

# 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, JUNIJ-JULIJ 1940

ŠTEV. 6-7

## KEMIKA D. D., ZAGREB

*priporoča svoje preizkušene domače preparate:*

### AMBESID

zanesljivi preparat p-aminobenzolsulfamida v obliki praškov, injekcij in mazila.

Zanesljivo baktericidno sredstvo za zdravljenje infekcij s strepto- in stafilokoki kot tudi drugimi bakterijami.

Tablete po 0,4 gr. Orig. fiola z 20 tabletami.

Ampule po 2,5 ccm 5% raztopine. Škatla s 5 ampulami.

Mazilo vsebuje 10% Ambesida in 33% ribjega olja. Orig. tuba s 30 gr.

**Indikacije:** vse infekcije s strepto- in stafilokoki, posebno erisipel, septične bolezni, angina, hripa, gonoreja, sept. abortus itd.

**Doziranje:** 3krat 1–2 tableti, 1–2 ampuli intramuskularno na dan.

Bolniki ga odlično prenašajo, nima nezaželenih učinkov, ne povzroča motenj v prebavnem traktu.

### KALMOPYRIN

kalcijeva sol acetilosalicilne kisline.

Najdovršenejši preparat salicilne kisline.

Deluje zanesljivo in sigurno, bolniki ga odlično prenašajo, nezaželenih učinkov nima.

V prometu je v orig. škatlah po 10 ali 20 tablet po 0,5 gr in kot prah za recepturo. Ker se topi v vodi, se lahko dodaja solucijam, infuzijam itd.

**Izvolite vedno dajati prednost dobrim domačim preparatom!**

# Vsebina šestega in sedmega zvezka

Dr. M. S. Tasić: Oskrbovanje zastrupljenih ranjencev . . . . .	185
Dr. S. Prevec: O togi zenici in Adievem skupku . . . . .	193
Dr. B. Kunc: Doprinos k patogenezi varikoznega ulkusa . . . . .	204
Dr. S. Rakovec: Urogenitalna tuberkuloza . . . . .	206
Dr. S. Lutman: Transfuzija krvi v praksi . . . . .	213
Dr. M. Kamin: Psihiatrično udejstvovanje v kriminologiji . . . . .	216
Dr. M. Černič: Vejališče za naše strokovno besedje in izrazje . . . . .	221
Bitja in žitja: Dr. Janez Gašper Corusi . . . . .	224
Dr. Iv. Krst. Brložnik . . . . .	225
Vprašanja — Odgovori . . . . .	226
Iz zdravniškega slovstva . . . . .	227
Iz zdravniških društev . . . . .	231
Drobiž . . . . .	236
Iz uredništva in uprave . . . . .	236

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

priporoča svojo veliko zalogo novitet iz medicinske literature in vljudno vabi gospode zdravnike na brezobvezen ogled. Knjige in časopise dobavlja po najnižjih cenah.

Kadar Vaša naročila za knjige in časopise odstopite firmi

**ADOLF MOSTBECK**

ZASTOPSTVO MEDICINSKE KNJIGARNE

**URBAN & SCHWARZENBERG**

**BEOGRAD, OBILIČEV VENAC 52/I.**

POŠTANSKI FAH 371.

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

*„Pri  
akutnem enterokolitisu  
in gastroenteritisu  
je deloval*

## *Entero-Vioform*

*z veliko pravilnostjo.*

*Po 1-2 dneh so driske in nemir v  
abdomnu prenehali in po 3-5 dneh  
je bilo normalno stanje zvečine zopet  
ozpostavljeno.“*

H. Kapp, medicinska klinika univerze v Bazlu.  
(Klin. Wochenschr., št. 50, 1937.)



Vzorci in literatura preko Mr. ph. V. Jelovac, Kr. Milutina 56, Beograd.

**Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz)**

# 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**

# ZDRAVNIŠKI VESTNIK

## STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA

LETNIK XII

LJUBLJANA, JUNIJ-JULIJ 1940

ŠTEV. 6-7

Iz vojne bolnice v Mariboru (upravnik dr. M. S. Tasič)

### Oskrbovanje zastrupljenih ranjencev

Dr. Miloš S. Tasič, sanitetski major

V začetku pretekle svetovne vojne so kirurgi po prvih tragičnih iznenadnih sprevideli, da so jih nepravilna načela predvojne vojaške kirurgije zavedla na napačno pot, zato so hitro prešli na druge metode zdravljenja. Te metode so se kasneje z ogromnim izkustvom prečistile, učvrstile in dogradile v načela, ki danes urejajo sleherno delo na bojnih poljanah. V sedanjo vojno stopajo kirurgi torej z jasnimi pogledi na oskrbovanje ranjencev. Čeprav bi naleteli na večje ali manjše organizacijske težkoče, ki bi nastale radi uporabe novega, nepoznanega orožja za borbo, popolnoma strdovnih težkoč in nerešenih problemov gotovo ne bi bilo. Niso še razčiščena vsa vprašanja, kako naj ravnamo z zastrupljenimi ranjenci, zato bi lahko prišlo do usodnih blodenj. Ta vprašanja pa niso še prečiščena zato, ker so izkustva iz pretekle vojne v tem pogledu tako siromašna, da se še niso mogla izoblikovati pravilna mišljenja in se niso izgradila načela. Število zastrupljenih ranjencev je bilo neznatno v primeri z običajnimi ranjenci (37 zastrupljenecv nasproti 20.000 običajnim ranjencem v eni sami enodnevni bitki pri Champagne-i), ker je bila v pretekli vojni taktična uporaba bojnih strupov povsem drugačna v primeri z izgledi, ki jih nudi bodočnost.

Bojne pline so uporabljali skoro izključno v obliki tako zvanih strupenih valov (klor) in zato so po takem valu naleteli izključno na zastrupljence, ne pa na zastrupljene ranjence. Prav tako so streljali na obrambne sektorje z artilerijskimi zrni, ki so bila polnjena z malimi množinami eksploziva in s čim večjo količino bojnih strupov v namenu, da bi se strupi ob eksploziji čim manj razredčili in bi bila na ta način njihova koncentracija v atmosferi čim večja.

Dandanes se je taktična uporaba bojnih strupov zelo izpremenila. Do spuščanja strupenih valov verjetno ne bo prišlo radi mnogih neugodnosti tega načina uporabe bojnih strupov. Granate, napolnjene z bojnimi strupi bodo imele mnogo več eksploziva kakor nekoč, ker je za neke strupe (arzine) potrebna čim večja eksplozija, da se na ta način čim jačje razprše, nasprotno pa so za druge bojne strupe dosegli že tako veliko stabilnost, da tudi jačje eksplozije ne nudijo pravilnega zastrupljenja terena.

Pred vsakim kemičnim bombardiranjem je običajno razbijalno bombardiranje, ker moramo zaklonišča najprej razbiti, potem šele jih zasujemo s strupi. Kemično bombardiranje bo vsekakor mešano najprej s strupi solziveci in kihaveci, da bi na ta način prisilili ljudi, da snamejo plinske maske in šele nato bi začeli zastrupljati teren s hudimi bojnimi strupi. Slišali smo že v tej vojni o strahovitih učinkih razbijalnega bombardiranja z letalskimi bombami. Razbijalno bombardiranje, ki ga spremlja mešano kemijsko bombardiranje, pa nudi še straš-

nejše perspektive. Zato torej lahko računamo, da bo v bodoči kemični vojni število zastrupljenih ranjencev naglo naraslo. O problemih, ki bodo takrat nastali, moramo razmisliti in si pripraviti gotovih praktičnih zaključkov, ki jih bo pozneje še modificiralo izkustvo, vendar pa nam bodo v prid.

Vsak zastrupljeni ranjenec nam daje dvojno sliko: kirurško in medikalno. Kirurgi razvrščajo ranjence v kategorije z ozirom na večjo ali manjšo nujnost kirurške intervencije. Drugi zdravniki pa razvrščajo zastrupljence z ozirom na naravo strupa in jih izolirajo kakor nalezljive bolnike ali pa jih imobilizirajo kot kandidate za pljučni edem in srčne motnje. Kirurg je lahko mišljenja, da je pri nekem zastrupljenem ranjencu potrebna njegova najhitrejša intervencija, medtem ko zahteva kdo drugi, da je potrebno zastrupljenca čimprej imobilizirati radi pretečega pljučnega edema. Zastrupljeni ranjenec torej, ki je pod vplivom dvojnega šoka in dvojne zastrupitve, postavlja zdravnike pred težko dilemo: ali naj riskirajo smrt radi zastrupitve in zdravijo poškodbo, ali naj riskirajo smrt radi poškodbe in zdravijo zastrupitev, ali naj čakajo konca latenčne periode zastrupitve, ali naj intervenirajo v tej periodi (P a i t r e)? Gledišča na ta medikokirurški problem so si nasprotna, da se nam zde skoro nezdržljiva.

Rešitev vsega problema pa je v pravilnem izboranju zastrupljenih ranjencev, pri čemer je treba imeti na umu tri stvari:

1. naravo samega strupa,
2. težino zastrupljenja,
3. težino poškodbe.

To izbiranje (triaža), najsi bo na divizijskem zavojišču, najsi bo na postaji za prvo pomoč v zaledju, mora biti zelo vestno in v velikem duhu znanosti. Od njega je odvisno vse kasnejše delo in ves uspeh zdravljenja teh pretežkih bolnikov. To delo naj opravljata skupno: zdravnik, ki je dobro poučen o bojnih strupih, in izkušen kirurg. Koristno je sodelovanje okulista in oto-rino-laringologa in kadar je le mogoče, naj izpopolnita ta dva strokovnjaka ekipo za izbiranje ranjencev.

Podatke o narodi strupov moramo zahtevati od detektorskih postaj. Če iz katerih koli razlogov ne moremo dobiti teh podatkov, potem nam bo pomagala v orientaciji klinična slika. Če so se pokazale najprej spremembe na očeh, potem je najbolje, da proučimo vpliv solzenja na bolečine v očeh. Če se oči solzijo in se pri tem bolečine pojačujejo, imamo po vsej verjetnosti opravka z bromencilom. Če solzenje zmanjšuje bolečine, pa se istočasno pojavlja kašelj in dražljaj na bljuvanje, imamo opravka s klorpikrinom. Če solzenje niti ne zmanjšuje niti ne povečuje bolečin v očeh, pri vsem tem se pa bolnik duši, kašlja in kiha, imamo verjetno opravka z bromacetonom ali palitom. Če so se spremembe na očeh zakasnila, pa smo zasledili pri ranjencih nazo-laringotrahealne znake, imamo opravka z iperitom. Pri razpoznavi je za orientacijo zelo važno pojavljanje mehurjev. Zgodnji mehurji z motno in gnojno vsebino na nepokritih mestih kože nastopajo pri kloriranih arzinih. Kasni mehurji z bistro vsebino pa se pojavljajo pri zastrupljenju z iperitom. Pri slehernih znakih dušenja moramo iskati okvar na koži in sluznicah. Če jih ne najdemo, ima dušenje svoj vzrok v zastrupljenju s klorom ali fosgenom. Če se pojavi dušenje hkrati z očesnimi poškodbami in pri tem ne najdemo okvar na koži, imamo opravka z bromacetonom ali palitom. Iperit povzroča dušenje hkrati s poškodbami na koži in očeh. Začetni znaki delovanja arzinov so okvare kože in oči, dušenje in močno kihanje.

Te kratke smernice smo navedli samo v svrhu prve orientacije. Če pa hočemo točno odrediti narodo strupov in težino zastrupljenja, se moramo poslužiti podrobnih kliničnih in laboratorijskih preiskav.

Po vsestranskem proučenju vsakega posameznega primera naj zdravnik razvrsti zastrupljene ranjence v dve skupini:

1. zastrupljence z dražljivci (solziveci in kihaveci),
2. zakstrupljence z mehurjevci, zadušljivci in reverzibilnimi strupi.

Zastrupljeni iz prve skupine spadajo v vrsto lahko zastrupljenih, zastrupljeni iz druge skupine v vrsto težko zastrupljenih. Pri tem moramo opozoriti, da ni dovolj, če samo ugotovimo, da je bil ranjenec zastrupljen s fosgenom, iperitom, arzinom itd. in da ga takoj uvrstimo v skupino težkih zastrupljencev. Poleg tega moramo tudi oceniti okolnosti, v katerih je zastrupljenje nastalo, trajanje delovanja strupov in težino njihovega delovanja. Vzemimo primer: Ranjenec je bil z dobro nameščeno masko na obrazu izpostavljen delovanju iperita v slabi koncentraciji in kaže le neznatne opekline po golih delih telesa. Takega ranjenca torej ne bomo uvrstili v skupino težkih zastrupljencev, temveč med lahke zastrupljene. Drugi primer: Ranjenec je bil za kratek čas izpostavljen delovanju reverzibilnih strupov (HCN, CO) in razen lahkega glavobola, bruhanja in okornosti mišic ne kaže drugih znakov globljega zastrupljenja. Tudi tega ranjenca moramo uvrstiti v skupino lahkih zastrupljencev. Točna cenitev, kako globoko in težko je zastrupljenje, je prav tako važna kakor dokazovanje bistva samih strupov. Od teh dveh činiteljev je odvisno, v katero skupino bomo zastrupljenega ranjenca uvrstili. Končno je tudi zdravnikova dolžnost, da poleg bistva samega strupa in težine zastrupljenja v vsakem primeru dožene trajanje latentne periode zastrupljenja. Kakor bomo videli kasneje, je ta latentna doba zelo važna ob priliki morebitnih večjih kirurških podvigov.

Ko zdravnik konča svoje delo, potem prične kirurg izbirati ranjence po že ustaljenih načelih vojne kirurgije. Kirurg razvršča ranjence v tri skupine:

1. one, pri katerih je kirurška intervencija najnujnejše indicirana,
2. one, pri katerih je nujno indicirana in
3. one, ki lahko čakajo na kirurško intervencijo.

Prvi skupini sta skupini težkih ranjencev, tretja je skupina lahkih ranjencev. Na ta način dobimo torej tri kombinirane skupine:

1. težke ranjence, ki so lažje zastrupljeni,
2. lažje ranjence, ki so težko zastrupljeni in
3. težke ranjence, ki so težko zastrupljeni.

Zastrupljene ranjence iz druge skupine moramo pričeti čimprej zdraviti radi zastrupitve. Kirurško zdravljenje njihovih poškodb mora biti čimbolj konservativno. Če pa moramo vendar tudi pri njih kirurško intervenirati, moramo to intervencijo po možnosti odložiti na kasnejši čas, zmanjšati jo na čim manjši obseg in jo dovoliti le pod pogojem, da ne bo izzvala niti najmanjšega operativnega šoka.

Pri težkih ranjencih, ki so težko zastrupljeni, se bomo ravnali po sledečih načelih: Če je rana sama take prirode, da njena spontana evolucija ne bo ogražala življenja, moramo taktizirati, odlagati in čakati povoljnega trenutka za kirurško akcijo. Če pa je rana takšne prirode, da bo njen spontani razvoj privedel do gotove smrti, potem moramo brez vsakih ozirov in slehernega odlaganja kirurško intervenirati. Radi razumevanja naj navedemo nekaj navadnih primerov. Ranjenec je zastrupljen s palitom, pljučni edem je že popolnoma razvit, diha težko, cianotičen je, njegov krvni tlak je nizek, bilo je hitro in slabo. Na goleni ima kompliciran prelom kosti od šrapnela, rana je velika, polna tujkov, grdega izgleda in kaže znake plinaste flegmone. Ker bi spontana evolucija rane dovedla do gotove smrti, moramo takoj operirati. Drugi primer: Ranjenec je zastrupljen z iperitom in je v latentni dobi zastrupljenja, pljučni edem se še ni razvil, bilo je dobro, krvni pritisk dober. Ranjenec ima perfora-

tivno trebušno rano od krogle iz puške. V smeri, v kateri je prešla krogla, so važni trebušni organi, ki so bili prav gotovo prestreljeni. Ker vodi spontana evolucija rane v gotovo smrt, moramo takoj operirati. Izkoristiti moramo v ta namen latentno dobo zastrupljenja. Tretji primer: Ranjenec je zastrupljen s fosgenom, pljučni edem se je popolnoma razvil, krvni pritisk je nizek, bilo hitro, v krvi poliglobulija, cianoza, ranjenec se duši. Punktiformna perforativna rana skozi prsni koš od krogle iz puške, ki je šla skozi periferne dele pljuč. Toraks je zaprt, mikrobiološka analiza vsebine rane je povoljna. Spontana evolucija rane ne bi ogrožala življenja. Takojšnja kirurška intervencija torej ni potrebna. Če je nujno, izpraznimo hemotoraks, sicer čakamo in pazljivo bdimo nad tokom in interveniramo ob pravem času, če je potrebno.

Znano nam je, da imajo zastrupljenja z dušljivci in mehurjevci latentno dobo, ki lahko traja do 48 ur, odvisno od prirode strupa in težine zastrupljenja. To dobo moramo izkoristiti, dokler se še niso razvile velike spremembe na pljučih in na vsem organizmu, za operativne podvige pri ranah, ki bi s spontano evolucijo privedle zastrupljenega ranjenca v gotovo smrt. Zato se moramo podvizati in takoj operirati. S tem bomo prehiteli nepovoljne pojave, ki bi postavili sicer neodložljivo operacijo kasneje v povsem slabe okolnosti. V nobenem primeru pa ne smemo te latentne dobe izkoristiti za kirurške intervencije, ki jih lahko odložimo na kasnejši čas. Kajti v tem zatišju pred burjo je vendar organizem globoko zastrupljen, dasi trenutno ne kaže znakov težkih organskih okvar in ga torej ne smemo stavljeti pred nove preizkušnje, če ni ravno velika sila. Razumljivo je, da je tudi po preteku latentne dobe, že v kritični dobi zastrupljenja, kirurški akt popolnoma upravičen, če od njega zavisi obstanek življenja. Ko preteče kritična doba zastrupljenja, se večajo kirurške možnosti. Toda tudi takrat ne smemo pozabiti, da je zastrupljeni ranjenec še vedno pod vplivom strupa in da zato težko prenaša vse večje kirurške podvige. Zato se moramo v vsakem primeru zadovoljiti s kirurško akcijo, ki naj bo hitra, enostavna in čim manjša.

### Vprašanje narkoze.

Težko zastrupljeni ranjenci pridejo kirurgu v roke v jako slabem stanju. Zračna pota v pljučih so zatrpna, edem je prekvasil cele pljučne bloke, izmena plinov je motena; srčna mišica je oslabela v borbi proti stazi, krvni pritisk je nizek, bilo je hitro; kri je gosta in anoksemična; ledvične funkcije so poškodovane. Kakšno narkozo naj uporabljamo? Na to vprašanje so že odgovarjali mnogi avtorji (Camoriano, Chambon, Perier, Bone, Bilnod, Monod, Becker itd.), pa vendar izgleda ves problem še nerazvozljan.

Razumljivo je, da ne pridejo v obzir preveč burne narkoze z etrom, kloroformom in kloretilom, ker ne povečavajo le zatrpanosti zračnih poti v pljučih s tem, da pojačujejo izločevanje sluzi, marveč tudi pospešujejo edem (eter), slabijo že itak oslabelo srčno mišico, zmanjšujejo že od preje nizki krvni tlak, otežkočajo že itak zmanjšano izločevanje seči in povečavajo možnost kolapsa (kloroform), ki je velika tudi brez narkoze. Dušikov protoksid, pomešan z 20% kisika, in etilen v mešanici z 12% kisika ne dražita zračnih poti v pljučih, nista nevarna krvnemu obtoku in ledvicam. Mešanje s kisikom je neobhodno potrebno. Vendar pa v takem primeru ne dovedeta do popolne narkoze in ju moramo dopolniti z Avertinom. Razen tega moramo razpolagati za to narkozo z nalašč izvežbanim osebjem in imeti komplicirano aparaturo, kar vse ni v skladu z okoliščinami, ki so na bojnem polju. Ciklopropan, pomešan s 60% kisika, je idealen narkotikum za zastrupljene ranjence. Že v mali koncentraciji



dovede do globoke in trajne narkoze, ni nevaren pljučem, krvnemu obtoku in ledvicam, dovoljuje, da organizmu istočasno dovajamo kisik in je pripraven za doziranje, ker je njegova toksična meja zelo visoka. Na žalost ima tudi ta narkoza iste neugodne strani, kakor prvi dve, tudi zanjo je potrebno posebno izučeno osebje in komplicirana aparatura. Ciklopropan je v mešanici s kisikom ali zrakom eksplozivna snov! Ciklopropan je torej ideal, ki ga lahko dosežemo samo v velikih bolnicah v zaledju, ne pa na bojnem polju.

Hipnotični izdelki, ki so derivati barbiturne kisline (Soneril, Numal, Somnifen, Evipan, Eunarcin, Avertin, Rectanol, Nembutal itd) imajo pred prej naštetimi narkozami nesporne prednosti, ker je njihova uporaba enostavna, hitra in zanjo ni potrebna nikaka komplicirana aparatura niti posebno izučeno osebje. Istočasno lahko tudi dovajamo organizmu potrebni kisik. Vendar pa imajo tudi ta sredstva neugodne strani: s svojim depresivnim delovanjem na možganske centre dihanja in krvnega obtoka pojačujejo dušenje in zmanjšujejo krvni pritisk (Avertin za 2—4 cm/kg po Paitre-u). Radi nevarnosti pljučnega edema pri ranjencih, zastrupljenih z dušljivci tudi ne smemo uporabljati korektivov (adrenalina, efedrina); omenjena sredstva tudi delujejo na ledvice v tem smislu, da zmanjšujejo izločevanje urina. Zato jih ne uporabljamo s pridom pri ranjencih, ki so v šoku, posebno pa pri onih, ki so globoko zastrupljeni z iperitom ali z arzini. Peroralni način narkoze smo opustili, ker je prepočasen, več ur je namreč potrebnih, da dosežemo zadosten učinek; videli smo pa, da pri težko zastrupljenih ranjencih, ki smo se pri njih odločili za operacijo, često nimamo časa čakati. Rektalni način (Rectanol, Avertin) prav tako ni praktičen. Predhodno moramo namreč izvršiti mnogo pregledov in tudi ne dobimo popolne narkoze in često moramo dati še dopolnilno narkozo (D e s m a r t è s), kar pa je v omejenih okoliščinah v sanitetskih ustanovah na bojnem polju često neizvedljivo. Vendar pa ne smemo pozabiti, da je Avertin posebno primeren pri ranjencih, ki so zastrupljeni s fosgenom, pod pogojem pač, da krvni pritisk ni prenizek. Poleg markotičnega delovanja Avertina se koristimo tudi z njegovim sedativnim delovanjem na vagus (K o v u t z), s čemer istočasno zmanjšujemo, v lažjih primerih tudi preprečujemo pljučni edem.

Najprimernejša je vsekakor narkoza z intravenoznim vbrzganjem barbiturnih derivatov. Izmed vseh preizkušanih preparatov se odlikuje po svojih lastnostih Evipan, ker že sam po sebi zadostuje za popolno narkozo, deluje hitro in ga radi tega tudi imenujejo »bliskoviti narkotikum«. Njegova toksična meja je zelo visoka in nudi radi tega dovolj veliko varnost. Lahko ga dajemo frakcionirano in v progresivnih dozah, istočasno pa lahko ranjencem tudi dovajamo kisik, če so se pojavili znaki dušenja. Ranjenčevo stanje se ne poslabša, še več, Evipan ima tudi terapevtsko delovanje, ker sedativno vpliva na vagus in s tem zmanjšuje pljučni edem. Vendar pa tudi Evipan ni brez depresivnega učinka, ki ga ima vsak barbiturni proizvod na organizem. Pri Evipanu pa je ta učinek izražen v najmanjši meri, mogoče je pa tudi strah pred tem depresivnim stanjem nekoliko pretiran. H e c k s t e d e n je dokazal, da mačke in zajci, ki so bili zastrupljeni z dušljivci, dobro prenašajo narkozo z Evipanom in da se mortaliteta ne povečava. B o s s e je edini imel priložnost, da izkoristi to narkozo (Eunarcin) pri zastrupljenih ranjencih ob priliki eksplozije v Rheinsdorfu. Uspeh je bil zelo dovoljen. Ostali avtorji pa navajajo le svoja opažanja v poizkusih, ker razen v navedenem primeru doslej še ni bilo prilike za uporabo tovrstne narkoze.

Poznane so nevarnosti lumbalne anestezije pri bolnikih, ki so v stanju šoka, ki imajo nizek krvni pritisk in ki so izkraveli. Pri zastrupljenih so vsi ti pojavi često še jačji kakor pri navadnih ranjencih, zato je pri njih nevarnost

okvare medule oblongate še večja (Paitre), ker nastalih motenj ne smemo popravljati z adrenalinom in efedrinom. Na ta način bi lahko nastal pljučni edem ali bi se še pojačal. Iz teh vzrokov pride pri zastrupljenih ranjencih lumbalna anestezija redkokdaj v obzir. Epiduralna anestezija je sicer popolnejša od lumbalne v tem, da deluje tudi na simpatični sistem. Na ta način pa je krvni pritisk še huje prizadet in je njegov padeč znatno večji kakor je pri lumbalni anesteziji. Iz teh razlogov ima torej epiduralna anestezija še manj izgledov, da bi jo s pridom uporabljali pri zastrupljenih ranjencih.

Lokalna in lokalno-regionalna anestezija sta najprimernejši za delovanje na sensibilne poti. Nista nevarni in nimata neugodnih strani, kakršne smo navedli pri drugih narkozah. Razumljivo je, da dopuščajo tovrstne anestezije samo kratke kirurške posege in se z njimi ne moremo koristiti v toku dolgotrajnih operacij.

Pri izbiranju narkoze moramo imeti na umu: prirodo strupa, težino zastrupljenja in težino poškodbe. Pri težkih ranjencih, ki so bili lahko zastrupljeni, veljajo splošna pravila vojne kirurgije in zato pri izbiranju narkoze smatramo, da zastrupljenja ni bilo in torej oskrbujemo te ranjence kakor običajne težke ranjence. Pri lahkih ranjencih, ki so težko zastrupljeni, se poslužujemo lokalne in lokalno-regionalne anestezije, kakor pač narekuje potreba. Pri težkih ranjencih, ki so težko zastrupljeni, moramo vzeti v obzir naravo samega strupa. Pri ranjencih, ki so se zastrupili z iperitom, radi večjih opeklin kože ne bo uspela lokalna ali lokalno-regionalna anestezija, razen v primeru, da delamo na zdravih in neokvarjenih predelih kože. Zato se v takih primerih poslužujemo narkoze z Evipanom. Pri ranjencih, ki so zastrupljeni z zadušljivci, uporabljamo lokalno in lokalno-regionalno anestezijo samo pri kratkotrajnih operacijah, sicer uporabljamo Avertin ali Evipan, bodisi samega, bodisi skupno z lokalno in lokalno-regionalno anestezijo v primeru večjih kirurških podvigov, pod pogojem seveda, da ves čas narkoze ranjencem dovajamo kisik. Paitre daje sledeč nasvet: lokalno anestezijo nasvetuje pri poškodbah na obrazu, ciklopropan za poškodbe prsnega koša in trebuha, Evipan sam za poškodbe udov, Evipan skupno z lokalno anestezijo za kratkotrajne operacije. V obsežnem članku o narkozi zastrupljenih ranjencev zaključujeta R. M o n o d in P. H a m b u r g e r sledeče:

1. lokalno-regionalna anestezija je izborna metoda, ki jo uporabljamo vedno, kadar je to le mogoče;

2. uporaba prenarkotičnih sredstev je priporočljiva; z njimi dopolnjujemo lokalno anestezijo, moramo pa jih uporabljati previdno;

- 3, če lokalna anestezija ni zadostna ali če ni možna, uporabljamo intravenozno narkozo z Evipanom v vseh ustanovah, ki so bližje fronti; v ustanovah pa, ki so od fronte oddaljene, uporabljamo rektalno narkozo z Rectanolom (Avertinom);

4. narkozi z etrom in kloretilom sta kontraindicirani predvsem v začetku zastrupljenja, še pred nevarnostjo pljučnega edema. Če nimamo tekočih narkotičnih sredstev za vbrizgavanje, potem smemo od izparljivih narkotikov uporabljati edinole kloroform, bodisi sam, bodisi kot dopolnilno narkozo;

5. narkoze s plini: dušikov protoksid in ciklopropan, niso pripravne pri zastrupljenih ranjencih, zlasti ne v pričetku zastrupitve; kasneje pa, ko je že prešla faza draženja in povečanega izločevanja so indicirane vedno, kadar izključuje stanje pljuč uporabo etra. V tej fazi prav tako lahko uporabljamo mešanice po tipu S c h l e i c h ;

6. združenje večih narkoz po načrtu: a) prednarkoza, b) lokalno-regionalna anestezija, c) dopolnilna narkoza z Evipanom ali kloroformom ima, kakor izgleda, največ prednosti v tem, da lahko kombiniramo po volji;

7. pred in po narkozi moramo popravljati anoksemijo na ta način, da dovajamo organizmu velike doze kisika. Nekaterim zastrupljenim ranjencem mnogo koristi bivanje v kisikovem šotoru po izvršeni operaciji.

Kakor vidimo, za zastrupljene ranjence še niso našli idealne narkoze, posebno za one ne, ki jih oskrbujemo na bojnem polju in zato so radi različnih nazorov poedinih avtorjev možne še različne rešitve tega vprašanja. Na kirurgovi iznajdljivosti je, da izmed številnih in raznovrstnih narkoz izbere ono, s katero bo dobil najboljši zaželjeni učinek in ki bo imela za bolnika največ koristi. Pri tem mora imeti vedno na umu: težino poškodbe, narodo strupa, težino zastrupljenja, okolnosti, v katerih je in sredstva, ki z njimi razpolaga.

### Kirurško zdravljenje.

Omenili smo že, iz kakšnih razlogov smatramo težke ranjence, ki so bili samo lahko zastrupljeni, za običajne težke ranjence in jih zato pripravljamo za operacijo in operiramo po ustaljenih načelih vojne kirurgije. Težki ranjenci, ki so težko zastrupljeni, se od prvih znatno razlikujejo in je torej tudi njihova priprava za operacijo drugačna. Predvsem se nam vsiljuje vprašanje, kako zdravimo šok. Imobiliziranje in ogrevanje ranjencev sta v vsakem oziru koristna in potrebna. Pri uporabi kardiotioničnih sredstev moramo biti previdni. Ranjencem, ki so bili zastrupljeni z zadušljivci ali mehurjevci, ne smemo dajati adrenalina, efedrina, Coramina ali sličnih preparatov, če jim preti pljučni edem ali je edem že nastal. V takem primeru se poslužujemo kafe, strofantina, kofeina in proti koncu tudi digitalisa. Radi težkih motenj na krvnem obtoku ne smemo na kateri koli način in pod nikakim izgovorom transfundirati krvi in vbrizgavati fiziološke raztopine. Če tem ranjencem dovajamo kisik, se povečava procent saturacije hemoglobina, boljša se izmena plina, zmanjšuje cianoza in se na ta način znatno boljša šok. Pri ranjencih, ki so se zastrupili z reverzibilnimi strupi je nasprotno dovoljena uporaba vseh kardiotioničnih sredstev, zelo je koristna transfuzija krvi in po potrebi lahko tudi na vse načine in brez bojazni vbrizgavamo fiziološko raztopino. Po vsem tem zdravimo te ranjence v pogledu šoka v okviru običajne prakse.

Pri ranjencih, ki so bili zastrupljeni z dušljivci in reverzibilnimi strupi, je koža očuvana in zdrava, če izvzamemo redke primere izvanredno gostih koncentracij klora ali fosgena. Zato lahko desinficiramo operacijsko polje po običajnih metodah. Pri ranjencih pa, ki so bili zastrupljeni z mehurjevci (iperit, arzi ni), je koža povsod, pa tudi na predelih, ki izgledajo na videz normalno, v toliko oškodovana, da za njeno desinfekcijo ne moremo uporabljati običajnih metod. Drgnjenje kože z bencinom, etrom, alkoholom in krtačenje, umivanje z milom in toplo vodo, tuširanje z jodovo tinkturo, skratka, vse znatnejše fizične in kemične traume kože, ki je bila zastrupljena z mehurjevci, imajo za posledico pronicanje strupa v globino in stvarjanje eritema, mehurjev in nekroz. P a i t r e priporoča, da se v teh primerih vrnemo k stari metodi površinske desinfekcije z raztopino kalijevega hipermanganata, ki je dvojno koristen radi svojega pronicajočega in hkrati oksidirajočega delovanja: fiksira klice in nevtralizira strup. V prvem času operativnega dela svetuje uporabo antiseptičnih metod z raztopinami po tipu J a v e l, L a b a r r a g u e ali D a k i n (natrium hypochlorosum) ali z raztopinami kloramina ali toklorina. Vse te raztopine delujejo razen antiseptično tudi na sam strup s tem, da ga nevtralizirajo in so torej dvojno koristne. S temi raztopinami namočimo ves pribor, instrumente, komprese in operativno polje v prvem času operacije. Ko pa preidemo zastrupljeno zono rane in končamo samo delo na zamazani rani, se poslužujemo antiseptičnih metod po običajnih pravilih.

Operacijo samo moramo izvršiti v neobhodno najnujnejšem obsegu in mora biti čim najhitrejša. Ne smemo izgubljeni časa za idealne operacije, ker bi jih ti ranjenci ne prenesli. Indikacija amputacije bo iz teh razlogov razširjena. Tudi bomo opustili pri ranjencih, ki so zastrupljeni z mehurjevci primarni šiv, ker je koža često mrtva. Šiv bi razpadel in bi nastalo globoko gnojenje, ki bi bilo posebno težko pri ranjencih, ki so bili zastrupljeni z arzini radi znanih piogenih svojstev teh strupov.

Z dušljivi zastrupljene ranjence moramo po operaciji obilno nahraniti s kisikom. Dobro je, da jih damo v šotore, sobe ali specialno zgrajene avtomobile za dovajanje kisika. Pri nadaljnem zdravljenju ran je posebno koristna Carrel-Dakinova metoda, ki s svojim mehaničnim in kemičnim delovanjem na odprte rane preprečuje resorbcijo tkivnih razpadlin, odstranjuje razpadlo tkivo, dobro desinficira, nevtralizira strup in pospešuje celjenje. Ni dobro, prenašati take ranjence radi previjanja na previjališče, boljše je, da to delo izvršimo v bolniški postelji. Na sploh jim moramo prihraniti vsaki, pa čeprav najmanjši napor in vznemirjenje, to v nameri, da bi preprečili za življenje vedno nevarne kolapse, ki so jim naši bolniki posebno podvrženi.

#### ZUSAMMENFASSUNG

**Die Versorgung der kampfsgasvergifteten Verwundeten.** Von dr. Miloš S. Tasić.  
Obwohl die Erfahrungen im Weltkriege grundsätzliche Änderungen und Verbesserungen der Behandlungsmethoden in die gesammte Wehrchirurgie gebracht haben, so sind dennoch wichtige Probleme ungelöst geblieben, worunter in erster Linie die Frage der Versorgung von Kampfstoffvergifteten, die gleichzeitig auch mechanische Verletzungen aufweisen, zu stellen wäre. Die Ursache ist wohl darin zu suchen, daß diesbezügliche Erfahrungen im Weltkriege zu spärlich waren um entsprechende Behandlungsmethoden festlegen zu können. Dem Arzt fällt die weittragende Entscheidung zu, ob ein Kampfstoffvergifteter, der gleichzeitig mechanische Verletzungen aufweist, dem Chirurgen zuzuführen ist, oder ob er vorher medizinisch behandelt werden soll. — Im allgemeinen stehen mechanische Verletzungen hinter Kampfstoffschädigungen zurück, mit der Ausnahme, daß unmittelbar lebensgefährliche Verletzungen vordringlich sind. — Bei der Wahl der Verwundeten sind jeweilen die Kampstoffart, die Schwere der Vergiftung und die Schwere der Verletzung zu berücksichtigen. Die Kampfstoffverletzten werden in zwei große Gruppen eingeteilt: in

1. Leichtvergiftete (Tränen- und Nasenrachenreizstoffe) und in
2. Schwervergiftete (Seßhafte und Lungenschädigende Kampstoffe).

Der Einfluß operativer Maßnahmen auf den Verlauf einer Kampfstoffvergiftung hängt außer von der Kampstoffart von dem Stadium ab, in dem sich die Vergiftung zur Zeit des chirurgischen Eingriffes befindet. Während der Latenzzeit werden nur dringliche Operationen vorgenommen, nie aber solche, die man auf einen späteren Zeitpunkt aufschieben kann.

Von größter Wichtigkeit ist die Frage der Narkose, die eingehend erörtert wird. — Da für verwundete Kampfstoffvergiftete, die chirurgisch behandelt werden müssen, die Heilungsaussichten schon ohnehin schlecht sind, wird man übliche Inhalationsnarkosen (Aether, Chloroform, Chloräthyl) möglichst zu vermeiden bestrebt sein (Reizung der Luftwege, Kollapsgefahr, Blutdrucksenkung). Dagegen ist bekanntlich Cyclopropan ein ideales Inhalationsnarkotikum für Kampfstoffvergiftete — erfordert aber leider eine umfangreiche Apparatur und geschultes Personal. Verwendung von injizierbaren Narkosemitteln liegt daher nahe. — Barbitursäurederivate, vor allen Evipan und Avertin, kommen für Allgemeinbetäubungen in erster Linie in Frage. Weit aus gefährlicher wie Lumbalanästhesie, aber auch nicht in jedem Falle anwendbar, dürfte die lokale Infiltrationsanästhesie sein, die, wo immer nur möglich, verwendet werden soll. Der Zusatz größerer Mengen Adrenalin kann jedoch unerwünschte Blutdrucksteigerungen zur Folge haben. — Bei schweren Schockzuständen sind Ruhigstellung und Wärmezufuhr angezeigt; bei Verabreichen von Kardiotonischen Mitteln ist jedoch wegen drohendem Lungenödem große Vorsicht geboten. — Zum Schluß werden noch Richtlinien zur Hände- und Operationsfelddesinfektion besprochen, sowie Mittel zur Wundbehandlung angegeben.

**PRI VSEH STREPTOKOKNIH BOLENJIH**

# **PRONTOSIL**

**suvereni kemoterapevtikum**

**pri**  
**pielitidah in cistitidah,**  
**erizipelu, angini,**  
**sepsi post partum in abortum**  
**ter tudi pri infektivnih artritidah**  
**in meningitidi.**

**Profilaktično pred porodom in operacijami.**

**Organizem ga oralno in intramuskularno**  
**enako dobro prenaša.**

## **ORIGINALNI ZAVITKI:**

### **Prontosil rubrum tablete:**

cevke z 10 in 20 tabletami,  
klin. zavitek z 250 in 1000 tabletami.

### **Prontosil solubile:**

škafca s 5 ampulami po 5 ccm,  
klin. zavitek s 25 ampulami po 5 ccm.



**»Bayer«**  
**LEVERKUSEN a/Rh.**

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

# CANTAN

(*»Bayer«*-jev vitamin C)

- Pri pomanjkanju** pri skorbutu in čestih preskorbutičnih stanjih, kakor so distrofija, utrujenost pomladi itd. Kadar ob dijetetični hrani organizem prejme premalo vitaminov C, profilaktično in terapevtsko (radi želodca in čreves);
- pri zvišani potrebi** pri infekcijskih obolenjih, v nosečnosti (preranem porodu, habituelnem splavu), pri motnjah v presnovi itd.;
- pri krvavenju** hemoragični diatezi, purpuri, hemofiliji, hemoptizi in krvavenju v porodništvu.

## ORIGINALNI ZAVITKI:

cevke z 10 in 20 tabletami po 50 mg l-askorbinske kisline, škatla s 5 ampulami po 2 ccm (= 500 mg l-askorbinske kisline v ampuli).

### **CANTAN stark:**

škatla s 3 ampulami po 5 ccm (= 500 mg l-askorbinske kisline v ampuli).



*»Bayer«*  
LEVERKUSEN a/Rh.

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

## O togi zenici in Adievem skupku

Dr. Slavko Prevec

Z 1 razpredelnico in 1 sliko

V nekem prejšnjem sestavku (1) sem opozoril na važnost točnega ugotavljanja zeničnih reakcij. Tu pa hočem opisati posebno vrsto bolezenskih zeničnih reakcij, ki jih imenujemo s skupnim imenom *pupillotonia*. Ker je pri tej bolezni najvidnejše počasno, leno, togo gibanje zenice, jo slovenim z imenom *toga zenica*. Angleški nevrolog *Adie* (2) je l. 1932. opozoril na dejstvo, da *toga zenica* često ne samuje v krogu bolezenskih refleksov, temveč je združena s pomanjkanjem kitnih in pokostničnih refleksov. *Toga zenica* in pomanjkanje refleksov tvorita skupek (sindrom), ki ga dandanes večinoma imenujemo *Adiev skupek*.

Novjša raziskovanja so pokazala, da je omenjena bolezen vendarle pogostejša, kakor smo prvotno domnevali. Tudi na našem oddelku smo se začeli zadnja leta zanimati zanjo in smo našli več primerov. K objavi nekaterih izmed teh me vodijo različni razlogi. Prvi je, da z eno samo izjemo (3) nisem mogel zaslediti v jugoslovanskem slovstvu nobenih opisov imenovanih bolezni, dasi jih imamo v svetovnem slovstvu že okoli 150. Še važnejši pa je drugi razlog. *Toga zenica*, prav posebno pa še *Adiev skupek* posegata tako tesno v polje tabičnih obolenj, da jih pogosto z njimi zamenjujemo. Zato se ne smemo čuditi, da zahtevajo nekateri avtorji ponoven pregled statistik o *tabesu* (*Dressler, Wagner* — 4). Imenovana sta na novo pregledala svoje tabike in sta od 16 primerov izločila 9, pri katerih sta mogla ugotoviti *Adievo* bolezen.

Ker je v *Adievem skupku* najbolj viden znak *toga zenica*, ki nastopa včasih tudi sama in jo tudi že dolgo poznamo, začenjam z njenim opisom. *Toga zenica* (t. z.) ali *pupillotonia* (p. t.) spada v vrsto miotoničnih motenj. V očesnem slovstvu je poznana že od l. 1902., ko sta jo popisala *Saenger* in *Strasburger* (5), natančne in izčrpne popise ter tudi ime pa imamo od *Behra* (6). Pri t. z. vidimo vsaj v značilnih primerih izrazite spremembe, ki jih radi boljšega razumevanja nadaljnjih opisov bolj obširno omenjam.

Večinoma (85%) vidimo t. z. samo na eni strani, kjer je širša od sosednje, zdrave ter razokrožena. Če hočemo izvabiti svetlobno reakcijo, vidimo, da je t. z. popolnoma ali pa skoro popolnoma otrpla. Luč je ne zoži. To pa velja le za preiskavo, kakor jo vršimo vsak dan pri običajnih pogojih. Če pa pustimo bolnika nekaj časa ( $\frac{1}{2}$ —1 uro) v popolni temi, potem vidimo, da se *zenica* vendar nekoliko zoži na osvetljenje, četudi počasi in leno (togo). Drugačna je bližinska reakcija. *Zenica* se tudi pri običajni preiskavi zoži, čeprav počasi in togo. To oženje traja včasih po več sekund. Prav počasi se začne tudi širiti po končanem bližinskem dražljaju. *Orbikularisov znak*<sup>1</sup> je omenjen le v redkih objavljenih primerih. Tudi tu se t. z. oži počasi in togo kot pri bližinski reakciji. Kljub togemu gibanju pa je končni uspeh oženja zadovoljiv, *zenica* doseže isto ali pa še večjo ožino kot sosednja, zdrava, dasi je kakovost gibanja drugačna. Širilne reakcije v slovstvu večinoma niso omenjene. Na farmakološke reakcije odgovarja t. z. čisto pravilno. *Cocain* jo razširi, *pilocarpin* zoži.

Iz vsega tega vidimo, da ne moremo govoriti o otrplosti, ker *zenica* dejansko nikakor ni otrpla, temveč obstoji

<sup>1</sup> *Orbikularisov znak* obstoji v tem, da se *zenica* zoži, če bolnik močno stisne trepalnici.

njena bolezenska sprememba le v počasnem in togem načinu ožitve in širitve (tonokineza) ter krčevitem vztrajanju v vsakokratnem stanju (tonostatus). Ta ugotovitev je s kliničnega vidika silno važna. Kajti statistično je dokazano (Bürki — 7), da prištevamo pri navadni in površni preiskavi nad polovico togih zenic k pravi zenični otrplosti (Argyll-Robertson) ter čisto krivo sumimo na luetično obolenje središčenega živčevja (tabes, progres. paraliza). Toga zenica pa nima z luesom nobene zveze in je ta pri njej zelo velika redkost. Zmota pa more povečati že preje omenjeno dejstvo, da je pupillotonia često združena s pomanjkanjem kitnih in pokostničnih refleksov.

V zdravstvu se pogosto dogaja, da popisujejo avtorji kar mimogrede in bolj površno nove bolezenske znake, včasih skupine takšnih znakov, često tudi nove bolezni. Vse to zagrne pozabljenje, njihovi popisi niso prodrli med širše zdravništvo, ker niso bili dovolj temeljiti, niti dosti obsežni, ali če hočemo reči vsiljivi. Pozneje pa pride človek, ki isto snov temeljito obdela ter jo hkrati obsežno in s primernim poudarkom objavi. Nasledek je ta, da je on znan kot iznajditelj bolezni, kateri da tudi svoje ime. Brez dvoma to tudi zasluži, saj je pomagal s temeljitostjo in izčrpnim slovstvenim delom k napredku zdravstvenega razpoznavanja. Po vsem tem se razvije često borba za prvenstvo prve objave, ki pa se po navadi konča s tem, da dobimo novo bolezen.

Tako je bilo tudi v našem primeru. Kot sem omenil že v uvodu, je A die leta 1932. opisal skupino znakov, ki obstoji v tem, da je toga zenica (pupillotonia) često združena s pomanjkanjem ali vsaj z nepravilnostjo kitnih in pokostničnih refleksov. Iste znake so sicer popisovali že mnogo preje nemški in tudi angleški avtorji, toda Adieju gre brez dvoma glavna zasluga, da je s temeljito objavo razgibal vrste nevrologov in okulistov ter tako pripomogel k daljnemu razvoju vprašanj o psevdotabičnih boleznih. Po njem so imenovali kasneje vso skupino znakov »A dievo bolezen«. Iz sledečih razmotrivanj bomo sicer videli, da ni prav, če govorimo o »bolezni«, ker imenovane spremembe ne tvorijo v svojem bistvu nobenega obolenja v pravem pomenu besede, ampak so le skupek (sindrom) bolezenskih znakov, ki jih povzročajo mnogovrstne znane bolezni in tudi neznane okvare. Zato bomo govorili mesto o bolezni samo o »A dievem skupku«. (A. s.)

Že preje smo omenili, da lues ne prihaja v poštev kot povzročitelj. Zato se moramo strinjati s Kehrerjevim (8) predlogom, da imenujemo A. s. z drugim imenom tudi pupillotonični pseudotabes. S tem imenom je povedano vse: pupillotonične zenične spremembe so združene s pseudotabičnimi znaki, torej z znaki, ki so na zunaj podobni tabičnim, a niso povzročeni od tabesa (luesa).

Vsakdo, ki se je pečal z zenično patologijo in z vprašanji o tabesu, bo uvidel, kakšne težave morejo nastati pri razpoznavanju A. s. Že sam Adie je opisal poleg čisto značilnih popolnih oblik svoje bolezni tudi nepopolne. Tako prištevava sem že samo togo zenico brez refleksnih sprememb, dalje togo zenico z oslABLJENIMI ali neopredeljivimi refleksi, potem različne neznačilne oblike toge zenice z arefleksijo ter končno že samo pomanjkanje kitnih in pokostničnih refleksov pri pravih zeničnih reakcijah. Vse te našteje vrste imenuje v nasprotju s pravo in popolnoma izrazito obliko A. s. »nepopolne oblike«. Tako je pri njem že samo pomanjkanje ahilesovega refleksa pri normalni zenici nepopolna oblika A. s. K vsemu temu pridejo še težave pri vprašanju, ali so povzročeni bolezenski znaki od luesa ali ne. Vsi vemo, kako pogosti so primeri seronegativnih oblik pravega tabesa, primeri metaluesa z edinim znakom, ki obstoji v zenični otrplosti ali pa v pomanjkanju kitnih refleksov. Če končno



upoštevamo, kako težko včasih ugotovimo lues samo s pomočjo zgodovine bolezni ali pa ga izključimo, potem nam bo postalo jasno, da zahtevajo prav ta vprašanja najvestnejše, podrobne in vsestranske preiskave.

A. s. je družba benignih, večinoma ne napredujočih znakov, ki bolnika večkrat niti ne ovirajo in ki jih včasih kar mimo grede opazimo. Toda od njih pa do pravih oblik luetičnega tabesa je često samo en korak. In prav v tem dejstvu je vsa važnost omenjenega bolezenskega skupka glede prognoze z vsemi zdravstvenimi, moralnimi in socialnimi nasledki.

Že preje sem govoril o važnosti podrobne in vsestranske preiskave. Če prebiramo popise do sedaj objavljenih primerov A. s., se moramo večkrat čuditi nad nepopolnostjo izvršenih pregledov.<sup>1</sup> Toda ta je razumljiva in je niti nimamo pravice obsojati. Saj posega opisano obolenje na več polj našega zdravstva. Popisujejo ga in se ukvarjajo z njim okulisti in nevrologi, včasih zasledimo tudi dermatologe in interniste. Znano pa je, da nimamo niti mi bog ve kako obsežnih nevroloških izkušenj in znanja, niti niso nevrologi kaj preveč doma v okulistiki. Pogosto jim delajo težave bolj zapletene zenične spremembe, nam pa včasih kitni refleksi. Zato bi bilo edino pravilno skupno delo obeh strok, do katerega pa iz razumljivih vzrokov navadno ne pride. O tem nas prepričujejo objavljeni primeri.

Kakšne preiskave so važne pri ugotovitvi toge zenice? Predvsem natančni podatki o najvažnejših zeničnih reakcijah (svetlobni, bližinski in širilni). Poleg tega tudi podatki o orbikularisovem znaku ter o farmakoloških reakcijah. Že pri opisu t. z. smo omenili, da se na cocain dobro razširi, na pilocarpin pa močno zoži. To je važno za ločitev od reflektorično otrple zenice, ki na omenjeni snovi ne reagira v toliki meri. Včasih poskusimo tudi z injekcijo strychnina. Kyrieleis (9) je ugotovil, da postane t. z. po strychninu zopet pravilno gibljiva, dočim se reflektorično otrpla ne spremeni. Tega dejstva ne morejo popolnoma omajati dognanja drugih avtorjev. Tako je skušal R o m b e r g (10) s svojimi poskusi dokazati, da nam s pomočjo farmakoloških reakcij ni mogoče zanesljivo ločiti obeh vrst zeničnih sprememb. Zelo važna je spremenljivost pod različnimi pogoji, predvsem po krajši zatemnitvi ( $\frac{1}{2}$ —1 ure). Včasih imamo tudi akomodacijske motnje. Te pa ne obstoje v akomodacijski parezi, temveč poteka akomodacija počasi in togo, a doseže po daljšem času pravo širino. V večini primerov tudi zelo počasi popusti in je bolnikovo oko zopet naravnano za daljino. Vendar je opazoval H. K. Müller (11), da poteka le prva polovica akomodacije tonično, dočim je popust hiter in izdaten. Drugi so pa opazili obratno. Akomodacija je hitro dosegla pravilno širino, zavlekel pa se je njen popust.

To bi bile najvažnejše očesne preiskave. Prav tako so važne nevrološke, serološke in vse ostale, na katere pa bomo opozorili v naslednjih poglavjih, ko bomo razpravljali o patogenezi in etiologiji.

Razumljivo je, da so se v slovstvu razvila mnoga prerekanja o vprašanju, kje moramo iskati mesto okvare, ki povzroča A. s. Na eni strani vidimo spremembe zeničnih refleksov, na drugi pa kitnih in pokostičnih. Pri vprašanju patogeneze prihajata v poštev dve možnosti. Po prvi bi bile okvarjene refleksne proge na dveh krajevno ločenih mestih. Na eni strani je poškodovana zenična proga v

<sup>1</sup> Tako je v primeru iz našega slovstva omenjena zenica z naslednjimi besedami: »... Obe zenici sta široki, približno enaki, otrpli na svetlobo, pri konvergenci ostaneta še 10—15 sekund široki, nato se leno in nepopolno zožita. Ko popusti konvergenčni dražljaj, se zopet zelo počasno razširita...« (3)

možganih, na drugi pa refleksne proge v hrbtnem mozgu. Pri drugi možnosti prihaja v poštev okvara v samo enem okolišu središčnega živčevja, kjer se prevajajo dražljaji zeničnega tonusa in njenih refleksov na eni ter kitnih refleksov na drugi strani. Po Kehrerju (8) imenujemo prvo razlago disistemsko ditopično, drugo pa disistemsko monotopično. Kaj pravi k temu slovstvo?

Za prvo možnost govore številne nalike v živčni patologiji. Vzemimo za primer multiplo sklerozo. Tu se naseli ena in ista okvara na najrazličnejših mestih in povzroči različne bolezenske znake, ki v marsičem kažejo na A. s. Tako piše že sam Adie (2), da so po njegovem mnenju povzročene zenične spremembe po okvari v vegetativnem delu okulomot. jedra, motnje kitnih refleksov pa po okvari v vegetativnem delu hrbtnege mozga. Behr (6) meni, da obstoji motnja v zeničnih in drugih jedrih. Radi tega so vsa kemična in fizikalna dogajanja počasnejša, ganglijske celice so manj zdražljive. Zato poteče več časa, da doseže enkratni dražljaj svoj višek, na drugi strani pa razdraženje tudi počasneje popusti, ohlapne. Podobno misli R. Jung (12), ki pravi, da si moremo razlagati bolezenske znake le na ta način, da so poškodovani fiziološko sicer istovrstni, krajevno pa ločeni deli refleksnih prog. To so sinapse. Manj verjetna so mnenja drugih, ki vidijo okvaro v skrajnih delih refleksnih prog ali celo v mišicah samih. Romborg (10) meni, da povzročuje togo gibanje okvara zeničnih mišic.

Na drugi strani pa pravijo zagovorniki disistemsko monotopične razlage, da imamo tudi za njo v živčni patologiji mnogo primerov. Saj poznamo celo vrsto sprememb v krajevno zelo oddaljenih telesnih delih, ki so povzročene od enega samega, ozko omejenega bolnega mesta v možganih (alternirajoče ohromitve itd.). Po njihovem mnenju bi bilo najbolj verjetno, da leži bolezen v hipotalamusu, kjer so zelo blizu središča zeničnih refleksov in tudi zveze s hrbtnim mozgom (Kennedy, Foster — 13). Podobno sodi Kehrer (14), da leži okvara v nekem, dosedaj še nepoznanem okolišu možganskega debla, skozi katerega potekajo na eni strani zenične proge, na drugi pa neka dosedaj anatomsko nepoznana višja proga za kitne in pokostnične reflekse.

Kakor vidimo, imamo celo vrsto različnih razlag. Toda naj bo tako ali pa drugače, vsa ta vprašanja se toliko časa ne bodo mogla premakniti preko suhih domnev, dokler ne bo mogoče preiskati anatomsko vsaj enega primera. Od objavljenih 150 primerov ni bilo to mogoče niti v enem. Tudi to govori jasno za benignost pravega A. s.

Glede etiologije je še mnogo nejasnega. Večinoma nam ni mogoče odkriti pravega povzročitelja. Bürki (7) govori v takem slučaju o genuini ali primarni obliki. Statistike kažejo, da imamo pri 75 odstotkih vseh bolnikov primarno obliko naše bolezni. Za njo je tudi značilno, da obolevajo predvsem žene (70%).

V vseh novejših zdravniških raziskovanjih so postala važna dednostna vprašanja. Zato se ne smemo čuditi, da so tudi pri A. s. začeli iskati dedne vzroke. Od leta 1937. naprej se predvsem iz Švice množe objave dedno povzročениh primerov. Dressler (15) je popisal pri 3 sestrah A. s. kot dedno povzročeno bolezen. V družini je preiskal še 14 članov in je našel pri 4 neko posebno vrsto zenične nepravilnosti, ki jo imenujemo hippus (ritmično potekajoče spremembe zenične širine, ki so neodvisne od svetlobe in ostalih reakcij). Ker so starši omenjenih 3 sester zdravi, zato meni, da dedovanje ni dominantno. De Rudolph (16) je videl bolezen pri hčerki in njeni materi. Ze-

nične spremembe so nastopile pri obeh v približno enaki starosti (v 29. oziroma 33. letu). Voss (17) poroča o 16letni deklici, ki je imela izrazito togo zenico na obeh straneh brez ahilesovih in patelarnih refleksov (popolna oblika A. s.). Pri njeni materi so manjkali ahilesovi refleksi, oče in ena sestra pa sta imela neenaki zenici. Pri večini sorodnikov je ugotovil znake dedne obremenjenosti. Radi tega smatra A. s. za dedno povzročen degenerativen znak. Enako je poročal Mylius (18) o dednih oblikah. Končno naj omenim še nekaj iz domačega slovstva. Glavan (3) objavlja primer, kjer je bila bolnica dedno obremenjena od materine in očetove strani. Kakor bomo kasneje videli pri naših primerih, obstoje tudi pri njih ugotovitki, ki vsaj v neki meri govore za dedno obliko.

Iz vsega navedenega vidimo, da je genuina ali dedna oblika res zelo pogosta. Brez dvoma pa bo število takih primerov še narastlo, če bomo pri vseh bolnikih raziskovali dedne pogoje.

Sekundarno obliko moremo ugotoviti samo pri  $\frac{1}{4}$  vseh bolnikov. Med doslej poznanimi vzroki vidimo različne poškodbe, toksične in infekcijske okvare, ki so mogle nastati že pri rojstvu, pa tudi v kasnejših letih. Sem spadajo kroničen alkoholizem, zastrupljenja s svincem in arsenom, tireotoksikoze in hipofizarne motnje, perniciozna anemija, diabetes, epidemični encephalitis, herpes zoster ophthalmicus, difterija, škrlatinka in influenza. Vse to so bolezni, pri katerih so bile do sedaj opisane sekundarne oblike pupillotoničnega pseudotabesa (A. s.). Pri tem moramo omeniti še lues. Kakor smo videli že prej, večina avtorjev ne smatra luesa v prav nobenem primeru za povzročitelja. Poročilo pa bi ne bilo popolno, če bi ne omenil vsaj nekaterih, predvsem francoskih avtorjev, ki smatrajo lues vendarle včasih za povzročitelja. Alajouanine in P. Morax (19) sta pregledala nad 100 popisov iz vsega slovstva in sta prepričana, da je vsaj v 22 odstotkih vzrok lues. Preiskave pa so zato tako pogosto negativne, ker vidimo največkrat že zastarane oblike bolezni.

Skladno s preiskavami dednosti pri genuinih oblikah moramo omeniti pri sekundarnih avitaminoze. Tudi ta raziskovanja so se začela šele v novejšem času. Prva poročila imamo iz leta 1937., ko sta Romberg in Schaltenbrand (20) opisala pomanjkanje vitaminov. Naslednjega leta je objavil Leonhard (21) tri primere, ki potrjujejo po njegovem mnenju prejšnjo domnevo. Vsi trije bolniki so kot železničarji delali največ ponoči ter uživali pri tem zelo enostransko hrano. Avtor pripisuje obolenje predvsem pomanjkanju vitaminov in pa dnevne svetlobe. Svoj sestavek končuje s pozivom, naj pazijo zdravniki v bodoče tudi na avitaminoze. Leto kasneje je poročal Bettini (22), da se mu je posrečilo ozdraviti A. s. z velikimi množinami vitamina B. Nasprotno pa izjavljata Voss (17) in pa Braun (23), da nista dosegla z vitamini prav nobenega uspeha. Slednji pravi, da bi se v primeru, da je vzrok avitaminoza, morale pokazati posledice najprej na manj važnih organih kot pa na središčnem živčevju. Kajti naša narava stremi za tem, da zadrži najvažnejše snovi najdalje v občutljivih in visoko diferenciranih organih. Zato bi se ne smeje pokazati motnje najprej v obliki zeničnih in drugih refleksnih sprememb.

Končno naj omenim še različne nevrovegetativne in duševne motnje, pa bo sklenjena vrsta bolezni, ki vodijo do Adievega skupka. Preko

dednih duševnih boleznih se približamo genuini obliki, povzročeni po prirojeni manjvrednosti bolnih oseb (Petit in Delmond — 24).

Po pregledu tako različnih boleznih se moramo skoro nehote vprašati, ali je mogoče, da povzroči eno samo obolenje te bolezenske znake? Ali ni treba skupnega vpliva dveh ali več škodljivosti, ki se združijo ter povzročijo razvoj bolezni. Čisto razumljivo bo marsikom, da bi kakšna toksična ali infekcijska okvara sama še ne napravila bolezenskih sprememb. Če pa zadene dedno obremenjeno ali pa še drugače oslABLJENO telo, potem je verjetnost mnogo večja, da se bo to zgodilo.

Preostaja nam še, da govorimo o socialnem pomenu bolezni, ki jo opisujemo. Najvažnejše je dejstvo, da prav pogosto zamenjujemo bolezenske znake A. s. s pravim tabesom. Tu more odločiti včasih samo najnatančnejša preiskava zeničnih reakcij, kajti toga zenica in tudi pravi Argyll-Robertson imata svoje neznačilne oblike, ki si morejo biti na las podobne. Odeč bi bilo razpravljati, kaj pomeni znamenje, ki ga vtisnemo tabiku z našo diagnozo, kaj pomeni to za njegovo družino, poklicno življenje, njegov duševni mir. Zato vidimo vso vrednost Adievega dela prav v tem, da je pokazal, kako pogoste so oblike pupillotoničnega pseudotabesa, kako jih lahko zamenjamo in res tudi često zamenjujemo s pravim tabesom, s katerim pa nimajo hvale bogu i po patogenezi i po etiologiji ter tudi prognozi prav ničesar skupnega. Kennedy (25) poroča o 37letnem Amerikancu, ki se deset let ni mogel zavarovati za življenje, ker ni mogel predložiti negativnega zdravniškega ugotovitka, četudi je bila WaR. v krvi 19krat in v liquorju 1krat negativna. Šele po 10 letih so zdravniki spoznali, da gre za A. s. in ne za metalues. Zato je važno, da poznajo obravnavano bolezen predvsem zdravniki pri socialnem zavarovanju ter oni, ki odločujejo o sposobnosti za kakršno koli delo ali službo (železnica, vojaščina itd.).

H koncu še nekaj o zdravljenju. Obolenje je zelo benigno. Ker pri njegovih genuinih oblikah ne poznamo pravega vzroka, odpade tudi samo po sebi vsako vzročno (etiološko) zdravljenje. Pri sekundarnih vrstah moramo zdraviti bolezen, ki povzroča našteje bolezenske spremembe. Tudi simptomatsko zdravljenje večinoma ni potrebno. Vemo sicer, da more zboljšati strychnin zenične in kitne reflekse, da se toga zenica izdatno zoži na miotikume (pilocarpin), toda vsako tako zdravljenje bi moralo biti trajno. Zato je tudi težko izvedljivo. Ker pa so težave zelo majhne, zato v veliki večini primerov ne rabimo nobenega zdravila. Iz vsega tega vidimo, da ima Adiev skupek zelo majhno bolezensko vrednost, nasprotno pa zelo velik socialno-medicinski pomen.

V razmeroma kratkem času je bilo objavljenih blizu 150 primerov, ki jim pridružujemo še nekaj naših. Toda navzlic številnim popisom moramo priznati, da smo še daleč od točnega in končnega poznanja teh zanimivih in važnih bolezenskih znakov. Zato je važen in tudi zaželen vsak nadaljnji popis, pa naj pride od nevrologa, okulista ali koga drugega. Vsak bo prispeval nekaj vrednosti k še nedograjeni stavbi.

V naslednjem objavljam nekaj primerov, ki smo jih spoznali v zadnjih letih. Od teh popisujem posebno prvega bolj podrobno, da opozorim na važnost nekaterih, posebno zeničnih preiskav.

### Razpredelnica zeničnih reakcij pri togi zenici.

(Primer I. W. F. Zap. št. 729./1938., glej naslednjo stran!)

Zenična širina v miru	desno oko (toga zenica)	levo oko (zdrava zenica)
Pogled v daljavo k oknu	Razširjena, širša od leve, 7 mm	Normalno široka, 3 mm
Pogled v daljavo od okna stran	Ostane enako široka kot pri pogledu k oknu, 7 mm	Se malo razširi, na 4 mm
Pogled v daljavo po 30' zatemnitve	Postane širša kot na svetlobi, razširi se na 8 mm	Se normalno razširi na 6 mm
Pogled v daljavo 1 <sup>h</sup> po cocainu	Se pravilno, močno razširi, na 9 mm	Se razširi na 5 mm
Pogled v daljavo 1 <sup>h</sup> po pilocarpinu	Se zoži na 2 mm	Se zoži na 2 mm
Zenične reakcije na svetlem	desno oko (toga zenica)	levo oko (zdrava zenica)
Neposredna re.	Ni izvabljiva, zenica ostane 7 mm	Pravilna, zenica se zoži na 2 mm
Posredna re.	Ni izvabljiva, zenica ostane 7 mm	Pravilna, zenica se zoži na 2 mm
Bližinska re.	Zenica se oži počasi, tonično in doseže širino 5'5 mm	Zenica se zoži pravilno na 2 mm
Širilna re.	Reakcija kaže inverzen način, zenica se mesto razširi, zoži na 4 mm	Zenica se malo razširi na 4'5 mm
Orbikularisov znak	Zenica se oži počasi, tonično do širine 4 mm	Zenica se zoži na 2 mm
Zenične reakcije po 30' zatemnitve	desno oko (toga zenica)	levo oko (zdrava zenica)
Neposredna re.	Zenica se oži počasi, tonično in doseže širino 5'5 mm	Zenica se pravilno zoži na 3 mm
Posredna re.	Kot preje, zenica se zoži na 5'5 mm	Zenica se pravilno zoži na 3 mm
Bližinska re.	Zenica se oži počasi, tonično, a doseže vendarle širino 4 mm	Zenica se zoži pravilno na 3 mm
Širilna re.	Reakcija kaže inverzen način, zenica se mesto razširi, zoži na 4 mm	Zenica se razširi na 6 mm
Orbikularisov znak	Zenica se oži počasi, tonično do širine 4 mm	Zenica se zoži na 3 mm

## I.

W. F. (Zap. št. 729./1938.). 41 let star, oženjen, priv. uradnik. Oče je bolehal na želodčni bolezni, mati je zdrava. Ima 2 brata in 2 sestre. Eni sestri je bilo radi očesnega vnetja operativno odstranjeno levo zrklo (W. I., zap. št. 2396./29., 927./20., 704./31., 2212./31., 851./34.). Druga sestra je zelo kratkovidna. En brat ima od rojstva pohabljen levo nogo (W. A.), drugi brat je zdrav. Bolnikov oče je bil edinec. Bolnik je imel dve hčerki, od katerih pa je mlajša umrla v 18. mesecu starosti (imela je hude krče). Sam je shodil šele s 4. letom, bolehal je na rahitisu, kasneje se je zdravil v bolnici radi očesne škrofuloze (zap. št. 588./1903.). Pred 7 leti je bil bolan na želodcu. Kadi zmerno, ne pije, spolno ni bil bolan.

Pred dobrim mesecem je začel opazovati pri čitanju, da vidi z desnim očesom slabše in bolj megleno. Nekaj dni kasneje pa ga je zobni zdravnik opozoril, da ima desno zenico širšo od leve.

Pri očesnem pregledu smo mogli ugotoviti nepravilnosti desne zenice, radi katerih smo bolnika vsestransko preiskali.

Očesni ugotovitev:

Desno oko: Zrklo blede. Nežne motnjave roženice (deloma po prestanem ekzematoznem vnetju, deloma po tujih telesih). Zenica je širša od leve, pokončno ovalna, razokrožena in kaže značilne spremembe pupillotonije (glej razpredelnico na prejšnji strani). Nizka daljnovidnost. Očesno ozadje: brez posebnosti. Dvojnih slik nima.

Vid des. očesa:  $\frac{5}{8}$ ; z + 1'75 Dsph.  $\frac{5}{8}$ .

Akomodacija: V začetku akomodira samo do 40 cm, po več sekundah s težavo do 20 cm. Prav tako počasi akomodacija tudi popusti (tonična akomodacija).

Levo oko: Zrklo blede. Roženica kot desno. Zenica je normalna. Nizka daljnovidnost. Očesno ozadje: brez posebnosti. Dvojnih slik nima.

Vid lev. očesa:  $\frac{5}{4}$ ; + 0'75 Dsph. H. m.

Akomodacija: pravilna. Bolnik akomodira do 15 cm, hitro.

Kratka razlaga razpredelnice (glej stran 199.): Vidimo posebnost pri reakcijah desne zenice, ki je že v miru širša od leve, razokrožena. Pri poskusu svetlobnih reakcij (neposr. in posr.) pod navadnimi pogoji ostane zenica popolnoma negibna, mrtva. Šele, ko smo bolnika postavili za 30' v temo, dobimo na zenici, ki se je v temi malo razširila (od 7 na 8 mm), počasne, tonično potekajoče svetlobne reakcije, ki so tudi malo izdatne. Bližinska reakcija je na svetlem izvabljava, četudi poteka istotako tonično, a doseže ob koncu oženja vendar zadovoljivo izdatnost, ki je še večja za 30' zatemnitvi (zenica se zoži na 4 mm). Orbikularisov znak je skoro enakovreden bližinski reakciji. Posebnost je pri bolniku širilna reakcija, ki poteka inverzno. Cocain in pilocarpin delujeta pravilno. (Zenica se na cocain razširi, na pilocarpin pravilno zoži.)

Ostali pregledi: Nevrološki ugotovitev: Refleksi kažejo zelo spremenljivo sliko. Ahilesov refleks, ki prvotno ni bil izvabljev, kasneje samo z Jendrassikom, je postal pri poznejših pregledih izvabljev. Ostali fiziološki refleksi so izvabljivi, globoka občutljivost ohranjena. Vegetativnih znakov ni opaziti, duševnost ne kaže posebnih motenj.

Interni ugotovitev: Brez bolezenskih sprememb. Urin: negat. Krvni sladkor 80 mg%. Kri: Sahli 51%. Sedim. (Westergr.) = 4 mm. Krvna slika: Eosin. 1%, segm. 62%, lymph. 31%, preh. vrste 6%. Na eritrocitih ni opaziti nič patološkega. Nobenih znakov za obolenje hipofize, presnovne motnje (diabetes mell.), saturnizem, myotonično distrofijo, lues, tumor cerebri, avitaminoze itd. WaR.: Kri in liquor ponovno negat. (R. Benjoin coloid 00000, celok. beljak. 0'231%, Nonne, Pandý negat.)

Otološki ugotovitev: Lahna deviatio septi na desno. Rentg. izvid: Pulmo, cor bp. Slika lobanje: Plitva sella z zadebeljenim proc. clin. post.

## II.

H. M. (Zap. št. 1086./1940.) 48 let stara, železničarjeva žena. Oče ji je umrl za želodčnim rakom, mati v 43. letu starosti na porodu (sepsa?). 1 očetova sestra je imela enako bolezen kot bolnica — enostransko povečano zenico, umrla je za želodčnim rakom v 65. letu. Bolnica je imela še 6 bratov in sester. Od teh sta 2 dvojčka umrla po rojstvu, 1 brat je umrl v 7. letu, ena sestra v 50. letu za srčno boleznijo, najmlajša sestra pa pri rojstvu hkrati z materjo. 1 brat živi in je zdrav.

Bolnica se ne spominja na otroške bolezni. Večkrat ima angino. Poročena je 20 let in nima otrok, baje radi nepravilnosti maternice. Zanosila ni nikoli. Pred 4 leti je bila

# FERRIPAN

preparat bakra, dvo- in trovred-  
nega železa, jeter in beljakovine.

**PROTI ANEMIJI**

**UGODEN OKUS! NIZKE CENE!**

Omoti:

50 tablet po 1 g . . . . . din 26—  
100 g praška (traja za od-  
rasle 10 dni) . . . . . din 44—  
250 g praška (traja za od-  
rasle 25 dni) . . . . . din 82—

# NOVO-TROPON

organo-lipoidni  
**TONIKUM**  
ZA ŽIVCE

Omoti:

100 g praška (traja za od-  
rasle 10 dni) . . . . . din 42—  
250 g praška (traja za od-  
rasle 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



## 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

**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. Dvršeni 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%  $H_2O_2$ . Pakirano v cevkah po 10 in 20 tablet à 1 gr

**KEMIJSKO-FARMACEVTSKI LABORATORIJ**

**MIŠKOVIĆ IN KOMP.**

**BEOGRAD, Sarajevska ulica broj 84.**

# PANTHESIN-BALSAM

odpravi bolečine in vnetja

pri sončnem eritemu, revmi, nevralgijah, tvorih, pruritusu, opeklinah itd.

(Panthesin-Balsam se mora večkrat na dan intenzivno vdrgniti.)



**SANDOZ A. G., BASEL, ŠVICA**



operirana radi ciste na jajniku. Ne pije in ne kadi. Spolno ni bila bolna. Pred 4 leti so domači opazili, da ima levo zenico širšo.

Očesni ugotovitek:

Desno in levo oko: Bledo. Obe zenici sta razokroženi in imata bolezensko spremenjene reakcije: toga zenica (pupillotonia). Leva zenica je širša od desne. Na svetlem je širina zenic v miru pri pogledu k oknu: desno 4 mm, levo 5 mm. Od okna stran desno 4,5 mm, levo 5,5 mm. Zenične reakcije na svetlem: Pri pogledu v daljavo je desna zenica široka 5 mm, leva 6 mm. Pri svetlobni reakciji se obe zenici komaj vidno zganeta, zoženja ni mogoče meriti. Pri bližinski reakciji se obe tonično in počasi zožita na 4 mm. Širilna reakcija ni izvabljava. Po polurni zatemnitvi ni opaziti nobenih sprememb na reakcijah. Na cocain se obe dobro razširita, na pilocarpin zožita.

Očesno ozadje: Papili sta nekoliko nejasni, dvignjeni. Dvojnih slik nima.

Vid desnega očesa:  $\frac{5}{5}$ .

Akomodacija: Pravilna. Bolnica akomodira do 30 cm.

Vid levega očesa:  $\frac{5}{6}$ ; z +75 Dsph  $\frac{5}{5}$ .

Akomodacija: Bolnica akomodira počasi, tonično samo do 45 cm, po več sekundah do 30 cm. Akomodacija tudi počasi popusti.

Nevrološki izvid: Ahilesov refleks ni izvabljiv. Ostali refleksi so pravilno izvabljivi. Nevrološka kakor tudi vse ostale preiskave izključujejo luetično obolenje. WaR. negativna.

### III.

I. R. (Zap. št. 817/1939.) 34 let star, oženjen, tehnični uradnik. Družinska a. b. p. Na otroške bolezni se ne spominja. Od mladega je levo kratkoviden. L. 1929. je obolel na malariji, ki se vsako leto ponavlja. Večkrat dobi angino. Kadi zmerno, ne pije, spolno ni bil bolan. Pred 3 meseci je opazil, da ima levo zenico širšo.

Očesni ugotovitek:

Desno oko: Brez posebnosti. Zenične reakcije so pravilne.

Vid desnega očesa:  $\frac{5}{5}$ ; +0,25 Dsph. H. m.

Akomodacija: Pravilna. Bolnik akomodira do 17 cm.

Levo oko: Bledo. Zenične reakcije kažejo spremembo v smislu toge zenice (pupillotonije). Zenica je širša od desne, pokončno ovalna; na svetlobi je široka pri pogledu v daljavo k oknu 6 mm, od okna stran 6,5 mm.

Zenične reakcije na svetlem: Pri pogledu v daljavo je zenica široka 7 mm, pri svetlobni reakciji se komaj vidno, zelo počasi in tonično zoži na 6,5 mm, pri bližinski reakciji pa se četudi počasi in tonično, vendar zoži do 3,5 mm, kasneje se počasi zopet razširi. Orbikularisov znak je enak bližinski reakciji. (Širilna reakcija ni bila izvedena.) Po enourni zatemnitvi se zenica razširi na 8 mm. Svetlobna reakcija postane izdatnejša, zenica se zoži tonično od 8 na 6 mm. Ostale reakcije so enake kot na svetlem. Na cocain se zenica pravilno razširi, na pilocarpin zoži.

Sestavljen miopični astigmatizem. Očesno ozadje: Conus navzdol. Dvojnih slik nima.

Vid levega očesa:  $\frac{5}{15}$ ; z -1,75 = cyl -1'0/10°  $\frac{5}{5}$ .

Akomodacija: Pravilna. Bolnik akomodira do 13 cm.

Ostali pregledi niso pokazali nič posebnega. Nevrološki ugotovitek je negativen, kitni refleksi so dobro izzivni, brez posebnosti. Za lues ni znakov. WaR. negativna.

### IV.

P. Z. (Zap. št. 706/40. Šlaj. dom.) 32 let star, oženjen, elektroinženjer. Iz družinske anamneze pove, da je bil stari oče 6 let pred smrtjo slep na obe očesi. 1 teta je imela hud rahitis in so jo morali voziti. Starši in sestre so zdravi. Na otroške bolezni se ne spominja, le to ve, da je bil vedno bolj slaboten, ker je bil umetno hranjen. Pred 15 leti (l. 1925.) je dobil napade epilepsije, ki so se ponavljali vsak mesec po enkrat do pred 3 leti, ko so prenehali. 15 let ima golšo in je bil oproščen vojaščine radi Basedowa. Že pred 8 leti mu je pri pregledu oči ugotovil okulist, da ima neenaki zenici, desno večjo od leve. (Njegova takratna diagnoza: »Izolirana pareza desnega sfinktra zenice.« Vse preiskave na lues so bile takrat negativne). Pred nekaj dnevi je bil sprejet v sanatorij radi operacije golše. Tu je dobil ponočni napad nezavesti (epilepsije?). Po injekciji coramina se je ponovno onesvestil. Ima 2 otroka, ki sta zdrava. Ne pije, ne kadi, spolno ni bil bolan.

### Očesni ugotovitek:

Desno oko: Bledo. Zenica je bolezensko spremenjena, toga zenica (pupillotonia). Širša je od leve, razokrožena, pokončno ovalna. Na svetlobi je široka pri pogledu v daljavo k oknu 5,5 mm, od okna isto. Zenične reakcije na svetlem: Pri pogledu v daljavo je široka 5,5 mm, svetlobni reakciji nista izvabljivi. Pri bližinski reakciji se zoži počasi in tonično na 2,5 mm šele po 6—10 sekundah. Prav tako počasi se tudi razširi. Širilna reakcija ni izvabljiva. Pri orbikularisovem znaku se giblje zenica kot pri bližinski reakciji. Po 1 uri zatemnitve se razširi zenica na 6 mm. Svetlobni reakciji postaneta izvabljivi, četudi zelo slabo; zenica se zoži tonično na 5,5 mm. Vse ostale reakcije kot na svetlem. Na cocain se zenica pravilno razširi, na pilocarpin močno zoži.

Očesno ozadje: Brez posebnosti. Dvojnih slik nima.

Vid desnega očesa:  $\frac{5}{5}$ ; +0'25 Dsph. H. m.

Akomodacija je tonična. Bolnik akomodira počasi, a izdatno do 15 cm. Več sekund preteče, preden akomodacija zopet pusti, da vidi dobro v daljavo.

Levo oko: Bledo. Zenica je ožja od desne. Reakcije izgledajo na prvi pogled pravilne, pri natančnejšem in ponovnem pregledu pa postaja vendar očitno neko počasnejše, togo gibanje, ki vzbuja sum na razvoj toge zenice.

Očesno ozadje: Brez posebnosti. Dvojnih slik nima.

Vid levega očesa:  $\frac{5}{5}$ ; +0'25 Dsph. H. m.

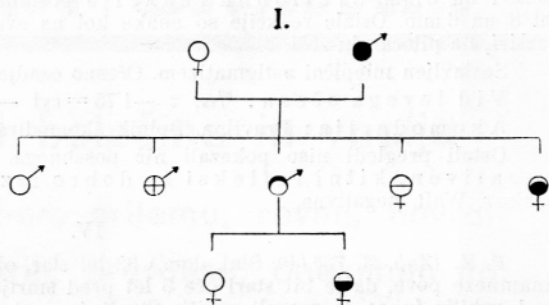
Akomodacija: Pravilna. Bolnik akomodira hitro do 15 cm.

Ostali pregledi:

Nevrološki ugotovitek: V področju možganskih živcev ni nobenih izpadkov. Gornji okončini b. p. Patelarni refleksi so izzivni, vendar so počasni in majhne amplitude. Ahilesovi refleksi niso izzivni. Romberg je negativen. WaR. je v krvi in liquorju negativna. Liquor tudi sicer ni spremenjen.

Če premotrimo opisane primere, vidimo, da imamo pri enem (III.) osamljeno togo zenico (pupillotonijo). Pri ostalih (I., II. in IV.) pa smo mogli ugotoviti Adiev skupek (pupillotonični pseudotabes). V nobenem izmed teh primerov nismo mogli dokazati luesa. Pri treh bolnikih je bila toga zenica združena tudi s tonično akomodacijo. Samo enkrat so bile zenične spremembe obojestranske.

Glede etiologije bi mogli samo pri III. primeru misliti na sekundarno obliko bolezni. Bolnik je bolehal dalje časa na malariji in ne moremo zanikati možnosti, da so pri njem povzročile infekcijsko-toksične okvare bolezenske znake. Pri vseh ostalih bolnikih pa je bolezen genuina. Tu moremo smatrati za vzrok dedno obremenjenost. Posebno zanimiv je I. primer. Če si ogledamo sliko I., vidimo, da so izmed 9 družinskih članov zdravi samo 3. Od bolnih ima eden pupillotonični pseudotabes, drugi pa visoko kratkovidnost. V rodbini imamo tudi prirojeno okvaro noge in padavico. Pri II. primeru vidimo pri 1 družinskem članu enostransko povečano zenico. Preostaja nam še IV. primer. Bolnik boleha na genuini epilepsiji. Zelo verjetno je, da je njegova dedno



- kronična želodčna bolezen
- toga zenica (Adie), rahitis
- ⊕ prirojena deformacija noge
- visoka kratkovidnost
- ⊖ endophthalmitis
- epilepsija
- zdrav

povzročena genuina epilepsija v zvezi s prav tako dednim pupillotoničnim pseudotabesom. Razen tega ima znake simpatikotonije.

Če bi hoteli torej iz naših opazovanih primerov sklepati o vzrokih opisane bolezni, potem bi se morali odločiti za dedne degeneracijske pogoje, ki dovedejo v zvezi s kakšno manjšo okvaro do razvoja opisanih bolezenskih znakov, ki tvorijo Adiev skupek.

## ZUSAMMENFASSUNG

Aus der Augenabt. des allgem. Krkh. in Ljubljana (Vorstand Prim. Dr. L. Ješe).  
**Über Pupillotonie und das Syndrom von Adie.** Von Dr. Slavko Prevec.

Zunächst wird über die Symptomatologie der Pupillotonie und des Adieschen Syndroms berichtet, wobei auf die in den Literaturberichten oft nur mangelhaft angegebenen Pupillenveränderungen hingewiesen wird. Um die tonische Pupille, vor allem aber ihre atypischen Formen von ähnlichen Anomalien (reflektorischen, unvollkommenen absoluten Pupillenstarre, Ophthalmoplegia interna) unterscheiden zu können, müssen alle Untersuchungsmöglichkeiten peinlichst erschöpft werden. Nach eingehender Besprechung der bisher in Hinsicht auf die Pathogenese und Aetiologie veröffentlichten Berichte wird der nur geringe Krankheitswert des Adieschen Symptomenkomplexes hervorgehoben. Ungemein wichtiger ist dagegen seine sozial-medizinische Bedeutung, vor allem in Bezug auf die Verwechslungsmöglichkeit mit anderen schweren organischen Nervenkrankheiten (Tabes dorsalis). Am Ende werden eigene in den letzten Jahren beobachtete Fälle von Pupillotonie bzw. Adiescher Krankheit beschrieben. In aetiologischer Hinsicht handelte es sich nur in einem einzigen Falle um eine sekundäre Erkrankung (infektiös-toxische Schädigung durch Malaria), bei allen anderen werden hereditäre Degenerationsursachen hervorgehoben. Bei einem Falle (II.) wurden Pupillen-anomalien in der Familie beobachtet. Lues lag in keinem Falle vor.

## SLOVSTVO

1. S. Prevec. Zdrav. vest. 1940. št. 5. — 2. Adie. Brit. J. Ophthalm. 1932. Bd. 16. (Ref. Zbl. Neur. Bd. 65.). — 3. I. Glavan. Lij. vjes. 1939. Br. 5. — 4. M. Dressler in H. Wagner. Schweiz. Arch. Neur. 1937.—39. (Ref. Zbl. Ophthal. 1938. B. 41. H. 2.). — 5. Saenger. Neur. Zentralbl. 1902. Strasburger. Neurol. Zentralbl. 1902. — 6. C. Behr. Die Lehre v. d. Pupillenbeweg. Gr. S. Handb. Untersuchungsmethoden 2. Bd. 1924. — 7. E. Bürki. Klin. Mbl. Augenheilk. 1937. B. 99. — 8. F. Kehrer. Die Kuppelungen von Pupillenstör. mit Aufhebg. d. Sehnenreflexe. G. Thieme, Leipzig 1937. — 9. Kyrieleis. Z. Augenhk. 1934. B. 83. — 10. E. H. Romberg. Arch. f. Psychiatr. 1939. B. 109. (Ref. Zbl. Ophthal. 1939. B. 43. H. 11.). — 11. H. K. Müller. Z. Augenheilk. 1935. B. 87. — 12. R. Jung. Nervenarzt. 1938. H. 5. (Ref. str. 266.). — 13. Kennedy, Foster. Arch. of. Ophthalm. 1938. B. 19. (Ref. Zbl. Ophthal. 1938. B. 40. H. 9.). — 14. F. Kehrer. Arch. f. Psychiatr. 1939. B. 109. (Ref. Zbl. Ophthal. 1939. B. 44. H. 1.). — 15. Dressler M. Helvet. med. Acta. 1937. B. 4. (Ref. Zbl. Ophthal. 1938. B. 41. H. 2.). — 16. De Rudolph. Der Nervenarzt 1937. H. 2. (Ref. str. 105.). — 17. Voss G. Dtsch. med. Wschr. 1938. H. 2. (Ref. Zbl. Ophthal. 1939. B. 42. H. 13.). — 18. Mylius. Klin. Mbl. Augenheilk. 1938. B. 101. — 19. Alajouanine, P. Morax. Annales d. Ocul. 1938. 175. (Ref. Zbl. Ophthal. 1938. B. 42. H. 3.). — 20. Romberg, Schaltenbrand. Dtsch. med. Wschr. 1937. Nr. 19. — 21. K. Leonhard. Münch. med. Wschr. 1938. Nr. 9. — 22. Bettini. Riv. pat. nerv. 1939. H. 53. (Ref. Zbl. Ophthal. 1940. B. 44. H. 9.). — 23. H. Braun. Dtsch. med. Wschr. 1938. Nr. 52. — 24. Petit G., Delmond J. Ref. Zbl. Ophthal. 1937. B. 37. H. 2. — 25. Burnier, Penido. Ref. Zbl. Ophthal. 1940. B. 44. H. 11. S. 462.

## Doprinos k patogenezi varikoznega ulkusa

Dr. Boris Kunc

V članku »Ulcus cruris varicosum« (Zdrav. vest. 1940. št. 1), sem kratko navedel nekaj novih misli (Perpigna) o etiologiji varikoznega ulkusa, ki naj bi bil posledica draženja lumbalnih simpatičnih ganglijev. Na oddelku pa je obilo prilike opazovati najrazličnejše, žalibog po večini samo končne oblike varikoznih ulkusov. Slučaj je nanesele, da sem imel priliko opazovati vmesno stopnjo med varicami ter varikoznim ulkusom. Samo opazovanje me je opozorilo, da sem iz dejstev stvoril zaključke ter se mi zdi, da sem se s tem približal pravi patogenezi varikoznega ulkusa. Pravilnost razlage bo prav zaradi enostavnosti načina opazovanja lahko presodil vsakdo sam. Preden preidem k stvari omenim na kratko nekaj kritičnih pripomb k raznim teorijam o etiologiji varikoznih ulkusov.

Ni še dolgo tega, ko so razlagali postanek ulcusa cruris kot nasledek poškodbe kože, spremenjene po varicah. Vendar so pri tem pozabili na vprašanje: »Zakaj se te rane celijo veliko počasneje od drugih?« To je bil povod preiskavam krvi v varicah, ki imajo več ogljikovega dioksida, dušika in kjer je večji pritisk. Toda pri vsaki venozni stazi sta CO<sub>2</sub> ter dušik povišana, vendar ni še to zadostni vzrok za nastanek ulkusa. Saj imamo varice na stegnu ter okolici kolena prav take, če ne večje kot na krači — a ulkusov zgoraj ni. Z istim razlogom lahko odklonimo povečan pritisk. Tako je bilo mnenje pred dvajsetimi leti. Zadnja leta se niso zadovoljili z razlago o postanku varikoznega ulkusa ter so iskali vzrok v lumbalnih simpatičnih ganglijih. Histologi Sunder-Plasman in drugi so ugotovili pri ekstimpiranih simpatičnih ganglijih zmanjšano število celic v vidnem polju, zelo redko vezivo z velikimi vmesnimi prostori, kar daje vtis edematoznosti, močne pigmentacije celic — skratka znake degeneracije. Točnost histoloških raziskovanj je sicer izven vsakega dvoma, vendar pa nam ne pokažejo, ali so ti degenerativni znaki primarni in ulcus cruris sekundaren, ali obratno. Veliko bolj je razumljiva ta degeneracija ganglijev kot nasledek velikih sprememb v arteriovenoznem sistemu. Eksperimentalna draženja ganglijev so baje povzročila ulcus cruris. Iz fiziologije vemo, da draženje simpatičnih ganglijev ne more izzvati lokalnega spazma ožilja. Pri vseh draženjih nastopa na isti strani celoten spazem arteriol ter kapilar, prav tako kot nastopa pri prekinitvi ganglijev v normalnih razmerah jasna vazodilatacija. To so vsem poznana dejstva, katerih resničnost je neštetokrat preiskušena in na katerih podlagi temelji celotno delo.

Na oddelku sem imel priliko opazovati bolnika, ki je imel na desni nogi srednje velik tipičen varikozni ulkus. Mnogo bolj zanimiva je bila leva noga! Na sprednji strani krače je bila koža bleda, lahno modrikasta, v njej smo jasno tipali majhne obliterirane kožne vene. Najbližja okolica teh ven je bila popolnoma bleda ter hladna. Ob poteku obliterirane vene smo tipali vdolbino, ter je bila slika ista kot pri injekciji sredstev za obliteracijo ven! Opazovani stadij je bil zadnji pred nastopom ulceroznega defekta ter tako jasen, da ni dopuščal nobenih dvomov. Dva faktorja in to: 1. tromboza, 2. vazokonstrikcija se mi zdita najvažnejša momenta v patogenezi varikoznega ulkusa.

Kakšni so nasledki opisanih sprememb? Pri emboliji večjih ven nastopa kratkotrajna vazokonstrikcija. Prav tako nastopa pri obliteraciji (trombozi)

manjših ven lokalizirana, lahko bi rekli odgovarjajoča vazokonstrikcija, kar smo lepo videli pri opisanem primeru. Šele sedaj dobiva koža premalo krvi; zato nastopa hladnost, bledost ter pozneje atrofija kože. Pridružijo se dobro poznane pekoče bolečine, krči, ki so znova dokaz arterielne komponente. Nastopa rarefikacija kosti ter periostitis v predelu ulceroznih sprememb. Tu ni sprememb v arterielnem sistemu v smislu arteritisov, tu je lokalna vazokonstrikcija, kar nam dokazuje topla ekstremiteta po prekinitvi simpatika. Ulcus cruris nastopa v starejši življenjski dobi, zato lahko poleg arterielnega spazma sodeluje še arterioskleroza, vendar slednja nikdar ne prevladuje.

Radi tromboze ter sredstvene reaktivne vazokonstrikcije nastopajoča atrofija kože je najboljši teren za postanek ulkusa. Atrofično spremenjena koža je tudi prvi pogoj za postanek rane. Odprto pa ostane vprašanje, kateri moment povzroča, da se rana pojavi. Bolniki navajajo najčesče travmo, pritisk ali pa samo praskanje kot vzrok ulkusa. Zdi se mi, da te anamnestične podatke podcenjujemo, ker so resnično mnogo važnejši kot pa izgledajo na prvi pogled. Travma, ne samo, da izvrši prvi defekt kože, ampak še poveča vazokonstriktorno reakcijo ožilja, ki se ne reparira tako hitro kot v normalnih prilikah. Če upoštevamo še travmatično komponento, ki povečava vazokonstrikcijo, tedaj si lahko razložimo počasno celjenje ulkusov. Zato je bilo nerazumljivo to vprašanje zaradi nepoznavanja teh dejstev.

Iz terapije varikoznih ulkusov navedem nekaj podatkov, ki potrjujejo tako rekoč retrogradno resničnost opisanih trditev. Terapijo ulkusov bi lahko v glavnem opredelil v dvojno: konservativno ter kirurško. S prvo, ki ji je namen epitelizacija rane imajo prilično slabe izkušnje dermatologi. Vzrok slabih uspehov je sedaj jasen. Z mazili zdravimo le simptomatsko a ne kavalno; zato se ni treba zadržati delj pri tem vprašanju.

Metoda simpatektomije (periarterielne l.1914., lumbalne l.1924.) tudi v zdravljenju varikoznih ulkusov ni nova. Dejstvo, da povzroča aktivna hiperemija hitrejšo celjenje, je privedlo nekatere kirurge, da so se odločili za simpatektomijo. Pred očmi so imeli le lokalno povišanje temperature; vendar tiči v tej metodi mnogo globlji pomen. Pri varikoznih ulkusih se s simpatektomijo ne zviša samo temperatura, temveč odstrani tudi trajni minus, ki se izraža v vazokonstrikciji. Šele ko izgine ta minus, tedaj nastopa ono normalno celjenje ran, ki ga opažamo dnevno po poškodbah, opeklinah in sličnem. Tu tiči bistvo uspeha! V začetku se je uporabljala edino periarterielna simpatektomija. Uspehi so bili promptni, vendar je čez par mesecev po regeneraciji adventicije nastopil recidiv. Značilno je mnenje ter mišljenje, ki sta ga napisala leta 1928. Brünning ter Stahl: »Od vseh strani prihajajo oduševljena sporočila v izrazitih uspehih posebno takoj po operaciji. Istočasno pa prihajajo poročila o recidivih.« Prihajata do zaključka: »Ulkus nastane na podlagi varikoznega kompleksa, ki ga simpatektomija ne izpremeni.« In tako še danes smatrajo ulcus cruris za komplikacijo varic. Po vseh izvajanjih popolnoma lahko popravimo tudi to patološko anatomsko opredelitev. Pogrešno se mi zdi smatrati varikozni ulkus za komplikacijo varikoznega obolenja. Res so primarno obolenje varice, flebektazije, brez katerih ni varikoznega ulkusa. Vendar niso samo razširjene vene na stegnu nikdar vzrok pojavljanju ulkusov na tem mestu. Kaj se lahko zgodi z varicami? Varice ter flebektazije se lahko ozdravijo z obliteracijo ter tako prenehajo težave. S tem je proces pri nekaterih ljudeh končan, težave izginejo. Pri drugih pa se iz neznanega vzroka pridruži trombozi še arterielna komponenta. Slednjo lahko smatramo za trajni lokalni minus, ki že s samim pojavom spremeni klinično sliko varic ter predstavi novo obolenje — atrofijo kože, bolečine, edeme in končno ulkus. Zato res ne zdravimo

s periarterielno ali lumbalno simpatektomijo varic, temveč drugo obolenje, ki bazira na vazokonstrikciji — ulcus cruris.

Omenil sem že, da pogosto srečavamo bolnike z ranami. Redek je primer, da bi se pacienti javili že v opisanem stadiju razvoja in nastanka takega ulkusa. Lahko je najti temu vzrok. Bolniki smatrajo nastopajočo trombozo za dobro znamenje v smislu zdravljenja in tudi subjektivne težave niso tako velike, da bi iskali zdravniške pomoči. Prepričan sem, da tudi opisani primer ne bi prišel nikdar na oddelek zaradi zdravljenja leve krače, marveč zaradi neprijetne rane na desni nogi.

Upravičen bi bil očitek, da je opisani primer samo eden in da bi bilo prezgodaj delati zaključke. Vendar, zakaj bi še iskali drugih dokazov in drugih vzrokov bolezni, ko pa narava sama postreže, posebno če si znamo opazovane spremembe pravilno razložiti.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Auf Grundlage eines interessanten Falles gibt Autor einen neuen Blick über die Pathogenese des Krampfadergeschwürs. Er trennt scharf Varicen und ulcus cruris — jedes als eine selbstständige Krankheit. Die Thrombose der Varicen und konsekutive Vasokonstriktion sind die Hauptmomente in diesem Problem und gleichzeitig die einzigeste Ursache des Geschwürs.

#### SLOVSTVO

Kirschner-Nordmann: Die Chirurgie 1928, 1939. — Rieder: Arch. Klin. Chir. 1936. Bd. — Ribbert: Allgemeine Pathologie. — Leriche: La chirurgie du sympathique lombaire 1935.

---

Iz urološkega odseka Obče drž. bolnice v Ljubljani (v. d. šefa dr. S. Rakovec)

## Urogenitalna tuberkuloza

Dr. Slavko Rakovec

Preteklo je že deset let, odkar je na tem mestu priobčil dr. Jug referat o ledvični tuberkulozi. Zaradi tega smatram, da je potrebno, da podam ponovno kratek pregled o današnjem stanju te socialno tako važne bolezni. Poudarek pri tem pregledu naj bi bila osvetlitev problemov in dognanj, ki so stala v ospredju v tem desetletju, ne da bi polagal važnost na popolnost referata in hotel izžrpati vse obširno polje urogenitalne tuberkuloze, ki ga v takem preglednem referatu ni mogoče podati.

V zadnjih letih je zanimanje za urogenitalno tuberkulozo močno narastlo, kar je razvidno iz obilice člankov in referatov o tem predmetu. Medtem, ko opažamo, da se manjša umrljivost za pljučno tuberkulozo, se zdi, da narašča za urogenitalno tuberkulozo. Število nefrektomij radi tuberkuloze se vedno bolj množi. Prav gotovo je, da je ta porast deloma v zvezi z napredkom diagnostike, ki je ravno na tem polju v zadnjem desetletju zavzela velik razmah. Vendar tudi druge statistike govore o naraščanju tega obolenja. Tako se je po Kauffmannu dvignila umrljivost za urogenitalno tuberkulozo v Švici v zadnjih desetih letih za 12,4%.

Razširjenost urogenitalne tuberkuloze nam odkrivajo tudi statistike patoloških institutov. Po teh statistikah, napravljenih na velikem materialu, najdemo ledvično tuberkulozo v 2 do 5% vseh izvršenih obdukcij, mnogokrat tudi tam, kjer preje klinično ni bilo najti nikakih znakov. Zaradi tega moramo smatrati zdravljenje urogenitalne tuberkuloze kot važno socialno vprašanje. Čeprav je urogenitalna tuberkuloza z ozirom na pogostost bolevarja šele na četrtem mestu — prekašajo jo tuberkuloza dihalnih organov, kostna in kožna tuberkuloza — je njen socialni pomen mnogo večji, ne samo kot pri kožni, temveč tudi kostni tuberkulozi. Kajti bolniki z urogenitalno tuberkulozo, če jim nismo pravočasno odstranili tuberkuloznega ognjišča — so ne samo začasno, kot n. pr. večina bolnikov s kostno tuberkulozo, temveč trajno za delo nesposobni in njihova življenjska doba je kratka. (Wildbolz). Več kot polovica teh bolnikov umre tekom prvih pet let. Poleg tega je urogenitalna tuberkuloza skoro vedno odprta tuberkuloza in pomeni veliko nevarnost za okolico, nič manjšo od odprte pljučne tuberkuloze, dejstvo, ki se vse preveč zanemarja. Socialen moment je še podčrtan po tem, da si ta bolezen izbira svoje žrtve v njihovih najlepših letih, najpogosteje med 20.—35. letom.

Urogenitalna tuberkuloza je skoro vedno sekundarna tuberkuloza. Prvotno ognjišče se nahaja največkrat v pljučih, bezgavkah itd. Toda največkrat je tako, da je primarno ognjišče ob izbruhu urogenitalne tuberkuloze že inaktivno in klinično skoro ne več opazno.

Danes ne govorimo več o ledvični, o mehurni tuberkulozi itd., temveč o urogenitalni tuberkulozi; kajti danes smatramo to obolenje kot bolezen sistema, čeprav posamezni organi tega sistema niso v enaki meri in enako pogosto prizadeti. Ledvice so najpogosteje in najprvi oboleli del, toda v trenutku, ko dobimo bolnika predse, in to je takrat, ko nastopijo prve subjektivne težave, tedaj največkrat že ni več obolenje omejeno na en sam organ, temveč je že prizadet večji del sistema. Vzrok temu leži v povezanosti organov urogenitalnega trakta potom odvodnih potov in potom urina. Propagacija infekcije po teh potih je tako očitna, da je ne moremo prezreti.

V uropoetičnem sistemu je praviloma vedno ledvica primarno oboleli organ. To vprašanje je danes po številnih izkustvih že končno veljavno rešeno. Redke so izjeme, ki so opisane, in še te ne vzdržijo stroge kritike in tudi nimajo praktičnega pomena. Ravnotako je rešeno vprašanje poti infekcije. Danes smatramo za dokazano — v tem se strinjajo vsi avtorji — da nastane prva infekcija v ledvicah hematogenim putem. Propagacija infekcije po ledvici sami in dalje navzdol v renalni pelvis, v ureter in sečni mehur pa ne več hematogeno, temveč kanalikularno, s tokom urina ali tudi po obkrožajočih limfnih potih.

Nastanek tuberkuloznih ognjišč v urogenitalnem traktu se v ničemer ne loči od histogeneze v drugih organih. Kot pri vsakem vnetju, tudi tu ločimo tri faze vnetja: poškodbo tkiva, cirkulacijske motnje združene z eksudacijo in proliferacijo; k temu se pridruži še kot posebnost tuberkuloznega vnetja zasirjenje. Vendar opažamo v urogenitalnem traktu gotove značilnosti. Ker so ledvice visoko diferenciran organ z jako občutljivim epitelom, ni čuda, da je tu jako dobro izražena prva faza, okvara tkiva, posebno v glomerulih. Eksudacijski procesi stopajo v ozadje, ker jim manjka, kot n. pr. tudi v jetrih, prostora za to. Nasprotno nalikujejo organi z veliko površino, kot so to ledvična čaša in sečni mehur v tem oziru skoro popolnoma enakim procesom v pljučih ali na sluznicah; pri njih je eksudacija jako močna. Veliko vlogo igra pri kronični izolirani tuberkulozi proces zasirjenja, ki ga smatramo kot koagulacijsko nekrozo hiperergično vnetega tkiva, in proces razpadanja in

tvorba kavern, kot posledica proteolize, ki je še pospešena po maceraciji kazeoznih mas z urinom. (Huebschmann).

Kot povsod drugod, tako se je tudi pri ledvični tuberkulozi že davno čutila potreba po razdelitvi oblik, v katerih se javlja. Vendar še danes nimamo splošno priznane in v vsem zadovoljive razporeditve, ker nam to onemogoča velika raznolikost makroskopskih in mikroskopskih oblik. Mislim, da storimo najboljše, če se pridružimo Huebschmannu in razdelimo ledvično tuberkulozo — ta nas radi pogostosti in primarnosti obolenja pač najbolj zanima — v dve glavni obliki: v miliarno ledvično tuberkulozo in kronično kaverno. Prva oblika, miliarna tuberkuloza, je v urologiji podrejenega pomena. Saj nastopa skoro vedno samo kot del splošne miliarne tuberkuloze ali pa tudi v kasnejšem poteku kronične izolirane organske tuberkuloze. Zato tudi le-ta nima pomena samostojnega obolenja in jo bomo pustili pri naših razmotrivanjih v nemar.

Pač pa je kronična kaverno ledvična tuberkuloza eminentne važnosti in tvori jedro vse urogenitalne tuberkuloze. To obliko označuje zgodnji razpad tkiva, zasirjenje in večinoma tudi zgodnji vdor ognjišča v renalni pelvis. Pri tej obliki nastopajo začetna ognjišča ne v ledvični skorji, temveč kot govore nova raziskovanja, v piramidah in sicer najraje v papilah. To takozvano papilarno tuberkulozo smatramo danes kot tipični inicialni stadij ledvične tuberkuloze. Potom razpada papilarnega ognjišča nastopi nato vdor v renalni pelvis ali pa se razvije iz njega najprej kaverna, ki nato šele perforira. Prodor takih kavern se izvrši pogosto skozi ozek vod, fistulo, ki jo je v ugodnih primerih mogoče ujeti tudi na rentgensko sliko, kar nam večkrat olajša zgodnjo diagnozo. Iz tega primarnega ognjišča se širi infekcija proti ledvični skorji, bodisi kanalikularno bodisi limfogeno ali potom vdora v arterije, in zajame večji temu odseku (piramidi) pripadajoči del ledvice. Infekciji je sedaj odprta široka pot v ledvici sami in v odvodnih potih.

Redkeje se zgodi, da ne nastopi perforacija kavern v ledvične čaše ali pa celo, da se že enkrat nastala perforacija zopet zapre. V takih primerih lahko doseže razdejanje ledvice visoko mero, ne da bi bilo to opaziti na urinu. Razumljivo je, da ti primeri povzročajo znatne diagnostične težave. V urinu ne najdemo niti levkocitov niti eritrocitov niti bacilov, kvečjemu obstoja lahna albuminurija. Važno je, da ni treba, da bi bila funkcijska sposobnost ledvice znatno okrnjena. Pred kratkim smo imeli priliko opazovati na odseku primer zaprte ledvične tuberkuloze, pri katerem sta bili dve tretjini ledvice povsem destruirani in spremenjeni v kaverne s kazeoznimi masami in vendar se ledvična funkcija ni popolnoma nič razlikovala od funkcije druge, zdrave ledvice. Diagnoza nam je v teh primerih omogočena le potom pielograma, ki pokaže defekt ledvične čaše in čašic.

Razen kronične kaverno oblike naj omenim še dve kronični obliki: diseminirano nodozno in fibrozno obliko tuberkuloze. Obe obliki sta razmerna redki in tudi sicer nimata mnogo praktične vrednosti.

V kasnejšem poteku inficira tuberkuloza descendirajoče praviloma ves sistem. Ostenje pelvisa in uretra zaradi vnetja močno zadebeli in se spremeni v togo cev, posuto s tuberkli in ulceracijami. Vezivo v okolici sklerozira (periureteritis). Ker ni tuberkulozno vnetje omejeno samo na sluznico, temveč prodira v globoke plasti, posebno v mehurju, si kaj lahko razlagamo močne dizurične težave, ki so tako značilne za ledvično tuberkulozo v kasnejšem stadiju. Zaradi infiltracije mišičja se mehur skrči na minimum, s kapaciteto komaj 30—50 ccm.



Obdržanje kondicije je važno pri vseh boleznih. Izčrpanemu in bolnemu organizmu daje najhitreje potrebno energijo odlično hranljivo sredstvo

# GLUKOVIS



(GLUKOZA, kalcij, fosfor in fiziološko stimulirajoča agencija)

Organizem momentano izkoristi glukozo v energetske svrhe. Dodatki stimulirajo fiziološko delavnost in povzročajo optimalno ravnotežje kalcija in fosforja

**INDIKACIJE:** Pri raznih boleznih, kjer trpi prehrana, v rekonvalescenci, posebno po infekcijskih boleznih, poleg acidotične diete, pri onemoglih, suhih in izčrpanih ljudeh, pri splošni telesni slabosti in pomanjkanju teka.

**Zdravi jemljejo Glukovis za časa telesnih in duševnih naporov, na potovanju, pri športu, turistikah itd.**

**DOZIRANJE:** Jemlje se 1–2 žlici večkrat na dan z vodo, sadnimi sokovi ali kakršno koli jedjo. Otroci polovico. Jemlje se skozi celo leto, pa tudi poleti.

**OMOTI:** Orig. škatle z 250 g praška din 41.– (za bolnike).

Literaturo in vzorce pošilja:



a. d. za trgovino i proizvodnju kemiskih i farmaceutskih artikala  
**ZEMUN**

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH ORGANOV IN PREOSNOVE

## Rogaška Slatina

ima v svojih treh vrelicah

„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

# PRI MASTITISU

grozečem abscesu ali drugih vnetjih dojk

je

## ANTIPHLOGISTINE

visokovreden terapevtikum. Obkladek z Antiphlogistine deluje pomirjujoče in dekongestivno. Istočasno nudi mehanično oporo in pospešuje zdravljenje.

Vzorci in literatura brezplačni.

**THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NEW YORK, U. S. A.**

»STERILAB« Engleska Hemijsko-Farmaceutska Laboratorija Braće J. Jovanovića, Beograd, ulica Kneza Mihaila br. 33

## 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 zlozljiva 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.

Simptomatologija se mora še vedno boriti s precejšnjimi težavami, kajti simptomov od strani ledvice, vsaj v začetku bolezni, ni. Zato praviloma ne moremo nikdar določiti začetka bolezni, ker poteka inicialni stadij brez težav. Pri večini bolnikov se očituje bolezen šele s cistitičnimi težavami, ki so označene po polakizuriji in terminalni bolečini pri mikciji. Težave nastopajo in se stopnjujejo prav polagoma, tako da jih bolnik večkrat v začetku spre-gleda, redkeje akutno. Le v približno 5% začenja ledvična tuberkuloza s totalno hematurijo (brez bolečin) in zopet v ca 5% s tipično ledvično koliko, ki se prav nič ne razlikuje od prave kolike pri nefrolitiazii. Zato velja pravilo, da je treba smatrati vsako ledvično koliko, pri kateri nismo ugotovili kamna, kot sumljivo na tuberkulozo. Splošen izgled in stanje bolnikovo je v začetku bolezni večinoma dobro in nima nikakih značilnosti kot jih sicer najdemo v kasnejšem poteku bolezni.

Vidimo torej, da so začetni simptomi — in samo ti pridejo v poštev, ako naj uspešno zatiramo bolezen, — ki privedejo bolnika k zdravniku, kaj revni. Naj se pa ne zgodi, da zdravnik, če že dobi bolnika v začetnem stadiju predse, tega ne odslovi na kratko z diagnozo vnetja sečnega mehurja! Vsaka cistitis, če je še tako malenkostna, se mora pozdraviti in če se ne pozdravi ali če traja več kot 6 tednov, je sumljiva na tuberkulozo. Vsaka hema-turija neznanе etiologije obvezuje zdravnika k preiskavi na tuberkulozo. Sum-ljiva je vsaka mikroskopična hematurija pri gnojnem urinu. Sumljiva je vsaka polakizurija, čeprav je urin brez patoloških sprememb ali vsebuje samo par levkocitov. Ne smemo pozabiti, da je 33% vseh kroničnih vnetljivih procesov v urogenitalnem aparatu tuberkulozne narave. Prava piurija nastopa šele s predorom kaverne v ledvično čašo. Značilno je, da je reakcija urina vkljub močni piuriji skoro vedno kislja. Diagnostične težave nam večkrat olajša dej-stvo, da se specifična cistitis še poslabša pri običajnem zdravljenju cistitid. Tako reagirajo taki bolniki zelo slabo na urotropinske preparate ali na izpi-ranje mehurja s srebrnimi solmi. Albuminurija običajno ni močno izražena in dosega vrednote komaj do  $\frac{1}{2}/\infty$ , more pa tudi pri zaprti tuberkulozi povsem izostati. Močnejšo albuminurijo najdemo šele, če se je pridružila tuberkuloz-nemu obolenju nefritis.

Diagnozo dokažemo šele z bakteriološko preiskavo urina. Že piurija, pri kateri ne najdemo v barvanem preparatu sedimenta nikakih običajnih, banal-nih bakterij, je močno sumljiva na specifično obolenje. Najdba Kochovih bacilov je pa etiološki dokaz za eksistenco specifičnega ognjišča nekje v urogenitalnem sistemu, katerega lokalizacijo moramo nato poiskati. Kajti čeprav še ni do-končno rešen problem tuberkulozne bacilurije, moramo reči, da bacilurija, pri kateri urogenitalni organi ne bi bili oboleli, verjetno sploh ne obstoja. Do danes še nimamo namreč dokazanega v vsej svetovni literaturi niti enega slučaja take tuberkulozne bacilurije. Ne da bi se spuščali podrobnejše v bakteriologijo, moramo omeniti predvsem tri bakteriološke metode iskanja Kochovih bacilov: mikroskopično, biološko in gojiščno. Ostale (tuberkulinske in antigenske) pridejo manj v poštev. Za zgodnjo diagnozo sta predvsem važni biološka (cepljenje morskega prašička) in gojiščna (predvsem kultura po Hohnu z jajčnim agarjem).

Ako na ta način, iz anamneze in preiskave urina, doženemo ali tudi samo sumimo urogenitalno tuberkulozo, potem mora temu nujno slediti kompletna urološka preiskava: le-ta sestoji iz cistoskopije, določitve ledvičnih funkcij, preiskave separiranih urinov in pielografije. Kajti za uspešno zdravljenje se ne moremo zadovoljiti s splošno diagnozo urogenitalne tuberkuloze, temveč moramo ognjišče poiskati in ga lokalizirati. Cistoskopična preiskava nam tu

v ugodnih primerih lahko prinese mahoma jasnost. Infiltracija in edem enega izmed obeh ostijev, s tuberkli in tipičnimi čiri, nam govori s precejšnjo gotovostjo za obolenje ledvice dotične strani, posebno še, če nam cistohromska preiskava pokaže oslABLJENO ledvično funkcijo. Vendar vedno ni tako. Dostikrat je specifično vnetje mehurja zavzelo že tako mero, da ni več omejeno na stran obolele ledvice, temveč obsega ves mehur in s tem oba ostija. Na drugi strani pa pri zgodnjih, začetnih oblikah sploh ne najdemo nikakih sprememb v mehurju. Tu je važno, da vemo, da nespremenjen ostij ne izključuje ledvične tuberkuloze niti jo obolel ostij vedno ne potrjuje. V takih primerih nam pomaga do diagnoze preizkus posameznih ledvičnih funkcij, ki ga najlažje in tudi najzanesljivejše izvedemo z intravenozno ali intramuskularno indigokarminsko injekcijo. Znano je, da tuberkulozno obolela ledvica že zelo zgodaj reagira z zakasnitvijo v izločevanju, večkrat v štadiju, ko najdemo nato v operativno odstranjeni ledvici komaj za grah veliko, povsem lokalizirano kaverno. Še večjo zanesljivost nam nudi separacija ledvičnih urinov. V ta namen uvedemo v oba uretra ureterne katetre do višine 10 cm; ne višje, ker bi sicer lahko zanesli iz inficiranega mehurja tuberkulozne bacile v zdravo ledvico. Navzočnost levkocitov v urinu ene ledvice in nenavzočnost v urinu druge, nam s precejšnjo gotovostjo poda lokalizacijo. In obenem že tudi dokaz za neobolelost druge ledvice, torej za enostransko tuberkulozo.

Rentgenske preiskave, posebno intravenozna pielografija, so se v začetku uvedbe teh metod v urologijo močno precenjevale, ker se je od njih pričakovalo in zahtevalo več, kot le-te morejo dati. Danes jih smatramo kot pomožna sredstva, ki nam ne morejo nadomestiti kliničnega pogleda in preiskav kot n. pr. cistoskopije ali ureternega kateteriziranja. Sploh se je od intravenozne pielografije — ki je povrhu še zelo draga metoda — tudi pri drugih uroloških obolenjih vse preveč pričakovalo. Intravenozna pielografija nam anatomske spremembe — in te so posebno važne — redkokdaj lepo poda. Polnitev ledvičnih odvodnih potov s kontrastom je pri tej metodi odvisna le preveč od izločanja in neizločanja v ledvici sami, od stanja koncentracije, od štadija kontrakcije ali dilatacije mišičja pelvisa in uretra, ki jih tudi imenujemo sistolo in diastolo. Zato je intravenozna pielografija v svojem bistvu funkcionalna proba; z njo bolj preizkušamo sposobnost ledvičnega izločevanja in jo z večjo upravičenostjo prištevamo v serijo fizioloških prob, pri katerih je kontrast (Uroselectan, Perabrodil itd.) samo eden izmed testnih objektov. Kompletno polnitev pelvisa in s tem sliko anatomske spremembe bomo dobili pri intravenoznem pielogramu le tedaj, če ledvica dobro izloča in če je obenem odtok iz uretra otežkočen. V takem primeru nastopi staza kontrasta v pelvisu in s tem tudi dobra polnitev in lepa slika (n. pr. pri periureteritis). In tako se neredko zgodi, da dobimo dobro polnitev na oboleli strani in slabo, navidezno defektno na zdravi strani, kar bi lahko neizkušene dovedlo do napačnih zaključkov. Na našem urološkem odseku uporabljamo intravenozno pielografijo predvsem, če cistoskopična preiskava vsled močnega vnetja, krvavitve ali premajhne kapacitete sploh ni mogoča ali če se vsled anatomske spremembe ne posreči uvesti ureternih katetrov. Temu nasprotno retrogradni pielogram odlično pokaže anatomske spremembe ledvičnih odvodnih potov, ker polnimo pri tem načinu sistem pod gotovim pritiskom in ga maksimalno dilatiramo; nima pa seveda vsled umetno ustvarjene diastole nikake vrednosti glede fiziološke strani (kar je večkrat od pomena pri hidronefrozah). Retrogradni pielogram nam pri tuberkulozi poda karakteristične slike, vendar ni povsem nenevaren; podana je možnost infekcije zdrave ledvice in eventualno

tudi propagacija tuberkuloze pri oboleli ledvici; opisani so tudi primeri akutne splošne miliarne tuberkuloze povzročene po retrogradnem pielogramu. Zato je treba vkljub njeni veliki vrednosti omejiti metodo le na one primere, kjer s prej naštetimi načini ni mogoče doseči eksaktne diagnoze.

Zdravljenje urogenitalne tuberkuloze, če naj bo uspešno, je seveda kirurško in obstoja v odstranitvi primarnega ognjišča. Ker je primarno ognjišče praviloma v ledvici, zato obstoja samo ena metoda, to je nefrektomija. Enostavna metoda, ki ne dopušča nikakih problemov, in vendar edina, — to je treba še enkrat poudariti — če naj bo zdravljenje uspešno. Kajti treba je poudariti dejstvo, da do danes še ni znan primer ledvične tuberkuloze, ki bi bil neoperativnim potom ozdravljen. Ledvična tuberkuloza neizogibno — čeprav šele po več letih — tira bolnika v smrt, brez izjeme in dosledno. Morda bi se zdelo, da je vendarle izjema v tako zvani autonefektomiji, pri kateri se prvotno odprta tuberkuloza vsled brazgotin v pelvisu ali uretru zapre in tako onemogoči descendirajočo pot infekciji v mehur. Pri takih bolnikih izginejo naenkrat vse težave, urin postane čist in v mehuru ne najdemo nikakih patoloških sprememb. Klinično izgleda, da je bolnik ozdravljen. Vendar temu ni tako. Nešteta opazovanja so pokazala, da so ti bolniki izpostavljeni težkim nevarnostim. Po par letih proces nanovo vzplamti ali se celo generalizira. Obstoja možnost perforacije kavern v črevo, tvorbe mrzlih abscesov, metastatičnih ognjišč v drugih organih in toksične okvare celotnega organizma. Zato je odstranitev takih »autonefektomiranih« ledvic, čeprav ne delajo nikakih težav, kliničen postulat.

In uspehi kirurškega zdravljenja urogenitalne tuberkuloze? Še slišimo tudi danes med zdravništvom skeptična mnenja. Toda tudi v urologiji — oziroma bolje, če kje, potem gotovo v urologiji — velja, da je tuberkuloza ozdravljiva bolezen, seveda le tedaj, če bolnik ni prišel prepozno. Saj ravno v urologiji lahko — zahvaljujoč se naravi, ki nas je obdarila z dvema ledvicama — z enim mahom radikalno odstranimo še tako velike kaverne. Še več! Znano je namreč, da se tudi pri razmeroma zapoznelih primerih, pri katerih je obolenje že descendiralo, mehurna tuberkuloza popolnoma pozdravi po odstranitvi primarnega ognjišča, če le ni zavzela prevelikega obsega. Po statistikah lahko računamo s trajnim ozdravljenjem po zgodnji operaciji v 80%, v kasnejšem štadiju v 50—60%. Ker je tuberkuloza zavratna bolezen in rada po navidezni pomiritvi znova vzplamti v drugih organih, govorimo o trajni ozdravitvi šele tedaj, če je bolnik brez težav, če je urin najmanj 3 leta brez levkocitov in bacilov in so vsa ognjišča pomirjena.

Uspešno zdravljenje je pričakovati torej — tega nikdar ni mogoče dovolj poudariti — le pri zgodnji diagnozi. Zgodnja ali recimo vsaj dovolj zgodnja diagnoza je pa danes skoro v vsakem primeru možna, če le ni bolnik preveč indolenten in če zdravnik pri vsaki cistitis, ki traja več kot 6 tednov, in pri vsaki hematuriji ali renalni koliki misli na to bolezen.

Ne bi bil referat celoten, če ne bi omenili vprašanja o pogostosti obojestranske ledvične tuberkuloze. To vprašanje je zelo važno, saj od njega odvisi prognoza, terapija in vsa bolnikova usoda. Vendar k sreči pogostost primarnega, hematogenega nastanka tuberkuloze v obeh ledvicah ni visoka. Wildbolz, eden najmerodajnejših glede urogenitalne tuberkuloze, jo ceni na 10—12%. Težava leži v tem, da je razpoznava obojestrano procesa v prav inicialnih štadijih težka. Posebno danes, ko se je pojem zgodnje diagnoze pomaknil še bližje začetku infekcije. Pri tako zgodnji diagnozi pa, seveda pod neprestano kontrolo, lahko brez skrbi počakamo nekaj tednov, da razbistrimo diagnozo. Sicer tudi obojestranska tuberkuloza ni absolutna kontraindikacija operacije.

Če je ena ledvica povsem razdejana ali povzroča neznosne bolečine ali krvavitve, tedaj smo upravičeni nefrektomirati, če vemo, da je preostala ledvica vkljub manjši obolelosti dovolj funkcionalno sposobna.

Omenili smo že, da se propagacija tuberkuloze v urogenitalnem sistemu, katera ima svoj izvor skoro vedno v primarnem hematogeno nastalem ognjišču v ledvici, vrši kanalikularno, po številnih cevkah sistema. Za to govori tudi dejstvo, da pri moških, kjer sta uropoetični in genitalni sistem v odprti zvezi, zelo pogosto prestopa infekcija iz enega sistema v drugega, medtem ko je to pri ženah redkost. Med genitalnimi organi najprej oboli prostata, odkoder se širi infekcija testipetalno na semenske mešičke in modce. Bolezen poteka polagoma in skoro neopazno in se manifestira običajno z razvito epididimitis, za katero je značilno, da je palpatorno neobčutljiva. Temu nasproti je tuberkulozno obolela prostata jako občutljiva in — važno za diagnozo — omejena v začetku samo na en lobus, ki je povečan in grčast. Diagnozo torej pri genitalni tuberkulozi ugotavljamo s pomočjo palpacije; vsled tega velja pravilo, palpirati pri vsakem bolniku z ledvično tuberkulozo vse genitalne organe. Ker pa je genitalna tuberkuloza v urogenitalnem sistemu skoro vedno sekundarna, velja tudi obratno — še važnejše — pravilo preiskati pri vsaki epididimitis tbc ves sistem in misliti na izvor v ledvici. Zdravljenje pri tuberkulozi semenskih mešičkov in prostate je konservativno, pri epididimitis pa obstoja v čim prejšnji ektomiji modca, pri čemer ohranimo modo, ki vsaj v začetku bolezni ni prizadeto. Uspehi epididimektomije so dobri in dosežemo z njo trajno ozdravljenje v skoro 90%.

Na kratko povzete bi bile smernice za praktičnega zdravnika sledeče: Specifičnost — tuberkulozno naravo — vnetljivih obolenj je večkrat v zgodnjem stadiju težko dognati. Pogosta obolenja nas pa zavezujejo, da mislimo vedno pri vsakem urogenitalnem obolenju na možnost tuberkuloze. Posebno pogostost obolevanja opazamo med 25. in 35. letom. Pri tem nas ne sme motiti, da imajo taki bolniki kljub težki bolezni — vsaj v začetku — dober videz in da njihovo splošno počutje ni prizadeto. Prav radi tega moramo vedno, kadar koli najdemo v urinu levkocite ali eritrocite, pomisliti, če niso to morda prvi znaki tuberkuloze. Vsak cistitis, ki traja dalj kot 6 tednov je sumljiv na tuberkulozo, prav tako vsako zatrdelo mesto v epididimisu, prostati ali semenskih mešičkih. Če kje, potem velja baš tu, da je že misel na možnost obolenja polovica poti k pravi diagnozi. Današnja sredstva nam dopuščajo z gotovostjo tudi drugi del poti, k ugotovitvi točne diagnoze že v zgodnjem stadiju. Eno izmed teh najvažnejših sredstev imamo v biološkem poskusu in kulturi Kochovih bacilov. Čim preje bomo spoznali tuberkulozno obolenje, tem ugodnejša je prognoza, tem lepši so uspehi. Usoda zapoznelih bolnikov je pa žalostna, v veliko breme njim samim, zdravnikom in narodu.

#### SLOVSTVO

Dr. R. Jug: Tuberkuloza ledvic, Zdravn. vest. 1929., štef. 3.—4. — Clairmont in Schaffhauser: Die Nierentuberkulose, Zentralblatt für Chirurgie, 1938, Nr. 19. — K. Boshamer: Lehrbuch der Urologie, 1939. — H. Wildbolz: Die Tuberkulose der Harnorgane, Handbuch der Urologie, 1927. — H. Wildbolz: Urogenitaltuberkulose, Zentralblatt für Urologie, 1939, Nr. 23. — H. Weber: Zur Klinik der Tuberkulose der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane, Ergebnisse der gesamten Tuberkuloseforschung, Band IX., 1939.

## Transfuzija krvi v praksi

Dr. Stane Lutman

Predno preidem na bistveni del sestavkov o tem vprašanju, naj mi bo dovoljeno spregovoriti par besed, ki spadajo prav za prav v izrazoslovno vejališče. Izraz »prenos« krvi, kakor običajno nazivajo transfuzijo, se mi ne zdi primeren in močno diši po tujem prevodu (Blutübertragung). Kri je praktično tekočina kljub temu, da ima značaj suspenzije in kot taka se pretaka v obtočilih (žilah). O vsaki tekočini, ki jo damo iz ene posode v drugo, pravimo da jo pretakamo oziroma da je pretočena. Zato sem mnenja, da je najprilnejši izraz za transfuzijo: pretok krvi in ne prenos. Kri se prenaša lahko v posodah, v katerih je bila za več ali manj dolgo konservirana, kar se je poizkušalo v zadnjem času zlasti v vojni na Španskem. Pri običajni transfuziji pa ne prenašamo posod in če se vrši transfuzija krvi iz posod kjer smo jo iztočili (Athrombit, Trombophob ali pa celo na primitivni način z navadnimi brizgalkami), tudi tedaj lahko rečemo, da smo kri iz teh posod pretočili. Sicer pa uporabljajo vsi narodi še vedno latinski izraz transfuzija, ki pa znači dobesedno to, kar smo označili s pretokom in ki ni nikak »transport«.

### I.

Pretok krvi ni več domena samih klinik in drugih večjih bolniških zavodov, dasi pomeni za večino specialistov in praktičnih zdravnikov še vedno enega najdelikatnejših operativnih posegov. Kakor bomo pozneje videli, je temu bilo krivo dejstvo, da zdravniki niso imeli na razpolago urejene službe dajalcev krvi, ravno tako pa niso razpolagali s tehnično enostavno aparaturo v to svrhu. S poenostavljenjem te aparature v tehničnem pogledu in po ceni, ki bo omogočala nakup iste tudi manj premožnim zdravnikom, zlasti specialistom, bo prešla metoda pretakanja krvi v zdravitelni zaklad vsakega zdravnika, ki se je hoče poslužiti v dani potrebi. Mislim zato, da ne bo odveč, če na tem mestu zberem in uredim brez dolgih historičnih refleksij tega perečega vprašanja izkušnje in dosežene rezultate, ki bodo predvsem zanimale one kroge, ki so dolžni posvetiti se temu delu (civilna reševalna služba, oddelki manjših bolnic, vojaška sanit. služba) pa tudi posamezne zdravnike, ki hočejo napredno in uspešno obogatiti svoje zdravitelne metode.

Dolžnost prvih je urediti pripravljalno delo in izvršiti vse tozadevne predpreiskave, ki so pogoj nenevarnemu in nemotenemu pretoku krvi. Tu mislim predvsem na določevanje krvnih skupin posameznih oseb, ki se izjavijo, da so pripravljene žrtvovati oz. dajati svojo kri proti primerni odškodnini drugim, ki so te krvi potrebni.

Določevanje krvnih skupin mora biti izvršeno točno in vestno, ker bi vsaka bistvena napaka pri tem določevanju imela za posledico gotovo katastrofo. To določevanje prepustimo najbolje za to izvežbanemu zdravniškemu osebju higienskih zavodov, zdravstvenih domov in laboratorijem bolnišnic, zato teh preiskav specialistom ali zasebnim zdravnikom v glavnem ne bo treba delati, ker se bo pri pretoku krvi lahko poslužil dajalcev krvi, ki so ali jih še bodo večji centri prebivalstva primerno organizirali v posebno službo. Kjer te še ni, bo pač treba ustanoviti in vzdrževati tako organizacijo. Iz te organizacije se bodo poslej lahko jemali dajalci krvi za potrebe

posameznih zdravstvenih institucij kakor tudi za one zasebnih zdravnikov tako na telefonski ali osebni poziv. Kdor se bo hotel, kakor smo doslej bili primorani mi, posluževati neorganiziranih dajalcev, bo pač moral vršiti vse potrebne preiskave sam in prevzeti odgovornost za točnost in vestnost teh preiskav, ki jih je izvršil z direktno metodo pregleda krvi tako dajalca kakor bolnika. Kako se vrši direktni pregled krvi ne glede na označbo krvne pripadnosti obeh prizadetih oseb, bom iznesel pozneje v posebnem sestavku.

Število članov teh organizacij dajalcev krvi je lahko neomejeno, vendar bodi tolikšno, kolikor odgovarja približnim potrebam dotičnega okoliša. Preveliko število članov bi otežkočalo redno kontrolo, ki je pri tej organizaciji z ozirom na važnost delovanja samoobsebi razumljiva in strogo predpisana. Tega se sicer vsaj v začetku ni bati, ker je število res uporabnih oseb še vedno pičlo in bi moral priti vsak dajalec na vrsto šele vsakih 6—8 tednov.

Kolikor je meni znano, obstoja taka organizacija v dravski banovini le v Ljubljani, nujno potrebna bi še bila v Mariboru in Celju, zelo priporočljiva pa še v ostalih večjih centrih na sedežu banovinskih in zasebnih bolnic v obliki filial ali ekspozitur. Iz teh središč bi poiskal lahko zasebni zdravnik v primeru potrebe primernega dajalca krvi in to s krvno skupino O. S tem bi bil rešen vseh skrbi ev. predpreiskav in bi se prepričal o absolutni uporabnosti dajalca kvečjemu z biološkim poizkusom, ki je zelo enostaven.

Ni dolgo tega, ko me je pozval zdravnik v podeželju na svet k bolniku, ki je болоval na ulceracijah želodca. Bil je radi večkratnega abundantnega krvavenja skrajno anemičen in je bilo pričakovati v kratkem katastrofe. Preiskava na krvne skupine dveh sosedov, ki ste se na poziv sicer nerada odločila dati potrebno količino krvi, je izpadla negativno. Izvršil sem jo potom direktne metode, ki jo bom še pozneje opisal. Tako sem se žal moral odreči pretoku krvi in napraviti navadno infuzijo z Normosalom (raztopina slična Ringerovi, ki vsebuje vse soli človeškega seruma). Ta infuzija mi seveda nikakor ne more uspešno nadomestiti krvi, ker nima rdečih krvnih teles, ki so kakor znano nosilci kisika. Na prevoz bolnika v kak zavod v tem stanju, radi zasneženih potov ni bilo misliti, saj smo se celo sami težko prerili do njega. Kako enostavno bi bilo v tem primeru pripeljati že s seboj univerzalnega dajalca krvi. V dobri četrt ure bi bilo delo opravljeno.

Iz vsega tega sledi torej zahteva: Urejena služba dajalcev krvi. Kdo naj oživetvori organizacijo in uredi to službo? Mislim, da so tu predvsem poklicani operativni oddelki bolnic, zlasti kirurški in porodniško-ginekološki oddelki, v drugi vrsti interni oddelki, ki se pretoka krvi vedno bolj pogosto poslužujejo, dasi indikacija teh primerov navadno ni tako nujne prirode kakor one prvih. Nadalje higienski zavodi, zdravstveni domovi in slične institucije, ki razpolagajo s potrebno laboratorijsko opremo, ki je itak nadvse skromna. Potrebni so pa nam radi predpreiskav glede krvnih skupin tekoče kontrole zdravstvenega stanja (WaR!) bodočih dajalcev krvi. Prepotrebno se mi še zdi sodelovanje organizacij Rdečega križa, reševalnih postaj, kjer se te že nahajajo in končno zasebne iniciative, ki naj dajejo kader bodočih dajalcev krvi. Zadeva je resna in prijavljeni bi se morali obvezati podvreči se redni kontroli in biti vsak čas na razpolago. To omenjam radi tega, ker smo imeli v Mariboru žalostne izkušnje. Preiskave so se pred leti vršile, ko bi pa morale dotične osebe izvršiti svojo obvezo, so to odklonile iz vseh mogočih razlogov, ki nikakor niso bili tehtni. Stvar je bila novodobna in zanimiva, tudi navdušenja je bilo mnogo; rezultat pa kakor vidite, je bil klavern.



Vojska ima oziroma bi morala imeti svojo lastno službo, kjer sodeluje sleherni vojak. To vidimo posebno izrazito iz poročil vojujočih se strank, z izkušnjami tako abesinske in španske vojne kakor tudi sedanje. Tu je služba urejena naravnost vzorno in se vrše pretoki krvi v posebnih ambulančnih avtomobilih, kjer so urejeni celo operacijski prostori z rentgenom, terapija s kisikom itd.

V ilustracijo tega, kakšna naj bo taka služba v praksi, bi vam podal v ekscerptu osnovne smernice, ki jih odobrava oziroma zahteva tozadevna ministrska naredba od 5. marca 1940. v Nemčiji.

Glede krvnih skupin dajalcev se priporoča tole razmerje: 40% skupine O, 40% A, 15% AB in 5% B. Bolnišnice so si dolžne vzgojiti stalni kader teh dajalcev krvi. V to svrho naj se uredi kartoteka dajalcev krvi in izdajo se jim legitimacije z veljavnostjo 6 mesecev. V poštev pridejo predvsem osebe moškega spola, v vojnem času tudi ženske poleg moških, ki so iz katerega koli vzroka oproščeni vojaške službe. Preiskave oseb na krvne skupine in WaR se naj izvrše po možnosti na dveh različnih mestih, če bi pa rezultat bil slučajno sporen, se naj obrne do tretje višje instance (ev. univerzit. laboratorij). Iz slednjega je razvidno, koliko pažnje se polaga na vestnost in točnost preiskav, ker je tu prav za prav edina nevarnost transfuzij. Tehnika sama in vse ostalo je enostavno.

Starost dajalcev krvi naj bo od 21—50 leta. Vsake tri mesece se mora dajalec javiti k zdravniškemu pregledu radi ugotavljanja event. bolezni v tem času. V primeru, da se pri kontroli spoznajo za bolne, se morajo začasno ali stalno črtati iz kartoteke.

Tudi vprašanje odškodnine za pretočeno kri vravnava naredba, kar je tudi za nas, kjer se stalno množe pritožbe glede plačevanja odškodnin celo v dnevnem časopisju, posebno važno. Cene so primerne tudi za naše razmere, če upoštevamo valutarno razliko. Do pretočenih 100 ccm krvi se računa 10— MK (ca. 150— din, vsakih nadaljnjih 100 ccm 5— MK (ca. 75— din). Stroški event. potovanja iz kraja stalnega bivališča dajalca krvi se seveda plačajo posebej. Najmanjša odškodnina za en pretok krvi mora znašati 20— MK (ca. 300— din). Pretok količine 500 ccm krvi bi torej stal 450— din, kar vsekakor ni pretirana cena.

Posamezni osebi naj se naenkrat ne odvzame več kakor 500 ccm krvi. To naj velja kot gornja meja. Če je potrebna večja količina, se naj pozoveta dva dajalca iste skupine. Pri odvzemu te količine (torej 500 ccm) mora dajalec pavzirati do prihodnjega pretoka 6—8 tednov, le pri manjših količinah 200 do 300 cmm štiri tedne. Zloraba je nemogoča, ker se odvzem vpisuje z natančnim datumom in z navedbo pretočene količine v legitimacijo, brez katere je pretok nedopusten.

Nadomestki krvi, torej infuzija, konservirana kri itd., naj se uporabljajo le v nujnih primerih, ko pretok s strani dajalcev ni mogoč. To pa iz razloga, ker se je izkazalo, da taki nadomestki niso polnovredni in imajo slabější učinek.

Kakor vidimo, so torej v naredbi, ki sem jo sicer tolmačil za naše razmere, zapopadena vsa najvažnejša in bistvena vprašanja.

Podrobnosti o praktičnem določevanju skupin, tako v vojski kakor tudi pri osebah meščanskega reda, o tehniki transfuzije in sličnem, bom obdelal v eni prihodnjih števil.

# Psihiatrično udejstvovanje v kriminologiji\*

Dr. Mihael Kamin

Ožje sodelovanje med pravno vedo in psihiatrijo se je moglo razviti stopaj, ko je psihiatrija postala znanost. Prejšnja spekulativna psihologija se je tudi in foro umaknila psihopatologiji, ki ji je postavila temelje klinična psihiatrija. Nasledek klinično-psihiatričnih izkustev je bila spoznanja, da so objekti psihiatrično-forenzične presoje patološka možganska stanja.

Na področju kazenskega pravosodja se je psihiatrija mogla poslej udejevstvovati v dveh smereh: praktično in teoretično — znanstveno.

## I.

Praktično-kriminološka naloga psihiatrova je na kratko rečeno v tem, da kot izvedenec z besedo in dejanjem pomaga sodniku v onih primerih, kjer psihično abnormen individuj pride v konflikt z zakonom. Forenzični psihiater je zato orodje kazenskega pravosodja. Bistveni in najboljšejši del te njegove naloge pa je v tem, da odgovori na vprašanje po vračunljivosti storilca.

Pojem vračunljivosti je etično-juridičen. Vračunljiv je oni individuj, ki je zmožen, da voli med storitvijo in opustitvijo kakega kazenskopravno relevantnega dejanja; torej oni, čigar volja je svobodna. Princip proste volje je nujna predpostavka kazenskopravne vračunljivosti.

Duševno abnormnega človeka imajo vse zakonodaje za nevračunljivega. To hoče reči: njegovo bistvo je zbog njegove patološke duševnosti tako spremenjeno, da je učinkovitost normalnih motivov onemogočena, oziroma, da njegovo ravnanje določajo patološki nagibi; njegova prosta volja je torej izločena. Pri duševno abnormnem individuju motivirajo njegovo dejanje bodisi patološki afekti in nagoni ter stremitve, bodisi blodne ideje in čutne prevare. Ti motivi so izraz organske okvare ter se zato uveljavljajo s patološko intenzivnostjo, usponitveno in neodoljivo. Moralni, estetični, pravni in drugi motivi tem patološkim motivom niso kos, ker so zbog možganskega procesa obenem z ostalimi višjimi psihičnimi funkcijami sploh za trajno izločeni oziroma vsaj niso vzavestljivi. Osebnost individuja je radi duševne anomalije ob času kaznjivega dejanja v jurističnem oziru sicer ista, v psihološkem pa povsem druga.

Mimo pravnega pomena in učinka nevračunljivosti je važna tudi oznaka tega pojma. Naš kazenski zakonik ureja vprašanje nevračunljivosti v 1. odstavku § 22. Pojem nevračunljivosti je tu označen po biološko-psihološki metodi. Kot stanja, ki izključujejo kazensko odgovornost, našteva ta paragraf: duševni razstroj, skaljeno zavest, duševno nerazvitost, slaboumnost. Pod temi izrazi je mišljena biološka ali klinična stran oznake, psihološka pa je podana v prvem delu stavka: zbog enega ali drugega navedenih stanj ni mogel storilec pojmovati narave in pomena svojega dejanja ali pa ni mogel po tem pojmovanju ravnati. V tem stavku torej srečamo dvojce ali prav za prav troje okrnjenih psihičnih vršitev: intelektualno in voluntarno ter afektivno nezmožnost.

Naš kazenski zakonik tedaj izrecno ne pozna ali vsaj ne omenja pojma proste volje. Ta izraz je marveč opisan na način, ki povsem ustreza prirodnoznanstvenemu in medicinskemu miselju.

Naloga psihiatričnega izvedenca je torej, da dokaže, če zares gre za domnevano duševno motnjo, dalje pa tudi, da se izjavi, za kako stopnjo te motnje gre, in še, kakšen je njen vpliv na celotno duševnost inkulpatovo, predvsem

\* Predavanje v ljubljanski sekciji Jugoslovanskega kriminalističnega društva dne 15. VI. 1940.

tudi na njegovo dejanje in nehanje. S tem je izvedenec podal znanstvene materialije kot podstavo za presojo vračunljivosti. To pa je prav za prav tudi edina njegova dolžnost in pravica. Samo ob sebi je umevno, da je ocena dokaznih momentov izključno sodnikova stvar ter da samo ta razsoja o inkulpatovi vračunljivosti. Toda večinoma bo hotel sodnik od izvedenca določen odgovor na vprašanje, ali gre za ta ali oni primer iz § 22. Jasno je, da mora izvedenec pri tem operirati s pojmi, ki niso niti medicinski, niti so sploh zadosti jasni in omejeni. Vendar pa je v splošnem komaj mogoče dvomiti, da utegne psihiatrični izvedenec preje odgovoriti na tozadevna vprašanja, kakor bi to zmoget sodnik. Če vpraša sodnik izrecno po vračunljivosti obtoženca, domneva s tem tako rekoč, da izvedenec pač ve, kako daleč sme iti glede tega pojma in njegove interpretacije ter utemeljitve.

Naš kazenski zakonik — kakor sploh večina kazenskih zakonikov — torej ne uporablja izraza »duševna bolezen«. Z zreljšča psihiatričnih lajikov se namreč da ta pojem prav tako lahko utesniti kakor raztegniti. Zato pa je zakon uporabil obširne opise, da bi upošteval vse anomalije normalnega psihičnega dogajanja. Za psihiatra bi to seveda ne bilo potrebno; pač pa so laiki neredko mnenja, da gotovih abnormnosti, kakor sta n. pr. prirojena bebavost ali psihopatična konstitucija, načeloma ni imeti za duševno bolezen.

Od onih štirih izrazov, ki z njimi § 22. označuje duševno abnormnost, je strokovni psihiatrični terminologiji razmeroma prav blizu izraz »skaljena zavest«. Razlog, da je skalitev zavesti še posebej omenjena, je pač ta, ker je zakonodavec hotel izrecno priznati, da je tudi taka skalitev zavesti, ki ni patološkega nastanka (n. pr. spanjska motnjavost), lahko vzrok nevrachunljivosti. Pod ta kazenskopravni pojem bo izvedenec subsumiral vsa ona tranzitorična psihotična stanja, ki v psihopatološkem oziru pomenijo motnje samosvesti, torej motnje onih psihičnih dogajanj, ki individuju sicer posredujejo doživetje jaza, namreč njegove telesnosti in osebnosti. Taka psihopatološka stanja se pojavijo postavim po mehaničnih okvarah možganskega tvoriva oziroma stanjiča, takisto pa tudi pri telesnih splošnih spremembah (infekcija, intoksikacija), čigar nasledek so deliri kot izraz kemičnega učinka na možgansko substanco. Seveda je šteti semkaj tudi ono motnjo zavesti, ki jo dobi kazenski sodnik posebno pogosto pred oči, namreč zbog izredno težke ali pa zbog patološke pijanosti skaljena zavest. Spomniti je nadalje treba na forenzično morda najbolj važno obliko skaljene zavesti, na epileptično zamračenost. Kot stanja skaljene zavesti prihajajo v poštev tudi one anomalije, ki so kot ukratitev normalne zavesti v ozki zvezi z dogodki vsakdanjega življenja. Tu je predvsem treba omeniti najtežje, toda še normalno-psihološke afekte. Ni namreč mogoče zanikati, da se ob gotovih pogojih afekt lahko stopnjuje do take viharnosti, da je zavest skaljena. Seveda je neznansko težko pravilno oceniti afektivnost tega in tega človeka, preizkusiti je pa z nobeno laboratorijsko metodo ne moremo. V primerih, kjer gre za domnevno skalitev zavesti zbog nezmernege afekta, bo treba pri presoji upoštevati razne faktorje, ki o njih vemo, da olajšajo izbruh čustvenih razvnetosti. Tako je znano, da igrajo veliko vlogo posebne telesne konstelacije (utrujenost, lakota, vročica, menstruacija). Še pomembnejša je psihična baza v obliki raznih neugodnih doživetij, ki človeka rekel bi razmehčajo, pa hkrati spravijo v skrajn afektiven napon. Za presojo bo važno tudi vprašanje po storilčevih osebnostnih lastnostih, po njegovi morebitni intelektualni nedostatnosti, po njegovem temperamentu, po morebitnem vplivu alkohola, po morebitnih možganskih okvarah. To pa, kar je ravno merilo za patološko jakost viharnege afekta, namreč bolj ali manj popolna amnezija,

je kajpada za presojo skoraj neuporabno, saj je to izključno subjektiven moment, ki moramo napram njemu upravičeno biti nezaupljivi.

Docela tuj pa je psihiatrovi današnji terminologiji juristični pojem »duševni razstroj«. Zdi se mu antikviran, toda vedeti mora, da je ta izraz le eden od mnogih sinominov za duševno bolezen, kakor so svoj čas bili v navadi tudi v psihiatričnem izrazju. Potemtakem bo izvedenec razumeval pod duševnim razstojem vse duševne motnje, ki jih simptomatološko ne bo mogel subsumirati pod ostale tri pojme. Predvsem bo treba šteti semkaj vse možganske procese, torej vse akutne in kronične psihoze, ki so omejene glede na čas in potek svojega trajanja.

Vsa dokončna, stabilizirana stanja duševne onemoglosti, naj si že bo to prirojena bebvost ali pa zbog možganskega procesa pridobljena demenca, označuje zakon kot slaboumnost.

Pod duševno nerazvitostjo je razumeti one psihične infirmnosti, ki jih klinična psihiatrija diagnosticira kot idiotijo, imbecilnost in debilnost.

Ker je naš kazenski zakon dualističen — zahteva torej mimo osvete tudi zaščito občestva —, je moral rešiti problem postopka z duševno manjvrednimi individui. To je storil z uvedbo zmanjšane uračunljivosti (§ 22/2) ter z očevalnimi odredbami (§ 53.).

Zmanjšana vračunljivost je bila že stara zahteva psihiatrov, ki se je opirala na zdravniško izkustvo, da so mimo duševno bolnih, pri katerih je pojmovanje nekega dejanja oziroma pojmovanju ustrezajoče ravnanje radi boleznitak izključeno, in pa zdravih, čijih duševnost je intaktna, tudi še drugi individui, pri katerih sicer omenjene zmožnosti niso povsem izključene, ki pa so vendar v svoji odpornosti napram različnim dražem k zločinskim dejanjem radi svoje patološke dispozicije oslabiljeni, ki so glede svoje psihične organizacije manjvredni. Med duševnim zdravjem in boleznijo namreč ni ostre meje, nego so med obema prehodi, ki jih mora pravičen zakon upoštevati.

Pojem zmanjšane vračunljivosti omogoča individualno in pravično oceno storilca. Ugotovitev, da gre za stanje zmanjšane vračunljivosti, je naloga psihiatra; gotovo ni ta naloga lahka. Že spoznaja sama, da v nekem primeru sploh gre za psihično abnormnost, lahko povzroča težave. Toliko težja pa je presoja vprašanja, kolikšen vpliv ima taka abnormnost na déjanje in čutenje osebnosti.

Vprašanje je sedaj, pri katerih primerih je po današnjem stanju psihiatrične znanosti mogoče uporabiti pojem zmanjšane vračunljivosti. Predvsem so tu naslednje skupine:

1. gotove starostne periode; po eni strani mladoletnost, po drugi pa starčevska doba. Prva zaradi še nedostatne duševne zrelosti, druga, kjer gre za razkroj psihične osebnosti, pa zaradi izpadkov zlasti v sferi hotenja.

2. nasledki akutnega in kroničnega zastrupljenja;

3. nasledki travmatičnih okvar;

4. dejanja v izrazitem afektu;

5. gotove psihične motnje pri epileptikih in encefalitikih;

6. izčrpanosti po telesnih boleznih ali prekomernih naporih, po nosečnosti in podobnih stanjih. Ti primeri igrajo večinoma majhno vlogo ter so praktično važni le bolj kot stopnjevanje obče psihopatičnosti.

7. psihopatične osebnosti. Ta — gotovo najbolj številna skupina obsega vse osebnosti, ki se razlikujejo od tkzv. »normalnega«, povprečnega človeka. Ne bo pa zmanjšane vračunljivosti uporabiti pri vseh različnih značajskih

posebnostih, temveč samo pri zares težkih in za storilčevo ravnanje važnih abnormnostih.

Izvedenec si mora predvsem ustvariti splošno sliko delinkventove osebnosti, namreč sliko o tem, kako in v koliki meri se storilec glede svojega hotenja, čustvovanja, afektov in nagonov razlikuje od povprečnega, torej »normalnega« človeka. Pri tem se bo videlo, kako dalekosežen je učinek delinkventovih značajskih lastnosti na način njegovega življenja in na njegove najraznovrstnejše življenjske odnošaje. Končno bo treba odgovoriti na vprašanje, če te posebne značajске poteze, ki ga oznamenjujejo kot psihopata, bistveno motivirajo njegovo dejanje; v primeru, da ga res motivirajo, je še važno, v koliki meri. Zmanjšana vračunljivost psihopatičnih delinkventov bo v nasprotju z nevračunljivostjo psihotikov komaj kdaj habitualna, temveč skoraj zmeraj samo začasna ob čisto določenih psihičnih konstelacijah (n. pr. ob posebnih afektih, v endogeni razbranosti, ob soudeležbi alkohola). Naglasiti je treba, da je prepoznanje takih psihičnih stanj, ki spadajo pod pojem zmanjšane vračunljivosti, neredko zares težko. Mnogokrat se taka stanja pokažejo zadosti jasno šele po daljšem opazovanju. Sodnik, ki med razpravo vendar ne utegne, da bi se поблиže bavil z osebnostjo obtoženca, ne bo mogel spoznati psihičnih anomalij, ki niso ravno masivne. Toliko večje važnosti bo presoja izvedenca, ki se ne bo zadovoljil samo z bežnim vtisom o delinkventovi osebnosti, ampak se bo pobrigal, da ga temeljito preišče.

Iz dejstva n. pr., da je neki individuj povratni kriminallec, se še ne sme diagnosticirati, da je že tudi psihopat, ter mu priznati zmanjšano vračunljivost. Ob takem postopanju bi se pojem psihopatije preveč razširil, bi zvedenel ter izgubil na svoji vrednosti in pojmovni vsebini. Zmanjšana vračunljivost bi tako sčasoma postala nekak obligatoričen privesek vsakega delinkventa, ki nudi nekatere posebne značajске poteze. Zelo razširjena je zmota, da ustreza kliničnemu pojmu psihopatije na forenzičnem področju pojem zmanjšane vračunljivosti; to napačno naziranje je nasledek mnenja, da je psihopatija nekaj, kar je posredi med duševnim zdravjem in izrazito duševno boleznijo, ter da po drugi strani zmanjšana vračunljivost pomeni pojem, ki je med vračunljivostjo in popolno nevračunljivostjo.

Domneva, da gre za zmanjšano vračunljivost, je nesporno dostikrat bolj ali manj vprašanje preudarka, skoraj bi rekli samovoljnosti. Nevračunljivost pa se da v večini primerov neoporečno ugotoviti.

Pravni nasledek zmanjšane vračunljivosti je mimo morebitnega omiljenja kazni tudi oddaja storilca v zavod za zdravljenje ali čuvanje, če to zahtevajo oziri javne varnosti. Iz tega določila je razvidno, da je zakonodavec mislil na delinkvente, ki sicer glede svojega kazenskega dejanja niso povsem brez krivde, ki pa so vendar toliko psihično abnormni, da se jih lahko spravi v primeren zdravstveni zavod. To je za izvedenca važno, če namreč pri presoji psihopatov zadene na težave; upoštevajoč določilo § 53. bo lahko našel namenom zakonodavca ustrezajočo rešitev.

## II.

Psihiatričnega forenzičnega dela danes uvidevno sodstvo gotovo več ne podcenjuje. Navzlic medsebojni različnosti pravnikovega in psihiatrovega miselja opravljata oba svoj forenzični posel v zgledni kolaboraciji.

S svojim znanstvenim delom pa je psihiatrija dokazala, da se mimo tega tako rekoč vsakdanjega forenzičnega dela more in celo mora udejstvovati tudi še na drugih kriminoloških področjih.

Tako je psihiatrično sodelovanje zlasti plodovito na področju kriminalne politike. Nauka o smotrnih načinih boja proti zločinu si prav za prav ni mogoče misliti brez psihiatrične kolaboracije. Psihijatrija mora znanstveno omejiti izjemni položaj, ki ga mora zakonodaja priznati psihično abnormnim individujem. Ona mora določiti temelje, ki na njih moreta zakonodavec in kriminalist zgraditi svoje zakone.

Predvsem pa psihijatrija kot prirodoslovna veda sodeluje na področju kriminalne biologije, kot vede o osebnosti zločinca. Res je izhodišče kriminalne biologije crimen, torej jurističen pojem. Toda priznati je treba, da so kriminalni biologiji dali najpomembnejše pobude za njen napredek ravno medicinci, med njimi v prvi vrsti psihiatři.

Tu bi bilo spomniti najprej na dednobiološke raziskave, ki so nad vse važne tudi za kriminalno biologijo. Kakor so te raziskave spravile na dan dragocene izsledke o dednosti gotovih bolezenskih zasnov, tako so bile za kriminalno biologijo važne spričo vprašanja o dednosti kriminogenih zasnov, torej značajskih zasnov, ki disponirajo k zločinu. Izsledki kriminoloških raziskav o dedovanju so v kratkem ti-le: Med vzroki zločinstva igra zelo važno vlogo dedna masa zločinca. Za to govori že pomen, ki ga ima dedna zasnova za sleherno oblikovanje osebnosti, učvrščeno pa je še z dejstvom, da so zločinci posebno pogosto kakorkoli že dedno obremenjeni. Da pri mnogih tudi težkih in povratnih zločincih, dedna obremenitev ni dokazljiva, ne govori proti tej tezi, ker si je treba vsako kriminogeno zasnovo misliti kot množstvo posamičnih dednih zasnov, ki jih dotični individuj prevzame iz rodov obeh staršev, ki pa se pri starših ali starih starših na zunaj niso pokazale. Raziskave dednosti so torej odpravile teorijo, po kateri naj bi bili vzroki zločinstvenosti izključno samo v okolju, v katerem zločinec vzrašča. Takisto pa so zavrnilo tudi prvo docela nasprotno teorijo, da je namreč izključno le dedna zasnova kriva zločinstvenosti. Kajti eksistenca diskordantnih dedično enakih dvojčkov govori jasno za to, da dedna masa vsekakor ne igra pri vseh zločineih odločilne vloge. Pomen dedne mase je pri različnih skupinah zločincev različen. Vendar pa je z dedno-biološkega zrelišča moči razlikovati dve skupini zločincev, ki sta glede svoje dedne mase medsebojno različni. Eno skupino tvorijo enkratni zločinci, akutno ali kasno kriminalni individui, ki se glede svoje dedne zasnove ne razlikujejo bistveno od povprečnega, torej nekriminalnega prebivalstva. Drugo skupino pa sestavljajo povratni, kronični, zgodnji kriminalci, zločinci iz navade; pri teh je kriminalnost bistveni izraz posebnih dednih zasnov.

Posebej še imajo kriminalnobiološke raziskave nemajhno praktično vrednost za povoljno rešitev socialne prognoze. Spričo tega je kriminalna biologija pomemben faktor kriminalne politike, torej borbe proti zločinu in njegove profilakse. Gre za problem izvršbe kazni in očuvalnih ukrepov, za prognozo kriminalnega povrata. Ta problem pomeni za sodnika in psihiatra veliko nalogo, ki terja od njiju, da se ne omejita samo na presojo teže in izmere kazni oziroma na presojo storilčeve vračunljivosti, marveč da mimo teh ugotovitev presodita, ali bo njun delinkvent navzlic svojemu kriminalnemu dejanju kasneje socialno zopet uporaben, ali pa bo predvidoma pomenil trajno nevarnost za občestvo. Pravočasna razvoja tega vprašanja je odločilna za učinkovitost izvršbe kazni in očuvalnih ukrepov.

Kriminalnobiološke raziskave so pokazale, da je najbolj zanesljiva metoda socialne prognostike celostna presoja storilčeve osebnosti, kar hoče reči, praktična primena vseh izsledkov karakterologije in psihopatologije na storileca, hkrati pa primena kriminalnostatističnih izsledkov. Samó shematična kri-

# Pri diareji Aplona

jabolčna dijeta  
O. p. škatlja po 100 gr

**Aplona hitro deluje — je prijetna  
velika množina kalorij  
ohrani rezervno moč.**



KALI-CHEMIE AKTIENGESELLSCHAFT BERLIN  
Zastopstvo za kralj. Jugoslavijo: „Isis“ d.d., Zagreb.

## MICTASOL

**Urinarni antiseptikum, dekongestivum male medenice, sedativum  
spolnih organov.**

*Cystitis, urethritis, prostatitis, metritis, adnexitis, retentio et incontinentia urinae*

Zavoj s 50<sup>7</sup> tabletami din 45<sup>-</sup>  
Škatla z 10 supozitoriji din 50<sup>-</sup>

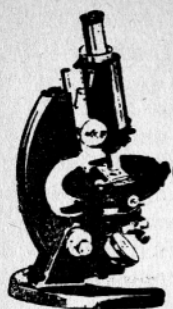
## ANACLASINE

**Antianafilaktikum, posebno pri digestivni anafilaksiji.**

Kombinacija 20 različnih peptonov iz hrane z magnezijevimi solmi in hiposulfiti.

Granulat tablete granulat pro infantibus  
din 60<sup>-</sup> din 50<sup>-</sup> din 48<sup>-</sup>

Glavno zastopstvo: MARA FARM, Beograd, Zagrebačka 3



**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!**

# DOBRNA

pri Celju <sup>396 m</sup>  nad morjem

Naravno-topli 37° C vreli zdravijo s posebnim uspehom srčne in živčne ter ženske bolezni • Vsa ostala za okrepitev življenjskih sil potrebna zdravilna sredstva • Krasni nasadi, vabljivi sprehodi in izleti v bližnji planinski svet

**Zdravilišče  
odprto tudi v  
zimskem času!**

Izven glavne sezone celokupno 20 dnevno zdravljenje za nizko pavšalno ceno od din 1100,- do 1650,-

Zahtevajte prospekte!

## TISKARNA MERKUR D. D.

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

L A S T N A  
KNJIGOVEZNICA



**Ljubljana, Gregorčičeva 23 Telefon 25-52**

**ZAHTEVAJTE  
PRORAČUNE**



minalnostatistična metoda, ki ugotavlja socialno prognozo le iz simptomov trajnega nagnjenja k povratu, kakor so spoznavni že iz zunanjega dejanskega stanja (n. pr. število prejšnjih kazni, prejšnje življenje, socialno vedenje, obdobje, čez katero se raztezajo prejšnje kazni, struktura kaznivega dejanja, vrsta dejanja, teža dejanja, začetek kazni), ne zadošča; človeška osebnost je preveč mnogolična, da bi jo mogli shematično presoјati.

Kriminološka primena Kretschmerjevih somatotipoloških ugotovitkov danes še ni mogoča. Ni pa izključeno, da se bo nekoč le dalo sklepati o vrsti kriminogenih dednih zasnov že iz oblike telesnega zgroja.

Psihatrijo takisto močno zanima vprašanje po kriminološkem pomenu bolezni, predvsem seveda duševnih. Dejstvo je, da je med duševno bolnimi prekomerno število nekdanjih zločincev, po drugi strani pa med zločinci prav tako nadpovprečno število nekdanjih ali poznejših psihotikov. V prvih početkih nekaterih duševnih bolezni, kakor sta predvsem shicofrenija in senilna demenca, povzroči psihotični proces spremembe osebnosti, ki jih sicer še ni mogoče v vsakem primeru spoznati za patološke, ki pa so že tako daljnosežne, da lahko postanejo kriminogene.

Vendar pa ni posebno ozke klinične sovislosti med zločinstvenostjo in duševno boleznijo. Dednobioloških sovislosti pa med njima sploh ni. To hoče reči: duševno zdravi individui iz rodbin, ki so obremenjene z duševnimi boleznimi, ne postanejo bolj pogosto kriminalni, kakor pa duševno zdravi iz neobremenjenih rodbin. Pač pa sta zločinstvenost in psihopatija v bitni medsebojni dednobiološki sovislosti.

\*

Pravi smoter vsega kriminološkega prizadevanja in kazenskega pravosodja je koncem konca očuvanje občestva pred kršilci zakona. S svojim dosedanjim delom je psihatrija gotovo prispevala svoj delež k uresničenju tega smotra.

---

---

## Vejališče za naše strokovno besedje in izrazje

Veja dr. Mirko Černič, Maribor

### KDAJ IN KJE JE »LINA« IN KJE JE NI?

V »Repetit. anat.« vidim: porta hepatis »jetrna lina«; hilus pulmonum »pljučna lina«; hilus lienis »vranična lina«; sinus renalis »ledvična zajeda«.

Kaj je porta hepatis? Spodnji del jeter, skozi katerega gredo žile, žolčni vodi, na katerem je žolčnik. Ker na zgornjem delu jeter vsega tega ni, je zgornji del v primeri s spodnjim zaprt, spodnji pa odprt, ima odprtino, »porta hepatis« imenovano. Podobno je pri pljučih, vranici, ledvici.

In kaj je lina?

Glonar pravi prav nazorno v Slovarju slovenskega jezika: »1. oknu podobna odprtina, posebno na visokem; strelna lina; — 2. odprtina v leseni steni; — 3. del okna, ki se da zase zapreti; — linica.« Razlaga »line« v Pleteršniku je skladna z Glonarjevo.

Bistvo line je potemtakem liki bistvo okna stena ali vsaj kaj steni podobnega (n. pr. streha) z odprtino od vseh strani obkroženo, skozi katero more beli dan. Kjer torej ni teh treh bistvenih znakov (stene, od vseh strani obkrožene odprtine in svetlobe), tam ne moremo govoriti o lini.

Za porto hepatitis, hilus pulmonum, hilus lienis, sinus renalis v slovenščini nimamo treh oznak, ki bi bile istovredne z mednarodnimi. Slovenili jih bomo torej smiselno. Za vse štiri se mi zdi najboljša oznaka »odprtina«, ker so vsi štiri organi tu odprti, dočim so povsod drugod obdani z neprekinjeno ovojnico. Zakaj ima mednarodna anatomska terminologija za isti pojem tri oznake, tega ne znam, res pa je, da vse tri pomenijo bistveno isto. Razen »odprtine« bi se dalo reči tudi n. pr. »vstopišče«, ker tu žile itd. vstopajo in izstopajo, ali »stekališče«, ker se tu stekajo, vendar mislim, da je »odprtina« primernejša — torej pljučna, jeterna, vranična, ledvična odprtina.

Že iz ljudske šole poznamo pri žuželkah »zadek« — Pleteršnik mu pravi das Hinterteil, der Hinterleib; takisto najdem pri njem »spredek« za Vorder-teil, »spodek« za Unterteil. Po položaju jeter v človeškem telesu ne vidim prav nikake zapreke, da bi rekli ravno pri jetrih za porto »spodek«. Očitek, da ta moj predlog kaže, da Plečnikove oznake »spodek« za basis cranii ne razumem, zavračam — že desetletja imam opravka s frakturami baseos cranii, pa da ne bi razumel, kaj to je basis cranii! Breitenstein pravi: »Schädeldach, Schädeldgrund« in Plečnik prestavlja: »lobanja ima dva dela: lobanjski svod, calvaria in lobanjski spodek, basis cranii.« Kje je tu mogoč nesporazum? Za vsakega laika je lobanja posoda za možgane in basis cranii je dno te posode, torej lobanjsko dno! Če je Repetitorij takó nejasen, da ga celó jaz ne razumem, pòtlej res ne znam, za koga je napisan! Če sta očitarja mnenja, da je mišljen spodnji del basisa cranii, tedaj bi bilo treba reči »spodek lobanj-skega dna«.

V svojem sestavku »Iz kirurške terminologije« v Liječniškem vjesniku 1921, sem rabil za annulus inguinalis internus in externus »notranja in vnanja lina«. Danes sem mnenja, da bi bilo tudi tu bolje reči, ker dimeljski kanal in kanal nasplóh ni nikaka stena, »notranja in vnanja odprtina dimelj-skega kanala ali predora«. Pač pa lahko rečemo pri mavčevi obvezi z odprtino, da ima lino, ker je tu stena z luknjo, skozi katero more svetloba, torej »mavčeva obveza z lino« (gefensterter Gipsverband).

In »ledvična zajeda«?

O zajedi moremo govoriti le tedaj, če se kaj živega v kaj zajé — »zaje-davec« — ali pa, če naravna sila napravi kam zajedo: morska zajeda = fjord. Pri ledvici tega ni — prav nič se ni nikdar nikamor zajedlo.

Nova mednarodna anatomska terminologija je uvedla namesto stare lymphoglandule »lymphónodus«, der Lymphknoten, dočim je »glandula« ostala za Drüse. V slovenščini imamo že zdavna razliko: bezgávka (pa-zdúšna, der Achsel-, vratna der Hals-, dímeljska bezgavka der Leistenlymph-knoten) in žleza (slínavka die Speichel-, ščitnica die Schild-, znójnica die Schweissdrüse) itd.

Besedna bitka za »neoplasmó« splamteva še zmeraj. Eni odklanjajo »novotvorbo«, češ da je skovanka, se pa pri tem niti najmanj ne zgledujejo nad »vodovodom«, »zobozdravnikom« itd., kar je vse popolnoma iste skovane baže; zavračajo tudi »novo tvorbo«, češ čemu dve besedi za en pojem, se pa ne vznemirjajo pri »električnih vodih«, »žolčnih vodih« itd.; nekateri zagovarjajo »novíno« kot nekako Kolumbovo jajce, pozabljajo pa pri tem, da je novína v vseh primerih, v katerih jo rabi narod, ne samo nekaj novega, marveč tudi željno pričakovanega. Tu naš preprosti narod prav dobro razlikuje, dočim drugod tega ne dela, kar ni nič čudnega, saj se to dogaja vsakomur, pa se ne bi neukim ljudem! Nekaj primerov, v katerih narod ni siguren, ki pa jih morajo

opredeliti strokovnjaki: nosníca (das Naseloch) in nózdrv (der Naseflügel); poškodba (die Beschädigung) in okvára (stalna posledica poškodbe); trepálnica (das Augenlid) in véka (die Augenwimper); iztrébiti se (iztrébkí iz črevesa) in otrébitise (otréba iz maternice po porodu in splavu); upógnjen (ploskoma usločen: škarje so upognjene, Cooperjeve škarje in ukrívljen (usločen po robu: kljun, nos, prst, ukrivljene škarje — die Verbandschere); períšče (kraj, jer peremo) in pergíšče (eine Handvoll); bljívati (iz želodca, vomitus) in brúhati (iz pljuč, expektorare) itd.

Nekaj podobnega imamo za tumor, die Geschwulst: bula, otók, gempá, goba. Bunka die Beule je traumatična; otók, oteklína, zateklína so označbe vnetja; bula, ki je bila po Pleteršniku prvotno cista (torej vodéna bula), je zdaj tumor, die Geschwulst nasplóh, je torej lahko traumatična, vnetna pa tudi neoplastična. Isti pomen kot bula ima gém pa, ki jo rabijo po Slovenskih goricah. Po drugih krajih Slovenije pa sem čul za neoplasmo označbo goba. Bula, gempá in goba so bolj oblikobne označbe, bunka je traumatična, dočim označa nova tvorba bistvo.

Na strani 95. letošnjega Zdravniškega vestnika govorim o »gipsanju na golo«. Opozorili so me, zakaj ne rabim domače oznake »mavec« namesto tujke »gips«. Šele po opozorilu sem se zavédel, da »gips« ni naša beseda — 30 letno gipsanje me je pač zamótílo, da na to niti pomislil nisem!

Mavec = gips; mavčev povoj = gipsov povoj (die Gipsbinde); mavčeva obveza = gipsova obveza (der Gipsverband); mavec na golo — na nogi tudi mavec na boso — (der ungepolsterte Gipsverband); mavec z lino = gips z lino (der gefensterter Gipsverband); mávcati, mávčiti, zamávčiti, obmávčiti = gipsati, zagipsati, ráz mávčiti, ód mávčiti = gips sneti; mavčev pas = die Gipsschiene.

Na strani 172. letošnjega Zdravniškega vestnika je pri sestavku »Rdečina, rdína« izpuščen uvodni stavek, ki se glasi: »V Zdravniškem vestniku je napisano: »Lepo oblikovano ustno rdečilo z osrim robom«. Ta izpuščeni stavek glasno priča, kakó potrebno je vejanje naše zdravniške besede.

Nič manj glasna priča ni tále stavek: »Preiskava bolnika se ne omejuje dandanes le na pregledovanje, otipavanje, prisluškovanje (avskultiranje) in potrkovanje (perkutiranje) in presvetljevanje, temveč se sistematično preiskujejo tudi izločki in iztrebki.«

Pregledovanje = inspectio, otipavanje = palpato, za avskultiranje je »prisluškovanje premalo: prisluškujem zvoku, organ pa osluškujem; perkutiranje ni »potrkavanje« — potrkam na vrata, potrkujem na zvonove (potrkavanje = das Glockenspiel) — marveč pretrkavanje! Prsi, pljuča, srce, trebuh itd. pretrkavam.

Izločki in iztrebki — kakšna je razlika med njimi?

Izločki so sekreti, notranji v kri oziroma mezgo in vnANJI, v druge organe, iztrebki pa so ekskreti, blato in seč.

#### Prisluškujem zvoku, organ osluškujem.

Kakor v toliko drugih primerih, moramo v slovenščini tudi pri avskultaciji razločevati med organom, katerega avskultiramo, in med zvokom, ki ga hočemo čuti, dočim pravimo v mednarodni strokovni govorici za oboje, da avskultiramo, n. pr. pljuča in dihanje.

Z očmi ogledujemo ali opazujemo, z nosom ovohavamo, s prsti otipavamo, z jezikom okušamo, z očmi in ušesi skupaj oprezujemo, samo z ušesi pa osluškujemo in prisluškujemo. Niti Pleteršnik niti Glonar ne navajata

besede »osluškovati«, najdem jo pa v Lokarjevem Lovsko-ribiškem slovarju, kjer pravi, da »oprezna, bojazljiva ali preplašena divjad osluškuje«, t. j. obrača glavo na vse strani ter opreza z očmi in ušesi na nevarnost.

Za mednarodno »avskultacijo« bomo torej rekli po naše: osluškujem pljuča, srce, trebuh, maternico v nosečnosti, pa prisluškujem dihanju, srčnim utripom, črevesnim in materničnim zvokom.

### Popravi!

V 5. številki Zdrav. vest. so se vrinile pri Vejaljšču dr. Kajzelja nekatere napake. Popravi: str. 170 vrsta 8 od zgoraj namesto vrt čitaj rov; str. 171 vrsta 9 od zgoraj namesto razrežemo čitaj zarezemo in v vrsti 18 od zgoraj namesto preliv proliv.

## Bitja in žitja

Dr. Janez Gašper Corusi



Dr. Corusijev »Symbolum« v Apes Academiae Operosorum. (Bakrorez.)

Rojen je bil v Citadelli na Beneškem 23. junija 1656. Promoviral je v Padovi. Umrl je v Varaždinu 5. okt. 1712. Kot član Academiae Operosorum si je nadel ime »Acuminosus«. Prvotno je vršil prakso v Benetkah, pozneje se je nastanil v Ljubljani kot stanovski fizik; 1700. se je preselil v Celje, 1706. v Varaždin.

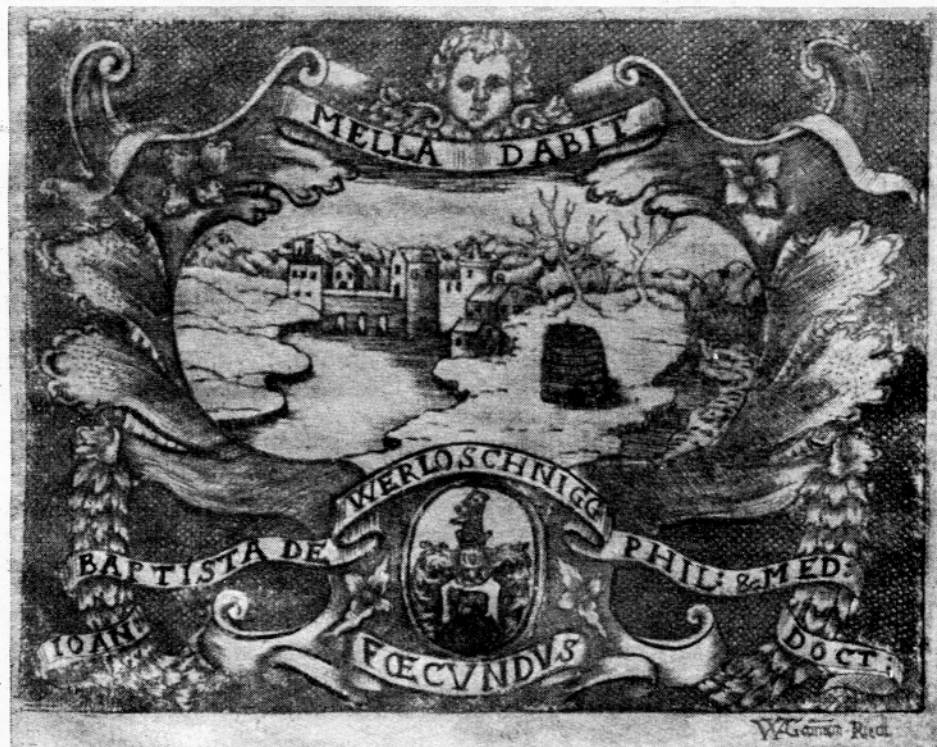
Po Dolničarjevi navedbi je spisal »de mumiis« (1696.?)

Sodobna kronika omenja tudi njegovo bibliofilstvo in njegovo obsežno knjižnico. Sledov le-te doslej še nisem nikjer opazil.

Njegov brat, dr. Franc Jožef Corusi, je tudi prakticiral v Ljubljani. Operozi ga niso včlanili medse. Napisal je Valvazorju za »Ehre« kratko razpravo o ljubljanski klimi.

Doc. dr. Ivan Pintar

## Dr. Iv. Krst. Brložnik



Dr. Brložnikov »Symbolum« v Apes Academiae Operosorum. (Bakrorez.)

Brložnik je najstarejši med medicinci — člani prve Academiae Operosorum. Bil je starejši vrstnik dr. Marka Gerbca in ž njim znan še izza dijaških let. Rodil se je v Mozirju. Študiral je na Dunaju in v Gradcu. Prakso je vršil v Gradcu, pozneje v Linzu in končno v Riedu na Bavarskem. Tam je tudi umrl.

Za časa svojega bivanja v Linzu je bil nobilitiran s pridevkom Eq. a Pernberg (Perenberg), kar je povzeto po brdu Medvednjak pri Mozirju. Bil je član »Ac. Naturae Curiosorum« (Metrodorus) in »Ac. Operosorum« (Foecundus).

Njegova dela so: 1. Curationis verno-autumnalis purgationi, venaesectioni, vomitioni inuitentis abusus. Frankfurt a. M., 1713. 2. Diss. de peste. Linz, 1713. 3. Λοιμογονια. Steyr 1716.

Brložnik je po svojem pojmovanju še paracelzist. Njegov »abusus« je znanstvena polemika s soakademikom Gerbcem, katerega poznamo kot enega najodličnejših sydehamistov.

Doc. dr. Ivan Pintar

## Vprašanja — Odgovori

**Vprašanje:** Kako zdravite conj. ekzematoso? Zakaj dajete xeroform mesto calomela? Kaj dajete, če je prizadeta roženica: a) malo, b) hušje? Dr. M. B., Tržič.

**Odgovor:** Na Vaše vprašanje kratek odgovor v tej rubriki ni mogoč. Pod imenom kerato-conjunctivitis ekzematosa razumemo celo vrsto kliničnih slik na isti etiološki podlagi. Pri vsaki je naše terapevtično ravnanje nekoliko drugačno. Zdravljenje je lokalno in splošno. Lokalno se ravna po spremembah na roženici, veznici in koži trepalnic. Mydriaticum (scopolamin ali atropin) moramo dajati vselej, kadar napade bolezen roženico (infiltrat, ulkus, keratitis fascicularis, pannus itd.). Obnese se pa midriaza tudi tam, kjer je močno draženje (ožja zenica) brez vidnih sprememb na roženici. Xeroform dobro učinkuje pri obolenjih veznice s sekrecijo in pri fliktenah. Pri teh in pa pri keratitis fascicularis lahko dajete calomel. Mi smo ga opustili, ker nam xeroform ravno tako dobro služi. Pri spasmusu orbikularne mišice pazite na ragade v zunanjih očesnih kotih in jih lapizirajte z 10% raztopino. Spasmus in bleščavost lahko povzročajo tudi uši na glavi! Od sekreta macerirano kožo trepalnic pokrivamo in varujemo z borovim vazelinom in cinkovo pasto. Oko pri močnejši sekreciji in pri solzenju ne sme biti obvezano. Pokladanje toplih obkladkov na bolno oko večkrat na dan po kake pol ure večini bolnikov zelo dobro de. Pri ekzemu kože jih ne smemo uporabljati. Z belim ali rumenim precipitativim mazilom masiramo šele po končanem roženičnem procesu, v reparacijskem stadiju, nikdar v akutnem, kot to delajo ponekod.

Za splošno zdravljenje pride v poštev ribje olje, kalcij, arsen itd. in primerna hrana.

Pripomnim, da je zdravljenje teh očesnih bolezni v domači oskrbi nehvaležno delo. Zdravljenje otrok sploh rajši opustite. Ti morajo v bolnico že zato, da jih odstranimo od staršev in sorodnikov, ki naredo iz takega otroka razvajenega svojeglavca.

Dr. L. Ješe, Ljubljana.

**Vprašanje:** Nikjer ne najdem sestavka o naših domačih topličah in sem često v zadregi, katere toplice v naši državi so indicirane za eno ali drugo bolezen (revmatizem, želodčne in črevesne bolezni, jetrne bolezni, bolezni ledvic, adneksov itd.).

Dr. M. B. v T.

**Odgovor:** Balneoterapija je popolnoma individualna in zato je mogoče podati samo v splošnem osnovne smernice za glavne indikacije naših zdravilišč.

Pri kroničnih boleznih prebavnega trakta rabimo alkalne in sulfatne vode (Rogaška Slatina, Vrnjačka banja). Posebno ugodno reagirajo bolniki jeter. Na uropoetični sistem povoljno delujejo zemne in alkalične vode (Slatina Radenci). Za bolezni krvnega obtoka so indicirane CO<sub>2</sub> kopalji (Dobrna, Rimske Toplice, Radenci, Vručica). V taka kopaljšča pošiljamo tudi živčno bolne, za psiho-neurotična stanja pa pride v prvem redu v poštev klimatoterapija v sredogorju (Pohorje, Dolenjsko) in severnem Jadranu. Pri ženskih boleznih vidimo dobre uspehe s peloidi (blato, šota, torej: Daruvar, Koviljača, Topusko), pri komplikacijah od strani živčnega sistema so pa bolj prikladne samo terme (Sutinske Toplice, Dobrna, Rimske Toplice, Laško). Nespecifični katarji dihalnih organov zahtevajo ne preveč vlažne, od vetrov in prahu zavarovane kraje v sredogorju ali na morju. Od kirurških bolezni pošiljamo bolnike po laparatomijah v Rogaško Slatino, Vrnjačko Banjo, nezgodne posledice pa v akrototerme (Dolenjske

# Vprašanja — odgovori

---

Dajemo Vam priliko, da dobite na vprašanja iz prakse, znanstva itd. strokovne odgovore. Odgovarjali bomo ali naravnost ali pa v naši rubriki v Zdravniškem vestniku, če bi bilo vprašanje splošno zanimivo. Vprašalčevo ime bo ostalo neimenovano.

---

**Uredništvu ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA**

**LJUBLJANA, OBČA DRŽ. BOLN., V.**

Prosim, da obravnavate v rubriki **Vprašanja — odgovori**, naslednje:

Toplice, Laško, Rimske Toplice). Za kirurško tuberkulozo je v Kraljevici urejen sanatorij. Za pljučno tuberkulozo je pa vsako kopališčno zdravljenje kontraindicirano. Pri slabokrvnih otrocih izkoristimo reflektorno pomnoževanje eritrocitov v višinskem (600—1000 m) podnebju, torej na Gorenjskem, Gorskem Kotaru itd., diateze se pa popravijo na morju. Arsenova voda je v Srebrnici, za adenopatije imamo jodovo vodo v Lipiku, ki slovi tudi za arteriosklerotične in druge presenilne pojave. Na kožne bolezni delujejo posebno žveplene kopeli (Varaždinske Toplice, Vranjska banja). Pri motnjah v presnovi je za diabetike urejena Rogaška Slatina, za urično diatezo so pa posebno indicirane radioaktivne kopeli (Topusko, Rimske Toplice, Laško, Dolenjske Toplice). Pri revmatičnih obolenjih moramo paziti na komplikacije od strani živčnega sistema in srca, ki so prav pogoste. Nekomplicirane poliartritise in mialgije napotimo v indiferentne akrototerme (Topusko, Laško, Dolenjske Toplice, Čateške Toplice) in blatne kopeli (Rusanda, Daruvar), za živčne in srčne oblike so pa bolj prikladne kombinirane vode (Rimske Toplice, Dobrna).

Kontraindikacije za vsako balneoterapijo so vsa stanja in faze, ki ne bi prenesle tudi najmanjših dražljajev v smislu preobrata. To so torej akutna, febrilna, konsumptivna, anergična, insuficientna stanja. Brez smisla in zato kontraindicirano je pošiljati v zdravilišča take bolnike, pri katerih vemo že v naprej, da balneoterapija ne bi mogla pomagati.

D r. T r a u n e r.

## Iz zdravniškega slovstva

### Interna medicina

V. Spužić: Astmatični napadi izzvani po prahu moke. (Med. pregled 1939/8.)

Avtor opisuje primer, ko je bolnik dobil redno astmatičen napad, kadar je vdihaval prah moke. Pacient, po poklicu pek, je že 7 let uspešno opravljal svojo obrt; bil je popolnoma zdrav. Ko je šel nekoč v klet, kjer je kipelo vino, se je onesvestil; prebolel je zastrupljenje s CO<sub>2</sub>, nato še pljučnico in težak tracheitis. Ko je po ozdravljenju zopet skušal opravljati svoj poklic, ni več prenašal prahu moke. Dobival je zelo pogoste astmatične napade. V dneh, ko ni imel opravka v pekarni, je bil zdrav. Tudi to, da je za par mesecev sploh opustil delo v pekarni, mu ni pomagalo — preobčutljivost je ostala.

Ko je odšel na kliniko, ni dobival nikakih napadov. Čeprav je bil anamnestično primer popolnoma jasen, niso klinično našli prav nikakih pozitivnih znakov: pljuča so bila zdrava; v izpljunku ni bilo Curschmannovih spiral niti Charcot-Leydenovih kristalov. Krvna eosinofilija je bila 1%. Vegetativni sistem je bil v redu. Tudi običajne kutane probe so bile negativne, samo reakcija na tuberkulin in moko je bila pozitivna. Ko je odšel s klinike le za par ur v pekarno, je dobil ponovno zelo močan astmatičen napad. Bolnika so na kliniki skušali desenzibilizirati z vsakodnevno kutano reakcijo z moko po metodi Paškur-Vallery-Radot. Če mu vse to skupaj ne bo pomagalo, mu bodo svetovali delati z masko oziroma sploh opustiti dosedanji poklic.

D r. C. D.

Prof. Abdülkadir Noyan: Pijače in normalni obedi za raziskavanje želodčnega kemizma. (Poroč. 4. ted. balk. med. u. 1936.)

A. omenja uvodoma, da se je zajtrk po Ewald-Boasu najbolj razširil, ker čaj in kruh uživajo povsod. Z Ehrenreichom je bila ugotovljena prednost frakcioniranih metod (široka sonda, neugodno večkratno uvajanje). Pripravnejše so ozke sonde



(Einhorn), zajtrk mora biti tekočinski (Ehrmann, 5% alkohol, 400 ccm; Katsch-Kalk, 0,2% coffein: 300 vode; Cron, 250 ccm juhe, 2 žlici ovsene moke, ščepec soli). Na kliniki a. uporabljajo Ehrmannovo metodo, preizkušali so sledeče in primerjali:

1. peptonizirano vodo (pept. 2%, sol 1,3%, količ. 400 ccm nevtraliz., steriliz.);
2. Gulhanéjevo juho (soli 1,3%, količ. 400 ccm, 20 g škroba, 10 g masla. nevtralizacija, precipitacija fosfatov, filtracija, steril., konservir.);
3. injekte. histamina.

Na želodčni kemizem delujejo fizični činitelji (hrana) in psihični. Hrana izzove v pilor. delu izločanje sekretina, ki po krvi vzdraži acidogene celice v gor. delu želodca. Poskusni zajtrk (obed) mora ustrezati naslednjim zahtevam: vsebovati mora vse elemente za fiziološko draženje (ekstraktivne snovi, albuminoide, derivate beljakovin itd.), okus normalne hrane, priprava lahka, konservacija trajna, reakcija nevtralna (da ne vpliva na acidnost). Poglavitni cilj pri raziskovanju žel. kemizma je v tem, da se ugotovi vzdražljivost žel. celic, ne toliko v ugotavljanju reakcije.

A. je preizkušal vse tri metode pri 36 bolnikih (17 po Ehrmannu in s peptonom, 14 po Ehrmannu in Gulhanéju, 5 po Ehrmannu in s histaminom). Zaključki: 1. Alkohol raztopina Ehr. ne draži žel. celic; za subacidnost, ahilijo so potrebne še druge metode. 2. Superacidni primeri po Ehr. so res superacidni, a je prej ugotoviti, če ne gre za supersekrecijo (vsakih 10' aspiriramo ves žel. sok). Koncentracija HCl ni konstantna, pogosto najdemo supersekrecijo brez HCl (ahilična supersekrecija) ali superacidnost brez supersekrecije. Prednosti Ehr. alkoh. raztopine so: prozornost, nevtralna tekočina brez beljakovin in Cl; neugodnost je, da povzroča pri ženskah in otrokih pijanost in da ne izzove fiziološke ekscitacije.

Peptonizirana voda nam nudi energičen fiziološki excitans, ki se dá zlahka pripraviti kakor Ehr., vendar ne vsebuje bistvenih elementov naše prehrane.

Gulhanéjeva juha vsebuje vse potrebne prvine, se dá konservirati za dalj časa, je okusna in draži fiziološko (kakor lahek obed); edina neugodnost je njena neprozornost.

Dr. M. K.

## Kirurgija

A. Paleček: Sterkoralna umbilikalna fistula sigme po nekrozi podvezane popkove. (Liječ. Vjes. 5/39.)

A. opisuje redek primer umbilik. f. pri 2½ mes. starem novorojenčku. F. so prvotno smatrali za kongenitalno (F. ductus omphalo-enterici persistens). Zadešnja stena črevesa je bila prolabirana in mestoma nekrotična. Radi znakov ileusa je bila napravljena laparotomija, ki je ugotovila f. sigme. F. je nastala bržčas na ta način, da se kongenitalna umbilik. kila, v kateri se je nahajala vijuga sigme, pri podvezovanju popkove ni opazila, kar je moralo voditi do nekroze in sterkoralne f. V slovstvu je opisanih malo takih primerov. Rauch poroča o apendikalni umbil. f.; Reuss sodi, da se te umbilik. kile spregledajo v takih primerih, kjer je grlo kilne vreče zoženo na velikost umbilik. obroča; kilna vreča ima ponavadi obliko zvona in se lahko opazi. Diferenc. diag. pride v poštev duct. omphalo-enteric. persist. Za ugotovitev je potreben poleg sondiranja mikroskop. pregled sekreta, event. pregled s kontrastom. Dr. M. K.

## Ginekologija in porodništvo

B. Richter: Zdravljenje cervikalnega katarja z mikro-peno. (Zbl. Gynäk. 1939. No. 48.)

Cervikalni katarji so pogosto trdovratni, zdravljenje pa često brezuspešno, posebno če spremlja te katarje močna sekrecija goste sluzi, ki preprečuje direktni vpliv lokalno

Načelno novost  
pri zdravljenju  
**g o n o r e j e**  
predstavlja

# U L I R O N

**kemoterapevtikum**  
za oralno uporabo.

**Uliron učinkuje zanesljivo tudi  
pri stafilokoknih obolenjih.**

Izdaja se samo na zdravniški recept, ki se mora vsakokrat obnoviti.

Ta ukrep daje zdravniku jamstvo, da se bo zdravljenje vršilo pod njegovim nadzorstvom.

Priporočljivo je ULIRON kombinirati z lokalno terapijo.

*V a ž n o j e o d r e d i t i p r a v i l n o d o z a c i j o .*

**ORIGINALNI ZAVITKI:**

cevke z 12 in 24 tabletami po 0,5 g,

klin. zavitki z 250 in 1000 tabletami po 0,5 g.



»Bayer«  
LEVERKUSEN a/Rh.

Zastopstvo za Jugoslavijo:

„JUGEFA“ K. D.  
Zagreb

Preradovičeva ul. 16

Za ublažitev krvavenja

# MANETOL

fiziološki hemostiptikum,  
ki skrajšuje krvavenje  
in vsebuje specifično  
učinkujoče snovi iz hrbt-  
nega mozga.

Manetol pride sedaj v promet v raztopini,  
gotovi za injiciranje.

S tem odpade prirejanje raztopine.

Obenem je **MANETOL** postal znatno cenejši.

#### ORIGINALNI ZAVITKI:

škatla s 5 ampulami po 1 ccm (10 biol. enot),  
klin. zavitek s 25 ampulami po 1 ccm (10 biol. enot).



»Bayer«  
LEVERKUSEN a/Rh.

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

apliciranega zdravila na sluznico. Zato avtor priporoča svojo metodo, ki obstoji v lokalni aplikaciji 30% hydrogen. peroxyd. (nerazredčeni perhydrol), ki razkraja sluz (sluzni čep) in hkrati deluje dezinfektorno in kaustično na sluznico tudi v globino z razvijanjem mikro-pene. — Njegov postopek je sledeči:

1. Izpiranje vagine z Lahmovo raztopino (borax 20,0, acid. carbol. liquef. 15,0, formalin 10,0, aq. fontis ad 1000,0).

2. Mehanična odstranitev sluzi s pomočjo suhega tampončka.

3. Lokalna aplikacija 30% perhydrola v cervikalni kanal s tampončkom, namočenim v omenjeni raztopini  $H_2O_2$ , ki ni preveč prepojen (ne sme se cediti) tako, da ne pride v dotik z vulvo ali vagino, na kateri deluje močno kavstično. To se ponovi par-krat, dokler ne izgine sluz.

4. Tuširanje s 5% raztopino  $AgNO_3$ .

5. Okolica porcije in zadnji forniks se posipa s silargelom, ali arg. klorid-kremenska kislina-gelom, casil z arg. proteinic., ali fissan-fluorpuđer. Nato se pred porcijo vloží tampon vate.

Ponavljjanje te lokalne terapije vsak 4.—8. dan, dokler popolnoma ne preneha sekrecija sluzi. Ostale vmesne dneve vlaganje Devegan-tablet ali pa dnevno izpiranje z galun-salicyl. (9 : 1), ali galun, bakrov sulfat aa. — V splošnem pride po tej terapiji navadno po 3—5 tednih do ozdravljenja.

Kontraindikacija: akutni adneksi in graviditeta. — Ta terapevtska metoda ima po avtorju še to prednost, da je hkrati zdravljenje sterilitete, v primerih, kjer utegne biti sluzasti čep v cervikalnem kanalu mehanična zapreka koncepcije. Dr. L. O.

F. L ö n n e : Kako razlikujemo materine in plodove srčne utripe pri enaki frekvenci. (Zbl. Gynäk. 1939. No. 50.)

V drugi polovici nosečnosti in med porodom se v nekih primerih: febris (pyelitis, genitalne infekcije, interkurentna obolenja), obolenja krvnega obtoka, funkcionalna tahikardija opaža, da je frekvenca materinega pulza in plodovih srčnih utripov enaka ali skoraj enaka. V takih primerih priporoča avtor za razločevanje utripov sledeči postopek. Po mirnem dihanju sledi globoka inspiracija in zadržanje sape v inspiriju. Pri tem pride fiziološko najprej do zmerno pospešene frekvence, nato do zmanjšane frekvence materinega pulza. To zmanjšanje frekvence se pri plodovih srčnih utripih ne opaža. — Ta simptom je posebno jasen v graviditeti in temelji na večji razdražljivosti vegetativnega živčnega sistema in izpremembi tlaka v trebušni votlini. Dr. L. O.

## Dermatologija

F. K o g o j : Zdravljenje medikamentoznih eritrodermij (radi Salvarsana, živega srebra itd.) (Liječ. Vjes. 1940, št. 5.)

Avtor navaja izkustva zagrebške dermato-venerološke klinike v pogledu zdravljenja generaliziranih eksfoliativnih eritrodermij, ki so nastale v toku antiluetičnega zdravljenja. Od dosedanjih 52 bolnikov je bila polovica ženskih, polovica moških. Eritrodermija se je pojavila kot posledica terapije z Neosalvarsanom v 34 primerih, z Solusalvarsanom v 9 primerih, z Novoferarsenom v 4 primerih in v 1 primeru po Novarsenobenzolu, dalje v 3 primerih po živem srebru in 1krat po bismutu. Vseh teh odstotkov pa ne smemo smatrati za posledico tega ali onega medikamenta.

Vsaka medikamentozna eritrodermija je življenjsko nevarna, njena prognoza je dvomljiva in zato moramo dobro pretehtati, katera zdravila bomo uporabljali, da bi imeli uspeha.

Klinična slika eritrodermij je v kratkih črtah taka: koža je od peta do glave rdeča, več ali manj zatekla, na pregibih madidira, obraz je nabrekel, vsa koža se lamelozno lušči. Sluznica ustne votline je svetlo rdeča, jezik je obložen, ustnice so zatekle in raz-

pokane, lasje in dlake izpadajo. Noge so zatekle. Temperatura je povišana, delovanje jeter in ledvic je okvarjeno, srce peša, v krvi najdemo močno eozinofilijo, bolnika mrazi, teka nima, apatičen je, dasi ga močno srbi vse telo, pretijo mu dekubitusi. Ni pa potrebno, da najdemo vse naštete simptome.

To težko stanje lahko traja več mesecev. Vedno smo v negotovosti, kako bo bolezen končala: ali z amiloidozo, kaheksijo, z opešanjem srca, z bronhopneumonijo ali z ozdravljenjem po dolgi rekonvalescenci.

Postmedikamentozna generalizirana ekfoliativna eritrodermija je izraz alergične preobčutljivosti organizma napram dotičnim zdravilom. Nikakor torej ne smemo smatrati znakov preobčutljivosti napram Salvarsanu, živemu srebru itd. kot toksične simptome, to je znake zastrupitve in zato načelno odklanjamo diagnozo: »toksični eksantem« ali celo »intoksikacija« za različne pojave alergične preobčutljivosti. Točno moramo torej razlikovati toksikodermije od alergodermij.

Lokalno zdravljenje medikamentoznih eritrodermij je enostavno: aplicirati smemo samo indiferentna ali malo diferentna zdravila. Na madidirajoča področja dajemo obkladke z 2% vodno raztopino borove kisline, na ostale predele mehka mazila ali tekoče pudre. Po možnosti kopljemo bolnike vsakega drugega dne v taninu, kamilicah ali hipermanganu. Varovati se moramo pred piogenimi procesi, iz katerih se rada razvije sepsa. Izpiramo ustno duplino in že od ranega začetka bolezn storimo vse, da bi preprečili dekubituse. Poleg lokalnega zdravljenja dajemo kardiakume, antipiretikume, diuretikume, adrenalin, kalcij, natrijev tiosulfat, jeterne preparate, vitamina A in C poleg primerne diete.

Ker je pri eritrodermijah za paciente življenske važnosti, da srce izdrži dolgo bolezen, pričnemo dajati kardiakume že v času, ko srce še ne kaže znakov pešanja.

Pri vsaki dolgotrajnejši eritrodermiji je prizadeta diureza. Dnevna količina urina včasih pade pod 400 ccm. Vsa koža je zatekla, noge so hidropične. Novasurol, Salyrgan, Novurit so najstrožje kontraindicirani, kajti bolniki, ki so preobčutljivi napram Salvarsanu, so istočasno preobčutljivi tudi napram živemu srebru in bi bila torej aplikacija omenjenih preparatov lahko katastrofalna. V tem primeru so jako dobri diuretiki preparati teofilina (Euphyllin, Glucophyllin itd.). Diuretin v običajni dozaciji (3krat 0,5 pro die) komaj zadovoljuje in ga pri eritrodermijah ne dajemo, ker vsebuje salicilno kislino (theobrominum natrio salicylicum!), ki deluje toksično. Tudi s Scilarenom lahko poizkusimo. Tireoidnih preparatov, ki sicer učinkujejo na presnovo vode v organizmu ne dajemo, ne samo radi kumulativnega delovanja, temveč tudi, ker si nismo na jasnem, kako bo inkret učinkoval pri splošnih motnjah radi medikamentoznih eritrodermij.

Antipiretikume dajemo v malih dozah, če se giblje vročina dalj časa iznad 39° C.

Adrenalin dajemo, ker ima vazokonstriktorno delovanje. Ne moremo ga pa radi njegovih znanih simpatikomimetskih lastnosti dajati dalj časa.

Kalcij apliciramo zato, ker znižuje dispozicijo za eksudacijo in manjša propustnost kapilarnih sten, ker deluje protialergično in umirja iritirani vagus. Ker je prvi pogoj za dobro resorbcijo kalcija prisotnost fosforja, zato je priporočljivo istočasno dajati ribje olje. Iz istega razloga moramo skrbeti za alkalozo s tem, da organizmu dovajamo alkalije.

Natrijev tiosulfat dajemo intravenozno po 1,0 gr dnevno. V organizmu odvajaja žveplo, ki aktivira protoplazmo in deluje kot reducens, obenem vpliva ugodno pri stvarjanju glikogena v jetrih. Mislimo tudi, da detoksicira in deluje antialergično.

Cdnosi med jetri in Salvarsanom so najrazličnejši in številni (ikterus, žolta atrofija itd.), ker jetra niso samo sekretoren, temveč tudi detoksicirajoč organ, delujejo tudi v protialergičnem smislu. Če je torej detoksicirajoča sposobnost jeter zmanjšana, lahko nastanejo alergična obolenja, tako tudi medikamentozne eritrodermije Nasprotno

pa lahko težka in razširjena vnetja kože izzovejo funkcionalne okvare jeter radi velike resorbcije vnetnih toksičnih snovi.

Nikdar ne pričnemo zdraviti s Salvarsanom, dokler nismo napravili vsaj reakcije na urobilinogen, ki jo moramo kontrolirati ves čas zdravljenja. Obenem priporočamo mnogo sladkorja.

Preparati jeter delujejo terapevtično, nikakor pa ne profilaktično. Vendar pa je zdravljenje medikamentoznih eritrodermij s preparati jeter teoretično in praktično dobro fundirano. Zato dajemo v vseh primerih, zlasti če so jetra že okvarjena, čeprav šele v mali meri, redno in dalj časa: Campolon, Hepamult, Hepatrat, Perhepar itd.

Dognano je, da lahko apliciramo velike doze Salvarsana, če ga raztopimo mesto v vodi, v Decholinu. Na zagrebški dermato-venerološki kliniki so delali poizkuse z belimi miškami, ki so jim vbrizgavali Salvarsan raztopljen v Decholinu. Ti poizkusi so pokazali, da ni nikake sumnje o tem, da Decholin deluje detoksicirajoče. Zato često uspeva aplikacija Salvarsana tudi pri pacientih, ki bi ga jim radi okvare jetrnega parenhima sicer ne bi mogli aplicirati. Prav tako uspe aplikacija na isti način tudi pri pacientih, pri katerih smo morali prekiniti s Salvarsanom, ker se je pojavila preobčutljivost napram njemu. Istočasno dajanje kalcija in Decholina je smotreno tudi radi tega, ker velja pravilo, da se kalcij resorbira le pri zadostni množini žolča.

Napram Salvarsanu preobčutljivi bolniki so v pomanjkanju C-vitamina, ki ima med drugim tudi antialergična svojstva. Zatorej se ne bomo pri zdravljenju medikamentoznih eritrodermij odrekli askorbinske kisline. Ker je vitamin A izrazito dermatropen, deluje antiinfekciозno in ščiti epitel, ga bomo s pridom uporabili, zlasti, ker pri eritrodermijah ne preti nevarnost hipervitaminoze A. Praktično je najboljšše, če dajemo kombinirane preparate vitaminov A, C in D.

Dietetično zdravljenje medikamentoznih eritrodermij je v tem, da preobrnemo stanje alkalozе v acidotično in obratno, kar često zadostuje. Z uspehom se poslužujemo Gerson-Sauerbruchove neslane diete. Nikakor ne smemo bolnikom dajati jajc, mesa, svežega kruha, alkohola, kave, ruskega čaja, ne ostrih jedi in ne začimb. Pijejo naj mleko in sadne sokove.

Avtor trdi, da med navedenimi terapevtičnimi sredstvi ni nobenega, ki bi bil pri zdravljenju medikamentoznih eritrodermij odveč. Vsako izmed njih ima svoje posebno poprišče in svojstven način učinkovanja. Zdravljenje lahko v poedinih primerih modificiramo, ne tako, da bi še kaj dodajali, temveč tako, da opustimo zdravila, ki v posameznih primerih niso potrebna. Vendar moramo v nekih razdobjih uporabljati ves navedeni kompleks. Zato moramo posamezna zdravila časovno pravilno porazdeliti in skrbeti za to, da jih pacienti čim lažje jemljejo. Iz teh razlogov dajemo nekatera zdravila per os, druga v supozitorijih, tretja parenteralno.

D r. M. A v č i n.

## Iz zdravniških društev

### **Strokovni sestanek Jug. kir. društva, sekcija Ljubljana**

dne 7. maja 1940. v sanatoriju »Šlajmerjev dom« v Ljubljani

Strokovni ogled sanatorija »Šlajmerjev dom«.

Šef-zdravnik sanatorija »Šlajmerjev dom« dr. A. Kramarič je številno zbranim zdravnikom s kratkim uvodom opisal zgodovino sanatorija in njegovo ureditev. Po teh kratkih besedah so si zdravniki pod vodstvom šefa in hišnih zdravnikov ogledali sanatorij, ki je zgrajen na najmodernejši zdravstveni bazi. Preko prostranih prostorov 2. nadstropja, kjer

je porodnišnica, so si gostje ogledali kirurški oddelek v 1. nadstropju in interni oddelek v pritličju. Potem jih je pot vodila v moderne operacijske dvorane, rentgen in razne zdravniške ambulance. Jako zanimiv je posebno oddelek za fizikalno zdravljenje v kletnih prostorih.

## **Strokovni sestanek Slov. zdrav. društva v Ljubljani**

dne 4. junija 1940. v predavalnici Drž. bolnice za ženske bolezni v Ljubljani.

**Dr. J. Hebein: Anomalije colona.** — Predavatelj analizira uvodoma teorijo o nastanku anomalij kolona. Skoro vse anomalije imajo svoj začetek še v fetalni dobi. Vzrok je pri nekaterih nepravilno spuščanje popkove zanjke, pri drugih pa motnje v inervaciji, posebno vegetativnega živčnega sistema. Na kratko omenja glavne težave, ki jih imajo pacienti pri anomalijah in bolezni, ki prihajajo diferencialno-diagnostično v poštev. — Nato demonstrira številne skioptične slike primerov iz materiala bolnice in sanatorija Leonišče itd.: 1. Enostranska lega kolona. 2. Medialna lega descendensa. 3. Situs viscerum inversus. 4. Interpozicija kolona med trebušno steno, jetri in desno prepono. 5. Visoka in vodoravna lega coecuma radi zelo kratkega mezokolona (dystopia coeci). 6. Coecum mobile kot posledica predolgega mesenteriuma. 7. Makrocolon sigmoideum. 8. Megacolon sigmoideum sive morbus Hirschsprung.

**Dr. B. Breclj: Operiran primer Littlejeve bolezni.**

Spastične kontrakture posameznih skupin mišičja, izmed katerih so najpogostejše kontrakture adduktorjev v kolku in pa kontrakture plantarnih fleksorjev stopala, so poleg drugih znakov v prvi vrsti značilne za Littlejevo bolezen. Metode zdravljenja teh kontraktur so različne. Medtem ko se nekateri avtorji zadovoljujejo z redresijami ter fiksacijami, predlagajo drugi tenotomije kontrahiranih mišic (Vulpins), zopet drugi pa operirajo na centralnem (Foerster) oziroma perifernem (Stoffel) živčevju.

Subkutanim tenotomijam sledijo često recidivi v obliki ishemičnih kontraktur. Tudi kontrakture operacijskih brazgotin, katere često opazujemo po Stoffelovih operacijah, privedejo do ponovne addukcijske kontrakture v kolku. Selia je spričo tega predlagal pri addukcijskih kontrakturah v kolku resekcijo obturatoriusa v mali medenici in je to operacijo prvi izvršil Henschen. Intrapelvina resekcija obturatoriusa je tehnično enostavna, brazgotina leži izven območja adduktorjev. Poleg tega često najdemo akcesoričen n. obturatorius, ki poteka preko pektena os. pubis proti adduktorjem in ga prekinemo. Vendar operacija ni brez nevarnosti za bodoče statično ravnotežje v kolkih. Anatomske in eksperimentalne preiskave so pokazale, da povzročajo pri normalnem človeku izpad obeh obturatoriusov močno nesigurnost v kolkih (Boerema). Pri Littlejevi bolezni smemo to tvegati le v najtežjih primerih.

Na našem ortopedskem odseku smo v zadnjih dveh letih na treh primerih z uspehom izvedli intrapelvino resekcijo obeh obturatoriusov. Enega od teh bolnikov danes lahko pokažem, ker je slučajno prišel na kontrolni pregled. To je Sletno dekle, ki je bilo prvič sprejeto na naš odsek lani avgusta meseca. Otrok ni niti hodil, komaj samostojno sedel. Porod je bil baje normalen; bratje in sestre vsi zdravi. Duševno otrok ni bil zaostal. Atetozne ni bilo opaziti. Obe spod. ekstremiteti je otrok držal krčevito iztegnjeni, v kolku adducirani, v stopalu plantarno flektirani. Dne 30. avgusta 1939. je bila napravljena najprej Stoffelova operacija nerv. tibial. post. Dva meseca nato pa intrapelvina resekcija obeh obturatoriusov.

Danes — to je sedem mesecev po operaciji — otrok samostojno hodi. Hoja je sicer nekoliko nesigurna in počasna, vendar v toliki meri možna, da otrok lahko poseča šolo. Aktivna abdukcija v kolkih je preko polovice normale izvedljiva.

## Prispevek k zgodovini slovenske medicine

V zvezi z razširjenjem slovenske medicinske fakultete je profesorski zbor medicinske fakultete sklenil predlagati univerzitetnemu svetu ljubljanske univerze poziv treh slovenskih zdravnikov za redne profesorje patol. anatomije, interne medicine in kirurgije.

Z ozirom na način postavljanja novih rednih profesorjev so poslali zastopniki slovenskega zdravništva dne 1. junija 1940. univerzitetnemu svetu ljubljanske univerze naslednji dopis:

### Univerzitetnemu svetu univerze kralja Aleksandra I. v Ljubljani.

Gospod rektor univerze kralja Aleksandra I. v Ljubljani je z dopisi št. 169/40 z dne 8. februarja 1940., št. 240/40 z dne 22. februarja 1940. ter št. 277/40 z dne 1. marca 1940. pozval Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani, naj podpre njegovo stremljenje po izpopolnitvi ljubljanske medicinske fakultete s kliničnimi semestri. Prizadevanja gospoda rektorja so imela uspeh in odobreni so bili tako materialni kakor tudi osebni krediti, potrebni za otvoritev V. in VI. semestra.

Slovensko zdravniško društvo je nato poslalo gospodu rektorju dne 15. marca 1940. dopis, v katerem je izrazilo svoje veselje nad iniciativnim pokretom in odkrito pozdravilo akcijo za izpopolnitev medicinske fakultete v Ljubljani. V dopisu je obenem sprožilo nekatere konkretne predloge, ki naj bi omogočili po treznem proučevanju smotrno realizirati klinične semestre.

Ti predlogi so se glasili:

I. Nujno je potrebno, da se ljubljanska medicinska fakulteta izpopolni z vsemi kliničnimi semestri. Zato smo mnenja, da naj se akcija ne omejuje samo na oživotvorenje dveh semestrov (petega in šestega), marveč naj se že a priori poteguje za vse semestre, tako, da se bodo postopoma po potrebi in po študijskem poteku odpirali novi semestri.

II. Za organizacijo kliničnih semestrov naj se sestavi poseben kolegij, v katerega naj se pozovejo zastopniki posameznih kliničnih strok in vodilnih zdravstvenih delavcev ter sedanji zbor univerzitetnih profesorjev fakultete. Temu kolegiju naj se dajo prava, kakor pripadajo profesorskemu zboru popolne medicinske fakultete.

Ze takrat kakor danes se zavedamo, da želja, izražena v drugem predlogu, iz formalnih in zakonitih razlogov ni lahko usvarljiva, smatrali pa smo sestavo takega kolegija za potrebno in nujno, ker smo se — in to so nam pozneje dogodki jasno dokazali — bali, da bi mogel sedanji profesorski zbor, ki je po svoji nalogi in svojem delokrogu daleč od poznavanja dejanskih kliničnih potreb, s pre nagljenimi in stvarno neutemeljenimi odločitvami ustvariti razmere, ki bi za dolgo zavrla zdrav razvoj kliničnega študija na slovenski medicinski fakulteti.

Da je bila ta naša bojazen upravičena, dokazuje predlog, o katerem naj sklepa današnja seja univerzitetnega sveta. Ta predlog fakultetnega sveta medicinske fakultete je bil sprejet v fakultetni seji z večino dveh glasov proti enemu. Zanj je glasoval en sam Slovenec, odločil pa je glas člana fakultetnega sveta, ki ni Slovenec. Na ta način sprejeti predlog brezobzirno gazi najosnovnejše pravice slovenskega zdravništva, ker odvzema slovenskim zdravnikom možnost, da bi se potegovali v odprti konkurenci za docentska mesta, potrebna za otvoritev petega in šestega semestra. Predlog namreč predvideva zasedbo mest po § 19., točka a), univerzitetnega zakona, ki dopušča možnost, da se zasedejo redne stolice s pozivom priznanih učenjakov, namesto, da bi se ravnal po točki b) istega zakona, ki zahteva razpis razpoložljivih profesorskih mest, torej pot, ki je v danih okoliščinah edino primerna.

Ugotavljam, da je bila odločitev za izbero oseb, ki naj pridejo kot »priznani učenjaki« na odgovorna mesta rednih profesorjev, kliničnih predstojnikov in institutskih voditeljev, popolnoma tajna v rokah dveh gospodov, od katerih eden je Slovenec, drugi pa neslovenskega rodu. Nihče ni vedel, kaj se pripravlja, nobeden poznavalec domačih razmer in osebnosti ni bil vprašan za mnenje, čeravno ta dva gospoda sama ne moreta imeti in nimata potrebnega vpogleda v vrste domačih moči, ki bi prišle v poštev za konkurenco za nova mesta. To je omalovaževanje vseh naporov, ki jih je slovensko zdravništvo tako v kulturnem kakor v strokovnem pogledu doslej storilo.

Odločno odklanjajoč ta poskus izključitve slovenskih zdravnikov od sodelovanja pri izpopolnitvi stolic novih kliničnih semestrov, se obračamo do vseh gospodov članov univerzitetnega sveta s prošnjo, da odklonijo po večini rednih profesorjev medicinske fakultete stavljeni predlog za imenovanje rednih profesorjev kot »priznanih učenjakov« ter obenem opozorijo medicinsko fakulteto, da naj se mesta zasedejo na edini pravilni način, to je z razpisom v javnosti.



Ker je postopanje pri izpopolnjevanju slovenske medicinske fakultete vzbudilo med slovenskimi zdravniki ogorčenje, se obračamo na univerzitetni svet z odločnim apelom, naj ta visoka institucija reši ugled in strokovno veljavo bodoče popolne medicinske fakultete na ta način, da odkloni predlog medicinske fakultete ter ga vrne s priporočilom, da se nova mesta zasedejo potom javnega razpisa. Le ta način more omogočiti slovenskim strokovnjakom medicine, da v plemeniti javni tekmi pripomorejo k izberi najboljših. Pri oddaji mest naj se upošteva, da more koristiti slovenskemu zdravstvu samo docent, ki je prežet slovenskega duha in ki je že doslej pokazal sposobnost in voljo graditi slovensko zdravstvo.

Ljubljana dne 1. junija 1940.

Dr. Kunst l. r.  
Dr. Del Cott l. r.  
Dr. Bajc l. r.

Dr. Meršol l. r.  
Dr. Gerlovič l. r.

Dr. Debevec l. r.  
Dr. Zalakar l. r.  
Dr. Kraigher l. r.

V zvezi s temi vprašanji smo čitali tudi v dnevnih časopisih naslednja članka:

»Slovenec« dne 2. junija 1940.:

**Dr. Fr. Debevec: Tehtne misli ob razširitvi medicinske fakultete.**

Na naši zdravniški visoki šoli se skoraj odpro 5. in 6. klinični semester medicinskega študija. Gre dejansko za rojstvo te fakultete, saj so jedro vsake zdravniške visoke šole klinike in njih pomožni inštituti. Ustanavljanje in zidava, še bolj pa vzdrževanje klinik pomenijo veliko finančno breme za naše davkoplačevalce, zato je treba dobro pretehtati, kaj, kje in kako se bo zidalo in urejevalo, da bodo te ustanove v vsakem pogledu na višini ter da slovenskemu narodu ne bo žal za vse žrtve, ki bodo s tem v zvezi.

Navzlic vsej važnosti je materialna stran teh nalog vendarle drugovrstnega pomena, že imamo pred očmi notranjo, duhovno, delovno vsebino slovenske zdravniške visoke šole. Medicinske fakultete, zlasti njene klinike pomenijo nekaj več ko profesorske stolice ter vrste vedoželjnih slušateljev; klinike, njih učiteljske moči vzgajajo bodoče zdravnike, ki bodo svoječasno tako rekoč imeli v svojih rokah zdravje malega slovenskega naroda, življenja naših ljudi. Dober zdravnik mora imeti tri lastnosti: mora biti strokovno podkovan, srčno dober, pošten, skratka, v njem mora biti tesno združeno znanje in etos. Pojdimo še malo globlje! Opazovanje uči, da si tudi zmerno nadarjeni s pridnostjo, dolgotrajnim strokovnim izobrazovanjem ter skušnjami lahko prisvoji primerno zdravniško znanje. Lep in trden značaj, zdravniku toliko potreben, pa se more privzgojiti le z vztrajno borbo in neprekidnim brušenjem lastne osebnosti od rane mladosti dalje pa vse do pozne starosti. Prve klice nravnosti se sade že v otroški dobi; umska in srčna vzgoja se potem nadaljuje v šoli, cerkvi, po vplivih okolice, lastnega stremljenja in borbenosti k dobremu. Na srednji šoli se karakter navadno že postavi na stalne temelje; ko mladi abiturient pride na visoko šolo, se njegova duševnost dokončno izoblikuje in dovrši.

Izmed vseh visokih šol nudi medicina primeroma največ nevarnosti za materializiranje duha, saj 5—6 let ali še dalje časa zaposluje mlade ljudi s problemi materije: s fiziko in kemijo, biologijo, seciranjem in poblížjim motrenjem človeškega telesa v zdravju in boleznih, seznanja ga s številnimi aparati itd. O duši pri medicini zlepa ne čuješ besede! Razen nekaj idealistov gredo žal često študirat medicino mladi ljudje, ki jih prav ta po svoje zanimiva materialna plat zdravniškega študija privlači; v teku uka te stroke se potem kaj radi še bolj duhovno zmaterializirajo, saj načrt današnjega medicinskega študija prav ničesar samostojnega ne predvideva za vzgojo k etični duševnosti. Končen efekt vsega tega je, da je mladi zdravnik pri nas ter v sosednih deželah največkrat dokaj materialistično usmerjen, kar je lahko povod za pogubne pojave v njegovem udejstvovanju. Omenjam samo nevarnost tajnega splavljanja. V kolikor tu in tam v dušo mladega medicinea le pade zrnce vzgojno etične vsebine, to zavisi izključno le od osebnosti učiteljev... Z raznimi pametnimi zdravniki sem že govoril o teh vprašanih, vsi so bili mnenja, da v medicinskem študju zelo pogrešajo duhovno-vzgojne plati. Mladi medicinec je žal dandanes vse preveč izpostavljen zunanje svetlim, a dokaj trdim s časom dušo otopevajočim vplivom tako imenovane eksaktne znanosti; končna posledica je enostransko usmerjeno gledanje v svet in sicer največkrat skozi materialistična očala.

Na bodoči naši izpopolnjeni medicinski fakulteti bo — vsaj za enkrat — učni načrt bržčas tak kakor na raznih drugih sličnih ustanovah okoli nas. Nudil bo zato iste nevarnosti za mlado duševnost. Pri strokovni in etični vzgoji bodočih zdravnikov bo torej uspeh zavisel v prvi vrsti od osebnosti, od profesorjev in docentov, ki bodo posamezne predmete predavali. Kaj moramo torej brezpogojno zahtevati od učnih moči naše razširjene zdravniške visoke šole? Tri važne sposobnosti in svojstva: 1. Strokovno znanje in

višino; 2. čist značaj; 3. primerno pedagoško usposobljenost, tudi v etičnem pogledu; 4. slovensko pokolenje, najmanj pa proniklost v slovenskega duha. Posebno skrbno bo treba izbirati pri prvih kliničnih učnih močeh, saj bodo le-ti hkrati s trojico dosedanjih rednih profesorjev-teoretikov tvorili osnovni profesorski kader fakultete, ki bo odločal pri nadaljnjem izbiranju učiteljskih sil.

Slovensko zdravništvo se je zavedalo vseh teh nujnosti ter je — na poziv g. rektorja — po svojih odličnih predstavnikih povedalo skrbno sestavljene predloge in želje. Resno in upravičeno je pričakovalo, da se te želje vsestransko upoštevajo, v kolikor le prilike to dopuščajo. Žal, povsem nepričakovano so se začela te velevažna vprašanja reševati na način, ki je vzbudil hudo in upravičeno ogorčenje med našimi zdravniki. Radevolje priznavamo vso zasluženost čast in uspešno delovanje dosedanjih gospodov pri medicinski fakulteti. Prav tako vemo, da je treba upoštevati zakonska določila, ki tičejo reševanje takšnih vprašanj. Odločno pa je treba zavrniti postopek, da le dva gospoda (izmed teh je le eden Slovenec!), ne oziraje se na protivljenje tretjega gospoda ter izrednih profesorjev, preko volje predstavnikov iz vrst slovenskega zdravništva, ki je bilo tudi povabljen s pozivom g. rektorja k sodelovanju pri reševanju teh važnih vprašanj, kar na lastno odgovornost stavita in sprejmeta predloge za imenovanje treh novih rednih profesorjev, brez razpisa, brez možnosti tekmovanja vseh onih, ki žele pri tem priti v poštev. Pri izbiri osnovnega profesorskega kadra je treba pač vse storiti, da bo izbira čim vestneje izvršena, ne pa kratkomalo dobesedno storiti po zakonskih predpisih, ki omogočajo tudi pičlemu številu dosedanjih rednih profesorjev medicinske fakultete na lastno odgovornost izbirati nove profesorje.

Ne gre za osebe (v kolikor so mi predlagani kandidati poznani, so mi simpatični), gre za načela, za kakovost bodoče fakultete v strokovnem, etičnem, narodnem pogledu. Tudi če bi na ta način izbrali same priznane veleume, ne bi mogli soglašati z omejenim načinom iskanja učnih moči v okolnostih, ki se v njih poraja naša zdravniška visoka šola. Slovensko zdravništvo trdno pričakuje, da se zadeva taktno, modro, vsestransko zadovoljivo reši, zaokrene na pravi tir, to je: učiteljska mesta na razširjeni medicinski fakulteti naj se razpišejo, ter tako vsem v poštev prihajajočim kandidatom dá prilika za tekmovanje. V obratnem primeru bo med slovenskim zdravništvom ter medicinsko fakulteto nastala težko premostljiva razpoka z vsemi pogubnimi posledicami za mlado visoko zdravniško šolo.

Te vrstice sem napisal izrecno na nujno željo (osebno sem pri zadevi docela neprizadet!) izbranih zastopnikov slovenskih zdravnikov, zato se navedene misli lahko — vsaj v glavnem — smatrajo kot skupen glasen klic iz naših vrst. Caveant consules!

»Jutro« dne 4. junija 1940.:

#### Usodni dan naše medicinske fakultete.

Jutri se sestane nad petdeset rednih vseučiliških profesorjev slovenske univerze v Ljubljani, da vzame v pretes predlog medicinske fakultete za imenovanje treh novih rednih profesorjev. Z zasedbo teh mest naj bi se začelo izpopolnjevanje medicinske fakultete v Ljubljani z najvažnejšimi, to je kliničnimi semestri. Ta sestanek bo formalno odločil o usodi medicinske fakultete za dolgo dobo ali za vedno. Odločitev bo zgodovinskega pomena, ne samo za medicinsko fakulteto, ampak tudi za vso slovensko zdravstveno kulturo in s tem posredno tudi za vso slovensko kulturo sploh. Zato slovenska kulturna javnost ne sme ostati neobveščena o predlogu, ki ga je medicinska fakulteta sklenila predložiti plenumu univerzitetnega sveta.

O tem predlogu so sklepali trije redni profesorji medicinske fakultete, od katerih sta dva Slovenca, eden Neslovenec. Oba slovenska profesorja sta si nasprotovala, tako da je pripadla končna odločitev tretjemu, to je Neslovencu. Kdo je ta gospod, ki je odločil pred tem forumom o predlogu? Dobro bi bilo, ko bi naslikali njegov portret v vseh detajlih, da bi slovenska kulturna javnost spoznala, komu je zaupala usodo najvišje slovenske medicinske znanstvene ustanove, kdo vodi slovensko zdravstveno kulturo. Med Slovenci so že često uspešno delovali tuji zdravniki. Naj imenujem samo dva: Scopolija in Haqueta, »ki sta bila sicer tujca — tako pripoveduje Pavel Grošelj — ki ju je privedlo k nam naključje z najrazličnejših strani Evrope. Toda niso nam tuji ostali. Vživel so se v naše kulturne in narodnostne razmere ter stopili v živ stik z našim ljudstvom in izobraženstvom«. Moža, ki je odločal na fakultetski seji, nisem še nikdar videl v krogu naših medicinskih predavateljev, nikdar še ni sodeloval pri strokovnih in znanstvenih razpravah slovenskega zdravništva, v slovenski, hrvaški in srbski strokovni literaturi nisem še zasledil članka ali publikacije izpod njegovega peresa, tujejezična znanstvena literatura ga ne pozna. To mora vedeti slovenska javnost. Najhujše je pa, da so deloma iz formalnih razlogov, deloma pa zaradi tega, ker je ostal v manjšini (eden proti dvema), resnični slovenski zdravstveni delavci in odlični znan-

stveniki pri sklepanju sploh odpadli. Priprave za predlog so se izvršile v popolni tajnosti. Pri formalni kvalifikaciji kandidatov je sodeloval en sam Slovenec, ki pa ni zdravnik.

Slovensko zdravništvo je že davno slutilo, v kakšen débacle nas vodijo razmere na medicinski fakulteti. Ze 15. marca je v obširnem memorandumu razložilo gospodu rektorju svoje stališče in izrazilo svojo bojazen (o tem je »Jutro« pisalo v svojem uvodniku z dne 10. maja). Iz strahu, da se slovenska medicinska fakulteta v duhovnem in strokovnem pogledu popolnoma ne uniči, so slovenski zdravniki zahtevali, da se ustvari poseben kolegij, ki naj bi prevzel delo za organizacijo kliničnega študija. Res je iz formalnih razlogov tak kolegij težko sestaviti, toda danes vidimo, da bi bil le ta način lahko rešil medicinsko fakulteto pred pogubonosnim korakom, ki je potisnil vso slovensko medicinsko tvornost ob zid, ki je odličnemu fakultetskemu naraščaju zamašil usta, ki je visoko kulturno vprašanje reševal na način, kakor se rešujejo prošnje za oddajo mesta nočnega čuvaja. Naša kulturna zrelost bi se bila le tedaj izkazala, če bi bila medicinska fakulteta, to se pravi njena večina (dva glasova), odprla pot svobodni tekmi z razpisom docentskih mest. Dobro vem, da je v slovenskem zdravništvu toliko tvornega in sposobnega, da bi bili oni trije kandidati, ki so sedaj predlagani, dosegli velik moralen in znanstven trijumf, če bi bili svoja mesta dosegli po ravni poti kulturnega tekmovanja. In to po moji vednosti nikakor ni izključeno. Po treznem premisleku si to pot lahko še sami odprejo.

Ogorčenje nad načinom reševanja kardinalnih slovenskih medicinskih vprašanj je med slovenskim zdravništvom splošno. Prepričan sem, da bo tudi ostala slovenska kulturna javnost odbila poskušeni atentat na slovensko zrelost, ko bo po teh in drugih avtentičnih informacijah zaznala pravo resnico. Pozivu odličnih slovenskih zdravniških tovarišev, naj natočim javnosti čistega vina, sem se sprva upiral, ker se mi zdijo današnji časi neprimerni za ostra medsebojna obračunavanja. Toda ko vidim, da gre za bistvo slovenskega problema, da gre za osnovna vprašanja slovenske bitnosti, ko spoznavam, da je treba one ljudi, ki trosijo kužne kali, po higienskih principih izolirati, se mi zdi kot zdravniku potrebno predlagati kulturno izolacijo tistega ali tistih, ki širijo bolezen nezaupanja med slovenskimi zdravniki in slovenskim zdravstvom. V tem smislu si ne morem pomišljati javnosti povedati pravo diagnozo.

V nedeljskem »Slovencu« je objavil stanovski tovariš dr. France Debevec tehtne misli ob razširitvi medicinske fakultete. Popolnoma se strinjam z njegovimi teoretičnimi razmišljanji in praktičnimi zaključki. »Slovensko zdravništvo trdno pričakuje, da se zadeva taktno, modro, vsestransko zadovoljivo reši, zaokrene na pravi tir, to je: učiteljska mesta na razširjeni medicinski fakulteti naj se razpišejo.« Na enem bregu slovenske kulture je zadonel Debevečev SOS klic; naj se na drugem bregu oglasi krepak plat zvona.

Dr. Alojz Zalokar.

Univerzitetni svet je na svoji seji dne 5. junija 1940. odobril predlog medicinske fakultete, da se imenujejo za redne profesorje patol. anatomije g. dr. Francé Hribar, interne medicine dr. Karlo Lušicki ter kirurgije doc. dr. Božidar Lavrič.

## Drobiž

Novi redni profesorji ljubljanske medicinske fakultete. Za rednega profesorja patološke anatomije je bil imenovan dr. Francé Hribar, za rednega profesorja kirurgije dr. Božidar Lavrič, za rednega profesorja interne medicine dr. Karlo Lušicki.

Za dograditev mariborske bolnišnice. Banska uprava je zaprosila Suzor za 11 milijonov dinarjev, ki jih potrebuje za dograditev in modernizacijo splošne bolnišnice v

Mariboru. Ker so vse formalnosti že urejene, bo posojilo v najkrajšem času izplačano.

Uredbo o oceni sposobnosti za vojaško službo v mobilnem in vojnem stanju pri naša »Službeni vojni list«. Uredba je dokaj obširna in poleg splošnega dela navaja v posebnih poglavjih bolezni oči, nosa, ušes, grla, srca, ožilja, pljuč in prebavil, ki povzročijo nesposobnost. Prav tako navaja duševne, kožne in spolne bolezni ter bolezni in nedostatke udov, ki onesposobijo človeka za vojno službo.

## Iz uredništva in uprave

Naslednja številka (8.—9.) bo izšla meseca septembra 1940.



**Izčrpanost**  
**Rekonvalescenca**  
**Slabokrvnost**

Originalna steklenica

**E. MERCK • DARMSTADT**

Zastopnik:  
 »ALKALOID«, ZAGREB 1, pošl. predal 494



Pri akutni in kronični srčni slabosti  
**Strophanthin Boehringer:**

intravenozno:  
**KOMBETIN**  
 (Strophanthin Boehringer)  
 ampule po 0,5 mg

intramuskularno:  
**MYOKOMBIN**  
 1 amp. = 0,5 mg Kombetin  
 + 0,7 g Novocain „Bayer“

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

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

U se gg. kolege, ki še niso plačali naročnine, prosimo, da store to čimprej!



Koalitetna optika

Zajec

LJUBLJANA  
PASAŽA  
NEBOTIČNIKA

# Elastični Hansaplast



D. R. P. Jugoslov. patent.

## Elastični brzi povoj 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 dražih povojev

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

## Gospod tovariš!

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

*S tem koristite sebi in svojemu glasilu!*

# OPOZORILO!

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

odobrilo proizvodnjo in paketiranje

Rp. „Energin“  
lag. orig. à 250 gr.

## „ENERGIN-a“

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



Kraljevski dvorski dobavitelj

*Zdravilišče in kopališče*

# SLATINA RADENCI

Najmočnejše prirodne ogljikovo-kisle (CO<sub>2</sub>) 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 RDEČIMI SRCI

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

## **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 pisмено in telefonsko

**LJUBLJANA, KOMENSKEGA ULICA ŠT. 4**

Telefon šte. 36-23

VSI MEDICINSKI KROGI PRIZNAVAJO  
DA SO SULFAMIDNI PREPARATI

# ELEKTIL

tablete »KAŠTEL«

PROTI GONOKOKOM

# PLURAZOL

supozitoriji in tablete »KAŠTEL«

PROTI PNEVMOKOKOM


# STREPTAZOL

tablete, mazilo in injekcije »KAŠTEL«

PROTI STREPTOKOKOM

NAJBOLJŠA IN NAJCENEJŠA

KEMOTERAPEVTSKA SREDSTVA

 **Kaštel d.d.**

Zagreb