

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

Kemika d. d. Zagreb, za kemično in farmacevtsko industrijo

priporoča za zdravljenje in profilakso

Tuberkuloze

Novocolsyrup.

Vsebuje gvajakol v obliki sirupa prijetnega okusa. Izvanredno deluje, ne vpliva slabo na prebavne organe ter se lahko in rado uživa. Orig. stekl. po 120 ali 330 gr.

Novocolcalcium.

Vsebuje gvajakol, kalcij in fosfor v obliki tablet in se odlikuje po zanesljivem in vsestranskem učinku. Orig. fiole z 20 tabletami.

Syrup. kreosoti lact. comp.

Vsebuje najbolj čisti Kreosot v delujoči obliki in učinkuje zanesljivo in energično in je brez postranskih učinkov. Orig. steklenice po 250 ccm.

Oleosan cum Kreosoto.

Znana in vsestransko preizkušena kombinacija ribjega olja s kreosotom. Odličen therapeuticum za otroke in odrasle. Za parenteralno zdravljenje tuberkuloze in splošne telesne slabosti.

Cinnosterin Ultraviol.

Vsebuje Benzyl. cinnamon, Cholesterin in Camphora v olju, obsevan z ultravijoličastimi žarki. Orig. škatle po 10 amp.; daje se 1—2 amp. dnevno intramuskularno.

Naši preparati so v vsakem oziru enakovredni z najboljšimi tujimi izdelki in prosimo gg. zdravnike, da bi zapisovali čim več domačih izdelkov „Kemika“.

Novi naslov uredništva in administracije:

Dr. R. Neubauer - Golnik.

Vsebina:

Dr. R. Neubauer: In memoriam Robert Koch	29
Dr. Ljudevit Merčun: Moderno zdravljenje sladkorne bolezni (Konec)	31
Dr. V. Meršol: Febris biliosa haemoglobinurica	38
Dr. Franjo Radšel: Tuberculosis epiglottidis (Konec)	42
Društvene vesti	47
Vprašanja in odgovori	52
Dnevne beležke	52
Iz književnosti	54
Iz uredništva	56

DESINFEKCIJSKA SREDSTVA:



SANITOL (Liquor cresoli saponatus)
SANOFORM (Liquor formaldehydi saponatus)
SANEOLIN (Acidum carbolico crud. sap.)
KARBOLNE KISELINE
FORMALIN
MAZAVO MILO itd.

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

Fizikalno zdravilišče in kopališče OUZD v Ljubljani

Miklošičeva c. 20

splošno dostopno.

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

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

Fototerapija: Višinsko solnce, Bach, Jessionek, Sollux

Mehanoterapija: Zander aparati in ročna masaža.

Zdravilišče je pod vodstvom zdravnika.

Sprejemanje pacientov: privatniki od 8. do 10., člani od 10. do 12.

Ob pondeljkih zaprto.

Čistilno kopališče: kadne in parne kopeli, prhe.

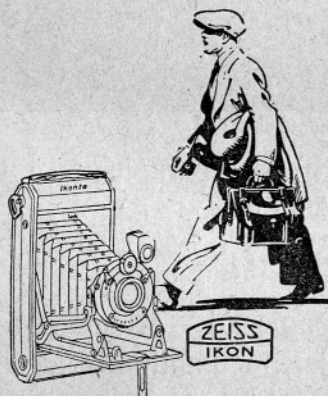
Dietni predpisi

so učinkoviti le tedaj,
če se izpolnjujejo!

Vsak pacient nima toliko energije, da bi se mogel ravnati po prepovedi, ki je zanj neprijetna. Če pa se pri prepovedi kofeina odredi kofeina prosta in popolnoma neškodljiva kava Hag, tedaj se bo bolnik rad ravnal po predpisih in bo kar srečen radi stalno enakomerne dobre zrnate kave. Kava Hag je svetovno znana in si je pridobila svoj sloves radi svoje odlične kakovosti.

Poizkušnje in literatura brezplačno. Za zdravniško rabo izjemna cena.

KAVA HAG d. d., Tomašičeva ulica broj 4 - Zagreb.



Predno potujete

ne pozabite stopite k Gregoriču,
Prešernova ul. 5, da si tam na-
bavite za potovanje prepotrebno
foto-kamero.

Drogerija Gregorič, Ljubljana
Prešernova ulica 5.

Tonovin - Kaštel

Odlični tonikum in nervinum za okrepitev telesa in osvežitev duha. Oboleli in slabotni organizem se hitro popravlja, apetit se povrne in telesna teža raste.

Orig. steklenice po 100 gr.

Doziranje: 3 krat dnevno po 1 malo žlico.

Vzorci in literaturo pošilja na zahtevo brezplačno
Tvornica kemijsko-farmaceutskih proizvodov

„Kaštel“ d. d., Zagreb 3, kolodvor Sava

Alin - Kaštel

(bazični aluminijev acetyl-ester salic. kisline)
Novi antirevmatikum, analgeticum in antipyreticum.

Alin je popolnoma brez okusa in salicilna kislina se osvobodi šele polagoma v črevesih, vsled česar ni nikakih neugodnih pojavov kakor pri običajnih preparatih salicilne kisline. Indikacije: Vsa akutna in kron. revmatična obolenja, pleuritis, protin, ischias, razni prehladi itd.

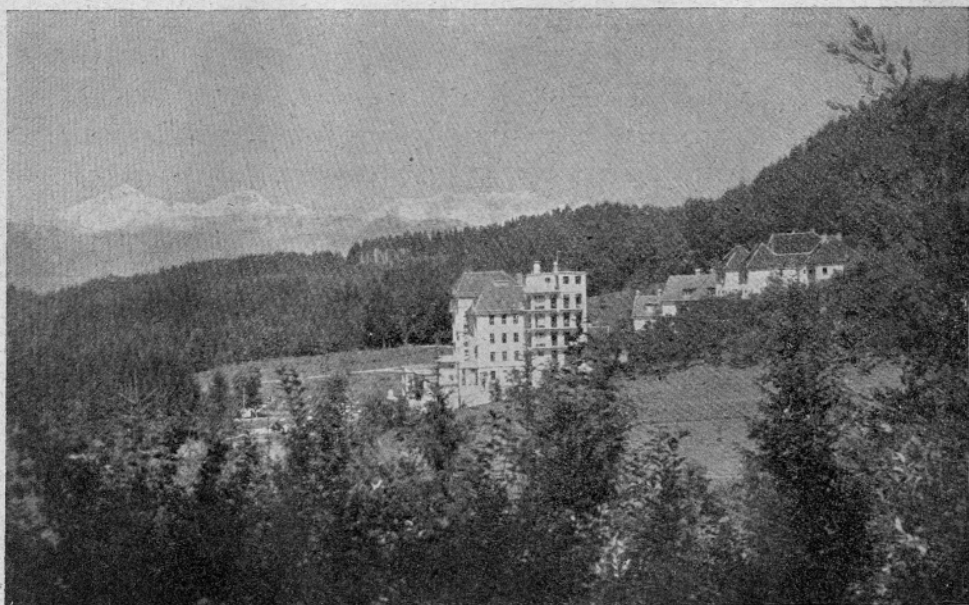
Orig. škatljice po 10 in 100 tablet à 0.50 gr.

Za otroke: škatljica z 10 tabletami po 0.4 (s čokolado prevlečene).

Doziranje: pro dosi 1-2 tabl. pro die 3-10 tabl.

Zdravilišče Golnik

za bolne na pljučih.



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

3 oskrbni razredi.

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

Vse informacije daje uprava zdravilišča Golnik.

Pošta - telefon - brzojav: Golnik.

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

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA
V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO IN ADMINISTRACIJA: DR. R. NEUBAUER — GOLNIK

Štev. 3.

30. maja 1932.

Leto IV.

In memoriam Robert Koch.

Ob petdesetletnici odkritja bacila tuberkuloze.

Dr. R. Neubauer.

Dne 24. marca t. l. je poteklo 50 let, odkar je bilo svetu sporočeno eno največjih odkritij sodobne, na epohalnih odkritjih tako izredno bogate medicinske vede.

V redki slogi so se spomnili vsi narodi sveta tega jubileja, saj je bil z odkritjem Roberta Kocha* položen temelj za pobijanje ljudske kuge, katere ime še današnji rod izgovarja s komaj prikritim strahom.

Da razumemo ogromni pomen R. Kochovega odkritja za njegovo dobo, si je treba poklicati v spomin, v kakem položaju se je nahajala medicinska znanost napram tuberkulozi, ki je takrat zahtevala še mnogo več žrtev kot danes. Morda bi se dal ta položaj v marsičem še najbolje primerjati s stanjem znanja naše dobe o raku in drugih zlih novotvorbah.

Anatomi in patologi so dognali do vseh podrobnosti morfologijo in histologijo tuberkuloznih organov; Laennec pa je začetkom 19. veka z ženijalnim pogledom prvi spoznal enotnost tuberkuloznega dogajanja, nauk, ki ga je ravno ob Kochovem času vroče pobijal Virchow. Medicina je stoletja slutila, trdila in zopet zanikala, da je tuberkuloza nalezljiva bolezen (Galen-Fracostaro — florentinski in benečanski zdravniki 17. stoletja i. dr.). Poleg tega pa so dolžili najrazličnejše činitelje: hrano, podnebje, prehlad, dednost, kratko, vladala je največja nejasnost glede nastanka tuberkuloze, spor o nalezljivosti te bolezni je končal šele Villemin, ki je na neizpodbiten način doprinesel dokaze o prenosnosti tuberkuloze od bolnega na zdravega in to v času, ko povzročitelj še ni bil poznan, dasiravno ni manjkalo poročil o najdbi dozdevnega tuberkuloznega virus-a.

To bi bila — v bežnih obrisih — atmosfera, v kateri se pojavlja R. Koch. Njegovo ime znanstveno interesiranim zdravnikom ni bilo neznano. On je bil, ki je l. 1876 — takrat še okrajni zdravnik v malem podeželskem mestecu Pomeranske — presenetil zdravniški svet z odkritjem in do vseh podrobnosti natančnim opisom bacila vrančnega prisada.

Komaj gotov s tem delom, ki mu je prineslo poziv v Berlin in s tem dalo sredstva, da se je mogel popolnoma posvetiti znanstvenim nalogam, se je vrgel z vso energijo na študij tuberkuloze. Odkritje bacila tuberkuloze je tipičen primer, kako doseže ženijalna intuicija,

* R. Koch rojen 11. 12. 1843, umrl 27. 5. 1910.

združena s srečnim slučajem in neutrudljivo marljivostjo, svoj smoter.

„Slučajno“ je našel R. Koch v nekih preparatih — bavil se je z raznimi metodami barvanja mikroskopskih preparatov od tuberkuloznih organov — palčice, ki so v nasprotju z drugimi obdržale svojo modro barvo. Bacil tuberkuloze je bil odkrit. Kdo si predstavlja up in dvome, ki so napolnile dušo učenjaka. Toda Koch ni šel in objavil v „začasnem poročilu“ svojega odkritja, ni se zadovoljil s tem, da je v vseh organih, ki jih je mikroskopsko spoznal za tuberkulozne, našel palčice z vedno istimi lastnostmi napram barvilu. Iskal je dokaze in jih našel. Iz slučajnega odkritja je postalo znanstveno dejstvo.

Metodika, ki jo je Koch pri teh raziskavanjih vporabljal, velja po vsej pravici kot klasična in tvori osnovo moderni bakterijološki vedi, kar bi že samo na sebi zadostovalo, da se proslavi njegovo ime.

Najbolje bo, da sledimo izvajanjem Kocha samega, ki z lapidarnostjo sloga, z logičnim razvojem misli in s skromnostjo izražanja napravi na vsakega najgloblji vtis. Citiram v glavnih potezah poročilo R. Kocha, ki je bilo objavljeno pod naslovom „Etiologija tuberkuloze“ v Berliner klinische Wochenschrift z dne 10. 4. 1882.

„Pri svojih raziskavanjih o tuberkulozi sem se v začetku posluževal znanih metod, ne da bi mogel dobiti na ta način pojasnila o bistvu bolezni. Nekatera slučajna opazovanja pa so me dovedla do tega, da sem zapustil te metode in hodil po drugih potih, po katerih sem končno tudi dosegel pozitivne uspehe.

Cilj preiskave je moral biti usmerjen v prvi vrsti na dokaz katehrihkolih parasitskih, telesu tujih tvorb, ki bi se morda dale razlagati kot vzrok bolezni. Ta dokaz se je tudi dejansko posrečil po gotovem načinu barvanja, s pomočjo katerega sem našel v vseh tuberkulozno spremenjenih organih značilne, do sedaj neznanе bakterije. Bakterije, ki so na ta način postale vidne, kažejo v marsičem posebne lastnosti. So paličaste oblike in pripadajo torej skupini bacilov.“ (Sledi natančen opis, v katerem se omenja njihova sličnost z bacili lepre).

„Na vseh mestih, kjer tuberkulozni proces sveže nastaja in se naglo širi, se najdejo bacili v velikih množinah... Ko pa je erupcija tuberkulov prekoračila višek, postanejo bacili bolj redki...“

Po mojih številnih opazovanjih mislim, da je dokazano, da se najdejo pri vseh tuberkuloznih afekcijah človeka in živali konstantno bakterije, ki sem jih imenoval bacile tuberkuloze in ki se po značilnih lastnostih ločijo od vseh drugih mikroorganizmov...“

Za dokaz, da je tuberkuloza parasitarna bolezen, povzročena po naselitvi bacila in odvisna v prvi vrsti od njih rasti in množitve, sem moral bacile ločiti od telesa, jih v čistih kulturah gojiti tako dolgo, da so bili očiščeni vsakega iz živalskega organizma izviraajočega bolezenskega produkta, ki so ga morda še vsebovali ter končno povzročili s prenosom izoliranih bacilov na zdrave živali isto bolezensko sliko tuberkuloze, ki po naših skušnjah nastane po vcepitvi naravno nastalih tuberkuloznih snovi...“

Isto poročilo nam pa nudi še mnogo več: tako na pr. spoznanje, da je najvažnejši način infekcije aerogen, da so tuberkel-bacili izredno odporni napram raznim zunanjim vplivom, ogromen dijagnostičen pomen preiskave sputuma in drugih bolnikovih odpadkov,

možnost infekcije človeka po okuženi živali, mleku bolnih krav itd. Kratko v teh štirih straneh — Kochovo predavanje je trajalo baje komaj pol ure — najdemo ogromno bogastvo misli, ki ga ne odtehta ravnolotiko tucatov debelih knjig, ki so jih pisali drugi, razpletajoč Kochove ideje na široko.

Kajti ta skromni mož, ki je nastopil dne 24. marca leta 1882 v Berlinskem fizijološkem društvu, boječ se Virchowega nasprotstva v medicinski družbi, ki bi bila sicer bolj kompetentna za obravnavanje tega vprašanja, je kakor redkokateri jasno uvidel cel pomen svojega odkritja. Z neumornim delom je ustvarjal ne samo temelj temveč skoraj celo stavbo ftizeologije. Že v svojem prvem predavanju omenja pomen, ki ga kljub odkritju bacila še vedno obdržita dispozicija in konstitucija bolnika, stališče, ki so ga pozneje zanemarljali njegovi učenci v prevelikem navdušenju, ki je bil lastno dobi čiste bakterijologije.

Znan je Kochov „osnovni poskus“, s katerim ustvarja razumevanje za še danes ne popolnoma pojasnjene zakone imunitete pri tuberkulozi in v bistvu že spozna „alergijo“ 30 let pred Pirquetom.

Plod nadaljnjega njegovega dela je odkritje tuberkulina, ki mu je po začetnem velikanskem navdušenju zdravnikov in bolnikov prineslo pozneje mnogo razočaranja. Pa tudi avroterapija vidi v njem svojega očeta, ker je ravno on v številnih eksperimentih dokazal baktericidno moč zlata.

Kot higijenika ga vidimo pri delu za pobijanje tuberkuloze na socialnem in epidemijološkem polju z idejami, ki se nam zdijo še danes docela moderne.

Poleg tega pa se bavi s tifusom, potuje dvakrat v tropične kraje Afrike in Azije radi študija malarije, kolere, lepre in drugih tropskih bolezni. Do zadnjega pa ostane najbolj zvest študiju tuberkuloze.

Nihče ne bo verjel, da bi se bil Koch s svojim odkritjem uveljavil takoj in brez odpora. Pregloboko so bili vkoreninjeni predsodki in tudi za R. Kocha so veljali zakoni narave, ki zahtevajo borbo, da se v njej izkaže življenska sposobnost nove resnice. Edinstveno pa je ravno pri Kochovem delu, da je znal že pri svojem prvem nastopu kristalno čisto izluščiti resnico, da se je osvobodil vsakega škodljivega častihlepja in se držal brez pretiravanja zgolj jasno dokazanih dejstev.

Ftizeologija je v 50 letih od Kochovega odkritja sicer praznovala še marsikateri triumf, toda kdor se danes bavi s tuberkulozo, bo dan za dnem moral hoditi po Kochovih sledovih.

Literatura:

Martin Kirchner: „Robert Koch“, Ztschft. f. Tuberkulose 64/1—2, Münchner med. Wschft. 13/52.

Moderno zdravljenje sladkorne bolezni.

Dr. Ljudevit Merčun, specialista za notranje bolezni.

(Konec.)

V nadaljnjem zdravljenju sledim profesorju Umberju, oziroma njegovemu asistentu profesorju Rosenbergu. To zdravljenje se mi zdi še precej enostavno, in je zdravilni efekt isti kot pri drugih, kojih zdravljenje je bolj komplicirano in jih na koncu črtice še omenjam.

Ko smo določili bilanco, pride najglavnejši del preiskave: določitev tolerance ogljikovih hidratov, to je množino ogljikovih hidratov, ki jih bolnik prenaša, ne da bi izločal sladkorja v seču. $\frac{3}{4}$ v gramih določene tolerance določimo bolniku kot stalno hrano, ki se je mora držati skozi leto dni, nato ponovno določimo toleranco. Primer: Lahki diabetes, 60 kg težak mož, srednje rejen, bilanca ogljikovih hidratov 60 gr.

Poizkusna hrana vsebuje: $(25 \times 60) = 1500$ kalorij in se razdeli (1 gr OH = 4, 1 gr. belj. = 4, 1gr. mašč. 9 kal.), v 60 gr. beljakovine, 48 gr. ogljikovih hidratov, 120 gr. masti. Bolniku damo skozi nekaj dni ogljikovih hidratov prosto hrano (o tej hrani pozneje) OPH. Določimo hrano:

1. dan OPH	izločuje sladk. v seču 20 gr
2. „ OPH	„ „ „ „ 5 „
3. „ OPH	„ „ „ „ 0 „
4. „ OPH	„ „ „ „ 0 „
5. „ OPH	„ „ „ „ 0 „
6. „ OPH in 10 H	„ „ „ „ 0 „
7. „ OPH „ 20 H	„ „ „ „ 0 „
8. „ OPH „ 40 H	„ „ „ „ 0 „
9. „ OPH „ 40 H	„ „ „ „ 0 „
10. „ OPH „ 50 H	„ „ „ „ sladkor v sledovih.

Toleranca 40 H = 48 gr. ogljikovih hidratov, trajna hrana $\frac{3}{4}$ te množine, torej 50 H = 56 gr. ogljikovih hidratov.

Praktično brez ogljikovih hidratov so sledeča hraniva:

Sveže meso vseh sesalcev in ptic, notranji deli teh živali: jezik, srce, pljuča, možgani, ledvičke, jetra, kostni mozeg, noge, gobec, rep itd. Pripravljeno: Kuhano in praženo seveda brez moke. Posušeno meso, šunka, klobase itd.

Sveže in konzervirane ribe.

Vsi mesni ekstrakti: Juhan, Liebig, Maggi, goveja juha, jajca.

Mast, surovo maslo, sladka smetana do $\frac{1}{8}$ l, kislja smetana, sir, kislo mleko, jogurth, kefir.

Vegetabilije:

1. salate, vse vrste zelene salate, (motovilec, berivka, glav nata) i. t. d.

2. začimbene prikuhe: Petersilj, česen, čebula, selerija.

3. pristne prikuhe: kumare, buče, paradižniki, zeleni fižol v ostročju brez jedrca, paprika, koleraba, redkvice, artičoke, špargelj, mladi rabarber, porij, drobnjak, karfijola, špinaca, kislica, ohrovt, repa ter zelje, (vse vrste tudi kislo), in vse gobe (tudi posušene).

Sadje: nezrele kosmulje („Stachelbeeren“) in nezrele brusnice („Preiselbeeren“). Brez ogljikovih hidratov so tudi dovoljno dovrete sadni sokovi (malinovec).

Začimbe: Sol, poper, paprika, cimet, muskat, gorčica, kis, vinski jesih.

Mineralne vode, ki imajo malo soli, čaj, kava, limonada.

Alkoholne pijače, stara vina in različna žganja.

Saharin.

Zelo umestno je, hraniti diabetika s prikuho, ker dajemo v njo lahko masti in ima pri njeni množini do 1 kg bolnik občutek sitosti.

Podajam naslednjo tabelo:

100 gr vsebuje	Beljakovin	Masti	Oglj. hidr.	Kalorij	12 gr oglj. hidr. odgovarja v gr	Za 1 OH skupino odgovarja	
bela moka	8.6	0.8	73.6	344	15	1.5 dkg	50 kal.
navadna oš. moka, ječm., koruzna	7.6	1.2	70.0	326	18	1.8 „	60 „
ovesna moka	13.3	2.8	64.2	346	18	1.8 „	60 „
makaroni	8.8	0.4	72.5	366	18	1.8 „	65 „
bel kruh	5.5	0.4	55.6	253	20	2.— „	50 „
liton kruh	—	—	12	200	60	6.— „	120 „
graham kruh	5.8	0.4	44.0	208	30	3.— „	60 „
fižol, grah, leča	17.25	0.6	44.6	272	28	2.5 „	75 „
prepečenec	10.1	3.3	70.5	362	17	1.7 „	60 „
črni kruh	4.7	0.6	47.9	220	25	2.5 „	75 „
riž	5.9	0.3	74.7	330	17	1.7 „	56 „
krompir po zimi po leti	1.5 1.6	0.1 0.1	20.0 20.5	80 91	60 70	1 krompir velik kot jajce	60 „ 60 „
črešnje	—	—	9.4	51	120	1/8 kg	60 „
jabolka	—	—	8.9	52	120	sred. vel. jabolke	60 „
hruške	—	—	8.6	49	120	sred. vel.	60 „
češplje	—	—	7.8	49	150	6 zrelih, 7 nezrel.	70 „
jagode	—	—	6.2	43	125	5 žlic	60 „
kosmulje zrele	—	—	7.9	41	150	7 velikih žlic	60 „
črnice	—	—	5.3	33	180	6 žlic	60 „
maline breskve	—	—	5.2	31	150	1 vel. žl., oz 2 sred. vel. breskvi	60 „
grozdje	—	—	15.0	72	65	150 gr	50 „
oranže	—	—	5.0	48	200	2 srednj. vel.	90 „
mleko	3.2	3.5	48	67	250	1/8 l	150 „
meso od sesalcev kuhano — suho	2.2	6.9	—	125	—	—	—
mastno	36.6	2.8	—	176	—	—	—
ribe	17.2	0.8	—	78	—	—	—
maslo	0.9	81.2	6.5	762	—	—	—
špeh	10.7	79	—	795	—	—	—
sir	28.0	26.9	1.5	420	—	—	—
1 jajce	5.65	—	0.25	75	—	—	—
prikuhe	1.4 3.9	0.1 0.2	2.0 6.6	16 46	— —	— —	— —

Če pogledamo to tabelo, se nam zdi, da je to preračunavanje precej komplicirano in praktično nerabno. In kljub temu je račun zelo lahak, seveda ne bomo računali v gramih, temveč z zaokroženo težo.

Ako računamo 25 kalorij po kg teže in $\frac{3}{4}$ gr. beljakovine, je to enostaven račun:

Teža telesa	Poraba kalorij		Poraba beljakovin	
	diabetes		težki	lahki
	težki	lahki		
40 kg	1000 —	1200 kal.	30 —	40 gr
45 "	1100 —	1400 "	33 —	45 "
50 "	1200 —	1500 "	36 —	50 "
55 "	1300 —	1600 "	42 —	55 "
60 "	1500 —	1800 "	45 —	60 "
65 "	1600 —	1900 "	48 —	65 "
70 "	1700 —	2100 "	54 —	70 "
75 "	1800 —	2200 "	57 —	75 "
80 "	2000 —	2400 "	60 —	80 "
85 "	2100 —	2600 "	66 —	85 "
90 "	2200 —	2700 "	69 —	90 "

Ogljikovih hidratov in beljakovin prosta hrana bi bila sledeča:

Zjutraj: Črna kava ali čaj (primes sacharina);

dopoldne: 200 gr prikuhe, gobe;

opoldne: goveja čista juha, 400 gr prikuhe;

popoldne: črna kava, čaj, $\frac{1}{2}$ l kislega mleka; Jogurth;

zvečer: goveja juha, 400 gr prikuhe.

Taka hrana bi dokumentirala takozvani „Gemüse-Tag“ in odgovarja kalorično 400—500 kal. Ker se prikuha slabo prebavi računamo 400 kalorij. Okroglo računamo 60 gr beljakovine za srednje težkega človeka. Damo mu torej 200 gr mesa, oziroma 2 jajca — oziroma 150 gr mesa in 100 gr sira in 2 jajca to je v kalorijah 250 in 150 = 500 kalorij.

Ogljikove hidrate pa lahko računamo 1 OH enoto kot 60 kalorij.

Bolnik prenaša 4 OH = 240 kalorij

60 gr beljakovine, 200 gr mesa, 2 jajca = 500 "

100 gr prikuhe = 400 "

t.j. 1.140 kalorij

Bolnik pa rabi: 1.800 kalorij

1.140 "

660 : 8 = 80 gr masti = 660 kalorij

ki mu jo damo v prikuho. Ker bolnik slabo prebavlja hrano, zaokrožimo na 100 gr masti.

Taka hrana bi torej bila:

zjutraj: bela kava ali čaj in 20 gr smetane;

dopoldne: 2 jajčka in čaj in 60 gr graham-kruha in 10 gr masla;

opoldne: juha, 500 gr prikuhe, 40 gr masti, 100 gr mesa, 100 gr litonbrot — penasti kruh (Luftbrot);

južina: kava ali čaj in 1 jabolko: kislo mleko;

večerja: 500 gr prikuhe, 40 gr masti, 100 gr mesa in 40 gr žemlje.

Bolnik, ki se je navadil te hrane, kojih spremembne možnosti so velike, rabi samo še kuhinjsko knjigo in tabelo, da menja ogljikove hidrate.

Za težke in srednje težke bolnike uporabljamo zgolj terapijo z inzulinom. Pri tem ločimo:

a) absolutna indikacija: Vsi bolniki s simptomi coma diabeticum, subkomoznimi bolniki ali pa bolniki, ki kljub vsem dietam stalno izločavajo aceton in acetocetno kislino v seču;

b) relativna indikacija: Vsi bolniki, pri katerih se kljub dieti krvni oziroma sečni sladkor dovoljno ne zniža.

Kontraindikacija inzulinske terapije:

a) Absolutna kontraindikacija: Bolniki z dekompenzirano srčno napako;

b) relativna kontraindikacija: Previdnosti je treba pri bolnikih z arterijsklerozo in pri bolnikih z adipositas universalis. Nikdar pa ni tuberkuloza bolnika kontraindikacija za zdravljenje z inzulinom.

Tehnika zdravljenja z inzulinom:

Inzulin, ki sta ga iznašli Banting in Best in ki ga proizvajajo danes skoraj vse kemične tovarne, vpliva le parenteralno. Do današnjega dne so se izjalovili vsi poskusi, da bi se našel insulin, ki bi vplival per os. Insulin vpliva vedno šele 3—4 ure po injekciji in traja okoli 6 ur. Nujna posledica tega dejstva je torej, da se inzulinska hipoglikemija časovno strinja z alimentarno hiperglikemijo prehrane. Vsled tega je umestno, da dajemo hrano, ki vsebuje ogljikove hidrate 30—40 minut pred injekcijo inzulina.

Dajemo tudi inzulin raje v dveh porcijah dnevno.

Običajno odgovarja ena enota inzulina 1 gramu hrane z ogljikovimi hidrati ali pa izločenega sladkorja v seču. Seveda velja to le za zanemarljen slučaj. Bolnik, ki ima boljše toleranco, bo kmalu rabil manj inzulina.

Na pr. bolnik izloča:

1. dan pri 400 gr ogljikovih hidratov	120 gr sladkorja
2. „ „ OPH (ogljihovih hidratov prosta hrana) .	80 „ „
3. „ „ OPH „ „ „ „	70 „ „
4. „ „ OPH „ „ „ „	60 „ „
5. „ „ OPH „ „ „ „	40 „ „
6. „ „ OPH in 2 OH (24 gr ogljikovih hidr.) inzulin	40 in 24 = 64
7. „ „ OPH in 2 OH Inzulin 2×32 E sladkor <u>O</u>	
čez tri dni OPH in 20 H	32 = 28

smemo zopet znižati inzulin. Niso pa vsi slučaji tako lahki. Dogodi se, da izloča bolnik sladkor v seču kljub teoretično dovoljni množini inzulina, povrhutega pa ima še po večernji injekciji hipoglikemij. Vsled tega damo bolniku skozi mesec dni 24 — 24 E. Šele potem skuna 5 dni znaša inzulin recimo do 24 — 20 E; tu nastopa glikozurija.

reakcijo. V takih slučajih je posebno treba meriti dnevno in nočno porcijo urina in pogledati, v kateri porciji je sladkor ter temu primerno povišati, oziroma znižati racijo inzulina. Večkrat se tudi pripeti, da dobi bolnik kljub negativni glikozuriji in visokemu krvnemu sladkorju že po najmanjših dozah inzulina hipoglikemično reakcijo. Taki in podobni slučaji naj se ne uravnavajo doma, temveč le v zavodu pod vodstvom izkušenega zdravnika.

Uspehi zdravljenja z inzulinom so sijajni. Bolnik je zopet delazmožen. Dobi po večletnem zdravljenju (pri težjih slučajih) toleranco, da sploh ne rabi več inzulina in da se z določenimi prikrajšavami v dieti prehranjuje. Dobra stran inzulinke terapije je tudi v tem, da dobiva bolnik skoraj isto hrano kakor navaden človek in ni več navezan na tehniko v kuhinji.

Slabe lastnosti te terapije pa so:

1. Bolnik mora biti ustaljen na inzulin v zavodu.
2. Injekcije inzulina si mora dajati sam.
5. Z injekcijami inzulina ne sme takoj prenehati, sicer mu grozi coma diabeticum.

Pa tudi te slabe strani niso tako strašne. Nobeden se ne čudi, da operiramo slepič samo v zavodu in ne doma. Tehniko injekcije si prisvoji bolnik najbolj v zavodu. Vrhtega tudi ni tako težka asepsa. Do sedaj se n. pr. v Berlinu, kjer zdravijo diabetes na ta način, še nobena injekcija ni ognijala. Ali je to odvisno od inzulina, tega teoretsko ne vemo, praktično dejstvo pač zelo zagovarja to stališče. Hujše je tretje. Pa tudi to se da urediti, če se bolnika pravilno podučijo. Saj ga moramo tudi v dietetiki podučiti. In dijabetik, ki se ne drži zdravnikovih navodil, je prej ali slej zapisan smrti.

Važnejše kot zdravljenje težkega diabetesa, ki se skoraj ne da izvesti doma, je za zdravnika v praksi zdravljenje bolnika v coma diabeticum, kjer z inzulinom res lahko rešimo življenje, če komo pravočasno spoznamo. Z inzulinom pomagamo samo še tedaj, če ugotovimo coma diabeticum 6 ur po začetku globokega dihanja. (Kussmaul).

V vsakem slučaju, ki ga ne poznamo, moramo misliti diferencijalno-diagnostično na sledeče bolezni:

1. Coma diabeticum, 2. apoplexia, 3. coma hipoglicaemicum, 4. coma uraemicum.

Coma diabeticum prične polagoma in traja skoraj 3—4 dni. Ponavadi se v začetku pritožuje bolnik čez bolečine v trebuhu, želodčne in črevesne težave, bolečine event. „defence musculaire“ v bližini popka (peritonitis). Kmalu pa začneja globoko dihanje, dispnoe in nazadnje brezavestnost. Koža je pri takih bolnikih izredno suha; majhen in frekventen puls, hipotonija bulbi. Že prej sem omenil, da najdemo v urinu tudi ketoze.

Apoplexia cerebri nastopa vedno mahoma kot iz vedrega neba.

*Duha zdravilstva prav lahko spoznaš.
Vsak preštudira križemkraž,
da na vse zadnje kar pusti,
naj gre, kot bog želi.*

Goethe o zdravnikih in zdravilstvu. (Prevel Mile Klopčič.)

Pri coma hipoglicaemicum leži bolnik kot bi spal ali kakor bi bil pijan. Če damo takemu bolniku sladkor, takoj prenehajo simptomi.

Pri coma uraemicum ni karakterističnega dihanja. Bolnik toži o glavobolu in bruhanju, ki nikdar ne nastopa pri coma diabeticum.

Zdravljenje coma diabeticum:

Takoj ubrizgamo 50 enot inzulina venozno in 50 enot subcutano. Če je bolnik še pri zavesti, mu dajmo mnogo ogljikovih hidratov v obliki sadnih sokov ali sluzastih juh; te tekočine mu nudimo trajno v manjših porcijah. Potem dajemo inzulin na vsake 4 ure, dokler ne prenehajo komatozni simptoni. Nezavestnemu bolniku dajemo sladkor v obliki infuzije (20% Laevuloza ali 5% dextrose 10—100 ccm), oziroma potom injekcije (Glukoze 20—40% 10 ccm).

Radi tudi kombiniramo prvo dozo inzulina 50 E in 10 cm 25% glikoze. S tem tudi vedno lahko razlikujemo hipoglikemično od diateitične come. Hipoglikemičen bolnik je po injekciji takoj zdrav, bolnik s coma diabeticum pa rabi bistveno več časa, da se opomore. Nadaljno zdravljenje se vrši po potrebi.

Tako zdravimo sladkorno bolezen na našem oddelku.

Na svojem studijskem potovanju sem tudi posetil kliniko prof. Noordena na Dunaju. Zdravljenje je tukaj usmerjeno po istih principih kot naše z edino razliko, da je hrana še povrh neslana, da se ogljikovi hidrati zajemajo izključno iz vrst različnega sadja. Stradalni dnevi se menjavajo s takozvanimi „Eros-dnevi“ (riž, sadje, sočivje, ki je nemastno in neslano). Noorden uporablja te dneve posebno za odstranitev acidoze. Posebno pažnjo posveča porabi masti in s tem doseže, da dobi res bolnik kalorično manjvredno hrano.

Preobrat v dietetični terapiji diabetesa je uvedel prof. Porges s svojo prehrano. Princip te prehrane je mnogo ogljikovih hidratov, ki naj nadomeščajo kalorično odvzete masti. Masti se porabi maximum — 5 gr na dan. Pri lahkih slučajih se je ta dijeta res obnesla, težji bolniki so si pa po trenutnem zboljšanju močno pokvarili bilanco ogljikovih hidratov.

Kontrast tej hrani je Petrenova dietetika, ki zdravi svoje bolnike pretežno z mastjo, jim pa odvzema zato skoro docela vse beljakovine in ogljikove hidrate. Druge prehrane, kolikor sem jih še spoznaval na raznih klinikah (prof. Bergmann v Berlinu, prof. Falta na Dunaju, prof. Elias na Dunaju, prof. Schmidt v Pragi) so nekaka srednja pot med temi extremi.

Kakor vsa pota peljejo v Rim, tako zatrjuje tudi vsak autor, da doseže s svojo hrano najlepše uspehe.

Iz tega sledi nauk, da je treba najti za vsakega bolnika svojo prehrano, ki ustreza prehranjevalnemu miljeju, v katerem je sedaj živel.

Na koncu bi še omenil, da je za **diabetika boljše nobena dijeta kot dijeta, katere se ne more, oziroma noče držati**, kajti menjava ogljikovih hidratov proste hrane z ekscesom v teh živilih najbolj poslabša bilanco ogljikovih hidratov.

Dajte torej bolniku tako hrano, da mu je ni treba prekršiti.

Hudo je, da zdravnikom ne zaupamo popolnoma, pa si brez njih vendarle ne znamo pomagati.

Goethe o zdravnikih in zdravlilstvu. (Prevel Mile Klopčič.)

Febris biliosa haemoglobinurica.*

Primarij dr. V. Meršol.

Ker je ravno slučaj nanesel, da se nahaja na internem oddelku že par mesecev bolnik, ki ima poleg drugega tudi febris biliosa hemoglobinurica, smatram umestnim, da se malo porazgovorimo o tej bolezni.

Kaj pa je pravzaprav febris biliosa hemoglobinurica? Slovenski bi se reklo: črno-sečna mrzlica, Hrvati ji pravijo: crnomokračna groznica, Nemci: Schwarzwasserfieber, Angleži: blackwater fever itd.

Dobro nam je vsem znano, da se v marsikaterem kraju naše države nahaja malarija in da jo bivši vojaki, ki so služili v malaričnih krajih, prinašajo seboj domov ter se večkrat še leta in leta mučijo z njo. Ti tudi večkrat, posebno spomladi, ko prihajajo recidivi, iščejo pomoči pri zdravnikih in v bolnicah.

V najtesnejši zvezi z malarijo je pa črnosečna mrzlica. Ta bolezen nastopa vsled nenadnega razpada velikega števila eritrocitov in izločanja osvobojenega hemoglobina kakor tudi eritrocitov skozi ledvice. Glavni znaki so: mrzlica, ikterus bolj ali manj izražen, otekline vranice in jeter, ter hemoglobinurija. Črnosečna mrzlica nastopa samo pri ljudeh, ki imajo ali so imeli malarijo v klinični ali latentni obliki. Obstoječa ali predhodna malarija predstavlja dispozičijo za to bolezen, direktni vzrok pa je navadno neko zdravilo, večinoma kinin, redkeje antipyrin, metilensko modrilo ali kaj drugega, včasih pa tudi močno prehlajenje, prevelika utrujenost, duševna razburjenost, razni excessi, insolacija, obsevanje z roentgenom, poranitve itd. Pri obstoječi in nepravilno ali nezadostno zdravljeni malariji se ustvarja intoleranca za rabljena zdravila, ter so radi tega zadostne zelo male doze kinina ali drugih zdravil, da nastopi napad.

Črnosečna mrzlica ima sicer precej podobnega z idiosinkrazijo proti kininu, vendar to ni isto. Pri bolnikih, ki imajo idiosinkrazijo, nastopa že po malih dozah urticaria, pojavijo se krvavitve na koži in sluznicah, nastopi albuminuria, včasih tudi haematuria, ni pa icterusa in hemoglobinurije. Tudi vranca in jetra niso tako povečana.

Črnosečna mrzlica nastopa večinoma za časa tropike ali po njej, redkeje pri kvartani ali tercijsani. Navadno se to dogaja pri ljudeh, ki imajo kronično malarijo in imajo že od prej nekaj povečano vranco. Javlja se v nekaterih krajih, posebno tropskih, zelo pogosto, v drugih bolj redko. V naši državi so slučaji te bolezni precej redki.

Slika bolezni. Tipičen napad črno-sečne mrzlice nastopa 1 do 3 ure po zaužitju kinina ali kakšnega drugega zdravila, in sicer naenkrat z močnim tresenjem, ki traja včasih tudi več ur. Istočasno se dvigne vročina na 40—41° C. Vse to spremlja močan glavobol, večinoma tudi bljuvanje. Mnogokrat nastopi tudi diarrhoea. Puls in dihanje sta jako pospešena. Po 2—3 urah bolnik začne postajati rumen. Urin, katerega pacient izloči za čas napada, je temno-rdeč, v težkih slučajih temnorjav ali pa čisto črn. V njem se najdeta v veliki množini hemoglobin kakor tudi albumen. Radi razpada mnogoštevilnih eritrocitov nastopa v kratkem času močna anemija. Procent hemo-

* Predavanje na znanstvenem sestanku Slov. zdravni. društva v Ljubljani, dne 15. aprila 1952.

globina pogosto pade na 20% ali še nižje, število eritrocitov pa na $\frac{1}{5}$ normalnega števila. Vranca in jetra so jako otečena in povzročajo silne bolečine.

Tako tipični napadi so večinoma samo v tropičnih krajih. V krajih zmernega pasu pa so napadi v splošnem mnogo lažji. Tak slučaj je tudi pri nas.

Potek bolezni je različen. V lažjih slučajih lahko že po nekoliko urah nastopi olajšanje. Množina hemoglobina in eritrocitov v urinu se zmanjšata in urin dobi zopet svetlejšo barvo. Istočasno pade temperatura na normalo. V težjih slučajih se količina izločenega urina še zmanjša. Radi velike množine hemoglobina se renalni kanali deloma ali pa celo popolnoma začepijo. V prvem slučaju nastopi oliguria, v drugem anuria. Zanimivo je, da se pri oliguriji menja poprej črna barva urina v svetlo-rumeno, ker hemoglobin ostane v renalnih kanalih. Ako oligurija traja dolgo časa in jo spremlja neprestano bruhanje, vsled česar bolnik ne more vzeti nikakšne hrane, tedaj postane vedno slabši, apatičen in somnolenten. V takem slučaju kmalu nastopi smrt. V benignejših slučajih se kljub oliguriji po nekaj dneh splošni težki simptomi popravijo, počasi se poveča tudi količina izločenega urina, bljuvanje preneha in pacient zopet lahko polagoma zauživa hrano. Vendar rekonvalescenca nastopa zelo polagoma, ker se mora nadomestiti velika množina eritrocitov.

Diagnoza v jasnih slučajih ni težka, ker že anamneza in izvid urina govorita za to. Zanimiv je posebno urin. Ako pustimo karakteristični temnorjavi, večinoma kisli urin stati nekaj časa v stekleni posodi za urin, tedaj vidimo, da se razdeli v dva sloja: gornji prozoren, čeprav temno obarvan, in spodnji rjavo-sive barve, v katerem se nahaja sediment poln hialinih in hemoglobin-cilindrov, obenem z veliko količino rjavega detritusa. Tudi renalne epithelije se najdejo. Eritrociti se v težkih slučajih najdejo v malem številu, v lažjih slučajih pa je njihovo število relativno precej veliko. V spektroskopu vidimo karakteristične črte za oxyhemoglobin kakor tudi za methemoglobin.

Prognoza zavisi o težini napada in o trajanju oligurije. Letaliteta znaša od 5—50%.

Zdravljenje mora imeti tri cilje: 1. zdraviti obstoječi napad črno-sečne mrzlice, 2. zdraviti obstoječo malarijo, 3. odpraviti dispozičijo za hemolizo.

Predvsem je potrebno takoj prenehati z dajanjem kinina ali drugih zdravil, ki so povzročila napad. Bolnika moramo položiti v posteljo. Naša dolžnost je poleg tega, da čim bolj razredimo hemolitični toxin, ki cirkulira po krvi. Zato se dajo bolniku velike množine limonade, mineralne vode ali čaj; podkožno ali intravenozno se bolniku vbrizga fiziološki raztop, posebno ako bljuva. Priporoča se istotako dati bolniku v vidu klistira $\frac{3}{4}$ do 1 l fiziološkega raztopa. Bljuvanje se preprečuje s tincturo iodi, raztopom kloroforma in s koščki leda. Za zdravljenje oligurije se uporabljajo diuretica in cardia. Matko je za zdravljenje črnosečne mrzlice priporočil intravenozne injekcije 2 in pol % raztopa dinatrium fosfata. Poleg tega se priporoča v težkih slučajih transfuzija krvi.

Zdravljenje malarije je bilo brez kinina v slučajih črnosečne mrzlice do zadnjega časa zelo težko. Pred 5 leti so v nemški tvrdki Bayer & Co. poizkusili priti sintetično do kinina. Pri tem so našli

beprochin ali plasmochin. Beprochin smo že l. 1926. preizkušali na bolnikih z malarijo v Južni Srbiji in dognali, kot tudi drugod, da uničuje malarične parazite vseh 3 vrst in sicer nespolne oblike v manjši meri kot kinin, zato pa v večji meri gamete. Plasmochin se v splošnem jemlje v 15 do 20 krat manjši količini kot kinin, navadno po 1 do 2 centigrama pro dosi in 4 do 6 centigramov pro die. Mühlens predlaga 1 centigram dnevno na 10 kg telesne teže. V dozah po 1 decigram in več na dan včasih nastopajo neprijetni pojavi: cianoza in methemoglobinemija.

V svrhu zdravljenja malarije imamo 2 preparata plasmochina v prometu in sicer plasmochinum purum v obliki tablet in za injekcije in plasmochinum compositum, v katerem se nahaja v vsaki tableti 1 centigram plasmochina in 125 miligramov kinina. Seveda se plasmochin. comp. pri črnosečni mrzlici ne bi smel uporabljati.

Poleg plasmochina se za zdravljenje malarije pri črnosečni mrzlici lahko uporablja tudi neosalvarsan ali pa methylenum coeruleum.

Po črnosečni mrzlici so bolniki zelo anemični in slabi še dolgo časa. Zato potrebujejo prvovrstno nego in odgovarjajočo hrano.

8 do 10 dni po napadu črnosečne mrzlice je treba bolnika zopet začeti n a v a d i t i n a k i n i n, ker je vendarle to najboljše sredstvo, da se ozdravi malarija in da se na ta način odstrani dispozicija za črnosečno mrzlico. To je treba delati jako pazljivo. Začeti moramo z zelo majhnimi dozami, 2 do 5 miligramov kinina na dan. Šele ko vidimo drugi dan, da bolnik to lahko prenaša, 3. dan dozo malo zvišamo, na pr. na 5 do 10 miligramov. Pri stalnem opazovanju se daje vsakih par dni malo več kinina. Opazujemo pri tem predvsem bolnikovo temperaturo in urin. Čim se temperatura poviša ali pa v urinu pojavi albumen, je treba prenehati z dajanjem kinina 2 dni in nato ponoviti predzadnjo dozo. Po par dneh ponovno poizkusimo iti naprej in to tako delamo vse do časa, ko bolnik začne prenašati normalne množine kinina. Tedaj lahko začnemo s predpisanim anti-malaričnim zdravljenjem.

Najboljše profilaktično sredstvo, da se sploh prepreči nastop črnosečne mrzlice pa je vestno izvrševanje vsake kininske profilakse in pa čim daljše zdravljenje in popolnejše ozdravljenje malarije. Ravno v tem oziru pa se v naši državi mnogokrat greši.

Sedaj pa si pogledjmo našega bolnika. Je to mizar, star 22 let, iz Gorenjske. Rodbinska anamneza b. p. Pred odhodom k vojakom je bil popolnoma zdrav. Pri vojakih je služboval v Strumici. Tam so dobivali vsi vojaki preventivno kinin, tako tudi on. 25. sept. 1951. (torej pred pol letom) je dobil v Kosturni pri Strumici prvi malarični napad. Zdravil se je v bolnici v Negotinu vardarskem. 14. okt. je bil odpuščen od vojaštva. Doma je večkrat krvavel iz nosa, ravnotako tudi v bolnici. 24. oktobra 1951. (10 dni po odpustu iz vojske ali en mesec po malaričnem napadu) je bil sprejet na tukajšnji interni oddelek radi centralne pneumonije in bazalne pleuritide na desni strani. Ob tej priliki je konstatiran tumor lienis, ki je segal 5 prste čez reborni lok, površina gladka, rob top. Istočasno je najden tudi tumor hepatitis, segajoč 2 prsta čez reborni lok. Telesna teža 72 kg. Hemoglobin 41%. Urin, albumen negativen.

26. X. najdeni so v krvi gameti malarije tropike.

27. X. na podlagi krvnega izvida dobi pacient kinin. Od tega dne se začno pojavljati eritrociti in detritus v sedimentu urina. Urin

temnorjav, skoraj črn. Kljub temu dobi pacient še 2krat kinin. Urin stalno hemoragičen. Sahli pade od 41 na 30%. Slika napada črnosečne mrzlice pri našem bolniku ni bila tako tipična, posebno ker je istočasno imel centralno pneumonijo.

4. novembra se prestane s kininom, pacient dobiva samo plasmochinum compositum poleg drugih zdravil.

Izvid 4. XI. Vranica, ki je pri prihodu v bolnico 10 dni pred tem segala samo za 5 prste čez rebernih lok, sega zdaj že čez levo parasternalko do lineae albae. Ravnotako so tudi povečana jetra. V trebuhu ascites.

Tekom daljših dni je pri pacientu ugotovljena pneumonia migrans kakor tudi pericarditis septične narave.

Pacijent dobiva dalje poleg drugih zdravil v svrhu antimalaričnega zdravljenja še vedno plasmochinum compositum, torej kinin v malih dozah. Opaža se stalna hematurija in hemoglobinurija, čeprav manjša kot prve dni po samem kininu. Sahli pada dalje od 30 na 18%, teža na 62 kg.

Radi suma na idiosinkrazijo proti kininu ali pa na črnosečno mrzlico, se odredi za antimalarično terapijo samo plasmochinum purum brez kinina. Hematurija se po tem sicer zmanjša, vendar ima pacient vsak dan popoldan močan malaričen napad s temperaturami 38 do 40° C.

Poklican v konzilij 15. 12. potrdim sum na črnosečno mrzlico in priporočim večje doze plasmochini puri do 6 centigramov na dan. Po pojačanem zdravljenju s plasmochinom per os in v obliki injekcij postane temperatura normalna 10 dni, nakar ima pacient zopet 3 dni slabejše napade, nato pa z malimi izjemami postane normalna dalj časa. Pacient se počasi popravlja, do konca januarja se teža dvigne na 69 kg, hemoglobin pride zopet na 41%.

Smatrajoč, da je potrebno organizem pacienta privaditi na kinin, ako hočemo imeti trajen uspeh, se ordinira kinin v dozah po 1 centigram na dan, kar bolnik dobro prenaša. Čim pa se doza kinina zviša na 2 centigrama, dobi pacient vročino, v urinu pa se pojavi večja množina eritrocitov in hemoglobina, zato se ostane pri 1 centigramu dnevno.

V začetku februarja se pacientu začne dajati poleg plasmochina in malih doz kinina še arzen, najprej v obliki natrii kakodylici. Do 15. II. pacient zopet dobiva na teži in pride do 71 kg s 44% hemoglobina.

15. II. bolnik dobi injekcijo neosalvarsana 0.15, nakar sledi 16. II. močan napad malarije, ker je salvarsan deloval provokatorno. Doza se 17. ponovi in 18. spet sledi napad.

Pacijent se zбоji daljnjih injekcij in 19. II. svojevoljno zapusti bolnico. Doma se je počutil en teden dobro brez napadov, samo vranica ga je bolela, nato pa je dobil močan napad, ki ga je 27. II. pribral zopet v bolnico.

*Precej je padarskih zdravljenj med nami,
ki niso kar tako, priznam.*

*Narava in umetnost ustvarjata čudesa;
vendar sleparje tudi še poznam.*

Goethe o zdravnikih in zdravilstvu. (Prevel Mile Klopčič.)

Prve 3 dni v bolnici se pojavljajo slabši napadi. Terapija plasmochin in malarsan, nato pa dobi v teku 14 dni 6 injekcij neosalvarsana 0·3 in 0·45 brez reakcije in napadov.

15. III. se začne poleg plasmochina zopet s kininom in sicer po 1 miligram dvakrat na dan, kar se počasi zvišuje kljub temu, da ima pacient posamezne eritrocite v sedimentu urina, tako da dobiva sedaj že 4 centigrame dnevno. Razen malega napada 12. 4. že celi mesec ni imel nobenega.

Teža je sedaj 75 kg. Sahli 60%. Torej stanje mnogo boljše kot pri prihodu v bolnico. Kljub temu še ni ozdravljen, ker je treba navaditi organizem počasi na večje doze kinina, katere bi bile zadostne, da se pozneje lahko zdravi doma, t. j. vsaj 0·2 do 0·5 kinina dnevno.

Dodatek. Na lastno zahtevo je bil bolnik 2. V. 1932. odpuščen iz bolnice z naročilom, da bo prihajal redno vsak teden enkrat v ambulatorij internega oddelka v svrhu nadaljnjega zdravljenja. Pri odhodu iz bolnice je že dobro prenašal 0·08 gr kinina dnevno.

Iz zdravilišča na Golniku (prim.-upr. dr. R. Neubauer).

Tuberculosis epiglottidis.

(Prinos h prognozi jetike grla).

Dr. Franjo Radšel, asistent-specijalist za ftizeologijo.

(Konec.)

Slučaj 4.

Č. A. 25 let star, bančni uradnik, sprejet 27. 1. 1930.

Rodbinska anamneza brez posebnosti. Prebolel: ošpice, „malarijo“ pred 6., „trebušni tifus“ pred 2 leti. Obolel pred štirimi leti z znojenjem po noči, kašljem in pljuvanjem. Pred tremi leti lahka hemoptoe, po kateri je imel par dni povišano temperaturo do 39·0. Takrat je dobival B. C. G. Je pa ves čas delal, le pred šestimi meseci je začel slabeti, tako da je izgubil na teži 7 kg. Težko požira.

Status praesens: 180 cm visok, 65·50 kg težak, koža in vidne sluznice blede, vratne in pazdušne žleze tipljive in povečane. Pulmo: Kröniga skrajšana, zamolkline desno do Th. IV., a levo v fossi supraspin. V predelu zamolkline bronhovezikularno dihanje s srednjevelikimi bolj suhimi hropci. Enako dihanje pa brez hropcev na levi spredaj do II. rebra.

Rentgenogram: Diseminiran nodozen proces obeh pljuč z 2 malima razpadoma desno in emfizemom spodnjih partij.

Larynx: Glasilke bele, brez patološkega izvida, epiglotis perihondritično zatekla, rdeča s površnimi čiri.

S. R. 30 min, Koch + 3.

Pacijentu se je pod vplivom klimatsko dijetetskega režima in započete terapije s Triphalom stanje počasi boljšalo, tako so postali hropci redkejši, kašelj in izmeček manjša, le temperatura nikakor ni padla na normalo, pa tudi bolečine v grlu niso navzlic Orthoformu in Anaesthesinu ter instilacijam mentolovega olja prenehale. Zaradi obstoječe disfagije se pacient nikakor ni mogel popraviti. Ker je postajala disfagija vedno večja in je pacient začel zgubljeni na teži, smo mu priporočili amputacijo epiglotisa, katero je izvedel 29. 7. oto-

rino laringološki oddelek splošne bolnice v Ljubljani. Amputirana je bila epiglotis v celoti.

15. 8. Pacijent začne močno povračati, leži včasih apatičen. Objektivno: Patelarni refleksi zelo pojačeni, Kernig naznačen. 21. 8. Punctio lumbalis: serum nekoliko moten, po 24 urah se izloči zelo močna pajčevina.

26. 8. Radi Meningitis tbc. premeščen na interni oddelek v Ljubljano, kjer je kmalu nato sledil exitus letalis.

V to vrsto bi prištel tudi edini enak slučaj, ki mi je bil dostopen v literaturi. Manasse je namreč v svoji knjigi pod protokolno številko 54 navedel slučaj 27 letnega moža, ki je umrl za milijarno tuberkulozo in pri katerem se je našlo že makroskopsko infiltracijo epiglotisa, a mikroskopsko je našel poleg submukozne tuberkulozne infiltracije epiglotisa še en sam tuberkel v glasilki.

Po histološkem popisu infiltracije in njene okolice kakor tudi po kliničnem poteku milijarne tuberkuloze je sklepal Manasse, da je nastala ta infiltracija hematogenim putem.

Naslednji slučaj pa naj pokažejo, kako je bila infiltracija epiglotisa prvi klinični znak zloma alergije.

Slučaj 5.

R. A. 59 let star, mizar. Sprejet 7. 8. 1951.

Rodbinska anamneza brez posebnosti. Obolél pred en in pol leta z bolečinami v trebuhu. Januarja letos poslan radi težav v trebuhu v ljubljansko bolnico, pa so mu tam na rentgenu konstatirali pljučno tuberkulozo. Zdravil se je s sirupi, ni pa nikdar kašljal ali pljuval, ravnotako ni imel nikoli hemoptoe. Pred 5. tedni (30. 6. 51.) akutni napad slepiča, šel v ljubljansko bolnico, kjer so ga takoj operirali. Sedaj ne kašlja, pljuje malo, v dveh mesecih je izgubil 6 kg na teži, glas čist, grlo ga ne boli.

Status praesens: 172 cm visok, 61,5 težak, vidne sluznice blede; leptosomi habitus, prsni koš podolgovat, simetričen. Pulmo: Oba Kröniga skrajšana, na obeh straneh levo manj izrazito kot desno, zamolkline do Th. VI. zadaj in drugega rebra spredaj. V predelu te zamolkline bronhovezikularno dihanje z amforo in-fraclavicularno in srednjevelikimi ter drobnimi zvankimi hropci.

Vranca: trda, povečana, sega do rebrnega loka.

Rentgenogram: Srednje in zgornje pljučno polje posejano s slabo omejenimi acinodoznimi sencami, z malimi razpadi desno in levo, ter po eno večjo kaverno desno in levo izpod klavikule. V spodnjih partijah emfizem.

Koch: + 3, S. R. 15 min.

Larynx: v začetku brez patološkega izvida. Pri poznejši redni preiskavi pa se je našlo majhen infiltrat na zgornjem robu epiglotisa, sluznica nad tem delom rdeča, a skozi njo sijejo male rumene točke. Glasilke čiste. Tekom nadaljnjega zdravljenja se je ta infiltrat zelo naglo širil in je prišlo prav kmalu do tvorbe čirov in do disfagije. Plučni izvid je bil stalno večji, h koncu je pa prišlo še do propagacije procesa v abdomenu in do peritonitis tbc, ki je kmalu dovedla do exitus letalisa.

Redna laringološka preiskava je slučajno odkrila v še zelo ranem štadiju tuberkulozni infiltrat epiglotisa, ki se je maligno razvijal in dovedel do disfagije. Celoten potek pa je tako po svojih metastazah (appendix, peritoneum, epiglottis, pljuča) izrazito hematogene narave z močno virulenco.

Nekoliko drugačen po poteku je naslednji slučaj, katerega smo ravnotako opazovali prav od začetka do infavstnega konca, in to kljub začetni ugodni remisiji.

Slučaj 6.

D. D. 19 let stara gimnazijka. V oskrbi od 3. 8. 1929. Rodbinska anamneza: Oče bolehal za pleuritisom, 1 brat umrl v 4. letu starosti za vnetjem možganskih mren, 2 pa v rani mladosti. Prebolela v 16. letu starosti „paratifus“. Obolela letos pozimi s temperaturo do 39,3, poklicani zdravnik je ugotovil „gripo“, se je kmalu popravila, le subfebrilna temperatura ji je ostala. Kašljala in pljuvala je malo, pač pa se je znojila po noči.

Status pulmonalis: 158 cm visoka, 55,2 kg težka. Koža in vidne sluznice blede. Pulmo: Levi Krönig zožen, levo zamolkline spredaj do II. rebra, zadaj do Th. VI. V predelu zamolkline bronhovezikularno dihanje s srednjevelikimi deloma vlažnimi deloma zvonkimi hropci. V fossi supraspin. piskanje.

Koch: + 3. S. R. 8 min.

Rentgenogram: Fibrokazeozna infiltracija, ki zavzema v glavnem levo srednje pljučno polje, z okroglo kaverno v bližini hilusa, vrha sta čista. Desni hilus pojačan s par kraki proti periferiji. Zaradi pretežne enostranosti procesa, smo začeli z umetnim pnevmotoraksom na levi (5. 9. 29.). Zdravljenje je normalno potekalo in je pacientica postala afebrilna, pridobila je na teži, le bacili so ostali vedno pozitivni. Ob koncu 49 tednov trajajočega zdravljenja je začela pacientica po malem izgubljati na teži, brez vsakega vidnega vzroka. 14 dni pred odhodom je začela tožiti, da jo boli grlo. Laringoskopska preiskava je pokazala lahko infiltracijo desnega roba epiglotisa, ki je bil do tedaj prost. Enako ni bilo na glasilkah patološkega izvida. 16. 9. je odšla pacientica v domačo oskrbo. Doma se je počutila dobro vse do meseca marca, ko je začela zelo kašljati in pljuvati, dobila je temperaturo do 39,0, težko požira. V tem stanju je prišla v sanatorij 27. 5. 31.

Status ob prihodu: Levo oslajljeno dihanje, desno interskapularno sirasti hropci (Käserasseln) ob bronhovezikularnem dihanju.

Rentgenogram: Na levi majhen pnevmotoraks v podobi plašča, na desni diseminirana slabo omejena fibrokazeozna žarišča z za dva dinarja veliko kaverno izpod klavikule.

Bacili + 4. Elastična vlakna zelo pozitivna.

Larynx: Epiglotis podkovaste oblike v celoti infiltrirana, deloma z vidnimi rumenkastimi vozli, ki gledajo izpod zelo rdeče sluznice, deloma s plitvimi čiri s sivkastim dnom.

Koncem maja: stanje se vedno slabša, hropci po celi desni strani postajajo bolj gosti in zvonki. Disfagija in izvid na grlu neizpremenjena.

27. 5. odide iz zdravilišča. Par tednov po odhodu exitus letalis.

Kot dokaz, koliko važnih podrobnosti lahko ugotovi že sama natančna anamneza, nam služi naslednji slučaj. O čemer smo pri drugih anamnezah pri navedbi „tifusa“ samo sumili, je tu dokazano! (Kratek potek, bolečine, hemoptoe).

Slučaj 7.

P. A. 26 let star, posestnik. Sprejet 15. 9. 1950. Rodbinska anamneza: oče in 2 sestre umrli za tuberkulozo. Vedno slaboten. Prebolel leta 1921. vnetje pljuč, leta 1923 pa „trebušni legar“ (kašelj- izmeček, temperatura do 40,0 3 tedne, bolečine čez pas in hemoptoe). Leta 1925. zbadanje desno, leta 1926. spomladi hemoptoe. Leta 1928. „prehlad“ s temperaturo do 40,0, kašljem, znojenjem; se je dobro popravil. Dobival tuberkulin.

Leta 1930. vstopi ponovno v sanatorij. Se počuti dobro, ne kašlja, pljuje malo, temperatura do 37.2.

Status praesens: 176 cm visok, 68.2 kg težak, okostje gracilno, mišičje slabo razvito. Leptosomni tip. Bezgavke niso nikjer tipljive. Pulmo: spodnje meje ob Th. XI. slabše gibljive, oba Kröniga skrajšana, relativna zamolkline spredaj infraclav. in zadaj do Th. VI. V predelu te zamolkline bronhovezikularno dihanje z desno gostejšimi, levo redkejšimi srednjevelikimi in drobnimi suhimi hropci.

Rentgenogram: diseminiran nodozen proces v zgornjem in srednjem pljučnem polju, brez vidnega razpada. Emfizem spodnjih partij.

Larynx: glasilke čiste, epiglotis v celoti infiltrirana, tako, da je zgornji rob radi infiltracije s = asto upognjen. Izpod rdeče sluznice sijejo kot proso veliki rumeni vozlički.

S. R. 34 min. Koch: + 1.

Terapija: Lopion.

31. 10. 1930 odide v domačo oskrbo z nespremenjenim izvidom in se počuti po njegovem poročilu zaenkrat prav dobro.

Tabelaričen pregled vseh slučajev še bolj jasno pokaže virulentni hematogeni potek in množico hematogenih metastaz. Vročinske anamnestične perijode pa se dajo brez težav prepoznati kot hematogeni navali, ki so nastopili kot tuberkulozne maske. (W. Neumann) in je šele nadaljnji potek pokazal njihovo pravo lice.

Slučaj	Rodbinska anamneza	Bolan na pljučih baje	Vročinske perijode	Metastaze	Usoda	Opomba
G. F. 35 let	—	9 let	—	Epiglotis	umrl	—
F. O. 34 let	2 brata umrla za tbc.	4 mesece	—	Epiglotis Intestinum	umrl	—
Z. H. 27 let	—	15 mesecev	„tifus“ pred 10. leti, „malarija“ pred 5 leti	Epiglotis Tbc. testis	umrl	—
Č. A. 25 let	—	4 leta	„malarija“ pred 6 leti, „tifus“ pred 2 leti	Epiglotis, Meningitis cerebrospinalis	umrl	—
R. A. 39 let	—	18 mesecev	—	Ileocoekalna tbc. z peritonitisom, Epiglotis	umrl	Autoptično pri operaciji ugotovljena
D. D. 19 let	1 brat meningitis, oče pleuritis	1 leto	„paratifus“ pred 3 leti	Epiglotis	umrla	—
P. A. 26 let	oče in 2 sestre umrli za tbc	9 let	„vnetja pljuč“ pred 9 leti, „tifus“ pred 7. leti	Epiglotis	Živi, se počuti dobro	—

Za končno sodbo, dali je tuberkulozna infiltracija epiglotisa vedno hematogene narave in prognostično tako infavstna, je naš materijal seve premali. Kot je pa vsaka progredijenca tuberkuloznega procesa, pa naj se vrši kjerkoli, znak pojemanja imunitete in poslabšanja celotnega stanja, tako nam lahko služi tudi lahkovidna sveža infiltracija epiglotisa kot viden dokaz širjenja bolezni in pojemanja imunitete. Znano je pa (Ernst), da je potek onih tuberkuloz, ki začenjajo najpoprej z laringološkimi simptomi vedno infavsten, kar potrjujejo tudi naša opazovanja, kajti pri treh od navedenih slučajev so bili ravno laringološki simptomi prvi. Seve še s tem ni rešeno vprašanje, zakaj so nastopile te metastaze ravno na epiglotisu. Saj bi vendar ravno tako lahko nastopile na ostalih delih grla ali pa kje v ostalem organizmu. In vendar pri naših rednih pregledih nikdar nisem mogel najti lokalizacij — niti ostala literatura ne govori o njih —, ki bi bile prognostično tako infavstne!

Hübschmann govori v svoji knjigi o milijarnih tuberkulozah, ki se v glavnem lokalizirajo na nekaterih organih ter jih tolmači pač s posebno dispozicijo za hematogeno infekcijo. Sternberg pa loči obolenje organov ento- in ektodermalnega in mezenhimatskega izvora in govori o posebni dispoziciji poedinih organskih sistemov v poedinih dobah starosti.

Za podlago tega dela so mi služili vsi slučaji čistega infiltrata epiglotisa, kjer je nastopilo tuberkulozno obolenje najprej na epiglotisu in se je šele razširilo na ostale dele grla. Nisem pa upošteval onih perihondritid epiglotisa, ki so nastopile šele sekundarno per continuitatem od tuberkuloznih procesov, ki so bili lokalizirani na ostalih delih grla.

Sklepi:

1. Pri navedenih 7. slučajih diseminirane tuberkuloze smo našli metastaze v grlu.

2. Odstranitev epiglotisa je bila v dveh slučajih brez uspeha, pač pa je izzvala poslabšanje: v enem slučaju meningitis cerebrospinalis, v drugem metastazo v testisu.

3. Hematogeno pojmovanje teh infiltracij nam šele nudi dovolj razlage, zakaj se vsi operativni posegi na epiglotisu laringologom tako slabo posrečijo. (Dobromylskij, Freudenthal).

4. Trije od teh pacientov imajo v anamnezi „trebušni tifus“, pri eni pacientki najdemo „paratifus“, dvakrat je zabeležena „malarija“, vse bolezenske slike, ki se manifestirajo klinično z vročinsko periodo in povečano vranico. Vse te simptome nam pa lahko dovoljno opraviči hematogeni naval.

5. V slučaju R. A. je nastopila metastaza v grlu šele po operaciji apendiksa, ki je bil tuberkulozne narave.

6. Prognostično so bila vsa obolenja izredno malignega značaja in so vkljub lahkemu začetnemu izvidu na pljučih končala skoraj redno že po kratki opazovalni dobi letalno.

*Zakaj je Alah vreden vsega spoštovanja?
Ker ločil je trpljenje od spoznanja.
Saj bi obupal vsak bolnik,
če zlo poznal bi, kakor ga pozna zdravnik.*

Goethe o zdravnikih in zdravlilstvu. (Prevel Mile Klopčič.)

Literatura.

P. Manasse: Anatomische Untersuchungen über die Tuberkulose der oberen Luftwege. Julius Spinger, Berlin 1927.

Wessely und Löwenstein: Über Tuberkelbacillämie bei Larynx-tuberkulose. Beitr. Klin. Tbc. Bd. 76. H. 6.

Huebschmann: Path. Anatomie der Tbc. Julius Springer, Berlin 1928.

Ernst: Die Stellung der Kehlkopftuberkulose im Krankheitsablauf der Phtise. Beitr. Klin. Tbc. Bd. 72.

W. Neumann: Die Klinik der Tbc. Erwachsener, Julius Springer, Wien 1950.

Löwenstein: Die Tuberkulose als Allgemeininfektion. Medizinische Klinik, 1951, S. 1659.

Dobromylskij: Die Wirkung der Galvanokautik des Kehlkopfs auf den Verlauf der Lungen Tbc. Zentralblatt für die Tbc. Forschung Bd. 50, S. 602.

Freudenthal: Zur Abtragung der Epiglottis. Zentralblatt für die Tbc. Forschung, Bd. 26, S. 545.

* * *

Zelo podučnih rentgenogramov vseh navedenih slučajev radi visokih stroškov žal nisem mogel objaviti; interesantom so pozitiv-kopije proti mali odškodnini na razpolago pri avtorju.

DRUŠTVENE VESTI

70 letnica slovenskega zdravniškega društva.

Dne 22. decembra t. l. bo minulo 70 let, odkar je stopilo v življenje slov. zdravniško društvo, ki je na ta način eno najstarejših društev v naši državi. S pomočjo zdravniškega društva bo izšla slavnostna številka Zdravniškega Vestnika v znatno večjem obsegu in boljši opremi.

Prosim gg. tovariše, da že sedaj pripravljajo znanstvene in zgodovinske prispevke za to številko, ki naj bo po možnosti zgodovinskega, obenem pa tudi znanstveno-reprezentativnega značaja. Zaželjene so tudi anekdote iz življenja društva in znamenitih slovenskih zdravnikov.

Kolegi! Že sedaj na delo! Vsi prispevki se morajo oddati najkasneje do 1. novembra t. l.

Zapisnik

rednega občnega zbora Slov. zdravniškega društva v Ljubljani dne 20. februarja 1952. ob 20. uri v restavraciji „Zvezda“.

Ker je ob napovedani uri zbranih še premalo članov, otvori podpredsednik g. dr. Göstl občni zbor in ga takoj zaključi z naznanilom, da se bo vršil po določilu društvenih pravil čez pol ure občni zbor ob vsaki udeležbi članov.

Predsednik dr. Zajc otvori nato ob 20. uri 50 min. ponovno občni zbor in ugotovi sklepčnost, ker je od 50 članov, ki plačujejo članarino, navzočih 21.

Uvodoma se spominja smrti dr. Hawline in pozove člane, da se v spomin umrlega dvignejo s sedežev. Nato naznani dnevni red:

1. Čitanje in odobrenje zapisnika zadnjega občnega zbora.
2. Poročila odbornikov in revizorjev.
3. Volitve novega odbora, revizorjev in razsodišča.
4. Slučajnosti.

I. Zapisnik zadnjega občnega zbora se prebere in odobri.

II. Poročilo tajnika: Odbor je imel v preteklem letu 4 seje. Vložni zapisnik pokazuje 44 poslanih in prejetih spisov. Znanstvenih sestankov je bilo 6 s sledečimi predavanji:

- a) 20. III. 1951. Prof. dr. Zalokar: Regulacija preveč bolečih popadkov.
- b) 22. V. 1951. Primarij dr. Göstl: Ekspertiza v procesu Hribar.
- c) 12. VI. 1951. Dr. Kallay: O granulomatoznem obolenju zob in njega kirurgičnem lečenju.
- d) 15. XI. 1951. Dr. Kallay: Oralna sepsa.
- e) 20. XI. 1951. Dr. Kallay: Oralna sepsa (nadaljevanje).
- f) 11. XII. 1951. Primarij dr. Kunst: Beseda o prof. Holzknechtu.

Dr. Jamar: Nekaj rezultatov terapije z antitoksini pri raznih za tbc obolelih organih (s projekcijami).

Poleg tega sta bili dve ekskurziji, in sicer, prva v pivovarni Union, druga v Osrednje mlekarne.

Povprečna udeležba pri predavanjih 15, pri ekskurzijah 6.

Policijska uprava je potrdila na zadnjem občnem zboru sklenjeno spremembo pravil.

Poročilo tajnika se sprejme.

Poročilo blagajnika: Dohodkov je bilo v preteklem letu 1584,15 Din in ravno toliko izdatkov.

Imetje, naloženo v Poštni hranilnici, iznosi 2979,95 Din.

Poleg tega obstoja še društvena imovina, kakor je bila izkazana vsa prejšnja leta.

Poročilo revizorjev. Blagajna je v redu. Predlagajo absolutorij celemu odboru. Se sprejme.

III. Volitve. Soglasno je izvoljena odborova lista:

Predsednik: dr. Meršol Valentin.

Odborniki: dr. Kunst Alojzij,
dr. Fink Marija,
dr. Brenčič Lojze,
dr. Pintar Ivan,
dr. Bajec Oton,
dr. Kocijančič Viktor.

Revizorji: dr. Zalokar Ana,
dr. Praunseis Alojzij.

Razsodišče: dr. Hebein Jože,
dr. Lapajne Živko,
dr. Arko Joško.

Novoizvoljeni predsednik dr. Meršol se zahvali za izvolitev in omenja na kratko naloge Slov. zdravn. društva, Ker se zdravniška zbornica briga predvsem za gmotno stran zdravniškega stanu, ostane Slov. zdravn. društvu gojitev znanstvenega dela. Delati moramo za izpopolnitev medicinske fakultete v Ljubljani, če pa to momentano ni dosegljivo, pa na to, da vsaj ostane, kar imamo.

IV. Slučajnosti: Prof. dr. Zalokar opozarja na § 9 pravil Jugoslovanskega zdravn. društva, ki govori o prilagoditvi pravil sestavnih društev. Dalje ga skrbi Kernova slika, ki je potrebna restavracije. Docent dr. Matko izjavi, da je pripravljen nositi stroške popravila, kar se vzame z veseljem na znanje. Slika se odstopi Bolnici za ženske bolezni v Ljubljani.

Glede društvene knjižnice se sklene, da se tudi odstopi ženski bolnici, s pogojem, da je vsem zdravnikom na razpolago.

Dr. Dereani smatra, da je potrebno, da podpremo akcijo banovinskega sveta za medicinsko fakulteto in celo univerzo.

Po dolgotrajni debati, katere se udeležijo dr. Hudelist, dr. Pintar, dr. Avramovič, dr. Zalokar in dr. Meršol, se sprejme predlog dr. Dereanija, da se Slov. zdravn. društvo pridružuje apelu banovinskega sveta za neokrnjenost univerze.

Ravnotako se sprejme dodatni predlog prof. dr. Zalokarja, naj se medicinska fakulteta v slučaju, da je ni mogoče obdržati, pretvori v institut za praktično medicino.

Dr. Derani govori nato o svobodni izbiri zdravnikov, za katero moramo biti vsi v zaščito nas samih.

Dr. Kocijančič smatra za umestno, da se abituriente opozori, da je zdravnikov dovolj in preveč.

Ker se nihče več ne oglasi k besedi, zaključijo predsednik ob 21. uri 50 min. občni zbor.

Dr. V. Meršol, m. p.
t. č. predsednik.

Dr. V. Kocijančič, m. p.
t. č. tajnik.

I. Znanstveni sestanek Slov. zdravn. društva v Ljubljani dne 4. III. 1932. ob 18. uri v predavalnici Bolnice za ženske bolezni. Navzočih 44 zdravnikov.

Predaval je sanit. polkovnik dr. Matej Justin, upravnik Stalne Vojne bolnice v Ljubljani, o temi: **Vojni strupi in prva pomoč.**

Vojni strupi so kemične snovi, večinoma iz grupe halogenov in njihovih derivatov. Uporabljajo se v obliki plina, tekočine ali pa trdih snovi. Po načinu, kako delujejo na človeka, jih delimo v pet vrst:

1. Dušljivi plini ali dušljivci. Sem spadajo: klor, fosgen, difosgen, kloro-pikrin in bromaceton. Ako pridejo dušljivci v zadostni koncentraciji v nezavarovana pljuča, povzročajo takoj kašelj in končno zadušijo sleherno bitje, človeka ali žival.

2. Pravi strupi. Med temi sta najvažnejša cianovodenična kislina in ogljikov monoksid.

3. Koževci ali mehurjevci. V to skupino spadajo tekoči strupi, ki povzročajo na koži in sluznici lise, mehurje, opekline in razne hude rane. Znana sta zlasti iperit (ki se je prvič uporabljal v svetovni vojni na Yppru) in lewisit (Amerikanci ga imenujejo rosa smrti = dew of death), ki sta oba po svojem učinku zelo strašna.

4. Kihavci, ki razpršeni po zraku, dražijo sluznico v nosu in povzročajo neprestano kihanje, dalje dražijo tudi grlo in celotno ustno sluznico. K njim spada diphenylchlorarsen.

5. Solzavci, ki delujejo v glavnem na očesno sluznico. K tem štejemo kloro-pikrin, bezilbromid, bromaceton in dr.

Obramba in prva pomoč.

Pri mnogih vojnih strupih poznamo sredstva za nevtralizacijo. Tako je znano, da se s pomočjo klorovega apna da nevtralizirati pogubonosno delovanje strašnega iperita; fosgen se uniči z raztopino amonijaka, sode in kalijevega luga, kloropikrin z raztopino sode in milom itd.

Proti večini plinov se posameznik lahko zaščiti z masko in dihalnim aparatom, skupine ljudi pa v hišnih ali skupnih zavetiščih. Maske so aparati, ki nam prečistijo z različnimi vojnimi plini in strupi prepojeni zrak, preden ga vdihamo. Izolacijski ali dihalni aparati pa so napolnjeni s kisikom, ki nam služi za dihanje za časa nevarnosti vojnih strupov. Najbolj znani so Draegerjevi in Fenzi-aparati.

Hišna zavetišča naj bi se napravila v kletih in drugih podzemeljskih prostorih ali pa na dvoriščih in vrtovih. Zidana morajo biti tako, da se dajo hermetično zapreti in da so zaščitena proti napadu z bombami. Skupna zavetišča pa bi se nahajala v obliki podzemskih dvoran ali hodnikov pod trgi ali pa v obliki velikih rogov in jam na hribovskih, seveda potrebno opremljena, da bi res nudila pravo zaščito.

Poleg tega je potrebno organizirati in dobro opremiti reševalne oddelke, prijati vaje v dihanju skozi masko in z dihalnimi aparati itd.

Zanimivo predavanje dr. Justina so pojasnjevale številne projekcije.

Po predavanju se je vršila debata, katere so se udeležili dr. Kunst, dr. Meršol, dr. Kramarič in drugi.

II. znanstveni sestanek Slov. zdravniškega društva v Ljubljani dne 15. aprila 1932 ob 18. uri v predavalnici internega oddelka obč. državne bolnice. Navzočih 38 zdravnikov.

1. Dr. Ljudevit Merčun, asistent internega oddelka, predstavlja nekaj zanimivih slučajev z internega oddelka obč. drž. bolnice v Ljubljani (šef. dr. I. Jenko).

a) Predstavljena je bila 39 letna žena zidarja M. M., pri kateri je kolebala diagnoza pri sprejemu med: encephalitis acuta, meningitis, tumor cerebri in perniciozna anaemija.

Iz anamneze: Kot otrok ošpice in oslovski kašelj. V poznejši dobi glavobol po več tednov neprenehoma. 14 dni sem bruha ponoči in zjutraj. Pred bruhanjem močan glavobol. Zadnji teden spi 2 dni in 2 noči skupaj. Radi teh težav 4. marca 1932 prevoz v bolnico.

St. p. r.: ob sprejemu v bolnico: Somnolentna bolnica, srednje velike postave, zelo shujšana. Koža in vidne sluznice voščenoblede. Jezik suh, z atrofijo papil. Pupili reagirata na luč in akomodacijo zelo leno. Močna občutljivost pri pregibu tilnika, opistotonus naznačen.

Pljuča: bp. Na srcu anemični šumi. RR: 90 mm Hg. Tumor lienis.

Romberg: pozitiven. Temp.: 38,1° C. Puls 120.

Urin: Sledovi beljakovine, v sedimentu: posamezni leukociti, hialini in celični cilindri.

Radi suma na meningitis lumbalna punkcija: Likvor čist in brez patol. sprememb. Krvna slika dne 5. 3. kaže sledeči izvid:

Rahla neutrofilija in lifopenija, aneozinofilija. Število leukocitov znižano. (1125).

Sahli 16%. Število eritrocitov 950.000. V krvni sliki: Polychromazija, anisocitoza, megalociti in normoblasti. Krvni index: 1:1.

Diagnoza: Anaemia pernicioza.

Jasen primer, da poda krvna slika včasih, kakor v tem slučaju, točno diagnozo.

Therapia: z hepatratom in Insulinom; in sicer dobiva bolnica: od 14. 3. naprej hepatrat 3 vel. žlice in dnevno Insulin 20 E. Porast haemoglobina in teže v naslednjih dnevih:

16. 3. Sahli 17, teža 48 kg.

22. 3. Sahli 19, teža 49 kg.

25. 3. Sahli 22, teža 49 kg.

1. 4. Sahli 29, teža 49 kg.

12. 4. Sahli 36, teža 51 kg.

Pri odhodu iz bolnice dne 21. 4. Sahli 40%, teža 54 kg.

Število eritrocitov naraslo na 3,500.000.

b) Kot nasproten primer terapije se predstavi primer sekundarne toksične anaemije in sicer:

31 letna žena M. K., ki pove iz anamneze, da je bila kot otrok zdrava in da postaja perilo od oktobra 1930 zelo neredno, da izostaja po 2—3 mesece in da traja, kadar pride samo 2—3 dni. Zadnje perilo februarja meseca 1932. Zadnje 14 dni bruha zeleno vodo in ima močan glavobol.

St. p. r.: ob sprejemu: srednje velika, dobro rejena. Koža in vidne sluznice voščeno blede. Jezik vlažen, ne kaže atrofij, sicer organski izvid razen tumor

lienis negativen. Sahli 30%. Krvni index 0,8%. Skupno število eritrocitov 2.000.000. Vaginalno: se najde tumor uteri, ki sega 3 prste nad simfizo. Kljub terapiji z Arsenom, hepatratom in Insulinom pada Sahli na 20%. Nikjer krvavitve. Krvna slika kaže znake sekundarne, težke, toksične anaemije: Anisocitoza, polychromazija, bazofilna punktacija, oligohromija.

Diagnoza: Toksična anaemija, verjetnost maligne infiltracije v uteru ob obstoječi graviditeti.

c) Kot tretji slučaj je bil predstavljen 62 letni bančni sluga, ki ima aneurisma aortae v ascendentnem delu aortae. Etiologija je bila v tem primeru insufficientia aortae na endokarditični podlagi, ki je začela že v rani mladosti. Slučaj je radi tega zanimiv, ker so ponavadi aneurisme v aorti luetičnega značaja, kar pa v tem primeru ni bilo možno ugotoviti. WaR v krvi in v likvorju je bil negativen.

č) Uspešno terapijo diabetesa s Insulinom kaže 4. predstavljeni primer: je to 25 letna žena rudarja B. T. Familiarno ni obremenjena. Kot otrok je bila vedno zdrava. Leta 1922. prebolela špansko, leta 1927. vnetje maternice. Leta 1930. ji izostane perilo, muči jo huda žeja, je zelo lačna. Radi splošne slabosti pride na interni oddelek, kjer ji je bil konstatiran diabetes in pa cataracta diabetica, desno več kot levo. Pri sprejemu v bolnico rahla acidosa in 30 gr sladkorja v urinu in sicer ob prehrani, ki vsebuje: 24 gr ogl. hidratov, 45 gr beljakovine in 60 gr masti. To hrano prenaša s 64 E Insulina razdeljene na 3 x doze na dan, promptly. Po teku 4 tednov se poboljša toleranca v toliko, da rabi bolnica za isto hrano samo 4 E Insulina dnevno. Ker je operacija na prematuri katarakti nemogoča, se bolnico odpošlje z navodilom, da se vrne čez pol leta. Ponovna povrnitev v bolnico radi operacije katarakte v decembru 1931. Operacija je bila izvršena na obeh očeh na okul. odd. ljublj. spl. bolnice, prim. dr. Ješe. Za časa operacije in po operaciji dijetetična hrana, ki vsebuje 48 gr ogljik. hidratov, 50 gr beljakovine in 100 gr masti, in ob 40 E insulina. Bolnica, ki je bila preje čisto slepa, vidi sedaj z očali in je bila toleranca zvišana tako, da prenaša 48 ogl. hidratov brez Insulina. Sedaj pride bolnica nazaj v svrhu ugotovitve tolerance. Bolnica je bila doma ves čas brez Insulina in tudi z dijeto ni posebno štedila. Raditega je tudi momentano njena toleranca nekoliko slabša kot pri odhodu januarja 1932.

Ta primer kaže jasno edinstveno zdravljenje z insulinom, ki pa ima še danes iz različnih predsodkov mnogo nasprotnikov.

2. Primarij dr. V. Meršol predstavi bolnika internega oddelka N. N., ki ima febris biliosa haemoglobinurica (črnosečno mrzlico), in na kratko omeni bistvo in zdravljenje te bolezni. (Predavanje izide v Zdravn. Vestniku.)

Zdravniki, pijte in priporočajte „kavo Hag“

Nekoliko instrumentov iz zapuščine dr. O. Hawline je še na razpolago (faradizacijski stroj, ginekol. instrumenti, „Sezierbesteck“ i. dr.).

Vprašati pri: ga. A. HAWLINA - TRŽIČ.

VPRAŠANJA IN ODGOVORI

Tej številki so priložene vprašalne pole. Prosim gg. tovariše, da se jih v lastnem interesu čim pogosteje poslužujejo. Taki listki bodo priloženi vsaki drugi številki.

Vprašanja naj se pišejo čitljivo na eni strani četrtrinske pole. V posebno nujnih slučajih homo odgovorili po pošti še predno izide list. Kdor želi tak nujni odgovor, naj priloži pismu 10 Din v znamkah.

Vprašanje št. 1. Ali ima hoja šolarjev v bosih nogah vpliv na tvorbo ploščate noge ali ne in kakega?

Ploskonožnost je statična bolezen in je pri šolskih otrocih relativno redka. Statistično se računa samo približno 6% pri individuih do 12. življenjskega leta. Ploskonožnost, ki se v tej starosti pojavi, je večinoma posledica rahitide. Iz tega sledi, da hoja z boso ного ne more povzročiti ploskonožnosti, če ni stopalo vsled kake bolezni predisponirano. Hoja z boso ного je celo izvrstno profilaktično sredstvo zoper ploskonožnost, ker se na ta način ojači tibialis anterior in druge mišice, ki so pravzaprav glavna opora stopalnega oboka. Nošenje čevljev je torej medicinsko indicirano samo pri šolski deci, ki ima slučajno redek pes planus congenitus oziroma rhachiticus in mora nositi vložke.

Prim. dr. Minař.

Vprašanje št. 2. Ali je pri enostranskem kriptorhizmu operacija potrebna ali ne?

Želeti bi bilo, da se stavijo vprašanja kar najtočneje s popolno dijagnozo. V navedenem vprašanju bi bilo treba točno navesti, kake vrste kriptorhizma tvori predmetni slučaj. Če imamo opravka s kriptorhizmom v pravem pomenu izraza, to se pravi, da moda v območju njegove zunanje poti ni mogoče dokazati, v tem slučaju operativni poseg ne prihaja v poštev. Ako označi dijagnoza: „Kryptorchismus“ retencijo moda na zunanjem dimeljskem potu brez istočasno obstoječe dimeljske kile in brez drugih težav v obliki bolečin na pritisk ali vlak, v tem slučaju se priporoča spočetka, posebno v zgodnjih letih mladosti konservativna metoda, t. j. lahka masaža moda v smeri proti serotu. V teh slučajih bi nastopila operativna indikacija po mnenju nekatereh med 6. in 14. letom, drugi zopet — in to večina — pa priporočajo operativno zdravljenje šele po končani pubertetni dobi, ko ni več dosti upanja, da bo moda spontano descendirala in — seveda — če preje niso nastopile kake druge komplikacije kakor n. pr. kila. V splošnem pa lahko rečemo, da tudi v postpubertetni dobi bolniki le zelo redko želijo operativno korekturo z inkompletnem descensu enega moda brez drugih komplikacij, znak, da so težave tega defekta jako majhne.

Prim. dr. Blumauer.

Vprašanje št. 3. Kako se uporablja tuberkulin kot dijagnostikum?

Odgovor izide v prihodnji številki v obliki posebnega članka.

DNEVNE BELEŽKE

Osebnosti: Dr. Tomaž Furlan, sekundarij na Golniku je odpotoval na 10 tedenski študijski dopust v Pariz.

Dne 27. in 28. aprila t. l. se je mudil v Sloveniji g. Lj. Hofmanović, načelnik splošnega oddelka ministrstva za socialno politiko in narodno zdravje. Inšpiciral je razne bolnice, sanatorije in druge zdravstvene ustanove.

60 letnica srbskega zdravniškega društva. Dne 5. maja t. l. se je v Beogradu vršila imponantna proslava jubileja srbskega zdravniškega društva v prisotnosti

zastopnika Nj. Vel. Kralja, mnogo odličnih osebnosti in zastopnikov vseh jugoslovanskih zdravniških društev ter čehoslovaške zveze zdravnikov. Proslava je bila združena z otvoritvijo novega zdravniškega doma. Slavnostni govor je imel predsednik društva dr. Svetislav Stefanović. Slovensko zdravniško društvo je zastopal dr. Pirc.

V Beogradu je priredilo jugoslovensko-nemško društvo z medicinsko fakulteto in srbskim zdravniškim društvom lepo proslavo 50 letnice odkritja tuberkelbacila po R. Kochu.

V Pragi se bo ustanovil znanstveni institut za raziskavanje tuberkuloze. Ta zavod se priključi medicinski fakulteti češke univerze.

Ortopedski kongres v Zagrebu. Jugoslovansko ortopedsko društvo in Československa společnost ortopedicka priredita svoj prvi skupni kongres dne 3. in 4. okt. v Zagrebu. Na programu so referati o „socijalno-medicinski važnosti ortopedije“, dalje o „tuberkulozi kosti in sklepov“, o „rachitis-u“ in „polyomyelitis-u“. Drugi dan kongresa je določen za svobodne teme in je prijavljena že cela vrsta referentov. Nadaljne teme pa je treba prijaviti do najkasneje 31. julija 1932. Vse informacije daje g. prof. dr. Špišić, Zagreb, Palmotičeva 22.

Treznostni kongres na Cetinju. Dne 2., 3. in 4. julija t. l. se vrši jugoslovanski kongres treznosti na Cetinju, obenem z rednim občnim zborom obeh zvez abstinentov, v katerih so včlanjeni starejši in mladina. Posebni odbor skrbi s pomočjo banske uprave zetske banovine in cetinjske občine že sedaj za čim boljšo oskrbo, prenočitev itd. gostov. Pričakujejo se delegati iz vseh delov naše države, kakor tudi mnogi gosti iz inozemstva. Zagotovljen je izdaten popust za potovanje po železnicah, kakor tudi po morju do Kotorja, od tam pa z avtomobili preko Lovčena. Podrobne informacije pri: Savez trezvene mladeži, Beograd, poštanski fah 158, ulica Pašičeva br. 6.

Iz inozemskih univerz. Znani psihijater prof. Evgen Bleuler je dosegel 75. leto svoje starosti. Znameniti fizijolog in higijeničar prof. Maks Rubner je umrl dne 27. aprila t. l. v 78. letu starosti.

Umrli je tudi Sir William Watson Cheyne, profesor kirurgije na Kings College v Londonu in dvorni zdravnik angleškega kralja. Sir Cheyne si je pridobil velike zaslugе kot sodelavec Listera.

Mednarodna potovanja zdravnikov po Južni Franciji. Kakor vsako leto, priredi tudi letos Zdravniško društvo sredozemske obali (Société médicale du littoral méditerranéen) pod pokroviteljstvom medicinskih fakultet v Bordeaux-u, Lyon-u itd. potovanja zdravnikov po južni Franciji.

Program za letošnje poletje obsega: 1. Potovanje po Alpah od 26. junija do 6. julija t. l. in 2. potovanje po Languedoc, Les Cévennes in Pyrenejih od 28. avg. do 12. sept.

Potovanja se udeležijo sami zdravniki z družinami. Glede podrobnosti je pisati na: Secrétariat des voyages médicaux du midi de la France, à Nice 24 rue Verdi.

Dunajska medicinska fakulteta priredi svoj 44. nadaljevalni tečaj za zdravnike, in sicer o neurologiji in psihijatriji s posebnim ozirom na terapijo. Podrobne informacije se dobijo pri sekretarju dr. A. Kronfeld, Wien IX., Porzellangasse 22, kjer se sprejemajo tudi prijave.

*Zdravniku oprostite,
na deco svojo se ozira.
Bolezen — to je kapital,
čemu naj ga zatira?*

Goethe o zdravnikih in zdravilstvu. (Prevel Mile Klopčič.)

Dr. Emil Watzke: 10 let ginekološkega oddelka v Celju.

Celje, januarja 1952. Tiskala Zvezna tiskarna v Celju, založba ni navedena. Ob otvoritvi novega porodniškega paviljona v Celju je izdal g. prim. dr. E. Watzke brošuro, v kateri skuša podati sliko o delovanju starega ginekološko-porodniškega oddelka v dobi desetih let, kar je bil ustanovljen ta oddelek in ga je on upravljal.

V uvodu opisuje kronološko razvoj oddelka, ki je začel z borimi 2—3 sobami, pomanjkljivim instrumentarijem, nezadostnim številom strežniškega osebja in nedovoljno asepso. Celo dobo desetih let deli v 4 perijode: 1. 1. 1920.—21 — ustanovitev, začetno stanje in prvo delovanje oddelka, 2. 1921.—25. — preureditev oddelka, nameščenje lastnega perzonalna, 3. 1925.—29. — spremembe k izboljšanju in izpopolnjenju terapije in 4. od 1929. priprave in načrti za nov gin.-por. oddelek.

Prvotne in nadaljnje higijenske in aseptične razmere najjasnejše predočuje opis hodnika; ta je služil za vse mogoče, za operacijsko dvorano, vizitno sobo, sterilizacijsko sobo, zasilno bolniško sobo, obenem pa tudi kot prehod za perzonal, bolnice in obiskujoče. Da je bilo to mogoče toliko let po Semmelweisu, nam je popolnoma nerazumljivo.

Oddelek se je od leta do leta širil in izpopolnjeval na opremi, perzonalu itd., tako da se je do leta 1950. dvignilo število postelj od začetnih 15 na 40. — Prvih 6 let je deloval na oddelku en sam zdravnik. — Večjo pozornost se je posvečalo posebno raku, tuberkulozi in sepsi.

Ruptura uteri je obrazložena v svojem odstavku, pisana žal dokaj nelogično in večkrat nerazumljivo. Kdo razume n. pr. sledeče (str. 15, zadnji odstavek):

„1. Več zaporednih faz v legi ploda smo pred rupturo zasledovali 2krat: a) Dve fazi: trdi del „pod kožo“ fixiran nad grebenom d. ilei (plod*) in placenta v mezogastriju; b) tri faze: fundus 4 prste pod žličko (pri popku*), glavica ventralno in nad simfizo (nad popkom*), mali deli v levem epigastriju (incarcerirani v rupturi*) des. roba spod. segmenta.“

V celi dobi je bilo na oddelku 17 kompletnih in 3 inkompletne rupture; 4 so nastale v bolnici, ostale izven bolnice, približno polovica spontano, polovica pa po raznih porodniških posegih, izključno pri multiparah. Po sedežu in obliki ruptur jih razdeli avtor v 6 vrst, štirikrat je bila ruptura komplicirana z rupturo sečnega mehurja. V več slučajih so manjkali tipični simptomi. Terapija je obstojala v čim hitrejši operaciji, — v petih slučajih hysterektomia tot. abd., v enem amputatio uteri supravag. in v štirih exstirpatio uteri tot., — izvemši ostale de-zolatne primere. Mortaliteta znaša pri vseh 60%, samo pri kompletnih pa 70%.

V drugem odstavku so opisane ginekološke in porodniške sepse; prvih je bilo 56, drugih 81. Dali so bile vse to prave sepse (Friedmann, Schottmüller, Stoeckel itd.) ni nikjer omenjeno, iz statističnih tabel bi se pa dalo sklepati, da so všteta tudi različna druga febrilna obolenja. Zato je tudi uspeh na prvi pogled nadvse presenetljiv: mortaliteta je znašala le ca 25% (54 slučajev) in je skoro dvakrat tako visoka pri importiranih kot pri sepsah, nastalih v zavodu. Ta velika razlika, namreč benigniteta domačih in maligniteta importiranih seps, vzbudi pomislek, ali so bile zavodne in zunanje sepse v resnici identična obolenja. Da bi zgodnja terapija toliko vplivala na ugoden potek, je pri sepsi malo verjetno. Za boljše razumevanje bi bilo torej potrebno, pojem sepsa v knjigi natančno precizirati, oz. vsaj omeniti, katerih avtorjev se je pisatelj držal. Število porodniških „seps“ je

„*) Pri laparotomiji drugačen izvid.“

bilo v prvih letih precej visoko, proti l. 1927. je padlo, zadnja 5 leta se je zopet nekoliko dvignilo. Posebej so popisani smrtni slučajji na sepsi; dasi pa je na glavi tega odstavka napisano, da jih je bilo 34, jih je pri nadaljnjem opisu naštetih samo 33; tudi se ne more povsod sklepati na sepo kot smrtni vzrok, n. pr. 1 slučaj 1929, kjer je smrtni vzrok očividno akutna anemija.

V splošnem pregledu se razvidi iz tabele, da je bilo sprejetih v dobi 10 let 5606 ginekoloških bolnic in porodnic, od teh odpade pribl. $\frac{1}{3}$ na porodnice. Povprečni letni porast je 44 (od 307 na 745), na vsak oddelek jih pade polovica. Povprečna dnevna frekvenca l. 1930. je 2. Povprečna mortaliteta je znašala 1.69% in je v posameznih letih varijirala med 0.95% in 2.6%. Povprečna mortaliteta porodnic znaša po tej tabeli 1.59% (27 po številu). Vendar bi se moralo prišteti temu številu še nekaj več slučajev, kajti po opisu smrtnih slučajev na str. 23 in 71 spada na porodniški oddelek od skupnih 90 letalnih izidov (izvzemiš 5 dojenčkov) najmanj 33, kar zviša mortaliteto porodnic na 1.70%. Razen tega je bilo transferiranih 20 porodniško sprejetih, o katerih usodi ni nikjer ničesar omenjenega. Te številke govore same zase.

Terapija je bila v nad polovico slučajih kirurška. Večjih operacij je bilo izvršenih 267 abdominalnih, 161 vaginalnih, ostalih 2510. Primarna postoperativna mortaliteta ni izrecno navedena, dasiravno se to običajno stori v statističnih pregledih. Vseh smrtnih slučajev po večjih abdominalnih in vaginalnih operacijah je pod poglavjem operacije na str. 64 navedenih 40.

Med ginekološkimi obolenji zavzemajo veliko število vnetljivi procesi, splavi, nepravilnosti v legi spolovil; septičnih obolenj je na tem mestu 23 ginekoloških in 20 porodniških! Karcinomov se je zdravilo 156, med temi 13 ca corporis, 48 ca portionis, 13 ca colli, 10 ca ovarii. Splošno velja za vodečo operacijo pri ca colli razširjena totalna eksstirpacija po Wertheimu in po njej se računajo tudi uspehi operativnega zdravljenja. Zabeleženi sta v knjigi le 2 taki operaciji (l. 1925 in 1927) z letalnim izidom, v ostalih operabilnih slučajih je bila napravljena 16krat hysterektomia tot. abd. s 3 smrtnimi izidi, enkrat amputatio uteri supravag., 4krat adnexotomia, ena ovariektomia. Umrlo je karcinomov na oddelku 14 (str. 47), po opisu smrtnih slučajev na str. 71 pa 15. — Na str. 50/1 je zabeleženih jako veliko število neginekoloških obolenj, sprejetih na ginekološki oddelek, ki vsa najbrž niso spremljajoče bolezni, n. pr. 76 bolezni pljuč in srca, 44 bolezni prebavil, 75 očesnih bolezni, kar pri tolikšnem pomanjkanju prostora gotovo ni na mestu. — Izmed porodniških komplikacij pade veliko število na globoko prečno stanje, zanemarjeno prečno lego, nepravilne medenice in nepravilni sedež placente.

Pod poglavjem operacije so navedene posamezne operacije in njih število, število ozdravljenih in umrlih. Omenili smo že, da manjka primarna postoperativna mortaliteta in v več slučajih tudi indikacija. Zamudno je le-te iskati raztresene pod različnimi rubrikami, n. pr. pod sectio caesarea je navedenih 14 slučajev (10 ozdr., 4 umrle); razmetano po knjigi se najde, da je bila napravljena sectio 9krat vsled tesne medenice, 3krat vsled placentaе praeviae, enkrat je bil vzrok hydramnion, enega slučaja nismo našli nikjer. Isti nedostatek je tudi pri ostalih operacijah. Nejasno je tudi, zakaj je pri ventrosuspensio Doleris omenjenih 11

*Nihče ni mogel razumeti tega,
kako lepo se k duši nam telo prilega.
Kot za vse žive dni, tesno se skup držita,
in vendar venomer si dan grenita.*

Goethe o zdravnikih in zdravilstvu. (Prevel Mile Klopčič.)

operiranih in ozdravljenih slučajev, v popisu smrtnih slučajev vsled seps na str. 24 pod 1929 št. 5 pa vendarle najdemo en letalen primer po tej operaciji. — Od porodniških zavzemajo prvo mesto razkosavajoče operacije (perforatio, decapitatio, spondylotomia), t. j. 87. Omenili bi še, da je mortaliteta pri sectio caesarea 28,57%.

Na tem oddelku je dovolila uprava izpopolnjevati svojo por.-gin. izobrazbo 58 stažistom in subalternim zdravnikom.

Oblika in sestava posameznih odstavkov ne napravi ravno prijetnega vtisa. Hitro orijentiranje je nemogoče, ker so stvari, ki bi spadale skupaj, razmetane po raznih delih knjige, da jih mora čitatelj sam zbirati in spravljati v celoto. Zelo motijo pregled in tekoče čitanje pogosti in raznoliki oklepaji, večkrat tudi nejasno in pomanjkljivo izražanje in brezpotrebno okrajševanje. Oko žalijo pogoste pravopisne napake, n. pr. simfya, fixiran, decapitiran, vrzelj, enucleirati, intokacije (gen.), probekurettage, probelaparotomija, totalprolaps recidivans itd., a niti v tem ni doslednosti. Komentarji so povsod nezadostni in nepopolni, da si ni mogoče ustvariti jasne slike. Z ozirom na te neskladnosti in nejasnosti seveda tudi naš referat ni točen. Tudi nomenklatura je svojevrstna (hysterektomia tot. in exirpatio uteri tot., ca portionis vag.).

Na koncu knjige opisuje g. ing. Dolenc projektiranje in grajenje nove porodnišnice. Vodila so ga pri tem moderna higijenska načela, združena s praktičnostjo v obratu. Enonadstropni paviljon, zidan po sistemu dr. Dosqueta-Berlin, ima posamezne oddelke ločene in ima prostora za 74, v sili za 80 postelj (6 septičnih, 42 aseptičnih, 26 porodniških), za roentgenološki oddelek in ambulanco. Po vstavljenih slikah sodeč, napravi zgradba prijeten vtis, tloris pa pokaže primerno razdelitev prostorov v pritličju. Z ozirom na to pa, da v knjigi niso vsi načrti objavljeni, o razdelitvi prostorov in o celi zgradbi ne moremo ničesar izpovedati. Vendar se nam zdi nekoliko čuden tloris pritličja, iz katerega je razvidno, da se pride v porodno sobo le skozi sobo za bolnico.

Dr. Pavel Pehani,

asistent bolnice za ženske bolezni v Ljubljani.

IZ UREDNIŠTVA

Zdravniški vestnik izhaja mesečno razen v poletnih mesecih kot samostojno glasilo zdravništva v dravski banovini. Slovenski zdravniki ga zaenkrat dobivajo brezplačno. Za nezdravnike stane letos za celo leto Din 90. — Rokopisi in dopisi naj se pošiljajo na naslov dr. R. Neubauer-Golnik. Rokopisi naj se pišejo samo na eni strani $\frac{1}{4}$ pole, ako le mogoče s pisalnim strojem. Denarni prispevki in naročnina se nakažejo na konto pri poštni hranilnici, podružnica Ljubljana št. 15.495.

Tej številki je priložena vprašalna pola s programom za 5. nadaljevalni tečaj na Golniku.

Prihodnja 4. številka „Zdravstvenega Vestnika“ izide koncem junija t. l. in bo posvečena 10 letnici socialnega zavrovanja.

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

Tiskajo: J. Blasnika nasl. Univerzitetna tiskarna in litografija d. d. v Ljubljani.
Odgovoren Janez Vehar.

Gospod tovariš!

Karkoli naročate od tvrdk, ki inserirajo v Zdravniškem Vestniku, tudi če zahtevate samo vzorce in literaturo, vedno se sklicujte na

ZDRAVNIŠKI VESTNIK!

Za opazovanje živih bakterijev in suhih preparatov

ZEISS

Oprema za mikroskopiranje v temnem polju

Kardiodkondensator po Siedentopf-u
Parabolkondensator po Siedentopf-u
Leuchtbildkondensator za suhe preparate
Mikrofotografična oprema

Prospekti brezplačno pri

Carl Zeiss, Jena

ali

Generalno zastopstvo za Jugoslavijo

M. PAVLOVIĆ BEOGRAD

Mil. Draškovića (Sremska) ulica 9, Tel. 23.500.

Rave

Br. 360

NOVALCET

dvojne ploščice za burovo vodo

(Alum plumb. acet. basic.)

z ojačenim delovanjem antiseptične
primesi.

Novost na tem polju.

Cena minimalna t. j. škatljica z 4 pari
tablet samo Din 3.— za pacijente.

Brezplačne vzorce pošljemo na zahtevo radevolje.

Rave kemijsko-farmacevtsko d. d. ZAGREB.

Rave

Br. 213

GASTOL

odlični purgans v obliki deljivih čokoladnih tablet à 05 Phenolphthaleina. Za 30% cenejši kot inozemski preparati, kar je z ozirom na današnje gmotno stanje pacientov prav posebne važnosti.

Škatljica z 12 tablet Din 12.— za pacijente.

Kolegi, naročite takoj!

Dr. Emil Watzke:

10 let ginekološkega oddelka v Celju.

VSEBINA: Retrospektiva (kronološko) kot uvod. Dve specialni poglavji: 20 ruptur uteri intra partum; 137 ginekoloških in puerperalnih seps. Provenience bolnic. Frekvenca oddelka. Splošni statistični pregled in operacije (tabularično). Detaljna (plastična) statistika ginekoloških in porodniških slučajev. Operacije. Interkurentna obolenja porodnic. 61 smrtnih slučajev izvzemši seps. Tehnični članek inženira Antona Dolenca o zgradbi porodnišnice v Celju 9 slik.

Samozaložba. Naročila po priloženem čeku celjske bolnice. Cena za kolege znižana na 32 dinarjev.

Kolegi:

Naročajte knjižico svojega tovariša:

Dr. Slavo Grum

Dogodek v mestu Gogi

OTROK V PREDŠOLSKI DOBI

(od 1-7. leta)

Spisal

otroški zdravnik Dr. B. Dragaš.

Knjiga je prva te vrste v naši državi, je poljudnoznanstvena in pred vsem praktična. Vsebuje nego, prehrano, vzgojo in razvoj otroka. Ima 273 strani in je ilustrirana.

Dobi se pri avtorju
in v vseh knjigarnah.

Zdravniki,
povsod na čelo borbe proti tuberkulozi!

Podpirajte
PROTTUBERKULOZNO LIGO!

ZDRAVNIKI!

Ako Vas Vaši bolniki vprašujejo, kje naj prebijejo svoje počitnice, svetujte jim samo biser jugoslovenske rivijere, solčni, romantični

HERCEGNOVI

ob vhodu v krasno Boko Kotorsko!
Pa tudi kadar sami iščete kraj za svoj počitek, pojdite v Hercegnovi!

PARK-HOTEL „BOKA“

opremljen z vsem komfortom;
v tropičnem gaju palm, neprekosljivi razgled na sinje morje.
Cene od 90 do 110 dinarjev.

Vse informacije daje:
Park-Hotel „BOKA“ — Hercegnovi
Boka Kotorska.

ZDRAVILIŠČE ROGAŠKA SLATINA

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



Svetovno znani zdravilni vreli:

„Tempel“ - „Styria“ - „Donat“

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

Sezona od 1. maja do 30. septembra.

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

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

Zahtevajte prospekte.

**Ravnateljstvo zdravilišča
Rogaška Slatina.**