki smo jih iztipali od 10—48^h po porodu placentе.

Iztipanje prvih 9 ur po porodu placentе:

Leto	Koliko?	Afebr. Subfebr.	Febr.	Koliko dni?	Umrle	Vzrok smrti:
1920	5	4	1	11	.	
1921	4	3	1	4	.	
1922	14	12	2	10	.	
1923	14	13	1	1	.	
1924	21	17	4	7	.	
1925	17	17	.	.	1	tbc. pulmon.
1926	10	8	2	2	.	
1927	14	11	3	3	.	
1928	17	15	2	3	.	
1929	24	21	3	4	.	
1930	18	14	4	4	.	
1931	13	12	1	26	1	plac. praev. rupt. ut.
1932	22	19	3	6	1	
1933	32	31	1	2	.	
1934	26	21	5	6	2	atonia
1935	26	21	5	9	.	
1936	17	11	6	10	1	pneumon.
1937	24	17	7	18	.	
1938	42	36	6	13	.	
1939	39	35	4	11	.	
399	338	61	150	6		

15·2%

Veliko večino žena in sicer 399 od 413 smo iztipali že v prvih 9 urah, ker smo se vselej zavedali, kako važno je iztipati čimprej. Od teh 399 puerper je bilo v otroški postelji afebrilnih in subfebrilnih 338, dočim je bilo samo 61 žena (15·2%) febrilnih 150 dni ali vsaka 2½ dni povprečno. Febrilnost je bila torej kratkotrajna in prav nič večja kot pri spontanah porodih. Pri tem je treba upoštevati tudi dejstvo, da so bile pri velikem številu porodnic poleg

iztipanja izvršene tudi še druge operacije, katerih vpliv se kaže na temper. krivulji v otroški postelji. Te operacije so bile naslednje:

Ekstrakcija nožice oziroma ekstrakcija ploda pri zad. legi, ročna pomoč	22krat
Kombinirani in notranji obrat z ev. ekstrakcijo ploda	10krat
Kleščice	5krat
Zmanjšujoče operacije	2krat
Credé	123krat
Tamponada uterusa in vagine (po iztipanju)	24krat
Manualna ločitev placente (na domu pacientke)	10krat
Amputacija uterusa (radi atonije ozir. rupture uterusa)	4krat

Dalje je treba upoštevati dejstvo, da je od 399 žena prišlo v zavod 12 febrilnih, da smo ugotovili pri 11 slabost popadkov, pri 4 tesno medenico, pri 47 nepravilno lego ploda, pri 11 nefropatijo oz. eklampsijo, pri 16 predležočo placento in pri 4 gnojne procese na koži.

Če upoštevamo vse te okolnosti, lahko ugotovimo, da ni morbiditeta puerper prav nič večja kot po normalnih spontanah porodih. Gheorghiu je šel v svojih konkluzijah na internacionalnem ginekološkem kongresu v Amsterdamu leta 1938. tako daleč, da je trdil: Sistematično iztipanje vsake porodnice je najboljša profilaksa puerperalne sepse. V svoj zagovor je navajal dejstvo, da se placenta nikoli ne odloči v celoti ter da ostanejo v maternični votlini vselej delci placentarnega tkiva, ki nudijo vedno prisotnim bakterijam ugodna tla za razmnoževanje. Navedel je tudi svoje uspehe: od leta 1913. dalje je doživel en sam primer puerperalne sepse in znižal morbiditeto puerper na minimum (2%). Tako zavirljivih rezultatov gotovo ni imel še noben porodničar. Kljub prepričevalnim besedam navzočih ni mogel prepričati. Oponirala sta mu Labhardt, ki je trdil, da je puerperalni uterus še vedno »noli me tangere«, ki ga ne smemo brez potrebe eksplorirati, in G. A. Wagner, ki je izjavil, da je iztipanje v aseptičnem milieju klinike s spretno roko ginekologa sicer res malo nevarna operacija, nikakor pa ne v hiši porodnice z rokami praktičnega zdravnika, ki ima opravka tudi s septičnim materialom. Z mnenjem Labhardta in Wagnerja se v celoti strinjamo.

Od 399 v prvih devetih urah po porodu iztipanih žena nam jih je umrlo 6. Če analiziramo posamezne smrtnne primere, lahko ugotovimo, da ni nobena izmed 6 žena umrla radi posledic eksploracije uterusa.

Zap. št. 415/25. F. A. se je zdravila na internem oddelku radi bilateralne kazeozne infiltracije pljuč. Tam je 5. maja prezgodaj rodila. Radi defektne placente je bila premeščena v naš zavod, kjer je bila iztipana. Pri reviziji maternice je bil odstranjen za oreh velik kos placente. 7. maja je žena umrla za pljučno tuberkulozo.

Zap. št. 1532/31. V. I. je doma močno krvavela zaradi predležoče placente. Pri nas je bil izvršen notranji obrat in nato iztipanje maternice radi sumljive placente. Žena je kmalu po prihodu v bolnico izkravela zaradi predležoče placente.

Zap. št. 1707/32. P. J. je doma rodila. Plod se je rodil v popolni nožni legi. Po porodu placente je žena doma močno krvavela. Ker smo sumili, da je zaostal kos placente, smo ženo iztipali. Cavum uteri je bil prazen. Pač pa je v raztegljivem delu maternice bila inkompletna ruptura. Kljub tamponadi in nato ekstsirpaciji uterusa je žena nekaj ur po prihodu v bolnico umrla radi ruptur maternice.

Zap. št. 1836/34. O. I. je doma rodila. Zdravnik je doma poskušal ločiti adherentno placento, vendar mu je to le delno uspelo. Pri iztipanju smo našli za jabolko veliko placentarnih ostankov. Žena je nekaj ur po prihodu v zavod izkravela iz atonične maternice.

Za terapijo luesa

Neosalvarsan

zdavno preskušen specifikum
za intravenozno injekcijo.

*V primerih, kjer se ne more ali ne želi dati
intravenozno injekcijo*

Solu-Salvarsan

intramuskularno.

Gotovo uporabljiva in stabilna raztopina za brez-
bolno injekcijo. Dobro se prenaša; Solu-
Salvarsan je kot Neosalvarsan kemično, farmako-
loško in klinično od države preizkušen ter tera-
pevtski enako dobro deluje.

Lahko se da tudi intravenozno.

ORIGINALNI ZAVITKI:

Neosalvarsan: ampule z 0.15, 0.3, 0.45, 0.6, 0.75 in 0.9 g.

Solu-Salvarsan: ampule z 0.5, 1, 1.5, 2, 3, 4, 5 in 6 ccm.



»Bayer«

LEVERKUSEN a/Rh.

Zastopstvo za Jugoslavijo:

„JUGEFA“ K. D.

Zagreb

Preradovičeva ul. 16

Salyrgan

klasičen živosrebrn diuretikum

Uporablja se intravenozno, intramuskularno in intraperitonealno.

Tipičen učinek živega srebra, ki mobilizira tkivno vodo, je pojačan s teofilinom, kateri deluje renalno.

Izvrstno se prenaša tudi pri redno ponovljeni uporabi.

ORIGINALNI ZAVITKI:

škatele s 5 oz. 10 ampulami po 1 in 2 ccm,
klin. zavoji s 100 ampulami po 1 in 2 ccm.



»Bayer«
LEVERKUSEN a/Rh.

Zastopstvo za Jugoslavijo:

„JUGEFA“ K. D.

Zagreb

Preradovičeva ul. 16

Zap. št. 1597/34. H. F. je v nosečnosti večkrat krvavela zaradi globoke lege placente. V prvi in drugi porodni dobi je malo krvavela. Radi atonije v tretji porodni dobi je bil z uspehom izvršen Credé. Placenta je bila cela, toda kljub temu je žena krvavela dalje. Pri iztipanju smo našli prazen cavum uteri. Tamponada maternice je bila brez učinka. Eno uro po porodu placente je žena izkrvavela iz atonične maternice.

Zap. št. 410/36. K. F. je prezgodaj rodila zaradi pnevmonije desnega spodnjega lobusa. Radi sumljive placente smo ženo iztípali in odstranili za oreh velik kos placente. Pnevmonija se je v puerperiju razširila tudi na levo pljučno polovico. Žena je peti dan po porodu umrla za p n e v m o n i j o.

Iztipanje 10 do 48 ur po porodu placente:

Leto	Koliko?	Afebr. Subfebr.	Febr.	Koliko dni?	Umrle	Vzrok smrti:
1920	1	1	.	.	.	
1921	1	1	.	.	.	
1922	.	.	.	.	.
1923	.	.	.	.	.
1924	.	.	.	.	.
1925	.	.	.	.	.
1926	.	.	.	.	.
1927	.	.	.	.	.
1928	.	.	.	.	.
1929	.	.	.	.	.
1930	.	.	.	.	.
1931	3	1	2	4	1	sepsa
1932	1	.	1	8	1	embolija
1933	.	.	.	.	.
1934	2	1	1	20	.	
1935	1	.	1	2	.	
1936	3	3	.	.	.	
1937	.	.	.	.	.
1938	.	.	.	.	.
1939	2	.	2	37	.	
<hr/>						
	14	7	7	71	2	
						50%

Če končno analiziramo drugo skupino 14 žena, ki so bile iztípene 10 do 48 ur po porodu placente, ne moremo beležiti tako ugodnih rezultatov kot smo jih imeli pri ženah, iztípanih v prvih 9 urah po porodu. Od 14 žena je bilo 7 (50%) febrilnih skozi 71 dni ali vsaka povprečno 10 dni. Od 14 žena sta nam umrli 2 in sicer obe radi puerperalne sepse, kot je to razvidno iz popisov bolezni.

Zap. št. 1302/31. O. M. je 29. septembra ob 1. uri doma rodila. Placenta je bila defektna. Ves čas po porodu je doma krvavela. Šele 30. septembra ob 11. uri je prišla v bolnico, kjer smo maternično votlino revidirali. Našli smo za pest placentarnega tkiva in koagulov. Žena je šesti dan po porodu umrla radi sepse.

Zap. št. 1594/32. B. M. je 24. oktobra ob 14. uri spontano rodila. Placenta je bila cela. Naslednji dan je pričela po malem krvaveti. Pituitrin in sekale sta bila brez trajnega učinka. Radi dalje trajajoče krvavitve smo ženo 26. oktobra ob 10. uri iztípali in dobili le nekaj drobcev placentarnega tkiva. Puerperij je bil febrilen. Enkrat jo je tresla mrzlica. Po spodnjih ekstremitetah in v mali medenici so se ji vnele vene. Prebolela je tri pljučne infarkte. 38. dan po porodu je umrla zaradi embolije pljučne arterije.

Morbiditeta iztípanih žena pri drugih avtorjih zelo variira. Baummanava 33,2%, Karlin 11,4%, Katz 23,7%, G. A. Wagner 13,5%, Gheorghiu 2% (5000 primerov), Ganzow 0% (226 primerov) morbiditete.

Presoja naših uspehov in neuspehov nam daje smernice za nadaljnje ravnanje v primerih sumljive placente. Dočim se je lege artis izvršeno iztipanje v prvih urah po porodu izkazalo kot popolnoma nenevarna operacija, je kasno iztipanje skrajno tvegano. Z iztipanjem ni pametno odlašati. V primerih, kjer je ugodni čas (prvih 9 ur) že zamujen, je bolje ne iztipati, če žena ne krvavi.

ZUSAMMENFASSUNG

Aus dem Frauenspital in Ljubljana (Vorstand Dr. A. Zalkar) Dr. Vito Lavrič, Assistenzarzt: Die Austastung der Gebärmutterhöhle nach der Geburt. Bericht über 413 Austastungen der Gebärmutterhöhle nach der Geburt in den Jahren 1920 bis 1939. Frequenz 14%. In 60,7% der Fälle wurden bei der Revision Placentarestes gefunden und entfernt.

Fast alle Frauen (399) wurden in den ersten 9 Stunden nach der Geburt ausgetastet. Von denen fieberten nur 15,2% (2,5 Tage durchschnittlich). 6 Frauen starben. Die Todesursachen waren: 1 Lungentuberkulose, 1 Lungenentzündung, 1 Uterusruptur, 1 Placenta praevia und 2 Uterusatonien. Niemals verursachte die Austastung den Tod.

Die übrigen 14 Frauen wurden erst 10 bis 48 Stunden nach der Geburt ausgetastet. Die Morbidität beträgt 50% (jede Frau fieberte durchschnittlich 10 Tage). Zwei von diesen starben und zwar beide an Puerperalfieber.

Die Austastung ist eine ziemlich harmlose Operation, wenn sie sogleich nach der Geburt und lege artis ausgeführt wird. In zweifelhaften Fällen ist sie deshalb ein viel kleineres Übel für die Frau als das Zurücklassen von Placentaresten.

SLOVSTVO

Breipohl: Über den Wert der Proben auf Vollständigkeit der Placenta. Zbl. Gynäk. 1935, str. 155. — Föderl: Ein neues Symptom für die Retention eines Placentarestes. Zbl. Gynäk. 1936, str. 1283. — Ganzow: Die Folgen des Zurückbleibens von Placentaresten im Uterus nach der Geburt. Zbl. Gynäk. 1938, str. 2455. — Gheorghiu: La révision de la cavité utérine (le contrôle utérin) immédiatement après l'accouchement, comme moyen de traitement prophylactique de l'infection puerpérale endogène, ainsi que des hémorrhagies post partum. Internationaal Congres voor Verloskunde en Gynaecologie. Amsterdam 1938. — Karlin: Über die manuelle Placentalösung und Austastung des postpartalen Uterus. Med. Welt 1938, str. 924. — Schmid: Pathologie und Therapie der Nachgeburtsperiode. Halbans-Seitz VIII/1. — Stoeckel: Lehrbuch der Geburtshilfe, 1938. — Vidaković: Krvarenja u 3 porođajno doba i njihovo liječenje. Lij. vjes. 1935. — Vidaković: Porodničke operacije s kolokvijskim vježbama. Zagreb 1935. — Zalkar: Poročilo o ginekološkem in porodniškem delu v letih 1920 do 1936. Ljubljana 1937.

Iz urološke klinike v Parizu (upravnik prof. Maurice Chevassu)

Kakšne rezultate nam da indigokarmin in preiskava vode na ureo* v ledvični diagnostiki

Dr. Robert Kukovec, asistent.

Urologija uživa po pravici glas najbolj eksaktne vede v kirurški znanosti. To pa zaradi tega, ker imamo danes možnost, da preiskujemo ledvično funkcijo. Do tega rezultata so privedla dolgotrajna raziskovanja Bright-a, Haidenhain-a, Widala, Ambarda in drugih. Ti raziskovalci nam niso samo odkrili delovanja ledvic, ampak so tudi z vso jasnostjo

* Urea je nekaj drugega kot preostali dušik. Urea je poslednji rezultat razkroja sečne kisline (acidum uricum), medtem ko je preostali dušik vsota vseh dušikovih spojin razen beljakovin.

pokazali važnost tega delovanja za splošno kirurgijo. S temi raziskovanji so se bavili deloma kirurgi, deloma internisti. Ni čuda torej, da so načini za spoznavo ledvične funkcije prav različni. Internisti so se držali bolj laboratorija, ter je njihovo delovanje našlo med drugim izraza v komplicirani in praktično težko uporabljivi Ambard-ovi konstanti. Ona določa vrednost ledvičnega delovanja s številko, ki jo da ulomek med količino uree v krvi in one v vodi; ter je njena matematična formula:

$$K = \frac{U}{\sqrt{D}}$$

K = Ambard-ova konstanta je normalno 0,070, njeno povečanje nad 0,120 je absolutna kontraindikacija za nefrektomijo.
 U = množina uree v krvi.
 D = množina uree v vodi zbrane v 24 urah.

Z druge strani so kirurgi stremeli po bolj enostavnih metodah. Rezultat tega delovanja je med drugim preiskava ledvične delazmožnosti z indigokarminom, ki uživa veliko priljubljenost posebno v nemških šolah. Ta metoda je nadvse enostaven poskus rešitve tega težkega problema.

Urologija je seveda izraz časovne dobe, v kateri vse stremi k čim večji specializaciji. Ker je urologija veda, ki zahteva kirurško in internistično znanje, urologi dandanes nimajo več pravice, da se izobrazujejo samo v operacijski dvorani, ampak morajo biti ravno tako doma tudi v laboratorijskih preiskavah. Zaradi tega je moderna urologija posebno pod vplivom prof. Chevasu-ja poskušala najti nova pota za preiskave, ki bi družile v sebi težnje interne medicine kakor tudi kirurgije, ter na ta način dosegla čim bolj natančne rezultate. Te preiskave so sledeče: 1. določitev količine uree v krvi, 2. določitev koncentracije uree v vodi vsakih ledvic posebej s kateteriziranjem in 3. iskanje Ambard-ove konstante. Brez teh preiskav nefrektomija na urološki kliniki v Parizu ni dovoljena.

Navajenega na preiskavo z indigokarminom (hromocistoskopija), katero stalno uporabljajo na kliniki v Zagrebu, me je zelo zanimalo primerjati rezultate teh dveh preiskavnih načinov. Prof. Chevassu mi je s svojo običajno ljubeznivostjo in zanimanjem za vsako delo stavil na razpolago material urološke klinike, ter sem tako imel prilike na 50 bolnikih primerjati rezultate, ki jih dajo hromocistoskopija in pa kateterizacija ledvic.

Princip hromocistoskopske preiskave je sledeč: bolniku, katerega istočasno cistoskopiramo, vbrizgamo 5 cm³ indigokarmina ter kontroliramo s cistoskopom čas, v katerem ledvice izločajo barvilo skozi ustja ureterjev. Normalno je to v 3—5 minutah. Ker ledvice ne izcejajo stalno, temveč v presledkih od 20—30 sekund, lahko tudi iz ritmičnosti in iz presledkov sklepamo na njihovo delovanje. Indigokarmin je bil v to svrhu vpeljan v urologijo leta 1903. po Voelker-ju in Joseph-u. To pa pod vplivom Haidenhain-a, ki ga je že uporabljal v klasičnih poizkusih, s katerimi je uveljavil svojo sekrecijsko teorijo delovanja ledvic.

Pred indigokarminom so se pa v iste svrhe že posluževali metilenskega modrila, tripanskega rdečila in pa posebno fenolsulfoftaleina, ki ga še danes mnogo rabijo v anglosaških deželah.

Indigokarmin ne daje seveda matematičnih rezultatov, temveč so uspehi odvisni od spretnosti in pa osebne cenitve opazovalca, ki skozi cistoskop sledi delovanju ledvic. Še večje važnosti je vprašanje, ali organizem izloči indigokarmin takoj in v celoti. Z ozirom na funkcijo ledvic razlikujemo namreč dve vrsti snovi. V prvo spadajo one, katere organizem sploh ne absorbira ter se

zaradi tega v celoti izločajo v vodi (n. pr. urea); v drugo pa prištevamo snovi, ki jih organizem po svoji potrebi v večji ali manjši meri absorbira (voda, soli). Zaradi tega slednje ne morejo služiti v kontrolo ledvične delozmožnosti, ker je njih izločitev odvisna v preveliki meri od izvenledvičnih faktorjev. Indigokarmin spada v drugo vrsto ter je že zaradi tega zmanjšana njegova diagnostična vrednost.

Toda tudi s tehnične strani ima velike napake, katere je odkril že davno dunajski urolog Kapsammer. Ugotovil je sledeče: a) V primeru močnega vnetja mehurja cistoskopije precej dolgo časa ne moremo izvršiti. b) Interval med posameznimi ejakulacijami barvila ni stalen. Poznano je, da hipertrofične ledvice izločujejo včasih vsakih 10 sekund, a hidronefrotično spremenjene samo vsaki dve minuti, ne da bi v enem in drugem primeru bila delozmožnost ledvic oškodovana. c) Na podlagi izločitve indigokarmina ne moremo postaviti niti diagnoze niti indikacije za operacijo. Mnogokrat namreč začetna tuberkuloza in tumorji ne podaljšajo časa izločitve. Zaradi tega sklepa Kapsammer, da indigokarmin ne odkrije začetnega stadija bolezni. Nasprotno pa stremi urologija za tem, da odkrije začetna stanja, ter je za to prisiljena zateči se k natančnejšim preiskovalnim sredstvom.*

Švicarska avtorja Secretan in Perrier sta bolj prizanesljiva napram indigokarminu in mu pripisujeta večje diagnostične vrednosti. Prišla sta do sledečih zaključkov: v primeru enostranske ledvične jetike je izločevanje barvila v 95% slabše na bolni strani. Na zdravi pa je izločevanje kljub temu, da so ledvice zdrave, slabo v 22% (toksični vpliv bolnih ledvic na zdrave?). V primerih obojestranske ledvične jetike je izločevanje barvila slabo na težje bolni strani v 98%, a na lažje bolni strani je normalno v 50%. To se pravi: slabo izločevanje pokaže bolno stran, dobro izločevanje v 50% primerih prikriva obolenost ledvic.

V nameri, da primerjamo rezultate z indigokarminom in s koncentracijo uree, nočemo trditi, da sta to edini preiskavi, ki sta potrebni v ledvični diagnostiki. Nasprotno, hoteli bi podčrtati veliko važnost ureteropielografije (Chevassu), ki je gotovo naše najmočnejše orožje pri odkrivanju kirurških ledvičnih bolezni. Tudi intravenozna pielografija je relativno koristna, če retrogradna pielografija ni mogoča (uretralna stenoza, težki cistitisi itd.).

Vse spredaj navedene preiskave nam sicer lahko pokažejo, katera od obeh ledvic je bolna in kakšna je njena anatomska sprememba. Toda one nas ne morejo poučiti, da li je o mogočnosti nefrektomija možna radi tega, ker nam ne povedo ničesar o delozmožnosti ledvice, ki bo po operaciji sama morala prevzeti dvojno delo. Ravno tako nam ne pokažejo vpliva ledvične bolezni na celotni organizem in tudi ne škode, ki ga je v njem bolezen že povzročila. Da bi to ugotovili, je potrebna še naslednja preiskava. Ledvice izločujejo med ostalimi snovmi tudi produkte razkroja dušikovih spojin. Izmed teh se je izkazala urea kot najboljši indikator ledvične funkcije. Njena količina v litru krvi je normalno 0,20—0,40 g. Vsako zvišanje tega odstotka je patološko in znak obolenja ledvic, ne da bi nam zaradi tega bilo jasno, katera ledvica je prizadeta. Da bi to ugotovili, moramo ločiti in kemično preiskovati na koncentracijo uree v vodi vsake ledvice posebej. Toda motimo se, če upamo, da bomo na ta način določili z matematično natančnostjo delovanje posamezne ledvice. V dobljenem urinu točno ugotovimo količino uree in na to še njeno množino

* Hoteli bi še podčrtati sledeče dejstvo: če samo ena od obeh ledvic dobro dela, se mehur prav kmalu napolni z modro tekočino tako, da ne moremo več slediti delovanju drugega ustja, ki je v zaostanku.

v 1000 ccm³ urina. Ta množina uree se imenuje njena koncentracija in je normalna od 15—25 g v litru urina. Na ta način imamo možnost primerjati koncentracijo uree iz vsake ledvice posebej. Zmanjšana koncentracija ali pa količina uree že v malem odstotku odkrije bolne ledvice. Večkrat slišimo ugovor, da v principu ni razlike med indigokarminom in preiskavo na ureo v urinu. V obeh primerih ugotovimo ledvično delozmožnost s tem, da primerjamo rezultate njihovega delovanja. To je seveda resnično. Naša študija hoče tudi samo pokazati, kateri način je boljši, ter ugotoviti prednosti in slabosti posameznih preiskovalnih postopkov.

Posluževali smo se pri naših opazovanjih: cistoskopije s cistoskopi za ureteralno sondiranje. Ko smo našli ustja ureterjev, smo kateterizirali ureterje do 15 cm višine. Same cevi smo zelo previdno in nežno vtikali v ureterje, da ne bi povzročili z njimi refleksne omejitve ledvičnega izločevanja. Šele ko smo ugotovili, da se voda dobro izloča skozi obe cevi, smo cistoskop izvlekli tako, da so cevi ostale na mestu. Sledila je intravenozna injekcija indigokarmina. Vodo iz obeh cevi smo zbirali v malih steklenicah z belo podlago tako, da smo takoj zapazili modro barvo. Čas, ki je pretekel med injekcijo in trenutkom, ko se je pokazala barva, smo točno zabeležili. Zbrani urin je bil v kemičnem laboratoriju preiskan na koncentracijo in količino uree. Na ta način smo imeli elemente, ki so nam dali možnost primerjave obeh načinov preiskovanja.

Specialni del. Kakor je razvidno iz tabele smo imeli v mnogih primerih poleg naših prej omenjenih preiskav na razpolago tudi ureteropielografijo in pa operativno dobljene anatomske preparate. Na ta način so naši rezultati objektivno potrjeni.

Izkustvo 15 primerov (št. 1—15) ledvične tuberkuloze nam dovoli trditev, da indigokarmin ni v stanju, da odkrije začetne okvare v ledvicah, medtem ko koncentracija uree to prav hitro stori.

V primerih št. 1—6, razlika med izločevanjem indigokarmina na bolni in na zdravi strani ni večja od ene minute. Ta malenkostna razlika pač ne dovoljuje ugotovitve manjše delozmožnosti, kot bomo to tudi pozneje videli. Razlika v koncentraciji uree je najmanj 2 g med zdravimi in bolnimi ledvicami. Ta razlika, katero stalno opažamo, dopušča določitev bolne strani.

V primerih št. 7, 8 in 9, je začetna okvara združena s hidronefrozo, ki često povzroča zamudo izločevanja barvila kot to pokaže tudi tabela.

V primeru št. 9, se barvilo izločuje na obeh straneh šele po 15 minutah tako, da samo bakteriološka preiskava vode in pa razlika v koncentraciji, ki je 2 g, odkrije bolno stran.

V primeru št. 15 nas indigokarmin napačno informira. Na zdravi strani pokaže izločevanje barvila štiriminutno zamudo in to zaradi hidronefroze in pa ureterjevega kolena. Na bolni strani je izločevanje dobro in to zaradi tostranske poliurije. Tudi tukaj koncentracija in ureteropielografija pokažejo začetno poškodbo.

Št. 10, 11, 12, 13 in 14 so primeri, v katerih imamo od jetike težko oškodovane ledvice. Zaradi tega so si rezultati koncentracije in pa indigokarmina odgovarjajoči. Vlogo poliurije nam jasno pokaže tudi primer št. 6, ki ima razliko v koncentraciji od 5,47 g do 16,66 g, izločevanje indigokarmina je pa samo za eno minuto bolj pozno kakor izločevanje na zdravi strani.

Hotel bi še omeniti, da se okvara na ledvicah samo včasih izdaja z lenim in počasnim izločevanjem indigokarmina kot to vidimo v primerih št. 7, 9 in 14.

Naslednja tabela bo nudila pregled dobljenih rezultatov.

Št.	I m e	Koncentracija uree		Izločilni čas indigo karmina		Rentgenske slike		Pripombe
		desna ledvica	leva ledvica	desna ledv.	leva ledv.	desna ledvica	leva ledvica	
1	G. J.	14,73 gr	9,33 gr	7' slabo	8' slabo	b. p.	kaverna kot oreh	Operativni ugotovitev: Levo kaverna, velika kot oreh
2	S. M.	16,46 gr	13,22 gr	4'	5'	b. p.	začetna okvara	
3	B. R.	9,86 gr	12,32 gr	5'	4'	Začetna okvara	začetna hydronephrosis	
4	B. J.	10,34 gr	7,45 gr	6'	6'	b. p.	kaverna kot lešnik	Operativni ugotovitev: Na gornjem polu kaverna veličine manjšega oreha
5	C. E.	14,64 gr	9,27 gr	5'	4'	b. p.	začetna okvara	
6	S. E.	4,72 gr	12,19 gr	6'	7'	Skoraj kompletno uničene ledvice	b. p.	Na desni strani močna polyuria
7	G. M.	6,73 gr	3,36 gr	5'	7' slabo	Hydronephrosis	Hydronephrosis + začetna okvara	
8	M. R.	10,65 gr	8,47 gr	4'	8'	b. p.	Hydronephrosis + mala kaverna	
9	Th. H.	6,82 gr	4,87 gr	15' slabo	15' slabo	Hydronephrosis + nephroptosis	Hydronephrosis + začetna okvara	
10	B. E.	7,81 gr	18,30 gr	25'	5'	popolnoma uničena	b. p.	Operativni ugotovitev: Ledvice izpolnjene s kavernami (Rein mastic, Mörtelniere)
11	M. G.	2,44 gr	16,40 gr	—	3'	popolnoma uničena	b. p.	Operativni ugotovitev: Razen tankega sloja na periferiji, ledvično tkiva ni obstoja
12	G. O.	6,59 gr	10,01 gr	5'	7'	mного kavern	kot lešnik velika kaverna	
13	R. P.	1,21 gr	14,53 gr	—	5'	ni napravljena		
14	M. A.	27,85 gr	1,97 gr	7'	12' slabo	ni napravljena		
15	G. L.	9,38 gr	7,41 gr	9'	5'	Začetna hydronephrosis + ureterjevo koleno	kaverna veličine oreha	Na levi strani močna polyuria
16	S. J.	6,90 gr	4,93 gr	7'	7'	Hydronephrosis	Hydronephrosis	
17	G. V.	13,66 gr	6,10 gr	5' slabo	20' slabo	b. p.	velika hydronephrosis + nephroptosis	

Št.	I m e	Koncentracija uree		Izločilni čas indigo karmina		Rentgenske slike		Pripombe
		desna ledvica	leva ledvica	desna ledv.	leva ledv.	desna ledvica	leva ledvica	
18	M. P.	12,66 gr	13,66 gr	6'	6'	začetna hydronephrosis	b. p.	
19	H. J.	15,07 gr	15,32 gr	5'	5'	Nephroptosis + hydronephrosis	Nephroptosis + hydronephrosis	
20	J. H.	9,42 gr	9,18 gr	4'	4'	Hydronephrosis	b. p.	
21	F. S.	4,88 gr	5,61 gr	4'	4'	začetna hydronephrosis	b. p.	
22	V. A.	8,12 gr	9,10 gr	4'	4'	Hydronephrosis + koleno ureterja	b. p.	
23	M. J.	4,60 gr	4,35 gr	4'	4'	začetna hydronephrosis	b. p.	
24	H. V.	8,14 gr	6,16 gr	4'	4'	Hydronephrosis	Hydronephrosis	
25	R. S.	8,29 gr	6,97 gr	12'	12'	velika hydronephrosis	Hydronephrosis + nephroptosis	
26	P. L.	6,09 gr	4,39 gr	3'	25'	večja destrukcija ledvičnega tkiva	velika hydronephrosis + ozko ureterjevo koleno	
27	B. M.	8,60 gr	8,84 gr	10'	6'	lahka hydronephrosis + izraženo ureterjevo koleno	Hydronephrosis	
28	F. M.	16,52 gr	16,28 gr	10'	6'	Hydronephrosis + ureterjevo koleno	ureterjevo koleno	
29	M. R.	5,09 gr	9,95 gr	5'	12'	b. p.	Hydronephrosis + ureterjevo koleno	Desna poliurija
30	B. M.	9,95 gr	11,89 gr	3'	5'	začetna nephroptosis	ureterjevo koleno	
31	G. L.	11,92 gr	10,21 gr	4'	12'	b. p.	kamen 4 cm iznad ustja + ureterja	
32	K. Z.	13,28 gr	4,92 gr	5'	8'	b. p.	kamen, ki zavzema vso ponvico	
33	C. J.	6,75 gr	—	7'	—	b. p.	pyonephrosis	anatomski preparat: levo popolnoma uničene ledvice
34	Th. J.	11,19 gr	14,35 gr	5'	5'	Carcinoma partis superioris	b. p.	Polovico desnih ledvic na anatomskem preparatu zavzema tumor
35	L. Th.	4,52 gr	3,76 gr	7'	6'	b. p.	Začetni carcinoma	Začetni tumor gornjega pola v velikosti oreha

Št.	I m e	Koncentracija uree		Izločilni čas indigo karmina		Rentgenske slike		Pripombe
		desna ledvica	leva ledvica	desna ledv.	leva ledv.	desna ledvica	leva ledvica	
36	C. M.	8,16 gr	10,32 gr	4'	4'	b. p.	sum na tumor	
37	M. L.	7,75 gr	7,50 gr	4'	4,			
38	N. H.	11,55 gr	10,07 gr	4'	5'			
39	P. M.	11,49 gr	11,69 gr	5'	6'			
40	G. E.	4,22 gr	4,71 gr	3'	3'			
41	E. M.	8,98 gr	8,49 gr	4'	4'			
42	B. E.	7,30 gr	6,57 gr	5'	5'			
43	Sch.R.	5,79 gr	6,52 gr	4'	4'			
44	K. B.	9,01 gr	8,77 gr	4'	4,			
45	D. A.	3,64 gr	3,69 gr	4'	4,			
46	F. J.	8,53 gr	8,29 gr	5'	4'			
47	P. J.	9,46 gr	8,49 gr	5'	5'			
48	O. M.	17,56 gr	19,51 gr	5'	7'			levo : oligurija
49	L. Th.	15,15 gr	16,64 gr	4'	5'			levo : oligurija
50	J. A.	8,47 gr	9,68 gr	9'	10'			levo : oligurija

Med primeri eno- in obojestranske hidronefroze (št. 16 do št. 30) so nekateri (št. 16 do št. 24), kjer si rezultati obeh preiskav odgovarjajo, a poleg njih najdemo 4 primere (št. 25, 26, 27, 28), kjer je izločevanje slabo, čeravno je koncentracija dobra. Tudi tukaj bi indigokarmin sam vzbudil sum na okvaro v ledvicah.

V primerih št. 29 in št. 30 je boljša koncentracija povezana s slabšim izločevanjem indigokarmina, kar je razumljivo v prvem primeru zaradi rela-

tivne poliurije na strani slabše koncentracije, v drugem pa zaradi mehanske ovire v obliki močno izraženega ureterjevega kolena.

Koncentracija uree in rentgenske slike nasprotno dokažejo, da okvare ni na omenjenih ledvicah ter da je slabo izločevanje povzročeno zaradi hidronefroze in nefroptoze. To pa še posebno v primerih, ko je zaradi nefroptoze ledvična ponvica nižje položena od najvišje ureterske točke.

Še bolj kot nefroptoza povzroča zamude v izločevanju indigokarmina ureterjevo koleno, kakor to dokazujejo primeri št. 26 in 28, v katerih koncentracija nikakor ne odgovarja veliki zakasnitvi.

Št. 31 je bolnik, ki je imel kamen v ureterju 4 cm iznad ustja. Tudi tu je izločevanje vode in uree dobro, ter pripisujemo pozno izločevanje kamnu in pa nefroptozu.

Ledvični kamen pri bolniku št. 32 popolnoma izpolnjuje ledvično ponvico ter je obenem zelo uničil ledvično tkivo. Ni čuda, da sta koncentracija in izločevanje slabi.

V primeru št. 33 so ledvice popolnoma uničene in izključene iz delovanja zaradi dolgotrajne pionefroze, rezultati so samo ob sebi umevni.

Med navedenim materialom sta tudi 2 ledvična tumorja, ki sta z gotovostjo dokazana (št. 34, 35), in pa eden, ki je sumljiv (št. 36). V prvih dveh primerih koncentracija in rentgenska slika ne dopuščata nobenega dvoma o diagnozi. Kljub temu je poskus z indigokarminom normalen.

Pri št. 36 koncentracija in indigokarmin nista jasni ter ne dopuščata diagnoze.

Zadnjih 15 primerov so bolniki, kateri so prišli z različnimi težavami. Ker pa so bile vse preiskave negativne, rentgenskih slik nismo napravili. Koncentracija in izločevanje sta drug drugemu primerna.

V 3 primerih (št. 48, 49, 50) ima indigokarmin malo zamudo kljub boljši koncentraciji, dejstvo, ki si ga tolmačimo z relativno oligurijo. Čeravno teh 15 primerkov ne predstavlja patološkega interesa, vendar iz njih lahko sklepamo, da je 1 g v koncentraciji, na drugi strani pa 1 minuta v izločevanju meja normale med dvema ledvicama, če ju hočemo smatrati za enakovredni.

ZAKLJUČEK.

Izkustvo 50 primerov, med katerimi je 15 normalnih, ne dovoljuje še končne sodbe o vrednosti indigokarmina in o koncentraciji uree. Ker pa primerjalnih del na tem polju tako rekoč ni, nam pričujoča študija vendar že lahko da vpogled v nezadostno vrednost indigokarmina za ledvično diastiko.

Splošno domnevamo, da je bolna ona ledvica, katere izločevanje je bolj kasno. Sedem naših primerov ledvične jetike pokaže istočasnost, ali pa samo enominutno zamudo. Rezultati, ki gotovo ne morejo odkriti prave diagnoze. V šestih primerih z velikimi ledvičnimi okvarami je zamuda točno pokazala bolno stran. V dveh pa, in to zaradi velike poliurije, bi nam indigokarmin sam pokazal napačno stran.

V naslednjih 15 primerih vidimo velik vpliv mehaničnih ovir (hidronefroza, nefroptoza, ureteralna kolena in kamni) na izločevanje indigokarmina. Šestero od njih ima občutno zamudo v izločevanju kljub temu, da je koncentracija dobra. Tudi tukaj bi lahko sumili na večjo anatomsko spremembo, če bi verjeli samo indigokarminu. V dveh primerih ledvičnih tumorjev nam ni indigokarmin niti najmanj olajšal raziskovanja, čeravno je tumor zelo zrastel, kakor so to dokazali operacijski preparati.

Izločevanje indigokarmina zavisi od več faktorjev, ki nimajo zveze z deložmožnostjo ledvic. V prvi vrsti je ono ozko zvezano z izločevanjem količine vode (poliurija, oligurija). Dvoje dejstev torej, ki v večini primerov sploh ne zavisita od ledvic (diabetes insipidus, diabetes mellitus, phosphaturia, diarrhoea). Mehanični momenti, ki ovirajo izločevanje urina (nephroptosis, hydro-nephrosis, kamni v ureterju) obenem ovirajo izločevanje indigokarmina, če-ravno nimajo nikake zveze z ledvičnim tkivom. Mislimo, da prevallira pre-iskava na ureo tudi zaradi tega, ker podaja sliko nekega trajnega dela ledvic, med tem ko je izločevanje indigokarmina omejeno samo na kratek čas neposredno po injekciji. Deloma tudi zaradi tega, ker je preiskovanje s pomočjo indigokarmina subjektivna metoda, ki zavisi dokaj od opazovalca. Tudi njegovo normalno izločevanje ne daje jamstva za zdravje ledvic. Videli smo nekaj primerov začetne jetike, kjer je bilo izločevanje boljše na bolni strani.

Ledvična diagnostika je v zadnjih letih pridobila toliko s pomočjo bakterio-loških, funkcionalnih in rentgenskih preiskav, da nam indigokarmin ne sme dandanes več zadoščati za preiskavo ledvic. Pač pa nam ravno indigokarmin napravi često usluge kot preprosto sredstvo za hitro orientacijo. Često nam tudi pokaže skrita ureterjeva ustja. Za utrditev ledvične deložmožnosti pa smo na podlagi lastnih opazovanj prepričani, da je koncentracija uree boljša in natančnejša metoda.

SLOVSTVO

Chebanier: »Urographie d'élimination et exploration fonctionelle des reins« 33. Congres francais d'urologie, 1933. Lichtenberg: »Ausscheidungsuurographie« V. Internationaler Kongress für Urologie, London 1933. Ogier Ward, M. Ch. Oxon: »Pyelographie by the descending route, otherwise known as excretion urographie or intravenous urographie« V. international congress of urology, London 1933. Chevassu: »Exploration fonctionelle du rein« 37. Congres francais d'urologie, 1937. Secretan: »Quelle est la veritable utilité de la chromocystographie dans la tuberculose renale« 34. Congres francais d'urologie, 1934. Walter Pollak: »Über Nierenfunktionsprüfungen bei doppelseitigen renalen Erkrankungen in der Urologie« Zeitschrift für Urologie, 1934, Heft. 12. Perrier: »Que peut nous dire la chromocystoscopie« 28. Congres francais d'urologie, 1928. Voelker, Joseph: »Funktionelle Nierendiagnostik ohne Ureterenkateter« Medizinische Wochenschrift, Nr. 48, München 1903. Kapsammer: »Über den Wert der Indigokarminprobe für die funktionelle Nierendiagnostik«. Wiener Klinische Rundschau, N. 6, 1904. Suter: »Wert des Indigokarmins zur funktionellen Nierendiagnostik. I. Kongress der deutschen Gesellschaft für Urologie, 1907. Masataki Kocke: »Zur Technik der Indigokarminprobe mit besonderer Berücksichtigung der Ausscheidung des Indigokarmins aus gesunden Nieren«. The Tohoku Journal of Experimental Medicine, 1926.

Prispevek h konservativnemu zdravljenju težkega pilorospazma

Dr. Joško Arko, Št. Vid nad Ljubljano

Težak pilorospazmus je oddati v zdravljenje bolnici ali sanatoriju. Včasih pa je potrebno tudi težak primer zdraviti v domači oskrbi, ako starši nočejo dati dojenčka v bolnico oziroma sploh nočejo slišati o bolnici, češ, naj pa rajši doma umrje.

Konservativno zdravljenje pilorospazma je dietetično, medikamentozno in v splošnem poznano. Dojenčku zalivančku predpišemo večkrat in po malem

pretežno ogljikove hidrate in čim manj masti. Dojenčku pri prsih v začetku 1—2 minuti na vsako uro vsak dan po 1 minuto več (količino večamo, število obrokov manjšamo). Kakor hitro bi se pojavilo zopet bljuvanje, vzamemo količino in število obrokov prejšnjega dne, ko otrok ni bljuval.

V težkih primerih pilorospazma je potrebno mleko iz dojke odbrizgati v posodo, mu pridejati n. pr. 2—3% drobno zmlete razkuhane koruzne moke in ohlajeno dajati otroku po žlički 20krat na dan po 10 g. Pri tem mora dobiti dojenček zadostno množino tekočine kot klizmo, n. pr. 3krat na dan po 60 g materinega mleka ali 10% raztopino redilnega sladkorja. Večkrat je potrebna tudi infuzija Ringerjeve raztopine. Tudi injekcija 2 ccm Campolona intramuskularno je večkrat uspešna. V primeru, da bljuvanje poneha, večamo količino hrane in manjšamo število obrokov. Ako bljuvanje še ne preneha in otrok hujša, ima včasih nemastno materino mleko zelo dober uspeh. Včasih je tudi dobro hraniti otroka deloma z materinim mlekom, deloma umetno. Dojenček zalivanček dobi pinjeno mleko (zmetke, putrovka), ki mu pridenemo n. pr. 3% razkuhano koruzno moko in 13% redilni sladkor. Najboljše je sušeno pinjeno mleko, n. pr. »Eledon« (mlečni prah), ki ga dobiš v lekarnah v originalnih kovinskih škatlah. Sušeno pinjeno mleko (Eledon) mešamo v razmerju 1 : 10 z mlačno vodo pol minute, dodamo sladkor in moko in ohlajeno dajemo dojenčku po žličkah, v začetku 20krat po 10 g na dan. Ko bljuvanje preneha, začnemo počasi in previdno večati količino hrane in manjšati število obrokov.

Medikamentozno zdravljenje je uspešno in enostavno pri lažjih primerih s preparatom Vazanom, ki je sestavina kafrnokislih soli mandragorabaz. Mandragora (alraun) so brezstebelna, zelo trpežna zelišča, z mesnato in često z razklano korenino. Spada v vrsto solanacej, kamor spadajo najvažnejše zdravilne in strupene rastline (atropa belladonna, hyoscyamus niger, datura stramonium, scopolia atroides i. dr.). Mandragora officinarum raste na obalah Sredozemskega morja. Ima zelenkastorumene cvete in rumene jagode, ki učinkujejo uspavalno. Liste orientalski narodi kadijo kot tobak. Tudi koreninice učinkujejo narkotično in so jih v starih časih dajali bolnikom pred operacijami. Koreninice so razen tega uporabljali v čarovniške namene. V Vazanu sta alkaloida scopolamin in hyoscyamin v razmerju 1 : 4. Scopolamin učinkuje predvsem sedativno in narkotično, hyoscyamin spazmolitično. Alkaloida sta kemično in farmakologično sorodna atropinu, za katerega so otroci, posebno dojenčki, malo občutljivi. Če pa moramo predpisati velike količine strupa, pride do toksičnih pojavov; le-ti sicer v splošnem niso tako izraziti kot pri atropinu: koža pordeči, zenici se razširita, temperatura se poviša, pulz postane hitrejši, nastanejo težave pri požiranju, usta so suha, otrok je neprestano zaspan. Prvi je uvedel zdravljenje pilorospazma z Vazanom Stolte na kliniki v Breslau-u leta 1933. Od tedaj opazamo v literaturi mnogo zagovornikov, a tudi mnogo nasprotnikov Vazana. Pri lažjih primerih je zdravljenje z Vazanom v obliki svečk poleg dietetičnega in termičnega uspešno in enostavno. Predpišemo navadno 2krat na dan po $\frac{1}{3}$ svečke in zvišamo dnevno za $\frac{1}{3}$ svečke vse dotlej, dokler ne preneha otrok bljuvati. Pri hujših primerih je potrebno običajne doze Vazana podvojiti, celo potrojiti. Tako pride do toksičnih pojavov. Otroka je težko zbuditi iz trdnega spanja, ima suha usta, težko požira, pa nastanejo težave s prehrano. Potrebno je dojenčka hraniti po cevki in to je v domači oskrbi neprijetno, ker povzroča staršem velike skrbi. Mnogokrat je potrebno predpisati tudi po 8krat dnevno $\frac{1}{3}$ svečke in pride zato do draženja sluznice v danki in do močne driske.

Ko sem lansko spomlad obiskal nekaj otroških klinik v Nemčiji, sem v otroški bolnici v München-Schwabingu (prof. Husler) spoznal novo metodo zdravljenja z Vazanom. Tu vbrizgavajo Vazano obenem z Lobelinom podkožno.

Kakor znano, deluje Lobelin specifično na dihalni centrum in kompenzira prav dobro toksične pojave Vazana. Zato ne pride niti do draženja sluznice danke niti do večjega narkotičnega učinka. Oba medikamenta vbrizgnemo naenkrat, doziramo 0,15 g Vazana in 3 mg Lobelina. Vsake tri ure vbrizgavamo, v 24 urah torej 8krat, in to brez strahu. Večkrat zadostuje le 6kratno vbrizgavanje na dan, torej vsake 4 ure. V navedenem zavodu imajo strogo odrejeno, da začenjajo zdravljenje z Vazanom takoj na sprejemni dan in stopnjujejo dnevno za $\frac{1}{3}$ svečke do 5. dne. Nato začno z injekcijami Vazano-Lobelin, če se ne pokaže izboljšanje. Pri tej terapiji preneha bljuvanje navadno v 8—12 dneh. Včasih je potrebno zdravljenje nadaljevati v celoti do 3 tednov, da preneha bljuvanje. Čim hitreje preneha bljuvanje, tem prej začnemo manjšati število injekcij. Dobro je, če predpišemo v času rekonvalescence 2—3 Luminalette na dan. Posvečati je treba vso pažnjo dojenčkovi prehrani, posebno tedaj, ko je pilorus široko odprt. Ta čas je prehrano skrajno omejiti, večkrat je predpisati samo čaj in strogo zabičati materi, da ne sme dati otroku niti kapljice hrane več, kot je predpisano. Zagroziti ji je treba, da bo dojenček umrl, če se ne bo ravnala vestno po navodilih. Črevesje otrokovo je namreč tedaj oslabiljeno in meja zmogljivosti zelo zmanjšana. Potrebno je previdno in postopoma nadaljevati s prehrano, sicer nastopi hudo toksično stanje z močno drisko. Z zdravljenjem ne smemo prehitro nehati, čeprav bi se teža ustalila ali celo naraščala. Nevarnost recidiva moremo pričakovati v takem primeru vsak trenutek in to bi bilo lahko za otroka usodno. Po opisanem načinu postopajo v navedenem zavodu in po izjavi vedno z uspehom. Tako se jim je posrečilo v teku enega leta zdravljenja s to metodo pozdraviti najtežje primere pilorospazma in ves čas niso naleteli na izreden primer, ki bi ga morali oddati kirurgu.

Po opisani metodi sem imel priliko zdraviti dva primera težkega pilorospazma:

I. A n a m n e z a : Materin oče je star 73 let in je zdrav. Mati je umrla v 60. letu starosti zaradi želodčne bolezni, za katero je bolehal tri leta. Dve sestri zdravi v starosti 25 in 33 let. Starejša sestra, poročena 8 let, ima 3 zdrave hčerke, 1 sin ji je umrl kot dojenček kmalu po porodu zaradi želodčnega krča. Dva brata sta ji umrla v nežni mladostni dobi prav kmalu po rojstvu. Njen mož je vedno zdrav, tudi sama ni bila resno bolna. Stara je 31 let. Prvi porod je imela pred 3 leti na stanovanju nekje na Dolenjskem. Porod je bil pravočasen, pravilen, otrok je bil moškega spola, dobro razvit in zdrav. Tehtal je pri porodu kake 3½ kg. Že čez 14 dni ga je oddala mati v rejo, ker je šla sama zopet v službo kot poljska delavka. Nekaj dni kasneje se je začel otrok pri rejnici zvijati, prejel je mnogo, posebno podnevi in začel je močno bljuvati; zaradi tega je po treh tednih umrl. Kako ga je rejnica hranila, mati ne ve povedati, najbrž pa s samim kravjim mlekom. Drugi sin (bolnik) je bil rojen v osmem mesecu nosečnosti. Tehtal je ob porodu kaka 2½ kg, sedaj je star ravno 20 dni. Ko je bil star 12 dni, ga je morala začeti zalivati, ker je otrok jokal in slabo spal. Hrani ga 5krat na dan, vsake 3 ure $\frac{1}{2}$ osminke mleka, $\frac{1}{2}$ osminke vode in 1½ kocke sladkorja. Zjutraj pa pije dojenček še pri prsih. Pred sedmimi dnevi je začel otrok bljuvati po vsaki jedi in tudi vmes med obroki. Nekaj minut po jedi mu mleko kar v curkih brizgne iz ust. Zvijata se in kriči, umiri se šele, ko preneha bljuvati. Ker se boji, da ji ne bi umrl kot prvi otrok, in ker je ravno prilika za brezplačno ordinacijo, prihaja po zdravniško pomoč.

I z v i d : Dojenček je apatičen, videti je kakor omamljen, je močno shujšan, bled, ima vdrte oči, trpeč izraz obraza, jezik suh, belo obložen, obseg glave ni povečan, pač pa sta mehčavi napeti, šivi na glavi zijajo, vene so razširjene. Splošna bledica kože, turgor slab, miškulatura atrofična, elastičnost kože zmanj-

šana, trebuh vdrt, temperatura v danki 37,8, teža 2190 g, višina 49 cm. Ostali izvid brez posebnosti. Po materini izjavi ni šel že 4 dni na blato. Tudi na vodo gre zelo malo in poredko. Materi naročim, naj vzame dojenčka k prsim. Otrok pije požrešno, pije iz obeh dojk 10 minut, nato preneha jesti in mati ga odloži na mizo. Takoj se začne zvijati in bolešno jokati, po 2 minutah bruhe zasirjeno mleko in se umiri, ko preneha bruhanje. Trebuh je med napadom v območju želodca napet, pod popkom pa vdrt. Peristaltično valovanje želodca je tako močno, da se dobro vidi izboklina v obliki polkrogle, za pest velika in ležeča v smeri izpod levega rebrnega loka na desno dol do popka. Ko sem položil roko na vidno oteklino, sem jo čutil kot trdo elastično bulo. Po dolgem čakanju mi je uspelo prestreči tudi urin in preiskava je ugotovila v njem sladkor. V izbljuvani hrani je bila prosta solna kislina pozitivna. Ker je mati vztrajala pri tem, da ne da otroka v bolnico in da naj rajši umrje doma, sem se odločil prevzeti zdravljenje otroka v domači oskrbi, ter ji naročil, da mora prinesiti dojenčkovo blato, brž ko bo mogoče.

Terapija in potek. Odredil sem glede prehrane: materino mleko in mlečni prah »Eledon« po žlički menjaje in uvedel terapijo tako, kot sem spredaj opisal, ter določil 2krat dnevno kontrolo, ko je dojenček dobil tudi klizmo in infuzijo. Ker peti dan bljuvanje ni prenehalo, sem začel z injekcijami Vazano-Lobelin vsake tri ure. Šesti dan mi je prinesla mati dojenčkovo blato, ki je bilo trdo, temno in oblikovano kot kozje blato. Dojenček je dnevno hujšal in je tehtal dvanajsti dan terapije z injekcijami, ko je prenehal bljuvati, le 1950 g. Še 5 dni sem nato strogo pazil, da je dojenček prejemal odrejeno dieto in injekcije vsake 3 ure, nato sem polagoma število obrokov nižal in količino hrane višal. Ker je mati ta čas izgubila vse mleko, sem nadaljeval prehrano samo z Eledonom. Tudi injekcije sem dnevno zmanjševal. Po štirih tednih zdravljenja je tehtal dojenček 1880 g. To težo je otrok obdržal 9 dni in šele nato se je začel polagoma popravljati. V času rekonvalescence je dobival dojenček intramuskularno Campolon in per os Luminalette. Po 6 tednih zdravljenja je dojenček tehtal 2040 g in po 12 tednih 2290 g. Ob primerni prehrani (Morojeva hrana) in strogi kontroli se je otrok vidno popravljal, ni več bljuval, bil je vedno zdrav in je v starosti šestih mesecev tehtal 5620 g ter bil visok 66 cm. Od tedaj ga nisem več videl, ker se je družina izselila.

II. Anamneza: Materin oče je umrl star 47 let za želodčnim rakom. Mati je stara 54 let in je zdrava. Dojenčkova mati je hčerka edinka. Brat ji je umrl kot dojenček star 5 tednov zaradi želodčnih krčev. Dojenček pri prsih, možkega spola, prvi porod, zelo rad pije 6krat na dan na vsake 3 ure po 10 do 15 minut. Star je danes 10 dni. Ob porodu je tehtal 3400 g. Pred 4 dnevi je začel bljuvati. Takoj po jedi bruhe iz sebe vse, kar popije. Ponoči spi še dosti dobro, čez dan pa se zvija in joka, posebno zadnje 4 dneve. Na blato ni šel sedaj 2 dni, na vodo gre malo.

Izvid: Na zunanji pogled je dojenček dobro razvit, še dosti živahen in je v splošnem videti zdrav. Turgor in tonus dober, elastičnost kože nekoliko zmanjšana, obseg glave pravilen, obe mehčavi napeti, šivi zijajo, vidijo se lahko razširjene vene, trebuh nekoliko vdrt, temperatura v danki 37,3, teža 3040 g, višina 51 cm. Ostali izvid brez posebnosti. Po 6 minutah dojenja se začne otrok zvijati, preneha piti, vrže mleko v curku nazaj, močno zajoka, se zopet zvije po vsem životu in zopet vrže v loku iz sebe sesirjeno mleko. To se nekolikokrat ponovi in nato se dojenček umiri. Izvid trebuha ob napadu je podoben prvemu primeru. Na vodo kljub dolgemu čakanju ni šel. V izbruhanem mleku je prosta solna kislina pozitivna.

Terapija in potek. Ker je mati odklonila bolnico, sem začel zdravljenje v domači oskrbi. 2 dni pozneje je prinesla mati po mojem naročilu dojenčkovo blato, ki je mehko, malo sluzasto in temno. Po terapiji peti dan bljuvanje ni ponehalo. Zato sem začel z injekcijami Vazano-Lobelin vsake 4 ure, t. j. 6krat na dan. Po 9 dneh vbrizgavanja je bljuvanje prenehalo, teža 2790 g. Dnevno sem zmanjšal za 1 injekcijo, nato je dobil dojenček samo še 3 Luminalette na dan. 5 tednov po začetem zdravljenju je imel dojenček še normalno hrano 6krat na dan prsa po 10 minut in Eledon. 8 tednov po začetem zdravljenju prsa in Morojeva hrana. Otrok ni več bljuval, se je lepo popravljal in je v starosti 4 mesecev imel popolnoma pravilno težo in višino.

Prepričan sem, da bi bila brez vbrizgavanja Vazano-Lobelin oba dojenčka umrla. Prav gotovo pa ima mati mnogo truda in težkih dni in mora ves svoj čas posvetiti bolnemu dojenčku. Lahko rečem, da ni mnogo mater, ki bi mogle to vzdržati. Potrebno je veliko požrtvovalnosti in ljubezni, dosti razuma in brezpogojne poslušnosti.

Podčrtati je dejstvo, da so v prvem primeru vsi otroci moškega spola kmalu po porodu umrli. Tudi v drugem primeru je materin brat že kot dojenček umrl. Stara mati je v prvem primeru umrla za želodčno boleznijo, stari oče v drugem zaradi želodčnega raka. Mogoče je bilo v prvem primeru res malo mleka pri prsih in ni začel dojenček že poprej bljuvati zaradi majhnih enkratnih obrokov. Materina navedba glede teže ob dojenčkovem rojstvu utegne biti netočna. Tudi je možno, da je imela mati dovolj mleka, da pa je otrok zaradi bolečin v trebuhu jokal in slabo spal, mati pa je mislila, da je dojenček lačen.

Vejališče za naše strokovno besedje in izrazje

Veja dr. Mirko Černič, Maribor

Kakó in kdo daje Slovencem zdravstveni pouk?

V »starih, dobrih časih« je bilo naravno, da so dajali narodu in deci najboljše od najboljšega, v najpreprostejši in najjasnejši obliki. Za tó so bile poklicane naše najrazboritejše glave, katerim smo se klanjali v spoštovanju, jih občudovali in slavili. Danes se je vse to izprevrгло: tudi to naravno pravilo ne velja več, danes daje vsakdo, poklican in nepoklican, zmožen in nezmožen, kar se mu zljubi in, kakor se mu zdi.

V »Misli in delu« 1940. št. 7. sem priobčil članek »Za čast slovenščine«, v katerem sem pokazal, kako daje v knjigi »Žena domača zdravnica« profesor in književnik dr. Ferdo Kozak slovenskim ženam pouk v zdravstvu. Danes hočem pokazati na podoben primer. V Zagrebu je l. 1930. izšla v založbi Nakladne Križare M. O. Groh knjiga »Naš svetovalec v bolezni in zdravju. Vsakomur v sedanji stiski priporočljivi nasveti za negovanje zdravja ter naravni življenjski način. Spisal dr. med. A. Kunze. Poslovenil dr. Pavel Gustinčič, pregledal prof. Brodar Srečko, Celje.« Knjiga ima 737 strani, 32 celostranskih barvanih tabel, 287 slik in poleg tega še poseben vložek »Pojasnila k modelu ženskega telesa«, obstoječ iz petih raznobarnih, od teh ene zložljive slike modela ženskega telesa. Slovenitelj je po mojih informacijah profesor kemije, pregledovalec naravoslovec. Že to dejstvo samo mora podžgati vsakogar, prav posebno pa zdravnika, da pogleda, kakšni so zdravstveni nasveti, ki jih Slovencem nudita kemik in naravoslovec.

V knjigi je vse polno anatomije. Oglejmo si tega najbolj zane-marjenega neboljenčka slovenske zdravstvene kulture.

V vložku »Pojasnila itd.« je I. »Krovna slika«. Kaj je to? Najprej sem mislil, da naj bi to pomenilo površje človeškega telesa (kroven = pokrivalen; krovna peresa pri ptiču, krovne luske pri ribi). Pa ni, zakaj pod tem zaglavjem so našteti tudi notranji organi. Ker nimam izvirnika, ne morem pri najboljši volji ugotoviti, kaj naj bi to bilo. Če se meni kot zdravniku tako godi, kaj neki naj si o tem misli nezdravnik?

Processus coracoideus, der Rabenschnabenfortsatz je koščeni izrastek nad ramenskim sklepom. Že od ne vem kdaj in od kod poznam zanj označbo »kljunasti izrastek«, ker je res nekam podoben tičjemu kljunu. Mednarodna označba je sestavljena iz $\kappa\rho\alpha\alpha\xi$ krokar in $\epsilon\lambda\delta\eta\varsigma$ sličen. Slovenitelja sta se najbrž ustrašila doslovne prestave »krokarski«, pa sta šla in samovoljno, brez najmanjše potrebe skovala izraz »krokarnični odrastek lopatice«. Kaj neki naj bi to bilo: krokarnik!

»Prema trebušna mišica s progastimi kitami« naj bi značila musculus rectus abdominis in v njem inscriptiones tendineae. »Progaste kite«, smisel popolnoma izprevržejo, ker to niso »progaste kite«, marveč kitne proge v trebušni mišici!

»Dolga mišica šake« za musculus palmaris longus? »Palma« je dlan, »palmaris« pa dlanski, torej »dolga dlanska mišica«! »Šako« poznam samo kot pest ali roko — v Beli Krajini pravijo: »s celo šako, čap!« = zagrabi s celo roko!

»Mišica sedala (sedalka)« za musculus gluteus. Gluteus, iz $\gamma\delta\upsilon\tau\acute{o}\varsigma$ = ritnica, znači mišico v ritnici, je torej »ritnična mišica«, »sedalo« = sedež (na primer na kolesu), »sedalec«, »sedalka« pa sta moški in ženska, ki sedita, liki igralec-igralka, skakalec-skakalka itd.

»Ušesno blodišče« se resda imenuje v zdravstvu labyrinthus pa tudi auris interna, radi tega smo doslej prestavljali drugo mednarodno označbo in govorili »notranje uho«.

»Medstenje« v srcu. Kaj je to?

Druga skupina nemogočih oznak so one za bolezenske pojave, ki sta jih profesorja kovala po svoje.

»Zvrnjeno zgornje debelo črevo v spodnje.« Priznati moram, da tega najbrž ne bi mogel nikdar doumeti, če ne bi bil gornji stavek pod sliko, ki nam predočuje invaginacijo. »Invaginacija« po slovensko — težka stvar! Vagina = nožnica, iz tega invaginirati se = vnožničiti se, invaginacija = črevesno vnožničenje. Vagini pa rečemo tudi túlec: vtúlčiti se, črevesno vtúlčenje, črevesni túlec = invaginans, črevesna vtulčina = invaginatium, ta ima 2 poli, vnanjo in notranjo. Sicer pa — čemu to sloveniti? Kdor bo hotel pojav razumeti, bo gotovo vedel, kaj je to vagina, in če ne, bo lahko našel v vsakem leksikonu razlago, dočim je gornji stavek brez slike in brez mednarodne označbe tudi zdravniku nerazumljiv.

»Želvec: skrofuloza. P l e t e r š n i k resda navaja ta pomen, toda vsak kandidat medicine mora pri izpitu vedeti, da znači »skrofuloza« tuberkulozne bezgavke na vratu. Mednarodna oznaka izvira iz besede scrophulae — prešički, katerim naj bi bil skrofulozni bolnik podoben.

Iz tretje skupine navajam nekaj primerov, ki so sila nerodni, dočim imamo za iste pojme lepe in preproste slovenske oznake.

»Brizgalka z gumasto žogo«. Ali bi kdo brez slike vedel, da je to običajni klistirni balon?!

»Koničasti komad mila, ki pospešuje izpraznitev črev« je preprosta slovenska »črevesna svečka«!

»Mnogolični eritem« za erythema multiforme? Imamo pač rdeče in okroglolične otroke, multiformis pa ne označuje lica, marveč lik ali obliko, je torej »mnogolik«.

»Pretrg jeza« za ruptura perinei, der Dammriss. Vsaka babiška učenka vé, da ta nemški »Damm« ni slovenski »jez«, marveč »presredek« (mišični pretin med danko in nožnico). Dandanes reči »pretrg« namesto pretrgan organ, je pač jezikovni anahronizem.

»Zadnjica« ni anus, der After, ki je »ritnik«, marveč »rit«!

»Provala (izpad, izstop, znižanje) maternice in nožnice«. Poznamo pač »znižano« (descensus) in »zdrknjeno maternico« (prolapsus uteri), »provala maternice« pa mi je nekaj čisto novega in v slovenščini nemogočega.

»Uklon maternice nazaj« za retroflexio uteri! Te in take jezikovne spake je treba pač temeljiti ukloniti! Maternica je namreč »priklonjena« (anteflexio), »odklonjena na levo, desno« (sinistro-, dexroflexio) in »zaklonjena« (retroflexio).

»Krog« je geometrični dvorazsečni lik, »pesar« pa je trorazsežen, redko kdaj okrogel. Ne more torej nikdar biti »krog«, marveč »obroček«, kar je znano po vsem Slovenskem.

»Plodova mošnja« die Fruchtblase in »modna mošnja« der Hodensack? Namesto »plodov mehur« in »modnik«!

Za orificium externum urethrae »izliv sečevoda«? Sečevod je ureter, zveza med ledvico in mehurjem, dočim je urethra sečna cev, orificium pa »ustje«, torej »ustje sečne cevi«.

»Hodnik garjeve pršice« je strašno šolarska prestava nemškega Krätzmilbengang. To ni nikak hodnik, marveč »rov«!

»Mesečina« za menstruacijo! Kje neki živita slovenitelja, da ne vesta, da je menstruacija po slovensko »perilo«, »mesečina« pa der Mondschein?!

»Sifilitična zajeda« za syphilitisches Geschwür? »Zajeda se« zajedalec, sifilis pa »razjeda«!

»Senena mrzlica« das Heufieber? Saj vendar ni iz sena (senéni zdrob)! »Senska mrzlica« liki senska košnja, senske vile!

»Nogača, noganja (noga v stopalu v kepo zrasla)«. Brez razlage v oklepaju ne bi nikdo vedel, da je ta jezikovna spaka tudi telesna, pes varus, der Klumpffuss!

»Oteklina mehasta (kašnja mošnja)«. Pred več kot 30 leti sta kandijski primarij De Franceschi in novomeški profesor Virbnik imenovala to kožno tvorbo »kašnják = atheroma, die Breigeschwulst, die Balggeschwulst.

Ze davno razločujemo v slovenščini obvezo (der Verband), prevezo (die Überbindung), podvezo (die Unterbindung, ligatura) od obvezil (das Verbandmaterial): povój (die Binde), bata, gaza. Kemik in naravo-slovec pa imata: »Preveznina, preveze, prevezna vata, prevezna tenčiča«!

Navedenim, še zdaleka ne izžrpanim besednim plevam in spačkom še nekaj strokovnih za nameček!

»Drgnjenja, otiranja s peskom, priporočljiva proti izpuščajem, ogrcem ter nesnažni polti na obrazu«.

»Cvetje lic, spuščaj lic, kožne nesnage pobijamo s kožno masažo«.

Ali niso ta navodila na las podobna tistim, ki priporočajo devati na rane pajčevino, konjske fige in jih poščivati!

Nekaj je pa vendar simpatičnega v tej jezikovni in strokovni brozgi: to, da rabi sledeče znane slovenske oznake: maternica, nožnica, jajcevod, nosečnost, leva in desna pljuča, dvanajstnik, tenko in debelo črevo, trtica (das Steissbein), glavica (die Eichel), veliki in mali možgani, podaljšani hrbtni mozeg in ne samovoljnic: ložesna, tokava itd.

Psihiatrično odkritje je tále modrost: »Misli vsiljivke tvorijo začetek skoro vseh dušnih bolezni.«

Takó torej imamo Slovenci dve izredno zajetni, razkošno opremljeni zdravstveni knjigi. Obe sta prevod iz nemščine, katerega so oskrbeli srednješolski profesorji. Obe sta obenem dokaz, da so se prevajalci lotili dela, kateremu niti stvarno niti jezikovno niso bili kos. Tako sta nastali dve skrupicali, ki bosta strokovno prej škodili kot koristili, jezikovno pa slovensko zdravniško besedo še bolj zmedli kot je bila doslej. Nastane vprašanje: zakaj? Ali ni naravno, da se takih del lotijo tisti, ki jim stroka daje možnost, da jih bodo izvršili, kot je strokovno treba in kot se to spodobi za sedanje stanje slovenske strokovne besede! Kdaj vendar se bodo slovenski zdravniki zavedli svojih kulturnih dolžnosti in spoznali, da morajo oni dati svojemu narodu to, kar za svoj zdravstveni razvoj potrebuje!

Bitja in žitja

Prof. Fran Viljem Lipić

Rodil se je 13. junija 1799. v Spiški Novi Vasi na Slovaškem kot sin spiškega kotarskega fizika. Njegov oče, dr. Joso Lipić je bil Bokljan. Promoviral je na Dunaju dne 26. maja 1823. z disertacijo »Observata de metritide septica in puerperas grassante«. Prvotno je služboval v Ljubljani. Borba z našimi homeopati pa je tako omajala njegovo stališče, da je bil poziv na stolicu interne v Padovi za Lipića naravnost rešitev. Od l. 1834. do 1841. je podučeval interno v Padovi; potem pa je dobil poziv na interno stolicu na Dunaju. To je opravljal do svoje smrti 12. decembra 1845. — Poleg navedene doktorske disertacije je dal v tisk: Verhütung des Scharlachfiebers. (Popularna razprava v »Illyrisches Blatt« 1829., št. 5.) — Über die Trinkwasser Laibachs (isto, ibid. 1831., št. 20 in 21). — Beschreibung eines Wärme- und Dampfbadeapparates



Litografija v Narodnem muzeju v Ljubljani, napravljena po oljnatem portretu, ki ga je slikala njegova sestra Terezija Lipić-Köstl. Portret je last dunajske fakultete.

nebst Bemerkungen über dessen Anwendung und Nutzen in verschiedenen Krankheiten, vorzüglich in der Cholera. (Ljubljana 1831., Kleinmayer.) — Grundzüge zur Dipsobiostatik. (Ljubljana 1834., Korn.) — Topographie der k. k. Provinzialhauptstadt Laibach, in Bezug auf Natur- und Heilkunde, Medizinalordnung und Biostatik. (Ljubljana, 1834., Blaznik.) — Nosographologia sive methodus empiricorationalis historias morborum concinnandi. (Padova, 1836.) —

Adversaria medicopractica (ibid., 1836.). — Kakor Padovi, tako je tudi Ljubljani dal Lipič važno novost — stetoskop. Ljubljana je imela poleg tega od njega to veliko korist, da je vsaj naš medicinski naraščaj rešil pred neko navidežno homeopatijo in to še v posebno slabi izdaji. Njegovo delovanje na Dunaju je pa odločilno važno za njegovega naslednika Jožefa Škodo, kateremu je Lipič toliko ugladil pot, da se je Škoda gladko lahko povzpел na višino svetovne avtoritete.

Docent dr. Ivan Pintar.

Vprašanja — Odgovori

Vprašanje: Kakšno je današnje zdravljenje miokarditisa? Učinek digitalisa, strofantina, sladkorja, diete? Kako je mogoče vplivati na aritmijo? Edemi? Indikacije in način zdravljenja z Novuritum, teofilinom, seilo itd. Prosim tudi za nekaj primernih receptov.

Dr. M. B. v T.

Odgovor: Že samo vprašanje nam v glavnih obrisih odgovori, kakšno je današnje zdravljenje miokarditisa. Ako hočemo zdraviti miokarditis, moramo poznati njegov vzrok. Vnetje srčnega mišičevja ima kot vsako drugo vnetje lahko več vzrokov. Tako poznamo septični in toksični miokarditis (n. pr. pri škrlatinki, davici, trebušnem legarju itd.), dalje luetični miokarditis. Poznamo pa tudi vnetje srčne mišice pri aortni ateromatozi, pri obolenju koronarnih žil srca, pri kroničnem bronhitisu, pri pljučnem emfizemu, lahko pa je tudi posledica obolenj in napak na srčnih zaklopkah. Zdravljenje miokarditisa je torej v prvi vrsti v pobijanju vzroka, odnosno povzročiteljev tega vnetja torej v tako imenovani kavalni terapiji (n. pr. zdravljenje arterioskleroze, luesa itd.). Ostali del zdravljenja miokarditisa je bolj ali manj »simptomatski«, pri čemer ločimo zdravljenje suficientnega in kompenziranega srca od insuficientnega in dekompenziranega srca. Za oba primera velja pravilo, da bolnik telesno in duševno počiva, da uživa le lahko prebavljivo hrano, ki vsebuje malo tekočine, soli in mesa ter je brez ostrih začimb; pač pa naj hrana vsebuje čim več zelenjave in sočivja (kalij!). Skrbeti moramo za redno stolec, dobro spanje in pomirjenje bolnika, kar včasih najlaže dosežemo s hidroterapijo (hladni, vlažni obkladki na meča in topli vlažni obkladki na prsa, celotne vodne kopeli itd.), odnosno z medikamenti (valeriana, natr. bromatum, Luminal itd.). Pri dekompenziranem srcu moramo čimprej seči po kardiotonikumih (digitalis, strofantin itd.). O delovanju teh ne bom obširneje govoril, opozarjam pa čitatelja na izvrsten članek: *Aschenbrenner*: »O optimalnem zdravljenju srčnih bolnikov z digitalisom« (Münch. med. Wschr. št. 1, 1938), ki sem ga v izvlečku podal v Zdravniškem vestniku leta 1939., št. 3, stran 110. V splošnem sem videl pri akutnih dekompenzacijah še največ uspeha z injiciranjem 10 do 20 cem 25% raztopine glukoze + strofantina 0'1 — 0'25 — 0'5 mg 1krat do 2krat dnevno. Navadno se pojavi po 10 injekcijah zboljšano delovanje srca. Nato preidemo na trajnejšo digitalizacijo srca s Pulvis fol. digital. titr. 0'1krat 3dnevno. Običajno vzamemo do 3 g digitalisa. Torej bi porabili, ako vzamemo infusum fol. digital. titr. a 1'0:150'0, 3 steklenice, oziroma dajemo 10 dni fol. dig. pulver. titr. 0'1krat 3. To je seveda grobo pravilo, ki ima mnogo izjem; zlasti so izvzeti primeri mitralne stenoze, na katere vobče večje doze digitalisa slabo delujejo. V tem primeru kakor tudi pri vseh ostalih, ki slabo prenašajo digitalis, znižamo dozo digitalisa na polovico: 0'5krat 3dnevno. Ko smo dosegli kumulacijo, opustimo omenjene doze ter vnaprej vzdržujemo rekompensacijo z majhnimi trajnimi dozami: 0'05krat 3 (oziroma 0'05krat 2 ali enkrat dnevno), ali pa z intermitira-

jočimi dozami po tri dni 0'1krat 3 oziroma 0'05krat 3, nato 4 dni brez zdravil in zopet dajemo omenjene doze. Kateri preparat digitalisa naj rabimo? Mislim, da je najbolje, da uporabljamo tiste preparate, ki smo jih večkrat že preizkusili in ki jih dobro poznamo. V splošnem pa moramo vedeti, da je digitalisov infus zdravilo, ki ima jako bežno moč. Mora biti vedno svež. V tem pogledu so boljši praški, foliae digitalis; tudi tinktura digitalis je trajnejša, isto velja o tvorniških preparatih Digipurat, Digalen, Digiclarin. Izvrstna sta francoska preparata Digitaline in Oubaine. Dobri so tudi preparati digitalis lanatae (Digilanid, Lanadigen, Pandigal itd.); vedeti pa moramo, da deluje digitalis lanata hitro, njena komulacija pa ne traja dolgo. Lanata-preparati so glede hitrosti in vztrajnosti delovanja, nekako v sredini med digitalis purpureo in strofantinom. Najvztrajnejše a najpočasnejše delovanje ima digitalis purpurea. Njej sledi digitalis lanata, ki hitro prime, a manj vztrajneje deluje, in strofantin z bliskovitim prijemom, a bežnim delovanjem.

Glukozo (grozdni sladkor) dajemo z dobrim uspehom pri obolenjih srčne mišice; povoljno deluje kot hranivo (pomanjkanje glikogena pri miokarditisu), hkrati pa širi koronarne žile srca in žile ledvic, s čimer omogoča dovoljni dotok krvi k srcu in ledvicam ter tako pospešuje na eni strani srčni volumen na drugi strani pa diurezo.

Pri srčnih aritmijah moramo ločiti predvsem: a) absolutno aritmijo pri preddvornem trepetanju in plapolanju, b) razne ekstrasistole odnosno aloritmije. Pri preddvornem trepetanju poskušamo z zdravljenjem le, ako ni starejše kakor eno leto in ako je srce kompenzirano. Pri preddvornem trepetanju predpišemo chinidin. Najboljša je sledeča shema: prvi dan: chinidin sulf. 0'2 zvečer kot poizkusna doza. Ako je bolnik prvo dozo dobro prenesel, dobi drugi in tretji dan 0'2 krat 3 dnevno, četrti in peti dan 0'4 krat 3 dnevno, šesti in sedmi dan 0'6 krat 3 dnevno. Ako po tem tako imenovanem chinidinskem »sunku« ne uspemo, lahko z njim čez 14 dni ponovno poizkusimo. Istočasno ordiniranje digitalisa ni smotreno, radi tega opustimo digitalis že nekaj dni pred začetkom chinidinske kure. Poleg omenjene kure imamo še več drugih načinov zdravljenja preddvornega trepetanja s kinidinom; tako je znana ameriška kura (Spero, Newmann), pri kateri dajemo dnevno do 4'7 gr in v 20 dneh do 30 gr chinidina. Gustav von Bergmann pa daje chinidin tako: a) poizkusna doza 0'2 gr na predvečer kure, b) ako je pacient to dozo dobro prenesel, dnevno 2 do 3 krat 0'4 gr približno 1 teden dolgo, c) nato pa počasi znižuje dozo ter tekom 7 do 8 dni popolnoma preneha z chinidinom.

Preddvorno plapolanje v splošnem zdravimo le z digitalisom (prehod plapolanja v trepetanje in preko tega v normalni ritem).

Zdravljenje ekstrasistol se ravna po tem, če so ekstrasistole zvezane z okvarami srčnega mišičevja ali ne. V prvem primeru zdravimo miokarditis kakor smo že opisali, v drugem primeru pa uporabljamo poleg psihoterapije chinidin, pa tudi digitalis v kombinaciji s strihninom (0'001 v pilulah skupaj z digitalisom 0'05), dalje sedativa: brom, valeriano, kloralhidrat (1 gr) dnevno. Zabraniti moramo nikotin, čaj, kavo.

Edeme odpravljamo s pospeševanjem diureze. Večkrat zadostuje le absolutno počivanje v postelji, včasih že samo zdravljenje s strofantinom, odnosno digitalisom. Dobro učinke na diurezo bulbus scillae — bodisi kot dekokt 1'0—2'0: 100 ali kot prašek (Bulb. scillae pulv. 0'15 Codein phosph. 0'03, M. f. pulv. D. t. d. No. X ad. caps. amylac., S.: 3 krat dnevno 1 prašek) ali kot supozitorij. Predvsem je priporočljiv Scillaren (Sandoz), bodisi v tabletah ali v ampulah kot injekcije, ali kot supozitorij. Tablete so po 0'8 mg, ampule pa različne po 0'2, 0'5, 1 mg, supozitorij po 1 mg. Scillaren je dober kardiotonikum in diureti-

kum zlasti pri insuficientnem desnem srcu in tam kjer odpove digitalis in ga srce slabo prenaša. Opazil sem tudi, da Scillaren pripravi ugodna tla za živosrebrne diuretikume (Novurit itd.). Videl sem primer, ko Novurit skupno z digitalisom ni imel pričakovanega uspeha, v kombinaciji s Scillarenom pa je dal izvanredno močno diurezo. Scillaren tablete doziramo najboljše po sledeči shemi: prvi do tretji dan 8 do 10 krat pol tablete dnevno; četrti do šesti dan 6 krat pol tablete dnevno; naslednje dneve in nato trajno 4 krat pol tablete dnevno.

Največkrat pa z omenjenimi sredstvi in načini nimamo zadostnega uspeha; v takih primerih ordiniramo Novurit odnosno Salyrgan. Novurit je živosrebrni preparat in ima tudi nekaj teofilina (0'05 na 1 ccm. Prvič injiciramo 0'5 ccm Novurita, da preizkusimo, kako ga pacient sploh prenaša. Če ga pacient prenese brez težav mu pozneje injiciramo po 2 ccm, in sicer 2 do 3 krat tedensko po potrebi. Ako bolnik Novurita ne prenaša, poizkusimo s Salyrganom. Kontraindikacije za Novurit so: močno insuficientno srce (prve dni zdravljenja porabimo zato, da srce n. pr. s strofantinom ojačimo, šele tretji ali četrti dan injiciramo Novurit; dalje močne okvare jeter in ledvic; v zadnjem času so se kontraindikacije zelo zožile in dajemo Novurit tudi pri cirozi jeter in pri vnetjih ledvic. Večkrat na Novurit ni zadostne diureze. V takih primerih poizkusimo s tridnevnim dajanjem: Amon. chlorat., Succ. liquiritiae aa 6'0, Aqu. dest. ad 100'0 D. S.: Vzemi v teku enega dne. Mesto amonklorata, ki ga nekateri bolniki težko prenašajo, dajemo pastile Diuramon (3 dni do 20 pastil dnevno).

Edemi zahtevajo strogo dieto. Priporočljiva je Karellova dieta dva do tri dni v začetku zdravljenja edematoznih bolnikov, kasneje pa dva dneva v tednu n. pr. v torek in petek (bolnik dobi le čašo mleka 5 krat dnevno. (Skupaj 1 l.) Mesto mleka moremo rabiti kompot (čežano) ali pa krompir (800—1200 gr), ali pa kompot in riž.

Teofilin (Teocin, dimetilksantin) zlasti kot Euphyllin (teofilin, etilendiamin) deluje dobro diuretično. Diureza se pojavi predvsem radi močno dilatativnega vpliva na žile ledvic in koronark. Zlasti uporabljamo Euphyllin pri angini pectoris, pri srčnem bloku s pogostnimi Adam-Stokesovimi napadi. Miocarditis na podlagi koronarne skleroze tudi dobro reagira na Euphyllin zlasti v kombinaciji s strofantinom. Euphyllin moremo dalje kombinirati s Scillarenom, Digalenom, Digipuratumom, Lobelinom in Salyrganom. Dobra je mešanica Euphyllina in 40% glukoze za intravenozne injekcije. Euphyllin (Byk), se dobiva v ampulah po 10 ccm in 0'4 gr, dalje kot tablete po 0'1 gr, potem kot dražeje po 0'15 gr in kot supozitoriji po 0'36 gr.

Dr. Henrik Heferle, Ljubljana.

Iz zdravniškega slovstva

Interna medicina

A. Wenusch: Sprejemanje nikotina pri kadilcih (Med. Klin. št. 42, 1940).

Fiziološkega učinka različnih vrst tobaka ne moremo meriti po količini nikotina, ki je v njih, temveč le po množini, ki jo sprejme kadilec. Ta množina pa zavisi od mnogih okolnosti.

Nikotin je v tobakovem listju kemično vezan na jabolčno in na citronsko kislino in je porazdeljen po številnih rastlinskih celicah. Pri kajenju disociirajo v bližini tlečega dela tobaka pod vplivom vročine nikotinove soli postopoma, kakor se pomika tleči konec cigarete ali cigare. Nikotinovo vrelišče je pri 248 stopinjah Celzija; ko doseže tobak to

toplino, nikotin izpari, v kolikor seveda v tlečem koncu ne izgori; hlapi preidejo v dim skupno z drugimi bežnimi snovmi. Rezan tobak daje trikrat toliko teh snovi, kakor nerezan (cigare), ker je z rezanjem odprtih mnogo rastlinskih celic. Ko se tem razrezanim in zdrobljenim celicam bliža tleča zona, lahko in prosto odhlapijo bežne snovi in gredo v dim. Hlapi se na poti ohladi, odhlapele snovi se kondenzirajo v drobne delce, ki stvarjajo dim. Čim več je bilo hlapov v vročem delu cigarete, tem več je dima. Ker imajo cigarete trikrat več hlapljivih snovi, kakor nerazrezano tobakovo listje, imajo tudi tolikokrat več delcev, ki stvarjajo dim. Ti delci zadenejo drug ob drugega in se združijo v grudice, ki so težje in padajo na tla, kolikor pa jih vdihnemo, pa obvisi na poti, ki jo napravi dim pri kadilcu. Ta pot pa je različna (kajenje skozi usta, skozi nos, inhaliranje itd.). Čim več se vsede grudic na sluznice, tem več nikotina sprejme kadilec, pod istimi pogoji. Če kadimo samo skozi usta, sprejmemo le 2% vsega nikotina, kolikor ga je bilo v tobaku. Če inhaliramo, gre dim po daljši poti, grudice se tvorijo laže in nikotina se resorbira 20%, tudi do 40%, če dalje časa zadržujemo dim.

Pri kajenju cigar, nasprotno, to stvarjanje nikotinskih grudic ni važno. Tobak je nerazrezan in ima njegov dim mnogo manj delcev. Nikotin v cigarah ni kemično vezan na druge spojine, na sluznice se vseda v gotovih intervalih. Če je cigara dolga, se nikotin nabira po večini v tretjini ob ustih, prva tretjina s tlečo zono pa sploh ne daje kadilcu nikakega nikotina, šele ko prične tleti srednja tretjina cigare, se prične vsedati nikotin po ustni votlini in čim postaja cigara krajša, je jačje vsedanje, pri čiku je to vsedanje najjačje.

Razlika med cigaretami in cigarami je v tem, da pride pri cigaretah že pri prvih dimih praktično ista količina nikotina v organizem, dočim pa ga pri cigarah oddaja zadnja tretjina največ.

Ena sama močno inhalirana cigareta lahko odda kadilcu več nikotina kakor 10—20 istovrstnih cigaret, ki jih pokadimo skozi usta. Od ene same cigare pa, ki jo pokadimo do 5 mm dolgega čika, sprejmemo več nikotina kakor od desetih cigar iste vrste, ki smo jih pokadili le do dveh tretjin.

Dr. A. A.

P. Drouet in M. Vérain: **Bencolske hemopatije** (Rev. Méd. de Nancy št. 16, 1939).

Pri delavcih, ki so izpostavljeni bencolovim hlapom, se često pojavljajo značilni bolezenski znaki: slabost, hitra duševna in telesna utrudljivost, glavobol, omotica, nezavest, duševne motnje, gastro-intestinalne težave kakor pomanjkanje teka, flatulenca, lenivost črevesja in nauzea.

Skoro pri vseh primerih zastrupljenja z bencolom so bile tudi motnje v koagulaciji krvi in tendenca za stvarjanje ekhimoz, pojavljale so se tudi male krvavitve na sluznicah, menstruacija je bila jačja itd. Periferna krvna slika je bila spremenjena v smislu hiperhromne anemije in granulocitopenije; tudi na kostnem mozgu so bile vidne okvare.

Značilno za hemopatije, ki jih povzroča bencol, je, da so refrakterne nasproti običajnemu zdravljenju s preparati iz jeter in iz želodčne sluznice. Ugoden vpliv na njihov potek pa so opazili po zdravljenju z vitaminom C. V lažjih primerih so dajali 50—100 mg Redoxona (Roche) per os, v težjih 100 mg subkutano. Učinek je bil vedno ugoden: po 10—14 dnevni medikaciji so izginile živčne motnje, rdeča krvna slika je pokazala velik porast eritrocitov, tudi leukopenija je izginila. Krvna koagulacija se je približala normali in kapilarna propustnost se je znatno zmanjšala.

Na podlagi teh dejstev mora obstojati zveza med zastrupljenjem z bencolom in pomanjkanjem vitamina C.

Dr. M. M.

Oto-rino-laringologija

A. Šercer: Prvi poizkusi operativnega zdravljenja otoskleroze (Med. pregl. 8/1939).

Ker je vse dosedanje konzervativno zdravljenje otoskleroze brez uspeha, je avtor sledil najnovejšim publikacijam Holmgrena, Sourdilla in Rollina in se je odločil za operativno zdravljenje. Po 11 primerih se je namenil, da objavi svoja opažanja. Operiral je na sledeč način: Delal je vedno v najstrožji asepsi, ker je pri odpiranju labirinta neposredna nevarnost meningitisa; hemostaza mora biti popolna. Principielno je delal v lokalni anesteziji.

Običajen retroaurikularni rez. Od kosti odkleše toliko, da ima proste roke na lateralnem polkrožnem kanalu. Popolnoma odstrani zadnji in zgornji zid koščene slušne vodovoda, pazljivo čuva membranozni sluhovod. Odstrani inkus in glavo maleusa samo radi prostornih prilik, ker mora pokriti goli lateralni polkrožni kanal z listom kože iz membranoznega slušne vodovoda z režnjem, čigar baza je na Rivinijevi incizuri. Ker sta odstranjena inkus in glavica maleusa, se bobnič in omenjeni reženj kože z lahkoto pomakneta medialno in je s tem znatno olajšano prekrivanje lateralnega zidu labirinta. Z drobnim dletom vkleše v lateralni polkrožni kanal razo, z ostro žličko ostrga kost, da se napravi luknjica v velikosti riževega zrna. Avtor navaja, »da se sluh v tem trenutku vrne na dramatski način in preje gluhi ljudje začujejo na operacijski mizi celo šepet. Veselje tega trenutka na žalost često moti vrtoglavica in včasih bruhanje«.

Fistulo v labirintu pokriva s pajčevinasto tankim lističem zlata, preko zlata pokrije lateralno steno labirinta s kožo. Sledi široka plastika meatusa, da je pristop do labirinta prostejši. Epitelizacija trepanacijske votline traja 6 do 10 tednov.

To svojo tehniko je avtor izbral kot rezultat dosedanjih kritik v slovstvu.

V vseh primerih ni bilo drugih nevrščnosti kot to, da se je v dveh primerih eliminiralo zlato, ki se pa je vkljub temu izkazalo za najboljše od vseh kovin.

Avtor nato opisuje postoperativne motnje ravnotežja. Takoj po odprtju labirinta nastane nistagmus, omotica, včasih tudi bruhanje, vedno pa negotovost v hoji.

Pri izboljšanju sluha po operaciji je treba razlikovati neposredne uspehe od trajnih rezultatov. Izboljšanje sluha v prvih trenutkih je sicer veliko, vendar pa je treba vzeti v obzir subjektivne momente. Mnogo boljšo sodbo o uspehu operacije dobimo, če opazujemo bolnike v njihovi sredini, v družini, pri delu itd.

Operacija zelo ugodno vpliva na včasih neznošne subjektivne šume, ki so za bolnika hujša težava, kakor naglušnost.

Operacija torej nikakor ni škodljiva in ima često mnogo koristi. Vsi dosedanji konzervativni načini zdravljenja ne dovedejo do takih rezultatov in je torej ta sicer težka operacija upravičena.

Dr. M. M.

Nevrologija — Psihijatrija

A. Fischer: Primer preloma lopatice pri konvulzijski terapiji in mehanizem njegovega nastanka (Psych.-Neurol. Wechschrift št. 35, 1940).

V teku konvulzijske terapije pride večkrat do kirurških komplikacij, med katerimi imajo praktično važnost zlasti prelomi. Avtor omenja iz literature 20 primerov prelomov vretenc, 18 primerov preloma stegneničnega vratu in medenice, 10 zgornjega dela nadlehtnice in lopatice. On sam je opazil med 550 primeri konvulzij več praktično brezpomembnih izpahov v čeljustnem in ramenskem sklepu, prelom hrbtne vretenca in prelom lopatice.

Slednji primer je bil pri 17letnem gracilnem pacientu z zelo slabo razvitimi mišicami, ki je bolehal na akutni katatonični shicofreniji. Po treh injekcijah Tetracorja (0,4 in 2× po 0,5 g intravenozno) sta potekla dva napada brez vseh komplikacij. Po

tretjem napadu so pa opazili, da pacient ne more aktivno gibati z desno roko, da mu desna rama visi nižje in da je v predelu desne lopatice močna občutljivost na pritisk. Rtg. slika je pokazala frakturo colli chirurgici scapulae. Pacient je dobil Desaultov povoj, prenehali so s konvulzijsko terapijo in prešli na insulin. V 6 tednih je bil prelom praktično ozdravljen.

Nastanek tega preloma si avtor razlaga iz delovanja sil različnih mišičnih skupin na lopatico za časa napada. Mišice razdeli v tri grupe. Prva grupa: m. supraspinatus, infraspinatus, teres maior in minor, subscapularis, fiksira s kontrakcijo caput humeri na lopatico. Caput humeri in lopatica tvorita na ta način čvrst sistem, ki je z drugo mišično grupo: m. rhomboideus maior in minor, serratus magnus, fiksiran na prsni koš. Na ta čvrsti fiksirani sistem se pripenja 3. mišična grupa: m. pectoralis minor, coracobrachialis in zlasti pectoralis maior, ki angulus inferior scapulae direktno ali pa s caput humeri, ki je tesno povezan z lopatico, vleče naprej in navzdol. Če v napadu vidimo, kako čvrsto se kontrahira pectoralis maior, si lahko predočimo s kakšno silo mora delovati na kost. Da preprečimo prelom, moramo delovanje pectoralis maior zmanjšati in to dosežemo, če obe roki pacienta prekrizamo. Tudi drugi avtorji (Schmieder, Bingel) so priporočili ta položaj rok, da preprečimo izpahe v ramenskem sklepu in prelome nadlehtnice. Avtor sam priporoča zmerno prekrivanje rok, da pridejo prsti v bližino spinæ iliacæ. Avtor je mnenja, da nastanejo prelomi zgornjih ekstremitet, zlasti v primerih, kjer roko, na kateri smo dali intrav. inj., zaradi manipulacij pustimo v lahki abdukciji in rotaciji navzven.

Dr. L. O.

Ginekologija in porodništvo

S. Vidaković: Uporaba in vrednost medikamentov pri porodu (Liječ. Vjesn. št. 9, 1940).

Najnovejša raziskovanja o delovanju hormonov v nosečnosti in med porodom so dovedla do važnih rezultatov z ozirom na medikamentozno vodstvo poroda.

Negravidni uterus že za časa ovulacijskega ciklusa različno reagira na razne uterotonikume. V proliferacijski fazi se pod vplivom folikulina močneje kontrahira na ekstrakte zadnjega režnja hipofize, dočim v sekrecijski fazi pod vplivom progesterona slabo ali sploh ne reagira na uterotonikume. V nosečnosti je ta pojav še močneje izražen. Mišičje gravidnega uterusa je do kraja nosečnosti hipotonično pod vplivom progesterona, ki se do 5. lunarnega meseca tvori v corpus luteumu, a od 5. meseca dalje v horialnem epitelu placentæ. Šele pri kraju nosečnosti pride folikulin do premoči, radi tega se menja molekularna struktura mišičja uterusa, mišičje preide v stadij večje pripravljenosti za kontrakcije. Pri habitualnih abortusih, kjer že v nosečnosti pride do disproporcije med estronom in progesteronom v smislu prevladovanja estrona, lahko z velikimi dozami progesterona zadržimo nosečnost.

Razen navedenih hormonov zmanjšujejo kontraktlnost mišičja uterusa ali senzibilizirajo uterus še druge snovi kakor: hormoni drugih inkretornih žlez, kalcij, magnezij, kalij, vitamini, različni fermenti. Razen tega so važni: sama primarna struktura mišičja, njegova inervacija, vpliv centralnega živčnega sistema, psihogena komponenta itd. Vse omenjene snovi vplivajo samo na molekularno strukturo mišičja in tako zmanjšujejo oziroma povečujejo zmožnost mišičja za kontrakcije. Kinin senzibilizira uterus, vendar ne direktno, temveč tako, da odklanja razne zavirajoče vplive v inervaciji. Edino hormon zadnjega režnja hipofize deluje direktno na kontrakcije mišičja. Ta hormon sestoji iz dveh delov in to: oxytocina (Orasthin) in vazopresina (Tonephin). Oxytocin deluje direktno na kontrakcije mišičja, vazopresin pa na krvne žile in povišuje krvni tlak.

Na osnovi teh spoznanj in točnega spoznavanja farmakodinamičnega delovanja posameznih uterotonikumov bazira medikamentozno vodstvo poroda.

V prvi porodni dobi, če so popadki slabi, dajemo principiuelno kinin 0,2—0,25 g 3—4krat v $\frac{1}{2}$ —1urnih presledkih. Cela doza ne sme prekoračiti 1—1 $\frac{1}{2}$ g. Večje doze kinina so ne samo brez učinka, temveč tudi škodujejo materi (šumenje v ušesih, bljuvanje, oslABLJENA inervacija uterusa). Kombinacija kinina s Cardiazolom ali kalcijem ima močnejše delovanje; kalcij menja molekularno strukturo mišičja in njegovo pripravnost za kontrakcije, Cardiazol pa pospešuje cirkulacijo in profilaktično zmanjšuje opasnost asfiksije otroka.

Ako so po kininu popadki še vedno slabi, dajemo 1—2 ure po kininu hipofizarne preparate v malih dozah 1 $\frac{1}{2}$ —2 V. J. Opazili so namreč, da večje doze 5—10 V. J. pri senzibiliziranem uterusu večkrat dovedejo do spastičnih kontrakcij z močnimi bolečinami. Razen tega so možne težke ali celo smrtne asfiksije otrok.

Pri rigidnem ustju in rigiditeti spodnjega uterinega segmenta so indicirani spazmolitikumi (Spasmalgin, Octin, Spasmoceibalgin, Belladonna-exclud-svečke) in eventualno incizija ustja, če rigidnost ustja ne popusti.

V II. porodni dobi je hipofizarni hormon najvažnejši uterotonikum. V dozah 3—5 V. J. intram. povzroča močne, redne popadke. Pri toksikozah dajemo samo komponento za kontrakcijo uterusa (oxytocin). Intravenozno inj. priporoča avtor samo v III. dobi pri težkih primerih atonije, kjer je potrebna momentana in močna kontrakcija uterusa. Tudi za intravenozno inj. je bolje dati oxytocin (Orasthin), ker preparati, ki imajo obe komponenti, lahko povzročijo kolapse.

Pri dolgotrajnih protrahiranih porodih, kjer se pojavijo slabi popadki radi kopičenja mlečne kisline, acetona, pridejo v poštev preparati, ki vplivajo na molekularno strukturo uterusa in preprečujejo kopičenje škodljivih snovi. V prvem redu je to sladkor 20—30 cem 25% intravenozno, kombiniran s spasmolitikumi.

Preparati secale cornutum so indicirani v III. porodni dobi. Njihovo delovanje je počasno in dolgotrajno. Zato, v primerih, kjer je potrebno hitro in dolgotrajno delovanje, injiciramo najprej hipofizarne preparate in takoj za tem secale. Stoll in drugi so izolirali iz droge dva preparata Ergobasin in Ergotamin. Avtor omenja, da pravkar delajo poizkuse z Ergobasinom, njegovo delovanje je slično hipofizarnim preparatom. Daje se 3krat po 3 kapljice. Odlikuje se v tem, da ga dajemo per os.

Končno omenja avtor še, da ni nobene sigurne in dobre metode za porod brez bolečin. Ker vsa sredstva, ki jih v ta namen uporabljamo, dovedejo v nevarnost mater in otroka. Edino z analgetikumi in narkotikumi v malih dozah lahko ublažimo bolečine.

S. Zanela: **Kje naj žene rodijo** (Liječ. Vjesn. št. 9, 1940).

Avtor govori o distribuciji porodnic. Nekoč so žene rodile po večini doma, le izjemoma so posamezne rodile po bolnicah in to bolj iz moralnih kakor iz medicinskih razlogov. Tudi pri nas so se izpremenile prilike. Nekoč sta žene odvrčali od bolnic puerperalna sepsa in večja mortaliteta, ko so pa v porodništvo uvedli asepsu in antisepsu, je ta strah prešel in čezdalje več žena je prihajalo roditi v porodnišnice. Obstetrika se je razvila v kirurško smer in zato so bili pri kompliciranih porodih uspehi za mater in dete čezdalje boljši. Danes je po velikih mestih tudi mnogo normalnih porodov v zavodih, za kar po večini ni niti socialnih, niti higienskih ali ekonomskih razlogov.

Tako je n. pr. v Ameriki 95% vseh porodov po zavodih. Mortaliteta je tam visoka, čemur so našli vzrok v preveliki aktivnosti zdravnikov. Ta aktivnost pa ima svoj razlog v nepravilnem razumevanju poroda — da je abnormalni proces in kirurški problem. Nekoliko nam da slutiti pravo bodrilo te prevelike aktivnosti dejstvo, da je bilo n. pr. v nekem zavodu pri privatnih porodnicah 50% operativnih porodov, dočim pri »brezplačnih« le 4%. V Angliji je bilo 40% vseh porodov v zavodih, v Holandiji 18%, na Danskem 10%. V Italiji je še dandanes znatna razlika med severnimi in južnimi pokrajinami države. Na jugu je število porodov trikratno v primeri

s severnimi pokrajinami, pravilna distribucija porodnic je težka, domicilno porodništvo je na nižji stopnji kot na severu, kjer je znatno več porodov v zavodih. V Nemčiji je prav tako po raznih pokrajinah in mestih različno število porodov v zavodih, čemur je poleg drugih prilik vzrok tudi borba privatnih zdravnikov in babic proti preveč splošnemu pošiljanju porodnic v zavode, dalje vladina propaganda za domicilno porodništvo in tudi razne verske skupine, ki forsirajo porode v svojih zavodih.

Pri nas zaenkrat še ni uporabnih statistik, da bi lahko primerjali uspehe domicilnega porodništva z uspehi v obstetričnih zavodih. Pri nas tudi še danes ogromna večina žena rodi brez strokovne asistence. Vendar je bilo leta 1939. v vseh naših zavodih okrog 15.000 porodov, kar pa je le nekaj čez 3% vseh porodov in ne dosega niti onih 5% žena, ki jih moramo po Winterju hospitalizirati iz medicinskih razlogov. Če pregleđamo obširnost in raznolikost našega državnega ozemlja in si zamislimo, da je tod 450.000 porodov na leto, potem izprevidimo, da je 41 obstetričnih oddelkov s približno 1000 posteljami za vso državo izdaleka premalo.

Zato je velike važnosti, da praktični zdravniki skrbе za pravilno distribucijo porodnic in se vedno vprašajo, kdaj je indiciran porod v zavodu. Naša nataliteta je sicer odlična, kar pa še ni dovolj. Da očuvamo narod, še ne zadostuje zadostna prokreacija otrok; otroci morajo biti in ostati živi in sposobni, da odrastejo. Skrb za otroka se prične že pri spočetju. Porod pa je najkritičnejši čas za mater in otroka, zato je skrb, da bo porod potekal čim ugodneje za oba, najumestnejša. Veliko število živorojenih otrok sicer kaže na odpornost rase, nikakor pa ne pove, da je odveč strokovno vodstvo poroda. Slabi uspehi kulturnih dežel pa naj nas izučē, da babica kakor zdravnik ne smeta biti preveč silna, da ne pregledujeta vaginalno po nepotrebnem, da ne izvršujeta neindiciranih operacij brez tehtnih razlogov.

Na prednosti domicilnega porodništva pred porodnišnicami in obratno moramo gledati objektivno. Nesporno je, da so uspehi porodov doma odlični, dejstvo je pa tudi, da so uspehi operativnega porodništva boljši v zavodih. Nekateri obstetrični primeri spadajo brezpogojno v zavod, za distribucijo drugih porodnic pa je treba upoštevati tudi socialne in higienske prilike. Sanitarne prilike so pri raznih narodih različne, vsak narod mora zato urediti porodništvo po svojih razmerah in uporabljati izkustva kulturnejših. Tudi je vedno razlika med zdravniki na deželi in med mestnimi. Mestni zdravnik bo lahko poslal v bolnico vsak resnejši primer, dočim bo moral podeželski zdravnik dobro premisliti, da li bo transport bolnici škodoval in če bo za porodnico bolje, da porodi doma, če je s tehnične strani mogoče.

Praktični zdravnik naj pošlje v zavod, pa najsi bo v mestu ali na deželi pri:

1. medicinski indikaciji za prekinitev nosečnosti,
2. mola hydatidosa,
3. spontanem abortusu,
4. ektrauterini graviditeti,
5. krvavitvah v drugi polovici nosečnosti (partus praematurus, placenta praevia, prerano luščenje placente),
6. proti koncu nosečnosti: stare primipare, gonoroične porodnice; žene, ki jim preti eklampsija, cezarotomirane ali na maternici operirane žene, žene z ozko medenico, genitalnimi malformacijami ali tumorji v medenici,
7. pri dvojčkih,
8. placenti acreti, partus praecipitatus, habitualni zakasnitvi poroda,
9. operativnem porodu iz neobstetričnih indikacij,
10. nehigienskih razmerah v domu porodnice.

Praktični zdravnik mora dobro premisliti vse okoliščine, preden se bo odločil za transport v porodnišnico. V obzir mora vzeti krajevne prilike, komfort, ambient, svoje

in babičino strokovno znanje, narkozo, transfuzijo, nego nedonošenega otroka itd. Ti primeri so v glavnem:

- a) prezgodnji porod radi nege nedonošenčka,
- b) placenta praevia (Braxton-Hicks, krvavitev itd.),
- c) primipare vetustae, posebno če jim je voda prezgodaj odtekla,
- č) rigidnost orificija, malformacije genitalnega trakta,
- e) ozka medenica, posebno rahitična. Bolje je, da se praktični zdravnik odloči za zavod pri:
- f) makrosomiji foetalis.

V zavod spada čimprej povprečni položaj, če še ni počil mehur, če pa je že in če je dete še gibljivo, naj praktični zdravnik napravi obrat.

Distrakcija dolnjega segmenta maternice, če preti ruptura, zahteva, da zdravnik ženo na najblažji način reši plodu, kar tudi uspe, dočim bi bil prevoz fatalen.

Nefropatijo lahko zdravnik obdrži doma; če pa ženi preti eklampsija, je bolje, da jo pošljemo v zavod, če prevoz ni pretežak. V tem primeru naj se zdravnik odloči za konservativno, če je več, tudi za operativno zdravljenje na domu.

Ob koncu svojega članka navaja avtor predloge za zboljšanje kričečih prilik v bano-vini Hrvatski in predlaga decentralizacijo porodništva v provinco bodisi z zgraditvijo novih bolnic, v katerih naj bi bili tudi ginekologi, ali z zboljšanjem prevoznih prilik in amelioracijo cest, ureditev posebnih zdravstvenih postaj s porodniškimi posteljami in dobro babico. Na deželo naj bi šlo tudi večje število izvežbanih zdravnikov. Uvedla naj bi se tudi nočna telefonska služba.

Dr. A. A.

E. Konrad: Uspehi terapije metropathiae haemorrhagicae s paradox-hormonom (Zbl. Gynäk. št. 27, 1940).

Zdravljenje žena z moškim spolnim hormonom imenujemo paradokсно zdravljenje. Testosteronpropionat je sintetičen moški spolni hormon. Ker so s poizkusi dognali, da se pojavi na jajčnikih zajčkov, ki so dobivali testosteronpropionat, močnejša luteinizacija kakor pri tistih, ki so jim dali corpus luteum hormon, so poizkusili različni avtorji uporabiti testosteronpropionat pri težkih krvavitvah kot so: močne polimenoreje, metropathia haemorrhagica itd. Testosteronpropionat povzroči močno luteinizacijo in trajno skrčenje miometrija.

Avtor sam je z uspehom največkrat uporabljal testosteronpropionat pri težkih juvenilnih krvavitvah, kjer po injekcijah prolana in corpus luteum-hormona niso žene ozdravele. Vsak dan je dajal najmanj 10 mg, pri težkih krvavitvah tudi 20—25 mg testosteronpropionata subkutano, najmanj vsega skupaj 5 injekcij. Avtor pripisuje uspeh zdravljenja v svojih primerih ravno tem velikim dozam. Do sedaj so namreč uporabljali veliko manjše doze, kar je po mnenju avtorja vzrok pogostih neuspehov. Pacientke prenesejo oljnate injekcije paradox-hormona tudi subkutano dobro in brez vsakih posledic.

E. Leinzinger: Lokalno vplivanje na laktacijo z estrogenim Stilben mazilom (Zbl. Gynäk. št. 10, 1940).

Novejši poizkusi so ovrgli mišljenje, da folikulini in njemu podobni sintetični preparati (Stilben) vplivajo na laktacijo preko hipofize v zavirajočem smislu. Dokazali so, da je preprečenje laktacije posledica direktnega delovanja teh snovi na epitel mlečne žleze v smislu proliferacije, kar povzroči prenehanje izločevanja mleka.

Na osnovi teh dejstev je avtor preizkušal lokalno aplikacijo teh preparatov v obliki mazila in se s tem ognil parenteralne poti. Na ta način je zmanjšal vpliv teh snovi na celotni organizem do najmanjše mere v primerih, kjer je potrebno, da vplivajo strogo na en sam organ. Avtor priporoča aplikacijo folikulini- oziroma Stilben-mazila posebno v primerih, kjer je potrebno enostransko preprečenje izločevanja mleka, kot so n. pr. vdrta bradavica, enostransko tuberkulozno obolenje dojke, enostranski težki kronični

mastitis, akcesorične prsne žleze itd. Prednosti te lokalne aplikacije so jasne, če upoštevamo, da v vseh teh primerih vpliva estrogena snov samo na bolno dojko, medtem ko zdrava dojka normalno izločuje, kar je pri parenteralni in peroralni aplikaciji nemogoče, ker vpliva ta snov enakomerno na obe dojki.

Na temelju svojih izkušenj, da je folikulinovo mazilo enakovredno sintetičnemu Stilben-mazilu v vseh primerih, kjer je potrebno, da te snovi vplivajo samo na eno stran, priporoča avtor iz ekonomičnih razlogov uporabo različnih Stilben-mazil. Sam ima največ izkušenj s Cyrenom A (Bayer).

Način uporabe: Dvakrat dnevno se vtare na dojko 5—10, včasih tudi 20 cm mazila v teku 3—4 dni. Po tem času navadno dosežemo zaželjeni učinek. Razen tega avtor naglaša, da pri tem načinu zdravljenja ni potrebna nobena druga terapija kakor n. pr.: suspenzija dojke, obkladki itd.

Dr. L. O.

Infekcijske bolezni

P. Farnara: Zdravljenje meningitis meningococica (Policlinico infantile št. 6, 1940).

Kakor vse nalezljive bolezni, tako ima tudi meningitis meningococica svoj poseben potek, svojstveno epidemično pojavljanje, svoje dobe porasta, razcveta, pojemanja in prenehanja. Preživljamo čas, ko se je ta bolezen močno razširila po Evropi in tudi izven njenih meja. V Nemčiji je bila po hujši epidemiji v letih 1904. do 1905. daljša doba, ko se bolezen ni pojavljala, proti koncu leta 1938. se je pričela širiti in se je v letu 1939. posebno razpasla (zlasti v pokrajinah Saar, Pfalz, Trier). V letih 1931.—1933. je bilo le okrog 550 primerov epidemičnega meningitisa, leta 1937. okrog 1500, leta 1939. pa že 4300 primerov. V Franciji so sprejeli v bolnice mnogo več primerov m. ep. v prvih mesecih 1940 kot vsa druga leta, v Švici prav tako. Tudi v Italiji je število sporadičnih primerov meningitisa pričelo dobivati čezdalje večji obseg. Dočim je bilo v letih 1925.—1933. le okrog 500 primerov letno, jih je bilo leta 1938. že okrog 1400. Tudi v Afriki, tako po angleških, francoskih in italijanskih posestih se je bolezen pričela bolj in bolj širiti. Avtor opozarja, da se ni treba vdajati iluzijam, da je genius epidemicus to pot dobrohoten, da ni treba imeti strahu, kakor bodre nekateri nemški avtorji, temveč nasprotno opozarja na nevarnost, da bi bolezen pričela resno ogražati državo in njene kolonialne posesti, čeprav zaenkrat še ni tako razširjena. Nasprotno, trdi avtor, bolezen je prav težka in resna zlasti radi številnih primerov fibrinoznega gnojenja meningov, ko se stvarjajo žepna in zakotki na možganskih mrenah in ki povzročajo najneugodnejši potek bolezni, ki dovede do izhiranja. Pri teh primerih je zdravljenje največkrat brez uspeha, ker so se pojavile parenhimatozne okvare na cerebroskialnem živčevju. Grassi je dognal, da lahko skoro v polovici vseh primerov najdemo: »vnetne infiltracije živčnega tkiva, do katerih pride radi prehoda legla bolezni po krvni poti iz ependima ali mehkih open«.

Še težji je potek bolezni, če se pojavi meningokokna septikemija, ki ima lahko najrazličnejši videz. Včasih kaže temperaturna krivulja pseudomalarične zobce, včasih so v ospredju bolečine v sklepih. Lahko prevladuje papulozno-nodularna obolenja kože, lahko tudi makulozne efflorescence, slične purpuri. Ta purpura je vedno neugoden znak, ki se lahko adira k sindromu apopleksije nadobistne žleze, ki ji vedno sledi brza smrt. Pri meningokokni septikemiji se lahko pojavijo tudi pljučne, endokarditične, oftalmične, peritonealne in gastro-duodenalne manifestacije nalik čirum.

Tako kompleksna bolezen ima prav različno mortaliteto. Po Löfflerju je bila v Nemčiji 45%, v Švici 74%, v Angliji 70%, v USA 50%. V Italiji je bila najnižja in je vendar narasla od 18% v letih 1926.—1934. na 21% v letu 1937.

Na podlagi tega velikega statističnega dela, trdi Löffler, ne more več obveljati mnenje, da bi antimeningokokni serum imel očitno delovanje. Po vsem svetu se je razširil sum o tej njegovi terapični insuficienci. Jem ma piše v knjigi svojih petdesetletnih izkustev, »da so bile dobe, ko je seroterapija pokazala bleščeče uspehe, ki jim pa slede časi, ko seroterapija ne izpolnjuje vseh pričakovanj«.

Ob strani polivalentnega seruma proti meningokokom omenja avtor »italijansko metodo« pripravljanja seruma, ki jo je preciziral Di Cristina in ki sloni na tem, da pripravljamo serum iz meningokokov, ki smo jih izolirali v času epidemije same ali pa od sporadičnih primerov. Serum, pripravljen po tej metodi, ima po vseh poročilih jačje terapeutsko delovanje. Lerro in Petrone sta imela 91% ozdravljenj. Tudi po poročilih drugih avtorjev je bila mortaliteta mnogo nižja: Sommer 52%, Lober 22%, ruski avtorji 43%, Američan Balduran 17%, ki pa se lahko še zniža po njegovem mnenju, če dajemo monovalentni serum intralubalno vsakih 12 ur.

Tudi o drugih terapeutičnih sredstvih »so mnogo pisali, pa malo povedali«, kakor navaja avtor. I. Rieben je uporabljala ovnov serum, da bi dobila čim močnejšo serumsko reakcijo; Kopka je insufliral zrak v hrbtenični kanal, transfundiral je kri in pričel s kemoterapeutikumi (Urotropin-Detoxin, Aurodetoxin); Kugelmayer je uporabljal Pyrifir, da bi povečal permeabilnost bariere med možgani in krvjo tudi v akutnih stanjih bolezni; Ruggeri je intralubalno insufliral zrak, ker je mnenja, da insuflacija pripravi pot učinkovitosti druge terapije; Auricchio je imel dobre uspehe z istočasno sero- in vakuinoterapijo hkrati z insuflacijo, ki naj bi lajšala gnojnemu likvorju odtok in serumu vstop v ventrikle in stvarjala bolj ali manj kompleksne spremembe v subarahnoidalnih prostorih, v ependimu in horioidalnih pleksusih; Schaltenbrand je uporabljal serum in Collargol intralubalno v malih dozah. Hkrati s seroterapijo so dajali tudi Tripaflavin intravenozno, dokazali pa so (Wolf, Julius), da je škodljiv za tkivne celice, dočim so raztopine sulfamidov neškodljive.

Avtor preide nato k obravnavanju sulfamidov. Rezultati s to novodobno terapijo so pri meningitisu zelo različni. Amerikanci imajo z istočasno sero — in kemoterapijo 15% mortaliteto, Angleži okrog 13%, Francozi 10%, iz Švice ni točnik števil, vendar tudi tod vsa opažanja govore sulfamidom v prid.

Čeprav se je veda o sulfanidih razvila v Nemčiji, so ravno nemški avtorji sprejeli novi način zdravljenja z velikim nezaupanjem. Poročila so najrazličnejša, od dobrih do slabih in si niso edina, da li je zdravljenje z sulfamidi uspešno. Domarus, Opitz in Camerer so mnenja, da sta »tudi genius epidemicus meningitisa in bolezen sama preveč spremenljiva v virulenci in poteku, da bi mogli izraziti veljavna mnenja, da li je nova terapija učinkovita.« Vendar pa je po statistikah padla mortaliteta od 45% na 28% odkar so v modi sulfamidi. V Italiji je celotna smrtnost 11% in v vseh navedenih primerih, ki so bili avtorju dostopni skupno 15%.

V nadaljnjem poroča avtor o svojih izsledkih s sulfamidi. Uporabljal je para amido bencol sulfamid, Soluzeptazine, sulfamido piridin, sulfamid metil tiazol itd. Njegov uspeh je bil popoln. Od 39 primerov meningitisa ni umrl nihče, le v 6 primerih je bolezen zapustila posledice v obliki vodenoglavosti, gluhosti, alopecije, atrofije mišic in bolečin v njih ter pareze očesnih misic s strabizmom. Te motnje pa so se vse kmalu razblinile.

Avtor opisuje razvoj svojega postopka do 100% uspehov. Sprva je intralubalno injiciral polivalentni serum in insufliral zrak, obenem je dajal avtovakcino in Tripflavin. Na ta način je imel 40% mortaliteto. Zato je avtor pričel uporabljati monovalentni serum iz tipa meningokokov, ki so bili izolirani od primerov istočasne epidemije. Rezultati so bili različni, od odličnih do slabih, zato je avtor še inten-

ziviral terapijo s serumom in češče punktiral, tako da je bilo srednje število vseh lumbalnih punkcij 30, srednja količina vsega izpuščenega likvorja je bilo 800 ccm, srednja količina intralumbalno vbrizganega seruma 160 ccm. Uspehi so na ta način postali 100%, dasi bolezen v tej dobi ni imela benignega značaja.

Vendar pa je ta, dasi efikasna terapija radi številnih lumbalnih punkcij težka, serum stvarja adherence na meningih radi posebnega serumskega meningitisa, ki se pojavi, ko je prav za prav epidemični meningitis že prešel; likvor postane začasno gost in ovira zadosten odpust cerebrospinalne tekočine. Radi navedenih razlogov je avtor opustil to sicer uspešno zdravljenje in se je ogrel za sulfamide. V 20 primerih zdravljenja izključno s sulfamidi je likvor postal najkasneje v treh dneh sterilen, vročina je padla, zlih posledic ni bilo. Pri tem je avtor izsledil, da beli preparati sulfamidov, ki imajo manj kompleksno formulo, lažje prehajajo v likvor in so torej bolj priporočljivi kot rdeči, vsaj za zdravljenje epidemičnega meningitisa.

Po njegovem mnenju pridejo v poštev štiri skupine sulfamidov:

1. skupina para amino bencol sulfacet amidov, ki imajo elektivno delovanje proti gonokokom in meningokokom in dobro prehajajo skozi bariero med krvjo in možgani (Opitz, Hager, Fröhlich);

2. skupina sulfamido tiazolov, ki so jih preizkušali posebno Amerikanci in Francozi: in vitro so aktivnejši od sulfamido piridinov, in vivo so pa prav tako učinkoviti proti strepto-, gono-, meningo- in stafilokokom. Prehajajo v likvor z lahkoto in se njihova koncentracija v njem približuje za 50—60% koncentraciji v krvi. Avtor pa je pri tej skupini opazoval toksične učinke v obliki febrilnih eritemov, konjunktivisov in multiplih febrilnih artropatij;

3. skupina para amino benzol sulfamidov in

4. skupina sulfamido piridinov.

Preparate iz poslednjih dveh skupin najčešče uporabljamo. Poslednji so mnogo aktivnejši.

Če pa hočemo uporabljati neko kemično snov za zdravljenje epidemičnega meningitisa, potem ta snov ne sme biti samo specifikum proti meningokokom, temveč mora biti tudi lahko prehodna skozi hematoencefalično pregrado. Sulfamidi tretje skupine prodirajo lažje in hitreje od sulfamido piridinov.

Pri tej terapiji pa moramo vedno imeti pred očmi nevarnost premajhne in predolgotrajne dozacije, ki ne vpliva v terapeutičnem smislu, temveč senzibilizira organizem za toksične vplive. Primerna doza za sulfamide je 15—20 egr na kilogram teže dnevno, za sulfamido piridine pa 20—25 egr na kilogram teže. To dozo pa lahko zvišujemo do 50 egr zlasti pri dojenčkih in pri otrocih, ki imajo intaktne ledvice in jo zato kmalu lahko eliminirajo, pri starejših pa zadostuje 10 egr na kilogram teže.

Pri tako visoki dozaciji sulfamidov pa si moramo biti v svesti njihovih toksičnih učinkov, moramo jih znati prepoznati in preprečiti glavne motnje, ki jih lahko povzroči nepravilna dozacija in ki so: cianoza, acidotična stanja, toksični eksantemi, leukopenije, hepatične motnje, sulfamidne agranulocitoze, neuritisi, mielitisi, nauzea, vomitus, mieloično-eritroblastične anemije, deliriji, agitacije, depresije, hematurije in artropatije. Zdravimo jih z alkalinumi, velikimi količinami tekočine per os ali v žilo, transfuzijami, adrenalnom, vitaminom C itd. Zato je najbolje, da si pri terapiji zgradimo nek sistem: zdravilo dajemo 5—6 dni, ki jim naj sledi 3—5 dnevna pavza. Ta način imenujejo Nemci n. pr. pri Ulironu »sulfamido piridinski sunek«.

Vendar pa ne moremo ustanoviti nekega konstantnega razmerja med koncentracijo sulfamidov v likvorju in med ozdravljenjem meningitisa. Prav tako tudi ne med količino sulfamidov v kri in likvorju, radi že omenjenih variacij v propustnosti pregrade med krvjo in možganskimi opnami.

Avtor diskutira nato o dajanju preparatov v kri in v hrbtenični kanal. Intralumbalna aplikacija je neopustna v tistih težkih primerih, kjer moramo hitro doseči veliko koncentracijo sulfamidov v likvorju. Sicer se ta koncentracija kmalu zniža, vendar pa je le delovala baktericidno. V primerih meningokokne septikemije je oportuno, da k terapiji per os in intralumbalno dodajamo zdravila še endovenozno in intramuskularno. V primerih septikemije s purpuro, kolapsom in fulminantnim potekom težišče bolezni ni na meningih, temveč v septični disseminaciji, zato moramo dajati zdravila v žilo. Vendar pa je avtor mnenja, da naj bo običajni način aplikacije per os in da je intravenozni in intralumbalni način rezerviran le za najtežje primere. Avtor je proti polipragmaziji pri aplikaciji sulfamidov v hrbtenični kanah, ki se maščuje v paraplegijah, retencijah urina, v trofičnih motnjah, decubitusih itd. Avtor se priključuje imperativu Soc. Med. des Hop., ki glasi: »izogibati se moramo intralumbalne aplikacije sulfamido piridinov, ker lahko povzroči trajne paraplagije in smrt.«

Ali zadostujejo pri zdravljenju meningitisa sulfamidi, ali jih moramo družiti z seroin vakcino terapijo? Biologi so mnenja, naj uporabimo ugodne izsledke istočasne seroin kemoterapije pri živalih tudi pri ljudeh (Fleming, Löwenthal). Indikacije za istočasno uporabo seruma in sulfamidov lahko kodificiramo s kliničnega stališča tako:

1. v primerih meningokokne septikemije s fulminantnim potekom;
2. v primerih stare meningokokemije, ki ni bila prepoznana in zdravljena, pri kateri meningi niso permeabilni za pasajo sulfamidov;
3. v primerih slabe absorpcije in tolerance sulfamidov. Če je bilo začetno zdravljenje z sulfamidi nezadostno, priporoča avtor, da menjamo preparat. Če smo na primer injicirali para amino benzol sulfamid, moramo vzeti sulfamido piridin in obratno. Če že ne punktiramo, da bi vzbrižgavali serum ali sulfamid v hrbtenični kanal, moramo punktirati zato, da je odtok likvorja zadosten, da lahko citološko in bakteriološko kontroliramo potek bolezni, da eliminiramo toksične snovi v likvorju, da odstranimo razpadline bakterij radi liziranja s sulfamidi. Tudi moramo insulirati zrak, da preprečimo adherence in blokiranje odtoka, da preprečimo nastanek hidrocefalusa in da povečujemo permeabilnost pregraje med krvjo in možgani.

Vendar pa je zdravljenje meningitisa s sulfamidi dandanes temelj vsemu zdravljenju. Učinkovito je proti vsem tipom meningo- in pseudomeningokokov, česar pri serumu ni, kjer bi morali iskati za vsak tip poseben serum. Kakor pa imamo serorezistentne meningokoke, tako so tudi sulfamidorezistentni, vendar pa avtor upa, da bodo številni delavci na tem polju po vsem svetu nekoč pregnali tudi to nevarnost. Vsekakor pa je, kakor pri vsaki bolezni tudi pri meningitisu nekaj primerov in to so predvsem encefalitične komplikacije, sepse s fulminantnim potekom, purpura rapidissima, hemoragična nekroza nadobistnih žlez, pri katerih je naša terapija brez moči. Vendar pa pisec upa, da bo tudi tod uspeh nad boleznijo, ki je težka mora za matere malih bolnikov, povrnil skupni trud.

Dr. M. Avčin.

H. Steinmaurer: O virusu pri stomatitis aphthosa (Med. Klin. št. 36, 1940).

Splošno je priznано, da povzročata aftozni stomatitis nevidljiv virus, ki njegova priroda še ni povsem dognana. V slovtvu je razmeroma malo del, ki bi se pečala s tem vprašanjem. Kummer je mnenja, da je virus aftoznega stomatitisa isti in enak onemu, ki povzročata herpes simplex. To svojo trditev podkrepljuje s poizkusi, v katerih je prenašal virus iz aftoznih eflorescenc na roženico poizkusnih zajčkov in je izzval prav take herpetične spremembe, kakor če je prenašal virus iz herpetičnih mehurčkov. Opazil je tudi, da deluje herpetični virus izrazito neurotropno in da v poizkusu izzove evcefalitis. Galea nasprotno negira, da bi imel stomatitični virus neurotropno delovanje, do česar so prišli tudi drugi avtorji. Danes velja, da sta si herpetični in stomatitični virus slična, toda ne identična.

Avtorju je uspelo, da je s pomočjo fluorescenčnega mikroskopa dokazal virus stomatitis aphthosae. Vendar pa na optični način ni mogoče direferencirati velikostnih razlik pri raznih virusih, temveč je treba poseči po ultrafiltraciji. Gallowey in Elfort sta na ta način našla, da je velik virus stomatitisa 70—100 $\mu\mu$, medtem ko je virus slinavke in parkljevke velik le 8—12 $\mu\mu$, herpetični virus pa je največji, ima 100—150 $\mu\mu$.

Avtorju je tudi uspelo, da je kultiviral stomatitični virus in to na gojišču iz alan-toisa kurjih jajc. Gojil je virus v več pasažah in ga prenašal na korneo zajčkov in na planto morskih prašičkov. V primerih, ko je prenašal virus na roženico, je poizkus vedno uspel, prenos na planto pa je uspel le nekajkrat, dočim prenos virusa slinavke in parkljevke vedno uspe. Tudi so bile eflorescence, ki so nastale, v mnogočem drugačne kot pri prenosu parkljevke. Evcefalitis je nastal le v enem primeru, kar je bistvena razlika nasproti herpetičnemu virusu. Avtor je poizkušal diferencirati posamezne viruse tudi s križnim imuniziranjem. Zajčki pa so bili imuni le proti virusu stomatitisa.

Dr. A. A.

Iz zdravniških društev

7. občni zbor

Jugoslovanskega kir. društva, sekcija Ljubljana

dne 16. X. 1940. ob 18. uri v predavalnici ženske bolnice v Ljubljani.

Predsednik doc. dr. Cholewa otvori ob 18. uri občni zbor, radi nesklepčnosti pa se otvoritev preloži za pol ure.

Ob 18.30 predsednik občni zbor ponovno otvori, ugotovi sklepčnost ter preide na dnevni red:

Poročilo predsednika: Predsednik pozdravi vse navzoče ter preide na dnevni red.

Poročilo tajnika.

V zadnjem letu poslovne dobe je društvo radi zunanjih in notranjih političnih razmer izgubilo skoro vse stike z obema bivšima sekcijama. Zato je svoje delovanje osredotočilo v glavnem na svoje znanstvene sestanke.

Odbor je imel 3 odborove seje in en sestanek, kjer so se obravnavale tekoče zadeve. Rešili smo 19 spisov radi tekočih zadev.

Sestankov smo imeli 8, na katerih je predavalo 15 kolegov. Udeležilo se jih je pa 186. Razen tega smo priredili tudi ogled novega sanatorija »Šlajmerjev dom«.

Članov je 41 vendar je pa še mnogo kolegov, posebno mlajših, ki še dosedaj niso vstopili v društvo.

Poročilo blagajnika.

Ob pričetku poslovne dobe 1939/40 je bilo:

v poštni hranilnici	1733— din
v ročni blagajni	19 ⁵⁰ din
na članarini sprejetega	1380— din

Skupaj 3612⁵⁰ din

Izdatkov za poslovanje 1147⁶⁵ din

Stanje blagajne ob koncu poslovne dobe:

v poštni hranilnici	2081 ⁸⁵ din
v ročni blagajni	383— din

Predsednik otvori debato o poročilu odbora.

Dr. Brecejl vpraša, koliko dolga je še na kongresni knjigi in iz katerih postavk se je izplačal dosedanji znesek.

Dr. Peršič pojasnjuje, da je od dohodkov kongresa ostalo 16.000 din. Nato je odbor kongresno knjigo razposlal še enkrat kirurgom v državi, radi česar je dobil zopet 1600 din.

Dr. Brecejl vpraša, če ima odbor kakšen načrt, kako bi se ostali dolg odplačeval.

Predsednik je mnenja, da s članarino, kakor doteka sedaj, tega ne bo mogoče poravnati. Predlaga, naj bi novi odbor zaprosil kr. bansko upravo za podporo.

Dr. Švajger: Proračun za prihodnje leto naj pove, koliko bo ostalo denarja. Smatra, da je članarina previsoka.

Dr. Peršič opozarja, da je za preteklo leto plačalo le 18 članov članarino, kar je vsekakor premalo. Če bi vsi člani redno plačevali, bi mogli dolg plačati iz rednega proračuna.

Dr. Finkova: Članarina naj se zviša za 10 din, dokler dolg ni plačan.

Dr. Peršič dvomi, da bi ta povečanje zadostovalo, če ni mogoče doseči, da bi plačevalo več članov. Sicer pa opozarja, da bi moglo društvo pri sedanji članarini dolg plačati, če bi člani redno plačevali prispevke.

Predsednik predlaga, da blagajnik ponovno skuša dobiti vplačilo članarine od čim več članov.

Dr. Brecejl: Novi odbor naj se obrne na mestno občino, da bi nam prepustila kredit, ki je bil že določen za kongres Slov. zdrav. društva.

Ker se k debati o poročilu odbora nihče več ne oglasi, poda šef-primarij v imenu revizorjev poročilo revizorjev ter ugotovi, da so društvene knjige v redu. Predlaga absolutorij staremu odboru, kar je bilo soglasno sprejeto.

II.

V imenu odbora predlaga dr. Bajc listo s predsednikom dr. Ješetom in s po enim zastopnikom vsakega operativnega oddelka, kot je bilo to domenjeno na sestanku, ki ga je odbor sklical v ta namen. Ker praznuje okulistični oddelek letos 50letnico obstoja, smatra odbor, da naj bi bila izvolitev predstojnika tega oddelka skromna počastitev jubileja naših okulistov.

Soglasno je bil izvoljen tale odbor:

Lista: predsednik dr. Ješe Leopold.

Podpredsednika: dr. Černič Mirko, dr. Vrtnjak Ivan; tajnik: dr. Bajc Oton; blagajnik: dr. Peršič Ivan; odborniki: dr. Pogačnik Josip, dr. Schweiger Drago, dr. Lavrič Vito, dr. Novak Franc. V odbor pride še zastopnik klinike, ki ga klinika sama določi.

Lista soglasno sprejeta.

Predsedniško mesto prevzame šef-primarij dr. Ješe in preide takoj na tretjo točko dnevnega reda:

Slučajnosti.

Tajnik opozori, da more občni zbor sklepati o eventualni spremembi pravil in imenu društva, ker je možnost spremembe pravil javljena policiji.

Doc. Cholewa poroča, da je prejšnji odbor hotel zadevo glede nadaljnjih odnosov društva urediti ter se je obrnil na prof. dr. Budisavljevića za sporočilo, kako da si hrvatski kolegi zamišljajo nadaljnje sodelovanje, ko so izstopili iz našega društva in ustanovili svoje. Prebere pismo, ki ga je danes dobil. Iz pisma je razvidno, da se zadeva še ni premaknila z mrtve točke. Zato smatra, da je najbolje počakati s spremembami, dokler se položaj naše banovine ne razčisti.

PRI VSEH STREPTOKOKNIH OBOLENJIH

Prontosil

kemoterapevtikum, ki je indiciren pri

pielitidah in cistitidah,
erizipelu, angini,
sepsi post abortum in partum
ter pri infektnih
artritidah in meningitidi.

Profilaktično pred porodom in operacijami.

Dobro se prenaša oralno kakor tudi intra-
muskularno.

ORIGINALNI ZAVITKI:

Prontosil tablete (rubrum): cevke z 10 in 20 tabletami.

Prontosil solubile: škatle s 5 in 25 ampulami po 5 ccm.



»Bayer«
LEVERKUSEN a/Rh.

Zastopstvo za Jugoslavijo:

„JUGEFA“ K. D.
Zagreb

Preradovičeva ul. 16

Lacarnol

Pri vseh težavah srca in krvnih žil, ki temeljijo na nezadostnem pretakanju krvi v srcu.

Specifikum pri angini pektoris, angini zaradi nikotina in koronarni sklerozi.

Dobro se je obnesel tudi pri motnjah v dovodu dražljajev in pri muskularni slabosti srca. Lacarnol se z uspehom uporablja še za jačanje od starosti oslabljenega srca.

Z neposredno injekcijo Lacarnola v boleča mesta se pri nevralgijah in revmatičnih mialgijah hitro odpravijo težave.

ORIGINALNI ZAVITKI:

škatla s 5 ampulami po 1 ccm,
steklenica z 20 ccm (kapljice).



»Bayer«
LEVERKUSEN a/Rh.

Zastopstvo za Jugoslavijo:
„JUGEFA“ K. D.
Zagreb
Preradovičeva ul. 16

Dr. Švajger misli, da ne kaže izstopiti iz skupnega društva in cepiti sile ob času, ko bi bila čim večja skupnost najbolj potrebna.

Dr. Breclj vprašuje, kakšni bi bili odnosi do ostalih društev, če bi ustanovili posebno društvo. Ker zaenkrat ni nujno in tudi po mnenju večine navzočih tudi ne koristno sklepati o izstopu in ustanovitvi novega društva, da predsednik predlog docenta Cholewe, da naj se zaenkrat počaka, na glasovanje. Soglasno sprejeto.

Dr. Bajc prosi šefe oddelkov, da naj vplivajo na mlajše kolege, da pripravijo čim več predavanj in demonstracij. Prosi pa tudi, da naj se predavanja prijavljajo vsaj nekaj tednov pred terminom, da ne bo prihodnji odbornik, ki bo imel skrb za predavanja, v stiski.

Dr. Peršič: Stiki s provinco naj se poživijo. Predlaga, da bi društvo prirejalo znanstvene sestanke tudi na drugih sedežih bolnic. Pa tudi zunanji kolegi naj bi večkrat predavali v Ljubljani.

Dr. Černič: V Mariboru imajo v bolnici vsak tretji petek v mesecu predavanja, ki so obvezna za vse zdravnike bolnice. Misli pa, da bi bilo težko priti s takim predavanjem v Ljubljano, ker bi bile finančne žrtve prevelike. Seveda ne izključuje, da bi se kdaj vendar našel posameznik, ki bi hotel toliko žrtvovati. Sekcija naj se z dopisom obrne na šefe zunanjih kirurških oddelkov in na mariborsko Zdravniško društvo.

Ker ni nadaljnjih predlogov k slučajnostim, zaključi predsednik občni zbor ob 19.30.

Strokovni sestanek Jug. kir. društva, sekcija Ljubljana

dne 12. nov. 1940. v predavalnici Drž. bolnice za ženske bolezni v Ljubljani.

Predsednik: dr. L. Ješe.

Zapisnikar: dr. F. Novak.

Dr. Robert Blumauer: Subkardialni ulkus v kirurgiji.

Kot subkardialne označujemo one ulkuse, ki ležijo v zgornji tretjini želodca in katerih lego ugotovimo ob priliki operacije. Rentgenološka lokalizacija je radi navadno večjega infiltrativnega območja ulkusa visoko pod kardijo, netočna.

Subkardialne ulkuse, ki se pojavljajo včasih pri volvulusu želodca ali pri diafragmatičnih hernijah lahko izločimo iz sestava kirurgije, ker navadno spontano ozdravijo, čim odstranimo patološko lego želodca.

Subkardialni ulkusi nastopajo v 6% vseh želodčnih čirov. Simptomatologija subkardialnega ulkusa: diferencialno diagnostično z ostalimi želodčnimi ulkusi ne nudi veliko razlik. Izžarevajoče bolečine v medlopatični prostor, pod sternum, k srcu in v levo zgornjo okončino (nevarnost zamenjave z angino pectoris), zmerna hiperaciditeta (25%), v ostalem sub- in normaciditeta.

Diagnostično služi relativno najboljše rentgen. Rentgenološko tehnične in diferencialdiagnostične težkoče pri tem tvorijo: lega subkardialnega ulkusa na zadnji strani želodca, senca jeter in hrbtenice, že normalno neenakomerno, široko in globoko nagubanje sluznice v tem predelu, pogosto pojavljanje divertiklov na istem mestu in diferencialna diagnoza divertikla in recessusa pod kardijo. Važna je gastrokopija.

Zdravljenje subkardialnega ulkusa naj bo v prvi vrsti konservativno in to vsaj z dvakratno kuro, ker po dosedaj najverjetnejših statistikah izkazuje tako zdravljenje do 32% dobrih in poznih uspehov. Koder konservativno ne pridemo do cilja, tedaj šele indiciramo kirurško zdravljenje.

Pri operativnem zdravljenju razlikujemo radikalno resekcijo (z odstranitvijo ulkusa) ter paliativno resekcijo (s preostalim ulkusom). Med obema

so nekaj časa vršili tkzv. relativno radikalno operacijo z ekscizijo ali vsaj paklenizacijo ulkusa. Ta zadnja metoda, ki ni upoštevala ulkusove bolezni kot organskega obolenja, je bila radi neizbežnih slabih rezultatov kmalu opuščena.

Iz dobe nepoznavanja želodčne fiziologije izvira: prečna resekcija želodca, vzdolžna izločitev male ukrvutature ter kombinacija obeh po Schmie denu (vzdolžna izločitev male ukrvutature in stopnjičasta resekcija želodčne sredine). Radi neupoštevanja želodčne fiziologije so bili uspehi slabi.

V dobi prvih izsledkov v želodčni fiziologiji je nastala subtotalna resekcija želodca, ki si je stavila za nalogo omejitev produkcije solne kisline in preprečenje recidivov.

Sedaj je šele sledila doba spoznanja funkcionalne važnosti velike ukrvutature za želodčno fiziologijo in nevarnosti male ukrvutature za maligno degeneracijo. Tedaj je stara šola izdelala poševno resekcijo želodca (resekcija male ukrvutature skoro do kardije ter želodca poševno, tako, da ostane ohranjen velik del fundusa in corpora). V težnji za čim izdatnejšo ohranitvijo velike ukrvutature je bila izdelana nato stopnjičasta ali cevasta resekcija, analogno kot je storil to že Kocher v l. 1900. pri karcinomu. To metodo je potem še Kirschner izpopolnil, ko ji je priključil še izdatno odstranitev pilorusa in antruma.

Danes veljajo kot najobičajnejše radikalne metode za visoko ležeče ulkuse subtotalna ali poševna resekcija na eni ter cevasta resekcija na drugi strani. Mortaliteta je relativno visoka, do 16% pri najugodnejših, objektivnih in subjektivnih pogojih.

Zato je treba misliti pri oslabeledih bolnikih, ki bi radikalne resekcije ne prenesli, na nekatere paliativne metode in sicer: jejunostomijo kot pripravljalno za sosledno radikalno operacijo, katero nadomešča s popolnim uspehom v zadnjem času jejunalna sonda. Isto velja za gastronomijo. Gastroenterostomija pri subkardialnem ulkusu nikakor ni dobra (do 70% neuspehov). V l. 1923. sta izdelala Kelling in Madlener metodo, s katero sta napravila pri visoko ležečih ulkusih pilorektomijo in odstranila polovico želodca. S tem sta podala smernice za paliativno resekcijo želodca.

Primerjanje rezultatov radikalno in paliativno reseciranih subkardialnih ulkusov izkazuje sledeče presenetljive ugotovitke:

	mortaliteta:	brez težav:	s težavami:
Radikalno resecirani	11,40%	87%	13%
Paliativno resecirani	1,70%	89,5%	10,5%

Statistika paliativno reseciranih primerov obsega v zgoraj navedenem pregledu 120 primerov, opazovanih skozi pet let. Ako bo v bodočnosti še večje število primerov in za daljše dobe izkazovalo pri paliativni resekciji vsaj približno tako ugodne rezultate, bo potrebno našo dosedanjo operativno indikacijo pri subkardialnem ulkusu bistveno korigirati v korist paliativne resekcijske metode.

Kot protiindikacija se neopravičeno navajajo sledeči pomisleki napram paliativni resekciji visoko ležečih ulkusov: nevarnost perforacije in krvavitve, ki že par tednov po operaciji ni več aktualna, ker se v tem času ulcus že skoraj zaceli; nevarnost maligne alteracije, ki po dosedanjih opazovanjih nikakor ni večja kot pri ostalih želodčnih ulkusih, nevarnost brazgotinskega zoženja subkardialnega območja, ki do sedaj pri nobenem operiranih primerov ni povzročala kliničnih simptomov.

Ulkus na kardiji.

Poleg ekscizije kardialnega ulkusa, ki jo ponekod še izvajajo, je treba predvsem navesti totalno ekstirpacijo želodca. Njena mortaliteta znaša do 60%.

— Transpleuralna resekcija kardije je bila uspešno izvršena do sedaj le dvakrat. — Haberer je izdelal za kardialni ulkus metodo analogno cevasti resekciji, ki sega v esofagus. Dosedanji rezultati te metode so razmeroma zelo ugodni, vendar pa še premalo številni, da bi mogli delati iz njih pozitivne sklepe.

Radi za bolnika skrajno nevarne radikalne operacije pri kardialnem ulkusu moramo danes, kjer niso dana prav vsa subjektivna in objektivna varnostna in tehnična zagotovila, izvršiti le paliativno resekcijo, če tudi z rizikom brazgotinskega zoženja na kardiji, ki je v teh primerih relativno velik.

Zaključek:

Quoad sanationem najsigurnejša operativna metoda pri subkardialnem ulkusu je brezdvomno radikalna resekcija po Kocher-Kirschner-ju. — Pri tehnično težko dostopnih subkardialnih ali kardialnih ulkusi ter pri tehnično nezadostni izvežbanosti in pomanjkljivosti operativnega aparata in oslabilih bolnikih pa je edinole priporočljiva paliativna resekcija po Kelling-Madlener-ju, ki je le v primeru suma maligne degeneracije kontraindicirana. — Ako je bolnik tako slab, da tudi paliativne resekcije ne bi več preстал, poizkušamo z jejunalno sondo, če bi ta zadevala na nepremagljive tehnične ovire, napravimo kot pripravljalo operacijo jejunostomijo. — Gastrostomija bi prišla v poštev le v primerih, kjer je istočasno s subkardialnim ali kardialnim ulkusom in pri močno oslabilih bolnikih tudi stenoza pilorusa.

Dr. Bogdan Breclj: Luksacija kolka v poteku akutnega koksitisa.

Kakor znano, potekajo akutna vnetja sklepov prav različno; klinični znaki, po katerih presojamo resnost takega vnetja, so veren odsev patološko anatomskih sprememb, ki se vrše v sklepu samem in ki jim pravimo: 1. Synovitis seroza oz. serofibrinosa, 2. Synovitis purulenta, 3. Phlegmona capsulae — Empyema (Payr) in končno 4. Panarthrititis.

Izmed številnih komplikacij, ki jih srečujemo v poteku navedenih oblik akutnega vnetja sklepa, ni najredkejša patološka luksacija sklepa. Ta večinoma ne nastane radi traume, nasprotno, zunanji vplivi so pogosto tako neznatni, da jih ne moremo imenovati trauma in govorimo v takih primerih o spontani luksaciji. V rabi je še danes stara Volkmanova razdelitev patoloških luksacij v

1. deformacijske luksacije (pri tabesu in drugih neuropatijah),
2. destruktivske luksacije (radi razkroja koščeni delov sklepa pri gnojnih vnetjih),
3. distenzijske luksacije (radi zrahljanja vezi in razpotegnjenja ovojnice pri kroničnih eksudatih,
4. distrakcijske luksacije (radi abnormnega mišičnega tega pri paraličnih oziroma spastičnih kontrakturah).

Patološke luksacije opazamo najčešče na kolku. Tudi v našem primeru je bil prizadet levi kolk in to pri 10letnem bolniku, ki je akutno zbolel 14. VIII. t. l. in bil pripeljan v bolnico s flegmono v levi glutealni regiji. — Radi znakov meningitisa je moral biti premeščen na infekcijski oddelek, kjer je bila 23. VIII. napravljena incizija glutealnega abscesa. Rentgen je nato podal izpah levega kolka z destrukcijo acetabula. Na prvi pogled je bilo jasno, da je bila spontana, patološka luksacija, ki je nastala radi destrukcije acetabula (destruktivska luksacija). Čim so se porazgubili znaki seroznega meningitisa, je bil bolnik premeščen na ortopedski odsek. Odločili smo se za poskus repozicije in jo tvegali kljub močni sekreciji iz rane ter febrilnosti bolnika. Repozicija je uspela v treh tednih s polagoma naraščajočo obtežitvijo ekstremitete v ekstenziji ter z neznatnimi pregibi v sklepu — brez vsakega repozicijskega manevra (kontrolni rentgenogram). Sekrecija iz rane je nehala, vročina je padla, bolnik je četrty teden v mavčevih hlačah zapustil bolnico.

Drobiž

Za zboljšanje zdravstvenih razmer v naši državi. Posvetovanje načelnikov sanitetnih oddelkov banskih uprav in ravnateljev Higienskih zavodov v Budvi je bilo končano. Sprejeta je bila resolucija, ki med drugim zahteva, naj se prizna pomoznemu zdravstvenemu osebju terenska doklada, kadar opravlja težavno službo, zlasti med epidemijami. Usposobi naj se mnogo strokovnih moči za zatiranje nalezljivih bolezni. Zdravniki zdravstvenih ustanov naj se izmenjajo. Z medsebojnim obveščanjem naj se povzdigne sanitetna služba. Poviša naj se proračunska postavka za sanitetne izdatke ter poenostavi računsko administrativno delo. Udeleženci posvetovanja so se sporazumeli glede ustanovitve Nabavljalnih združenj uslužbencev higienskih ustanov. Dalje se v resoluciji zahteva, naj se ustanove kuhinje za šolsko deco pri vseh higienskih ustanovah in da naj proračuni vseh zdravstvenih ustanov sestavljajo sporazumno z oddelki banskih uprav in naj se nabave vrše po možnosti skupno za vse banovine.

Osem milijonov dinarjev za hranarino članov je izdal Okrožni urad za zavarovanje delavcev v Zagrebu v prvih sedmih mesecih letošnjega leta, medtem ko je celo preteklo leto znašala hranarina 11 milijonov dinarjev. V istem času je Okrožni urad izdal za zdravila svojim članom štiri milijone in pol dinarjev.

Dnevi zdravja in snage bodo prirejeni po hrvatskih vaseh. V vsakem krajevnem poverjeništvu Gospodarske sloge bosta izvoljena po en zdravstveni poverjenik in poverjenka. Krajevni zdravstveni poverjeniki in poverjenice bodo tvorili občinski zdravstveni odbor in izvolili okrajnega zdravstvenega poverjenika in poverjenko. Dolžnost okrajnih poverjenikov bo prirediti prigradne sestanke, razpravljati o zdravstvenih vprašanjih, predlagati nujno potrebne ukrepe, sklicevati sestanke strokovnjakov za zdravstvena vprašanja ter prirediti zdravstvena predavanja. Poverjenke se bodo morale posebno brigati za otroke. Vsi poverjeniki morajo prirediti dneve zdravja in snage in morajo ob takih

dneh pregledovati posamezne hiše, v katerih naj se uvaja snaga, zračni naj se posteljina in podobno. Bolniki, potrebni zdravljenja v bolnišnici, morajo biti najprej prijavljeni občinskemu zdravstvenemu odboru, ki jim bo poiskal prostor v bolnišnici.

Zaščita Beograda, Zagreba in Ljubljane pred letalskimi napadi. V Zagrebu je bilo posvetovanje šol za civilno zaščito prebivalcev Zagreba, Beograda in Ljubljane. Zastopniki in vodje teh šol so obravnavali vprašanja v zvezi s preizkušanjem zaščitnih sredstev in nastopa vseh potrebnih zaščitnih odredov v pomoč civilnemu prebivalstvu za primer letalskega napada. To so važna vprašanja, o katerih je treba storiti dokončne sklepe po vajah v civilni zaščiti, ki so pokazale v vseh treh mestih različne nedostatke in napake. Storjeni bodo sklepi, kako je treba povsem disciplinirati prebivalce vseh treh mest, kajti brez stroge discipline ne bodo več mogoče uspešne vaje, ki jih imajo šole za civilno zaščito še v načrtu.

Hrvatska banovina bo gradila novo zdravilišče za jetične in je zato sklicala sejo, na kateri so bili tudi zastopniki zagrebške občine in specialisti za zdravljenje jetike. Banovina je nameravala postaviti novo zdravilišče na Zagrebški gori, toda občina, ki ima tam svoja zemljišča, je rekla, da bi bilo bolje postaviti zdravilišče na bližnjem Stopljaku, kjer je več miru in manj hrupa. Zdravniki pa so spet mnenja, da bolnikov ni treba popolnoma odrezati od ostalega sveta in zato se zavzemajo za Zagrebško goro. Končno besedo bo morala izreči banovina, ki se bo oprla na mnenje izvedencev. Denar za sanatorij je pripravljen.

Ameriška kri za angleške ranjence. Ameriški Rdeči križ javlja, da je organiziral akcijo za oddajo krvi angleškim ranjencem. Na podlagi dosedanjih rezultatov akcije, bo mogoče oddati na teden 300 litrov krvi, ki jo bodo s posebnimi letali vozili v Anglijo.

Otroška mortaliteta je padla v Italiji od 129,4 na 1000 živorojenih v letu 1923. na 106,2 v letu 1938.

Iz uredništva in uprave

Vse avtorje, ki so nam poslali prispevke, vljudno prosimo, da počakajo na objavo do prihodnjega leta, ker bo decembrska številka vsebovala izključno članke iz okulistike kot slavnostna številka ob priliki 50letnice očesnega oddelka ljubljanske splošne bolnice.

Celotni nakladi smo priložili čekovne položnice. Ker se je znatno podražil tisk in papir, gg. kolege vljudno prosimo, da nam plačajo zaostalo naročnino.

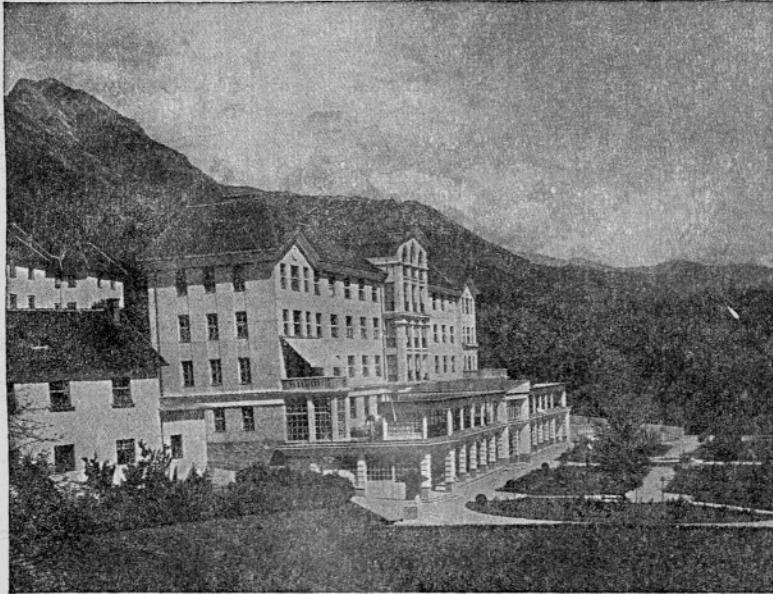


Fr. P. Zajec, izprašan optik
Ljubljana - Stritarjeva ulica štev. 6
 (P R I F R A N Č I Š K A N S K E M M O S T U)

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

Samo kvalitetna optika!
Strokovna izvršitev!

Zdravilišče GOLNIK za bolne
 na pljučih



Sprejema odrasle
 bolnike (moške in
 ženske) s tuber-
 kulozo pljuč in gripa
 v še ozdravljivem
 stadiju.

3

OSKRBNI RAZREDI

Vsi moderni diag-
 nostični pripomočki
 na razpolago.
 Higienično-diete-
 tično zdravljenje,
 tuberkulin, avro-
 terapija, pneumo-
 thorax artificialis
 in vse operativne
 metode.

Vse informacije
daje uprava zdra-
vilišča GOLNIK

Pošta — telefon — brzojav: Golnik. — Železniška postaja za brzovlake Kranj,
 za osebne vlake Krize - Golnik na progi Kranj — Tržič. — Avto pri vseh vlakih

OPOZORILO!

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

odobrilo proizvodnjo in paketiranje

„ENERGIN-a“

železnega kina preparata,
 v steklenicah po 250 gr za ‚bolniške blagajne‘

Rp. „Energina“
 lag. orig. à 250 gr.

ZA PROFILAKSO IN TERAPIJO

hripe

INFLUENCE IN PREHLADA

GRIPOCHIN „KAŠTEL“

(Kinin, oksietilparaacetanilid in fenilmalonilkarbamid)

TABLETE

Orig. fiole z 10 praški v škrobni kapsuli

Za profilakso: vsak večer 1 komad
Za terapijo: dnevno 2–3 komade

STREPTAZOL-

(Kinin in streptazol)

Orig. stekleničice z 20 dražeji

Orig. fiole z 20 tabletami

KININ „KAŠTEL“

DRAŽEJI

TABLETE ZA OTROKE

Za profilakso: dnevno 1–2 komada
Za terapijo: dnevno 3 komade po jedi
Za otroke starosti primerno

TETRACOR-

(Kinin in pentametilentetrazol)

Orig. stekleničice z 20 dražeji.

Orig. škatle s 5 ampulami po 1,1 ccm

KININ „KAŠTEL“

DRAŽEJI, INJEKCIJE

3 krat dnevno po 1 draže
2–4 krat po 1 ccm intramuskularno

 **Kaštel d.d.**

Zagreb