

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

Strokovna priloga Glasila Zdravniške zbornice za Slovenijo.

Izdaja: SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO.

Uredništvo: Primarij dr. FR. DERGANČ, LJUBLJANA, Komenskega ul. 4.

Štev. 3.-4.

Ljubljana, dne 12. aprila 1929.

Leto I.

Kern in Billroth.

(Dvojna stoletnica dunajske kirurške šole.)

Le kdor združuje medicino in kirurgijo,
je popoln zdravnik. Zdravnik pa, ki pozna
le eno vejo, je podoben ptiču s samo eno
perutnico. Indijska medicina.

Dunajska kirurška šola (operatorski institut medicinske fakultete)
slavi v aprilu tekočega leta dve stoletnici: dne 16. aprila 1829 je umrl nje
ustanovitelj Vincencij Kern, dne 26. aprila 1829 se je rodil Teodor



Billroth, s katerim je dosegla vrhunec uspeha in slave. Pomenljiv slučaj in bramanski mislec, verujoč v selitev duš, bi zadiviljeno vzkliknil: velik duh se je utrnil iz telesa in se preselil čez deset dni v drugo telo, da se v njem razvije do najvišje popolnosti.

Prostrana naddržava duha, znanstvena civitas veritatis ne pozna političnih, narodnih in verskih mej, znanstvena resnica je splošna last, veljavna za celokupno človeštvo, znanstvena resnica je pa tudi po svojem izvoru sotruden pridelek vseh narodov in časov. Znanstvena resnica je dvignila človeštvo na stopnjo duhovnega in kulturnega edinstva, na stopnjo teoretičnega edinstva, ki mu sledi z organizacijo znanosti tudi praktično in dejavno edinstvo.

Tudi mi imamo danes dva vzroka, da se pridružimo proslavi dunajske kirurške šole: 1. ker je bil isti Kern tudi ustanovitelj naše kirurgije s tem, da je prvi uvedel kot profesor kirurgije na medicinskem liceju v Ljubljani (1797—1805) znanstvene, kritično empirične principe; 2. ker so bili in so primariji ljubljanskega kirurškega oddelka večinoma gojenci in učenci dunajskega operatérskega instituta ter se hvaležno spominjajo svoje dunajske šole in nje velikih učiteljev.

Take spominske slavnosti so znanosti metodično in psihološko potrebne. Metodično so potrebne kakor popotniku odmor in počitek na dolgi, težavni poti, da z dosežene točke premosti prehojeno pot in spozna smer v bodočnost. Take slavnosti so momenti kulturne bilance in dušne koncentracije strokovnjakov, ob takih prilikah se uspeh dolgotrajnega, neopaznega dela predstavi javnosti in pozornosti ljudske duše. Kar je prej stremelo na tihem kvišku in naprej, se zdaj razlije javno v širino. In psihološko je popolnoma pravilno, da se izvaja taka ljudska vzgoja nazorno ob liku velikih mož, ki so žrtvovali vse svoje življenje napredku resnice, ki so se borili in trpeli za resnico. Veliki možje so kakor dušni induktorji, ki inducirajo enako energijo, enake ideale v ljudski duši in jo potegnejo za seboj. Ta dušna indukcija je vir iste podzavestne dušne moči, ki se javlja v posnemanju, v tiranskem nasilju mode in javnega mnenja. Ne samo na ljudstvo, ampak tudi na mlade strokovnjake deluje indukcija velikih mož, da jim sledijo in stremijo po napredku.

Take slavnosti ne služijo torej praznemu formalizmu in osebni nečimernosti, ampak so pred vsem psihološko nuini podvigi splošnega in individualnega napredka. Veliki možje, ki navadno več ne živijo med nami, ne potrebujejo takih proslav, potrebujemo jih mi sami, naše duše. Pa tudi osebni nečimernosti ni namenjen tak prazničen dan, ker je morda slavljenec sam ustvaril veliko delo. Vsak velik mož je bil samo uspešen sotrudnik v dolgotrajnem, skupnem delu, ne slavimo ga zaradi njegovega predmetnega uspeha, ampak zaradi njegove posebne energije in požrtvovalnosti, ki jo je udeležil v skupnem delu in mu pomogel do končnega uspeha. Vsaka osebna proslava je obenem tudi praznik uspešne kolaboracije.

Spoznavnokritično vemo, da je predpogoj vsakemu napredku nova, pravilna metoda. V znanosti in filozofiji je glavna — metodika. Metoda je vsemogočna, iščimo torej novih metod! Ako smo enkrat na pravi poti, ako se trudimo po pravi metodi, pride uspeh sam ob sebi kar avtomatično. Metodična, dejavna stran napredka se je doslej vse premalo uvaževala in cenila, naša pozornost je bila enostransko in krivično zapičena v gotovi predmet uspeha. Ta metodični vidik nam šele pokaže Kern-Billrothovo dejavnost v pravi vrednosti in svetlobi, kajti nitiu empirična kirurgija je ugotovila temeljno dejstvo, ki je pripravilo in omogočilo Listerovo antiseptično metodo.

S Hipokratom je dosegla klasična medicina svoj višek, a samo zbog pravilnosti njegove empirične metode. Mistični in spekulativni racionalizem orientalskih zdravnikov-duhovnikov je okrenil in zakopal medicino

v večno sterilnost. Enako je atavizem istega mističnega racionalizma v srednjem veku spet povzročil propad klasične znanosti in umetnosti. Tudi v kirurgiji in njenem centralnem problemu, v zdravljenju ran. Bolečina in infekcija rane sta bili nepremagljivi zapreki kirurškega napredka. Kako je izsledoval Hipokrat problem zdravljenja ran? Z empiričnim, kritičnim opazovanjem brez vsake mistične spekulacije, brez vsake metafizike; njegov kirurški empirizem je pravilno lokaliziral problem in na pravo točko, v rano samo, osredotočil vso znanstveno pozornost.

Reakcija srednjeveškega spekulativnega in avtoritativnega racionalizma je tudi v zdravljenju ran onemogočala vsak napredek do Kerna. Po tem mističnem nazoru so iz zemlje puhteči efluviji in mija z me povzročevale infekcijo ran in strahoviti hospitalni prisad (gangraena nosokomialis), ki je kakor kuga praznil oddelke ranjenih in operiranih. Strupeni efluviji so se širili po zraku in prihajali v telo z vdihanim pokvarjenim zrakom. Mistično spekulativna fantazija je zanesla tudi v kirurgijo alkimistično polipragmazijo. Kirurška farmakopeja je razpolagala z bajnim bogastvom naravnost nemogočih in neverjetnih zdravil. Vsako zdravilo je bilo zopet po najrazličnejših vidikih priprave in učinka diferencirano kakor srednjeveška laži-znanost astrologije, alkimije, magije in kabale. V zdravljenju ran so tekmovala skrivnostna mazila, tinkture, balzami, obliži, praški in zelišča. Zdravila so bila učeno razdeljena po skupinah: sušilna, mehčalna, gnojilna, protivnetna, vnetljiva, mesotvorna, raztopljiva in sklopeljiva sredstva. Enako bujno se je udeještovala lokalna polipragmazija: kirurgi so rane vsak dan preobvezovali, izpirali s posebnimi brizgalkami, pazili s šarpijo in predivom, izžigali z razbeljenim železom in vrelim oljem. Lokalno polipragmazijo je prekašala notranja, takozvana *antiflogoz*, s katero so poizkušali od znotraj priti do živega mističnim, po krvi krožečim efluvijem: fantastične dijetne in notranja zdravila, čistila, bljuvala, znojila, mokrila, puščanje krvi, pijavke, fontanele in setaceum (lasna vrhova).

Ta mistična navlaka in plaža je neomejeno in češčeno bohotela tudi na dunajski medicinski fakulteti do l. 1805., ko je bil iz Ljubljane poklican profesor V. Kern, da prevzame stolico praktične kirurgije. Napovedal je brezobziren boj mistični kirurgiji, uvedel zopet Hipokratov empirizem in zaklical: »Poenostavimo, kar se da poenostaviti! Bodimo plodnejši na pravih načelih in manj izdatni na receptih!« Odpravil je komplicirano kirurško terapijo in antiflogozo ter uvedel enostavno metodo odprtega zdravljenja ran (*offene Wundbehandlung*) po Hipokratovem principu: *natura sanat, medicus curat*. Lokalno polipragmazijo je zavrnil, rekoč: »Pustite rajši, da ranjenci za ovitke določeno vino in žganje v zmernih količinah izpijo, posebno tisti, kojih reaktivnost je itak slaba; njih korist je tako zanesljivejša nego pri lokalni uporabi.« Nov duh je zavladal na dunajski medicinski fakulteti z novo Kernovo preprosto in empirično metodo zdravljenja ran. Enako važno je postalo za novi napredek njegovo spoznanje, da je iskati vira infekcije v rani sami, ne v kakem mističnem, po telesu se prelivajočem efluviju. L. 1809. je izdal v francoskem jeziku navodilo za zdravljenje strelnih ran in zapisal:

»Nimamo drugega mazila niti balzama, ki bi ž njim pospešili celitev, nego balzam, ki ga daje priroda sama in nobena lekarna ga nam ne more dati, kajti rana sama je tista, ki si ga priskrbi.«

Kern je spoznal rano samo za vir infekcije, a vzroka samega ni mogel najti. Odkrito je priznaval v tem oziru svojo nevednost in onemoglost, a se tolažil z nado, da se njegovim naslednikom posreči, po njegovi empi-

rični metodi odkriti povzročitelja infekcije. Kljub odličnim operativnim in in pedagoškim uspehom je ostal skromen in naravnost z žalostjo ga je navdajala zavest človeške omejenosti.

Poleg objektivnega Kernovega uspeha ne smemo prezreti subjektivne reakcije v duši njegovih tovarišev-tekmecev. Tudi pri Kernu se je izpolnila psihologija zdravniške kolegijalnosti, ki jo je posnel že stari Rimljan z jedrnato prislovico: *medicus medicum odit, medicus medico lupus!* Kernov revolucionarni in uspešni nastop v kirurgiji je seveda razburil vse reakcionarne, zavistne in nesposobne dušice na dunajski medicinski fakulteti, ki so zahrbtno rovarile in hujskale proti njemu, prezirajoč in omalovažujoč njegove uspehe pri operacijah in poškodbah. In ko se je Kern l. 1824. odpovedal učni stolici, je neki dr. Kilian izdal proti njemu pamflet, poln ogabnih psov in sumničenj, ter slavil Kernov odstop kot najrazveseljivejši dogodek v novejšem času za univerzo. Dodal je nado, da njegov učenec in naslednik Wattmann spet popravi, kar je on zagrešil na kirurgiji, ki je nanel vse moči, »da izpodkoplje temelje poslopju ranarske umetnosti«. Tu je sikal in vikal isti duh grabežljive zavisti in zlobe, ki je pozneje po 37 letih pognal v obup in blaznost Ogra Semmelweisa (1818—65), predhodnika moderne asepse.

Pod Kernovim naslednikom Josipom Wattmannom (1824—48) se je kirurška klinika l. 1841. razdelila in II. kliniko je prevzel profesor Schuh (1841—65). Po Kernovi smrti je zavladal v dunajski kirurgiji spet stari nered in neznanstven, nehuman duh.

Dne 20. avgusta 1867 je prevzel vodstvo dunajske kirurške šole 37-letni profesor Teodor Billroth, bivši asistent B. Langenbecka (1810—87) v Berlinu in doslej profesor kirurške klinike v Zürichu (1860 do 67). Pod Billrothom je zaslovela dunajski kirurška šola po vsem svetu, v nji so iskali pomoči bolniki iz vseh delov sveta in usovarševali svoje znanje kirurgi vseh narodov. Oživela je zopet Kernova empirična metoda odprtega zdravljenja ran. Enakomerno je gojil Billroth kirurško tehniko in znanost, tako da je veljal za prvega kirurga na svetu, ki je l. 1874. izvršil prvo resekcijo grla, osnoval črevesno kirurgijo in l. 1881. z uspehom napravil prvo resekcijo želodca, potem ko sta operacijo preizkusila na psu njegova asistenta Gussenbauer in Winiwarter že v letih 1874—76. Z enakim uspehom se je udeleževal v ginekološki kirurgiji. V središču Billrothovega znanstvenega interesa pa je ostalo vedno zdravljenje ran, z eksaktnimi eksperimenti je dognal pomen pirogenih in flogogenih substanc ter nepobitno dokazal, da je rana sama porta malorum in izhodišče infekcije. Billrothova lokalizacija infekcije je stoprav omogočila antiseptično metodo angleškega kirurga Listera l. 1865. Nemec Billroth je na eni strani položil takorekoč prst na punctum saliens, Francoz Pasteur je na drugi strani odkril bakterije kot splošni vzrok infekcije. Avtomatična, podzavestno sotrudna sinteza obeh ugotovitev je Listeru naravnost vsilila antiseptično zdravljenje ran: 1. diagnostično (bakterije v ranah so vzrok infekcije); 2. terapevtično (preprečiti je treba njih naselitev v ranah). Iz treh korenin je vzniknil odločilni napredek, iz kolaboracije Billrotha, Pasteurja in Listera se je razvila moderna kirurška antisepsa in asepsa, ki je mahoma, v enem skoku za vedno odstranila nevarnost infekcije, najpogubnejše komplikacije vsake rane ter otvorila kirurgiji možnost neomejenega progressa. Kdor se zamisli v to sijajno trozvezdje, njih podzavestno sotrudnost in medsebojno odvisnost, ne more razumeti, zakaj bi se njih krasni in napredni narodi sovražili. S preteklo svetovno vojno je doživela človeška zgodovina vrhunec brutalne grozote, sotrudna

združitev teh treh enako kulturnih narodov v enotni znanstveni in gospodarski organizaciji bi značila vrhunec v napredku plemenite človečnosti. Iz primere predgrškega in srednjeveškega mysticizma z visoko stopnjo sodobne medicine nam postane očitno, kako je baš dunajska kirurška šola s Kern-Billrothovo lokalizacijo infekcije položila prvi temelj moderni aseptični kirurgiji.

Kern-Billrothove proslave ne opravičuje samo razum s tehnično-znanstvenimi zaslugami za kirurgijo, vse intenzivneje in topleje se oglašajo zahteve srca. Ako odmislimo strokovno obeležje in uočimo slavljenca samo od človeške strani, tedaj nam zasiže pravo, zlato jedro njiju osebnosti: *m o š k a z n a č a j n o s t!* Zdravnik in mož-značaj! Lepo se sliši na zunaj ali čita v zgodovini, a v konkretnem življenju in v notranjem, kolegijalnem krogu zveni to včasih — paradokсно. Tu danes ni mogoče podati psihološke in sociološke digresije o posebnosti zdravniškega stanu, zakaj se osebna tekma med njimi zaostruje v brutalni obliki kakor v nobenem drugem stanu in s posebnimi težavami otežuje vsak osebni in strokovni napredek, tako da dvojno tehta vsak zdravniški uspeh. Dolžni smo svoji neizkušeni mladini, da jo pray posebno opozorimo na ta fatalni atribut zdravniškega stanu, ki ga dojema preveč od solnčne strani. Svoj čas je pariška fakulteta iz samih osebnosti postavila *H a r v e y e v o* odkritje krvotoka na indeks in ravnokar smo slišali o nekolegijalni zavisti in zlobi proti Kernu in Semmelweisu. Tudi Billrothu na Dunaju ni bilo poslano z rožicami, zato razumemo njegovo trpko tožbo o bestijalnosti gotovih ljudi. V svojih pismih se ponovno pritožuje o nevidnih, šušljajočih, zato pa tem uspešnejših silah nekolegijalnosti. Poučno in potrebno je tako premišljevanje o trpljenju in preganjanju velikih mož zlasti mladim, sposobnim in stremečim zdravnikom, ker jih dela oprezne ter lajša trpljenje in obupno razpoloženje *sociis dolorum*, da konkretnega izkustva ne vzamejo pretragično in se osobito ne vjamejo v nastavljeno past brezplodne, razburjajoče polemike kakor nesrečni Semmelweis.

Kljub vsem bridkim izkustvom sta ostala Kern in Billroth dobra, velikodušna človeka in kolegijalna, socialno čuteča zdravnika. Anglež *J e n n e r* je l. 1796. izvršil prvo cepitev koz in šele l. 1798. objavil svoje odkritje. Kernu se je smililo trpeče ljudstvo v epidemiji koz in še isto leto je kljub oviram in zasmehovanju uvedel splošno cepljenje koz v Ljubljani. Še bolj pa ga je bolelo žalostno stanje tedanje kirurgije, nevednost in šarlatanstvo tedanjih kirurgov, hospitalni prisad in septična infekcija ran. Spoznal je resnico, potrebo znanstvene kirurške šole, na kateri se naj bi vzgajali dobri kirurgi za vso državo. Energično se je zavzel za dobro idejo in že drugo leto po svojem odhodu iz Ljubljane dne 8. februarja 1807 je izposloval cesarski dekret za ustanovitev operatérškega instituta na dunajski medicinski fakulteti.

Vse te Kernove kreposti so se v Billrothovi, od aktivnosti in fantazije prekipenjajoči osebnosti obnovile v povečanem formatu. Bister in obsežen razum, plemenitost značaja in dobrot srca, estetično dožemanje in uživanje sveta in življenja, neumorna podjetnost in delavnost, vse te vrline so se spajale s čudovito, očarujočo harmonijo v Billrothovi osebi, tako da nam ostane za vedno ideal zdravnika-moža.

Billroth Teodor se je rodil 26. aprila 1829 kot najstarejši sin pastora v mestu Bergen na nekdanjem slovanskem, zdaj pruskem otoku Rujani (Rügen). Njegovo rojstno mesto je ustanovil slovanski knez Jaromar I. l. 1193. Enako sta bila druga dva največja nemška kirurga v 19. veku *L a n g e n b e c k* in *B e r g m a n n* Pomorca (Pommer) in pastorska si-

nova. Billrothova stara mati, rojena Willich (!), je sodelovala kot pevka na berlinski operi, po nji je podedoval izredno glasbeno nadarjenost. V mladosti je kazal izključno veselje do glasbe, ki se je z rednim poukom stopnjevalo od leta do leta. Igral je naravnost virtuosno klavir in cello ter tudi sam komponiral. Na klavirju pridobljena spretnost prstov je priprava njegovo poznejšo tehnično virtuosnost skalpela. Na Dunaju sta mu bila najljubša prijatelja komponist Brahms in glasbeni pisatelj Hanslick, redno se je shajal z njima, prirejal na svojem domu glasbene večere in kvartete, v katerih je sam sodeloval kot čelist. Redno je posečal opere in koncertne prireditve.

Billroth je promoviral v Berlinu l. 1852. in se tu l. 1853. naselil kot praktičen zdravnik, a ni imel v dveh mesecih niti enega pacienta. V tej zapuščenosti je slučajno izvedel za prazno asistentsko mesto na Langenbeckovi kliniki. Prosil je, dobil in ostal Langenbeckov asistent do l. 1860. ko je postal z 31. letom profesor kirurške klinike v Zürichu. Izšolal se je v strogi šoli mikroskopa, bakteriologije (beseda streptococcus je Billrothova) in patološke anatomije. Zgodaj je zaslovel po svoji tehnični spretnosti in znanstvenih delih, zlasti po vodilnem delu nemške kirurgije »Splošna kirurška patologija in terapija« (16. izdaja 1906).

V umetnosti je iskal samo potrebnega odmora in plemenite zabave, svojo glavno in delovno moč je posvečal znanstveni kirurgiji, kirurški kliniki in vzgoji mladih kirurgov. Iz Zürichu ga je izvabila goreča nada, da postavi na bogatem Dunaju vzorno moderno kliniko po lastnih načrtih. A njegov nagon po redu in napredku je doživel tu hudo razočaranje, samo s težavo se mu je posrečilo za silo modernizirati stare, že od Jožefa II. postavljene in od prednika prof. Schuha skrajno zanemarjene prostore. Do zadnjega se je boril za novo kliniko in delal z arhitekti načrte, do smrti je upal, da mu vlada vendar dovoli potrebni kredit. Umrli je z neizpolnjeno nado, še danes 35 let po njegov smrti ni sezidana nova kirurška klinika. Več uspeha je obrodila njegova podjetnost v dveh drugih smereh. V zunanji praksi je živo pogrešal izobraženih posvetnih strežnic. Spoznanje mu je prešlo takoj v dejanje, ustanovil je »Rudolfinerhaus«, šolo za posvetne strežnice z lastno moderno bolnico. Njegovo kolegijalno in socialno čustvo vanje ga je mučilo, ker je dunajsko zdravniško društvo životarilo brez lastnega krova. Njegovi žilavosti se je posrečilo, da je 27. oktobra 1893 slovesno otvoril dunajskim tovarišem lasten zdravniški dom.

Še dve drugi odlični lastnosti občudujemo v Billrothovem značaju. Bil je neizprosno kritičen in česar ni sam eksperimentalno in znanstveno preizkusil, ni maral uvesti na svoji kliniki. Pri tem ga ni motila nesamostojnost drugih zdravnikov, hlastajočih po novostih, da dokažejo občinstvu svojo časovno višino in »nesebično« stremljenje po napredku. Ker je s svojo skrbno izdelano metodo odprtega zdravljenja ran žel tako odlične operative uspehe, da boljših ni mogel pričakovati, se je relativno pozno (1875) in šele po lastni eksperimentalni overitvi odločil za Listerovo antiseptično metodo zaprtega zdravljenja ran, objavljeno prvič l. 1867., potem pa s pravičnim priznanjem brez zavisti za svetovno slavo. Najvišje zadoščenje pa je doživljal Billroth v vzgoji svojih asistentov, prvovrstnih kirurgov in v napredku svoje kirurške šole. Svojim zdravnikom je bil najboljši oče, nikoli ni imel konfliktov z asistenti, mladostno nerodnost in oblastnost je kvitiral z nadmodrim humorjem. S pravo prusko disciplino je navajal mlade zdravnike k znanstvenemu delu ter jim tako razdeljeval naloge, da so od jutra do večera tekmovali na kliniki in v laboratoriju. S posebno ljubeznijo in vnemo se je potrudil, da so najsposobnejši prišli na vodilne kirurške

oddelk ein klinike (Czerny — Freiburg, Eiselsberg — Utrecht, Gussenbauer — Lüttich, Mikulicz — Krakov, Wölfler — Graz). Tako se je razširila in zavladała njegova šola po vsi srednji Evropi. Oboževan od bolnikov, zdravnikov in dijakov je umrl za srčno boleznijo na obali jadranskega morja, v Opatiji dne 6. februarja 1894.

Velika duhotvorna sila žari iz osebnosti Kerna in Billrotha, naša glavna naloga pa ostane, da jima svoje duše udano in široko odpremo ter ju pustimo brez pridržka vplivati na svoj razvoj, da vsak izmed nas poizkuša, postati jima po misli in značaju, če že ne enak, vsaj podoben.

Dr. Fr. Derganc.

Z urološkega pododdelka splošne bolnice v Ljubljani.

Tuberkuloza ledvic.

Dr. Rihard Jug, primarij pododdelka.

A. Patologija.

Tuberkuloza nastopa na ledvicah v dveh oblikah:

- 1.) Kot akutna ali subakutna milijarna tuberkuloza;
- 2.) kot kronična ali takozvana kirurškična tuberkuloza ledvic.

Prva nima nikakega praktičnega pomena, ker njen pojav niti ne pride do pravega izraza v težki sliki splošne oboletosti celega organizma, ki v najkrajšem času brezpogojno vodi do smrti in je torej nedostopna za vsako terapijo.

Toliko važnejša je pa druga oblika, to je kronična ali kirurškična tuberkuloza ledvic.

Radi popolnosti moram še omeniti, da more tuberkuloza, kakor vsak drug kroničen infekt organizma, povzročiti na ledvicah različne vnetljivo in kronično sklerotične izpremembe, ki pa ne kažejo za tuberkulozo nič karakterističnega, ter se radi tega prištevajo skupini kroničnih nefritid.

*

Tuberkuloza ledvic — kakor hočemo nadalje kratko nazivati kronično ali tako zvano kirurškično tuberkulozo ledvic — se manifestira na ledvicah po treh tipičnih pojavih: 1.) po posameznih večjih in manjših konglomeratih tuberkulov, ki v kratkem času sirasto razpadejo in se izpremene v šupljine, napolnjene s sečjo, gnojem in sirastim detritom: kavernozna oblika tuberkuloze; 2.) po konglomeratih tuberkulov, vsepovsod razsejanih čez ledvico, a brez vsake tendence k sirastemu razpadanju: nodozna oblika tuberkuloze; 3.) po čirih ali ulceracijah na papilah ledvic: ulcerozna oblika tuberkuloze. Razume se, da se te tri oblike često in celo običajno kombinirajo.

Tuberkulozna infekcija ledvic se vrši izključno samo potom krvnega obtoka (hematogeno) in ima za predpogoj lokalizacijo tuberkuloze v kakem drugem organu telesa, na pr. na pljučih, na kosteh itd. Ni pa potrebno, da je to primarno ognjišče še vedno aktivno; tudi iz starih, otrdelih in poapnelih tuberkuloznih brazgotin — ako le še vsebujejo živi tuberkulozni virus — se ta lahko izloči v krvni obtok ter se potem naseli v ledvicah.

Skoro vedno oboli prvotno samo ena ledvica. Zakaj, to ni še z gotovostjo dognano. Vse več ali manj duhovite teorije ne zadovoljujejo.

Iz ledvice se razširi tuberkuloza v pravcu navzdol, torej najprej na kelihe in kotlico, potem na ureter in naposled na mehur. To dejstvo, ugotovljeno s pomočjo modernih metod preiskave, stoji v direktnem nasprotju s staro domnevo, ki je tako dolgo prevladovala in onemogočala vsako smotreno zdravljenje te bolezni, domnevo namreč, da tuberkuloza ledvic predstavlja samo zadnjo etapo procesa, ki začenja v mehurju vsled infekcije od zunaj, in ki se iz mehurja počasi vzpenja navzgor to je na ureter, na kotlico, kelihe in naposled ledvico. Da je ta teorija tako dolgo neoporečno gospodovala, sta krivi dve činjenici: 1.) klinično obeležje bolezni, ki začne običajno bolniku delati težave najprej od strani mehurja; 2.) patološko anatomsko lokalizacija procesa, ki se navadno kaže prvotno na papilah in na mozgu ledvic, nasprotno z milijarno tuberkulozo, ki se javlja osobito in pretežno na skorji ledvic.

Šele cistoskopija in z njo združeno katetriziranje ureterjev je izčistilo tozadevne pojme ter pokazalo, da oboli vedno obist pred mehurjem in da oboli mehur običajno najprej na strani bolne obisti in v okolici bolnega ureterja. Da je ta ugotovitev postavila terapijo te bolezni na popolnoma drugo osnovo, je umevno.

Tekom časa preide tuberkuloza lahko z ene ledvice na drugo in sicer zopet navadno potom krvotoka (hematogeno), mogoče izjemoma tudi enkrat — a to niti dokazano ni — potom vzpenjanja iz bolnega mehurja na zdravi ureter in iz tega vsled retrogradne paristaltike navzgor na zdravo ledvico (ascendujoča oblika).

Tudi okolica bolne ledvice se udeleži prej ali slej boleznega procesa. Capsula fibrosa in capsula adiposa degenerirajo, zarastejo med seboj ter se izpremene v trde fibrolipomatozne kožulje, ki večkrat vsebujejo tudi tuberkule ali celo abscese. Naposled preide proces tudi lahko na sosedne organe: debelo črevo, duodenum itd. Stvar postaja vedno bolj zamotana.

B. Klinična slika.

Tuberkuloza ledvic povzroča splošne in lokalne simptome. Med prve mi je naštet: malokrvnost, obče telesno propadanje in slabenje, inapetenco, znojenje itd. torej znake, kakor se pojavljajo tudi pri tuberkulozi na drugih organih. Pripomniti pa moram, da vsak teh simptomov lahko tudi izostane. Zlasti se ne sme ničesa sklepati iz dejstva, da pacient mogoče dobro izgleda. Tudi vzlic naravnost cvetočemu splošnemu telesnemu stanju obstoji lahko težka tuberkuloza ledvic. Lokalni simptomi pa se v pretežnem številu slučajev manifestirajo najprej od strani mehurja. Osobito opozori bolnika najprej okolnost, da mora češče mokriti, češče in pa tudi obilneje nego po navadi (pollakisuria et polyuria) in sicer po dnevu in po noči. Mokrenje postane s časom mučno in zadobi značaj boleznega tenezma (ischuria et stranguria). Bolnik ima občutek, kakor da bi po vsakem mokrenju še nekaj zaostalo v mehurju. Vode ne more več zadržavati; ko se javi potreba, mora takoj slušati, sicer mu voda uide. Te tegobe od strani mehurja že lahko nastopijo, predno se bolezen razširi na mehur sam ter se dajo razložiti kot reflektorično draženje mehurja od strani bolne ledvice in od strani patoloških sekretov, ki se iztekajo iz bolne ledvice v mehur.

Seč postane kalna, večkrat več ali manj krvava ter vsebuje vedno vsaj v sledovih albumen. V sedimentu dobimo vedno gnojna in pa rudeča krvna telesa (leukocite in eritrocite). Ako se potrudimo sedimentirati večjo množino urine (od več dni) in sediment pripravimo z antiformi-

nom, posrečilo se nam bode večinoma najti tudi Köchove bacile (pyuria, haematuria, bakteriuria). S tem je z vso gotovostjo postavljena diagnoza in sicer: »tuberkuloza urogenitalnega sistema, najbrže ledvic.« To je pa tudi vse, kar zamore praktični zdravnik nespecijalist ugotoviti in dognati. Vse drugo spada v področje urologa - kirurga, kakor bomo pozneje videli.

Bolečine v bolni obisti in pa bolečine v zaledju na bolni strani so redke in tudi nezanesljive za lokalizacijo bolezni. Lahko in večkrat se namreč pokažejo celo na nasprotni, torej zdravi strani. Isto je reči tudi glede otekline (tumorja) bolne ledvice; tudi ta lahko nastopi v zdravi ledvici nasprotne strani kot izraz kompenzatorične hipertrofije zdrave ledvice radi izpada funkcije bolnega organa.

Vsi ti navedeni simptomi, dasi vsak posamezen za se nezanesljiv, morali bi vendar v svoji skupnosti priversti vsakega praktičnega zdravnika na pravo pot, zlasti ako pazi še na družinsko in individualno anamnezo primera in ako upošteva eventualno manifestacijo tuberkuloze na drugih organih: pljuča, kosti, moda, prostata. Dovolj je za praktičnega zdravnika, ako na to bolezen vsaj misli in da sumljive slučaje dirigira na kompetentno mesto, to je v roke urologa-kirurga. S tem je svojo nalogo popolnoma rešil. Urolog pa lahko s pomočjo cistoskopije in kateterizma ureterjev v najkrajšem času razjasni celo zadevo, postavi točno diagnozo tudi glede lokalizacije in s tem indicira tudi edino pravilno in smotreno terapijo. Kako pa doseže urolog vse to?

Že pri izpiranju mehurja mu pade v oči, da se mehur ne da napolniti. Njegova kapaciteta je zmanjšana, na poizkus, s silo raztegniti mehur, reagira bolnik z bolečim tenezmom in s krči v mehurju. Ko uvede v mehur cistoskop, vidi takoj na sluznici mehurja različne vnetne (cistitične) izpremembe v obliki marogastih ali pa bolj difuzno razprostranjenih lis. Sluznica je na teh mestih hiperemična, rdeča, otekla in zrahljana, edematozna. Večkrat se dobijo tudi tipični tuberkuli v obliki za proseno zrno velikih, v gručah stoječih, sivkasto rumenih bunčic, obdanih z rdečim vnetim dvorom. Vsled nekroze takih tuberkulov nastanejo v poznejših štadijih zelo pogosto čiri (ulcera), ki jim odgovarjajo po obliki in velikosti, počasi med seboj konfluirajo ter se širijo v globino in v širino, tako da rezultirajo nazadnje iz njih različno globoke in različno figurirane razjede (ulcera), ki na vse strani razjedajo mehur. Zelo često vidimo na sluznici večje in manjše hemoragije v obliki krvavih lis. Vneta sluznica kakor tudi čiri producirajo fibrinozen eksudat, ki v obliki malih kosmičev flotira po vsebini mehurja ali pa pokriva sluznico samo tako, da je večkrat zelo težko izprati mehur. Vsi ti cistitični pojavi pa so — in to je patognomonično največje važnosti — skoro vedno več ali manj opredeljeni samo na eno stran mehurja in v okolico enega ureterja. Če si ustje tega ureterja natančneje ogledamo, vidimo tudi na njem neprozorne znake bolezni. Ustje je oteklo, edematožno, zeva in je v obče drugače oblikovano nego zdravo. Večkrat stoji tudi višje vsled skrčenja infiltriranega ureterja. V okolici bolnega ureterja vidimo mehurčast edem (oedema bullosum), ki je mogoče celo tako razvit, da popolnoma zakriva ustje. Če primerjamo ustji obeh ureterjev, vidimo iz zdravega brizgati v presledkih čisto urino, a iz bolnega kalno urino in sicer ne v tako povdarjenih ritmihi, ker je peristaltika bolnega ureterja slabejša in neredna. Sedaj katetriziramo skozi cistoskop oba ureterja z zato določenimi kateterji, na kar dobimo skozi kateter iz zdrave ledvice čisto prozorno, rjavo barvano seč,

a iz bolne ledvice kalno, zato pa vodeno svetlo seč, brez vsake barve, a v večji množini (polyuria) nego iz zdrave. Na to dobi bolnik intramuskularno (ali intravenozno) injekcijo indigo-karminove raztopine. V urini zdrave ledvice se pokaže modrilo že čez 7 minut ter se naglo koncentrira do temno modre barve, dočim ostane seč bolne obisti dolgo časa brez sledu barvila in ako se pokaže, ostane barvilo samo v slabih sledovih naznačeno. S tem je dokazano, da parenhim bolne ledvice slabo deluje. Dobimo li v urini bolne ledvice razen gnoja in krvnih telesč še Kochove bacile, potem je primer znanstveno izčrpno in popolnoma dijagnostificiran. Po mojih izkustvih pa v večini primerov bakterijoška preiskava niti potrebna ni, ker zadostuje že klinična analiza in cistoskopija za ugotovitev dijagnoze.

Seveda, vedno ne gre tako gladko. Ako je mehur tako težko bolan in skrčen, da ne sprejme niti 50 cm³ tekočine, potem se neha vsako cistoskopiranje. Ako sta obe ledvici bolni, ako sta ureterja zakrita z buloznim edenom, postane cistoskopija zelo težka in nevhvaležna. Človek si pomaga z narkozo ali lumbalno anestezijo, da forsira cistoskopijo. Tudi palpacija ureterjev per rectum ali per vaginam in pa masaža ledvic nam časi služi za površno orijentacijo. Ako tipljemo na eni strani ureter boleč in infiltriran, govori to za bolno stran, isto tako, ako se pri masaži ene ledvice pokaže v seči gnoj. Vse to so pa samo bedni pripomočki v primeri s cistoskopijo, ki nam pokaže ne samo, katera ledvica je bolna, temveč zajedno tudi, ali je druga ledvica zdrava. Razume se, ako je v poznejšem štadiju vsled zastajanja gnoja v bolni ledvici ali vsled soudeležbe ledvične okolice nastal velik tumor, potem postane stvar zopet jednostavnejša, za to pa tudi prognoza slabša.

C. Prognoza.

Potek tuberkuloze ledvic je precej jednoličen. Od prvega početka se stopnjujejo težave vedno bolj in bolj, mokrenje je vedno pogostejše in mučnejše, bolečine vedno hujše. Ubogi bolnik nima miru ne ponoči ne po dnevu, mora končno vsakih 15 ali 10 minut puščati vodo med hudim trpljenjem. Vsled tega izgubi ponočni mir in apetit in rapidno propada, dokler ga ne reši tega mučeništva smrt po milijarni tuberkulozi, tuberkulozni meningiti, splošni amyloidosi ali uraemiji. Kakopak se bolezen lahko vleče skozi leta, kakor je to pričakovati pri njenem kroničnem značaju. Toda 60 odstotkov bolnikov podleže že tekom prvih 5 let, malo jih živi do 10, posamezni tudi še več let. Izjemoma se opažajo tudi primeri ko nastopijo remisije, ko se stvar tudi brez operacije okrene na bolje, ko se pacient tudi brez operacije iznova poživí in popravi. Zgodi se to potom tako zvane »autonephrektomije« na ta način, da obliterira in se zamaši ureter ali kotlica bolne obisti. Gnoj in patološki sekreti se ne odcejajo več v mehur. Draženje mehurja poneha, mehur se pomiri, popravi ali celo ozdravi ravno tako, kakor se to opazuje po kirurški nephrektomiji. Pacient nima več težav, lahko zopet spi in dobi apetit. Vendar je to ozdravljenje samo nepopolno. Tuberkulozni proces na ledvici gre svojo pot dalje, dokler ne uniči popolnoma njenega parenhima. Tako ostane od ledvice samo še nekak mehur, napolnjen s sirastimi tvarinami, ki se vsled usahle sekrecije od strani razdejanega parenhima zgostijo, posuše in s časom izpremene v maltasto kašo. V tej kaši pa ostanejo še živi tuberkulozni bacili, ki toksično neugodno delujejo na organizem in s svojo prisotnostjo stalno ogrožajo drugo ledvico in druge organe telesa. Izlečenja v zmislu brazgotine (Vernarbung), kakor se opaža čisto pri pljučni jetiki, pri tuber-

kulozi ledvic pa ni pričakovati. V celi svetovni literaturi je znano samo nekaj primerov, ki so klinično tudi brez operacije popolnoma ozdraveli, toda samo klinično. Patološko-anatomske izkazanih popolnih ozdravljenj pa sploh ni.

Tudi jaz vodim v svoji evidenci en tak primer. Gre za mladega človeka, pri katerem sem pred 5½ leti cistoskopično in bakterijološko z vso gotovostjo konstatiral tuberkulozo leve ledvice. Žal je bila takrat tudi druga ledvica nekoliko bolna (toda ne tuberkulozna). Radi tega se nisem apal izvršiti operacije iz strahu, da ne bi po operaciji druga ledvica odpovedala. Poslal sem ga domov s primernimi navodili, misleč, da je izgubljen. V moje veliko presenečenje pa se je na to stvar popravila, bolečine so popustile, urina se je izčistila, bolnik se je zredil v nekoliko mesecih za 8 kg. Videl sem ga zadnjikrat pred 2 mesecema. Počuti se dobro in seč je popolnoma v redu. Toda leva ledvica, katero sem takrat spoznal za bolno, je med tem časom še bolj otekla in predstavlja sedaj izdaten, tipljiv tumor. Ledvico je torej smatrati kot bolj bolno nego pred petimi in pol leta. Pacient sam vidi, da to ni v redu in da bode enkrat treba ukreniti nekaj radikalnega.

D. Terapija.

Že iz mojih dosedanjih izvajanj se da posneti, da more biti uspešna terapija samo kirurgična, obstoječa v nephrektomiji, to je v radikalni odstranitvi bolnega organa, eventualno z bolnim ureterjem vred. Poizkusi s parcijalnimi resekcijami bolnih delov ledvice se niso obnesli, ker med operacijo ni mogoče določiti, kako daleč sega bolesten proces. Razne konservativne kure, bodisi v klimatičnih zdraviliščih, bodisi s helioterapijo ali z rentgenom, bodisi z raznimi specifičnimi sredstvi ali tuberkulini, ali pa z drugimi medikamenti, vse to ni v stanu korenito izlečiti bolnega organa in pacientu trajno pomagati, ampak kvečjemu za nekaj časa olajšati težave. Uspehi operativne nefrektomije pa so direktno dobri. Kar meni kot zdravniku najbolj imponira in me vsakikrat najbolj razveseli, je dejstvo, da takoj po operaciji, komaj se je pomiril operativni šok, popuste silno mučni tenezmi od strani mehurja. Spominjam se mnogih bolnikov, pravih mučnikov, ki so morali noč in dan vsake ¼ ure in še češče puščati vodo. Tri, štiri dni po operaciji pa so mi izjavili, da lahko drže vodo po več ur. Bolniki pridejo zopet k miru, začnejo jesti ter se v kratkem času zrede. Tudi trajni uspehi operacije so dosti razveseljivi. Po raznih statistikah se našteva do 60 % popolnih ozdravljenj. Ako se pa vzamejo v poštev samo v početnem štadiju brez komplikacij operirani primeri, celo 80—90 odstotkov. Silno seveda poslabšajo prognozo operacije komplikacije s tuberkulozo na drugih organih, na pljučih, spolovilih itd. Vzlic temu pa so v zadnjem času vsi urologi enega mnenja, namreč, da se ne sme pri stavljanju indikacije za nefrektomijo radi tuberkuloze ledvice preozkorsno izbirati. Splošno se priznavajo samo sledeče kontraindikacije: 1.) tuberkuloza obeh ledvic; 2.) brzo progredientna tuberkuloza pljuč; 3.) tako slabo splošno telesno stanje, da ni pričakovati, da bi pacient operacijo prenesel. Vse drugo se lahko operira z namenom in z zavestjo, da se bolniku vsaj olajša trpljenje, ako mu že ni mogoče trajno pomagati. A trpljenje lajšati, to je zdravnikova brezdvomna in neoporečna dolžnost.

Na kirurgičnem oddelku splošne bolnice v Ljubljani obstoi že od dne 1. novembra 1922 dalje urološki pododdelek za bolezní uropoetičnega sistema. V tem času je bilo na pododdelek sprejeto 73 bolnikov radi tuberkuloze ledvic. Od teh 73 bolnikov je bilo 49 operiranih (nephrektomiranih),

a drugi so zapustili bolnico neoperirani, bodisi ker so bili za operacijo preslabi, bodisi ker sta bili obe ledvici bolni, večinoma pa, ker se niso mogli odločiti za operacijo. Od 49 operiranih je umrla ena bolnica 4 ure po operaciji na operativnem šoku, a ena bolnica tri tedne po operaciji na sepsi vsled težkega decubitusa. Tretja bolnica je zapustila bolnico 8 dni po operaciji tako slaba, da je gotovo kratko na to doma umrla, a četrti operirani bolnik je umrl šest tednov po operaciji na II. oddelku, kamor je bil premeščen zaradi težke krvavitve iz pljuč. Omeniti moram takoj, da so bili vsi ti štirje bolniki operirani v skrajno desolatnem stanju. Vseh drugih 45 operiranih pa je bilo odpuščenih iz bolnice najmanj z zelo izboljšanim stanjem. Imel sem med njimi tudi zelo težke in zanemarijene primere, ki so se vzlic temu izvrstno posrečili. Med temi navajam zlasti neko 20 letno dekle M. Kl. iz Karlovca. Imela je velikanski tuberkulozen tumor desne ledvice in pa tuberkulozo mehurja. Pri operaciji se je pokazalo, da se je bil razširil tuberkulozni proces tudi že na colon ascendens. Ko sem z veliko težavo odstranil silni tumor ledvice, opazil sem, da iz debelega črevesa, ki je bilo na tem mestu prilično v obsegu 5 cm tuberkulozno infiltrirano in tudi že perforirano, uhajajo črevesni plini. Ni mi ostalo drugega, nega resekirati še colon ascendens v dolžini 8 cm ter sešiti oba konca črevesa end to end. Po operaciji je skozi rano par dni uhajalo blato. Nato je bolnica obolela dvakrat na erisipelu. Toda kljub vsem tem peripetijam je zapustila bolnico dva meseca po operaciji zdrava in naravnost vzcvetela.

Pred letom dni sem nefrektomiral radi tuberkuloze ledvic dva pacienta z zelo težko, obojestransko kavernožno tuberkulozo pljuč. Oba sta operacijo dobro prenesla ter sta zapustila jako izboljšana bolnico in še vedno živita.

Omenil sem že, da se po nefrektomiji izleči tudi tuberkuloza mehurja žal ne vedno, toda vsaj v $\frac{2}{3}$ primerov. Ker je drugače smatrati to strašno bolezen za neozdravljivo in smo proti njej skoro brez vsake moči, beležiti je to dejstvo gotovo kot največji blagor operacije. Imel sem priliko, pacienta, ki sem ga operiral radi tuberkuloze ledvice, komplicirane s skrajno težko ulcerozno tuberkulozo mehurja, ponovno cistoskopirati eno leto po operaciji. Našel sem, da se je v tem času mehur popolnoma izlečil in nisem mogel ugotoviti v njem niti sledi prejšnje bolezni. Spominjam se tudi nekega primera pri prof. Nicolich-u v Trstu, pri katerem je tekom enega leta po nefrektomiji izginila tuberkuloza mehurja, prostate in obmodka. Umevno, saj so vendar vse te komplikacije samo sekundarne in odvisne od prvotnega ognjišča v ledvici.

Ne dvomim pa, da leži pod zemljo marsikdo od mojih operiranih tudi razen navedenih letalnih slučajev. Iz umevnih vzrokov mi ni mogoče zasledovati nadaljnjo usodo vseh operiranih. Imam pa v svoji evidenci dovoljno število operiranih, ki se sedaj — že več let po operaciji — dobro počutijo. Zato sem prišel na osnovi lastnihkušenj in lastnih opazovanj do prepričanja, da je treba tuberkulozo ledvic operirati, ako le mogoče in tudi pod sicer neugodnimi prilikami.

Seveda bodo operativni uspehi mnogo boljši, ako se bodo bolniki operirali v začetnem stadiju, ko ledvica še ni otekla, ko še ni z okolico zarasla, ko je operacija še več ali manj lahka, in ko je pacient še v dobrem splošnem stanju. Zato je dolžnost vsakega zdravnika, da take bolnike, pri katerih sumi tuberkulozo ledvic, pravočasno odpravi v bolnico. Tuberkuloza ledvic ni redka bolezen, pač pa jo praktični zdravniki žal slabo poznajo in mnogo premalo nanjo mislijo. Vedno in vedno čujem od svojih

bolnikov, da so skozi leta tekali od enega zdravnika do drugega, da jih je ta zdravil za kronično gonorejo, drugi za vnetjem ledvic, tretji za katarjem mehurja itd., a vsi skupaj popolnoma jednotno in jednako, to je brez vsakega uspeha. S tem se izgubi mnogo dragega časa, in dogaja se, da prihajajo pacienti skoro umirajoči v bolnico. Da se to ne bode več dogajalo, polagam vsem kolegom, ki se bavijo s prakso, na srce sledeče besede mojega prvega učitelja na tem polju prof. Nicolich-a v Trstu, — besede, s katerimi začenja svojo monografijo o tuberkulozi ledvic, namreč: »Ako pride pacient k Vam, ter se Vam toži, da mora v zadnjem času bolj pogosto urinirati, nego je bil prej vaju, ako dobite, da je njegova urina kalna, in se to ne da drugače razlagati, potem mislite na tuberkulozo ledvic.« Ako se bodo zdravniki ravnali po teh navodilih, rešilo se bode marsikatero mlado življenje, kajti tuberkuloza ledvic je bolezen pretežno mladih let.

Sedaj pa še nekaj pro domo!

Pregledal sem vse operacijske protokole kirurškega oddelka splošne bolnice v Ljubljani od leta 1898 pa do leta 1922, torej za dobo 25 let. V vsem tem času sem dobil v protokolih zabeleženih samo 7 operacij na ledvicah, a med temi 3 nefrektomije radi tuberkuloze ledvice. Na sedaj obstoječem urološkem pododdelku pa sem izvršil samo lani, tekom leta 1928, šest in dvajset nefrektomij, a med temi 19 radi tuberkuloze. Kako se to razlaga? Deloma iz izpremenjenih poveljnih razmer, kajti mnogo bolnikov je imelo prej ugodno priliko, iskati pomoči pri tujerodnih specialistih, deloma iz dejstva, da se je splošno število bolnikov pomnožilo skoro za polovico. Največ pa iz napredka znanstvene urologije, ki potrebuje za preiskavo vsakega urološkega pacienta po več ur. Doslej pa takih izključno z urologijo se bavečih specialistov pri nas ni bilo. Od primarijev kirurgov, ki jim je splošna kirurgija izčrpala ves službeni čas, ni bilo mogoče zahtevati takega specialnega lečenja. Brez ozira na to, da dandanes noben zdravnik ne more biti specialist za vse stroke. Po splošnem zakonu se pač vsaka stroka polagoma razvija, tako tudi kirurgija, od katere se organsko diferencirajo in odcepljajo specialne stroke, na pr. kirurgija za ženske bolezni, kirurgija za nos, ušesa, grlo, ortopedija, na posled tudi urologija. Ta normalni razvoj se je izvršil tudi pri nas, po sili razmer se je ustanovil na kirurškem oddelku urološki pododdelek, čigar število bolnikov in operacij je v par letih tako naraslo, da je nastopila že druga faza razvoja, nujna faza popolne osamosvojitve pododdelka. Nastopila je nujna potreba ustanovitve samostojnega urološkega oddelka z lastno upravo in osebjem (strežništvo, asistent in pomožni zdravniki), potreba centralnega urološkega oddelka za vso Slovenijo.

Prof. Dr. Vinko Kern.

(K stoletnici njegove smrti.)

Dr. Ivan Pintar.

Rojen je bil Kern v Gradcu 20. jan. 1760. kot sin tja priseljenega malega uradnika. Na ta način ni njegovo poreklo popolnoma jasno. Upravičena pa je domneva, da izhaja iz rodu Kernov, ki so že stoletja stalno naseljeni v okolici Kranja in od katerih je ena veja že tudi nekaj stoletij naseljena v Ljubljani; zaradi tega ga moramo pač smatrati kot našega rojaka. Za njegovo slovensko poreklo govori trditev prof. dr. Edvarda

Alberta, ki je kot predstojnik kirurg. klinike na Dunaju vedno slovenskim slušateljem navajal Kerna kot njihovega rojaka in jim ga stavil kot vzgled.

Kernova mladost je bila precej trnjeva. Po dovršeni srednji šoli v Gradcu je vstopil kot vajenec v ranocelniško officino, ker ni imel sredstev za brezskrben študij. Študiral je v veliki bedi in služil kot ranarniški pomočnik v Trstu, Salzburgu in Benetkah. Deloma si je pridobival denar tudi s tem, da je sprémil bolne aristokrate na potovanjih in v toplice. Če je pri tem vsaj patronat kirurgije dosegel, ni znano. Vsekakor ni bila to najboljša in najbolj direktna pot k poznejši profesuri. Žalostne življenjske prilike so tedaj Kerna začasno strle in ga dovedle do pijančevanja, ki bi lahko postalo zanj končna usoda. Z velikim naporom energije se je Kern alkoholizma otresel in nadaljeval študije, tako ni postal zapit »padar« v malem selišču. Leta 1784. je postal na Dunaju magister chirurgiae et obstetriciae, l. 1789. je dosegel ravnotam kirurški doktorat.

Služil je potem nekaj let na dunajskih bolnicah in na dunajski gluhonemnici, l. 1797. pa je bil imenovan za prof. kirurgije in porodništva na ljubljanskem liceju. Tu je deloval osem let. Tekom svoje ljubljanske dobe je pridobil 1799. še od dunajske fakultete doktorat medicine in v l. 1803. je napravil študijsko potovanje v Benetke. Namen tega potovanja je bil osebni stik z znanim urologom Payolo.

L. 1805. je bil pozvan na Dunaj kot prof. praktične kirurgije in je postal istočasno osebni kirurg cesarja Franca. Tedaj je postal važen reformator v medicinskem študiju, ustanovil posebno knjižnico na klinikah in ustanovil znani »k. k. Operateur-Institut«, iz katerega so izšli v 20. stoletju skoraj vsi pomembnejši kirurgi. Sodobni znanstveni svet ga je počastil s sprejemom v številne akademije: Paris, Neapel, Stockholm, Vilna, Erlangen, Erfurt, kar je bilo v Metternichovi dobi dosti bolj komplcirano, kakor dunajska odlikovanja: podvojitev plače (1807.), naslov cesarskega svetnika (1815.), viteški križ Leopoldovega reda (1824.), podelitev naslova podravnatelja med. študija in umirovljenje z naredbo, da ostanejo njegovi prejemki nezmanjšani (1824.).

Umrli je na Dunaju 16. IV. 1829.

Kernovo delovanje je mnogostranske važnosti. Najvažnejša je njegova reforma glede ravnanja z rano. V tem je Kern svetovnega pomena. Kern povdarja, da moramo smatrati rano kot mehaničen proces. Celota tkiva je mehanično prekinjena in cilj zdravljenja je, da se razdrta vez zopet vzpostavi. Lepljiv obliž, ali pa še boljše šiv je za to prvi pogoj. Ločene dele tkiva je treba zopet združiti in ohraniti v tem stanju. Zato mora tudi rana mir imeti in ne smemo menjati obveze, če nimamo za to važnega vzroka. Veliko važnost daje Kern škodljivosti atmosferskega zraka in zato zahteva, da naj event. potrebna izmenjava obveze kar le mogoče malo časa traja. Za izpiranje rane uporablja mlačno vodo. Nečiste rane in rane vsled zmečkanine, ugriza in slično loči Kern od ran, katere označuje kot čiste. Tudi pri teh svari pred polipragmazijo. Izmiivanje z mlačno vodo, brez otiranja in obveza; prvotno je uporabljal pukanico s surovim maslom, pozneje platneno krpo, namočeno v olju ali celo le v mlačni vodi. Tudi pri gnojnih ranah ne menja obveze drugače, kakor če pronicajo sekreti skozi celo obvezo, ali če se pojavi smrad. Najsmelejša novotarija je bil njegov nastop proti antiphlogosii. Puščanje, pijavke, laxantia in tudi oslabujočo dijetlo je označil kot nepotrebne.

V drugi vrsti moramo vpoštevati Kernova urološka dela. Še kot profesor v Ljubljani je napravil študijsko potovanje v Benetke. Operativno tehniko za odstranitev kamena, kakor jo v svoji »Steinbeschwerden der

Harnblase« opisuje in s podobami tolmači, je razvil že v Ljubljani, kjer imamo še danes večino njegovih tipičnih instrumentov ohranjenih. Sicer s svojimi urološkimi deli ni bil tako epohalen, kakor z nazori o ravnanju z rano, prodl je pa s temi tudi na številne fakultete. Mogoče še lažje in z veliko manj oporekanja. Pri operacijah kamna je imel 3 % mortalitete.

Njegove nazore o vrednosti žarečega železa je v novejšem času prof. dr. Bier v Berlinu zopet poživil. Za Kerna je bil ferrum candens naravna posledica njegovih nazorov o rani. Nadalje je Kern tudi govoril o vrednosti telesne vzgoje. Kar je tozadevno povdal, mu je najmanj ljudi verjelo; res je bilo pa vendarle.

Dunajski fakulteti posebej je ustanovil Kern zavod za vzgajanje operaterjev. Zavod je ostal bistveno, kakor ga je Kern ustanovil, ter je obstojal dalje tudi po ustanovitvi 2. kirurg. klinike. Bistveno spremenjen še do danes ni. Pod Kernovim vodstvom so bili med drugimi gojenci tega zavoda sledeči: mg. chir. et obstet., dr. h. c. Ivan Nep. K ö m m, poznejši za razvoj solidnega babištva na Slov. Štajerskem zelo pomembni prof. porodništva v Gradcu (gojenec 1807—09); dr. v. W a t t m a n n, Kernov naslednik na Dunaju, nekaj časa tudi prof. v Ljubljani (1809—11); mg. Ivan M a t o s h e k, poznejši pomembni učitelj porodništva v Ljubljani (1813—15); dr. Fran F i c k e l s c h e r e r v. L ö w e n e c k, poznejši prof. kir. v Ljubljani in na Dunaju; dr. Leopold N a t h a n, poznejši prof. kir. v Ljubljani (oba 1815—17); dr. Jože K n o c, poznejši protomedikus nižje-avstrijski (1819—21) in dr. Rafael Ferdinand H u z i j a n, poznejši prof. porodništva na Dunaju (1821—23).

Kern pa ni samo kot kirurg velikega pomena. To velja za nas Slovence posebej. Kot dober zdravnik v obče je Kern v prvih letih francoskih vojn posebno občutil usodno zvezo med vojno in epidemijo. Izvedel je pa tudi takoj iz prvega vira, da ima zdravniška znanost za eno najhujših in posebno naraščaju nevarnih epidemij, za koze, zelo uspešno sredstvo na razpolago. Hitra in učinkovita uvedba vakcinacije med našim narodom je v prvi vrsti Kernovo delo. S prvimi, v malem obsegu narejenimi poizkusi Kern ni imel sreče. Tako mu je umrl celo sin-edinec na pravi varioli 12. V. 1801. en dan pred dohodom posebnega kurirja, ki je prinašal z Dunaja novo cepivo v večji množini. To je dalo ljubljanskim obrekovalcem priliko, da so agitirali proti vakcinaciji z neresničnim argumentom in cepljenje samo predočevali kot smrtni vzrok pri Kernovem sinu. Prvo cepivo, s katerim ni imel uspeha, je dobil Kern iz Celovca. Rudniški fizik v Idriji, dr. Blaž Hafner ga je pa že tedaj dobil z Dunaja in je cepil z uspehom. Po Kernovi agitaciji so pa bili že skoro vsi zdravniki in ranarniki prepričani ter jim ni bilo več treba idrijskih prvih uspehov kot dokaz. Agitacija proti cepljenju je naletela na trdno fronto vseh zdravnikov in ranarnikov, ni imela že v začetku posebnega uspeha ter je kmalu utihnila. Samo med ljubljanskimi homeopati je še nekaj časa životarilo prepričanje o škodljivosti vakcinacije.

Tako je Kern zaradi svojega znanstvenega stališča, zaradi vpliva na razvoj in napredek stroke, zaradi svojega mojsterskega delovanja naš najodličnejši reprezentant pred svetom.

Kot plodovit medicinski pisatelj je obogatil Kern znanstveno literaturo s celo vrsto učenih in originalnih del. Številni mali članki, ki so izšli v »Medizinische Jahrbücher des k. k. österr. Staates«, vsebujejo predloge o organizaciji sanitetne uprave in nekaj kratkih med. bibliografskih poročil. Znanstvenega pomena nimajo in tudi avtorstvo se v navedenem časopisu ne da vedno dognati. Zato naštevanje nima zmisla. V letih

1830—31 na Dunaju izdane »Vorlesungen aus der praktischen Chirurgie«, so najbrž prvotno Kernovo delo, in je Hussian* le končni redaktor in izdajatelj rokopisa, ki mu ga je učitelj zapustil.

Kernova dela:

- 1.) Erinnerungen über die Einführung der Blattern - Einimpfung im Herzogtume Krian. (Ljubljana, 1798.)
- 2.) Aufruf an die Bewohner Krains zur allgemeinen Annahme der Kuhpocken. (Ljubljana, 1798; slovenski prevod od V. Vodnika v »Lublanski Novizah« istega leta.)
- 3.) Bemerkungen über den Gebrauch der Bäder. (Ljubljana, 1802.)
- 4.) Lehrsätze aus dem manuellen Theile der Heilkunde. (Ljubljana, 1803.)
- 5.) Antrittsrede bei Eröffnung des Lehramtes an der hohen Schule zu Wien im J. 1805.
- 6.) Annalen der chirurgischen Klinik an der hohen Schule zu Wien. (2 dela, Dunaj 1807—09.)
- 7.) Avis aux Chirurgiens pour les engager à adopter une methode plus simple, plus naturelle et moins dispendieuse dans le pansament des bléssés. (Dunaj 1809; 2. izdaja 1825; nemški prevod: Stuttgart 1810.)
- 8.) Rede über den Werth und die Wichtigkeit der physischen Erziehung. Dunaj, 1811.)
- 9.) Ueber die Handlungsweise bei der Absetzung der Glieder. (Dunaj, 1814; 2. izdaja 1826; italijanski prevod: Dunaj 1820. c. f.)
- 10.) Bemerkungen über die neue von Civiale und Le Roy verübte Methode, die Steine in der Harnblase zu zermalmen und auszuziehen. (Dunaj, 1826.)
- 11.) Ueber die Anwendung des Glüheisens bei verschiedenen Krankheiten. (Dunaj, 1828. c. f.)
- 12.) Die Steinbeschwerden der Harnblase, ihre verwandten Uebel und der Blasenschnitt bei beiden Geschlechtern. (Dunaj, 1828. c. f.)
- 13.) Die Leistungen der chir. Klinik an der hohen Schule zu Wien vom 18. IV. 1805. bis 1824. (Dunaj, 1828.)
- 14.) Beobachtungen und Bemerkungen aus dem Gebiete der praktischen Chirurgie. (Dunaj, 1828. c. f.)
- 15.) Abhandlungen über die Verletzungen am Kopfe und die Durchbohrung der Hirnschale. (Dunaj, 1829.)

Viri in literatura o Kernu:

Kernova dela: Wurzbach, Biograph. Lexicon: (Laibacher Wochenblatt 1804, VIII; Laibacher Zeitung 1799) No 2.; ibid. 1801, No 41 in 42; Carniolia V, 290; Lublanske Novize 1798; Illyrisches Blatt 1829, 26; Laibacher Tagblatt 1871, 65; Neuburger, Die Wiener medizinische Schule im Vormärz (Dunaj 1921, Rikola-Verlag); Hormayrs Archiv 1829, No 64 (Hussian); Dimitz, Geschichte Krains; Die Zentenarfeier des Operateur-Institutes der Wiener med. Fakultät (Dunaj — Lipsko, 1907, Braunnüller).

* Dr. med. et chir., prof. Rafael Ferdinand Huzijan, roj. 1802. v Veržeju, umrl 1896. na Dunaju. Kernov in Boerov učenec; je podučeval na Dunaju porodništvo. Njegovo največje kulturno delo je Boer-ova biografija, kjer on zagovarja krivično osvoženega in nerazumevanega mojstra. Izdal je tudi Boer-ov nauk o porodništvu.

S kirurški oddelka splošne bolnice v Ljubljani.

Predstojnik: primarij dr. Fr. Derganc.

Diferencialna diagnoza peritonite.

Dr. R. Blumauer, ordinarij.

Uvodoma naj omenim, da se hočemo baviti le z onimi slučaji atipične peritonite, pri katerih je slika iz kateregakoli vzroka zabrisana, dijagnoza otežkočena. V splošnem je vzrok te atipije vnetje trebušnih organov ter z njim zvezano draženje trebušne mrene na atipičnih mestih. Večkrat nam otežkoča natančno lokalizacijo nezanesljiva in netočna reakcija bolnika, torej subjektivno varanje, pogosto je pa tudi vzrok abnormalna lega obolelih organov, ne da bi omenjal še drugih komplikacij, kot n. pr. obolenje pljuč ali splošno vnetje seroznih mren, ki zelo pogosto, zlasti pri otrocih, obujajo tudi utis akutne ali subakutne peritonite brez obolenja trebušnih organov.

Vnetje adneksov in medeničnega peritoneja navajam za glavni primer, ko čaka kirurg z nožem v roki, dvomeč o indikaciji za laparotomijo.

Anamneza tega obolenja se pogosto ne razlikuje od one ob akutni apendicitu. (Akuten nastop bolečin v spodnjem delu trebuha, dvig temperature, frekvenca pulza, povračanje itd.) Tu se mi zdi kot boljše in v mnogih slučaji edino diferencialno-dijagnostično sredstvo objektivna preiskava, to je: globoka palpacija trebušne, če mogoče tudi medenične votline, ter vaginalno (oziroma rektalno) iztipanje. Pri palpaciji trebušnih sten nam služi v dijagnostične svrhe predvsem punctum maximum občutljivosti. Ako se ta točka nahaja v globini, pri ležeči bolnici v smeri »MacBurney-eve točke prot linei innominati«, pričnemo misliti na adneksito. Sledeča vaginalna preiskava in eventualno bimanuelna palpacija, ugotovitev drugih pozitivnih znakov, subjektivnih in objektivnih ter izključitev komplikacij s strani urogenitalnega aparata, nam potrdi dijagnozo »adneksite«. To velja za sveže, diferenc.-dijagnostično najtežje primere. Kjer prehaja proces že v subakutno ali kronično stanje, je spoznanje znatno olajšano, s progresijo procesa na peritonei medenične votline. Ako v kroničnem štadiju obstaja še napetost trebušnih sten, je ista vendar znatno manjša in omejena na hipogastrij; tudi vaginalna preiskava nam kaže izrazitejša patološke izpremembe na adneksih, morda že v peri- ali parametriju.

Kljub uvaževanju navedenih momentov lahko doživimo razočaranje in to v onih primerih apendicite, kjer se odigravajo vnetni procesi v fundusu slepiča, ki je zaradi vnetja zavrt v medenično votlino in tam zaraščen. Otežkočeno nam je pravilno spoznanje tudi pri hipersenzibilnih ali mani inteligentnih bolnicah, ki netočno lokalizirajo bolečino v začetnih štadijih, ta na je večkrat edino dijagnostično odločilno deistvo.

V vsakem primeru pa, kjer obstaja sum na apendicito, četudi diferencialno dijagnostično nejasno, nam bodi geslo, da je bolje odločiti se za laparotomijo, nego na korist diferencialne ugotovitve čakati na škodo bolnika; geslo, katero uvažujemo predvsem tam, kjer opažamo napredovanje akutnega vnetja trebušne mrene, osobito zato, ker pogosto obstaja neka še nepojasnjena vzporednost v vnetju obeh omenjenih organov.

Kako težka je včasih in nezanesljiva dijagnoza omejene peritonite, naj za ilustracijo navedem primer, ki se je pri avtopsi in viva izkazal kot »appendicitis subac. secund.«, glavna bolezen pa je bila v »graviditas extrauter.« z rupturo tube. Anamneza in objektivni izvid je podal sledeče:

Bolnica trpi nad štirinajst dni na bolečinah v hipogastriju, ki se javljajo v večjih intervalih v globini kot slabi krči. Začetkom obolenja je parkrat povračala, čuti se precej oslabilo. Blato neredno, pogosto obstipacija, menses nerednega značaja; večkrat rodila. V splošnem zdrava.

Stat. praes.: Bolnica srednje postave, precej dobro rejena, gracilnega okostja, 38 let stara. Pljuča in srce: brez posebnosti. Temperatura subfebrilna. Puls: menjajoč 74 do 92. Abdomen: pod višino prsnega koša, na pritisk nekoliko občutljiv v desnem spodnjem kvadrantu brez posebne napetosti; per vaginam: obojestranski adneksi nekoliko občutljivi, natančnejša preiskava zaradi napenjanja nemogoča.

Ker so se javljali progresivni znaki peritonite, peti dan po prihodu v bolnico laparatomija. Izvid: Coecum retrahiran v smeri proti medenici, apendiks subakutno vnet, svedrasto zavito, fundus priraščen na desno tubo, mesto te zarastline obdano s koagulumom v velikosti otročje pesti. Po razrešitvi tega adherentnega mesta se opazi na tubi za prstno jagodo velika ruptura, v kateri tiči fundus slepiča kot čep. Tuba v celoti zadebeljena, na mestu rupture neznatna krvavitvev.

Epikriza primera po operaciji je šele pokazala napako, ki se je zgodila pri preiskavi. Bolnica je namreč parkrat krvavela per vaginam, kar se je pa po njeni izjavi tudi že preje večkrat zgodilo, posebno pa tedaj, ko so postale mesečne krvavitve neredne. Tudi bi bila na mestu vaginalna preiskava v narkozi. Vsekakor pa je bila laparatomija v dvojnem zmislu nujno indicirana.

Kot tretjo, posebno pri ženskah važno dif. dijagnostično komplikacijo, bi hotel omeniti ascendujoče vnetje sečnega mehurja po desni strani urogenitalnega aparata. Važno imenujemo to komplikacijo zaradi tega, ker nastopa pogosto, nikakor pa nam ne stavi nje spoznanje toliko ovir, kot zgoraj omenjena obolenja. Tu so nam na razpolago vsa znana sredstva preiskovalne metode, pri čemer moramo posvečati posebno pažnjo globoki palpaciji, ki nas po poteku občutljivosti vodi včasih od perivezikalnega prostora navzgor do ledvične regije; poleg tega nam tu zanesljivo služi kemična, mikroskopska in instrumentalna preiskava.

Nekoliko težja je diferencijalna dijagnoza med vnetjem urogenitalnega aparata in apendicito v visoki nosečnosti, vendar pa nam tudi v teh slučajih skoro vedno dobro služi anamneza ter kemična in instrumentalna preiskava.

Včasih je treba tudi misliti na zavito ovarialno cisto, ki nam pa dif. dijagnostično ne dela velikih težkoč, da bi jo lahko zamenjali s peritifitičnim abscesom. Točna anamneza ga nam utegne v največ slučajih izključiti.

Izkustvo potrjuje, da je spoznanje med akutnim vnetjem slepiča in žolčnika mnogo lažje po subjektivni lokalizaciji občutljivosti, objektivni, napetosti trebušne stene in ostalih specifičnih znakov teh obolenj. Imeli smo pa na oddelku že par primerov, pri katerih je bil operacijski izvid popolnoma drugačen.

Navajam primer bolnika, ki je trpel že dalj časa na žolčnih kolikah. Večkrat je bljuval, temperatura med napadi povišana. V mladosti lahek ikterus. Splošna anamneza potrdi dijagnozo: cholelithiasis. Zadnji napad pred vstopom v bolnico je trajal 14 ur z malimi presledki, temperatura med 37° do 37,8°, puls frekventen, menjajoč z vagus-pulzom, nausea; po izjavi bolnika ni bil doslej še noben napad zvezan s takimi bolečinami. Točka največje občutljivosti pod desnim rebrom lokom, ileocekalna regija sicer tudi občutljiva, vendar s subjektivnim poudarkom, da izzove pritisk v tej regiji tudi bolečine tik ob desnem rebrenem loku. Po nastopu zadnjega napada obstipacija; odvajalni poskusi brezuspešni. Défense musculaire po celem desnem trebuhu. Urin nega-

tiven; nausea in singultus. Laparatomijski izvid je sledeč: Peritonitis circumscripta dextra, colon ascendens dvignjen pod jetra in zraščen v konvolutu omenta. Po razrešitvi zarastlin se opazi zadebeljen fundus apendiksa, ležečega preko colona ascendensa v znatni dolžini do žolčnega mehurja, ki pa razun lahke akutne, serozne injekcije ne kaže drugih patoloških izprememb. Sledi težavna apendikoliza in zatvor trebušne stene. Dijagnoza: appendicitis chron. adhaesiva. Postoperativni potek normalen, bolnik do sedaj šest let popolnoma zdrav.

Znaki, ki so pred operacijo govorili za poznejši izvid, bi bili: frekvenca žile in negativen urin, vse ostalo je bilo v prilog prvotne dijagnoze.

S kakimi momenti nam je računati pri diferencialni dijagnozi peritonite, sicer zelo poredko, kaže sledeči primer:

Bolnica že dva meseca trpi na trebušnih bolečinah, ki se javljajo izmenoma v desnem in levem spodnjem trebuhu. Večkrat je bljuvala, menses v redu. Obstipacija se menja s prolivi; napadi vročine in zime. Nausea.

Stat. praes.: kahektična bolnica srednje starosti; pljuča, srce: brez posebnosti. Abdomen pod nivojem prsnega koša, na pritisk splošno občutljiv, pod horicontalno umbo-črto trd. Močan pritisk na spodnjem delu izzove nauseo in singultus. V desnem spodnjem kvadrantu tipična občutljivost na Mc. B. točki, v levem za moško pest velik tumor, ki je skrajno občutljiv, premakljiv. Zbog hude bolečine, izzvane po pritisku na trebušno steno, ostale komponente nedoločljive. Vaginalna preiskava brez patoloških znakov; rektoskopija v višino do 25 cm podaja normalne razmere. Roentgen: tumor nedoločljivega izvora. Zavoljo progresivne peritonite, gosto nastopajočih akutnih znakov ter propadanja bolnice — laparatomija¹³. Izvid: peritonitis circumscripta, gastroenteroposis s ptozo vranice, ležeče na colonu descendensu, ki je komprimirala in s svojo površino, zlasti ob živahni peristaltiki, dražila peritonej in povzročala peritonitične znake. Appendicitis chronica adhaesiva.

H koncu naj omenim še peritonite histeričnih. V literaturi večkrat omenjena, t. k. z. »pseudoappendicitis hysterica« je jako nezanesljiv pojem in bi bilo bolje, da se ga črta.

Primer: tretji dan po obolenju v zavod poslana bolnica s subjektivnimi znaki »strašne« trebušne bolečine. Razun akutnega nastopa in predidocih sličnih napadov v anamnezi ničesar pomembnega. Splošen utis: hipersenzitivna bolnica z normalno temperaturo; srce in pljuča: brez posebnosti, puls 80 do 90, abdomen pod nivojem toraksa, na pritisk povsod občutljiv, mehak. Po večkratni preiskavi največja občutljivost v Mc. B. točki, vaginalno v vseh smereh bolečina brez kake rezistence. Povračala ni. Bolnica prevpije spričo bolečin ves čas zavodnega bivanja pred operacijo (tri ure). Operacijski izvid: appendicitis perforativa s splošno peritonito in prostim gnojem v Douglasu. Ozdravi.

Iz navedenega razvidimo, da smo pri stavljenju točne dijagnoze razdraženega peritoneja kljub različnim metodam in tehničnim pripomočkom, ki se iz vseh strani in dnevno priporočajo ter hvalijo kot nezmotljivi, še vedno v starem nezanesljivem štadiju. Ob takih slučajih si olajšamo svojo nalogo najlažje na ta način, da to tehnično pomanjkljivost nadomestimo s svojim spominom, z mislijo na možnost nastopajočih atipij, torej z lastno izkušnjo.

Namen navajanja teh primerov bodi, opozoriti na nekatere variacije v poteku peritonite na podlagi operacijskih izvidov. Podati sem hotel nekaj atipičnih simptomov peritonealnega obolenja, ki nam stavijo pri določanju dijagnoze težke ovire, če ne mislimo nanje, ki se nam pa takoj pojasne, ako se spomnimo izrednih vzrokov. Način preiskave ne presega okvirja tehnične možnosti nobenega praktičnega zdravnika.

Z medicinskega oddelka splošne bolnice v Ljubljani.

Predstojnik: primarij **dr. I. Jenko.**

Letošnja epidemija influence v Ljubljani.

Dr. Ljudevit Merčun, asistent odd.

Po tej poplavi s strani dnevnega časopisja o influenci je morda čudno, da se sploh spuščam v to poglavje interne medicine. Toda izkustvo, da je večini izmed nas bila simptomatologija prejšnjih epidemij influence zamegljena, tako da se v začetku letošnje epidemije običajno ni stavila točna diagnoza, povrhtega dejstvo, da vsaj do danes nimamo pisane besede (vsaj medicinsko pisane) o prejšnjih epidemijah, mi da bodrilo k tej razpravi.

Še druga želja se mi budi pri tem. Praktični zdravniki zunaj so videli sigurno več bolnikov obolelih na influenci, nego sem jih lahko sam opazoval. Bolnica, kot druga instanca nudi zdravniku v večini samo težke, z različnimi komplikacijami obremenjene bolnike. Prosim torej vse gg. zdravnike, da se oglašajo k besedi, če so opazovali kake druge oblike zadevnega obolenja, nego ga bom opisal jaz.

Kakor posnemam iz Bergmanovega članka o letošnji epidemiji v Berlinu, se je pojavil klinični pojem influence že v srednjem veku okoli l. 1743, prva pandemija pa baje že l. 1510. V teh časih je bila težava razlikovati med kugo in influenco, vendar najdemo že l. 1579. prvič izrek o izvoru epidemije: *Ab occulta quadam coeli influentia*. Na klinično opazovano in strokovno obdelano epidemijo pa naletimo šele v letih 1889 — 1894. Leichtenstern je prvi, ki je opisal klinično sliko te bolezni v nemški literaturi (francoska literatura mi žal ni na razpolago). Vsi drugi opisi se več ali manj strinjajo, oziroma naslanjajo na Leichtensternov opis. Predzadnja epidemija l. 1918. pa je prinesla za influenco drugo ime t. j. gripa. To ime se je prvotno rabilo kot označba za pseudo-influenco, v poznejšem času se je pa istovetila z označbo *influenza vera*. To zmedo je povzročilo namenoma v prvi vrsti nemško vojaško poveljstvo ter novinarstvo, da bi se zakril pravi pojem epidemije. Ker je pričela l. 1918. epidemija v Španiji ter se vsled krvavega izmečka kolebalo med kugo in influenco, in ker se je širila iz Španije preko Francoske in potem preko francosko-nemške vojne črte k nam, ji je ostalo v našem narodu ime španska bolezen. Imena: *influenca*, *gripa* in *španska bolezen*, so torej istočeten pojem. Zadnji mesec l. 1928. so se pričele v dnevnem časopisju javljati vesti o pandemiji v Ameriki; pričetkom januarja l. 1929. pa se že pojavlja epidemija v Berlinu in okoli 15. januarja 1929. pa je tudi Ljubljano razburila alarmanтна vest o širjenju epidemije. Na medicinski oddelek splošne bolnice v Ljubljani smo dobili prve bolnike z jasnimi znaki influence šele 25. januarja 1929.

Glede števila obolelih za časa prejšnjih epidemij nam je malo znane-nega, kljub temu se lahko sklepa po anamnezi (ki sigurno vedno ni točna), da je skoro ni rodbine, kjer ne bi kak član oboel na influenci. Za letošnjo epidemijo, pri kateri so poročali časopisi (ne vem, v koliko so bili od medicinsko pristojne strani poučeni) direktno bajne številke 20 — 30 tisoč obolelih, sem se zanimal pri mestnem fizikatu mesta Ljubljane. Toda tudi na tem mestu točnega števila nisem dobil, ker so bile baje prijave zdravnikov zelo pičle. Povprečna cenitev mestnega fizikata (izjava g. mestnega fizika dr. Rusa) znaša za okoliš mesta Ljubljano okroglo 8000 obolelih. Natančno število obolelih se seveda tudi pri socialnih institucijah ne da ugotoviti, ker delajo prvič samo mesečne zaključke, drugič pa so vpošte-

vane samo delavne moči, ne pa tudi rodbine in svojci. Kot statistični primer širjenja epidemije navajam izveček pregleda prijavljenih obolenj gripe v ambulatoriju OUZD v Ljubljani za mesec januar 1929., ki obsega v celem 2600 obolenj:

	Ženske:	moški:	skupaj:
2. I. 1929.	36	26	62
2. I. 1929.	36	26	62
2. I. 1929.	36	26	62
14. I. 1929.	57	31	88
15. I. 1929.	59	50	109
16. I. 1929.	66	41	107
17. I. 1929.	67	59	126
18. I. 1929.	107	62	169
18. I. 1929.	107	62	169
18. I. 1929.	107	62	169
29. I. 1929.	57	44	101
30. I. 1929.	56	56	112
31. I. 1929.	54	39	93

Bodisi število tako ali tako, največjemu skeptiku je bilo naposled jasno, da smo imeli opraviti in priliko videti influenza vera.

Pot letošnje epidemije je bila tudi letos načrtana po običajnih poteh prometa; čudno naključje pa je, da je preskočila influenza pri pojavu v našo državo obmejna mesta in se najprej pojavila v mestu Ljubljani. Možnost hitrejše infekcije v Ljubljani vsled svojega stališča kot središče Slovenije in pa njene neugodne klimatske razmere bodo temu vzrok. Ljubljansko barje, večna megla, mrzlo mokro vreme, so činjenice, da so pri nas zelo pogosta obolenja nebnic, vnetja dihalnih organov (nosa, grla, žrela) in njih spremljevalci polyarthritus acuta, reumatična obolenja sploh, endocarditis in nephritis. Ta kronična vnetja dihalnih organov so sigurno osnova za druge kužne bolezni, to velja v prvi vrsti za influenco, ki kaže osobito afiniteto do obolenja sluznic dihalnega sestava. In če vzamemo še dejstvo, da do danes ne poznamo, oziroma vsi ne priznamo, etjološkega vzroka niti za influenco niti za revmatična obolenja, kljub temu pa vidimo skupno hojo teh sorodnih obolenj, potem moramo priznati veliko vlogo klimatskih razmer pri širjenju epidemije. Ugovarjati nočem veliki važnosti konstitucije posameznika, ki pa je zopet samo funkcija posredno ali neposredno pridobljenih svojstev, kot izraz boja in prilagajanja svojemu življenjskemu miljeju.

Nekoliko netočno je, če pravim, da ne poznamo povzročitelja influence. Literatura ga navaja pod imenom: *Bacillus influenzae* Pfeiffer. Bacil, ki je bil odkrit l. 1892., je majhna palčica z okroglimi konci, nastopa največkrat kot negibljiv diplobacil. Našel se je v skoro v čisti kulturi v nekrotičnih gnezdih vnetja žrela, grla in sapnika. Vendar že pri predzadnji epidemiji l. 1918. ga niso našli v večini slučajev. Poleg tega dejstva je dokazano, da živi ta bacil večkrat kot saprofit v organizmu, ne da bi delal kake težave. Živalski poskus z intravenoznim cepljenjem pač napravi influenci klinično podobno vnetje sluznic. Ni v mojih močeh (prva bolnica v Sloveniji nima ne knjižnice, ne strokovnih časopisov) pregledati novejših poročil o tem vprašanju, zato pustim to vprašanje odprto.

Okuževanje se prenaša največ s kapljicami pri kašlju. Inkubacija mora biti zelo kratka. Sam sem opazoval povprečno inkubacijo 12 — 24 ur pri bolnikih, ki so pred epidemijo ležali na oddelku in pa pri strežniškem osebju, ki so oboleli dan pozneje, ko smo sprejeli prve slučaje influence.

Prodromov ali začetnih pojavov infekcije ni najti; obolenje se prične mahoma in zruši bolnika iz najboljšega zdravja na postelj.

Na medicinskem oddelku splošne bolnice v Ljubljani sem imel priliko opazovati okoli 70 bolnikov, ki so bili sprejeti na oddelku zaradi influen-ce (ne všteti bolnikov, ki so že ležali na oddelku in ki so se pred mojimi očmi okužili in prestali obolenje); ti bolniki so prihajali v trumah med 26. januarjem in 6. februarjem 1929, v bolnico, večinoma šele drugi, oz. tretji dan obolenja, tako da od začetka sploh nismo videli mrzlice. Šele domača infekcija, na oddelku samem nam je omogočila opazovanje začetka bolezni. Obolelo je nad polovico bolnikov na oddelku, tretjina strežniškega osebja, od zdravnikov na oddelku nobeden.

Klinična slika.

Skoro pri vseh kužnih boleznih je izražen subjektivni občutek težke obolevlosti, pri influenci pa je ta občutek celo nekaj vodilen znak. Bolnik se počuti slabo, ve, da je težko bolan; glavobol, bolečine po vseh udih, ki se bolj izražajo kot obča utrujenost in onemoglost, ga prisilijo tudi brez zdravniškega nasveta, da leže v postelj. Strah pred mrazom, ki ga povisuje še mrzlica, občutek neprikladnosti hladnih pijač in mrzlih ovitkov je dovolj značilen. Oči so halonirane in lica zaripljena. Vsled oslabeledosti vazomotorjev ožilja obliva rdečica obraz, kojega spodnji del je v okolici nosne in ustne odprtine bledoten. Pri nekaterih bolnikih se ta rdečica lica in ustnic izpreminja v pravo modrikavost (cyanosa), ki se včasih izraža tudi na vseh štrlečih delih (nos, uhlji, končine). Vročina prične ponavadi z mrzlico in doseže že prvi dan višek 40° , a že drugi dan pri nekaterih kritično pade. Pri nekaterih se obdrži na višini $38-39^{\circ}$, pri drugih se kritično zniža na 37.5° , kjer ostane potem tudi tretji dan. Ta dan so nekateri že brez vročine, večina pa je še subfebrilna do 37.5° in se sprostí te vročine šele 4. ali najkasneje peti dan. Trajanje vročine preko petega dne označuje že komplikacijo. Število b i l a (pulza) je pri vseh primerih relativno nizko, tako da ne odgovarja porastu vročine kakor pri legarju. Število $50-70$ pri temperaturi $38-39^{\circ}$ ni redko. Teka ni, močna žeja muči bolnika. Ti pojavi se tudi ne izgube kmalu po padcu vročine. Utrujenost in onemoglost pridržita bolnika tudi po afebrilnosti v postelji.

Ti obči znaki se najdejo malone pri vseh bolnikih, sicer pa je pestrost znakov obolenja tako raznovrstna in diferencijacija tako težka, da zdravnika bolezen spričo posnemanja najrazličnejših znakov drugih bolezni nehote spominja na nekako akutno histerijo.

Med bolniki našega oddelka sem mogel letos ločiti tri skupine influence:

1. influenco katarjev dihalnega sestava;
2. influenco gastroenteritičnega značaja;
3. influenco s komplikacijami.

Pri kataralni skupini dihalnega sestava prednjači kataralno vnetje sluznic vek, ustne votline, v prvi vrsti mehkega neba, žrela, sapnika in v malem številu tudi sluznice nosu v obliki navadnega nahoda in sluznice bronhijev kot bronchitis acuta. Rdeče nebnice (tonzile) ne očitujejo oblog, glas je hripav. Močan dušljiv kašelj, podoben oslovskemu kašnju (pertussis), nadleguje bolnika posebno ponoči. Izmeček po tem silnem kašlju je običajno malenkosten: nekaj sluzi, ki je včasih tudi krvava. Krvavenja iz nosu niso redka. Subjektivno toži bolnik o močnih bolečinah pri požiranju kakor pri navadni tonsillitis acuta, za influenco značilno pa trajajo te bolečine samo en dan v nasprotju z navadnim vnetjem tonzil. Hujše

bolečine se pojavljajo v prsih, posebno v višini sternoklavikularnega sklepa, v okolici srca in pod mečastim podaljškom; te bolečine se stopnjujejo ponoči in pri vsakem kašlju. Kašelj nastopa običajno drugi ali tretji dan in vztraja še dolgo v rekonvalescenci. Tudi bolečine v križu in hrbtu na višini pljučnega hila niso redke. Pri otrocih se opaža često po več ur traja-joč singultus. Ti bolniki tvorijo nekak prehod k drugi klinični sliki in-fluence, t. j. k influenci gastroenteritičnega značaja.

Za bolnike te skupine so značilne poleg običih znakov in znakov ka-taralnega vnetja dihalnega sestava težave v želodcu in črevesu. Več-dnevno povračanje, kolcanje, bolečine v želodcu oslabe bolnika še bolj, nego pri prejšnji skupini. Bljuvanje je neutešljivo, niti mleko niti čaj ne ostane v želodcu. Povračanje izmenjava včasih driska s sluzasto tekočim, včasih po notranji krvavitvi črnim blatom. Driske trajajo 2 do 3 dni, v tem času odklanja bolnik vsako hrano. Oslabelost in rekonvalescenca se za-vlečeta še dalje nego pri kataralnem tipu, celo do 10 dni. Povratki blju-vanja in driske niso redki, če se bolnik ne drži diete.

Influenca s komplikacijami: vnetje sluznic se razširi v prvi vrsti v duplini nosa in žrela in navzdol po bronhijih v pljuča. Komplikacije po influenci označuje krvavenje; hemoragično vnetje srednjega ušesa (otitis media), hemoragične bronhopneumonije, vselej obojestranske, so tipične komplikacije. Poleg teh za influenco tipičnih komplikacij opažamo letos bazalne krupozne pljučnice, pri katerih bolniki izkašljeujejo v začetku bo-lezni velike množine krvi, tako da je diferencijacija od hemoptoje vsled tuberkuloze zelo težka. Zaradi oslabeledosti vazomotorjev so hipni, nepred-vidni kolapsi že drugi ali tretji dan obolenja na dnevnem redu. Pljučnici se pridruži običajno moten eksudat v prsni votlini, ki preide le redkokdaj v pravi empyema. Dočim pade pri krupoznih pneumonijah vročina kritično vsaj 10. dan, označuje bronhopneumonije dolgotrajna vročina, ki je do-segla v enem primeru rekord, da je trajala mesec dni. Ognjišča se namreč izprehajajo po vseh pljučih.

Za pregled prinašam sledeči seznam na influenci obole-lih, ki so bili oskrbovani na medicinskem oddelku splošne bolnice v Ljubljani v času od 15. I. do 15. II. 1929.

	Spol		Skupno	Uspeh zdravljenja					
	m	ž		ozdrav.		umrli		zaostali na odd.	
				m	ž	m	ž	m	ž
I. Influenca katar. dih. se-stava	20	8	28	20	8	—	—	—	—
II. Influenca gastroenterit. značaja	4	18	22	4	16	—	—	—	2
III. Influenca s komplikacijami									
a) krupozne pneumonije (večinoma z motnim eksudatom)	9	11	20	7	7	1	3	1	1
b) bronhopneumonije . .	7	4	11	—	—	—	—	7	4
c) druga obolenja (otitis media)	1	—	1	1	—	—	—	—	—

Vsi zaostali so že v okrevanju. Pretežna večina spada h kataralnemu tipu dihalnih organov influence in so to v glavnem bolniki moškega spola. Gastroenteritičen tip je nekako protitip influence pri ženski in pri otrocih. Moški bolniki s to komplikacijo so bili večinoma neurasteničnega oz. labil-

nega karakterja. To razliko v klinični sliki med moškimi in ženskimi bolniki razlagam na ta način: refleks kašljanja in refleks bljuvanja potekata ōrŕčas pri otroku in ženski po isti progi, nista še dovoljno ločena drug od drugega in se medsebojno izzivata. Znano je dejstvo, da navaden kašelj povzroči povračanje pri otroku in da jetične bolnice pogosteje s kašljem povračajo nego moški. Tudi smotrenost, odstraniti iz pristojnih organov neprikladne snovi, govori za možnost medsebojne zveze refleksov. Ista izkustva sem imel pri pneumotoraksih na levi strani, kjer so ženske bolnice vedno, moški bolniki le malokdaj, tožile o bljuvanju.

Kljub precejšnji morbiditeti smatram letošnjo epidemijo v primeri z epidemijo od l. 1918. za lahko. Za influenco kot tako ni brŕčas umrl nihče, vsaj na našem oddelku ne. Pač pa verjamem v možnost letalnega izida pri komplikacijah. Tudi teh je bilo malo število. Na našem oddelku so umrli vsled pneumoničnih komplikacij štirje bolniki in še ti pravzaprav ne prihajajo v poštev, ker je bilo obteženo pneumonično obolenje pri eni bolnici z nosečnostjo, pri treh drugih pa s starostno oslabelostjo. Veliko gorja pa je napravila influenza pri bolnikih, ki so bolehal i že prej na drugih boleznih, v prvi vrsti na srčnih obolenjih (vitium cordis decompensatum), myodegeneratio cordis, nephritis acuta in nephritis chronica, hypertonia) in pa na tuberkulozi. Nepredvidni kolapsi v prvih dneh obolenja so pospešili smrt, pri jetiki pa propagacijo ognjišča. Veliko umrljivost koncem meseca januarja pripisujem edinole oškodbi po influenci. V primeri z lanskim letom smo imeli v času od 15. januarja do 15. februarja letos za 12 več smrtnih primerov.

Omenil bi še opazovanje hemograma ali krvne slike. V krvni sliki sem našel v začetku obolenja (prvi, drugi dan) relativno leukopenijo s pretežno mladimi vrstami neutrofilnih leukocitov, na drugi strani pa že četrti dan obolenja skoro vedno relativno limfocitozo s posameznim nastopanjem eozinofilnih celic.

Pri 30 bolnikih z influenco brez komplikacij je bila napravljena krvna sedimentacija po Westergreen-u. Pri nobenem primeru nisem našel pospešenosti krvne sedimentacije, ravno nasprotno, sedimentacija je bila ali normalna, ali pa še počasnejša (Westergreen na eno uro za moške 1 do 3 mm, za ženske 5 — 8 mm).

Naravno so kazali bolniki s komplikacijami (pneumonia) v krvni sliki leukocitozo z madimi vrstami neutrofilnih in močno pospešeno sedimentacijo (Westergreen na eno uro 60—120 mm). Krvni tlak je bil pri vseh bolnikih znižan.

Zdravljenje se je vršilo na oddelku popolnoma simptomatično. V času vročine postelj, vstajanje smo dovoljevali šele prvi ali drugi dan po afebrilnosti bolnika; lahka prehrana, vroči čaji, obenem topli ovitki, čiščenje ustne dupline in ŕžrela s 3% Solutio hydrogen. peroxydat., eventualno anacot pastile, same navadne terapevtske procedure, ki so nam popolnoma zadostovale. Poizkusi z urotropinom in kalcijevimi preparati se niso obnesli. Pri pneumonijah vporabljam o Aufrecht-ovo terapijo s kininom (chinin, bimuriaticum, 0,5—1,0 gr muskularno pro die), oziroma, ker manj boli, še rajši solvochin (2 ccm muskularno pro die) z dobrim uspehom. Boljše uspehe smo pa videli pri bronhopneumonijah s transpulminom (transpulmin 2 ccm muskularno pro die).

Kot antipyreticum in anodynum nam je služil amidopyrin v 1% raztopini in sicer 10 ccm raztopine v dvehurnem razdobju.

Profilaksa pred influenco je problematična stvar. V epidemiji lahka diagnoza se da zelo težko ugotoviti v sporadičnih slučajih, kjer ostane še danes zgolj diagnosis per exclusionem. Vsaka izolacija bolnikov je pri današnji epidemiji iluzorna. Dobra telesna nega, utrjenost napram mrazu, posebno nega ustne dupline in žrela za časa epidemije obvaruje pred infekcijo. Kot dokaz navajam, da vkljub neprestanemu dotiku z bolniki ni obolel niti eden izmed zdravnikov na našem oddelku.

Epidemija je trajala v mestu Ljubljani, kot pri vseh prejšnjih epidemijah, okoli 6 tednov, izginila je nenadoma kot je prišla. Na sporadične primere z dežele pa naletimo še danes.

Iz bolnice za nalezljive bolezni v Zagrebu.

O etiologiji in aktivni imunizaciji proti škrlatinki.

Dr. Val. Meršol, specialist za infekciозна bolezni.

S socialno-medicinskega stališča je katerakoli bolezen tem važnejša, čim večje je število obolelih, čim višja je letaliteta, čim dalje bolezen traja in čim več ima trajnih neozdravljivih posledic. To velja še posebno za skarlatino. Med nalezljivimi boleznimi v celem svetu, tako tudi v Jugoslaviji igra skarlatina brezpogojno važno vlogo. V 8 letih od l. 1919. do 1926. je bilo v naši državi med 338.763 prijavljenimi slučaji raznih nalezljivih bolezni 80.698 slučajev skarlatine (torej 23.8 %). Od teh jih je umrlo 16.412, kar pomeni letaliteto v srednjem 20.3 %. Zato je Ministrstvo Narodnega zdravja preko podrejenih mu zavodov in ustanov posvetilo največjo pozornost zatiranju te nevarne bolezni. Med ostalimi metodami je v poslednjih letih zavzela najvažnejše mesto preventiva potom aktivne imunizacije.

Tudi v Sloveniji je skarlatina vedno doma, v obliki epidemij ali pa v sporadičnih slučajih, zato, mislim, ne bo odveč, ako podam v kratkem glavne do sedaj znane ugotovitve o etiologiji skarlatine in izkušnje z aktivno imunizacijo.

Etiologija.

Preko 40 let že traja diskusija o povzročitelju skarlatine. Kmalu po odkritju difteritičnega bacila je našel Loeffler, da se v grlu bolnikov s skarlatino nahajajo v velikem številu streptokoki, in to posebno hemolitični streptokoki. (Streptokoke namreč lahko delimo po tem, kako rastejo na krvnem agarju: ako delajo okrog kolonij hemolizo, tedaj jih nazivamo hemolitični streptokoki, ako pa je krvni agar v okolici kolonij dobil mesto rdeče barve zelenkasto, tedaj govorimo o streptococcus viridans. Poleg tega poznamo še več drugih načinov delitve streptokokov.) Istočasno se je našlo, da so vzrok večini seps po ranah ali puerperiju zopet streptokoki. Tudi pri sepsah je večkrat po telesu najden exanthem, podobno kot pri škrlatinki, pa je i ta fakt opozoril raziskovalce, pa bi tudi pri nji mogel biti vzrok exanthema streptokok. Tako so še l. 1885. Baginsky in Klein mislili, da streptokoki niso samo sekundarni pojav pri skarlatini, ampak, da je poseben streptococcus scarlatinae primarni povzročitelj skarlatine. Težko je bilo to dokazati, ker je za dokaz, da je neki mikrob specifičen za kakšno bolezen, potrebno predvsem:

1. da se isti pri tej bolezni najde vedno, ali vsaj v veliki večini slučajev;

2. da se da izolirati, inficirati z njim neko poizkusno žival in povzročiti isto bolezen;

3. izolirati ga spet iz dotične živali.

Napravili so res mnogoštevilne poizkuse na vseh mogočih živalih, kot morskih prešičkih, domačih zajcih, miših, kozah, ovcah, konjih, opicah, itd., da bi se na kak način z vbrizgavanjem streptokokov ali z mazanjem grla s streptokoki pri njih povzročila skarlatina. Poizkusi niso uspeli, niti ena žival namreč ni pokazala tipične forme skarlatine.

Bilo je torej potrebno, delati poizkuse na človeku. L. 1923. so v Chicagu v Ameriki uspeli ti poizkusi »experimenti causa« dr. Dicku in njegovi soprogi. Ali davno pred njima je to indirektno »therapiae et preventionis causa« uspelo dr. Moseru na Dunaju ter dr. Savčenko in dr. Gabričevskemu v Rusiji.

Dr. Moser je l. 1902. z injekcijami streptokokov pri konjih produciral serum, ki je bil pozneje rabljen v kurativne namene z dosti dobrim rezultatom, in sicer posebno pri težkih slučajih. Rus Savčenko je l. 1905 gojil streptokoce v bujonu in čez nekoliko dni filtriral in dokazal, da se v filtratu nahaja močan toxin. Vbrizgaval je ta toxin konjem in produciral serum v kurativne namene. Dr. Gabričevski je šel dalje: začel je z aktivno imunizacijo proti škrlatinki že l. 1907. v Rusiji. Uporabljal je mešano cepivo, namreč kulturo streptokokov, izoliranih pri škrlatinki s toxinom. Našel je, da okrog 10 % otrok, ki jih je cepil, reagira z exanthemom, podobno kot pri škrlatinki, ali večinoma brez konsektivne deskvamacije. Pojav exanthema je smatral dokazom, da je hemolitični streptokok res vzrok škrlatinke. On in njegovi sodelavci so imunizirali na ta način okrog 50.000 otrok proti škrlatinki s precej dobrim uspehom. Vojna in smrt Gabričevskega sta preprečila nadaljna raziskavanja v Rusiji. Ker je bilo pred svetovno vojno v literaturi jako malo poročano o tem raziskavanju Rusov, zato je šele Zlatogorov po Dickovih poizkusih objavil svetu, da so na problemu škrlatinke že davno delali Rusi.

Po vojni so najvažnejša raziskavanja dr. Dicka in njegove soproge. Ta dva sta se bavila s problemom skarlatine že od l. 1916. Njihova znanstvena raziskavanja so bila sedem let brezuspešna. L. 1923. sta začela poizkuse na ljudeh. Dobila sta zadostno število prostovoljcev v ta namen. S kulturo streptokokov, izoliranih od tipičnega slučaja skarlatine, sta namazala petorici tonzile. Pri enem se je čez pet dni razvil tipičen slučaj škrlatinke, pri dveh ostalih pa se je pojavila samo angina. Sedaj sta vzela pet drugih oseb ter jim namazala tonzile samo s filtratom kulture streptokokov v bujonu (torej brez streptokokov). Niti pri enem od teh 5 oseb se ni razvila niti skarlatina, niti angina. Čez nekaj tednov sta zadnji petorici namazala tonzile s kulturo streptokokov. Čez 6 dni se je pri eni osebi razvila skarlatina. Iz tega sta zaključila, da vzrok skarlatine ni filtrabilni virus ampak streptokoki.

Analogično kakor pri difteriji Schick, je pri škrlatinki Dick preizkušal učinek male količine toxina po intrakutani injekciji in na ta način iznašel Dickovo reakcijo, ki nam služi kot indikator višine imunitete organizma.

Dicku se je dalje posrečilo, osebe, pri katerih je bila reakcija pozitivna, imunizirati s podkožnimi injekcijam toxina, in tako dati bazo in navodila za imunizacijo proti škrlatinki.

Pri Dicku se celi patološki proces pri škrlatiniki razvija na sledeči način:

Škarlatina se prenaša s takozvano kapljično infekcijo (dropletinfection), to je, pri bolniku s škrlatiniko ali pri kliconoscu se na tonzilah ali v nosu nahaja mnogo hemolitičnih streptokokov. Ko ta govori, ima nahod in kiha, kašlja ali pljuva, lete naokoli male, mikroskopsko komaj vidne kapljice sluzi, sline, v kateri se nahajajo streptokoki. Te prihajajo osebam, ki so blizu, direktno v usta (med govorjenjem), na lice, na roke ali pa na hrano, in tako slej ali prej v usta, kjer se zadrže na tonzilah. Ako dotična oseba nima antitoxina in antiteles v organizmu, se streptokoki začno množiti in čez nekoliko dni povzročijo angino. Istočasno producirajo toxin, ki se absorbira, dela toxinaemijo, povzroči najprej enanthem na sluznici v ustih, nato pa exanthem po celem telesu. Čez nekoliko dni ta obledi in epidermis, umrtven radi akcije toxina se začne luščiti. Pri večini obolelih nastopa razen toxinaemije tudi bakteriaemija, vsled katere se pojavljajo komplikacije na raznih mestih telesa, kakor na ledvicah, srcu, sklepih, ušesih in bezgavkah.

Baza vseh zaključkov Dicka in njegovih pristašev je torej ta, da je povzročitelj škrlatinike specifični streptococcus haemolyticus scarlatinae, ki ga je mogoče razlikovati od drugih hemolitičnih streptokokov na podlagi tega, da producira toxin, ki se da neutralizirati s serumom rekonvalescentov ali pa z antitoksičnim serumom. Na ta način se da večina pojavov škrlatinike razlagati, vendar je še mnogo odprtih vprašanj, na katera ni odgovorā, zato se o tezi streptokokove etiologije škrlatinike še mnogo debatira in ima mnogo nasprotnikov.

Skoraj istočasno ko Dick v Ameriki so v Italiji Di Christina, Caronia in Sindoni (l. 1923.) odkrili filtrabilni virus kot vzrok škrlatinike, kar pa se je po mnogoštevilnih raziskovanjih v drugih laboratorijih izkazalo kot neveljavno (Bürgers):

Od 11. do 14. junija 1928. je bil v Königsbergu nemško-ruski kongres za skarlatino. Tam je bilo mnogo referatov in debat o povzročitelju škrlatinike. Mišljenja so bila različna:

1. Za Dickovo razlago škrlatinike se je izreklo mnogo Nemcev in sicer prof. Friedemann iz Berlina, ki je že poprej po dolgotrajnem raziskovanju s pomočjo dr. Deicher-a prišel do istega zaključka kot Dick; dalje prof. Schottmüller iz Hamburga, znani slavni raziskovalec streptokokov; dr. Bormann iz Revala, Koršun iz Moskve, poleg nekaterih drugih. Znano je, da je za isto etiologijo velika večina Amerikancev.

2. Drugi znanstveniki so podali druge teorije, od katerih nobena niti od daleč ni znanstveno tako podprta ko Dickova teorija:

a) anafilaktična teorija, po kateri se škrlatinika javlja vsled anafilaxije proti streptokokom. Za njo so se izrekli madžarski prof.-pediatr Szontagh (Debrecin), prof. Groer (Lvov), prof. Selma Meyer (Düsseldorf) in z nekaterimi izpremembami tudi Amerikanec Dochez, ki je poprej bil strasten zagovornik streptokokove teorije.

b) Prof. Zlatogorov iz Harkova je na podlagi svojih raziskovanj prišel do rezultata, da mora biti poleg streptokokov še neki filtrabilni virus, tako da oba v symbiosi povzročata škrlatiniko.

c) Dr. Mandelbaum iz Münchena je celo našel novo vrsto bacilov, ki bi imeli biti povzročitelji škrlatinike. Raziskovanja v tej smeri se vrše v raznih laboratorijih.

Tako je vprašanje končnoveljavne rešitve etiologije škrlatinke še odprto: vsi znanstveniki so si sicer edini v tem, da hemolitični streptokoki igrajo jako važno vlogo v celém razvoju bolezni, so pa li oni res pravi in edini vzrok škrlatinke, bodo dokazala šele nadaljna raziskavanja.

Aktivna imunizacija proti skarlatini.

Kakor že preje omenjeno, so se z aktivno imunizacijo proti škrlatinki že pred vojno bavili Rusi. Po vojni je začel v Ameriki isto Dick. Od tam se je razširila po celém svetu, kjerkoli vlada škrlatinka. V znanstvenih in praktičnih medicinskih revijah so si kmalu sledili referati o izvršenih imunizacijah v raznih krajih: nekateri so bili zanjo navdušeni, drugi ji zopet niso priznali nikakšnega uspeha. Med obema ekstremoma je bilo mnogo drugih različnih mnenj.

V čem obstoji pravzaprav ta imunizacija?

Princip vsake aktivne imunizacije je ta, vbrizgavati ali na neki drugi način spraviti v telo antigen, to je živega ali mrtvega povzročitelja neke bolezni, ali pa njegov produkt, (toxin, etc.). Telo reagira na to in producira antitelesa (antitoxine, etc.), ki pozneje služijo v varstvo pred boleznijo.

Kaj nam služi kot antigen pri škrlatinki, ako še ne poznamo z gotovostjo pravega povzročitelja? Ravno hemolitični streptokoki, izolirani pri slučajih škrlatinke, in njihovi produkti. Neizpodbitno je dokazano, da se z njihovo pomočjo v živalskem in človeškem telesu da producirati antitoxin, t. j. serum imuniziranih živali in oseb, vbrizgavan intrakutano osebam z lepo izraženim exanthemom, daje tipičen »Auslöschphänomen« (Schultz-Charltonov fenomen), torej neutralizira toxin v koži. Dalje ta serum, vbrizgavan v dovoljni količini intramuskularno v kurativne namene, znižuje temperaturo pri škrlatinki in povzroča, da exanthem v 12 do 24 urah obledi. Konsekventno se da zaključiti, da bo tak antigen tudi v telesu zdravega, proti škrlatinki še ne imunega človeka, povzročil produkcijo antitoxina in drugih antiteles, kar se faktično dogaja. Tudi pri varioli nam še do sedaj ni popolnoma jasen povzročitelj, pa se vendar vrši cepljenje preko sto let.

Metode imunizacije so različne, kar se tiče samega pripravljanja antigena, kakor tudi upotrebljavanj doz. Glavne metode so sledeče:

a) Imunizira se s toxinom, t. j. s titriranim filtratom bujonske kulture streptokokov, kar se uporablja v večini držav, tako tudi pri nas.

b) Z emulzijo mrtvih streptokokov, mešano s toxinom (v Rusiji).

c) Z istočasnim vbrizgavanjem toxina in antitoxina (podobno kot pri difteriji).

d) Z vbrizgavanjem streptokokovega anatoxina, podobno kot je začel pri difteriji Ramon z difteričnim anatoxinom. S pomočjo formola se namreč zmanjša ali skoraj uniči toksična lastnost toxina, in ostane samo antigenska imunizatorna lastnost, tako da se lahko vbrizgavajo naenkrat večje doze toxina brez reakcije, pa se vendar dobi imuniteta. V tem pogledu so delali največ Poljaki. Vrednost te metode še ni končnoveljavno rešena.

Kakor omenjeno, se pri nas v Jugoslaviji v glavnem uporablja samo čisti toxin brez bakterij. Za produkcijo toxina se uporabljajo razni rodi (Stämme) hemolitičnih streptokokov, izoliranih iz krvi bolnikov s tipično škrlatinko, ki producirajo toxin. Tako sem v higienskem zavodu v Skoplju uporabljal v ta namen streptokoke Dicka in Dochez-a, poleg tega pa še

deseterico raznih vrst, izoliranih na teritoriju zavoda pri raznih epidemijah škrlatinke, in točno preiskanih na produkcijo toxina in specifičnost. Dokazalo se je, da je toxin, produciran od teh lokalnih rodov, močnejši od onega, produciranega z rodom Dicka ali Dochez-a, zato so tudi producirala polyvalenten toxin, pripravljen od raznih rodov. Jakost toxina se pred uporabo točno preišče na kozah in človeku.

Škrlatinka se navadno šteje med takozvane otroške bolezni, češ, samo otroci lahko obole na njej, odrasli so pa imuni. To ne drži. Samo v krajih, kjer je škrlatinka endemična, ali pa, kjer se pojavlja vsakih par let epidemično, bomo našli redko slučaj škrlatinke pri odraslem človeku, ker jo je velika večina prebolela ali se imunizirala v otroških letih. Nasprotno bomo v krajih, kjer škrlatinke ni bilo 10 ali 15 let v večjem obsegu, kaj pogosto našli slučaje med odraslimi. Tako se v zagrebški bolnici za nalezljive bolezni skozi vso dobo epidemije škrlatinke v Zagrebu nahaja po 15 do 20% oseb, starejših od 15 let. Slučaji škrlatinke pri osebah nad 30 let, niso nobena redkost. Osebe, ki enkrat prebole škrlatinko, so praktično vzeto, imune za celo življenje. Mora-li vsak preboleti škrlatinko, da postane imun? Ne. Izkušnja nas uči, da je precejšen procent ljudi prirodno imunih, druge osebe se imunizirajo s tem, da prebole angino scarlatinosa, ali pa so bolne na tako lahki fermi škrlatinke, da se to klinično ne opazi (infection inapparente).

Za določevanje imunitete se uporablja Dickova reakcija, ki v glavnem obstoji v tem, da se mala količina (0.1 ccm) razredčenega toxina vbrizga intrakutano na volarni strani desne podlakti. Reakcija se čita po 22 do 24 urah. Pri osebah, ki imajo v krvi zadostne količine antitoxina, ki torej niso imune, se na mestu injekcije vidi erythem, širji od 1 cm v diametru. Take osebe so Dick-pozitivne. Nasprotno se pri osebah, pri katerih se v krvi nahaja dosti antitoxina za neutralizacijo vbrizgavanega toxina, ki so imune, ne pojavi nikakšna reakcija. Te osebe so Dick-negativne. (Podrobnosti se dobe v navodilih, priloženih toxinu, v higienskem zavodu).

Potom te reakcije se torej dele ljudje na imune in neimune (Dick-negativne in Dick-pozitivne). Po mnogoštevilnih reakcijah v Skoplju je na pr. najdeno sledeče razmerje pozitivno reagirajočih oseb v posameznih dobah starosti:

starost	% Dick-pozitivnih	Starost	% Dick-pozitivnih
od 0 do 5 mesecev	12	8 let	48
od 6 do 11 mesecev	58	9 let	42
1 leto	84	10 let	37
2 leti	90	11 let	34
3 leta	91	12 let	32
4 leta	84	13 let	29
5 let	73	14 let	24
6 let	59	15 — 19 let	19
7 let	53	20 let in več	15

Tu se vidi, da so dojenčki v prvem polletju prirodno imuni, da pa izgubljajo to imuniteto proti koncu prvega leta; da je med otroci v predšolski dobi najmanj imunih (med njimi je tudi največ slučajev škrlatinke): tudi v šolski dobi je povprečno 40 do 50 % neimunih, pozneje pa % neimunih še bolj pada, ne izgubi se pa popolnoma nikdar.

Podobno razmerje imunih in neimunih oseb je v glavno najdeno tudi v drugih krajih (po statistikah drugih raziskovalcev).

Tudi o vrednosti Dickove reakcije so med znanstveniki jako različna mnenja. Pristaši Dickove etiologije škrlatinke v splošnem priznavajo njeno vrednost, protivniki pa pravijo, da je to samo alergična reakcija brez prave vrednosti. Odrekati pa ne more nikdo, da so slučaji škrlatinke pri Dick-negativnih jako redki. Po mojem mnenju je glavna težkoča v tem, da še do sedaj nimamo enotne mere za jakost toxina, in to, kar je z enim močnejšim toxinom slabo, pozitivno, je z drugim slabšim toxinom že lahko negativno.

Principijalno bi bilo potrebno aktivno imunizirati samo osebe, ki nimajo antitoxina v telesu, ki niso imune, kar se ravno določa z Dickovo reakcijo. Ker je pa s preizkušanjem reakcije združena izguba časa, zato se pri cepljenju en masse navadno reakcija izpušča, ter se otroci od 1. do 14. leta starosti cepijo vsi brez razlike, reakcija pa se dela samo pri odraslih in se med njimi cepijo samo Dick-pozitivni. Kljub temu pa jaz tudi pri otrocih preizkušam Dickovo reakcijo pred poznejšo imunizacijo, ker mi ona prvič pokazuje, kdo je neimun, drugič pa tudi stopnjo neimunosti ($++$, $+$, $\pm$). Osebe, pri katerih je Dickova reakcija jako pozitivna, namreč tudi na poznejše injekcije toxina v svrhu imunizacije jako reagirajo, tako da pride včasih celo do toxin-exanthema, zato bi se moralo pri njih začeti z manjšimi dozami, kar je praktično velikega pomena.

Za aktivno imunizacijo se vbrižgava toxin podkožno in sicer v intervalu 7 do 10 dni. Kot prva doza se pri nas navadno vbrižgava 500 kožnih doz, druga 3000, tretja 10.000 kožnih doz, četrta (v redkih slučajih) 20.000 k. doz. V Ameriki dajejo še več injekcij, tako da je celotna množina vbrižganega toxina 50 do 100.000 kožnih doz. Pravilno bi morali smatrati vsako osebo imuno šele takrat, ko bi se pri njej reakcija, ki je bila pred imunizacijo pozitivna, izpremenila v negativno, in bi ji v slučaju, da so tri injekcije nezadostne v ta namen, bilo treba vbrižgavati še nadaljnje doze. Samo pozitivni osebi bo mogoče dovolj 10.000 kož. doz, drugi jako pozitivni, bo treba 50.000 ali še več.

Za praktične namene zadostujejo tri injekcije in bo moral biti naš cilj, da število injekcij še zmanjšamo. Za podrobno opisovanje tehnike imunizacije tu ni mesta.

Delna imuniteta nastopa takoj po drugi injekciji, popolna pa — v kolikor se to more določiti z Dickovo reakcijo — pri nekaterih osebah 10 do 14 dni po zadnji injekciji, pri večini oseb v drugem ali 3. mesecu pri eni tretjini šele pozneje. So tudi osebe (približno 10 %), pri katerih sploh ne moremo doseči imunitete. Tako dosežena imuniteta traja različno: po nekaterih znanstvenikih eno leto, po drugih vsaj par let.

Praktičnega zdravnika bo najbolj zanimalo vprašanje, ali je aktivna imunizacija proti škrlatinki uspešna. Mnenja v tem oziru so dokaj različna. Medtem ko so Amerikanci in Rusi dovolj zadovoljni z imunizacijo so med Nemci, Angleži in Francozi mnenja deljena. Omenil sem že, da je še pred vojno z aktivno imunizacijo proti škrlatinki v Rusiji imel velike uspehe v vaseh Gabričevski. V Južni Rusiji je bila v zadnjih letih imunizacija izvršena pri približno 100.000 otrocih z dobrim uspehom. Prof. Koršun iz Moskve je zaključil svoje predavanje v Königsbergu z izjavo, da aktivna imunizacija proti škrlatinki tudi v mestih zelo zniža morbiditeto in še bolj letaliteto škrlatinke. Po njegovem mnenju in izkušnjah imuniteta traja najmanj dve leti. Na podlagi njegovih osebnih izkušenj in ostale ruske kulture je uspešno delovanje aktivne imunizacije v borbi proti škrlatinki dokazano. Njegovemu mnenju se pridružuje prof. Stutzer

iz Rostova na Domu. Prof. Zlatorogov iz Harkova priznava trajanje imunite 9 mesecev, v splošnem pa še ne more dati zaključnega mnenja. Higienški zavodi v Varšavi in Budimpešti navajajo ugodne rezultate. Nasprotno pa prof. Goer in dr. Redlich iz Lvova nista navdušena za aktivno imunizacijo. Tudi v Jugoslaviji se je v zadnjih treh letih na mnogih krajih začela imunizacija proti škrlatinki en masse z velikim navdušenjem. Kakor pri vsaki novi stvari, tako se je tudi od aktivne imunizacije proti škrlatinki pričakovalo preveč, namreč popoln uspeh v 100 %. Tega ni bilo, in seveda se je navdušenje pleglo in prešlo v drug ekstrem: imunizacija sploh ni nič vredna ali pa celo škoduje. Resnica bo, kot po navadi, v zlati sredini. Dobro nam je vsem znana vrednost imunizacije proti črnim kozam (vakcinacija), in nikdo se ne protivi, da je pri nas uvedeno obvezno cepljenje. Začudil pa se bo marsikdo, da dve na visoki stopnji kulture stoječi državi — Anglija (domovina Jenner-a) in Zedinjene drž. Severne Amerike — nista uvedli obveznega cepljenja proti črnim kozam, in da je poleg Rusije v Evropi največ slučajev črnih koz ravno na Angleškem. Nič bolje ni v Ameriki. Zakaj ne moreta uvesti obveznega cepljenja? Zato, ker je med prebivalstvom in celo med zdravniki preveč protivnikov, poleg drugih razlogov tudi radi tega, ker so večkrat nastopile komplikacije zaradi vakcinacije same (phlegmone, sepsis, etc.) in pa, ker prva cepljenja niso prinesla popolnega uspeha: med drugimi necepljenimi slučajji je na črnih kozah zbolelo tudi mnogo oseb, ki so bile cepljene. Ako se že pri vakcinaciji proti črnim kozam dogaja, da ne verujejo v njeno moč radi par neuspehov, koliko lažje je to pri imunizaciji proti škrlatinki, ki je šele v začetkih in nikakor še ne popolna.

Zdravniki, ki so se obširneje bavili z imunizacijo proti škrlatinki, so kljub nekaterim neuspehom prišli do zaključka, da je jako uspešna tam, kjer se vrši en masse med vsemi otroci kakšnega kraja, na pr. po celih vaseh. Ne samo, da prepreči dohod epidemije v vas, kjer prej ni bilo škrlatinke, ampak tudi prepreči dalje širjenje epidemije v vasi, kjer že vlada bolezen. Zato je kot sredstvo za pobijanje te nevarne bolezni po vaseh, kjer ni vedno pri rokah zdravnik, kjer pogosto vlada mortaliteta 20 do 30 %, kjer so vse druge metode in vsa sredstva jako malo uspešna, ravno aktivna imunizacija jako velike važnosti.

Istotako pokazuje velike uspehe v raznih internatih, sirotiščih, otroških vrtcih in šolah, kjer se istočasno imunizirajo vsi otroci. V mestih samih pa se uspeh imunizacije ne bo mogel videti nikdar tako jasno, ker bo z raznih vzrokov ostalo vedno mnogo otrok neimunizovanih, ki v slučaju bolezni služijo za dalje širjenje infekcije, in ki predstavljajo nevarnost za okuženje otrok, ki niso bili kompletno imunizirani. Ipak se s točno statistiko lahko dokaže znižana morbiditeta, a še bolj letaliteta imuniziranih otrok, kar je zadosten uspeh.

Za pravilno presojanje uspeha ali neuspeha imunizacije se je predvsem treba tudi točno informirati v slučaju bolezni pri imuniziranem otroku, jeli bila imunizacija pri njem končana, to je, koliko injekcij je dobil. Zelo pogosto se namreč zgodi, da je bila preizkušena samo Dickova reakcija, ali pa je otrok k večjemu dobil še prvo dozo, pa roditelji mislijo, da je dovolj, in ga pozneje ne pripeljejo več na cepljenje. Tak otrok se seveda ne more šteti med imunizirane.

Ker sem v pogledu aktivne imunizacije proti škrlatinki imel precej izkušenj v Južni Srbiji, hočem na kratko podati rezultate imunizacije tam.

V Južni Srbiji vlada vedno v kakšnem kraju skarlatina. V Skoplju je vedno nekoliko slučajev, podobno po ostalih mestih. V vaseh pa so tu in tam epidemije, ki navađno končajo s tem, da škrlatinka obišče vse hiše in v vsaki izbere svojo ųrtev. Zgodi se često, da v vasi leųi 30, 50 in več bolnikov brez vsake zdravniške pomoči, posebno ako je vas oddaljena od ųeleznice v hribih in zdravnika ne obvestijo. Da tu škrlatinka lahko gospodari po mili volji, je jasno. Tudi če zdravnik končno izve za epidemijo, ne more veliko storiti. Ako more priti v vas 2krat na teden in nekaterim bolnikom dati serum v kurativne namene, je veliko. Bolnikov v bolnico ne more izolirati, ker je predaleč, in ker v bolnicah ni infekcijskih oddelkov. Bolniki nimajo niti prave hrane, niti postreųbe. Zato vlada tud navadno mortaliteta 20 do 30 %. Ali sme zdravnik, ki nekoliko socialno misli, drųati tu kriųem roke in pustiti, da se bolezen ųiri dalje, gledati kako izumirajo cele vasi? Ali ni dolųan podvzeti vse mogoče mere, da se prepreči daljnje ųirjenje bolezni? Kaj more podvzeti? Izolacija po hišah je nemogoča, razen če je bolezen samo v par hišah, premestitev v bolnico nemogoča desinfekcija v leseno-slammatih bajtah brez zmisa. Preostane edino sredstvo: reųiti, kar se reųiti da, to je pomagati bolnikom z injekcijami seruma in preprečiti prihod bolezni v druge bliųnje vasi s pomočjo aktivne imunizacije.

Zato je higienski zavod v Skoplju izvedel imunizacijo otrok po Skoplju in vaseh, ki so bile ogroųene od škrlatinke. Tako je prejelo:

K r a j	Samo 1 injekcija	Samo 2 injekciji	3 ali 4 injekcije	Skupaj
a) v Skoplju	690	868	2812	4370
b) v vaseh	1243	891	6133	8267
Skupaj	1932	1759	8945	12637

Za ves čas imunizacije ni bilo niti ene nevarnejše komplikacije, velika večina otrok pa sploh ni reagirala.

Kakųni so bili rezultati te imunizacije?

To se da najlaųje zaključiti, ako primerjamo razmerje slučajeų skarlatine med cepljenimi in necepljenimi osebami.

A. V S k o p l j u. Po podatkih fizikata v Skoplju je bilo l. 1927. v mestu 124 slučajeų škrlatinke, od katerih jih je 33 umrlo. Vse slučaje smo epidemioloųko točno preiskali. Med njimi je bilo 116 otrok od 1. do 15. let (umrlo 32) in 8 starejųih oseb (1 umrla). Ker smo v glavnem imunizirali samo otroke od 1. do 15. leta, zato za določevanje uspeha imunizacije starejųe osebe ne pridejo v poųtev. Skoplje je imelo v l. 1927. okrog 75.000 prebivalcev (po podatkih občine). Analogno kot v drugih mestih tudi tu lahko zaključimo, da je med tem prebivalstvom pribliųno 20 % otrok starih 1. do 15. let (dojenčki do enega leta ne pridejo v poųtev, ker niso bili imunizirani), torej okrog 15.000. Po gornjih podatkih je bilo med njimi 116 bolnih na škrlatinki, od katerih je 32 umrlo. Gornjih 15.000 otrok lahko razdelimo v 4 skupine:

1. Imunizirano s 3 do 4 dozami je bilo 2812, od katerih sta 2 zbolela 3 mesece po imunizaciji (0.07 %), umrl na škrlatinki ni nihče.

2. Deloma munizirano (prejeli 1 ali 2 injekciji) je bilo 1558, od katerih je nekoliko tednov pozneje 8 zbolelo (0.5 %) z enim umrlim (12 %).

3. Dick-negativno in neimuniziranih je ostalo 2512, od katerih sta 2 zbolela (0·08 %) z enim smrtnim slučajem. (Najbrž je bilo čitanje reakcije nepravilno in sta bila oba slučaja Dick-pozitivna, a ne Dick-negativna.)

4. Pri 8118 otrocih ni bila preizkušena Dickova reakcija in niso bili imunizirani, od njih je 104 zbolelo (1·3 %), od katerih je 30 umrlo (29 %).

Ako bi odstotek bolnih (1·3 %) in umrlih (29 %) iz 4. skupine prenesli na skupino popolnoma ali deloma imuniziranih (1. in 2. skupina), bi prišli do rezultata, da bi brez imunizacije imeli v teh skupinah 57 bolnih s 17 umrlimi, kar pomeni, da je bilo z imunizacijo rešenih — mislim, da imamo precejšen razlog tako sklepati — 47 otrok bolezni in 16 smrti.

Imunizirani in vendar oboleli otroci so imeli lahko formo škrlatinke, tako, da je pri nekaterih slučajih bila debata med zdravniki, jeli to sploh škrlatinka.

B. Rezultati imunizacije v raznih vaseh okolice Skoplja. — Od aprila 1926. do decembra 1927. je bilo v vaseh v okolici Skoplja 10 večjih in manjših epidemij škrlatinke. V nekaterih vaseh je bila škrlatinka že tako razširjena, da ni imelo zmisla začeti z aktivno imunizacijo. V dveh vaseh (Dračevo in Kučkovu) je zavod bil mnenja, da ni priporočljivo za časa trajanja epidemije otroke aktivno imunizirati, ker se imunizacija ne more vršiti po posameznih hišah (nespretno prenašanje instrumentov), in bi zato bilo potrebno otroke nekje zbrati. To bi govorilo proti glavnemu principu pri nalezljivih boleznih — izolaciji. Med otroci bi se gotovo našli kliconosci, ki bi potem lahko druge okužili. Dalje bi se med njimi lahko nahajali otroci, ki so že v inkubaciji, pa bi se pri njih par dni po prvi injekciji razvila skarlatina. V tem slučaju bi ljudje mogli to tolmačiti (seveda krivo), da so otroci zboleli radi injekcije, in s tem bi izgubili zaupanje v vrednost imunizacije. Zato v teh vaseh ni bila deca imunizirana, ampak so se podvzele samo druge mere. Rezultat ni bil posebno dober. Sicer smo preprečili razširjenje epidemije v bližnje vasi, zato pa nismo mogli preprečiti, da se je škrlatinka širila po vasi in obiskala vse hiše. Letaliteta je bila sicer mala, posebno v Kučkovu (7 %), kjer je večini obolelih bil vbrizgavan serum, ampak število bolnih je bilo visoko: v Dračevu 100, v Kučkovu 135. Epidemija je trajala 4 mesece.

V ostalih 5 vaseh smo se držali druge metode. Bolnike smo izolirali v njihovih hišah, kolikor je bilo mogoče, in dobili so redno zdravniško pomoč. Zdrave otroke od 1. do 15. leta (razen iz hiš, kjer je bil kdo bolan) pa smo imunizirali v večji hiši, ali na kakšnem dvorišču, zavarovanem proti vetru. Nismo se več bali zdrave otroke zbrati na enem mestu, ker smo iz prakse vedeli, da se itak medsebojno obiskujejo, čeprav je epidemija v vasi. Opozorili smo starše in županstvo, da se mogoče kdo od otrok nahaja že v inkubaciji in lahko zboli kljub imunizaciji, ali kmalu po prvi injekciji. Rezultat je bil zelo dober. Sicer so zboleli 3 ali 4 otroci za časa imunizacije, približno teden dni po 3. dozi pa ni bilo nobenega slučaja več med trikrat cepljenimi. Zato pa se je pojavilo 3 ali 4 tedne po imunizaciji več slučajev škrlatinke med otroci, ki jih starši niso hoteli dovesti na imunizacijo. Istotako smo imeli več slučajev med odraslimi, ki niso bili imunizirani. Na ta način nam je uspelo, epidemijo ustaviti v 5 do 6 tednih. To so čuli vaščani iz sosednih še zdravih vasi, in takoj prosili, da se tudi tam izvrši imunizacija.

Mogel bi navesti še mnogo primerov dobrih uspehov aktivne imunizacije po vaseh. Splošno mnenje vseh zdravstvenih faktorjev v skopski oblasti po izvršeni imunizaciji po nekaterih okrajih je bilo to, da aktivna

imunizacija sicer še ni popolna (posebno, ker so potrebne vsaj 3 injekcije), da pa je v danih razmerah za sedaj še najboljše sredstvo za pobijanje epidemij skarlatine, kakor tudi za preprečevanje širjenja po okolici.

Po izkustvih v Južni Srbiji, kjer se je imunizacija vršila sistematično in se vodila točna statistika reakcij in obolelih, bi za slučaj epidemij skarlatine v Sloveniji isto zelo priporočal, saj nas epidemije celo obvezujejo, da izvajamo energične mere. Sicer se z njo ne doseže 100 % uspehov — saj tudi v tako obširni medicinski terapiji ne poznamo zdravil, ki bi to dosegla, saj še celo tako slavni chinin pri malariji ima polno neuspehov — vendar znači gotovo velik korak naprej pri pobijanju in preprečevanju skarlatine, te zavratne morilke mladine. Potrebno pa je, da jo izvede zdravnik, ki mu je cela tehnika imunizacije dobro znana. Dobro in pravilno izvedena imunizacija more prinesiti samo popoln ali vsaj delen uspeh, nikakor pa ne more škodovati.

S kirurškega oddelka splošne bolnice v Ljubljani.

Duchenne-Erbova ohromelost.

(Prispevek iz sodnozdravniške prakse).

Dr. Fr. Derganc, primarij oddelka.

V pričujočem poročam o izredno zanimivi poškodbi, zaradi katere teče pravda skozi različne instance že šesto leto. Dvanajstletno deklico je na cvetni četrtek 1. 1924. naskočil in podrl pes, ki se je utrgal z verige. Deklica je padla naprej na roke in pri tem utrpela poškodbo v levi rami, kot posledica je nastopila trajna ohromelost leve rame in levega komolca. Varuštvo mladoletne poškodovanke toži sedaj za odškodnino lastnika psa, ki se seveda z vsemi pravnimi sredstvi brani obsodbe.

Ker se stanje levice po padcu nikakor ni hotelo izboljšati, so svojci odvedli deklico dne 23. aprila 1924 k zdravniku dr. A., ki jo je zdravil s faradizacijo do 4. maja 1924. K istemu zdravniku je prišla vnovič v ordinacijo dne 6. oktobra 1924 zaradi božjastnih napadov, ki jih je dobivala skozi tri tedne skoro vsako noč.

Od 5. junija do 15. avgusta 1924 se je nahajala deklica v oskrbi splošne bolnice v Ljubljani na nevrolško-psihijatričnem oddelku z diagnozo: monoplegia.

Anamneza navaja, da se je 27. marca 1924 prestrašila psa in padla na levo stran. Drugi dan je začela leva roka pešati in pričelo jo je boleti tudi v grlu, da je pet dni ležala. Levi lahet je postajal vedno slabši, da ga ni mogla privzdigniti, niti s prsti gibati. Sedaj je že bolje, čuti pa v roki še vedno mravljinice in se ji močno poti.

Status praesens: leva roka v prstih in v zapestju dobro aktivno gibljiva, v komolcu in ramenu brez aktivne gibljivosti. Senzibiliteta dobra. Motorična moč desnice 26, levice 13.

Dne 12. septembra 1924 jo je pred okrajnim sodiščem v K. preiskal izvedenec dr. B. in podal tale izvid in tole mnenje (izvleček):

Izvid. Slabo rejena, 12 letna deklica z zdravimi organi. Na zunanosti telesa in na koži ni ugotoviti nikalih sledov poškodbe.

Levi lahet visi navzdol, ne da bi ga mogla poškodovanica aktivno zganiti, v rami dvigniti ali sključiti v komolcu. Leva roka je v vseh smereh dobro gibljiva. Na levi rami se vidi močna atrofija miškulature, ki obsega vso ramo spredaj in nad lopatico v toliki meri, da se vidijo obrisi kosti.

Deklica je bila prej popolnoma zdrava, po napadu ni bljuvala, pač pa jo muči od tedaj glavobol.

Mnenje. Gre za popolno ohromelost levega lahta razun roke. Ne da se dokazati, da bi bila nastopila vsled strahu, pač pa ni izključeno, da je nastala vsled padca, ko je pes podrl deklico na tla. Pod to predpostavo je označiti okvaro kot kontuzijo leve rame in težko telesno poškodbo. Ohromelost se najbrže nikoli ne izgubi, tako da je računati s trajnimi posledicami poškodbe.

Dne 18. marca 1926 je bil dr. B. drugič zaslišan pred istim sodiščem ter izjavil, da nima k svojemu prvemu izvidu ničesar pripomniti. Na posebno vprašanje sodnika pa doda sledeče:

Popolnoma izključujem, da bi bila predmetna ohromelost nastopila vsled prestrašenja. Možno pa je, da je nastala vsled padca. Na izboljšanje roke tudi ob sistematičnem zdravljenju ni upati. Ali pa bi bile posledice poškodbe manjše, oziroma bi se bile mogle sploh odstraniti, ako bi se bilo začelo z zdravljenjem takoj po poškodbi, na to vprašanje danes ne morem točno odgovoriti.

Dne 21. septembra 1926 je bil zaslišan pred istim sodiščem kot priča dr. A. in izpovedal sledeče (izvleček):

Dne 23. IV. 1924 je prišla deklica P. M. s spremstvom v mojo ordinacijo in povedala, da ji je 27. III. 1924 neki pes skočil na hrbet in jo podrl na tla. Še tisto noč menda otrok ni spal, če pa je spal, je v spanju kričal. Tekom nadaljnjih par dni, so domači opazili, da pestuje deklica otroka samo na desnici, da postaja levica slabša in slabša. Čez kake 3 tedne je roka popolnoma ohromela.

Preiskava je podala sledeči izvid: mišice v levi rami in v levem nadlahtu so popolnoma ohromele, tako da ni mogoč noben dvig v ramenskem sklepu, istotako ne sključenje podlahta. Izteg v komolcu je v mali meri mogoč. Supinacija je popolnoma nemogoča. Gibi roke same so v vseh smereh ohranjeni. Konstatiral sem poškodbo živčnega pleteža levega lahta nad ključnico. Bolnica je prihajala do 4. aprila 1924 vsak drug dan v ordinacijo na faradizacijo, dokler nisem za štiri tedne odpotoval.

Dne 6. oktobra 1924, ko se je bolnica vnovič predstavila zaradi božjastnih napadov, sem ugotovil sledeče: mišice v levi rami in levem nadlahtu oslabele, stanjšane, gibi nemogoči. Gibi v roki sami so popolnoma ohranjeni.

Glede nastanka bolezni se pridružujem izpovedi dr. B in izjavljam, da je nastala ne vsled strahu, ampak vsled pritiska ključnice na živčni pletež.

Na vprašanje toženčevega zastopnika, ali bi bil potek bolezni drugačen in ali bi bilo zdravljenje lažje in sigurnejše, ako bi bila prišla bolnica takoj po padcu k zdravniku, ne morem odgovoriti, ker sem imel primere, da je prišel bolnik v ordinacijo še pozneje nego P. M., pa se je popolnoma pozdravil.

Na vprašanje zastopnika tožiteljice nisem vpošteval bolečin vsled nemirnega spanja, ker se v nemirnem, strašljivem spanju ne čuti posebnih bolečin. Tudi nisem vpošteval božjastnih napadov, ker niso v zvezi s poškodbo na lahtu, pač pa bi utegnili biti v zvezi s prestanim strahom ob napadu psa. Ko bi vpošteval tudi te napade kot posledico strahu, bi moral zvišati bolestinino na dvojno vsoto.

Dne 13. maja 1927 je bi v ponovni razpravi pred okrajnim sodiščem zaslišan tretji zdravnik dr. C. kot izvedenec in izpovedal sledeče (izvleček):

Po predočbi dosedanjih izvidov v kazenskem postopanju, kakor tudi tekom te pravde, povem, da je stanje tožiteljice danes tako, kakor je bilo dosedaj ugotovljeno in bo tudi ostalo tako.

Po direktnem udarcu na takozvano Erbovo točko je bil živčni pletež pretrgan in vsled tega so ohromeli živci, ki vodijo k zunanji muskulaturi pleča. Vsled tega so tudi mišice, oskrbovane od teh živcev, ohromele. Poškodba ima v medicini posebno ime in se imenuje »Erbova ohromelost«.

Pridružujem se mnenju obeh dosedanjih izvedencev, pristavljam pa, da je nastala poškodba vsled zunanje sile, t. j. vsled direktnega udarca na Erbovo točko. Kakor hitro se je ta udarec zgodil, bolnica ni več mogla rabiti leve roke in mnenje izvedenca dr. A. glede hitrejšega zdravljenja, ko bi bila prišla bolnica takoj k zdravniku, popolnjujem v toliko, da je tako zdravljenje le tedaj mogoče, če se živčni pletež v Erbovi točki le natrga, ne pa, če je popolnoma pretrgan kakor v predmetnem primeru.

Po predložitvi prič, da je tožiteljica neposredno po poškodbi še rabila levi lahet in ga dvignila, izjavljam, da ni mogla takoj po poškodbi več rabiti leve roke za nobeno delo, je torej tudi ni več mogla dvigniti. Razlika med stanjem roke v trenutku poškodbe in zdaj je le v tem, da so bile mišice v rami in nadlahtu še kolikor toliko polne, danes pa so atrofirane.

Po predložitvi, da je tožiteljica vsled napada psa padla na roke, izjavljam, da se mi zdi malo verjetno, da bi bila ta poškodba nastala pri padcu na roke, ali pa tudi, ko bi bila padla na zadnjo stran leve rame, ampak ostanem odločno pri tem, da je morala zunanja sila vplivati direktno na takozvano Erbovo točko.

Božjastni napadi so mogli nastati takoj po dogodku vsled strahu, pozneje pa vsled ohromelosti levega lahta in nervoznosti sploh.

Na posebno vprašanje sodnika še povem, da nastopa taka ohromelost rada pri kmečkih delavcih vsled nošnje težkih bremen na ramenih in trajnega pritiska. Pri pestovanju taka ohromelost po mojem mnenju ne bi mogla nastati.

Na podlagi zadnje ustne razprave in mnenja izvedenca dr. C. je okrajno sodišče zavrnilo tožbo in tožbeni zahtevek tožiteljice.

Dne 14. februarja 1929 sem bil jaz od deželnega sodišča v Ljubljani imenovan in povabljen za izvedenca v prizivni razpravi, ki se je vršila dne 7. marca 1929. V svrhu natančne preiskave sem sprejel tožiteljico P. M. na kirurški oddelek od 26. februarja do 1. marca 1929, na kar sem ugovoril sledeče:

A n a m n e z a. P. M., hči dninarice, rojena 12. maja 1912, stanujoča v Š. 173, se je vračala na cvetni četrtek l. 1924. zvečer o mraku domov. Ta čas se je pripeljala njena gospodinja z vozom iz mlina. Deklica je pohitela za njo in stopala par korakov za vozom. Nenadoma je pritekel od desne strani z dvorišča pes, ki je močno zalajal, skočil dekllici na hrbet in jo podrli na tla, tako da je padla naspred na roke. Gospodinja je voz ustavila in psa odgnala z bičem, na kar je dekllica vstala in zopet šla za vozom. Deklica se je pri padcu zelo prestrašila in začutila bolečino v levi rami, po padcu sta se tresla leva rama in levi lahet, ki je bil ves mravljiničast. Kljub bolečinam v levi rami je tisti večer po padcu z roko in lahtom še gibala, drugo jutro pa so postale bolečine hujše in v lahtu je nastopila slabost, ki je napredovala od dne do dne, tako da je v torek, peti dan po poškodbi levi lahet popolnoma ohromel ter ga ni mogla več gibati niti v rami niti v komolcu. En teden jo je v levi rami močno bolelo, po malem pa štirinajst dni. Ker se stanje ni izboljšalo, so jo domači čez kake tri tedne odvedli k zdravniku. V jeseni 1924 so jo začeli napadati božjastni krči, ki so se ponavljali vsak drug dan, a so prenehali sledeče leto popolnoma. Danes čuti levi lahet nekoliko močnejši, tako da opravlja lahka hišna dela, ako ni treba rame vzdigniti ali sključiti komolca. Glava je ne boli, spanje mirno, tek dober. perijoda normalna.

Status praesens. Srednje razvito in rejeno dekle z zdravim in živahnim izrazom. Nekoliko sedlast nos, Hutchinsonovi zobje, kot otrok je bila bolna v ušesih. Zenični in kornealni refleksi normalna, konjunktivalna in žrelna arefleksija.

Leva rama kaže močno atrofijo mišic, tako da prominirajo obrisi skeleta. Na levi ključnici se vidi 8 cm od sternoklavikularnega sklepa deformacija v obliki izbokline in krivine nazven in navzgor. Levi lahet visi pasivno kakor mrtev ob telesu, preiskovanka ga ne more niti v rami niti v komolcu aktivno zganiti. Levi podlahet je nekoliko zabrekkel, cianotičen, leva roka je normalno gibljiva na vse strani. Atrofija obsega sledeče

mišice: mm. supraspinatus, infraspinatus, deltoideus, biceps, brachialis internus supinator longus. Ohromeli so sledeči živci: nn. suprascapularis, axillaris, musculocutaneus, deloma radialis. Obseg levega nadlahta v sredini 19.5 cm, desnega 21.5 cm, obseg čez levi m. deltoideus 20 cm, čez desni 24 cm, obseg levega podlahta 21 cm, desnega 22.5 cm, obseg levega zapestja 16 cm, desnega 16 cm.

Nevrološki izvid (doc. dr. I. Robida 27. II. 1929): Bolnica je bila na tukajšnjem oddelku pred 5 leti pod diagnozo »monoplegia«, kar svedoči, da ni bila geneza bolezni znana. Ker je bolnica ohromela po prestrašenju, je bilo misliti na psihogeno ohromitev s konsektivno inaktivitetno atrofijo. To naziranje podpira še danes nedostajanje vsake degenerativne reakcije. Za samo inaktivitetno atrofijo so pa okvare vendarle sumljivo velike.

Rentgenov izvid (primarij dr. A. Kunst 26. II. 1929): Leva clavicula je sicer nekoliko upognjena, toda brez drugih gotovih znakov traume. Ev. vratnega rebra leve strani ni opaziti, vretenci so popolnoma simetrični. Skelet humerusa je lahko atrofičen, sicer pa brez patoloških ali traumatičnih znakov.

Na rentgenovi sliki in pri presvetljavi se vidi kostna struktura na mestu navedene deformacije nejasna, zabrisana.

Diagnoza: Duchenne-Erbova ohromelost po poškodbi.

Habitus neurasthenicus, konjunktivalna in žrelna arefleksija, božjastni krči opozarjajo na možnost funkcionalne (histerične) ohromelosti, katero pa izključujejo sledeči momenti: 1. izredna atrofija mišic; 2. polagoma nastopajoča ohromelost; 3. znaki objektivne poškodbe (subperiostalni kostolom ključnice); 4. tipičnost ohromelosti kot posledica organske poškodbe; 5. izkustvo znanstvenega nezgodoslovja.

Mnenje. Poslednje (Prof. Dr. C. Thiem, Handbuch der Unfallkrankungen, 1910; Prof. Dr. H. Liniger und Prof. Dr. G. Molineus, Der Unfallmann, 1928) navaja namreč navedeno ohromelost med tipičnimi poškodbami, ki nastane navadno na ta način, da se pri vzdigu lahta nad horizontalo ključnica po dolgem obrne, postavi na rob, približa hrbtenici ter pri tem pritisne na spodaj ležeče prvo rebro in proti prečnim podaljškom spodnjih vratnih vretencev. Na stičnem mestu med ključnico in prvim rebrom nastane hipomohlion, ki povzroči: 1. da se tu ključnica ali prelomi; 2. ali izpahne v prsnem sklepu; 3. ali pa zmečka med ključnico in rebrom ležeče Duchenne-Erbovo živčno debljo, iz katerega izvirajo nn. axillaris, musculocutaneus, radialis.

Tudi v našem primeru se je zgodila poškodba na ta način, da je preiskovanka po naskoku psa padla naspred na iztegnejna, čez horizontalo dvignjena lahka in sicer z večjo silo na levo stran. Pri padcu na iztegnjeni levi lahet je leva ključnica pritisnila spodaj preko prvega rebra potekajoče Duchenne-Erbovo živčno debljo in povzročila njega zmečkanino. Z zmečkanino ni bil takoj pri padcu pretrgan živec, o čemer priča navedba preiskovanke, da je zvečer po poškodbi še lahko gibala z levim lahtom, ki se je samo tresel in čutil mravljinčast. O jačini sile sklepamo iz deformacije leve ključnice, ki je najbrže posledica subperiostalnega kostoloma iz istega vzroka. Degeneracija živca na zmečkanem mestu se je začela razvijati šele drugi dan in je postala kompletna šele peti dan po poškodbi. Navedena ohromelost je v neposredni vzročni zvezi s padcem po naskoku psa in je neposredna posledica tega padca. Ohromelost leve rame in levega komolca je trajna in ni pričakovati več izboljšanja. Trajno zmanjšanje delazmožnosti znaša 50%. Podobno bi bilo ovrednotiti ohromelost v primeru funkcionalnega (histeričnega) izvora, ker bi jo bilo smatrati za posledico prestanega živčnega šoka (strahu), vzročno zvezano s pasjim napadom in padcem.

Duchenne-Erbova ohromelost je tako tipična bolezen, da se je mora spomniti vsak zdravnik, ako le sliši o ohromelosti rame in komolca po poškodbi. Razumevanje nam olajša sledeči anatomski in fiziološki premislek. V poštev prihajajoči del lahtnega pleteža (plexus brachialis), 5. in 6. vratni živec izstopata s kratkim in skupnim deblom skozi skaleno vrzel. Mesto izstopa se imenuje Duchenne-Erbova (supraklavikularna) točka in

skupni živec Duchenne-Erbovo živčno deblo. Dalje poteka živec med prvim rebrom in ključnico. Iz debla izhajajo sledeči živci: n. axillaris za m. deltoideus, n. musculocutaneus za mm. biceps, coracobrachialis, brachialis int., n. radialis za m. supinator longus. N. suprascapularis se odcepi navadno višje in samostojno, včasih pa leži v skupnem deblu. O mehanizmu lahovega vzdiga je ugotovil Gaupp s poizkusi, da služijo vzdigovanju lahta čez horizontalo mm. deltoideus, supra- in infraspinatus. Najvažnejše pri vzdigu je dejstvo, da se ključnica obrne okoli vzdolžne osi, se postavi na rob in približa prečnim podaljškom spodnjih vratnih vretencev, pri tem pa pritiska na spodaj ležeče prvo rebro, preko katerega drži D. E. živčno deblo. Tako razumemo nevarnost poškodbe (zmečkanine) za D. E. živec ob vsakem nenadnem in z veliko močjo izvedenem vzdigu lahta nad horizontalo, ista nevarnost nastane po sumaciji dražajev, ako se kronično ponavlja tako silovito in naglo vzdigovanje v ramenu. Razen zmečkanine povzroča ohromelost seveda tudi direkten udarec, strel ali urez na supraklavikularno točko.

Tako zmečkanino so doslej opazovali pri padcu na iztegnjeno roko, pri padcu na ramo, pri pritisku ključnice ob nošnji težkega bremena na rami, pri ležanju glave na ključnici med spanjem, pri pretegnitvi lahta med porodom, med držanjem konj na vajetih, pri previsokem dvigu lahov med narkozo (Braun). O s a n n je opisal obojestransko D. E. ohromelost pri 39-letnem odkladalcu premoga po 14-dnevnem delu. H a g e n je opazoval popolno pretrganje pleteža brez zunanje poškodbe, brez kostoloma ali izpaha pri padcu kolesarja, ki je imel na ramah težak nahrbtnik.

Zaradi podobnosti z našim primerom navajam sledeči H e r d t m a n n o v primer:

De 19. aprila 1898 je bil sprejet neki zidarski polir, ki se je ponesrečil že 3. decembra 1897 pri sekanju drv. On in šest drugih delavcev je vleklo z navpično dvignjenimi lahti vrv nažaganega drevesa. Vrv se je utrgala in vseh sedem je padlo na tla. Polir je padel vznak in priletel z desno ramo na kup lesa ter takoj začutil močno bolečino od rame do komolca. Kljub bolečini se za poškodbo ni zmenil, ali že zvečer je opazil, da ne more več tako lahko gibati desnega lahta kakor prej. Vendar je še dalje opravljal lahka dela in pri tem rabil samo levico. Desnica je postajala čimdalje slabša, naposled je ohromela popolnoma, da je moral pustiti delo.

Tudi v našem primeru je nastopila D. E. ohromelost na ta način, da je padla deklica na iztegnjeno roko, pri čemer je prišlo do zmečkanine D. E. živca med ključnico in prvim rebrom. V našem primeru je zanimiva variacija odcepa n. suprascapularis iz skupnega D. E. debla, kar dokazuje ohromelost mm. supra- in infraspinati.

Za praktičnega in sodnega zdravnika pa je posebno poučno različno stališče, ki so ga zavzeli zdravniški izvedenci pri presojanju poškodbe, kar je v nemali meri prispevalo k dolgotrajnosti procesa.

Izbrana pisma.*)

Teodor Billroth.

D u n a j, 4. maja 1883. Z največjim zanimanjem in resničnim sočutjem sem sledil Tvojim poročilom o Tvojih otrokih. To je čudna stvar; Tebe prešinja strah, ako hoče eden Tvojih dečkov postati kmetovalec, in jaz bi bil ves iz sebe, ako bi imel sina, ki bi hotel študirati medicino. Ako ima

*) Dr. G. Fischer, Briefe von Th. Billroth, 9. Aufl., Hannover 1922.

Tvoj sin posebno veselje do medicine, ako je marljiv, energično delaven in ima dober dar opazovanja, potem mu pusti njegovo stremljenje.

Zdravniški poklic je težak, naporen, malo hvaležen, vodi le počasi k samostojnosti. Ako pomislim, koliko mladih, nadarjenih ljudi je skupno z menoj študiralo in kako malo jih je prišlo do uspešnega mesta, moram reči, da sem bil jaz rojen pod posebno srečno zvezdo. Pri zdravniku, če se je še toliko učil, prihaja v poštev toliko osebnih lastnosti, ki skoro bolj vplivajo na uspeh v tej karijeri nego znanje, tako se vidi prav dostikrat, da zmaguje osebnost nad znanjem in sposobnostjo.

D u n a j, 19. septembra 1883. Pišeš o težavah kmetovalca, o njegovi odvisnosti od vremena, vetra, ognja, itd., sicer pa nočem Tebe in Tvojega sina oplasiti; resnično, tudi zdravniku ni poslano z rožicami. Konkurenca postaja vedno večja, začetek je navadno prav težak. Med študijem se res veselimo, da smo dobili nekaj vpogleda v prirodo in bolezensko nadlogo ljudi. Ko prestane mladi zdravnik izpite, je kar vznemirjen nad seboj, polagoma pa uvidi, kako je naša znanost krparija, kolikokrat baš tam ne moremo pomagati, kjer bi najrajši pomagali; vsiljujejo se tudi dvomi, ali je treba to ali ono storiti. Kdor noče z večnim »mačkom« begati po svetu, se mora vedno iznova tolažiti, da je storil svojo dolžnost po najboljši vednosti in vesti. Dobra, mirna ženka in mirna družinska sreča je potem največji blagoslov. Toda komaj si prišel domov, da se te svoje sreče razveseliš, že spet potrkna na vrata; dolžnost te pokliče morda v viharo, mrzlo noč. Redko je veselje zdravnika: semtertja zvesta udanost bolnika; včasih, pa ne često, z materijalnim poudarkom; hvaležnost za največjo vestnost in požrtvovalnost je redka. Veselje nad uspelim zdravljenjem, zavest storjene dolžnosti: to je večinoma najvišje, kar more zdravnik doseči.

D u n a j, 1. maja 1889. Z enako toplim sočutjem kakor Vi zasledujem počasni propad našega ljubega tovariša Breiskega (profesorja porodništva in ginekologije, umrlega 1889). N. mi je rekel, da je ženi na zahtevo povedal popolno resnico. Priznam, da je to po okolištinah potrebno, toda tukaj se mi ne zdi potrebno. Kako naj ta uboga žena brez iskrice nade prenese te tedne, dokler se rešitelj vseh tegob dobrosrčno ne približa njenemu možu! Vlivati ji moramo vedno novega poguma, ubogemu bolniku pa morfina. Trdo delo! Toda premislimo, da se nahaja vsak hišni zdravnik po stokrat v taki situaciji in da mora vsak dan pogledati svoje neozdravljive bolnike. Ko bi mladenič samo slutil te bolečine, ko navdušeno stopa v tempelj Eskulapa, gotovo bi se marsikateri obrnil! Stati pred nezagrnjeno podobo saitsko, zato je potrebna vsa neustrašena resignacija, ki si jo le počasi priborimo v svojem poklicu.

D u n a j, 5. februarja. 1879. Ljubi prijatelj! Z živim sočutjem sem izvedel danes po pismu Tvoje žene o Tvoji bolezni. Tako izvrstne zdravnike in prijatelje imaš okoli sebe, da zdravniški svet od moje strani ni potreben.

Kako bolestne so take kolike, ki jih povzročajo konkrementi, vem po svojih lastnih kolikah žolčnika, od katerih se je ena v Zürichu stopnjevala do zmerne peritonite. Da mi je pozneje trajno dobro šlo v tem oziru, pripisujem deloma redni rabi Karlovih varov, deloma zdaj že tri leta trajajoči v s a k d a n j i r a b i karlovarske soli. Menim, da bi moral Ti s svojo dispozicijo k tvorbi preobilne sečne in oksalne kisline enako storiti, kakor jaz s svojo dispozicijo k tvorbi preobilne žolčne kisline. Štiri tedenska raba Karlovih varov more le začasno učinkovati, treba bi jo bilo nadaljevati več let. Vsako jutro na tešče mi prinese sluga kozarec vroče vode, noter denem zvrhano žličko prirodne karlovarske soli in z zaniče-

vanjem smrti izpijem to čorbo, med tem se oblačim. Čez pol ure zajutrukujem, sicer pa živim po navadi brez vsakega ozira na dijeto. Omejena doza ne napravi nikake dijareje, ako se je človek navadi, in tudi ne slabi. Svetujem Ti, da storiš enako, ko se popraviš po sedanjem napadu. To je le prijateljski svet, kajti v ledvicah sem, kakor veš, lajik. Upam, da skoro slišim kaj boljšega o Tebi. Nam gre dobro...

Odkar sem nehal literarno delovati, in ker se z ozirom na svojo družino in prakso žal ne smem udati krokariji, sem se z vso močjo vrgel v sijajno društvarijo, ki mi da opravljanje noč in dan. Za časopise pisarim poljudne članke, imam poljudna predavanja, svoj čas ubijam v društvenih sejah in komisijah, da se samega sebe več ne spoznam. Toda moja fantazija potrebuje praktičnega odvajanja na humanitarno stran, sicer poginem od tuhtanja o bestijalnosti ljudi itd.

Dunaj, 20. aprila 1868. Kar se tiče odpiranja mrzlih abscesov po Listeru, poznam dotično disertacijo iz Leipziga. A videl sem prej pri otvoru mrzlih abscesov, posebno pri spondylitis, da se je napravilo toliko različnih metod, da sem prav oprezen proti vsem novim priporočilom. Subkutani otvor, otvor s pastami, drenaža, jodove injekcije, zdaj Lister: vse se je slavilo svoj čas kot panaseja! Postal sem v tem oziru trdo kuhan konservativec neotvora.

Dunaj, 30. januarja 1870. Zdaj tičim v stvareh, kojih zveza s kirurgijo se zdi na prvi pogled prav zagonetna namreč v študiju o izvoru in metamorfozah vibrijonov. Protislovni nazori o zdravljenju ran, ki se širijo v najnovejšem času, in popolna nejasnost o načinu učinka primenjenih sredstev in metod me sili, nekoliko globlje pronikniti v te stvari. Zato pa je pred vsem potrebno spoznanje pogojev gnitja seruma, krvi, limfe, urine itd. pri telesni temperaturi, in spoznanje sredstev, ki preprečujejo gnilobo. Potem je potrebno tudi izslediti, zakaj učinkujejo antiseptično itd. Ko bi imel samo več časa! Mnogo razglabljam zdaj o teh stvareh, ne da bi vedel, kaj bo iz teh študij, in ali sploh kaj iz tega pride. Zdravljenje ran in ranjencev ostane naposled A in Ω vse kirurgije.

Dunaj, 27. oktobra 1875. Da Ti napravim veselje, sem začel 1. oktobra listerovati. Ker zdaj že deset let izvršujem svoje metode zdravljenja ran in sem si tako nabral nekoliko izkustva o njih uspešnosti, mislim, da smem prevzeti odgovornost za to žrtev prijateljstva. Prvi rezultati so bili: karbolna intoksikacija s smrtnim izidom po osem dnevnem bljuvanju krvi, 3 obsežne karbolne gangrene po naložitvi karbolnih gob, razun tega dva zijoča amputacijska odrezka po enormni odločitvi staničevine. Toda ker praviš, da vse to nič ne škoduje, ampak se pozneje izboljša, hočem začasno z nezmanjšanimi silami še dalje listerovati. Nekateri ozdravitve po amputatio mammae so me presenetile; toda katgutne niti se včasih tako hitro resorbirajo, da odpadejo večkrat že po 48 urah in se rane spet razpustijo. Ko se ne bi Ti tako energično zavzel za metodo, bi vse skupaj smatral za sleparijo; toda osvojila me je tudi Listerova osebnost. Po nekaj tucatnih kirurških upam, da jo naposled tudi jaz potuhtam. Upam, da Te navedeni rezultati zadovolje. Toda šalo na stran: resno se bavim s to stvarjo in če bom spet razumno delal, upam, da ji pridem tudi teoretično do jedra. Žal, nimam več toliko domislekov kakor prej in moji zdravniški prijatelji mi resno svetujejo, da naj opustim za to zimo vse daljše dušne napore. Vendar se polagoma zopet obuja v meni interes za kirurgijo; za dolgo sem namreč kar otopel v tej smeri.

Dunaj, 31. oktobra 1875. Baš napake Listerovega zdravljenja imam za zelo poučne in ne bi jih rad pogrešal; vsaka absolutna popolnost je

zame absolutno nezanimiva. Radoveden sem, kaj pride zdaj za Listerom; dalje nego pet let se navadno ne držijo take stvari. Dosti o meni; prepričan sem, da mi pojde z Listerom vedno bolje.

D u n a j, 17. junija 1879. Najlepša hvala za Vaše pismo iz Londona. Veseli me, da Vam tam ugaja angleška kirurgija in kirurgi; Lister je izredno simpatična osebnost. Bal sem se že, da je hud name, da nisem takoj in brezpogojno prevzel njegovih idej in metod; tudi tukaj se kaže velikega moža, ki svojo stvar tako obvladuje, da mirno čaka sodbe drugih. Prosim, izročite mu priloženo pismo, v katerem se mu zahvaljujem, da je tako prijazno sprejel Vas (Mikulicz) in Wölflerja.

Z ü r i c h, 5. marca 1867. Že nekaj časa se mi obrazuje iz zimsko dolgočasne, meglene nevolje in sitosti življenja spet določnejša podoba; ni mi še usojeno počivati, ne še v filisterski zaspanosti predremati ostanek življenja. Že nekaj tednov sesa neka čimdalje bolj rastoča stranka dunajske medicinske fakultete prav močno na moji sferi; občudujem te ljudi. Spraviti hočejo Prusa, krivoverca na prvo tamošnje kirurško profesuro; treba je pač poguma, to hoteti zdaj na Dunaju. Tako nimam miru. Nebesa polna vijolin! Vriskam do nebes, mogoče kmalu do smrti potr! Ako pridem skozi fakulteto, kako pridem potem skozi ministrstvo, ki ga v tem primeru vendar ne smemo smatrati za znani pasji rep, ki ga je lahko preskočiti. Mislili boste, da norim! Tukaj s 37 leti imeti občutek, biti v posesti najvišje plače in doseči v državi vse dosegljivo, to bi marsikdo imel za srečo, meni pa je nadloga.

D u n a j, 15. decembra 1888. Vodil sem tukaj težko borbo mnogo let proti cerkvenim redom zaradi svoje interkonfesionalne šole za posvetne strežnice (Rudolfinerhaus). To ni bila nikaka malenkost, v katoliški deželi proti visoki in najvišji gospodi, proti javnemu toku in nerazumu zberačiti 250.000 gld. in vse to do konca izvršiti. Vendar se je posrečilo, in reči moram, da so mi judje pri tem hrabro pomagali, ne da bi jim bil napravil najmanjše koncesije. Denar imam sedaj vkup in celo zgradbo hočem izvršiti kot vzorno bolnico po svojih idejah. To je največji uspeh moje osebnosti, kar sem jih doslej dosegel na svetu. Ej, pogledjte ga nečimernega gospoda strička! porečeš. Seveda, samo lopovi so skromni, a jaz se nočem polopoviti!

Zdaj bijem še težji boj, čigar konca najbrže ne doživim. Že 20 let se trudim za prezidavo in novo zgradbo naših klinik in naše velike splošne bolnice, ki je bila za Jožefa II. vzoren zavod, a je zdaj v svojem enakem stanju popolnoma antikvirana. S svojimi različnimi članki po časopisih sem napravil naše ministre in oblasti tako besne, da bi me radi odstavili od službe, ko ne bi bil parlament in vse prebivalstvo na moji strani, in ko ne bi bilo vse resnično, kar govorim in pišem o zastarelih razmerah v naši bolnici in o indolenci in stupidnosti naših višjih in nižjih uradnikov. Naš prosvetni minister, ki me je visoko spoštoval in predložil cesarju za gosposko hišo, bi me zdaj najrajši zastrupil. Pa to je meni vse figa!

D u n a j, 30. oktobra 1889. Rešiti imam še nekaj nalog: dovršiti »Rudolfinerhaus«, novo zgradbo vzorne kirurške klinike na prvem dvorišču splošne bolnice in, ako le mogoče, sezidati dostojen dom za c. kr. družbo zdravnikov. Zastavljati moram trdno in ponovno povsod svojo osebnost, da te stvari počasi, počasi dalje rinem. Nikdo me ne podpira, premagovati toliko pasivnih in aktivnih uporov. Časi sem ves obupan nad indolenco in lenobo ljudi. Potem pa pride spet rahel sunek naprej, in zopet mi vstane pogum. Ako se mi posreči oživotvoriti ta dela za vzorno nego bolnikov, za klinični pouk, za kolegijalno znanstveno življenje, potem, mislim, se

mi ne zameri, če se odpravim k počitku. Toda preveč sem se prepričal, da v takih stvareh samo osebni vpliv kaj doseže, zato moram še vzdržati, čeprav sem dostikrat ves truden od šolmaštrije in se moram zanjo krčevito napenjati.

Dunaj, 20. oktobra 1890. Zdaj se mi vidi prav verjetno, da bodo stvar tako obračali, da se moja klinika ne zgradi. Menim tudi, da Gautsch podcenjuje te podzemskie sile, in da se bo dal naklonjeni mi sekcijski šef od zgoraj pregovoriti in da prekliče koncesijo za novo zgradbo na I. dvorišču. Pri nas je samo potrebno, da se zavzameš za kaj dobrega, in 90 oseb od sto se obrne proti tebi.

Dunaj, 4. novembra 1890. Ne jezite se preveč. Saj moremo imeti samo usmiljenje in obžalovanje z ljudmi, ki večinoma niso bili v položaju, spoznati svet izven Dunaja in Avstrije, in ki ne poznajo drugih motivov za svoje delovanje nego osebno korist, nečimernost in oškodovanje drugih, in zato tudi pri drugih ne predpostavljajo nobenih drugačnih motivov. Nevoščljivost dela ljudi slepe. Ne razumejo, da bo naposled le njim v korist, ako vlada kdaj in kje začne graditi kliniko v modernem stilu; žalostno je, da leži pri nas napredek v takih rokah.

Opatija, 2. januarja 1894. Tako pripravljam polagoma svoj odstop. Vsekakor se mi zdi, da se bo začela to leto zidati moja nova klinika na I. dvorišču splošne bolnice. Ako ostanem živ, otvorim novo kliniko v jeseni 1895 in se potem odpovem službi v letu 1896. Dvomim pa zelo ob svoji vedno močnejše nastopajoči srčni slabosti, dali to doživim. Meni je vse prav. Pripravljen sem za pot. Spominjajte se me čim prijazneje!

Dunaj, 30. aprila 1877. Petrograd, ki sem ga videl prvič, me je zelo zanimal. Bolnice so izvrstne in veličastne, kakršnih mi najbrže ne dosežemo nikoli; tudi mnogo sposobnosti v znanstvenem in praktičnem oziru. Brezdvomno sem tam spoznal, da pripade bodočnost Evrope Rusom.

Dunaj, 14. junija 1881. Spoštovanemu mojstru Nikolaju Pirogovu. Resničnost in jasnost v mišljenju in čustvovanju, v besedi in dejanju, to so grede na lestvici, ki vodi ljudi do sedeža bogov. Slediti Vam kot pogumnemu in zanesljivemu vodniku na tem ne vedno brezopasnem potu, bodi vedno moje goreče prizadevanje.

Dunaj, 30. oktobra 1892 (prof. Albertu). Velecenjeni kolega! Močno ste me razveselili s svojo poetično pošiljko (Poezije s Češkega. Tuje in lastne prestave iz češčine, izdal dr. Edvard Albert, Dunaj 1892) in posebno mi je simpatično, da vem sedaj, kako toplo Vi izsledujete človeka in narode tudi na polju poetične umetnosti in sodoživljate ž njimi.

Iz slovanske poezije poznam le nekaj iz zbirke Wenziga, liriko večinoma vroče žarine, svežo in prešerno v mislih, jedrnato v obliki; pristne narodne pesmi, prava zakladnica za komponiste kakor Brahms, splošno pa zelo sorodne ogrski in srbski narodni pesmi.

Mnogo sem že čital in listal po Vaši knjigi ter našel mnogo zanimivega in lepega. Prestavljanje takih pesnitev mora imeti poseben mik, baš ker je zelo težavno. Najvažnejšega seveda pri prestavljanju ni mogoče doseči: domači besedni zvok, muzika jezika. Goethejevo »Freudvoll und leidvoll, gedankenvoll sein...« se da gotovo prestaviti na vsak jezik, vendar je težko misliti, da bi imelo v kakem drugem jeziku tudi isto specifično barvitost zvoka. Tako ima gotovo tudi češki jezik specifične besedne zvočne barve, ki se dajo samo v tem jeziku izraziti, da se ima vsaka prestava kakor risba k barvasti sliki. Mislim, da bi bilo mogoče samo v bližje sorodnih jezikih (na pr. v nemščini in angleščini) doseči enakih efektov v omenjeni smeri.

Lepi citat v Vašem govoru name: To je jesenski dan, kot nisem videl ga nikdar! Odkod je? Ko ste mi poslali svojo knjigo, sem ga mislil najti tam, morda pri Háleku ali Nerudi, pri kojih nahajam lepe in poetične prirodne opise, toda ne najdem ga. Prosim o priliki za vir tega citata.

Vaš T. Billroth.

Zgodovina kirurgije in kirurškega oddelka v Ljubljani.

Uvod.

Železo ni le glavna kovina za kirurško orodje ampak tudi za vojno orožje. Zato so se že v prazgodovinskih časih narodi bojevali za dežele, bogate na železnih rudah, torej pred vsem za alpske dežele, med katerimi je bila Slovenija na prvem mestu. V prazgodovini je bila Slovenija kulturna in bogata zemlja, prazgodovinska Anglija, z izdelki svoje železne industrije je zalagala Italijo in po Savi Balkan. Vedno so se bojevitimi narodi vrstili v gospodstvu Slovenije. Najprej so zavladali domačim Ilirom bojevitimi fužinarji iz Etrurije, ki so jih pregnali še bojevitejši Kelti, a te so po kruti bojevitosti prekosili Rimljani, sinovi Marta in palatinske volkulje. Gospodska plast po gradovih in mestih se je vedno menjavala, a avtohtona masa po hribih in deželi je ostala večinoma ista.

Že v najstarejši železni, v takozvani hallstattski dobi so ustanovili Iliri pod utrjenim gradom mesto Emono, staro Ljubljano, važno trgovsko mesto, posredujoče promet med Italijo in severom. O tem priča tudi grška pravljica o Argonavtih, ki so po Ljubljanci potovali skozi Emono. Že l. 34. pr. Kr. je povišal Oktavijan Emono v rimsko mesto (colonia Julia) z vsemi pravicami. Rimsko gospodstvo so vzdržavali veterani XV. legije. Kakor sklepamo iz izkopin, je na tem križišču rimskih cest vzcvetelo bujno kulturno življenje, bogata obrt in trgovina.

V letih 1909—12 je dr. W. Schmid, bivši kustos ljubljanskega muzeja, sedaj profesor v Gradcu, sistematično prekopal zemljišče stare Emona in izdal o tem monumentalno knjigo »Emona« (Wien, 1914) z načrti odkopanih temeljev rimskih hiš. Na prvem mestu navaja »hišo kirurga«, imenovano tako po velikem številu kirurških inštrumentov, izkopanih v hiši sami in nje okolici. Iz kulturne zgodovine vemo, kako visoko stopnjo je že tedaj dosegla grškorimska in aleksandrijska medicina. Iz tega in Schmidovih izkopin razvidimo, da je bila kirurgija razvita že v stari Emoni.

Prišli so hudi časi na staro Ljubljano, rimski imperij je propadel, utrjene meje so prodrli barbari in preplavili državo. L. 452. je prihrumel Atila ter do tal požgal in zrušil cvetočo Emono. Polagoma se je v srednjem veku na starih razvalinah dvignila nova Ljubljana in pod habsburško Avstrijo postala glavno oporišče proti Italiji z vojašnicami, višjimi uradi in šolami.

*

*

*

Kakor v vseh srednjeveških mestih je gotovo poslovala tudi v Ljubljani obrtna zadruga ranarjev (kirurgov), a prva pisana poročila smo zasledili doslej šele v času cesarice Marije Terezije (1740—80). Tedaj je obstajal v Ljubljani že »Medicinski licej« s kirurgično stolico, na kateri je poučeval patronus chirurgiae Jakob Breceelj (1760—1773). Pre-

daval je tudi anatomijo in prirejal anatomske vaje. V ta namen je ustanovil l. 1760. v Florijanski ulici posebno »anatomsko gledališče« (Anatom. Theater). Brecljev naslednik na kirurški stolici je postal Francoz Baltazar Hacquet (1773 — 1797). L. 1784. je prišel v Ljubljano cesar Jožef II. in si kot posebno znamenitost ogledal tudi »anatomski teater«.

Znanstveno in empirično kirurgijo pa je uvedel v Ljubljani šele profesor dr. Vincencij Kern (1760 — 1829), potomec ljubljanske rodbine, ki se je preselila v Gradec. Kern je bil rojen v Gradcu 20. januarja 1760 kot sin privatnega uradnika. Magister kirurgije je postal na Dunaju 1784 in doktor kirurgije 1789. L. 1797. je bil imenovan za profesorja kirurgije in porodništva na ljubljanskem liceju. L. 1805. je bil imenovan za telesnega kirurga cesarja Franca in poklican za profesorja praktične kirurgije na dunajsko univerzo, kjer je ustanovil l. 1807. kirurško šolo (operaterski institut). Že v Ljubljani si je pridobil svetoven sloves odličnega urologa.

Vsi njegovi kirurški nasledniki v Ljubljani so bili njegovi učenci, oziroma goienci dunajske kirurške šole in sicer: dr. Josip Wattmann (1805 — 1818), dr. Franc Fickelscherer (1818 — 1812), dr. Leopold Nathan (1823 — 59), dr. Franc Fux (1859 — 92) in dr. Franc Derganc (1910), tudi dr. Edo Šlajmer (1892 — 1911) je bil posredno učenec dunajske šole, ker se je izvežbal na operaterskem institutu v Gradcu pod prof. dr. A. Wölflerjem, ki je bil znamenit asistent Billrothov.

Važnejše dogodke beležimo samo iz časa dr. L. Nathana, ki ie l. 1848. predlagal slovensko univerzo s popolno medicinsko fakulteto v Ljubljani. V zadnjih letih njegovega delovanja (1856) je bil ukinjen medicinski licej v Ljubljani, kirurška stolica se je izpremenila v kirurški oddelek splošne bolnice, ki je bila izprva nastanjena v samostanu bosopetih Avgustincev na Dunajski cesti, na mestu, kjer stoji sedaj Kmetška posojilnica. Zadnji primarij iz predaseptične dobe kirurgije je bil dr. Fr. Fux. Septična infekcija ran in hospitalni prisad sta preprečevala vsak napredek kirurgije in jo tiščala na primitivni stopnji starih ranarjev in brivcev. Konservativna kirurgija se je omejevala na poškodbe, kostolome in izpahe, izvrševale so se samo najnujnejše operacije: amputacije, pritvorjena kila, abscesi in flegmone. Včasih je zadivjala tako virulentna sepsa, da so pomrli vsi ranjeni in operirani bolniki. Zdravniki in bolniki so se tresli pred vsako operacijo. Značilna za kirurške uspehe je bila napoved osobja: danes bomo imeli spet »krvavo rihto«. Stari strežniki pripovedujejo, da so si operatérji umivali krvave roke samo po operaciji, a nikoli pred operacijo. Med tem pa je že nastopil v kirurgiji epohalen napredek z antiseptično in aseptično metodo okoli l. 1865. Prvo publikacijo je objavil Lister l. 1867. Učenci Billrothove tehnike in Listerjeve antiseptise so otvorili kirurgiji pot v svet neomejenih možnosti.

V tem srečnem, novem času je prevzel kirurški oddelek v Ljubljani l. 1892. dr. Edo Šlajmer, ki se je rodil 8. oktobra 1864 v trgu Čabar in dovršil hrvatsko gimnazijo na Reki l. 1882. Promoviral je v Gradcu dne 23. julija 1888. Od promocije do konca l. 1890. je bil operacijski gojenec in asistent na kirurški kliniki v Gradcu pri Billrothovem učencu, prof. dr. A. Wölflerju. L. 1891. je bil imenovan asistentom in l. 1892. v starosti 28 let primarijem kirurškega oddelka deželne bolnice v Ljubljani. Že l. 1895. se je preselil s kirurškim oddelkom v lasten, moderno opremljen paviljon nove deželne bolnice na Zaloški cesti.

Dr. E. Šlajmer je nastopil svojo službo s prvovrstno znanstveno predizobrazbo, že kot dijak se je poglobil v študij histologije in patološke anatomije ob lastnem mikroskopu in že kot mlad kliničen asistent je publiciral odlična znanstvena dela. S svojo veliko spretnostjo in tehniko, z brezhibno asepso, uvedbo nove lumbalne anestezije in napravo rentgenovega aparata je dosegal naravnost izredne operativne uspehe, tako da je njegovo ime zaslovelo preko mej Slovenije in da so ga splošno priznali za prvega kirurga na slovanskem jugu. Kljub napornemu operativnemu delu na oddelku je vestno zasledoval napredek svoje stroke in si v ta namen nabavil ogromno znanstveno knjižnico, obsegajočo vsa moderna znanstvena dela in kirurške revije. Objavil je dolgo vrsto znamenitih znanstvenih del v domačih in tujih strokovnih časopisih ter redno posečal kirurške in medicinske kongrese. Spričo njegovih čudovitih operativnih uspehov se je število bolnikov tako pomnožilo, da je kirurški oddelk kmalu postal pretesen. Da se oddelek razbremeni, je izposloval l. 1910. razdelitev na dva oddelka in prepustil II. kirurški oddelku svojemu asistentu dr. Fr. Dergancu, ki je promoviral l. 1903. na Dunaju in se vežbal do l. 1906. kot operacijski gojenec na klinikah profesorjev Wertheima, Chrobaka in Eiselsberga ter svojo kirurško predizobrazbo nato izpopolnil z dvema študijskima potovanjema po vseh kirurških klinikah Nemčije, Švice, Kopenhagena in Pariza. L. 1911. je stopil profesor dr. E. Šlajmer v pokoj in za njim je prevzel I. kirurški oddelku primarij dr. Fr. Derganc, a II. kirurški oddelku primarij dr. I. Stojc, ki je bil pozneje l. 1922. premeščen v Ptuj, tako da je moral enotni oddelku prevzeti zopet primarij dr. Fr. Derganc sam.

Primariju dr. Fr. Dergancu je pripala težka naloga izpopolnitve in razbremenitve kirurškega oddelka, ki jo lapidarno pojasnjujejo sledeče številke:

l. 1897. je bilo sprejetih	2117 bolnikov,
l. 1907.	» 3510 bolnikov,
l. 1917. (vojno leto) »	2593 bolnikov
l. 1927.	» 6108 bolnikov,
l. 1928.	» 6481 bolnikov.

Frekvenca se je v zadnjih letih dvignila torej na trikratno višino, kar znači višek preobremenjenosti, ako pomislimo, da se smatra za najvišje dopustno letno število normalnega kirurškega oddelka 1500 bolnikov. V ljubljanski splošni bolnici bi se morali po tej statistiki ustanoviti najmanj trije samostojni in popolni kirurški oddelki. Zato je primarij dr. Fr. Derganc že l. 1908. objavil v »Slovcu« obširen in podroben, v duhu socialne medicine sestavljen načrt »Naše javno zdravstvo«, ki ga tukaj ni mogoče, da si bi bilo potrebno, v celoti ponatisniti. Članek navaja tudi statistiko dunajskih bolnic l. 1907.: Na Dunaju se nahaja 80 bolnic, sanatorijev in zdravstvenih zavodov. Samo splošna bolnica na Dunaju ima pet kirurških oddelkov, l. 1907. se je sprejelo na I. kir. odd. 2650 bolnikov, na II. kir. odd. 1511, na III. kir. odd. 1422, na I. kir. kliniko 1461, na II. kir. kliniko 1347 bolnikov. Cesarja Franca Jožefa bolnica je sprejela 1200—1400 kirurških bolnikov, poliklinika 622, bolnica cesarice Elizabete 1407 bolnikov. Povprečno število bolnikov na posameznih kir. odd. je znašalo torej okoli 1500.

Razbremenitev kirurškega oddelka v Ljubljani predlaga članek na dva načina: 1. da se sezida novo poslopje za II. kir. oddelku; 2. da se od splošne kirurgije osamosvojijo specialne stroke, kakor kirurgija za

nosne, ušesne in vratne bolezni, ortopedični in gimnastični zavod. Dalje zahteva članek za bolnico: 1. moderno prosekuro; 2. opazovalen oddelek; 3. centralen rentgenov institut; 4. zdravniško knjižnico; 5. zobozdraven zavod; 6. rešilno postajo; 7. samaritansko (strežniško) šolo za bolniško nego in prvo pomoč; 8. verando in ležišča za tuberkulozne; 9. znanstveno opremljen laboratorij. V splošnem pa poudarja potrebo lastnega zdravniškega doma, ker trohni baje bogata biblioteka društva zdravnikov nepristopno pod nekim usmiljenim podstrešjem. Po inicijativi in predlogu dr. Fr. Derganca se je vršil v Ljubljani od 10. avgusta do 8. septembra 1908. prvi tečaj za bolniško postrežbo na deželi s takim uspehom, da so učenke same uvidele važnost takih tečajev in pred odhodom napravile vlogo na deželni odbor s prošnjo, naj se uvede tečaj kot stalna institucija v deželni bolnici.

V koliko se je ta načrt po 20 letih oživotvoril, naj presodijo in ugotovijo gg. tovariši sami. Po prizadevanju primarija dr. Fr. Derganca so se ustanovili sicer samostojni pododdelki za nosne, ušesne in vratne bolezni (primarij dr. I. Pogačnik), pododdelek za ortopedijo in gimnastiko (primarij dr. Fr. Minař), pododdelek za urologijo (primarij dr. R. Jug), a glavne razbremenitve, samostojnega II. kirurškega oddelka, nimamo še danes, dasi je Ministrstvo N. Z. že l. 1923. naročilo gradbeni direkciji v Ljubljani, da izdela definitiven načrt in troškovnik za razširjenje kirurškega oddelka, dasi se je že 13. julija 1923 izvršil v ta namen lokalni ogled komisije. Dalje še nujno pogrešamo v bolnici: 1. centralne knjižnice za zdravnike; 2. znanstveno opremljenega laboratorija; 3. rešilne postaje; 4. splošnega zobozdravniškega ambulatorija za nepremožne.

Dr. F. D.

IZ PRAKSE ZA PRAKSO.

Inducirana blaznost.

Med narodom je razširjena vera in bojazen, da pod vplivom in vsled sožitja z umobolnim obolē lahko tudi duševno povsem zdrave osebe. Dasi v obče ta nevarnost ni velika, vendar domneva nikakor ni prazna. Saj so nam znane velike psihične epidemije srednjega veka, saj vemo, kako si zlati verski fanatiki in ustanovitelji raznih verskih sekt še danes pri nekaterih narodih (posebno v Rusiji) v kratkem pridobē mnogoštevilne privržence, saj nam je znano, kolik vpliv imajo blodnje umobolnih lahko na disponiranje, na psihopatike in na histerike.

Zelo zanimiv pojav je t. zv. inducirana blaznost: doslej zdrava oseba oboli pod vplivom duševno obolele na istih pojavih (folie à deux). — Izključiti moramo pri tem vse istočasne blaznosti brez vzročne medsebojne odvisnosti, a tudi iz istih vzrokov sodobno nastale psihoze. — Preostane nam malo število obolenj, katere smemo zaznamovati kot inducirane. Osebe, ki obolē na njih, so izvečine obremenjene, psihopatične, histerične. Najpogosteje se pojavljajo pri članih iste družine. Wollenberg je sestavil pregled 108 obolenj. — Inducirana je bila 32 krat sestra, po 14 krat brat, mati, hči, 8 krat sin, 6 krat oče, 3 krat oddaljeni sorodniki, 7 krat soprog, 5 krat soproga, 5 krat tujci. — Iz tega pregleda že vidimo pretežno večino ženskih bolnikov. Weygandt opozarja, da se pojavlja ta bolezen izvečine pri ženskah in tudi meni znani primeri zadevajo

izključno ženske. Ker je bolezen redka, jo večina psihijatričnih knjig le na kratko omenja, obširneje razpravlja o nji *Kraepelin*, ki je tudi tej razpravi glavni vir.

Inducirajo se zlasti preganjalne ideje; navedbe bolnikov se imajo brez vsake kritike za verodostojne. — Saj tudi sicer opazamo, da se take navedbe rade verjamejo. Tudi jaz sem imel neprilike, ker je duševno brezdvomno bolen alkoholik preveril nekoga, da je po krivem interniran, in je ta, ne da bi se preje informiral, me ovadil policiji in sodišču ter pridobil tudi dva advokata, ki sta ovadbi verjela brez informacij; seveda so se vsi le blamirali.

Istotako se inducirajo veličinske ideje, zlasti one o ilegitemnem pokolenju iz višjih ali najvišjih krogov, ter verske, o posebnih milostih, čudežnih močeh itd.

Zlasti paranoiki, predvsem kverulanti, lahko uverijo druge o istinitosti in opravičenosti svojih trditev in zahtev, to tem lažje, ker obično ne kažejo drugih inteligenčnih motenj.

Pri vseh teh napačnih uverjenjih, ki nastanejo vsled lahkovernosti, nekritičnosti, nepoznanja bolezenskih slik, — še ne moremo govoriti o inducirani blaznosti, saj so te osebe lahko duševno povsem zdrave, četudi so izvečine zelo omejene. Inducirana blaznost je le tedaj, kadar se razvije ista bolezenska slika, če tudi dostikrat v mnogo manjši izrazitosti. A tudi bolezen večinoma v kratkem preide v ozdravljenje, dočim je obolenje, ki je povzročilo inducirano blaznost, obično dalj trajajoče ali stalno.

Navedem naj one slučaje, katere sem imel priliko sam spoznati, oziroma opazovati.

I. Pred približno 20 leti sem imel v blaznici na Studencu v oskrbi dve sestri, ki ste kazali shicofrenske simptome. Mlajša je nekaj časa doma stregla oboleli ter v kratkem sama obolela, a čez nekaj mesecev povsem ozdravela. — Neka sestra se je že preje doma obesila v duševni zmedenosti; najmlajša je čez par let tudi sama obolela, a k sreči ozdravela. Tu torej vidimo izredno obremenjenost v družini, ta naklonjenost k obolenju je tudi dovedla k inducirani blaznosti.

II. Sestri, dvojici. Neka ciganka jima je vedeževala ter izvabila denar in vrednote, češ, da mora to donesti v Rim papežu za mašo, ker le ta more umrlo mater rešiti iz vic. Dogodek je obe zelo razburil, in kmalu nato je obolela jedna, čez dva dni tudi druga, ki ji je stregla, za shicofrenskimi simptomi. — Znano mi je, da *Kraepelin* omenja, da včasih dvojčka sodobno obolita; a smatrati smem kljub temu drugo za inducirano blaznost; podkrepljuje me v tem tudi to, da je ona čez par mesecev povsem ozdravela, dočim je prva ostala blazna. Da sta bili skrajno omejeni, priča nam anamneza.

III. 53-letna bivša učiteljica, težko obremenjena, je bila v starosti 20 let v blaznici, a je v kratkem ozdravela. Zadnjih 8 let naraščajoča demenčnost je zdaj izražala zasledovalne in preganjalne ideje in odklanjala jedi. — Njena 63-letna sestra, ki je bivala z ono v kopališču, je povsem jednako obolela, tudi tako trdovratno odklanjala jedi, da se je morala umetno pitati. —

IV. Pri sodišču sem imel v preiskavi kverulanta, ki se je pregrešil s tem, da je vlagal ovadbe proti raznim sodnikom in višjim uradnikom, obtoževal ministre ter žalil veličanstvo. Kmalu potem se je zapletla tudi njegova žena, ki je deloma z njim, deloma sama vlagala slične pritožbe in ovadbe, v iste pregreške. Bila je povsem uverjena o vseh, dostikrat absurdnih trditvah svojega moža, češ, da se mu godi največja krivica.

Primarij dr. Fran Goestl,

Književnost in referati.

Dr. Josip Tičar, Boj nalezljivim boleznim. Poljudno znanstveni sestavki za spoznavanje in moderno obrambo važnih kužnih bolezni z navodili za nego bolnikov. S 17 slikami in 4 tablami v trobarvnem tisku. Založila Tiskovna zadruga v Ljubljani, 1922.

Dr. Josip Tičar, O nevarnosti in obrambi jetike. Zaloga higienskega zavoda v Ljubljani, 1928.

Tičarjeva knjiga se je rodila zares iz splošne potrebe, kajti nalezljive bolezni zavzemajo po nevarnosti in pogubnosti prvo mesto. Pisatelj je sestavil knjigo tako praktično in pregledno, v tako razumljivem in domačem jeziku, s tako resno skrbjo in toplim čustvom odgovornosti, da jo s pridom in zanimanjem prečita vsak inteligent in ljudski človek. Tudi praktičnemu zdravniku utegne služiti kot zanesljiv in dobrodošel priročnik. Enako sodi knjiga po zunanji, tehnični opremi na odlično mesto v naši poljudni, znanstveni literaturi.

Razum jetike in spolnih bolezni navaja avtor vse upoštevanja vredne nalezljive bolezni naših krajev. V splošnem delu prinaša glavne pojme infekcije, povzročiteljev, dispozicije, imunitete in razširjanja ter kritičen pregled dosedanje obrambe in borbe. Vse po stališču moderne znanosti. Učinkoviti so v posebnem delu zlasti zgodovinski in statistični podatki, ki morajo vznemiriti in zaskrbeti še tako indolenco. Posamezne bolezni so popisane tako nazorno in pregledno, da jih predela posebno rad bolnik sam v bolezni, še rajša pa skrbeča mati ali žena kot strežnica. Prva izdaja knjige je pošla, zato želimo, da nam podjetno in požrtvovalno založništvo oskrbi čimprej drugo izdajo izpod veččega peresa istega pisatelja. Tega pa prosimo, da dopolni knjigo s stvarnim registrom, ki naj omogoči brzo orientacijo.

Druga knjižica »O nevarnosti in obrambi jetike«, izdana v pravlični in pripravi obliki, je nekak supplement poprejšnje in podaja v 13 jedrnatih poglavjih vse pozitivno, kar mora danes vedeti izobražen človek o tuberkulozi. Knjiga je posebno potrebna bolniku za podkrepitev in osvežitev navodil v ordinaciji.

Ta pisateljska neumornost časti tovariša dr. I. Tičarja zlasti po naprednem umevanju socialne medicine in po čistih motivih dobrega zdravnika, ki gleda in tehta svoj poklic z visokega socialnega vidika. Po tisočletnih borbah in naporih je splošna etika toliko napredovala, da smatra dandanes vsak poštenjak socialno občestvo za najvišjo enoto. Socialna funkcija nalaga zdravniku pred vsakim drugim namenom skrb za narodno zdravje, potem stoprav za lastni ekonomski položaj. Vse kurativno delo zdravnika je samo zidanje na peščeni naplavini ljudske nevednosti in upornosti, ako niso prej pripravljene trdni temelji z napravami socialne medicine in ljudske zdravstvene prosvete. Sicer pa dvigne vsak napredek socialne medicine tudi možnost ljudske pridobitnosti.

Dr. Maverij Rus, Prva pomoč. Izdaja za mladino (s 6 podobami). Knjižnica Podmladka rdečega križa. Zvezek I. Izdal in založil oblastni odbor Podmladka rdečega križa. Ljubljana, 1929.

Zadnjič smo poročali o dveh knjigah, ki jih je spisal naš marljivi in spretni pisatelj v kratkem času. Danes beležimo s posebnim veseljem izdajo tretje knjižice, v kateri podaja avtor pregledno in nazorno naši za izlete in sport tako navdušeni mladini vse potrebne pojme za prvo, nujno pomoč. PRK je prišel iz Amerike in se je razširil po vsem svetu, v Sloveniji je doslej organiziran na 273 šolah z 24.200 člani. V ustanovi snuje zdrava ideja, da je treba že mladega človeka vzgojiti v duhu socialne solidarnosti in ga po principih moderne sotrudne in avtonomne šole pripraviti za poznejše samostojno življenje.

Našim zdravnikom se torej ne more očitati, da skrbje le za svoje ekonomsko blagostanje. Z iskreno vnemo sodelujejo na vseh poljih socialne medicine, pišejo knjige in poljudne časopise, izvršujejo na tihem dobra in uslužna dela, ki ostanejo za vedno

prikrita širši javnosti. Vse to priča o socialni zavednosti naših zdravnikov, ki premišljeno in s čustvom dolžnosti žrtvujejo mnogo dragocenega časa in truda v prepričanju, da mora vsakdo na svoj način plačevati socialni davek.

Dr. V. Meršol — Skopje, Resultate der Dick-Probe und der aktiven Immunisierung gegen Scharlach in Skopje und Umgebung. (Rezultati Dickove probe in aktivne imunizacije proti skarlatini v Skopju in okolici.) (Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten, 111. B., 1929.)

Naš rojak in specialist za nalezljive bolezni poroča v obširnem in eksaktnem, znanstvenem delu o izkustvih in uspehih Higijenskega instituta v Skopju ter prihaja do sledečega zaključka: 1.) Odstotek po Dicku pozitivnih otrok je v Skopju splošno višji nego v New Yorku (Zingher). Odstotek po Dicku pozitivnih je najvišji pri srbskem prebivalstvu, najnižji je pri judih in ciganih. — 2.) Aktivna imunizacija proti skarlatini se je izvršila v Skopju in okolici na 12.757 otrokih deloma ali popolnoma, dosegli so se sledeči rezultati: a) s ponovno Dickovo reakcijo se je po 3 mesecih izkazalo 65% prej po Dicku pozitivnih za negativne, po 6 mesecih pa 76%; b) od 2812 v Skopju imunizovanih otrok sta zbolela samo 2 (0,07%), umrl pa ni nobeden. Od deloma imunizovanih (1558) je zbolelo 8 (0,5%) z enim smrtnim izidom (12%). Od 8118 po Dicku nepreizkušenih in ne imunizovanih otrok so oboleli 104 (1,3%), od kojih je umrlo 30 (29%). Število z imunizacijo bolezní obranjenih znaša 47, smrti rešenih 16; c) aktivna imunizacija proti skarlatini služi kot najboljšo sredstvo za pobijanje in obrambo skarlatinskih epidemij po vaseh, kar se je uspešno dokazalo v različnih epidemijah.

Dr. H. Stegemann — Dortmund, Zur Schmerzbekämpfung bei der Operation Basedowkranker. (Preprečevanje bolečin pri operaciji Basedovljevih bolnikov). (Der Chirurg, I., H. 4.).

Različni kirurgi zavzemajo svoja stališča glede operativne anestezije. Dočim so vsi složni v tem, da kloroform nikakor ni primeren, zagovarja avtor zlasti pri operaciji Basedovljeve bolezni narcilenov opoj, kombiniran z avertinom. Drugi priporočajo narkozo s smejavim plinom, kombiniranim s kisikom. Nekateri so izključni pristaši lokalne anestezije.

Dr. VI. Guzelj.

Dr. F. Merke — Basel, Die Vor- und Nachbehandlung bei Basedowoperationen. (Predhodno in nasledno zdravljenje pri Basedovljevih operacijah.) (Der Chirurg I., H. 4.).

Avtor se nujno zavzema za določitev predoperativne osnovne presnove. Edina kavzalna terapija Basedovljeve bolezni je zdravljenje z jodom. Zdravljenje z jod-jodkalijevo (Lugulovo) raztopino v zvezi z ginergenom in kalcijem 10—20 dni pred operacijo dovede do remisijskega optima, v katerem se operira. Pacient mora ves ta čas ostati v postelji. Frekvenca žile se znatno zniža in pomirjenje nastopi tudi brez medikacije s sedativi in srčnimi sredstvi. Postoperativno se doza imenovanih medikamentov polagoma zniža. Vprašanje recidiva po tej medikaciji še ni rešeno.

Na zborovanju nemških kirurgov v Erfurtu je v preteklem letu priporočal Heller zlasti predoperativno laktovegetabilno hrano in obsevanje thymusa, kombinirano s preje opisano terapijo. Poudarja, da je operacijo opustiti, ako v 6—12 tednih ni opaziti znatnega uspeha v terapiji.

Dr. VI. Guzelj.

Dr. G. Calinich — Tübingen, Symmetrische Embolie beider Arteriae brachiales nach Strumektomie. (Simetrična embolija obeh arter. brach. po strumektomiji). (Der Chirurg, I., H. 7.).

Kljub odstranitvi embola na eni strani je po emboliji na drugi strani nastal exitus 50 dan po operaciji; avtor meni, da se je embolus odtrgal iz podvezane in trombozirane art. thyreoid. inf., ki prihaja iz trunc. thyreocervic.

Dr. VI. Guzelj.

Dr. O. Kleinschmidt — Wiesbaden, Zur Chirurgie der Gallensteinkrankheit.
(H kirurgiji žolčnih kamnov.) (Der Chirurg, I., H. 2.).

Dasi je možnost infekcije pri aseptični laparatomiji minimalna, se pokažejo včasih neprijetne posledice laparatomije. Nastopi lahko postoperativni adhezivni ileus in k sreči redko postoperativna peritonita. Te in druge komplikacije zahtevajo nujno, da se operacija izvrši le v primerih, kjer se dajo z veliko sigurnostjo izključiti druga diferencialno v poštev prihajajoča obolenja. Navedeno ne velja samo za apendicito, ampak tudi za druga akutna trebušna obolenja, dasi v manjši meri.

Tako je treba izvzeti obolenja na žolčnih kamnih. Nujnost takojšnje zgodnje operacije tukaj ni podana, kajti pri poslednjem obolenju nevarnost perforacije in gangrene ni tako velika. Nekateri avtorji, kakor n. pr. Kirschner, zastopajo indikacijo za takojšnjo zgodnjo operacijo, a operirajo pri jasni diagnozi šele čez 24 ur s predpripravo bolnika k operaciji. Drugi kirurgi, internisti in praktični zdravniki odklanjajo to ekstremno stališče. Dogaja se še vedno in često, da se v hitri nezadostni indikaciji dobi pri operaciji neizpremenjen žolčnik, a tudi kamnov ni najti. Prej obstoječe težave, izhajajoče najbrže iz funkcionalnih vzrokov, se kljub operaciji ponovijo, ali še v hujši meri, ker se pridružijo še zarastline, stenoze, recidivi kamnov ali močne kolike. Tudi mortaliteta in možnost infekcije, ker so jetra prizadeta po vnetnem procesu, je veliko večja; meteorismus črevesja otežkuje operacijo. Vse to vpliva tudi na postoperativni potek in tvori veliko nevarnost za pneumonijo, trombozo, embolijo in motnje v krvnem obtoku. Akutne napade je treba diferencirati. Marsikateri, bodisi da nastopi prvič, bodisi ponovno, preneha čez nekaj ur, organizem se pomiri in nastopi zopet latentno stanje. Pri teh bolnikih je konservativno zdravljenje umestno. Premožnejši bolniki se zdravijo po zdravliljših ter doživljajo latentno stanje bolezni. Nevarnost ponovnega napada z letalnim izidom se ne more nikakor izključiti in pomisliti je, da pri pogostih napadih ob konservativnem zdravljenju organizem oslabi. Bolniki so čestokrat v starosti prisiljeni, podvreči se operaciji. Prognoza je radi starosti, adhezij, težavnejše in dalj trajajoče operacije dvomljivejša. Pri revnejših, socialno slabo stoječih bolnikih je zavzeti stališče operativnega zdravljenja.

Druga vrsta napadov radi žolčnih kamnov poteka težje in za bolnike nevarneje. Splošno bolnikovo stanje je slabo, nastopi visoka temperatura, kolapsi, posebno izražene bolečine, objektivno se opazi zbežanost in nemirnost bolnika, povračanje, prikaže se slika začetne peritonite. To so primeri, ki se morajo predati takoj kirurškemu opazovanju in zdravljenju, ker obstoji nevarnost perforacije, torej vitalna indikacija za operacijo.

Predolgo čakanje v takih primerih povzroči zarastline, bolnikovo splošno stanje se poslabša in prognoza postane dvomljivejša. Navedeno velja vedno za gotovo diagnosticirane primere. Pri dvomljivih primerih diagnoze je opazovanje umestno, izvesti se ima terapija, ki odgovarja več ali manj verjetni diagnozi ter resnemu in nevarnemu bolnikovemu stanju. Kar se operacije tiče, prihaja predvsem, ako izvedljiva, ektomija vpoštev.

Dr. L. Kramarič.

Prof. dr. A. Bier (Berlin): Zdravilna načela. Na 90. zboru nemške družbe prirodoslovcev in zdravnikov v Hamburgu dne 16.—22. septembra 1928 je otvoril zborovanje slavni nemški kirurg Bier in izvajal sledeče misli: Vsaka znanost potrebuje svoj sistem. Bila je velika zabloda novejšje medicine, da je na avtoriteto Virchow a zavrgla vsak sistem. V istini si zgradi vsak rušitelj starih sistemov nov sistem, tako je postavil tudi glavni nasprotnik medicinskih sistemov, Virchow, svoj posebni sistem celularne patologije. Vsi doslejšnji sistemi so bili preenostranski in pretesni. Ta očitek zasluži humoralna patologija kakor celularna patologija, materializem kakor teleologija, alopacija kakor homeopatija in izopatija, fizična vzročnost kakor psihična itd. Vsak velja na svojem omejenem poprišču, na polju splošnih znanosti, h katerim spada tudi medicina, pa so vsi neveljavni. Tudi materialistični sistem, ki so stisnili vanj sodobno zdravstvo, je mnogo pretesen.

Bier predlaga na osnovi Heraklitovih in Hipokratovih nauk, uvažuje novejšo pridobitve, sledeča iz Heraklitove filozofije posneta vodilna načela:

1.) Zmisel (logos) tiči v organizmu, ki se ne pokori samo enostavni fizični vzročnosti, ampak tudi kot smotreno dejavna oseba načelu zadostnega razloga. Trdno stoji njegov smoter: ohranitev vrste in individuja, pota pa, po katerih ga zasleduje, so zelo različna, mogoče neskončna.

2.) Nasprotja in njih boj se združujejo v harmonijo. Zato pa moramo vsa navedena nasprotja, kakor humoralno in celularno patologijo itd., od katerih vsebuje vsako le neko delno resnico, strniti v enotno harmonijo. Tudi v zdravem organizmu znači pravilna mešanica nasprotij zdravje, motnja vsakega posameznika pa bolezen. Tako ima vsaka mišica, vsak živec, vsak hormon svojega antagonista. Nasprotja niso protislovja, ampak se vežejo v harmonijo.

3.) Vse teče. Tok je ritmičen. To se vidi na presnovi in na patoloških dogodkih. Tudi ravnotežje v organizmu, ki pomeni zdravje, je tekoče. Vedno se ruši in vedno zopet iznova vzpostavlja.

4.) Vse je relativno.

Na teh vodilnih načelih se snuje harmonični (kolaborativni) sistem medicine. Ker pa je človeški organizem najpopolnejši primer harmonije, smemo imenovati sistem tudi biološki.

Društvene vesti.

Jubilej Pravnika. V prvi vrsti smatrajo tudi slovenski zdravniki za svojo dolžnost, da čestitajo svojim odličnim sodelavnikom v javnosti slovenskega življenja, slovenskim pravnikom ob štiridesetletnici njih strokovnega društva »Pravnik«, čigar ustanovni občni zbor se je vršil dne 28. januarja 1889 z glavnim namenom, vzdrževati in izdajati društveno in strokovno glasilo »Slovenski Pravnik«. V problemu malega naroda čutijo vse akademske stroke posebno potrebo patriarhalne skupnosti, koncentracije in sodelovanosti intelektualnih sil. V tej zajednici kulturnega dela priznavamo slovenski zdravniki eliti naše inteligence, našim pravnikom prvo in vodilno mesto po socialni važnosti njih poklica in po faktično izvršenem delu, po faktičnih zaslugah in žrtvah za napredek slovenstva. Naši pravniki so priborili slovenščini pravico javnosti v časih, ko se je naš jezik v uradih zapostavljal, češ, da ni sposoben za višjo in javno rabo po uradih. V teh časih poniževanja in zaničevanja so se naši idealni in požrtvovalni juristi izkazali za umne in uspešne tvorce slovenskega jezika na področju pravnega življenja. Oni so kot odlični pisatelji in govorniki vzgajali našega javnega duha v sposobnosti ostrega, juriščno logičnega mišljenja in točnega izražanja. Po socialni funkciji so juristi poklicani varuhi prava in javne morale, tudi našim masam so vcepili potrebo pravnega čustvovanja in stremljenja, kar dokazuje, žal z negativne strani, »pravdarska strast« našega ljudstva. Prav posebno pa čestitamo ob tej slavnostni priliki našim tovarišem in sodelavnikom v kulturnem delu na njih objektivni, znanstveni metodi, po kateri ugotavljajo resnico z objektivno kolaboracijo vseh neposrednih interesentov, prič in strokovnjakov-izvedencev ter z uporabo vseh znanstvenih in tehničnih dokazov in sredstev. Tudi druge znanstvene stroke pospešijo svoj napredek samo na ta način, da prevzamejo juriščno metodo nepristranske kolaboracije in konfrontacije vseh prizadetih činiteljev. Tudi v drugih znanstvenih strokah ne sme več odločevati subjektivno, individualno mnenje še tako mogočnih in uglednih avtoritet, kajti resnica je bila in ostane sotruden pridelek vseh.

Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani je izvolilo na občnem zboru dne 26. januarja 1929 sledeči odbor: predsednik dr. Fr. Derganc; odborniki: dr. V. Gregorič, dr. A.

Brecelj, dr. Fr. Dolšak, dr. Fr. Minaš, dr. A. Kunst, dr. R. Blumauer, dr. I. Jakša, dr. Fr. Pavločič, dr. L. Kramarič, dr. P. Pehani; namestniki: dr. P. Krajc, dr. I. Janežič, dr. I. Zajc st., dr. Sl. Grum, dr. I. Arko, dr. Vl. Guzelj, dr. L. Šavnik, dr. A. Cizelj, dr. L. Brenčič dr. A. Konvalinka. Društveno razsodišče: dr. B. Dragaš, dr. Fr. Mis, dr. M. Majcen; namestniki: dr. I. Pintar, dr. C. Cirman, dr. I. Volavšek. Revizorja: dr. R. Jug, dr. A. Praunseis.

Zdravniško društvo v Mariboru je na svojem rednem letnem občnem zboru izvolilo naslednji odbor: predsednik dr. Jankovič, podpredsednik dr. Schwab, odborniki: dr. Černič, dr. Robič, dr. Jureško, dr. Klasinc, dr. Zorjan, dr. Marin, dr. Karel Ipavec in dr. Hönigmann; namestnika: dr. Ramšak in dr. Wankmüller; preglednika: dr. Stamol in dr. Korenčan.

Organizacija pomožnih bolniških zdravnikov za Slovenijo je na svojem občnem zboru dne 1. marca 1929. izvolila nov odbor, ki je takole sestavljen: predsednik dr. Oton Bajec, podpredsednik dr. France Podkoritnik, tajnik dr. Angel Kralj, blagajnik dr. Viktor Kocijančič, odbornika dr. Ivo Rakuljič-Zelov in dr. Stanko Žvokelj, revizorja dr. Vladko Dolenc in dr. Slavko Grum.

Občni zbor Zveze duševnih delavcev v Sloveniji je izvolil 25. februarja sledeči odbor: predsednik univ. prof. dr. M. Slavič, 1. podpreds. drž. pravdnik dr. S. Jančič, 2. podpreds. sodni svetnik A. Lajovic, ostali odborniki: inž. L. Novak, dr. M. Pivec, dr. I. Goričan, M. Gregorko, dr. I. Pintar, prof. A. Prebil, poštni nadz. M. Matjašič.

Seminar za socialno medicino, Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani je na izrednem občnem zboru dne 15. novembra 1928 soglasno sprejelo sledeče dopolnilo k § 2. društvenih pravil:

Namen društva je:

a.) znanstveno gojiti medicinsko vedo in jo poljudno razširjati, **to se pravi, pospeševati tudi socialno medicino in v vseh strokah socialne medicine prirejati predavanja ter omogočiti izvrševanje te naloge z ustanovitvijo posebnega seminarja za socialno medicino s potrebnimi poslovnimi prostori, knjižnico in predavalnico.**

V utemeljevanju predloga je podal predsednik primarij dr. Fr. Derganc tudi sledeče pojasnilo:

Naše društvo ne more delati in se boriti za pravično socialno medicino, ako nima lastne strehe, ako takorekoč životari na ulici in mora pri vsaki seji posebej molodovati za lokal in gledati svojo dragoceno knjižnico v odvisnosti kolegialne gostoljubnosti. Obeta se v tem oziru važna izprememba in neodpušljivo bi bilo, ako bi odbili blagohotno ponujajočo roko. Idejo »Zdravstvenega doma«, idejo našega velezaslužnega prvoboritelja dr. Gregoriča, njegov idealni načrt je namreč prevzel energični in uspešni načelnik dr. A. Štampar sam in obljubil večjo vsoto za ustanovitev »Zdravstvenega doma« v Ljubljani. Zdravstveni dom pa potrebuje za svoje delo zdravnikov, mi zdravniki potrebujemo streho za svoje socialno delovanje. Ali ni torej avtomatično pravilno, da dobi naše društvo svoje prostore v »Zdravstvenem domu«? Meritorno je toraj zadeva rešena, našemu društvu se mora pravica samo še formalno, juridično osigurati, kar se zgodi enostavno s tem, da zmiselno razširimo besedilo § 2. društvenih pravil po navedenem predlogu.

Po začasnem načrtu naj bi dobile v »Zdravstvenem domu« prostora sledeče socialne ustanove: 1. higienski zavod z muzejem; 2. šolska poliklinika in tuberkulozni dispanzêr; 3. ambulatorij za venerične bolezni; 4. institut za telesno kulturo, znanstvena stolica za evgeniko, telovadbo, sport itd.; 5. strežniška šola; 6. Rdeči križ in ev. Rešilna postaja; 7. oddelek proti alkoholizmu, tuberkulozi, raku in spolnim boleznim; 8. seminar za socialno medicino s potrebnimi poslovnimi prostori, knjižnico in predavalnico; 9. stanovanja (za uradnike, ev. onemogle in siromašne zdravnike).

S tem dopolnilom društvenih pravil se je tudi pri nas priznala enakopravnost socialne medicine kot samostojne medicinske stroke, se je tudi pri nas končala več-

letna ostra stanovska borba, ki je grozila, razdvojiti zdravniški stan na dva sovražna tabora kurativne in preventivne (socialne) medicine. Borba se je vodila večinoma po nepotrebnem, deloma iz nespornazuma, deloma iz nepoznanja stare metodične napake, ki se redno in vsak dan ponavlja v razvoju človeške kulture. Vsaka zadnja iznajdba, zadnje odkritje se s hevrističnim afektom in po psihologiji mode (javnega mnenja) po-
sploši, generalizira, razblini in proglasi za vrhunec in konec razvoja, za edino zvezdo, poleg katere morajo ugasniti vse prejšnje in druge zvezde. Ta podedovani greh hevristične in modne generalizacije se šopiri in širi zlasti v razvoju medicine, danes je ta metoda ali stroka na vrhu in kot panaceja (panakeia) porabna za vse, jutri zopet druga.

Nesporazum pa je prezrl splošni princip delitve dela, diferenciacije in razvoja. Tudi medicina je živa stroka, ki se vedno razvija in producira vedno nove specialne stroke. Pod vplivom znanstvene sociologije in razmaha moderne industrije in tehnike je postalo očitno, da učinkujejo na razvoj bolezni in uspeh zdravljenja socialni odno-
šaji. Znanstvena medicina je morala obseg svojega opazovanja razširiti tudi na študij teh socialnih odnosov, tako je organsko in avtomatično nastala nova specialna stroka socialne medicine. Dandanes priznava vsak izobražen zdravnik enakopravnost in po-
trebnost vseh specialnih strok, torej tudi socialne medicine in se veseli, da je medicina še vedno tako živa in sposobna novega razvoja.

Omenjeni nesporazum se je povečal z mešanjem in zamenjavanjem pojmov. Soci-
alna medicina je samostojna stroka in se ne sme istovetiti s strokami socialne ekono-
mije in sociologije, kamor spada socialno zavarovanje in ekonomski položaj zdravni-
škega stanu. Rešitev obeh vprašanj je odvisna od rešitve splošnega ekonomskega pro-
blema, od nove ekonomske orientacije, ki se seveda ne izvrši v zmislu nobenega obeh
ekstremov individualističnega kapitalizma in komunističnega kolektivizma. Kakor pov-
sod leži tudi tu resnica v zlati sredi: osebna svoboda in omejena (srednja) osebna last-
nina ostaneta fundamenta vsake normalne in zdrave družbe. Socializacija (podržavljenje)
se tiče samo velikih industrijskih, trgovskih in agrarnih podjetij, kojih čisti dobiček bo
služil splošni blaginji, a ne več neomejenemu bogatenju posameznih kapitalistov in ode-
ruhov. Zdravniški stan je bil vedno svoboden poklic in se bo vedno boril, žrtvoval za
osebno svobodo. Isto svobodo priznava tudi v ekonomskem oziru: kdor noče ali se ne
čuti sposobnega za samostojno preživljanje, so mu odprta vrata socialne medicine,
državno ali samoupravno socializovane službe uradnih zdravnikov. V urejeni državi se
bodo vedno razlikovali svobodni in socializovani (podržavljeni) poklici, ta prirodna in
zdrava diferenciacija je nastopila tudi v zdravniškem stanu, samo ne smemo je iz gori
navedenega vzroka pretiravati na nobeno stran in nikoli ne izpustiti iz vida enotnosti
in solidarnosti stanu.

Zdravniški stanovski red, kakor ga je predložilo Slovensko zdravniško društvo,
je bil od zdravnikov in občinstva sprejet s splošnim priznanjem in zadoščenjem, posebno
se poudarja visoko etično stališče in socialno čustvovanje, ki tako iskreno govori iz
vsake vrstice. Predloženi red bo služil v zvezi z obema že objavljenima (dr. P. Defran-
ceschia in dr. I. Tičarja) posebni komisiji, ki jo skliče Zdravniška zbornica, za osnovo
enotnega, za vso Slovenijo veljavnega reda. Sliši se, da se zanimajo zanj tudi zdravniki
v Zagrebu in Beogradu in žele, da se za vso državo sestavi enoten zdravniški red.

Ordre des médecins. Tudi na Francoskem se množe »medicinski škandali« in ogro-
žajo čast in ugled zdravniškega stanu. Zdaj združuje francoske zdravnike v enotni
organizaciji »syndicat médical« in ščiti samo materialne interese, a prepušča zdravniško
etiko samo sebi in varstvu takozvanih »piratov«, ki na debelo izkoriščajo neomejeno
svobodo ter z nepoštenimi sredstvi vabijo in sleparijo lahkoverno občinstvo. Korupcija
se je razpasla celo po medicinskih fakultetah in mladi ljudje brez vsake kvalifikacije
dobivajo tu diplome, samo če imajo dovolj potrpljenja, časa in denarja. Tako se en
masse producira »pirati«. Posebno škandalozna pa je postala poslovna zveza med
hišnimi zdravniki in specialisti. Marsikateri bolnik se mora dati operirati ali specialno
zdraviti samo zato, ker zasluži hišni ali domači zdravnik do 75% vsega honorarja. Tem

škandalom naj napravi konec »ordre des médecins«, posebna korporacija, ki se ravnokar ustanavlja v zmislu naših zdravniških zbornic. Članstvo, obvezno za vse zdravnike, bo jamčilo občinstvu neoporečnost zdravnika. V statutih se poudarja zlasti smoter organizacije, priboriti zdravnikom vpliv na splošno in socialno zakonodajo.

Kronika.

Osebnosti. Dr. E. Mayer je bil imenovan za zdravstvenega referenta pri oblastni samoupravi v Ljubljani, v oblastni službi ostane dr. A. Breclj kot honorarni nameščenec za zdravstvene in humanitarne zadeve ter socialno politiko. — Dr. Gerlovič Franc, sreski sanit. referent v Brežicah, je bil imenovan ravnateljem splošne bolnice v Ljubljani. — Mestni fizik in predsednik Zdravniške zbornice dr. M. Rus je bil kot član glavnega odbora Jugoslovensk. lekar. društva odlikovan z redom sv. Save III. st. — Dr. C. Corman je bil nastavljen pri železniški ambulanti kot specialist za zobne in ustne bolezni. — Dr. Joško Bezić se je naselil kot praktičen zdravnik v Kranju.

Kirurgija na Golniku. Naš sanatorij za tuberkulozo na Golniku dobi v kratkem moderno opremljeno kirurško štacijo, na kateri se ne bode kirurško zdravila samo tuberkuloza kosti in sklepov, ampak tudi pljučna tuberkuloza po preizkušanih metodah prof. dr. Sauerbrucha v Berlinu.

Telesna kultura v Franciji. Francoski proračun določuje 12,5 milijonov frankov za telesne vaje in sport. Koncem lanskega leta je bil nastavljen poseben državni podsekretar za telesno vzgojo in podrejen vojnemu ministrstvu.

Film o raku. Nemški Centralni komitej za izsledovanje in pobijanje raka je kupil od prof. Cantija (London) film o življenju normalnih in rakastih celic pod vplivom radija ter ga izposoja.

Rockefellerjeva fundacija je naklonila univerzi v Utrechtu 170.000 dolarjev za ustanovitev fiziološke šole.

Nov psihoanalitičen institut. Doslej delujejo samostojni psihoanalitični instituti na Dunaju, v Londonu in Berlinu. Dne 12. februarja t. l. je bil otvorjen v Frankfurtu ob M. nov psihoanalitičen institut v poslopju za socialno znanost. V kratkem se enak institut otvori tudi v Parizu.

Internacionalni kongresi. Dne 22.—27. julija t. l. se vrši v Parizu 1. internacionalni teden za svetlobno terapijo na Institutu za aktinologijo (predsednik: prof. dr. d'Arsonval). — Dne 5.—13. septembra t. l. se vrši 13. internacionalni kongres za očesne bolezni v Amsterdamu in Haagu. — Dne 19.—21. maja 1930 se vrši 2. internacionalni kongres za malarijo v Algieru. Istočasno se proslavi petdesetletnica odkritja parazita malarije po Laveranu.

Umrli so: na Dunaju prof. dr. Kl. Pirquet, znan po kožni »Pirquetovi reakciji«, s katero je mogoče ugotoviti latentno tuberkulozo; na Nemškem kirurg dr. B. Credé, ki je uvedel v terapijo koloidalno srebro (unguentum Credé) in dermatolog dr. P. G. Unna; v Ženevi kirurg dr. A. Reverdin; v Parizu dermatolog dr. L. Brocq; na Angleškem kirurg Sir Aleksander Ogston v starosti 84 let, znan po posebni operativni metodi za genu valgum.

Govorilnica.

Materijalizem in svetovni nazor modernega zdravnika. Kako postane človek zdravnik? Izbira se vrši v zdravniškem stanu kakor po vseh drugih stanovih, tako da razlikujemo dve vrsti poklicnikov: 1. tiste, ki so prišli v poklic aktivno po lastni volji, po svoji nadarjenosti in posebnem veselju; 2. tiste, ki jih je pasivno vrgla v stan le skrb za službo in vsakdanji kruh, torej slučajna ekonomskosocialna konjunktura. Oba tipa pozna že stari pregovor: poeta nascitur, orator fit in razlikovanje umetnika in obrtnika, rojenega in izučenega zdravnika. Pravega, dobrega in rojenega zdravnika vodijo skozi celo življenje njegovi prvotni motivi: usmiljenje do trpečega bolnika, napredek znanosti in ugled stanu; izučeni, povprečni zdravnik ostane zvest temu, kar ga je zaneslo v stan, skrbi za lastno ekonomsko blagostanje. Značaj prvega ne izključuje, da ne bi bil tudi dober gospodar, kakor je tudi pri drugem mogoče, da pokrene v stroki globokoumen napredek. V naslednjem govorimo samo o rojenem, pravem in dobrem zdravniku, čigar sočutna duhoduševnost se v glavnem izčrpava v borbi proti trpljenju in bolečinam sočloveka.

Ordinacija mislečega zdravnika je soba skrivnosti in trpljenja, od vseh strani prihajajo bolniki s svojimi križi in jih odlagajo na ramena dobrega zdravnika. V ordinaciji se odpirajo vse skrivnosti življenja, tu gleda zdravnik življenju do dna. Ne samo v vinu, tudi v bolečinah in trpljenju se kaže resničen človek. In s kakim zaupanjem prihajajo trpeče duše in trpeča telesa! Iščejo tolažbe in olajšave svojim dušnim in telesnim bolečinam. Ordinacija je pravi psihagogij, prava psihoanalitična posvetovalnica, kamor se zatekajo bolniki po uteho in svet v vseh neprilikih življenja. Tu se razvija nov tip zdravnika psihologa, psihoterapevta, dušnega voditelja, pomočnika in tešitelja; moderna psihoanaliza in psihoterapija mu nudita bogata in uspešna sredstva.

Takemu zdravniku ne ostane to neizmerno trpljenje samo njegova zasebna srčna zadeva, iz sočutne, podzvestne emocije se mu dvigne v luč zavesti in na solncu mislečega razuma se mu izpremeni v realen, znanstven problem trpljenja. S samim pasivnim, še tako iskrenim in globokim sočutjem ne zmanjšamo, ne odpravimo trpljenja, zato je sposoben samo aktiven, energičen razum, ki ga žene vroče, napeto čustvo usmiljenja in silen nagon pomoči. Tak zdravnik, v srečni harmoniji združujoč bister intelekt in toplo emocijo, je po svojem poklicu a priori določen strokovnjak in vodnik v izsledovanju in reševanju problema trpljenja, ki ga je treba znanstveno, metodično in empirično študirati v vseh osebnih in socialnih odnošajih. Tak intelektualno-emocijski zdravnik pripravlja novo praktično in socialno znanost trpljenjslovja. Historični problem človeškega trpljenja stopa iz faze mističnega in pasivnega budističnega pesimizma v novo fazo afirmacije življenja, v fazo zavestne in znanstvene analize. Hočemo se boriti proti trpljenju, da se bomo potem radovali že na zemlji. Oglašajo se zopet onemeli odmev starega grškega pozdrava: *chaïre* (raduj se življenja)! Usmiljeni razum oznanja novo, optimistično blagovest o veselju življenja. V rasti in razvoju kulture se izpreminjajo tudi človeški ideali. Stari ideal pasivne, kontemplativne emocije propada, človeštvo si ustvarja nov ideal dela, seveda ideal razumnega, sotrudnega in sočutnega dela.

V taki koncentraciji trpljenja, po desetletjih zdravljenja in lajšanja dušnih in telesnih bolečin se razvije v zdravniku poseben, lasten svetoven nazor. Sam ne ve, kako in kdaj, gotova mu priplava njegova v dolgotrajnem, boleznem doživljanju dozorela filozofija iz podzavesti in se mu vsili proti njegovi doslejšnji volji, proti vsem običajnim pojmom, ki si jih je bil nabral doslej iz knjig in pogovorov. Brez spekulacije in izrednega stremjenja po spoznanju, kar avtomatično se mu razvije in vsili nova filozofija iz najrealnejšega dejstva, iz človeškega trpljenja. Ne Descartesov »*cogito ergo sum*«, marveč zdravnikov »*patior — ergo sum*« je pravi izvor spoznanja in zavesti. Ta filozofija je vseskozi empirično, avtonomno doživljanje v trudu in trpljenju. Svet, pogledan skozi okno skrivnostne ordinacije, se nam pokaže v novem aspektu.

ln prva, samostojno doživljena resnica je spoznanje, da je večina tega trpljenja, ki se zbira v zdravnikovi ordinaciji, nepotrebna, ker izvira samo iz zlobe in nevednosti, iz malomarnosti in trdosrčnosti socialnih gospodarjev, ki jih je usoda postavila na vodilna in odločilna mesta, a ne čutijo svoje velike dolžnosti in odgovornosti, kakor dober oče proti svoji družini. Pride v ordinacijo tuberkulozna delavka, mati sedmero nadložnih otrok. Ali ji naj sedaj pomagajo njegove kapljice? Ali naj vara sebe in njo? Zanj poznata pač izvrstna in zanesljiva zdravila: prostorno in solnčno stanovanje, dobra in tečna hrana, počitek, higiensko in razumno življenje, žarek srčnega veselja. Niti omeniti si ne upa teh edino umestnih in uspešnih zdravil, ker se noče norčevati iz njenega telesnega, a dušno še večjega trpljenja. Ali je treba tej izmozgani, siromašni ženi vsako leto po enega otroka, ko še sama nima kje stanovati, ko še sama nima zadosti hrane? In kaj ima država, kaj občestvo od takega jetičnega zaroda? Po neizproslem ponavljanju takega izkustva se mora omehčati še tako trdo srce in spoznati, da je socialna medicina in evgenika tukaj edino zdravilo.

Težko je biti zdravnikom v takih razmerah! Nesrečne bolnice ne more brez vsega odsluviti. Zapiše ji kapljice solatii causa in s sočutno, prijazno besedo ji vlije novega poguma, novega upanja v onemoglo dušo. Čez par tednov se bolnica zopet vrne. A kakšna? Ali se je zgodil čudež? Izgleda cvetoče in veselo, celo zredila se je za več kilogramov, a njene zunanje razmere se v tem času niso izpremenile. Zdravnik prikrije svojo zadrego in začudenost, nekaj ga pa vendarle pogreje. Po kaki znanosti, kakih kemičnih zakonih je dosegel ta nepričakovani uspeh? Zdravnik je seveda, kakor to zahteva moda in spodobnost, prepričan materialist. Tako so ga pač izučili in vzgajili po šolah, tako ga je pač navdušil in prepričal slavni Haeckel, filozof vse prirodoslovno in znanstveno misleče inteligence. Po temeljnem zakonu materializma, po zakonu o ohranitvi snovi in moči je tak učinek njegovih kapljic nemogoč! Obide ga čustvo razočaranja in oglaš se prvi dvom o resničnosti dogmatičnega materializma. Ali so bile kapljice res le tista sugestivna iskrica, ki je sprožila in razvnela speče dušne in duševne sile?

Duša in sugestija! Kakor bi strela treščila iz jasnega. Saj je vendar materializem preklel in črtal te dve besedi iz svojega slovarja in se imenuje tako baš radi tega, ker učenost in prepričevalno dokazuje, da biva samo ena prasnica, samo materija, da je duša s svojimi tajinstvenimi silami le izmišljotina in utvara praznoverja. Duša in sugestija! Kakor bi dva strupena, nesnažna bacila nenadoma okužila in oskrnila ta čisti, aseptični svet njegovega značajnega in neomajnega materializma. Duša! Kolikokrat je zavrnil naivnega bolnika, ki ga je zaupno povprašal o skrivnosti duše, rekoč, da je toliko in toliko mrličev seciral in zrezal na histološke preparate, a duše da ni našel nikjer. Seveda je nisi našel, se oglaš nov glas njegovega samostojnega in dozorelega razuma, ker si seciral mrtva telesa, ki so bila mrtva baš zato, ker je bila v njih ugasnila duša. Kakor bi prosjak obračal svoj prazen malho in pretipaval vse kotičke, pa bi se nazadnje začudil, ker ni našel v nji bogastva! Kako nečloveško zabita in zavozlana logika — materializma!

Razočaranega zdravnika se poloti nemir in obupno razpoloženje, kakor da se je svet udril pod njim, krker da se mu je zrušil njegov najsvetejši oltar značaja in prepričanja. In preko puščave in razvalin Haeckelovega materializma zazvenijo ostre besede Frider. Paulsena, profesorja filozofije v Berlinu, ki je napisal sledečo, strokovnjaško kritiko o Haeckelovih »Svetovnih ugankah«: Z žgočim sramom sem prebral to knjigo, s sramom nad stanjem splošne in filozofske izobrazbe našega naroda. Da je bila taka knjiga mogoča, da se je pisla, tiškala, kupovala, čitala, občudovala in verovala v narodu, ki ima Kanta, Goetheja, Schopenhauera, to boli! In drug nemški profesor filozofije, E. Adickes v Tübingenu, je obsodil Haeckela kakor sledi: Haeckel se je vedno iznova spet pokazal popolnoma nesposobnega, vestno razlikovati dejstva in teorije, dano in njega razlago (in vendar sloni na tem vsa dobrota znanosti!), hipoteze mu postajajo dogme,

meje med možnim in nemožnim se mu zabrisujejo, celo nemožno mu postaja nujno, ako se strinja z zvezo njegovega mišljenja. Haeckel je pač skozi in skozi dogmatik, v tem stoji z Büchnerjem na isti stopnji, kot prirodoslovec ga daleč prekaša ... kot filozofa pa sta oba popolni ničli!

Prej ali slej doživi vsak zrel in samostojno misleč človek tako krizo svojega vsakdanjega, priučenega prepričanja, ki se začne podirati pod težo lastnega izkustva in doživetja. To so najtežji trenutki njegovega življenja, ko trpi in obupava zapuščen kot brodolomec sredi viharnega morja. Ali je mogoče še dalje živeti brez prepričanja? Saj tvori jedro vsake duše, iz njega izvira vsa moč in zmisel življenja. Posebno mučna pa je v tej dušni krizi okolnost, da nastopa navadno v poznejši dobi, ko se je človek že navadil udobnega, brezskrbnega življenja in izgubil sposobnost za novo borbo in težko delo. Prepričanje znači vrhunec človekovega razvoja, po njem se razlikuje od dresirane, mehanične živali, od njega prejema osebno svobodo, samozavest, poštenje in čast. Na podlagi svojega prepričanja je dorasel, osivel, dosegel v družbi svoje udobno, odlično mesto, zaradi prepričanja ga cenijo in spoštujejo ljudje kot značajnega moža. In zdaj naj stopi prednje in jim razodene kakor javen spokornik, da se mu je to prepričanje sramotno zrušilo do tal? In sedaj na stara leta naj se začne boriti in trpeti iznova? Ali pa naj spet natakne staro krinko in igra v javnosti naprej značajnega moža? A v duši se naj sramuje sam pred seboj kot hinavska propalica? Da, propalica, ki se v svoji duši sama izključuje iz etične zajednice človeštva. Samo zločinec in propalica se boji resnice. Predpogoj resnice pa je etika, poštenost, resnicoljubnost. Vsak pošten človek je dolžan, v zreli, moški, samostojni dobi izvršiti revizijo svojega prepričanja, zlasti materijalizma, premisliti, spoznati razvoj svojega prepričanja in ogledati svojo dušo v zrcalu resnice. Kako je prišel do svojega prepričanja? Ali je torej njegovo prepričanje resnično, ali le zmota in prevara? Ali ni morda postal samo nesrečna žrtev avtosugestivne izvestnosti? To je vprašanje najvišjega človeškega dostojanstva, rešilno in zanesljivo odgovarja znanstvena psihologija prepričanja. (Konec prihodnjic.)

Drobiž.

Tobak in zločin. Prof. Stanger je dokazal vpliv tobaka na pospeševanje moralne degeneracije in zločinstva. Nikotin je živčen strup, ki mrtvi pred vsem simpatične ganglije in slabi centralno živčevje kakor alkohol, kokain in morfij, istočasno deluje kot močno dražilo na endokrine žleze, zlasti na spolovila. Vsled degeneracije centralnega živčevja postane nikotinist moralno top, brezobziren, lahkomišeln in brutalen, ne čuti ali noče čutiti, da zastruplja s svojim dimom zrak doma otrokom in zunaj drugim ljudem. Dr. Bonne je našel med 600 zločinci tretjino kadilcev, po tretjino alkoholikov in sifilitikov. Po isti statistiki postanejo mladi kadilci (20—30 cigaret na dan) tatovi, s 40—50 cigaretami na dan morilci, zlasti svojih mater, s 50—70 cigaretami ubijalci svojih prijateljev pri igri ali na potovanju. Pri sifilitiku zadošča 10—15 cigaret na dan, da izvrši najstrašnejši umor. Ako se taki ljudje odvadijo tobaka, se njihovo socialno čustvovanje zopet prebudi.

Električna teorija raka. Francoz Laville in Amerikanec Crile sta skoro istočasno zasnovała teorijo, da je vitalna energija žive celice električna. Vsaka celica je organski element, v kojem tvori jedro pozitiven in protoplazma negativen pol. Vsak pol ima svoj poseben potencial, tako da neprestano kroži elektrika med jedrom in protoplazmo. Čim večja je diferenca potencialov, tem večja je tudi vitalna energija. Ako se potenciala nevtralizirata, prestane celični tok in celica umre.

Laville prenaša svojo elektrobiološko teorijo s celice na cel organizem, primerja ga s kompliciranim električnim strojem, v katerem ima vsak organ, vsaka stani-

čevina svoj poseben potencial, a vse je tako smotreno in harmonično urejeno, da celo telo deluje kot enoten element: možgani so pozitiven pol, a negativni pol je v celokupnosti drobovja, žlez s središčem v jetrih. Enako domneva Crile s svojo bipolarno teorijo in smatra telo za električno enoto in celoto, v kateri tvorijo možgani pozitivni in jetra negativni pol. Z eksaktnimi poizkusi dokazuje, da so možgani in jetra zvezana po antagonizmu funkcij. Poizkušal je v normalnih in patoloških primerih z injekcijami različnih substanc in strupov. Ako se je z injekcijo povečala električna prevodnost, toplota ali poraba kisika v možganih, se je v jetrih sorazmerno zmanjšala in narobe.

Kako velika je električna energija telesa, sklepamo iz računa Sira Arturja Thomsona, da šteje človeško telo do 28 trilijonov celic. Povprečno meri celica v premeru 20 mikronov in dr. Fricke je izračunal, da znaša potencial kvadratnega centimetra celične membrane 0.8 mikrofaradov. Od zunaj prihajajoči električni valovi vplivajo na notranjo električno energijo celic in organov.

Rakasto degeneracijo celic si razlaga L. Aville na ta način, da se v celici poruši elektrostatično ravnotežje med jedrom in protoplazmo, oziroma krvjo. V jedru se nabira in zastaja preveč pozitivne elektrike, torej vitalne energije, zato začne celica bohoteti, se deliti in prekomerno množiti.

Journal des praticiens (1929, št. 3., 4. in 7.)

Planckova kvantna teorija. Nikjer ne doživljamo tako nazorno in prepričevalno dejstva, da človeška resnica raste, se razvija in izpreminja, kakor v modernem prirodoslovju. Tudi za človeške pojme velja Einsteinova relativitetna teorija, da niso dogmatične in absolutne, za večne čase veljavne tvorbe. Tudi enotna ni človeška resnica: kolikor glav, toliko resnic! Vsak človek smatra nekaj drugega za svojo resnico in ima zanjo drug kriterij. Heraklitov izrek »boj je oče vseh stvari« velja tudi za resnico. Stare resnice se preživljajo in propadajo, v idejni borbi zmagujejo nove in mlade. V neprestanih borbah in izpremembah se razvija človeško spoznavanje. Do nedavna je gospodoval v prirodoslovju Aristotelov stavek: natura non facit saltus. Priroda ne skače, ampak se udejstvuje in razvija v malih in poljubnih, v prehodnih in komaj opaznih količinah. V tem duhu je zamislil Darwin svojo teorijo, da se razvijajo živi potom minimalnih variacij, a botaničar de Vries je dokazal z eksperimenti, da se vrši razvoj tudi skokoma v nenadnih mutacijah. Zmota prehodne sovisnosti je spoznala tudi kemija in zdaj se uče otroci po vseh šolah, da se kemične spojine ne vežejo v poljubnih množinah, ampak po zakonu konstantnih proporcij in celih števil. Samo v fiziki se je do zadnjega držala Aristotelova dogma, dasi jo je bilo mogoče ovreči že spoznavnokritično in a priori po analogiji. Kaj je bistvo moči (energije)? Ali nekaj samostojnega in abstraktnega, nekaj različnega in neodvisnega od materije? Zdaj vemo, da moči same ob sebi ni, da je moč vezana vedno na materijo in njene agregate kot svoje nositelje. Moč je samo gibani položaj kake substance. Materija biva v različnih kvaliteta, vsaka kvaliteta v različnih agregatih, vsak agregat v različnih gibnih položajih, zato imamo različne moči, ki učinkujejo druga na drugo. Ker velja za materijo ravno kar navedeni kemični zakon konstantnih proporcij in celih števil, je bilo a priori in zgolj po analogiji sklepajoče logike mogoče najti tudi v fiziki podoben zakon za moči (energije). Zato pa ima isti zakon vse večjo veljavo, ker ga je odkril šele nemški fizičar Maks Planck potom eksperimenta. Planck je poleg Einsteina vodilni fizičar na Nemškem, oba sta bila že odlikovana z Nobelovo nagrado. Planck je začel s poizkusi v termodinamiki in prešel na izsledovanje žareče energije ter ugotovil, da materija ne izžareva energije v poljubnih količinah, ampak v skokih, kvantih, v stalnih proporcijah celih števil. Žareča telesa oddajajo energijo v gotovih količinah, elementarnih kvantih, ki se ne dajo več razdeliti. Planckova kvantna teorija utegne eksperimentalno potrditi spoznavnokritično domnevo, da je moč samo gibana substanca in da veljajo za obe skupni zakoni. Elementarni kvanti so nekaki atomi energije.

Kemičnofizikalna resnica raste in napreduje pred našimi očmi še v drugem oziru. Doslej nismo poznali bistva materije. Moderna elektronska teorija uči, da so atomi mikrokozmična, infinitezimalna osolnčja s centralnim jedrom (pozitivni elektron = proton) in planeti (negativni elektroni). Elektroni pa niso nič drugega nego elementarni kvanti elektrike, to je gibanega etra. Vsa materija sestoji torej iz same elektrike in atomi so sestavljeni iz iste prasnovi, iz etra, bivajočega najbrže v različnih agregatih, ki jih pa danes niti še ne slutimo. Tudi organska materija v celicah sestoji v glavnem iz istih elektronov, je torej tudi električna. Kaj pa združuje elektrone v višje organske komplekse in vodi njih smotreno gibanje, ali morda posebna vitalna energija, tega nam pa do danes prirodoslovje še ne more pojasniti.

Smrt voditelja okultistov. Dne 12. februarja 1929 je umrl po operaciji slepiča v Monakovem voditelj nemškega znanstvenega okultizma, bogati psihiater in nevrolog dr. Albert baron Schrenck-Notzing v 67. letu. Na Ruskem, Angleškem, Francoskem in v Ameriki se že dolgo bavijo resni znanstveniki s fenomenom okultizma (spiritizma). Francozi so mu nadeli moderno, znanstveno ime »metapsihologije« po metodi renominacije starega. Nemška znanost je šele po svetovni vojni odprla vrata tudi okultizmu pod imenom »parapsihologije«. Pristnost okultnih fenomenov zagovarjajo zdaj na Nemškem kot pristaši animistične hipoteze: profesor zoologije v Monakovem, dr. Karol Gruber, profesor filozofije v Tübingenu, dr. Konstantin Oesterreich, biolog in profesor v Leipzigu, dr. Hans Driesch. Na univerzah v Berlinu, Leipzigu, Münchenu, Bonnu in Tübingenu se vrše redna predavanja o parapsihologiji.

Okultno ledino pa je začel orati dr. A. Schrenck-Notzing, v svoji palači na Karolinenplatzu je ustanovil in bogato opremil prvi parapsihološki laboratorij z dragocenimi aparati za kontrolo in razkrinkavanje sleparskih medijev. Tu je poizkušal po znanstveni, empirični metodi ugotoviti okultna dejstva medijizma, odklanjal pa je vsako metafizično spekulacijo. Napisal je mnogo del o znanstvenem okultizmu. Preizkušal je desetletja različne medije (Eusapia Palladino, Eva C., trije bratje Schneider Vili, Rudi, Karol, nazadnje Hilda Zwieselbauer v Brnu). Na Dunaju je bil Rudi Schneider razkrinkan kot slepar. Schrenck-Notzing je sam priznal, da se v okultizmu mnogo slepari, a zahteval je na drugi strani, da se razlikuje med sleparji in praviimi mediji, ki jim v položaju transa ni mogoče očitati nobene prevare. O priliki prinesemo kritičen pregled o sedanjem stanju znanstvenega okultizma.

Štiristoletnica jugoslovanskega filozofa. Naša kršna in solnčna Dalmacija nam je rodila dva filozofa svetovne slave: Frančiška Patricija (1529—1597) in Dubrovničana Rogerija I. Boškovića (1711—1787).

Franciscus Patritius (Patrizzi, Petris-Petrić) se je rodil februarja 1529 v dalmatinski vasi Klis pri Splitu pod benečanskim gospodstvom. Že v rani mladosti se je začel baviti z znanostjo in filozofijo. A komaj je dopolnil 9 let, je propalo bogastvo njegove trgovske družine in deček je moral iskati službe pri raznih trgovcih, pridigarjih in vitejih, s katerimi je prepotoval vso Dalmacijo, Grško in grške otoke, zapadno Azijo, Španijo in Francijo, naposled se je bojeval sedem let s Turki na otoku Kipru. Benečan Filipo Mocenigo ga je odvedel v njegovem 31. letu s seboj v Italijo, kjer se je popolnoma posvetil znanosti, astronomiji, fiziki, matematiki in filozofiji. Bival je dalje časa v nekem plemiškem domu v Modeni, nato je postal profesor platonske filozofije na univerzi v Ferrari (1578—92), na kar ga je pozval papež Klement VIII. za profesorja na slavni Collegium Romanum v Rimu, kjer je umrl l. 1597.

Napisal je v latinščini mnogo znanstvenih in filozofskih del, ki so danes velika redkost. Glavna dela so: *Discussiones peripateticae*, 1571—81; *Nova de universis philosophia* (Panagia, Panarchia, Pampsychia, Pankosmia), 1591—1611; *Poetika*, 1586.

Naš Franjo Petrić je bil univerzalen duh in pristen predstavnik renesanse, torej obožavatelj Platona in principijalen nasprotnik sholastične, Aristotelove filozofije kakor njegov sodobnik in filozof Telesius (1508—1588). Zavzel je tako odločno sta-

lišče proti Aristotelu, da je prosil papeža Gregorja XIV., naj s svojo avtoriteto sploh prepove Aristotela po šolah in uvede njegov platonizem. Priкроjil si je mističen filozofski sistem, združujoč elemente platonizma in Telezijeve prirodne filozofije z lastno teorijo emanacije. Princip emanacije mu je »luč« kot simbol božanstva. Svetovna duša mu je nekaka živa, tekoča svetloba, iz katere izhajajo vse posamezne duše in vse življenje v prirodi (panpsihizem). Materialne stvari so le zgostitve te svetle in žareče tekočine, ki jo oživlja toplota. V vsemirju vlada harmonija in simpatija (sozavest) vseh stvari. V Poetiki razvija svojo kozmično teorijo poezije in pobija Aristotelov nazor, da je poezija samo imitacija ljudi in dogodkov.

Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani

vabi na

mesečno zborovanje v torek dne 16. aprila 1929
ob pol šestih na kirurškem oddelku.

Predavajo:

1. **Dr. Ivan Pintar**, Prof. dr. Vinko Kern.
Ob stoletnici smrti;
2. primarij **dr. Fr. Minář**, Razvoj ortopedije v Sloveniji 1923 — 28 in potreba modernega ortopedskega oddelka;
3. ordinarij **dr. Fr. Debevec**, Zdravljenje s tuberkulinom.

Zdravniški Vestnik izhaja dvomesečno kot priloga Glasila Zdravniške zbornice za Slovenijo na 2—3 tiskanih polah. Člani Zdravniške zbornice ga dobivajo brezplačno, za nečlane znaša letna naročnina 100 Din, za dijake 50 Din. Rokopisi in dopisi naj se pošiljajo na naslov: primarij **dr. Fr. Derganc**, Ljubljana, Komenskega ulica 4. Rokopisi se naj pišejo samo na eni strani četrtrinske pole, ako le mogoče, s pisalnim strojem. — Naročnina in administrativni dopisi se naj pošiljajo na naslov: **dr. Ivan Pintar**, Ljubljana, Tavčarjeva ulica 2/II.

Izdaja: Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani.

Zalaga: Zdravniška zbornica za Slovenijo.

Tiskarna »Slovenija« v Ljubljani.

Predstavniki tiskarne: Albert Kolman, Celovška c. 61.



YATREN-CASEIN

INDIKACIJE: obolenja skiepov in mišic —
bronhitide — hripa in bronhopneumonija
— vnetja v ženski medicini — splav z
vročino in sepsa — iritis in iridocyclitis.

POSEBNE PREDNOSTI: mila reakcija v
ognjišču — nobene splošne reakcije —
lahko doziranje — stalnost sestava, — si-
===== gurna steriliteta. =====

ZASTOPNIK:

Mr. Ph. PAVLE RUMPF, Beograd
KOČINA 42.