

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA

OŽJI UREDNIŠKI ODBOR

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

Glavni urednik: S. Prevec, Ljubljana, Obča drž. bolnica, V.

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

LETNIK XI

LJUBLJANA, JANUAR 1939

ŠTEV. 1

GASTROZON

pri želodčnih bolečinah
in težavah, čiru želodca
in dvanajstnika.

Deluje zanesljivo in hitro



KOLA- LECITHIN

zanesljivi
tonicum in
roborans pri
splošni sla-
bosti, nevra-
steniji, srčnih
težavah itd.

KEMIKA D. D. ZAGREB

Vsebina prvega zvezka

Dr. A. Zalokar: 0 starih primiparah	1
Dr. L. Ješe: Naše izkušnje z intrakaps. ekstrakcijo katarakte	17
Dr. F. Debevec: Jetika in krvni obtok	20
Dr. M. Černič: Razglabljanje ob desetletnici Zdravniškega vestnika	24
Dr. M. Valentinčič-Petrovič: Praktičen lonec za inaktiviranje in kuhanje	28
Vprašanja — Odgovori	29
Iz zdravniškega slovstva	29
Iz zdravniških društev	36
Drobiž	39
Iz uredništva in uprave	40

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

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

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

Elastični Hansaplast



D. R. P., Jugoslov. patent.

Elastični brzi povoj za rane v mali kirurgiji

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

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

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

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

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA

LETNIK XI

LJUBLJANA, JANUAR 1939

ŠTEV. 1

Iz Državne bolnice za ženske bolezni v Ljubljani (šef dr. Alojz Zalokar)

O starih primiparah

Dr. Alojz Zalokar

Z dvema tabelama

I

Iz mnogih ginekoloških klinik in porodnišnic prihajajo poročila, da so med porodnicami mnogo pogostejše tako imenovane stare prvesnice ali primipare nego so bile pred nedavnim. Tako poroča Döring iz ginekološke univerzitetne klinike v Kölnu ob Reni, da so tam te porodnice osemkrat pogostejše nego so bile pred dvajsetimi leti. V. Mikulicz-Radecki pripoveduje, da se je v gdanjski ženski kliniki število v zadnjih letih podvojilo. Slično se glasijo poročila tudi od drugod, zlasti iz dežel, kjer se je po vojni življenje posebno izrazito predruščilo.

Ta pojav se tudi pred našimi vrati ni ustavil. Tudi v ljubljanski porodnišnici vedno česče vidimo žene starejših let, ki prihajajo prvič roditi. V naslednji tabeli sem sestavil primipare iz l. 1912., torej iz predvojne dobe, in primipare iz l. 1936. Porazdelil sem jih v skupine po starosti, tako da bo mogoče primerjati, kako so bile prvesnice po teh skupinah porazdeljene pred vojno in v novem času. Ker so absolutna števila jako različna v obeh letih, saj se je število zavodnih porodov skoro podeseterilo, je mogoča primerjava samo v odstotkih.

Tabela I.

Prvesnice po starostnih skupinah.

Starostna skupina	1912.		1936.	
	Število	V % vseh prvesnic	Število	V % vseh prvesnic
15—20 let	34	18,4	48	6,2
21—25 „	92	49,7	319	41,2
26—30 „	37	20,0	249	32,2
31—35 „	17	9,2	102	13,2
36—40 „	4	8,1	49	6,3
41—45 „	1	0,5	7	0,9
15—45 let	185	—	774	—

V l. 1912. je bilo v porodnišnici vsega skupaj 185 prvesnic, to je 39% vseh to leto oskrbovanih porodnic. L. 1936. jih je bilo veliko več, namreč 774, vendar se razmerje napram drugim porodnicam ni bistveno spremenilo, ker se je tudi število multipar znatno dvignilo. Primipar je bilo 37% vseh porodnic,

torej približno v takem razmerju kakor pred vojno. L. 1912. je bilo prvesnic v starosti od 31 do 35 let 9,2%, v povojnem l. 1936. pa 13,2%. Še bolj se je spremenilo razmerje pri prvesnicah, starih od 36 do 40 let. Teh je bilo l. 1912. 2,1%, v l. 1936. pa kar 6,3%. Razmerje drugih starostnih skupin v obeh letih je razvidno iz tabele. Jasno je, da je tudi pri nas število starih prvesnic zelo poskočilo. Dočim je bila pred vojno samo vsaka 35. prvesnica stara od 36 do 40 let, je sedaj že skoro vsaka 15. v tej starosti.

Ta ugotovitev velja samo za porodnice v porodnišnici. Ali pa se je število starih primipar v splošnem tudi izven zavoda dvignilo, bi se dalo ugotoviti le tedaj, če bi nam splošna statistika nudila podatke o starosti matere ob porodu in o številu njenih porodov. V nekaterih državah to statistika beleži, v mnogih ne. Brez ozira na to nas sili v zavodu ugotovljeno dejstvo, da se intenzivneje pobrigamo za usodo teh žen. Če njihovo število dosega tako visok odstotek v primeri z vsemi prvesnicami, postajajo te žene važen faktor v razpravah o populaciji. Razen tega je zdravnik dolžan, da se tudi za posamezno tako ženo čim temeljiteje zanima in se pri vodstvu takega poroda opre na skušnje, ki so si jih zavodi na velikem številu pridobili. Zanimanje za to vprašanje mora biti veliko tudi zaradi tega, ker je doslej veljalo splošno prepričanje, da so starejše žene nesposobne za materinske funkcije in da je pri njih porodni riziko tako za njih same kakor za plod izredno velik. Pregledati uspehe in neuspehe pri takih porodnicah je nujno tudi zaradi tega, ker je porodništvo v zadnjih decenijah znatno napredovalo in se dajo njegove pridobitve s pridom uporabljati tudi pri teh ženah. Morda se bo tako pokazalo, da nekdani pesimizem ni popolnoma osnovan in da starim, za svojo in svojega plodu trepetajočim prvesnicam lahko postavimo boljše prognozo in jim s tem dvignemo pogum.

Kje so vzroki, da je danes toliko več žen, ki šele v starejših letih stopajo v službo svojega materinskega poklica, ni mogoče pojasniti z zgolj medicinskimi dejstvi in opazovanji. Res je, da često ovirajo koncepcijo konstitucionalne manjvrednosti kakor sta infantilizem, splošni in genitalni, ter astenija. Mnogo je žen, ki se v mladih letih poroče ali ki zgodaj začno spolno občevati, pa šele po dolгих letih zakonskega ali spolnega življenja zanosijo. Verjetno je, da pri teh ženah v resnici neprimerna konstitucija ne dopušča zgodnje koncepcije. Prav tako je mogoče, da nekatere anomalije spolovil delujejo v istem smislu, n. pr. spremembe lege maternice, duplicitete popolne in nepopolne, po nekaterih avtorjih stenoze cervikalnega kanala in anatomске posebnosti vagine. Misliti je treba tudi na še ne dovolj proučena hormonalna neskladja. Pri zakonskih ženah in pri samicah je tudi pomanjkljiva seksualna sla lahko kriva poznih zanositev. Marsikateri od teh nedostatkov spada itak v okvir konstitucionalnih manjvrednosti.

S temi kliničnimi in patološkimi razlagami si pa vendar ne moremo dovolj prepričevalno razložiti, zakaj nekatere žene tako pozno postajajo matere. Ne samo verjetno, ampak v mnogih primerih gotovo tičijo vzroki v socialnih in gospodarskih razmerah. V nekaterih slojih prebivalstva so gospodarske razmere tako neugodne, da se mladi ljudje ne morejo prej poročiti, predno si ne priborijo eksistence, ki zadostuje za ustanovitev družinskega življenja. Ko so najlepša, za materinstvo najugodnejša leta jalovo minila, je šele mogoče stopiti v zakon. To so pozne možnosti, katerih pogostost je mogoče za različne poklice statistično ugotoviti. Tudi v onih zakonih, ki jih sklenejo v mladih letih, se iz socialnih motivov odlaga prvi porod tako dolgo, da se gospodarske razmere zakoncev utrdijo. V takih zakonih se izkorišča vsa dolga vrsta javno in tajno priporočenih antikoncepcionalnih sredstev od coitus interruptusa navzgor pa do

umetnega aborta. Po vnaprej dogovorjenem načrtu naj se prvi otrok šele rodi, ko bo dovolj dohodkov, da se zaradi otroka ne bo treba odreči različnim osebnim življenjskim užitkom. V takih primerih se seveda ne da zvaliti vsa krivda na slabo gospodarsko in socialno stanje, marveč v veliki meri tudi na moralno-degenerativne pojave.

Poleg tega načrtnega odlaganja prvega poroda na pozna leta je treba prisipati mnogo vpliva tudi patološkim spremembam ženskih spolovil, ki so v danih slabih socialnih razmerah pogostejše nego so bile poprej. Seksualno izživiljanje starejših samic prinaša s seboj možnost spolnih infekcij, ki za nekaj let onemogočajo koncepcijo in se šele po daljšem ali krajšem času toliko izlečijo, da postane žena zopet sposobna za materinstvo. V takih razmerah se često konča prva nosečnost predčasno s provociranim splavom in tak splav vsaj začasno, ako ne trajno, odvzame ženi sposobnost za koncepcijo. Ko se te posledice ozdravijo, je žena zopet polnovredna za svojo nalogo, toda tačas je že ostarela in se mora prišteti v kategorijo starih prvesnic.

S temi izven kliničnega območja ležečimi vzroki poznih porodov se mora temeljito seznaniti populacijski politik in socialni higienik, kajti zanje ni odpomoči v zdravniških ambulancah in porodniških zavodih. Zato sem jih na kratko nakazal, da se njihove važnosti dovolj zavemo in jih predložimo v premišljevanje tudi drugim in ne samo zdravnikom.

Današnja doba ni naklonjena materinstvu. V kateri koli kotiček svojega dela se porodničar ozre, povsod vidi, da razrvano socialno življenje meče temne sence na materinstvo. Najtežja posledica današnjih nezdravih razmer je pač provocirani splav, ki izpodkopava življenjskost posamezne žene pa tudi plodnost vsega naroda. Pa tudi dejstvo, da se žene ne morejo ali nočejo posvečati svojim materinskim nalogam v dobi, ko so za to najsposobnejše, in si privoščijo otroka šele, ko so na pragu matronske dobe, je spačen odraz današnjih pogubnih življenjskih razmer. Zato stara prvesnica ne more biti samo predmet kliničnega zanimanja, ampak mora postati deležna splošne pozornosti.

II

Nazori o vprašanju, katere porodnice naj štejemo med stare primipare, niso enotni. Nekateri porodničarji, izhajajoči iz trditve, da je optimalna doba za prvi porod v starosti od 18. do 23. leta, smatrajo že vsako ženo, ki prvič rodi po 25. letu, za staro. Leopold je spodnjo mejo določil z 28 leti. Ahlfeld in Winckel sta mnenja, da je primipara stara, če je prekoračila 30. leto. Mangiagalliu se zdijo stare šele one, ki imajo več kot 35 let. Večina novejših avtorjev se pa vendar strinja v tem, da proglašajo prvesnico za staro šele po 30. letu. Pa tudi ta opredelitev ni zadovoljiva, ker se materinske sposobnosti žene v dobi od 30. do 45. leta skoro hitreje spreminjajo na slabše nego v dobi od 15. do 30. leta. Po Guggisbergu se delijo prvesnice starejših let lahko v dve vrsti: 1. v one, ki so stare od 30 do 35 let, in se nazivajo »starejše« ter 2. one, ki so nad 35 let stare in katerim pripada označba »stare«. Tako ali podobno grupiranje je samovoljno, potrebno pa je, da v svrhu primerjave postavimo mejnike. Sicer pa poteka porod z vsakim letom nekoliko težavneje in prirodna meja nikjer ni ostra. V posameznih primerih je tako shematično grupiranje često celó nevarno, ker so individualne sposobnosti za materinstvo pri ženah jako različne. Nekatero so v tem pogledu že s 25 leti stare, druge so mlade, če tudi nosijo že štiri križe.

Ker nameravam poročati samo o ženah preko 40 let, se mi ta razdelitev ne zdi važna. Važnejše je v vsakem posameznem primeru presoditi, kako naj ženo ocenimo glede njenih individualnih in trenutnih sposobnosti za delo, ki ga mora izvršiti. Priznati je treba, da tako individualiziranje ni lahko, ker niti konstitucije niti momentanega razmerja porodnih sil in porodnih potov ne moremo s sigurnostjo za prognozo poroda pravilno pretehtati. Kljub temu pa to vendar omogoča, da se izognemo shematičnemu indiciranju raznih porodniških operacij, kakor to delajo avtorji, ki zahtevajo naj se pri vsaki stari privesnici naredi carski rez. Tako si torej z določanjem starostne meje v praksi le malo koristimo. To je tudi eden vzrokov, da ne morem porazdelitve porodnic v posamezne starostne skupine smatrati za praktičnovažno. Nekaj drugega je sestavljati statistiko in deducirati splošna pravila in nekaj drugega je odločati o posameznem primeru.

S tem ne maram negirati vsakega vpliva let na potek poroda. Toda ta vpliv ne moremo pripoznati za važen, kadar stojimo pred popolnoma individualno nalogo, da tej ali tej ženi pomagamo v njenih porodnih stiskah. V splošnem je res starost jako oteževalna okolnost pri porodu, toda če bo oteževalna v danem primeru, je treba šele premisliti. Na ta vprašanja se bo treba še vrniti, ko si bo treba narediti načrt za vodstvo poroda.

Zakaj tudi normalne žene v starejših letih toliko težje nosijo in porajajo, je vprašanje, ki posega globoko v problem staranja. Kakor pa je ta problem v celoti še jako temen in nerešen, tako tudi ne vemo veliko o starostnih spremembah na ženi in posebej na njenih spolovilih. Oni drobci, ki so jih že odkrili, kakor n. pr. osiromašenje organizma na tekočinah, spremembe v kolooidih, poslabšanje elastičnosti tkiv, pomnoženje vezivnega tkiva itd. so le delna in neznatna spoznanja. Tudi če jih uvažujemo pri presoji ženskih spolovil, nam vendar ostane bistvo še vedno neznano. Prav tako malo, kakor o poslabšanju ženskih porodnih komponent v starejših letih, nam je znano o pojemanju rekordnih sposobnosti pri sportniku, ki v mladih letih žanje velike uspehe, ki pa kmalu začne pojemati, ko je potekla cvetna doba mladosti. Primera med delom, ki ga opravi žena pri porodu, in med delom, ki ga opravlja sportnik, dovoljuje sicer sklep, da moramo pri obeh vrstah dela iskati iste notranje pogoje in domnevati iste anatomske in kemične spremembe, toda zadovoljujoče razlage nimamo niti za eno niti za drugo. Kljub velikim znanstvenim pridobitvam sedanje dobe si teh pojavov skoro ne moremo drugače razlagati, kakor si jih je lapidarno razložil stari porodničar Mauriceau, ko je dejal: »Les femmes audessus de quinze ans accouchent d'autant plus facilement qu'elles sont jeunes.« Sportnik je rekorder v gotovi omejeni starostni dobi, žena je dobra porodnica v kratkih letih njenega mladostnega dozorevanja..

Kakor je že normalnim in zdravim starejšim ženam materinska naloga težka, tako in še bolj je težka za one žene, ki so po svoji konstituciji manjvredne. Ker te žene, kakor sem že prej omenil, navadno v poznejših letih sklenejo zakon ali pa šele po nekaj letih zakonskega življenja zanosijo, se v njihovi nosečnosti in pri njihovem porodu lahko sumirata obe slabi komponenti: starost in konstitucionalna slabost. »Slabost popadkov pri starejših primiparah se da razlagati tako kakor prezgodnji razpok mehurja pri teh ženah z lokalnimi regresivnimi spremembami na genitalijah ali na njihovem ganglijskem aparatu. Prav tako pa tudi s celotno starostno dispozicijo, ki je združena s spremenjeno oziroma pogosto zmanjšano dražljivostjo vegetativnega živčnega sistema ter s često od normale različno konstitucijo, pozno omoženih in pozno zanosivših žen (viragines, infantilnost, frigidnost itd.)«, pravi A s c h n e r.

V dejstvu, da socialne in gospodarske okoliščine često onemogočajo ženam stopiti v zakon, ko so še mlade, leži ne samo vzrok, da si te žene v času svojega samskega življenja nakopljejo različne infekcije in vnetja spolovil in se često oškodujejo s provociranimi splavi, ne leži samo razlaga, zakaj nekatere teh žen šele po nekaj letih zakona zanosijo, kakor sem že poudaril, v tem dejstvu, torej v prestanih ali včasih samo latentnih vnetljivih spremembah leži tudi vzrok, zakaj so pri teh sicer normalnih ženah porodi komplicirani. Čim starejše dekle se poroči ali čim starejša žena zanosí, tem več je možnosti, da ji sodobno seksualno izživljanje zapusti neljube posledice v obliki takih vnetij. V vnetljivih procesih vidimo važen razlog za nepravilnosti pri porodih starejših primipar. Ti procesi so navadno tako latentni, da jih običajna ginekološka preiskava ne odkrije, in le redko se zgodi, da je tak proces tako močan in svež, da pri porodu nudi jasne simptome kakor n. pr. pri ovarialnih in drugih adneksalnih gnojivah (pyovarium, pyosalpinx), ko se vsled alarmančnih znakov mora laparotomirati. Često najdemo perimetritične zarastline in kronična vnetja adneksov samo slučajno, če je iz katerekoli indikacije treba narediti carski rez. Coitus interruptus, ki je posebno pogost pri poročenih ženah, ki so se iz katerega koli vzroka branile prezgodnjega potomstva in so šele v starejših letih zanosile, dolgoletna masturbacija in drugi surogati zdravega spolnega občevarja povzročajo na sakruterinih ligamentih skrajšanja in bolečnost, ki jo navadno označujemo s terminom parametritis posterior, četudi niso vnetljivega izvora. Verjetno je, da te spremembe niso brez vpliva na kakovost popadkov in da so tudi eden izmed vzrokov, ki starim prvesnicam delajo težave v nosečnosti in posebno pri porodu.

Nadalje ne smemo pustiti vnemar možnosti, da pri starih porodnicah v veliko večji meri vplivajo na potek poroda psihični momenti nego pri mladih. Veda o porodih je doslej vse preveč poudarjala mehanično stran in je v tem smislu fizikalno in matematično pretehtavala okolnosti, ki so za porod merodajne. Mehka in trda **porodna pota**, zlasti pa porodne sile naj bi bile po teh nazorih skoro popolnoma neodvisne od psihe. In vendar je pri porodu prav tako kakor pri vseh drugih človeških fizioloških funkcijah psihični vpliv znaten in včasih — to vidimo pogosto tudi ob porodni postelji — odločilen. Mehanično gledanje mnogokrat zavaja, da ne spoznamo psihofizičnih relacij. Porodništvo je v tem pogledu morda še bolj enostransko nego nekatere druge panoge medicine, pri katerih se z uspehom uvaja psihoterapija. Psiha starejše žene drugače reagira na fiziološko dogajanje v njenem telesu kakor psiha mlade žene. V njej se je nabralo več ovir, več strahu, več skrbi, zato se ne more prepustiti brez zadržkov elementarnemu revolucionarnemu snovanju v svoji notranjosti. Njena prilagodljivost novi izredni situaciji je gotovo manjša nego ona mlade žene. Marsikateri napačni popadki, marsikatera slabost popadkov, marsikatero nezadostno trebušno pritiskanje je psihogenega izvora. Na psiho starejše žene že spočetje samo močno vpliva, dalje jo vznemirjajo neprijetni pojavi nosečnosti. Vse to se v njeni duši še pretirava, ker vedno in povsod sliši, kako riskanten in nevaren je prvi porod v poznih letih. Sama na sebi je že čutila, da njene telesne moči niso več tako prožne, kakor so bile v mladih letih; ko ji pripovedujejo, da tudi elastičnost njenih spolovil ni več taka kot nekdanj, se njeno duševno razpoloženje še poslabša. Starejša žena ne pričakuje otroka z ono lahkomišelnostjo in brezbriznostjo kakor mlada. Navadila se je že, da si življenje uravnava po premišljenih načrtih. Vse to ji manjša elan, ki je za porod potreben. Mnogokrat bi analiza njenega psihičnega razpoloženja razvozlala marsikatero porodno težkočo, ki si je z zgolj mehaničnimi in fiziološkimi dejstvi ne moremo razložiti.

Iz tega bi se dali izvajati ukrepi, ki bi brez dvoma odvzeli porodu dobršen del njegovih nepravilnosti. Poskusi, ki so se delali v Heidelbergu, na zagrebški ženski kliniki in drugod, so pokazali, da se dá porod s psihološkimi metodami znatno olajšati. Tudi brez hipnoze se dá psiha s primerno sugestivnimi sredstvi uravnovesiti in adaptirati za porod. Porodničar ne sme nikdar psihičnih elementov smatrati za *quantité négligeable*. To velja posebno za stare prvesnice, katerih psiha je tekom življenja doživela mnogo okvar.

Kot zadnjo kategorijo vzročnih momentov naj na kratko omenimo še oškodovanje organizma, ki izvira iz dolgoletnega poklicnega dela, takomenovane poklicne škodljivosti. Mnogo starih prvesnic si je moralo dolga leta služiti kruh s tem ali onim pridobitnim delom in na njihovih telesih so se pokazale posledice, ki tudi za generativni posel niso brez pomena. Sicer še jako malo točnega vemo o zvezah med poklicem in boleznijo, vendar je vsaj verjetno, da so tudi oni ženski organi, ki imajo v materinstvu najvažnejši opravke, odnesli za porod neugodne posledice. H. Küstner je skušal dognati zvezo med pridobitnim delom in gestacijo in njegovi rezultati so zelo prepričevalni.

O poteku normalnega poroda in o trajanju poroda pri delovnih ženah je še malo razprav. O razvoju otrok delovnih in nedelovnih žen so poročali Bordé, Guzzoni, Peiper, Merletto-Ferrara, Thiraux in drugi. Trajanje poroda je izdatno podaljšano pri ženah, ki so do poroda naporno delale. Podaljšanje se procentualno razdeli na odpiranje in izstop. Podaljšanje dobe odpiranja je dokaz, da predvsem tudi moč maternice trpi zaradi utrujenosti. Poslabšanje gladke, samovoljne muskulature ima nezaželene posledice tudi v posteljni dobi. Mišičje medeničnih tal postaja posebno močno in odporno, tako da ga tudi ojačene trebušne stene ne morejo premagati. Tako pride do podaljšanja poroda in do pogostejših direktnih ali subkutanih poškodb medeničnih tal.

Pri bolje stoječih slojih je poprečna starostna doba ob prvem porodu višja nego pri nižje stoječih. V zvezi s tem je pri prvih trajanje poroda daljše. Pridobitno delo je povečalo število krvavitev v III. porodni dobi. Pri omoženih delovnih ženah se je frekvenca klešč dvignila zaradi višje starosti teh žen, pa tudi zaradi pridobitnega dela.

V posameznem primeru ni lahko ugotoviti, kaj prihaja od starosti same, kaj od konstitucije, kaj od vnetij in kaj od poklicnega dela, zato tudi ni mogoče natančno opredeliti starih prvesnic po določenih vrstah. Ono mnenje, ki pravi, da so v prejšnjih letih stare prvesnice težje porajale nego sedaj zaradi tega, ker je bilo tedaj med njimi večje število konstitucionalno manjvrednih nego jih je sedaj, ko predvsem socialni vzroki onemogočajo nosečnost v mladih letih, utegne biti upravičeno.

V posameznih primerih nam utegne teoretično poznavanje vzrokov za nagnjenje k patološkim pojavom mnogo koristiti, ker nam bo vsaj nekoliko pomagalo pri pravilni oceni poroda in porodnih možnosti.

III

Med starejšimi primiparami zaslužijo največ pozornosti tiste, ki štejejo nad 40 let. Te so že na skrajni meji dobe, sposobne za materinstvo v fiziološkem pomenu besede, to so žene, ki se že bližajo klimakteriju. Podedovanim in prirojenim njihovim lastnostim je življenje štirih decenijev dodalo še marsikaj za nosečnost in porod neugodnega. Če že tridesetletnim prvesnicam pravimo, da so stare, tem bolj smo upravičeni, da takó karakteriziramo te. To malo-

številno skupino nad 40 let starih prvesnic sem posebej izbral, da na njej proučim nekatere posebnosti poroda, ki jih v manjši meri opazujemo že pri mlajših »starih« primiparah. Da ne obremenim številnih podatkov z navajanjem vseh nepravilnosti, ki so karakteristične za starejše prvesnice, sem se omejil le na nekaj najvažnejših. Da pri starih prvesnicah prerano počí plodni mehur, da je slabost popadkov pogostejša, da je pri njih rigiditeta mehkih porodnih potov večja, vse to je že dovolj prepričevalno dokazano z mnogimi tozadevnimi študijami. Zato o teh stvareh ne bom navajal števil. Važno je vedeti, koliko teh žen je še sposobnih, da spontano rodijo, kolikokrat je treba pri njih operativno dokončati porod, kolika je izguba otrok med porodom in kimalu po rojstvu in kako te žene prenesejo porodni trauma.

V desetih letih od 1929. do 1938. je v ljubljanski ženski bolnici rodilo 17.843 žen. Med temi porodicami je bilo 921 starih nad 40 let, to je 5'2% vsega števila. Od teh starih mater jih je rodilo prvič 74, to je 0'4% vseh porodic. Približno enako visoko frekvenco nad 40letnih prvesnic beležijo tudi poročila iz nemških klinik. Schröderus ima 0'4%, v. Khreninger 0'2%, Nevinny 0'42%, le Heyrowsky javlja višji odstotek, namreč 1%. Tudi glede absolutnega števila se naš material izenačuje z nemškimi porodniškimi zavodi. Heyrowsky je imel 68, v. Khreninger 151 in Nevinny 39 primerov.

Da še točneje označim naše prvesnice po starostnih dobah, naj navedem še, da ima naš zavod 2'6% nad 35 let starih prvesnic (v letu 1936.). To je znatno več nego pri Redenzu in Puppelu, ki beležita samo 0'9% oziroma 1'7%. S tem je dovolj jasno povedano, da ima naš zavod mnogo opravlja s starimi prvesnicami.

Tabela II.

Nad 40 let stare primipare 1929—1938.

Leto	Število porodic	Število starih primipar	Spontan porod ploda	Živorojeni	Mrtvorojeni	Umrli	Teža pod 2500 g	Teža nad 2500 g	Sectio caes.	Forceps	Ročna pomoč	Kraniotomija	Nepravilne lege	Tesna med.	Mortalitet mater
1929	1268	6	5	5	1	—	1	5	—	—	1	1	1	—	—
1930	1718	7	5	7	—	—	1	6	—	1	1	—	—	—	—
1931	1603	8	7	6	2	—	1	7	—	—	—	1	1	1	—
1932	1874	6	5	5	1	—	2	4	1	—	—	—	1	1	—
1933	1792	9	6	8	1	—	1	8	—	2	1	—	1	—	—
1934	1878	7	3	6	1	1	—	7	1	1	2	—	2	1	—
1935	2021	12	10	12	—	1	2	10	1	1	—	—	—	1	—
1936	2106	6	5	5	1	—	5	1	—	1	—	—	—	—	—
1937	1741	7	5	7	—	—	—	7	1	—	1	—	1	1	—
1938	1842	6	5	6	—	—	—	6	—	1	—	—	—	1	—
1929—38	17843	74	56	67	7	2	13	61	4	7	6	2	7	6	—
0'4% 0'76% 0'90% 0'5% 0'9% 0'3% 0'18% 0'82% 0'5% 0'54% 0'95% 0'81% 0'3% 0'95% 0'81% —															

Zgornja tabela kaže nekatere posebnosti, ki so bile na teh »najstarejših« starih primiparah opazovane. Namenoma sem opustil naštevanje nekaterih nepravilnosti, kakor n. pr. razpok mehurja pred pravim časom, slabost popadkov, pretrganje presredka, male krvavitve, neznatne atonije; med operacijami nisem naštel epiziotomij, šivanje presredka, iztis placente po Credéju in manjših

operativnih sredstev. O vsem tem je zbrala literatura mnogo podatkov in je s tem prispevala k poznavanju poroda dragocene prinose v teoretičnem pomenu, manj pa v praktičnem. Omejil sem se le na one stvari, ki so praktičnega pomena. Pri vsakem porodu je v tem pogledu dovolj, ako vemo, kako je mati prestala porodni trauma in ali je novorojeno dete živo in za življenje sposobno. Gornji podatki bodo dovolj jasno povedali, kako so v glavnem porajale naše stare prvesnice in koliko škode so utrpeli one same in njihovi otroci.

O prezgodnjem razpoku mehurja je z našega zavoda poročal dr. V. I. T r a m - p u ž. Ugotovil je, da je zlasti pri poročenih primiparah jako pogost. Dosega 20%. Pri primiparah zrelejših let je še mnogo višji in po H e y r o w s k e m znaša do 50%. Posledice te nepravilnosti so pri starejših prvesnicah znatneje nego pri mladih. Naše skušnje, da je po prezgodnjem razpoku mehurja morbiditeta mater, mortaliteta otrok in operacijska frekvenca večja, da so popadki pogostejše boleči in slabi, se nanašajo tako na mlade kakor na stare primipare.

Tabela 2. nam predvsem pove, da je izmed 74 starih prvesnic spontano rodilo 56, to je 76,7%, z operacijo pa je bilo treba dokončati porod v 18 primerih. Na tabeli je zaznamovanih 19 operacij. Ker pa je bilo na eni ženi treba narediti 2 operaciji, znaša število operiranih prvesnic 18, to je 23,3%. Operacijska frekvenca je pri nas nižja nego povsod drugod. Pri nad 40letnih prvesnicah znaša operacijska frekvenca pri E s m a n u 43%, pri v. K h r e n i n g e r j u 32%, pri H e y r o w s k e m pa celo 80%. To že samo na sebi jako ugodno in skoro presenetljivo lepo razmerje med spontanimi in operativnimi porodi, ki ga kaže naš zavod, je treba osvetliti še natančneje. Nismo zadovoljni samo s tem, da žena spontano rodi, ampak stremimo tudi za tem, da se novorojenček porodi živ, zdrav in za nadaljnje življenje sposoben. Živorojenih je bilo 67 in od teh sta v zavodu dva umrla. Mrtvorojenih pa je bilo 7. Skupna izguba otrok znaša torej 9, to je 12,2%. V tem pogledu je boljši od nas samo E s m a n, ki ima 8,2% izgube otrok, mnogo več pa sta jih izgubila N e v i n n y in v. K h r e n i n g e r, ki izkazuje 18% oziroma 20% izgube. Če dodam še, da znaša izguba otrok na našem zavodu od 6 do 7% od vseh novorojenčkov, kar približno odgovarja izgubam drugih porodniških zavodov, se izkaže, da rezultati teh porodov niso tako izredno slabi.

Koliko krivde nosi na izgubi teh otrok porod sam, je mogoče povedati le, če odštejemo one mrtvorojence, ki so še pred rojstvom umrli v materinem telesu in one, ki so bili iz katerega koli razloga nesposobni za življenje. Taki so pri nas trije: dva sta se rodila macerirana, eden pa je tehtal samo 1250 g. Po tem odbitku se zmanjša izguba novorojenčkov na 8,1%.

Čim starejša je primipara, tem večji je porodni riziko zanjo in za otroka. Da to dejstvo osvetlim tudi z drugimi podatki, naj navedem, da je v l. 1936. rodilo od 49 srednje starih prvesnic (od 36 do 40 let) 43 spontano, to je 87,8%, izguba otrok pri teh porodih pa je znašala 10%. Napram najstarejšim »starim« prvesnicam so torej te nekoliko mlajše, a vendar še med stare prvesnice prišete žene nekaj na boljšem tako glede možnosti spontanega poroda kakor glede izgube otrok. Z w e i f e l je imel pri prvesnicah te starostne skupine (36 do 40 let) 60% spontanih porodov in H e y r o w s k y 63%.

Našo nizko operacijsko frekvenco je treba razčleniti in deloma kazuistično izpopolniti, da se tako bolje spoznajo indikacije in operacijske metode.

C a r s k i r e z i so bili štirje, temveč je operacije znaša na našem zavodu 1,12% celokupnega števila porodnic, pri teh nad 40letnih primiparah pa znaša 5,4%, torej mnogo več. Dočim je treba to operacijo narediti pri vsaki stoti porodnici, je bila indicirana pri teh ženah že pri vsaki osemnajsti.

Pri indikacijah ima tesna medenica velik delež, vendar nikdar ni bila samo ona merodajna, ampak se je družila še z drugimi nepravilnostmi. Samo v enem primeru je merila conj. vera 8 cm, v vseh drugih je bila nekaj večja. Pri tej najožji medenici je bila za sekcijo odločilna prečna lega, kajti brez te nepravilnosti bi bili lahko čakali na spontan porod, ker je bil plod jako majhen. Tehtal je 2100 g. Pri drugih manj tesnih medenicah so soodločevali še slabotni popadki, prezgodnji razpok mehurja, velike bolečine, intrauterina asfiksija ploda itd. V vsakem posameznem primeru je treba pretehtati vse porodne okolnosti in šele vsota vseh nepravilnosti je končno odločilna. Otroci so tehtali po 2100, 2800, 3100 in 3550 g. Vsi so bili živorojeni in zdravi odpuščeni.

Zanimiva bi bila podrobna analiza vseh sekcij, omejim pa naj se samo na to, da podam natančnejše podatke o dveh jako značilnih primerih.

P. M., žena delavca, je najstarejša od onih žen, ki so rodile s pomočjo carskega reza. Štela je 45 let. Somatično je kazala znake rahitis, njena conjugata pa je bila le neznatno skrajšana. En teden pred porodom je vaginalna preiskava našla predležečo utripajočo popkovo pri za prst prehodnem cervikalnem kanalu. Pozneje med porodom se ta nepravilnost ni več ugotovila. Mehur je počil kmalu v začetku okoli 5 ur pred operacijo. Plodna voda je bila kalna, popadki slabotni. Glavica je bila nad medeničnim vhodom premakljiva, velika. Pri operaciji, ki se je izvršila po Dörflerjevi metodi, so se na sprednji in zadnji steni materničnega telesa konstatirali v večjem številu za grah in oreh veliki intramuralni miomi. Plod je bil 3550 g težak in je kmalu zakričal. Postoperativni potek je bil kompliciran z zagnojenim hematonom v trebušnem prerezu. Žena je bila odpuščena po dveh mesecih zdrava z zdravim otrokom. — Pri njej so bile torej konstatirane sledeče porodne nepravilnosti: slabost popadkov, prezgodnji razpok mehurja, zmerno zožena medenica, umazana plodna voda, miomi. Katera izmed njih je bila odločilna za operacijo? V zadnjem trenutku je odločila skrb za plod, ker je bilo upravičeno mnenje, da tak plod, pri katerem se že tako zgodaj opaža umazanost plodne vode, ne bo imel dovolj moči več, da bi izdržal rojstvo per vias naturales, tudi ko bi medenica sama ne delala resnih ovir. Važno je pri tem primeru poudariti miome, ki so bili diagnosticirani šele pri operaciji. Muskulatura maternice je bila zaradi njih brez dvoma manj sposobna za porodne napore in delno so ti miomi sigurno povzročali slabost popadkov.

Drugi primer, ki ga hočem nekoliko podrobneje predstaviti, je predvsem važen zaradi kroničnega vnetja adneksov, ki se je moglo ugotoviti šele pri operaciji. Bila je to 41 let stara žena podjetnika, ki je 3 leta poprej splavila doma v 6. tednu nosečnosti. Mehur ji je počil še pred pričetkom popadkov in kmalu nato je postala plodna voda umazana. Popadki so bili jako boleči in neizdatni, porodnica je bila nemirna in je imela povišano temperaturo (do 37,6 stop.). Palpatorično je medenica videti zožena, zunanje mere so normalne. V skrbah za mater in otroka se je naredila sectio caesarea sec. Dörfler. Ko se uterus zvali pred trebušno steno, se opazijo na njegovi zadnji steni ploskoma s trdimi adhezijami priraščeni levi adneksi. Okoli desnih adneksov in zlasti v Douglasu je mnogo trdih vrvičastih adhezij. Operacija je potekla tipično in otroška postelja je bila brez komplikacij. Otrok je tehtal 2800 g in je bil z materjo zdrav odpuščen. — Pri tej ženi je bila dana indikacija z materine in otrokove strani. — Slabost in neizdatnost popadkov kakor tudi subfebrilne temperature se dajo naknadno razložiti z operacijskim izvidom. Gotovo so bili kronično vnetljivo spremenjeni adneksi in adhezivna perimetritis vzroki za vse te nepravilnosti. Ker tudi pri mlajših ženah

z istimi porodnimi težkočami pogosto najdemo slične vnetljive posledice, je utemeljeno mnenje, da moramo njim pripisovati dober, ako ne ves del krivde za patologijo poroda. Ta žena je verjetno dobila vnetje adneksov pri splavu, izključena pa ni infekcija starejšega datuma.

Na večjo pogostost vnetljivih sprememb in miomov je opozorila Giacinta Caccia iz milanske klinike. V večjem številu se nahajajo ne samo pri starih privesnicah, ampak tudi pri starih multiparah.

Za primero naj navedem iz literature, da je Heyrowsky delal sectio caes. v 24%, v. Khreninger v 8'6%, Esman v 1'3%, Meyenberger (Zürich) v 37'8%, D. M. Stern (London) v 20% in iz Amerike poročajo o višjih odstotkih.

Forceps se je delal v 7 primerih, to je v 9'5%. Koliko pogostejša je tudi ta operacija, se vidi iz tega, da sicer znaša frekvenca klešč na vseh porodnicah le 1'68%. Kolike so tudi glede tega razlike med tukajšnjimi in tujimi skušnjami, naj pokaže primera: Esman je delal klešče v 40%, v. Khreninger v 16%, Heyrowsky v 34%, in ameriški avtorji še pogostejše.

Najmlajša teh prvesnic je bila 42 let stara, najstarejša pa 45. Popadki so bili, razen v enem, v vseh primerih jako slabi in boleči. Preden je porod toliko napredoval, da so bili dani pogoji za klešče, je preteklo pri dveh porodnicah do deset ur, pri eni do 18 ur in pri vseh drugih od 36 do 71 ur. Indikacija za klešče je dala v vseh primerih intrauterina asfiksija ploda kombinirana v treh primerih z izčrpanostjo matere in enkrat tudi s febris intra partum. Vsi otroci so bili rojeni živi in so zdravi zapustili porodnišnico z materami. Najtežji je tehtal 4400 g, najlažji 2950 g, ostalih pet je tehtalo od 3000 do 3500 g.

Ročno pomoč pri zadnjičnih legah je bilo treba delati 6krat, to je v 8'1%, dočim sicer znaša splošna frekvenca ročne pomoči (skupno z ekstrakcijami pri zadnjičnih legah) 4%. Tako lahko tudi z naše strani potrdimo, da so zadnjične lege pri starejših privesnicah pogostejše. Naš odstotek je približno tako visok, kakor pri drugih porodničarjih. Izmed šestih v zadnjični legi porojenih smo izgubili dva otroka, eden je bil mrtvorojen zaradi težav pri operaciji, drugi pa je umrl po rojstvu in sicer tudi za posledicami težkega poroda.

Perforacija glavice je bila potrebna dvakrat. Pri enem teh primerov se je med porodom dvignila temperatura na 38'2 stop., popadki so bili jako slabi, maternično ustje rigidno. Poskus izvleči glavico iz medenične sredine s kleščami se je ponesrečil, tako da ni bilo več drugega izhoda kakor perforirati glavico. — V drugem primeru je plod po 58urnem porajanju odmrl, nastopila je tympania uteri in porod se je moral dokončati s perforacijo glavice. Žena je imela tesno medenico s conj. diag. 9'5. Če bi bila pravočasno prišla v zavod, bi ji bili pomagali s carskim rezom.

Zaradi rigiditete materničnega ustja so bile enkrat narejene radialne incizije po Dührssenu, na kar se je plod spontano in živ rodil. Tega poroda nisem štel med operativno dokončane, ker se je ekspulzija ploda po inciziji prepustila prirodnim porodnim silam.

Od porodnih nepravilnosti stojijo na prvem mestu nepravilne lege ploda. Enkrat je plod ležal poprečno in šestkrat v zadnjični. Teh nepravilnih leg je skupno 9'5%, torej tudi več nego jih imamo na celokupnem materialu porodnišnice. Pri prečni legi je bila narejena sectio caesarea, in sicer ne toliko zaradi nje same kolikor zaradi tesne medence. O zadnjičnih legah sem poročal pri ročni pomoči.

Na drugem mestu so tesne medenice. Že tolikokrat potrjena skušnja, da so tesne medenice tem pogostejše, čim starejša je mati pri prvem porodu,

se tudi s podatki našega zavoda ponovno potrjuje. Pri nas znaša njihova frekvenca 81%. Wallis je na 875 privesnicah ugotovil, da imajo 17- do 24letne v 5%, 25- do 29letne v 32%, 30- do 34letne v 78% in 35- do 43letne v 101% tesne medenice. Redenz ima pri starih primiparah samo 2% tesnih medenic, Puppel 15% in Frey 15'6%. Kakor se zdi, so te razlike odvisne od krajevnih razmer, za naše kraje lahko imenujemo ugotovljeno frekvenco srednje veliko. Tesna medenica je v 4 primerih zahtevala sectio caesarea, v enem kraniotomijo in v enem klešče iz medeničnega izhoda. Kako naj si razlagamo, da so tesne medenice pri starejših prvesnicah pogostejše nego pri mladih, ni prav lahko povedati. O kaki vzročni zvezi med starostjo in tesno medenico ne moremo govoriti, saj je medenica izvzemši osteomalacične in nekaterih drugih redkih oblik po dovršeni telesni rasti stabilna glede velikosti in glede forme. Poklicno delo pač lahko spremeni medenico in jo zoži, toda le v letih, ko se mladi ženski organizem še razvija. Morda moramo tudi v tej zadevi misliti na konstitucionalne vzroke, ker se konstitucionalno manj vredne žene pozneje možijo ali pa pozno koncipirajo. Tudi nekaterih zunanjih vplivov ne moremo izključiti, saj rahitične žene navadno niso toliko privlačne, da bi se zgodaj možile ali da bi zgodaj zanosile. Končno je tudi mogoče, da je ta pojav samo navidezen (vsaj deloma). Mlade žene z zmerno tesno medenico rodijo spontano in naglo, ker so njihove porodne sile dovolj sveže, in tako se zgodi, da ostane tesna medenica neopažena in nezabeležena. V zavodih z velikim prometom in maloštevilnim personalom ni to nič nemogočega. Če pa pride v zavod starejša prvesnica, jo že zaradi njene starosti pazljivejše preiščemo. Ko se pozneje pokaže, da porodne sile niso dorasle svoji nalogi, je seveda še lažje najti pravi vzrok, zakaj se porod ustavlja. Iz teh okoliščin lahko izvira, da so med starejšimi prvesnicami tesne medenice pogostejše spoznane in da tako tem ženam pripisujemo tudi v tem oziru porodno nesposobnost. Statistika je lahko krivična, četudi bazira na kliničnih zapisnikih.

Drugače je s toksikozami nosečnosti. Teh je baje pri starejših prvesnicah mnogo več nego pri mladih. Nefroze, eklampsije, eklampsizem so po Rich-terju, Hiessu, Redenzu in drugih pogostejše. Pri naših starih prvesnicah se o tem nisem mogel prepričati, ker edini primer, ki se med njimi nahaja, ne dovoljuje nobenega sklepa.

O komplikacijah v tretji porodni dobi in v otroški postelji ne prinašam nobenih podrobnih podatkov, ker sta tako tretja porodna doba kakor otroška postelja potekali tako kakor pri drugih porodih. Težkih atonij ni bilo. Izguba krvi se je gibala v običajnih mejah. Da bi bile starejše primipare bolj nagnjene k septičnim-obolenjem, ni bilo tekom deset let opaziti. Morda je to samo slučajno, toda dejstvo, da leto za letom potekajo otroške postelje brez važnejših septičnih pojavov, morda vendar govori tudi za to, da so starejše primipare — zlasti če pomislimo, da so imele dolgotrajne porode in visoko operacijsko frekvenco — dovolj odporne proti infekcijam.

IV

Ko sem tako v glavnih in važnih potezih predočil skušnje ljubljanske ženske bolnišnice z najstarejšimi primiparami in sem pri tem našel, da jih s primerno porodniško pomočjo tako veliko spontano in gladko poraja in da tudi izguba otrok ni bogvekakoli velika, se moram vprašati, ali je na mestu oni pesimizem, ki so ga širili starejši avtorji o starih prvesnicah, ko so kot n. pr. Cohnheim poročali, da znaša mortaliteta otrok čez 40%, da so lege v 12%

nepravilne, da je tesnih medenic 30 do 40% in da je vsaka deseta prvesnica eklamptična. Tudi novejšje publikacije so še polne črnoglednosti. Puppel pravi ob koncu svoje razprave, da je tudi njegov spis ponovno dokazal to, kar je trdil Seitz že pred 20 leti, da so namreč starejše primipare za materinske posle popolnoma nesposobne. Redenz je iz 1053 primerov nad 35 let starih primipar iz mnogih klinik izračunal, da znaša poprečna operacijska frekvenca 47%, med njo 26% klesčnih porodov in 10% porodov s carskim rezom, ter da znaša otroška mortaliteta 14%. Ta števila so se mu zazdela tako grozno visoka, da je zahteval, naj se vsaka nad 35 let stara prvesnica primora roditi pod zdravniškim ali kliničnim nadzorstvom.

Čujejo se pa tudi manj pesimistični glasovi. Nevinny je po svojih skušnjah ugotovil, da ti porodi vendar niso tako težki, kakor so poprej mislili. Wallis je popolnoma pravilno sklepal, da ni visoka starost sama vzrok težav, ampak da je treba iskati vzroka v dejstvih, ki so tako pozno omogočili nosečnost. Vorlicek-Jelinek je iz svojega materiala spoznal, da število nepravilnih medenic ni tako izredno visoko, da nepravilne lege niso tako pogoste in da tudi v nosečnosti komplikacije niso preštevilne. Tudi v otroški postelji ni patoloških pojavov v takem številu, da bi morali smatrati stare primipare za bolj ogrožene.

To optimistično noto še prav posebno poudarja naša lastna skušnja. Še bolj pa se bo dala starim prvesnicam pripoznati relativna sposobnost za generativni proces, če jih primerjamo z mnogorodnicami iste starosti. Ta primera kaže, da so mnogorodnice le neznatno boljše nego stare primipare, v nekaterih zadevah celo slabše. Ostarelost naših porodnic nam omogoča, da črpamo svoje sklepe iz velikega števila starih prvesnic. V zadnjih desetih letih (1929. do 1938.) je v našem zavodu rodilo 921 žen nad 40 let starih. O prvesnicah, ki jih je bilo 74, sem že poročal. Odštevi te, nam ostane 847 multipar te starostne dobe, to je 47% vseh porodnic. Tudi drugod so že opazili, da so stare multipare prav tako nagnjene k porodnim težkočam kakor stare prvesnice. Solomons je pisal o »ogroženih mnogorodnicah«. Szolnoki je o njih poročal iz Budimpešte. Na 14.000 porodnicah je preiskal te razmere in je našel, da s številom porodov raste tudi število anomalij III. porodne dobe, nepravilnih sedežev placent, prečnih leg, operacij. Umrljivost mater je tem večja, čim več je bilo porodov. Mortaliteta mater je znašala v poprečju pri drugo- do šestorodnicah 0'33%, pri peto- do šestorodnicah pa 0'83%. Umrljivost otrok gre vzporedno s številom porodov. Plodi drugorodnic so umrli intra partum v 1%, plodi sedmo- in več rodnic pa v 6'5%. Starejša leta vplivajo tako, da se podaljšuje trajanje poroda, povečava število toksikoz, nepravilnih sedežev placent, prečnih leg in operacij. Nad 40 let stare porodnice imajo petkrat večjo umrljivost nego 20- do 30letne. Mortaliteta plodov znaša pri 21- do 30letnih 1'6%, pri 31- do 40letnih 4'47% in pri nad 40letnih materah 3'19%. Giacinta Caccia je pregledala 35502 porodniška zapisnika milanske porodniške klinike in je med njimi našla 1670 žen nad 40 let starih, to je 4'70%. Na tem materialu je preštudirala tri porodne činitelje in sicer starost porodnic, število porodov teh žen in prvi porod. Od teh 1670 porodnic je bilo 105 prvesnic, 26 žen, ki so pred prvim porodom abortirale in 1539 mnogorodnic; prvesnic torej skupno z onimi prvesnicami, ki so poprej abortirale, je bilo 7'83%. Primerjajoč stare mnogorodnice s starimi prvesnicami ugotovlja med drugim, da pri multiparah nosečnost nima v večji meri škodljivega vpliva na ledice kakor sicer, pri prvesnicah pa je opaziti težje slike nefropatij; da so nepravilnosti medenice pri prvesnicah pogostejše nego pri multiparah; da so fibromiomi pri starih porodnicah pogo-

-Čehostaklo-

B. LISEK

LJUBLJANA, KOMENSKEGA ULICA 20

TOVARNIŠKA ZALOGA ČEŠKEGA STEKLA TVRDKE
C. STOLZLE SINOVI

Brzjavi: ČEHOSTAKLO, LJUBLJANA — Telefon 3140 — Žirokonto: Prometna banka d. d., Ljubljana

Cene razumejo se v dinarjih po 100 komadov iz našega skladišča.

Dimenzija v gramih	Okrogle medicinske steklenice		Ovalne medicin. stekl.	6 oglate medicin. stekl.	8 oglate form. stekl.	Opodel dok stekl.	Lončki s nikl. pokr.		Stekl. z zamaš- kom	Stekl. za prašek	Kaparji	Kolonske stekl.
	bele	rujave	bele	bele	bele	bele	stekleni beli	porce= lanasti	bele	bele	rujavi	bele
5	60	66	—	80	80	—	—	90	—	—	200	—
10	68	75	80	90	84	86	112	100	—	—	210	—
15	70	80	85	—	—	—	—	—	—	—	230	—
20	72	85	90	96	99	95	145	125	400	495	240	100
25	80	95	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30	82	100	102	104	110	100	165	155	450	525	260	—
40	90	105	107	112	118	109	189	—	480	560	280	—
50	92	115	113	120	133	118	200	215	510	590	290	152
70	106	130	134	—	158	127	232	255	540	620	360	—
75												
100	115	145	150	167	206	148	282	330	610	700	420	205
125	130	160	160	172	212	162	—	—	—	—	—	—
150	135	165	178	195	235	180	350	435	675	810	—	—
175	157	180	194	—	275	—	390	—	—	—	—	—
200	168	200	230	235	320	224	450	575	800	1025	—	322
250	192	230	255	276	368	248	480	—	864	1120	—	—
300	230	270	285	323	395	280	530	760	930	1240	—	—
400	272	317	350	—	430	—	620	—	—	—	—	—
500	318	410	410	455	480	390	760	—	1280	1550	—	600
600	370	450	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
700	420	—	—	—	—	710	—	—	—	1705	—	—
750	434	510	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1000	543	600	698	—	980	840	1150	—	1760	2015	—	—
1200	680	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Holandske za žel. vino 450 gr. Din 490.—

»Patent« za otroke . . 250 gr. Din 250.—

Steklenice za ribje olje 250 gr. Din 550.—

Soxleth steklenice . . $\frac{150 \text{ gr. } 250 \text{ gr.}}{210 \text{ — } 270 \text{ —}}$

TIŠKOVINA.

Ti.

-Čehostaklo-
B. LISEK
LJUBLJANA

CENIK

LEKARNIŠKIH STEKLENIC

-Čehostaklo-

B. LISEK

LJUBLJANA, KOMENSKEGA ULICA ŠT. 20
TOVARNIŠKA ZALOGA ČEŠKEGA STEKLA TVRDKE
C. STOLZLE SINOVI

Stalno dobro sortirana zaloga, vstrežajoča največjemu odjemu.

stejši in sicer bolj pri multiparah nego pri primiparah; da je prezgodnja ločitev placente pri pluriparah znatno številnejša nego v splošnem; da se izpad popkovine pri obeh kategorijah pogosteje vidi nego sicer; da so lege pri pluriparah kakor sicer, pri primiparah pa da so nožne lege pogostejše; da imajo pluripare 86,78% normalnih porodov, primipare pa 50%; da je operacijska frekvenca pri obeh skupinah višja, zlasti pri primiparah; da mehur poči pogostejše pri obeh skupinah, zlasti pri privesnicah; da je treba v III. porodni dobi mnogo večkrat umetno pomagati, zlasti pri privesnicah; da je fetalna mortaliteta znatno povečana posebno pri primiparah; da je umrljivost mater v splošnih mejah.

Skušnje ljubljanske porodnišnice kakor tudi skušnje nekaterih drugih zavodov učijo sicer, da ne smemo več tako pesimistično presojati porodnih sposobnosti starih privesnic, kakor so jili nekda in kakor jih posamezni avtorji še danes, vendar nam pa ne dajejo pravice, da bi se udajali lahkomiselnosti in brezbriznosti. Stara primipara je in ostane — kljub našemu relativnemu optimizmu — izredno težko in odgovornosti polno poglavje porodništva. Težko je zaradi tega, ker pri teh porodnicah pogosteje srečavamo tesne medenice in zadnjične lege, ker se pri njih pogosteje borimo s težkimi oblikami slabosti porodnih popadkov, ker rigidnost mehkih porodnih potov češče zaustavlja napredovanje poroda, ker moramo pri njih iz vseh teh razlogov pogosteje iskati operativne pomoči in ker je izguba otrok večja. Odgovornost je povečana zaradi teh komplikacij in zaradi dejstva, da so premnoge teh primipar tik pred trenutkom, ko bo za vedno ugasnila njihova generacijska sposobnost.

Vodstvo teh porodov predstavlja najtrši poskusni kamen za strokovno in psihološko usposobljenost porodničarja. Moje skušnje me pooblašajo oziroma mi naravnost nalagajo dolžnost, da zavzamem kritično stališče napram direktivam, ki se priporočajo v posnemanje. Dotakniti se hočem zaradi tega samo nekaterih pri teh porodih posebno važnih porodniških metod. V času vedno večjega operativnega aktivizma je to posebno nujno potrebno.

Najprej o prognozi za porod! Pravil, ki bi bila splošno veljavna in za posamezne primere uporabljiva, ni, vedno je potrebna strogo individualna presoja in še ta je često mogoča šele potem, ko je porod že v teku, kajti šele funkcija vpoštev prihajajočih porodnih činiteljev nam more odkriti ženino porodniško vrednost. Nekoliko si pač lahko pomagamo z anamnestičnimi in objektivnimi izvidi, posebne vrednosti pa jim ne smemo pripisovati. Po Wallisu bi n. pr. lahko razdelili porodnice v dve skupini, v eno, kateri naj bi pripadale one žene, ki so pozno koncipirale zaradi tega, ker so konstitucionalno manj vredne, in v drugo, ki naj bi obsegala one žene, ki so na stara leta zanosile zaradi tega, ker jim je bila rana možitev iz zunanjih razlogov onemogočena. Döring poskuša opredeliti tri skupine po drugih vidikih. V prvo skupino prišteva normalne žene z normalno medenico, v drugo konstitucionalno manj vredne žene vštevši tesne medenice, v tretjo pa od dela zgarane in somatično slabotne žene. Obe te dve shemi se naslanjata na etiološke faktorje in sicer socialne in klinične. Scherbac je mnenja, da je treba staviti slabo porodno prognozo onim ženam, pri katerih se da otipati debela in trda porcija.

Upoštevanje anamnestičnih navedb, konstitucionalnih znakov in drugih somatičnih lastnosti je sicer potrebno in včasih koristno, ni pa zanesljivo. Kako zelo se lahko pri tem zmotimo, kaže primer, ki naj ga na kratko navedem. L. 1938. je bila sprejeta v porodnišnico silno adipozna, po zunanosti virilna žena. Tehtala je 120 kg. Kljub vsem tem prognostično gotovo slabim lastnostim pa je po 16 urah spontano rodila 3400 g težko živo dete. Dasi je štela že 38 let

in je bila primipara, je rodila s tako lahkoto, kakršne niti pri mladih ne srečavamo pogosto.

Nezanesljivost prognoze sili k veliki previdnosti. V vsakem primeru moramo računati z možnostjo, da bo potreba pomagati z operacijo. Zato je upravičena zahteva, naj bi vse take primipare rodile v specialnih zavodih ali pod specialnim zdravniškim nadzorstvom, kajti za pomoč je treba takoj imeti pripravljena vsa tehnična porodniška sredstva.

Moje skušnje učijo, naj se v začetku tudi ti porodi vodijo po starih preiskušanih konservativnih metodah, razen v onih primerih, kjer so že v začetku ugotovljene resne nepravilnosti. Pri količnejši zoženosti medenice se ne moremo dolgo obotavljati. Tu je bolje, da se odločimo za carski rez v začetku in se ne zanašamo na negotovost poskusnega poroda, kakor to upravičeno delamo pri mladih privesnicah z relativno tesno medenico. Morda je žena spričo svoje starosti zadnjič noseča in morda nikdar več ne bo mogla nadoknaditi izgube otroka pri sedanjem porodu. v. Mikulicz-Radecki iz istih razlogov odklanja poskusni porod.

Z zametavanjem poskusnega poroda pri tesnih medenicah ne smemo na široko odpreti vrat za laksno indiciranje carskega reza. Spretna uporaba vseh manj težkih porodniških metod nam omogoča, da s porodom po prirodnih potih dosežemo lepše uspehe nego z energičnim, a za starejšo ženo riskantnejšim prerezom trebuha. Niti rigiditeta porodnih potov, niti slabost popadkov ne smeta zapeljavati v tehnično priprosto, a v drugih ozirih težko operacijo. Pomisliti je treba, da te žene niso samo v porodniškem pogledu konstitucionalno ali somatično manj odporne, marveč da oškodovanja in hipoplastični ter astenični kompleksi zadevajo tudi srce, krvotok in druge organe ter zmanjšujejo porodnično moč tudi za operacije.

Za izboljšanje popadkov so nam zadnja desetletja prinesla obilico hormonalnih in kemičnih preparatov, ki jih seveda lahko uporabljamo tudi v teh primerih. Toda izbira mora biti še strožja nego sicer. Posebno velja to za hipofizarne preparate, ki pogosto več škodijo nego koristijo, ako jih ne rabimo z vso previdnostjo. Psihične ovire, inervacijske nepravilnosti in tonus mehkih porodnih potov se dajo često z večjim uspehom zmanjšati ali eliminirati, če damo porodnici injekcijo morfija ali kakega drugega sestavljenega preparata, kakor pa če forsiramo popadke. Če s temi sredstvi ne dosežemo zaželenega uspeha, se še vedno lahko zatečemo k drugim nekoliko radikalnejšim a vendar še konservativnim metodam.

Klinika Alfieri priporoča za take primere intrauterini metreurinter. Balon naj se uvede že profilaktično. Ostrčil, Delmas, Aschner, Vrandetić in drugi priporočajo digitalno razširjenje materničnega ustja. Dasi je proti tej metodi mnogo pomislekov, vendar moramo priznati, da je v posebnih primerih in s strogimi aseptičnimi kavtelami priporočljiva. Pri zadnjih legah si lahko zagotovimo eventualno pomoč s tem, da že zgodaj potegnemo eno nožico v vagino in si tako olajšamo pozneje morda potrebno ekstrakcijo.

Rigidnosti materničnega ustja včasih ne moremo drugače premagati nego z radiarnimi incizijami po Dührssenu. Med našimi starimi porodnicami se je ta operacija nekajkrat prav dobro obnesla, nekajkrat pa je bilo treba dodati še pomoč s kleščami. Rigidnost medeničnih tal je treba često odpraviti z globokimi epiziotomijami. S tem lahko izdatno okrajšamo drugo porodno dobo in materi prihranimo mnogo truda.

Kleščice so najboljša in najpripravnejša pomoč. Po vseh zavodih jih jako pogosto uporabljajo. Pri naših starih privesnicah jih sicer ni veliko, vendar ne zaradi tega, da bi jih direktno odklanjali, pač pa zaradi tega, ker jih običajno rabimo šele tedaj, ko je glavica že dovolj napredovala. Visoke kleščice so za tako stare žene riskantne, zato se jim raje izognemo s carskim rezom. Ta previdnost je potrebna zaradi matere in zaradi otroka. Pri materi lahko nastanejo težke raztrganine, otrokova glavica pa lahko odnese poškodbe, ki se če ne takoj, pa pozneje, ko otrok dorašča, izkažejo kot jako težke. Enako strogo pravilo velja tudi za kleščice iz medenične sredine. Tudi pri teh lahko pričakujemo enako nevšečne posledice. Pri operacijah s kleščami ni važen samo momentani efekt — živ otrok in zdrava mati — ampak je treba računati s poznimi posledicami, ki se pri ženi kažejo v obliki prolapsov, katarjev cervikalnega vratu, fluorja itd., pri otroku pa v obliki živčnih ali možganskih okvar. Kadar je glavica že na medeničnih tleh in po možnosti že rotirana, tedaj smemo biti liberalnejši pri indikaciji za kleščice. Z globokimi epiziotomijami in eksaktnim šivanjem lahko vsaj deloma preprečimo nastanek poznejših posledic.

Skušnje ljubljanske ženske bolnice učijo, da so pozni prvi porodi klinično težki, toda ne v taki obupno visoki meri, kakor so nekdaj mislili in kakor pričajo tudi nekatera novejša poročila. Z zmerno konservativnim vodstvom se dajo tudi pri starih primiparah doseči prav lepi uspehi. Ta ugotovitev naj bo v tolažbo ženam, ki jih je nemila usoda ali neprijazna priroda prisilila, da se morejo šele v poznih letih svojega življenja izživeti kot matere, naj pa bo tudi opozorilo zdravniku, da se ne uda škodljivemu operativnemu aktivizmu, ampak se do gotove meje z zaupanjem zanaša na mojstrske sposobnosti narave.

*

Kot porodničar se moram omejiti na razpravo o onih etioloških, diagnostičnih in terapevtskih okoliščinah, ki spremljajo pozne porode privesnic. Ne morem pa se ustaviti samo na tem polju. Pozni prvi porodi so socialno, gospodarsko in vzgojno patološki, ker nalagajo družbi naloge, ki bi jih mlada mati sama lahko mnogo bolje opravila, če bi plodu svojega telesa lahko posvetila vso svojo mladost in še dolga leta zrelejše starostne dobe. V evgeničnem, biološkem in socialnem pogledu so pozni prvi porodi izraz težko bolnega nacionalnega organizma. Uspešno sredstvo za omiljenje ali izlečenje tega patološkega stanja bo treba iskati na polju družbene dejavnosti, ki naj bi poskrbela, da se mladim ženam omogoči slediti zakonom prirode tedaj, ko so njihova telesa in njihove duše v svežem cvetju. Mladi, zdravi zakoni so pot k temu cilju.

Dr. Alojz Zalokar, *Über alte Erstgebärende.* (Aus dem Frauenkrankenhaus in Ljubljana, Vorstand Prof. Dr. Alojz Zalokar.)

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser gibt eine kurze, nur die wichtigsten Daten berücksichtigende Übersicht über die in der Gebäranstalt in Ljubljana im Jahrzehnt 1929—1938 beobachteten über 40 Jahre alten Erstgebärenden. Sein Material umfasst 74 solche Frauen, das ist 0,4% aller in derselben Periode in der Anstalt entbundenen Frauen (17.834). Als Erstgebärende werden auch die angesehen, die bereits abortiert haben. Von diesen 74 Frauen haben 56, das ist fast 75% spontan geboren. An den restlichen wurde viermal sectio caesarea ausgeführt, siebenmal wurde die Geburt mit der Zange beendet, bei sechs Beckenendlagen wurde Manualhilfe geleistet und zweimal musste perforiert werden. Von den Früchten waren 7 totgeboren, zwei starben bald nach der Geburt. Wenn man 2 mazerierte Neugeborene und ein lebensunfähiges, das nur 1250 g schwer war, abzieht, beträgt der Geburtsverlust der Kinder 8,1%, insofern man nur den durch die Entbindung verursachten Verlust in Betracht zieht. Die Nachgeburtsperiode und das Wochenbett zeigen bei diesen alten Erstgebärenden keine höhere Frequenz der

Komplikationen als bei den jungen. Alle Mütter sind gesund entlassen worden. — Die vorstehenden Angaben über die Operationsfrequenz zeigen, daß die Geburtsleitung konservativ war und die Angaben über die kindliche Sterblichkeit und über die mütterliche Morbidität und Mortalität bekunden, daß der Konservatismus von Erfolg begleitet war. Eigene sowohl wie auch einige in den letzten Jahren publizierte Erfahrungen stellen die alte und älteste Erstgebärende in ein günstigeres Licht, als es die älteren Autoren taten. Der frühere Pessimismus, der die über 35 Jahre alte Erstgebärende, ja sogar die über 30 Jahre alte Erstgebärende als für das Fortpflanzungsgeschäft minder oder fast ganz ungeeignet hinstellte, muß einer optimistischeren Auffassung weichen. Das mag ein Trost sein für die Frauen, denen die ungünstigen sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse die Möglichkeit genommen haben in jungen Jahren Mütter zu werden, das soll aber auch für die Ärzte eine Mahnung sein, daß die Geburtsprognose bei alten Erstgebärenden doch nicht so schlecht ist, als man es noch allgemein annimmt. Die optimistischere Prognose wird den Geburtshelfer davor bewahren allzu energischem, aprioristischem operativem Aktivismus zu huldigen, der viel gepredigt aber sicher weniger erfolgreich ist. Der natürliche vaginale Geburtsweg ist doch auch bei diesen ältesten Erstgebärenden nicht so gefahrvoll, wie ihn einige Autoren verschreiben. Selbstverständlich wird man sich bei diesen Frauen viel eher zu einer Schnittentbindung entscheiden, zumal wenn das Becken nicht normal ist, und wird viel öfter zur Zange greifen. Bei der Indikation wird wohl das Alter an sich ein gewichtiges Wort mitreden, man wird aber auch die durch das Alter bedingten Schädigungen und eventuelle Konstitutionsminderwertigkeiten berücksichtigen. Beim engen Becken ist eine Probeentbindung nicht statthaft. Gegen die Wehenschwäche sind manchmal digitale Muttermundsdehnungen, manchmal Metreurinter, und gegen die Rigiditäten der Weichteile radiäre Inzisionen und ausgiebige Episiotomien empfehlenswert. Mit diesen Maßnahmen kommt man in den meisten Fällen aus. — Die alte Erstgebärende ist meistens ein Produkt der der Mutterschaft abgeneigten sozialen Umstände. Der Geburtshelfer kann in seinem Wirkungsbereiche gegen diese biologisch und rassenhygienisch schädliche sozialpathologische Erscheinungen nicht viel erreichen, er muß sich aber zur Pflicht machen auf die soziale Genese aufmerksam zu machen.

SLOVSTVO

Giacinta Caccia, La gravidanza in età avanzata dal punto di vista ostetrico ed eugenico. (Nel trentesimo di fondazione della r. clinica ostetrico-ginecologica »Luigi Mangiagalli« di Milano. 1936.) — H. Döring, Zum Geburtsverlauf bei alten Erstgebärenden (unter Berücksichtigung der Höchstwehenzahlen). Mschr. Geb. u. Gyn., CIV. — F. Durst, Dječji mortalitet ante, sub i post partum na zagreb. univ. klinici za ginekologiju i opstetriciju od 1921—1936. god. Lij. Vjes., god. LIX, broj 10, 1937. — E. Frey, Die Einflußnahme des Alters auf den Geburtsverlauf bei Erstgebärenden. Zbl. Gynäk., 1933. — E. Frey und E. Maeder, Geburtsverlauf bei alten und älteren Erstgebärenden an Hand der Höchstwehenzahlen. Z. Geburtsh., CVI. — Max Hirsch, Die Gefahren der Frauenerwerbsarbeit für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Kindesaufzucht, mit besonderer Berücksichtigung der Textilindustrie. Arch. f. Frauenkunde. Bd. XI, H. 4. — Rud. Th. v. Jaschke, Herzgefäßhypoplasie und späte Erstgeburt. Zbl. Gynäk. 1935. — J. v. Khreninger-Guggenberger und E. Leutenmayer, Die Erstgebärende im 5. Lebensjahrzent. Arch. Gynäk. 1933, Bd. 154. — H. Küstner, Fortpflanzungsschädigung der erwerbstätigen Frau und ihre Abhilfe. Leipzig 1930. — P. Meyenberger, Die sehr alten Erstgebärenden (40- und mehrjährige) der Aarauer Frauenklinik. Inaug. Diss. Zürich 1935. (ref. Zbl. Gynäk. 1937.). — F. v. Mikulicz-Radecki, Über die Geburten alter Erstgebärender. Zbl. Gynäk. 1934. — Hans Nevinny, Über Erstgebärende von 40 und mehr Jahren. Z. Geburtsh. Bd. CVI, Hft. 1. — E. Puppel, Der Geburtsverlauf bei alten Erstgebärenden. Zbl. Gynäk. 1932. — E. Redenz, Der Geburtsverlauf bei alten Erstgebärenden. Zbl. Gynäk. 1934. — Ad. Leop. Scherbak, Zur genaueren Prognose bei alten Erstgebärenden. Zbl. Gynäk. 1934. — B. Solomons, Die gefährdete Mehrgebärende. Lancet 227, 8/11 (1934), (ref. Zbl. Gynäk. 1935.). — D. M. Stern, Die älteste Erstgebärende. Lancet 227, 685—687 (1934), (ref. Zbl. Gynäk. 1935.). — Fr. Szolnoki, Über alte Mehrgebärende. Zbl. Gynäk. 1937. — Dr. Vl. Trampuž, Prilog pitanju prevremenog prsnuca vodenjaka. Medicinski Pregled, knj. XIII, štev. 4. (1938) — M. Vorlicek-Jelinek, Unser Material an alten Erstgebärenden. Z. Geburtsh. Bd. CXI, Hft. 2. — M. Vrandetić, Manuelle Dehnung des Muttermundes bei abnorm sich umziehender Geburt. Zbl. Gynäk. 1928. — Otto Wallis, Über unsere Erfahrungen bei Entbindungen alter Erstgebärender. Z. Geburtsh. Bd. CX, Hft. 2. — Dr. Alojz Zalokar, Poročilo o ginekološkem in porodniškem delu v l. 1920—1936. Ljubljana 1937.

Naše izkušnje z intrakapsularno ekstrakcijo katarakte

Prim. Dr. L. Ješe

Najstarejša metoda operacije katarakte je bila tako imenovana depressio. S posebno iglo se je leča z vbodom skozi sklero luksirala navzad in navzdol v steklovino. Ta metoda je bila v navadi ves stari in srednji vek. Pozneje se je operacija modificirala tako, da leče niso več luksirali, temveč so jo — če se smem tako izraziti — sublüksirali. Igla je odtrgala gornji rob leče od conule in prevrnila lečo navzad. Ob spodnjem robu je conula ostala in leča je na nji obvisela.

Tega načina operacije so se posluževali posebni zdravniki, ki so potovali iz kraja v kraj in operirali večinoma po sejmihi.

Prvi, ki je lečo iz očesa odstranil, je bil Francoz D a v i e l (v 17. stoletju). Beer in pozneje Graefe sta njegovo metodo izpopolnila. Od različnih Graefejevih modifikacij je naposled obveljal način, ki je bil merodajen prav do zadnjega stoletja. Posamezni akti operacije so bili: lokast vrez vzporedno z gornjim roženičnim robom, iridektomija, prerez sprednje lečne ovojnice z ostro kljukico, iztisnenje leče t. j. jedra in skorje, toaleta rane. Po tem načinu se je operiralo na ljubljanskem očesnem oddelku od njegove ustanovitve pa vse do l. 1924.

V poznejših letih se je metoda izboljšala v tem, da se je namesto cele iridektomije delala le majhna periferna (po H e s s u), in da se je lečna ovojnica odpirala s posebno pinceto. S tem se je optični in kozmetični uspeh izboljšal. Po tem zadnjem načinu se je operiralo pri nas od l. 1924. do jeseni 1936.

Vse te metode operaterjev niso nikoli popolnoma zadovoljile. Po odstranitvi karaktoznih mas ostane v zrklju vedno nekaj ostankov mase in pa ovojnica. Lečne mase se sicer navadno polagoma rezorbirajo brez neprilika. V gotovih primerih pa te mase zrkljo dražijo in povzročajo neprijetne komplikacije: iritis, cyklitis itd. Ovojnica, ki ostane v zrklju, dostikrat ni fina in prozorna, se naknadno lahko skali ali naguba. V vseh takih primerih se ne more doseči idealne ostrine vida, ali pa se prvotno doseženi dober uspeh pozneje zmanjša. Potrebne so bile zato naknadne dodatne operacije (discissio, capsulotomia, capsulektomia etc.).

Zaradi teh nedostatkov se ni manjkalo operaterjev, ki so se pečali z mislijo, kako bi odstranili lečo iz zrklja z ovojnico vred. Prvi je naredil tako operacijo B e r a n g e r l. 1757. Ta način operacije imenujemo intrakapsularno ekstrakcijo katarakte. Največ so delali po nji A n g l e ž i na ogromnem materialu v Indiji. V Evropi se ta metoda ni mogla udomačiti, ker je bila preveč surova in je imela preveč izgub. V zadnjih dveh desetletjih pa so S t a n c u l e a n u, T ö r ö k in E l s c h n i g metodo toliko izpopolnili in poenostavili, da je operacija prešla iz klinik, kjer je bila prvotno njena domena, na podeželske bolnice.

Prednosti intrakapsularne ekstrakcije so:

V prvi vrsti je potek po operaciji miren, brez draženja, in sicer zato, ker je operativni insult manjši in ker ne ostane v zrklju lečnih ostankov. Ti ostanki igrajo pri postoperativnem vnetju veliko vlogo, še večjo kot infekcija.

Druga prednost te metode je, da odpadejo vse operacije za izboljšanje vida vsled sekundarne katarakte. Pri vsaki disciziji se rani steklovina, kar ni irelevantno. Betežne in boječe bolnike je včasih težko pregovoriti za dodatno operacijo. Večina bolnikov ima vtis, da prva operacija ni bila dobro napravljena, če je treba še »popravlјati«. Ti so nam gotovo hvaležni, če jim je treba samo enkrat na mizo.

Tretja prednost intrakapsularne operacije je, da se z njo doseže optimalna ostrina vida. Normalen vid že 14 dni po operaciji ni nobena redkost več.

Intrakapsularne metode se operaterji še niso splošno oprijeli. Poleg gorečih privrženцев ima tudi hude nasprotnike. Svojo pot si utira polagoma. Vendar se število nasprotnikov manjša. Argumenti, ki jih navajajo proti operaciji so: pogostejši izpad steklovine, zategnjena zenica oziroma prolaps šarenice pri ekstrakcijah z okroglo zenico, delj časa ukinjen prekat in nevarnost poznejšega glavkoma.

Pregledal sem tozadevno naš material. Ker smo operirali doslej že 488 bolnikov po novi metodi, smo si pridobili že precejšnjo mero lastnih izkušenj, ki jih podam tu popolnoma nepristransko.

Da je nevarnost izpada steklovine pri tej operaciji večja kot pri ekstrakapsularni metodi, je gotovo. Saj če odstranimo iz očesa lečo z ovojnico vred, odstranimo z ovojnico tisto pregrajo, ki edina drži steklovino nazaj, da ne more skozi zenico v sprednji prekat. Pri iridektomiji in pri toaleti rane, ki jo moramo opraviti pred koncem operacije, je možnost, da z instrumenti ranimo steklovino (membrana hyaloidea) res večja. Vendar pa bolj teoretično kot praktično. Lahka in previdna roka opravi to delo brez nevarnosti. Tudi pri nerodnih bolnikih je nevarnost izpada večja, a tudi tu bolj teoretično, ker take bolnike izločimo, kolikor se to da, in jih operiramo rajši po ekstrakapsularni metodi.

Včasih se vidi, kako leča, ko jo vlečemo skozi zenico, vleče steklovino za seboj. To so primeri, ko ima lečna ovojnica adhezije s steklovinino membrano. Tu je intrakapsularni način res kriv izpada steklovine. A ti primeri so redki. Izločiti moramo tudi vse izpade, ki so jih bolniki zakrivali sami. Tu bi namreč vsaj v večini primerov prišlo do izpada tudi, če bi jih bili operirali ekstrakapsularno. Če vpoštevam vse te momente, moram reči, da izpad steklovine v splošnem ni pogostejši kakor pri starejši metodi, razen pri prvi seriji katarakt. To je pač šolnina, ki jo mora plačati vsak operater.

Ne dela prav, kdor preveč brska po operacijskih protokolih, seštevа izpade steklovine, jih odeva v številke in odstotke in jih primerja z odstotki pri drugih metodah ali pa z odstotki, ki so jih »dosegli« drugi operaterji. Take primerjave so lahko čisto pogrešne.

Izpad šarenice nekaj dni po operaciji je drug tak neljub dogodek. Statistični podatki, kako pogost je tak izpad, si zelo nasprotujejo. Elsch n i g, mojster in propagator intrakapsularne metode, trdi, da jih ni več kot pri ekstrakapsularni metodi. Drugi jih imajo dosti. Zadnja objavljena statistika iz klinike v B o n n u jih našteje kar 13%. Mi smo imeli v celem štiri primere, t. j. niti enega odstotka. Dva smo reponirali, dva pa odstranili. V tem pogledu smo torej lahko zelo zadovoljni, posebno še, če povem, da smo jih prej imeli več!

Sprednji prekat je po tej operaciji večkrat delj časa plitev ali pa ukinjen. To je res. Navadno je temu vzrok odstop žilnice. Ta je pri intrakapsularni ekstrakciji res pogostejša in neljuba komplikacija. Ponavadi se žilnica kmalu zopet vleže in prekat se napolni. V nekaterih primerih pa se žilnica delj časa

ni vlegla in postoperativno zdravljenje se je precej zavleklo. Resnejših posledic pa nismo doživeli v nobenem primeru.

Še kratko pripombo o glavkomu. Mi smo doživeli samo en primer. Tlak se je na miotična sredstva normaliziral. Bolnik je še pod kontrolo in tlak je že delj časa normalen brez pilokarpina. Drug primer se nahaja še na oddelku. Glavkom je torej tako redek, da je bojazen pred njim brez podlage.

Krvavitev v sprednji prekat nekaj dni po operaciji je pogostejša kot pri drugih metodah. Vzrok ni povsem znan. Mogoče je kriva temu retrobulbarna injekcija, mogoče insult pri masaži s kljukico, ko trgamo conulo. Zenica se po takih krvavitvah pri našem materijalu ni decentrirala. Kakih drugih posledic tudi nismo videli.

Kako je z izgubami in infekcijami pri tej metodi? Tudi o tem je nekaj prerekanja, katera metoda je v tem pogledu boljša. Naša bilanca je lepa: doslej nobene izgube in nobene infekcije!

*

Indikacije. Intrakapsularna metoda je uporabljiva povsod tam, kjer je izvršljiva, to se pravi, kjer je lečna ovojnica toliko ohlapna, da se da s topo pinceto prijeti, toliko močna, da se pri manevru ne raztrga, zonula Zinnii pa nežna, da se da lahko odtrgati. Najbolje so podani ti pogoji pri nuklearnih in kortikalnih imaturnih kataraktah starejših ljudi (okoli 60 let). Pri tumescentnih in hipermaturnih kataraktah, pri kongenitalnih oblikah mladih bolnikov, pri tetaničnih kataraktah in pri cataracta Morgagni je intrakaps. ekstrakcija težko izvedljiva. Mi smo jih poskušali pri prvih dveh vrstah in se nam je posrečila v več kot polovici primerov. Zelo zaželjena je ta metoda pri Cat. diabetica, pri kratkovidnih in pri kompliciranih kataraktah. Pri teh vrstah so lečni ostanki silno nezaželeni, ker redno povzročijo postoperativno vnetje, ki se lahko konča z neuspehom. V teh primerih naj se intrakapsularna metoda vselej poskusi. Vseh posameznosti, ki odločajo, ali naj se operira po novi ali stari metodi, tu ne morem navesti, ker posegajo v ožje specialistično polje.

Iz navedenega je jasno, da je ugodni termin za operacijo »mrene« danes povsem drug, kot je bil prej, ko se po tej metodi še ni operiralo. Prej smo zahtevali, da je postala katarakta godna za operacijo, t. j. da se je leča že popolnoma ali vsaj popolnoma skalila, in da je bolnik s to nadlogo že »oslepel«. Praktični zdravniki so take bolnike zadrževali doma, dokler niso »oslepeli«, in jih šele potem poslali na operacijo. Tudi mi smo odlagali z operacijo in pošiljali bolnike nazaj domov, če so prišli prezgodaj, to se pravi, prezgodaj za operacijo po ekstrakaps. načinu. Danes je stvar drugačna. Kot sem že zgoraj omenil, se doseže najlepše uspehe baš pri negodnih kataraktah. Na to izrecno opozarjam praktične zdravnike in jih na tem mestu prosim, da pošiljajo odlej bolnike prej na operacijo, da se ne zamudi termin, ki je za operacijo po tem načinu najbolj ugoden.

K sklepu podam še obračun o našem delu na očesnem oddelku od časa, ko smo s to novo metodo začeli, t. j. od jeseni 1936. pa do danes (sredi decembra 1938.).

V našem strokovnem jeziku označujemo uspelo intrakaps. ekstrakcijo s plus (+). Če se je med ekstrakcijo ovojnica pretrgala, a se naknadno le še posreči, da jo odstranimo, imenujemo tak rezultat s plus minus ($\pm$). Če pa je ne moremo odstraniti, če moramo torej operacijo dokončati po ekstrakaps. načinu, pravimo, da je bil to minus (—).

Operirali smo v tej dobi vsega skupaj 569 katarakt. Od teh smo operirali po prejšnji metodi 81 ali 14%, po intrakaps. metodi pa 488 ali 86%.

Izpadlo je plus 346 ali 71%,
plus minus . . . 56 ali 11,5%,
minus 86 ali 17,5%.

Po statistikah, ki so jih doslej objavile razne inozemske klinike, stoje naši uspehi ob strani najboljših klinik. Mojster Elsch n i g poroča obširno o izvršenih 1522 operacijah. Pri prvi polovici mu je odstranitev v ovojnici (plus) uspela v 65%, pri drugi polovici pa v 69,2%.

Te številke so merilo za operativno tehniko in za pravilno izbiro primerov. Mi spočetka nismo bili izbirčni. Poskušali smo operirati po novem načinu tudi tam, kjer vnaprej ni bilo dosti izgleda na uspeh. Vsaka nova operacija in vsaka nova metoda ima svojo posebno pot, ne samo v naši stroki, temveč v operativni medicini sploh. V začetku smo nezaupljivi in jo gledamo postrani. Ko se je oprimmemo, nas prime navdušenje. Nato pa sledi iztreznjenje. Mi smo prehodili že vso pot. Lastne izkušnje — te so največ vredne — so nam pokazale, katere primere je boljše izločiti in jih operirati po ekstrakaps. metodi. V bodoče bomo na podlagi zbranih izkušenj bolniški material sortirali in uspehi bodo gotovo idealno lepi.

ZUSAMMENFASSUNG

Unsere Erfahrungen mit der intrakapsulären Starausziehung.

Verf. berichtet kurz über verschiedene Operationsmethoden der Starausziehung, über die Indikationen der intrakapsulären Methode, über ihre Vor- und Nachteile. Die Ergebnisse der 488 an der hiesigen Augenabteilung gemachten intrakaps. Starausziehungen sind ausserordentlich günstig.

SLOVSTVO

A. Elsch n i g, Die intrakapsuläre Starextraktion, in vsi doneski in referati iz raznih klinik, tako Bartels, Blaskovics, Denig, H. Elsch n i g, Fleischer, Passow, Šafar in dr., objavljeni v zadnjih letih v Klin. Monatsbl. f. Augenh.

Jetika in krvni obtok*

Dr. Fr. Debevec, Ljubljana

Jetika se lahko širi po limfnem in krvnem žilju, per contactum ter intrakanalikularno (intrabronhialno; per os v prebavni kanal). Prvo, limfogeno, je v ospredju zlasti v rani mladosti; primeroma največ notranjih okuženj v telesu pa se izvrši po krvnem cevju; vir takšnim hematogenim kužnim propagacijam so v prvi vrsti obolela pljuča ter — često le v pritajeni obliki — bolno mezgovje, zlasti ono v prsnem košu. Specifične bacilemije se včasih vrše pri polnem občutju zdravja ter brez vsakih klinično očitnih znakov tuberkuloze.

Krvna obtočila so z jetiko v dvojnem razmerju: a) s krožečo krvjo služijo transportu in odplavljanju jetičnih klic; b) lahko tudi sama obolè (viru-

* Po predavanju v Slov. zdrav. društvu v protituberkuloznem tednu, 1938.

lentno po okužbi per contactum, limfogeno, hematogeno; avirulentno radi bolezenskih toksinov, sekundarne splošne oslabeledosti, radi nastalih mehanskih ovir za reden krvotok).

Obtok krvi je radi jetike lahko prizadet: a) v pljučih, razdejanih po bolezni, brazgotinasto prerastlih in nadomestno emfizematoznih; b) radi morebitnih specifičnih sprememb in toksičnih poškodb v žilju in srcu. Ti strupi so ali specifični endo- in ekso-toksini ali pa nespecifični, ki nastajajo radi splošnega hiranja organizma in bolezensko spremenjenega presnavljanja; c) mehansko, zlasti radi sekundarnih zaraslic in skrčenj pljučne tkanine, pasivnih odnikov radi eksudata, zraka pri terapeutskem ali spontanem pneumotoraksu, raznih drugih zdravilnih posegih itd. Hkrati trpi vedno kostni mozeg in ostale hemoplastične tkanine; kri kot hranivo srca in žilja postane po kakovosti slabša, tkivo srca in žilja zato rado hira in gineva, pri težkih ftizah često v obliki rjave atrofije. Nižji pritisk krvi je v takih okoliščinah skoro reden pojav. Radi dolgotrajne tuberkuloze (zlasti hematogenega tipa) nastajajo degenerativne spremembe v ostenju žil v smislu arterioskleroze, vendar hipertonijska radi tega ne pride do izraza, ker jetika telo splošno slabi in nagiba k hipotoniji. Pri težkih ftizah niso izključene trombo-flebitide, zlasti na spodnjih okončinah; tu preti opasnost, da se zgrušek (thrombus) odtrga, odplove s tokom krvi dalje in zamaši vejo pljučne arterije; če je zašel v pljuča večji tromb, je lahko posledica nagla smrt.

Žilje in tuberkuloza

Arterije so za jetiko zelo odporne, zato le redko resneje obolè, dasi se bacilemija in toksemija vrše potom njih. Specifični proces se lahko zajé v steno arterije iz bolne okolice ali — po okužbi s krvjo — v intimo utripnic; primeroma največkrat se to zadnje zgodi v aorti, v art. pulmonalis in drugih velikih odvodnicah, zlasti, če je bila intima poprej poškodovana. Na okuženem mestu se stvori tromb, zanetijo se specifične granulacije z ev. zasirjenjem ter sekundarnim vezivnim preraščanjem.

V ene obolè češče, okužijo se iz bolne okolice ali po krvi. Po hematogeni okužitvi nastane najprej toksična poškodba v intimi, stvori se nato tromb, pridružijo specifične granulacije itd. Včasih bacili zaidejo tudi globlje, odnosno skozi intimo, v steno vene ter ondi sprožijo tvorbo tbc. tkiva.

Primeroma največkrat se inficirajo drobne tankostene kapilare; v njih kroži kri počasneje, mikrobi se zato lažje zaustavijo in naselijo; še češče pa skozi steno kapilar zaidejo v bližnjo okolico, v pljučih zlasti v vezivni intersticijski med alveoli ter nato ondi sprožijo značilno vnetno reakcijo. Pogosto opazujemo specifične infiltrate v adventiciji žil, zlasti v njih limfnem cevju. Pri drobnejših žilicah sega tak infiltrat v kolobarju prav okrog cele žilice, pri večjih žilah pa seže v žilno steno navadno le z ene strani. Zaradi sirastega zamiranja infiltrata (tuberkulov) se stena žile — najčešče vene — lahko prejé, nakar se pojavi krvavitev, z njo se okužba širi dalje po krvi. Največkrat še pred izjedenjem stene nastane zgrušek, ki žilno praznino zapre ter tako krvavenje in kužno širjenje prepreči. Če je prejedena stena večje vene, n. pr. v pljučih, na vratu (ob tbc. žlezah) in se znatno število mikrobov naenkrat ali v kratkih presledkih vsiplje v kri, rada nastane akutna miliarna tbc. Napredovalo jetiko, zlasti pljučno, navadno spremlja hipotonija.

Srce trpi pri pljučni tbc: a) radi virulentnih okužb, b) radi toksičnih poškodb, c) radi splošne telesne oslabelosti, d) mehansko radi topografskih sprememb v košu. Vsi ti bolezenski pojavi lahko povzročajo: a) subjektivne težave, b) objektivne simptome, razvidne zlasti pri klinični in roentgenski preiskavi. Med subjektivno občutene simptome štejemo: razne neugodne senzacije okoli srca: zbudljaje, neprijetno naglo, morda neredno utripanje, stenokardične pojave, kratko sapo itd. Te težave so posledica ne-le anatomskih sprememb po virulentnih okužbah, temveč tudi toksičnih draženj srca, zlasti njegovih vazomotorjev, bodisi po toksinih iz neposredne bližine (bolnih žlez, pljuč, pleure), bodisi hematogeno doplavljenih. Kolebanje (labilnost) srčnega delovanja radi tbc se javlja zlasti pri telesnem gibanju in naporih ter duševni razgibanosti, samo zase ali v zvezi z lažjo srčno insuficienco. Boleči občutki okoli srca se radi pojavljajo že pri začetnih, tudi pritenjenih obolenjih, znabiti so tedaj celo v ospredju bolezenske slike. V okviru primarnega kompleksa obolele traheo-bronhialne žleze lahko mehansko pritiskajo ali vnetno dražijo srčne živce ter tako povzročajo boleče senzacije okoli srca; pozneje so ondotne vezivne zarastline, mrenske priraslice, nategi, zavoji, odmiki sredprsa razlog za podobne neugodne občutke, ne da bi srce samo moralo biti toksično ali virulentno resno prizadeto. Pri začetni jetiki so takšne težave večkrat v ospredju bolezenskega počutja, zato se lahko najprej porodi sum na bolezen srca. V takih primerih moremo šele z natančnimi podrobnimi preiskavami razbistriti pravo etiologijo. Včasih so živčni pojavi na srcu le delen izraz splošne živčne občutljivosti, izvirajoče pretežno od manjvrednega živčnega ustroja ali od toksično poškodovane živčne tkanine. — Subjektivno občutenim težavam in motnjam so lahko povod mehanski razlogi: Asteniki, ki radi obolè za jetiko, imajo dolg, ozek koš z bolj drobnim in svobodnejše visečim srcem brez trdnejše opore ali pa je srce pri ozkoprsih že od rojstva šibkeje razvito; takšno se naglo delovno preobremeni in utruja, kar vodi do neugodnih senzacij. Če gre hkrati za specifično obolenje, se težave pojavijo tem preje in tem huje. Tudi pri visokoraslih, suhih ljudeh s splošno normalno postavo, leži prepona nižje, podporne tkanine okoli srca je manje, srce zato bolj prosto visi ter je podvrženo raznim živčnim motnjam. Često velja isto za shujšanoost pri ljudeh s pljučno jetiko.

Subjektivne težave so večkrat v ospredju pri obsežnih razdejanjih in vezivnih, skrčujočih prerastninah radi tbc v pljučih, na mrenah, v košu sploh. Neke mrenske zaraslice v odnosno ob mediastinu motijo vmesni prevodni sistem srca s posledico nerednega utripanja raznega tipa ter na ta način ovirajo smotrno delo srčnih mišic. Napredovala jetika je uničila obilo žilnega omrežja, ga deloma razmršila, zato trpita krvni obtok in srce. Znatno pleuralni eksudat stiska pljuča, mrenske zaraslice zadržujejo njih raztegovanje pri dihanju, pri tem trpi obtok krvi, pojavljajo se razna neugodja okoli srca, pridružuje se zastoj krvi; na tako zajezitev srce rado odgovarja s hipertrofijo, zlasti desne polovice. Ta narast se odraža s povečano konturo desno, poudarjenim 2. pulmonalnim tonom, jačji pulzaciji desne srčne polovice, ev. s pulzatornim dvigom prsne kosti v njenem spodnjem delu. Dokler je hipertrofija izravnana, ni hujših težav. Če pa takšno srce popusti, hira, se razširja, potem se pridružijo znaki insuficiencie. Objektivno s preiskavo utegnemo dognati spremembe v obliki in legi srca, različnosti v fiziološkem delovanju, zastoj krvi, zlasti v bližnjem venoznem žilju v pljučih in jetrih; v zmanjšani diurezi, cianozi, vodeničnosti, pozitivni reakciji z aldehidom itd. Morebitni sistolični šumi so lahko prigradni



ILON EXPORT A.-G.

ZÜRICH-SCHWEIZ

Ilon-mast za čireve

SASTAV: Ilon-mast za čireve je sintetičan preparat iz smola bogatih na kisiku, ekstrakata konifera, sa dodatkom karbolne kiseline. (2 %) i podlogom za masti.

INDIKACIJE: Sve piodermije i njihovo konzervativno lečenje.

UČINAK I DEJSTVO: Ilion-mast za čireve je tipična mast, koja izvlači gnoj. Ona otvara gnojno ognjište te ga iščisti, ubrzava pa isto tako epiteliziranje i izdejstvuje, da se rana bez ružnih ožiljaka brzo i lepo pokrije s kožom. Ilon-mast isto tako brzo i promptno olakša svake bolove.

NAČIN UPOTREBE: Kod čireva, upaljenih infiltrata i slično namažemo bolesno mesto 2—3 mm debelo, pokrijemo s jednostrukom gazom, preko nje pa položimo gutaperku ili billrothbatist tako, da svojom širinom prelazi nekoliko namazano mesto, krajeve pa pilepimo Leukoplastom zračno-tesno na kožu (princip vlažne ćelije). Prevez menjamo 1—2 puta dnevno. Te zatvorene pre-

veze pa također u mnogim slučajevima usled raznih lokalnih prepreka više puta ne možemo napraviti. U takvom slučaju napravimo prevez po vlastitom uviđevanju. Najčešće si pomažemo s običnim lakim prevezom (s gazom i zavojem). U takvim slučajevima je potrebno malo deblje i češće mazati, jer gaza dosta jako upija mast. Preporučuje se isto tako gazu najpre namazati s vazelinom, da postane nepropustna i da se upijanje umanji. Obično upotrebljavamo zatvoren prevez, dokle se čir ne otvori, zatim pređemo na lahak prevez. Posle očišćenja je više puta na mestu produženje lečenja s indiferentnim mastima (borvazelin i slično), naročito ako se posle očišćenja znaci upale ne izgube. Za retke slučajeve idijosinkrazije pa se nalazi u prometu i Ilon-mast bez karbolne kiseline.

KOD HORDEOLA namažemo trepavicu nekoliko puta dnevno sa staklenim štapićem. U oko mast ne sme doći.

U USTIMA metnemo komadić namazane vate, koju s većim komadom vate dobro pokrijemo. Tragovi masti u pljuvački neka se ispljunu, jer inače lako nadražuje stomak.

KOD FURUNKULA U SLUHOVODU metnemo u njega lako i polagano komadić namazane vate, možemo pa isto tako mast malo pogreti u kašici te je ulijemo u uho, počekamo 5 minuta, te na to zatvorimo sluhovod s vatom. To po-

navljamo dnevno. Svaki put pa najpre isperemo sluhovod s toplom vodom.

FLEGMONOSNE AFEKCIJE pokrijemo s kompresom namočenom sa 70 % alkoholom i namazanom s Ilon-mašću.

KOD GONOROJIČNIH EPIDIDIMITIDA mu-do dobro namažemo, primerno vatiramo i suspenzorijum tesno pritegnemo.

KOD GOLENIČNIH ULCERACIJA pokrijemo okolinu s cinkovom mašću. Kod dugotrajnog lečenja i kod prevelike osjetljivosti upotrebljavamo radije Ilon-mast bez karbolne kiseline.

U PEDIJATRIČNOJ PRAKSI Ilon-mast nam vrlo dobro služi, jer brzo olakša bolove i prihrani nam inciziju.

NEČISTE RANE isperemo i pokrijemo s namazanom gazom; to po mogućnosti dva puta na dan obnovimo.

UBOD INSEKATA: Dotično mesto natremo s Ilon-mašću. Eventuelno napravimo zatvoren prevez.

POČETNE FURUNKULE KUPIRAMO tako-reći sa sigurnošću, ako ih pokrijemo s komadićem Leukoplasta, na koji damo i kapljicu Ilon-masti; Leukoplast pustimo na mestu sve dotle, dokle furunkul ne iščezne.

KOD FURUNKULA NA LICU (USNICAMA), gde su incizije vrlo opasne, se Ilon-mast ne može s ničim drugim zameniti; bez ožiljaka, bez komplikacija najbolje se izleče ti opasni furunkuli!

TRGOVAČKI OBLIK: Ilon-mast nalazi se u prodaji u manjim i većim tubama. Na njima se nalazi popis aplikacije u slogu, koji je za lajika nepojmljiv.

Ilon-mast za čireve spada samo u ruke lekara. Mi je rezerviramo isključivo za lekara i ne pravimo za nju nikakve reklame med lajicima. Ilon-mast je sigurna i dobra. Vrlo mnogi lekari je upotrebljavaju dnevno već godinama i godinama u svoje potpuno zadovoljstvo. U 90 % sviju slučajeva furunkula postane nož nepotreban.

Ilon-mast ubrza ozdravljenje. Poprečno snižava nesposobnost za rad za 40 %.

Ilon-mast brzo i tačno olakša bolove, je idealno sredstvo za decu kao i za pacijente koji se boje noža. Kod furunkula lica se ne može s ničim drugim zameniti te je neophodno potrebna.

Ilon-mast je ekonomična: Lekari javljaju, da su sa samo jednom tubom lečili najednput do 20 čireva i furunkula.

Vprašanja — odgovori

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

Uredništvu ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

LJUBLJANA, OBČA DRŽ. BOLN., V.

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

(akcidentalni), posledica relativne insuficience radi sekundarne anemije, slabosti srčnih mišic, ev. nategov, priraslic in pritiska oteklih bezgavk na arter. pulmonalis.

Pericarditis tuberculosa

Za tuberkulozo lahko oboli perikard, miokard in endokard. Perikard se okuži od bližnjih bolnih mezoepitelialnih žlez, redkeje zaide okužba vanj z obolelega miokarda ali sosedne pleure. Bolezenske oblike so naslednje: a) miliarni in večji zlivajoči se tuberkuli; b) bolj ali manj prostrana pericarditis tuberculosa s plastjo fibrina, seroznim, morda krvavkastim izcedkom v osrčni vreči, z levkociti, pozneje limfociti, podobno kot pri obolenju z drugimi kužnimi klicami; hkrati, a ne redno — so pod eksudatom na srčni mreni drobni tuberkuli. Po nastanku izločka se perikardna lista sprimeta in zarasteta, pozneje se v zaraslici lahko nabirajo apnene soli — podobno kakor pri eksudativni pleuritidi. Če je perikard specifično vnet le na omejenem mestu, je to navadno kolateralni odmev aktivnega procesa v bližnji okolici.

Dozdevno idiopatska pericarditis, zlasti eksudativna, je skoraj vedno tbc. izvora. Druge bolezni, ki lahko vodijo do vnetja srčnih mren, so še: poliartritida, sepsa, razne akutne infekcijske bolezni, nefritida, okužba iz bližnje gnojno-vnete okolice i. dr.

Kakšni bolezenski simptomi spremljajo specifično obolenje perikarda? Fibrinozno vnetje povzroča zbudljaje in druge bolečine v predelu srca, naglo, neredno utripanje, povišano toplino, morda težjo sapo itd. Pri fizikalni preiskavi doženemo nekje v srčni regiji, ako le proces seže blizu prednje stene koša, mrensko trenje, često najprvo na bazi; to trenje je navadno surovo grebajoče, kratko, nesinhrono z akcijo srca, je večkrat precepljeno ter se čuje bližje prisluškujočemu ušesu. Sprememba lege pacienta nanj vpliva. Če se nabira eksudat, se najprej izpolni Epsteinov kot; pri večji količini nastane perkutorno značilna slika enakokrakega trikota z vrhom zgoraj, srčni toni so šibkejši ter se čujejo bolj znotraj od mamilarne črte. Obilen izloček povzroča atelektazo levih pljuč; fizikalni izvid na tej strani koša spominja na eksudativno pleuritido. Dihanje je težje, pridruži se posinелost (cianoza), v težjih primerih tudi drugi znaki zastoja krvi. Radi fibrinozne, serofibrinozne in hemoragične perikarditide nastajajo zraščena osrčne vreče različnega obsega tja do popolne obliteracije. Tanke zaraslice utegnejo ostati docela prikrita. Večje in debelejše, zlasti pa popolna priraslost ovirajo delovanje srca, posebno trpi miokard, ki sčasom lahko atrofira in se raztegne, ako brazgotinasti oklep to dopušča. V takih primerih se pojavljajo znaki naraščajoče srčne insuficience, ki spominjajo na myodegeneratio cordis ali na splošno dekompenzacijo srca. Preiskava bo potem našla značilne simptome srčne oslabelosti, zastoj krvi, zlasti v pljučih in jetrih, nadalje razširjene vene na vratu, cianozo itd. Srčni utripi so šibkejši, slabotna pulzacija se lahko opazuje tudi na roentgenu. Podobne in raje še hujše znake nudi mokra specifična poliserozitis; pri njej bomo hkrati našli obolenje drugih mren, zlasti pleur; poznejše razne mrenske zaraslice močno ovirajo krvni obtok. Priraslost perikarda in bližnjih pleur spreminja lego srca, ga pomakne na eno ali drugo stran ter mehansko pri delu ovira, kar simptomatsko sliko še bolj zaplete.

Specifične spremembe v miokardu

Toksični vplivi v miokardu se razen v nervoznih motnjah in bolečih senzacijah večkrat, zlasti pri dolgotrajnem obolenju, odražajo v majhnem, slabotnem, često kapljastem srcu; takšno rado spremlja že astenični habitus, ki do

neke meje pospešuje jetiko. Tudi pri pljučno zdravih astenikih pogosto opazujemo neugodne senzacije okoli srca. Dolgotrajne in ponavljajoče se toksične okvare utegnejo sčasom povzročiti difuzno miokarditido.

Virulentno se mišičje srca primeroma največkrat okuži po krvnem obtoku, redkeje limfogeno z bolnega perikarda. Nastati morejo miliarni in večji zlivajoči ter zasirjajoči tuberkuli ali difuzna specifična miokarditida z vmesnimi tuberkuli in večjimi specifičnimi infiltrati, vodeča končno do splošne skleroze srčnega tkiva.

Poedini miliarni tuberkuli se navadno kmalu brazgotinasto prerastejo; pri številnih (pri splošni miliarni tuberkulozi) pa za induriranje ni časa radi skorajšnjega eksita. Zlivajoči se (konglomeratni) tuberkuli se lahko zasirijo, nato morda vezivno prerastejo; še česče pa poprej pride do smrti. Bolezenski znaki, ki spremljajo specifično obolenje v miokardu, spominjajo na one pri miomalaciji; pojavi insuficience z ali brez dilatacije, ev. s sistoličnim šumom radi insuficience mišic; če je hkrati prizadet vmesni sistem, nastanejo motnje v ritmu srca. Manjše tbc. spremembe v miokardu ne povzročajo izrazitih bolezenskih motenj ali sploh nikakih, razen anatomskih, zato jih je klinično težko dognati. Težje in trajne miokarditične okvare so terapiji le malo dostopne, digitalis pri njih ne pride do prave veljave, kar nam more deloma služiti v dokaz, da gre res za resnejše in trajne poškodbe srčnih mišic specifičnega ali kakega drugega izvora (radi miomalacije, terciarnega luesa, ev. tumorja i. dr.).

Tbc endokarda

Endokard pri pljučni jetiki oboli primeroma redko in sicer najraje na zaklopkah, drugod le redko, morda šele malo pred smrtjo. Na ranjenih zaklopkah in drugih izrastkih, redkeje drugod, se najprej stvori zgrušek (tromb), le-ta se okuži, nato pa se ondi razvijejo specifične granulacije. Seveda pa tudi niso izključene druge, nespecifične spremembe loputic (valvul). Prava vitia cordis najdemo pri pljučnih jetikah redkeje; na potek pljučne tbc nimajo izrazitega vpliva; morda staza krvi v pljučih na jetiko v celotnem organu povoljno vpliva. Hibe desne srčne polovice imajo nekaj slabšo prognozo v pogledu pljučne jetike, ko leve polovice. Klinično pri specifični endokarditidi le malo doženemo: morda sistolični šum, subfebrilno toplino ali še kake druge manjše simptome. Etiologijo skušamo razčistiti zlasti z anamnezo ter bakteriološko preiskavo krvi (možnost endocarditidis lentae). (Nadaljevanje sledi.)

Razglabljanje ob desetletnici Zdravniškega vestnika

Dr. Černič Mirko, Maribor

Dobili smo zadnjo letošnjo številko Zdravniškega vestnika, ki zaključuje njegov deseti letnik. S svojim obsegom, vsebino in opremo dela čast uredniku dr. Robertu Neubauerju, ki si je vzgojil in pridobil toliko in takih sodelavcev, da nas nikakor ni treba biti sram pred inozemstvom, obenem pa nas njihovo število in njihova kakovost navdaja z najlepšimi upi za bodočnost. Za to je prav in morda bo celo koristno, če ob tej priliki malo razčlenim namen in pomen Zdravniškega vestnika za našo zdravstveno kulturo in posredno za našo narodno kulturo nasploh.

Tudi k nam prihaja že doba, ko se vsak dan bolj zavedamo, da prav vse panoge človeškega udejstvovanja spadajo k narodovi kulturi; zdi se mi celó, da je to že več kot samó zavest, da postaja po malem že prepričanje, da ravno zdravstvo ni zadnje torišče narodove kulture. Razen tega se vsak dan bolj uveljavljajo kot kulturni tvorci zdravniki, ki jim ni do tega, da manifestirajo svojo kulturno pripadnost kričavo na ulici, marveč smatrajo za svojo strokovno, narodno in državljansko dolžnost in čast, da na svojem strokovnem mestu sodobno izpolnjujejo naloge, ki jim jih to mesto nalaga kot torišče njihovega poslanstva v narodu in državi.

Ako hočemo prav pretehtati namen in pomen Zdravniškega vestnika v narodovi občji kulturi, tedaj je treba, da se ozremo na prevratne dni in od takrat dalje zasledujemo njegov nujen postanek, razvoj in sedanje stanje ter iz tega izvajamo njegove bodoče naloge.

Ob prevratu je bilo vse zdravstvo v Sloveniji po veliki večini v tujih rokah: vse zdravniške ustanove — bolnice, kopališča in druge zdravstvene postojanke — izven mej nekdanje avstrijske vojvodine Kranjske so bile v neslovenskih rokah, dà, celo Ljubljana sama ni bila popolnoma čista! Da je bilo to nevzdržno, je menda jasno kot beli dan, saj so bolnice ne le matice vsega zdravstva, marveč je tudi dognana psihologična resnica, da tisti, ki nudi človeku pomoč v bolezni in nezgodi, gospoduje nad njim dostikrat tudi pri zdravju. To zadnjo dušeslovno resnico mnogi naši mogočniki čisto zanemarljajo in prezirajo in so pòtlej zeló začudeni, če ta njihov prezir in nemarnost rodita vsakovrstne nevšečnosti. In nazadnje, česar tudi ni bilo mogoče prezreti, tiste čase nas je bilo precejšnje število mladih slovenskih zdravnikov, ki smo se bili specializirali na klinikah in ki nikakor nismo mogli in tudi ne hoteli ne razumeti in ne trpeti, da bi bili v lastni državi na podrejenih mestih, kakor smo bili poprej, dočim bi se tujci, katerim je skoro brez izjeme manjkala strokovna kvalifikacija, šopirili tudi po prevratu po naši zemlji.

To nesodobnost in njeno nujno preosnovo je najprej spoznalo tedanje Društvo zdravnikov na Kranjskem, edina slovenska zdravniška edinica, in se kar sredi prevratnih dni, 2. novembra 1918. prekrstilo v sodobno Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani, zahtevalo in doseglo, da smo dobili pri tedanji Narodni vladi v Ljubljani Zdravstveni svet kot posvetovalni organ Narodne vlade v vseh zdravstvenih in zdravniških zadevah, v katerega je Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani volilo polovico članov, drugo polovico pa je imenovala Narodna vlada. Predsednik tega Zdravstvenega sveta in pozneje šef Zdravstvenega oddelka pri Narodni vladi je postal dr. Ivan Oražen, potem ko je bil opravil najnujnejše zdravstvene posle kot sanitetni referent pri Dravski divizijski oblasti v Ljubljani, kamor ga je bilo imenovalo Ministrstvo vojne in mornarice tudi na predlog Slovenskega zdravniškega društva. Tako smo dosegli, da je prve mesece po prevratu dajalo Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani po Zdravstvenem svetu Narodni vladi pobude za vse zdravstvene in zdravniške zadeve v Sloveniji, Zdravstveni oddelek Narodne vlade pa jih je izvrševal. Najnujnejše teh zadev so bile: **prevzem bolnic** in drugih zdravstvenih ustanov v Sloveniji iz tujih rok, pòtlej **ureditev zdravstvenih zadev, ki so bile v zvezi s svetovno vojno** in nadalje problemi, ki so zahtevali hitrega spoznanja in hitrih ukrepov, na katere je opozarjalo Slovensko zdravniško društvo na svojih strokovnih sestankih in katere naj tu navedem: **influenca** (poročevalec dr. Otmar Kraječ); **malaria** (poročevalec dr. Ivan Matko); **pegavica** (poročevalci dr. Janez Plečnik, dr. Mirko Černič, dr. Ivan Matko); **medicinska fakulteta v Ljubljani** (poročevalci

dr. Alojz Kraigher, dr. Mirko Černič, dr. Mano Dereani); otroško skrbstvo in otroške bolnice (poročevalec dr. Matija Ambrožič); spolne bolezni in prostitucija (poročevalci dr. Jernej Demšar, dr. Vinko Gregorič, primarij dr. Thierry iz Zagreba, dr. Bogdan Derč); splav s posebnim ozirom na umetni splav (poročevalec dr. Alojz Zalokar); boj proti tuberkulozi (poročevalec dr. Karel Lušicki). Glej o vsem tem Liječnički vijesnik 1918. in 1919., ki je bil takrat »oficielni organ Slovenskega zdravniškega društva«.

V tem pravcu je potekalo javno udejstvovanje slovenskih zdravnikov vse do smrti prvega sanitetnega šefa za Slovenijo dr. Ivana Oražna v marcu 1921. Dočim je bilo slovensko zdravništvo pri njegovi izvolitvi enodušno, se je pri volitvi njegovega naslednika cepilo. Tej cepitvi pri volitvah je kmalu sledila ustanovitev Zdravniškega društva v Mariboru, ki je kmalu začasno prevzelo iniciativo v slovenskih zdravstvenih vprašanjih, dočim je Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani od leta do leta bolj medlelo. Drugi izvoljeni zdravstveni šef v Ljubljani dr. Otmar Krajec je po enem letu odstopil, za njim smo imeli za šefe kolege uradnike in nazadnje smo prišli tako daleč, da leta 1937. nismo imeli nikogar v zdravniških vrstah, ki bi prevzel to najvišjo uradno zdravniško postojanko v Sloveniji, in oblasti so bile prisiljene poveriti to zdravstveno funkcijo nezdravniku!

Prostovoljna organizacija slovenskega zdravništva je bila tako vsled lastne némoči potisnjena ob stran.

Medtem pa, ko se roditelji starajo, dorašča deca. Medicinska fakulteta v Ljubljani je zadihala leta 1919./1920., slovensko zdravništvo pa je dobilo leta 1923., po predvojnem avstrijskem vzorcu, obvezno organizacijo Zdravniško zbornico za dravsko banovino, ki je leta 1924. začela izdajati svoje Glasilo. S tem je bila delitev dela izvršena: medicinska fakulteta naj bi organizirala in usmerjala zdravstvo v Sloveniji, Zdravniška zbornica pa se naj bi brigala za stanovske interese slovenskega zdravništva. Na prvo čakamo še danes, druga pa je leta 1929. ustanovila Zdravniški vestnik kot strokovno prilogo svojemu Glasilu in tako zamašila že preočitno vrzel v vrstah slovenskega zdravništva ter dala svojim članom možnost stopiti v kolo zdravstvenih pisateljev. Tega leta je sam po sebi nehal biti zagrebški Liječnički vijesnik organ Slovenskega zdravniškega društva.

Zdravniški vestnik je bil prvo leto privesek Glasila in dojenček Zdravniške zbornice, drugo leto pa se je osamosvojil in postal »strokovno glasilo zdravništva v dravski banovini«, kar je ostal do danes, črpajoč svoje materialne soke iz prostovoljnih prispevkov slovenskih zdravnikov, podpor oblasti in izkupičkov za oglase. Prvi letnik je uredil dr. Fr. Derganc, drugemu in tretjemu je bil urednik in izdajatelj dr. A. Košir. Dočim imata prva dva letnika še po deset števil, jih ima tretji letnik samo šest, in še od teh je zadnje tri uredil dr. R. Neubauer, ki je pôtlej vodil njegovo uredništvo in administracijo sedem let, vse do zaključka X. letnika.

Prvi urednik je v svojem vabilu določil Zdravniškemu vestniku sledeče namene: borbo za popolno ljubljansko medicinsko fakulteto in ustvarjanje enotne slovenske medicinske terminologije; poživitev slovenskih zdravniških organizacij in njihovega medsebojnega tekmovanja; s ponavljanjem strokovnega znanja v domačem duhu in jeziku osveževati slovenskemu zdravniku njegov spomin in ga usovrševati s pridobitvami moderne medicine; prinašati poročila iz

vseh strok kurativne in socialne medicine ter izsledovati tudi zgodovino domačega zdravstva, objavljati biografije in spomine domačih zdravnikov, doneske o domačih zdravilnih rastlinah ter paberke ostankov narodne medicine. V kolo svojih sotrudnikov je pozval najprej profesorje in docente medicinske fakultete v Ljubljani, pôtlej specialiste in vse stopnje bolničnih zdravnikov ter končno praktične zdravnike.

Tega programa prvega urednika ni noben poznejši urednik izrecno izpreminjal, le dr. Neubauer ga je razširil s tem, da je leta 1933. ustanovil Knjižnico Zdravniškega vestnika, ki je obtičala pri prvem in edinem zvezku, ter leta 1935. uvedel prilogo Zdravniškemu vestniku »Evgeniko«, ki jo ureja dr. Božo Škerlj že 4 leta, razširil je tudi krog svojih sodelavcev ne le na slovenske zdravnike izven Slovenije, marveč tudi na jugoslovanske ter celó na inozemske tujerodne strokovnjake, zanašajoč takó glas o našem strokovnem glasilu preko naših ozkih narodnih in državnih mej.

Razen tega je ponovno klical in vabil, da kolegi podpro posebno rubriko »Stanovski vestnik«, kjer naj povedo vse, kar jih tišči in teži — žal z jako rahlim odzivom.

Od vablencev vidimo, da so se živahno odzivali bolnični zdravniki in po-deželski praktiki, veliko manj profesorji in docenti medicinske fakultete, vsaj ne takó, da bi bili dajali Zdravniškemu vestniku dúhovno smer in bistveno podprli njegovi prvi dve programski točki: izpopolnitev ljubljanske medicinske fakultete in ustvarjanje enotne slovenske medicinske terminologije. Takó se je zgodilo, kar se je moralo zgoditi: po dvajsetih letih je ostala ljubljanska medicinska fakulteta isti torso, kakor je bila pri svoji ustanovitvi, in tudi slovenska medicinska terminologija čaka slej ko prej na svojo ustvaritev in enotnost; pač pa vidimo, da je Zdravniški vestnik v vseh drugih začrtanih mu pravih izpolnjeval svoje poslanstvo kot verna slika dúhovnih sil in zmožnosti slovenskih zdravnikov. Seveda so odjeknili v njem tudi dogodki, ki jih prvi urednik ni mogel naznačiti, naj navedem samo obupno borbo za ljubljansko bolnico, Poljšakovo afero itd.

Z XI. letnikom se vrača Zdravniški vestnik spet v Ljubljano, »nesporno središče slovenskega zdravništva, sedež največjih zdravstvenih ustanov in bodoče popolne slovenske medicinske fakultete«, ter obenem prehaja iz rok enega posestnika in izdajatelja v kolektiv — izpolnjeni sta torej obe zahtevi, ki sta postajali od dne do dne glasnejši, od kar je zadnji urednik v 3. številki desetega letnika nepreklicno izjavil, da z dovršenim desetim letnikom odda Zdravniški vestnik oziroma da ga s koncem leta ustavi, če ne bo nikogar, ki bi ga zdravniške organizacije pooblastile, da ga prevzame.

Zdravniški vestnik potemtakem tudi po povrnitvi v Ljubljano in po posestni in izdajateljski preosnovi ostane slej ko prej strokovno glasiló slovenskih zdravnikov. Njegov podroben bodoči program mu bodo začrtali novi izdajatelji in novi uredniki, eni kakor drugi pa se bodo zavedali, da je Zdravniški vestnik naša strokovna potreba in nujnost naše slovenske kulture, obenem zrcalo zdravstva v Sloveniji in dúhovnih sil slovenskih zdravnikov.

»Čim boljši je zdravnik, čim višja njegova izobrazba in izvežbanost, tem boljše je zdravstveno stanje njegovega naroda. Čim zdravejši je narod, tem večja je njegova sposobnost. Najplemenitejša tekma med narodi je

tekma za najlepše, najzdravejše in najsposobnejše može, žene in deco!»

S temi besedami je označil leta 1938. Dr. Blome cilje in naloge Mednarodne akademije za nadaljnjo izobrazbo zdravnikov. Mislim, da ga ni lepšega in zvišenejšega programa za novo desetletje našega Zdravniškega vestnika, kakor je izražen v teh besedah. Ta program je vreden, da zastavimo zanj vsi svoje najboljšje.

Iz Higienkega zavoda v Ljubljani (direktor: Dr. I. Pirc)

Praktičen lonec za inaktiviranje in kuhanje

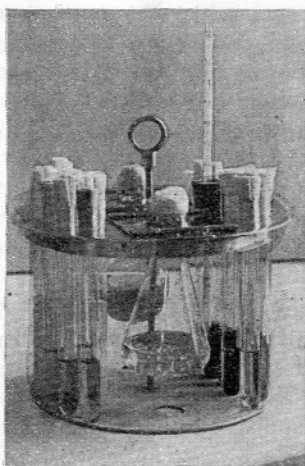
Dr. Milica Valentinčič-Petrović.

Naš bakteriološko-epidemiološki oddelek je konstruiral lonec za inaktiviranje in kuhanje raznega materijala. Opisujemo ga na kratko, ker se je izkazal kot zelo praktičen.

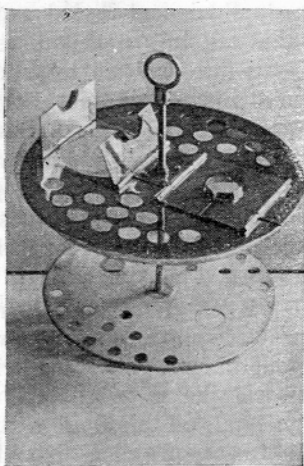
V laboratoriju se je večkrat dogajalo, da je bilo treba hkrati in pri isti temperaturi inaktivirati več vakcin, serumov, ascitesov ali drugih tekočin. V navadni vodni kopelji so nastale pri takem množinskem postopanju tehnične težkoče, ki so terjale več časa in goriva. To nas je privedlo do sklepa, napraviti



Slika 1



Slika 2



Slika 3

navadnemu loncu stojalo ter ga na ta način usposobiti za istočasno obdelavo različnega materijala.

Slika štev. 1 kaže tak kompletan lonec, ki ga je lahko namestiti na kakršnem koli stojalu, pa tudi na plinskem ali električnem ogrevalniku. Visok je 17 cm, širok 22 cm. Slika štev. 2 predstavlja kompletno stojalo s termometrom. Prazno na sliki štev. 3. Sestoji iz vijačne osi, dolge 22 cm ter dveh krožnih plošč. Gornja je večja, z diametrom 22 cm, ima večje število odprtih za epruvete s premerom 1,5 cm ter dve večji za steklenice s premerom 7 cm. Da ne bi bilo treba med delom izvleči stojala, je omogočeno dviganje steklenic s pomočjo dvojnih vrtic, katerih srednja odprtina (2,5 cm) služi za fiksacijo steklenic ali

Kašelj



CODOFORME

(TABLETE)

SESTAVINE

CODOFORME ni navadna sestavina Kodeina in Bromoforma.

Stvarno sestoji iz »Bromoformove soli Bottu«, združuje delovanje Bromoforma z delovanjem Kodeina, brez vsake bojazni od toksičnosti in v obliki prevlečenih tablet.

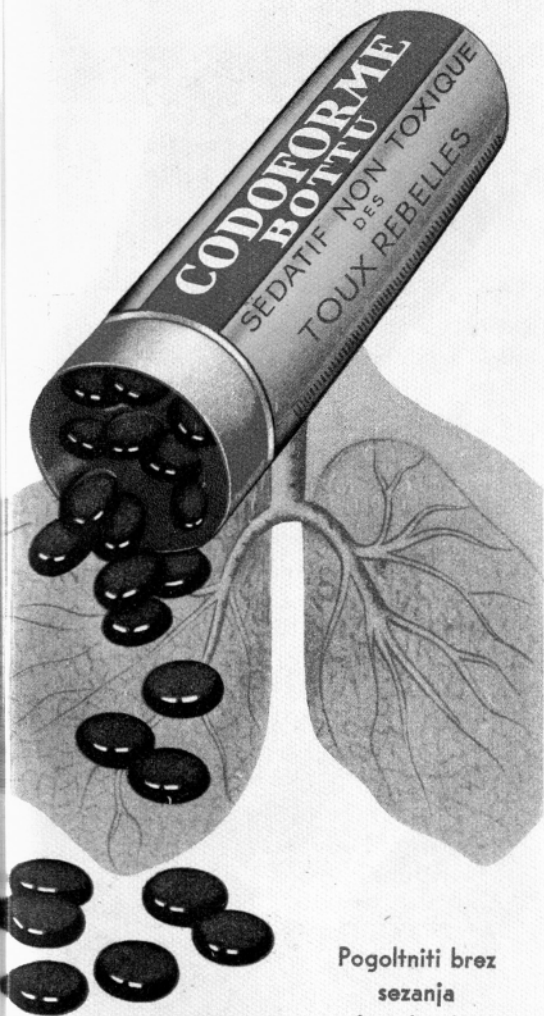
INDIKACIJE

Vse oblike kašlja, ki duši, spazmodičnega ali podobnega oslovskemu kašlju.

Neuropatičen, refleksen ali emfizematičen kašelj.

POSEBNO JE POTREBNO PREDPISATI ga proti kašlju tuberkuloznih (emitizantnem, laringealnem in trahealnem), katerim CODOFORME zagotovi brez želodčnih muk in nauzeje počitek, spanje in apetit.

Zahvaljujoč kodeino-bromoformovi spojini on nadomešča lahka hipnotična sredstva na bazi Veronala v dozi od 2 ali 3 tablet zvečer, brez njihovih neugodnih strani.



Pogoltniti brez
sezanja
in grizenja

Vsaka tableta vsebuje:

CODéine	0,01 g
BromOFORME	IV gtt.
Tinctura Aconiti	} àà V gtt.
Tinctura Belladonnae	

(Terpin in Natrijev benzoat kot eks-
cipijent)

Laboratoires
du Professeur H. BOTTU
115, rue N.-D.-des-Champs
PARIS-6^e

GLAVNI DEPO ZA JUGOSLAVIJU
RENÉ DUNOD i KOMP.
BEOGRAD - MIL. GAVRILOVIĆA 6

po potrebi tudi širših epruvet. Na spodnji plošči s premerom 19 cm je videti več odprtín, ki po številu odgovarjajo onim gornje plošče in morajo stati paralelno z njimi.

Lonec je iz bakra, znotraj pocinjen ter je praktičen v toliko, da je inaktiviranje točnejše, ker vise steklenice v vodi, s svojim širokim dnom se ne dotikajo razgretenga lončenega dna in so radi tega enakomerno temperirane. Ker lahko hkrati inaktiviramo več stvari, varčujemo s časom in plinom. Lonec lahko spreminjamo po potrebi pri uporabi raznih posod, ker se gornji del stojala spušča s pomočjo centralnega vijaka. Brez stojala je uporaben kot vsak drugi lonec, trpežnejši je od emajlirane posode, zato tudi ni drag, stane okrog 250 din.

Vprašanja — Odgovori

Z novim letnikom Zdravniškega vestnika otvarjamo posebno rubriko: **vprašanja — odgovori**. S tem dajemo gg. kolegom priliko, da dobe o vprašanjih iz dnevne prakse in tudi o znanstvenih vprašanjih, ki bi jih zanimala, strokovne odgovore. Odgovarjali bomo ali naravnost s pismom ali pa, če je zadeva splošno zanimiva, v naši rubriki vprašanja — odgovori. Prosimo, da se v čim večji meri poslužujete nove rubrike. S tem skušamo izboljšati včasih kar nezadostno zvezo med gg. kolegi na deželi in bolniškimi ustanovami v naših središčih. Vsaki številki Zdravniškega vestnika bomo prilagali posebne **vprašalne listke**, katere naj gg. kolegi izpolnijo in vrnejo uredništvu. Vprašalčevo ime bo ostalo seveda neimenovano.

Iz zdravniškega slovstva

Interna medicina

Dr. H. Becker-Freusing, Dr. K. Veiel: **Prednosti depot-insulina, primerjalno-terapevtično preskušeno na cink-protamin-insulinu** (D. M. Welt št. 38, 1938).

Na IV. medicinski kliniki prof. Dr. H. Denniga v Berlinu so začeli v juniju leta 1937. s preiskavami cink-protamin-insulina (c.p.i.). Poročajo o rezultatih teh preiskav in o izkušnjah, ki so jih dobili pri zdravljenju na 25 srednje težkih sladkornih bolnikih s c. p. i. Bolnike so najprej optimalno upostavili na normalni insulin; nato so jih dalje časa opazovali pri enaki hrani in množini norm. insulina. Posebnost pri tem je bila, da so bolniki med zdravljenjem na kliniki delali in ne počivali, kot je sicer običajno. Po gotovem času so prešli z zdravljenja z normalnim insulinom na zdravljenje s c. p. i.; pri tem niso v ničemer spremenili hrane. Na podlagi primerjave zdravljenja z normalnim in depot-insulinom so prišli do sledečih ugotovitev:

1. Število injekcij pri zdravljenju s c. p. i. je manjše (navadno 1—2 dnevno) kot pri zdravljenju z normalnim insulinom. Zmanjšanje števila injekcij je velika prednost zdravljenja z depot-insulinom, ki jo zlasti ugodno občutijo bolniki, ki so primorani dobivati 2—3krat dnevno injekcije normalnega insulina. Običajno rabimo dnevno 1 injekcijo c. p. i., le redkokdaj po dve injekciji dnevno; to zadnje predvsem pri labilnih, mladih diabetikih.

2. Znižanje dnevne doze. Povprečno dajemo c. p. i. v dozi, ki je za približno $\frac{1}{3}$ manjša kot doza normalnega insulina. Na omenjeni kliniki so dobili 10—56% znižanja doze pri zdravljenju z depot-insulinom. Koliko znaša največja množina c. p. i. za 1 injekcijo, ni možno natančno navesti za vsak slučaj; na kliniki so imeli največjo posamično dozo 130 E

c. p. i. Za koliko moramo znižati insulinsko množino pri prehodu na c. p. i., tudi ni možno v naprej izračunati; to je treba preizkusiti za vsakega bolnika posebej.

3. Dnevna krivulja krvnega sladkorja je spremenjena. Pod vplivom injekcij normalnega insulina pokazuje dnevna krivulja krvnega sladkorja jako veliko nihanje. To seveda ni brez vpliva na splošno počutje bolnika (znaki hipoglikemije, psihične motnje, lahka utrudljivost, pomanjkanje energije in veselja do dela). Dnevna krivulja krvnega sladkorja, ki jo dobimo pri injekcijah depot-insulina, pa kaže miren, izglajen potek, ki je skoraj enak normalni krivulji krvnega sladkorja.

4. Hipoglikemična stanja nastopajo pri c. p. i. redko. Vendar so jih opazovali in sicer v prav močni obliki ter zelo kasno po injekciji (do 14 in 18½ h).

5. V splošnem odsvetujejo zdravljenje diabetične kome z depot-insulinom.

6. Interkurentne vročinske bolezni ne potrebujejo zvišanih doz c. p. i.

7. Pri prehodu od normalnega insulina na c. p. i. ni nujno potrebno, da bi prve dni dajali še male množine normalnega insulina. Običajno se more izvršiti prehod od normalnega insulina na c. p. i. od enega dne na drugega.

Kombinacija normalnega in c. p. i. ni potrebna in se odsvetuje. Ako se pojavijo hipoglikemični znaki, moramo znižati dozo, dokler ne dobimo zadovoljivega krvnega sladkorja in negativnega sladkorja v seči. Običajno se daje c. p. i. zjutraj; pred injekcijo moramo ampulo stresti. Cink-protamin-insulin ima protamin, ki se pridobiva iz sperme šarene postrvi, ne dela nobene antigenske reakcije. Cinka je na 1000 g insulina 2 mg ter v teh množinah ni toksičen.

Dr. Hans Heermann: O zdravljenju sepse s transfuzijo krvi rekonvalescenta (Münch. Med. Wschr. št. 45, 1938).

Krvna transfuzija se pri zdravljenju sepse mnogo rabi; uspehi pa so kaj različni. Vzrok temu tiči v dejstvu, da nima vsaka kri, ki se rabi za transfuzijo, dovolj antiseptičnih imunskih protiteles; kri, ki nima teh protiteles, ni primerna za zdravljenje sepse; le kri onih ljudi, ki so že kdaj preboleli kako septično obolenje, odnosno infekcijo s stafilokoki ali streptokoki, se more uspešno uporabljati za transfuzijo pri sepsi. Avtor navaja dva primera septičnih obolenj, ko je običajna transfuzija krvi bila brez uspeha, ravno tako prontosil in druga sredstva, transfuzija krvi rekonvalescentov po septičnih obolenjih pa je na mah znižala temperaturo na normalo; bolnika sta tekom nekaj dni popolnoma ozdravela.

H. H. Halbfleisch: O eksperimentalni alergiji (Deutsche Med. Wschr. št. 45, 1938).

Alergije ne moremo ločiti od ostalega patološkega dogajanja v telesu. Alergija je zvišana ali znižana pripravljenost organizma, da reagira na kateri koli dražljaj. Razlikujemo alergijo v ožjem smislu (ali specifično patergijo) ter alergijo v širšem smislu (ali nespecifično patergijo). Pri prvi moremo z različnimi metodami dokazati reakcijsko telo (ali antitelesa), pri drugi pa ne najdemo nobenih reakcijskih teles. Antitelesa torej niso bistveni del alergije, ampak le včasih spremljajo alergijo. Avtor zlasti poudarja vlogo živčnega sistema, na katerem se v glavnem »izživlja« alergija.

O. Lippross: Uspehi zdravljenja z moškimi spolnimi hormoni (Münch. Med. Wschr. št. 43, 1938).

Avtor najprej opiše Oestron, ženski spolni hormon, ki tvori prav za prav skupino hormonov: Oestron, Oestradiol, Oestriol, Equilin in Equilenin. Nato govori o moškem spolnem hormonu Androsteronu, ki je tudi skupina več različnih hormonov: Androsteron, dehidroandrosteron, androstan-dion in testosteron in še nekaj drugih. Kemična formula ženskih in moških spolnih hormonov sloni na četvernem obroču ciklopentan-perhidrofenantrena.

Spolni hormoni so v ozki kemični sorodnosti s sterini, predvsem s holesterinom. S hidracijo ženskega spolnega hormona oestronega dobimo moški spolni hormon androsteron. Interesantno je, da imamo isto osnovno kemično ogrodje kot pri spolnih hormonih tudi pri mnogih zdravilnih sredstvih, kot n. pr. pri digitalisu, uzari, vitaminu D, AT 10 itd. Pri dobivanju spolnih hormonov iz živalskih spolnih organov je silno drago, iz 100 kg bikovih mod dobimo le 10 mg testovirona. Na seksualne hormone naletimo v fosilijah in premogu. Dandanes pridobivamo oba spolna hormona sintetično.

Moški spolni hormon uporabljamo:

1. pri kriptorhizmu, evnuhoidizmu,
2. pri seksualni hipofunkciji, zlasti v starosti,
3. pri tireotoksikozi (uspeh dvomljiv),
4. pri hipertenziji (kjer zmanjša krvni pritisk),
5. pri alopeciji (kjer pospeši rast las),
6. pri diabetes insipidus (deluje antipoliurično),
7. pri angini pectoris, migreni, endarteriitis, ulcus cruris (deluje spazmolitično na arterije).

Ostalo delovanje moškega spolnega hormona:

1. zniža nivo holesterina v krvi,
2. zviša toleranco za kreatin ter odpravi spontano kreatinurijo pri hipofunkciji spolnih žlez,
3. hiperemizira možgane,
4. zviša duševno svežost pri starih individijah,
5. zniža pat. zvišan krvni sladkor,
6. zviša pritisk sečnega mehurja,
7. zviša ekspiracijsko silo pri emfizemu pljuč,
8. dvigne tonus prečnoprogastega mišičevja.

Splošna kirurgija

Dengler S.: Okvare gornje ekstremitete radi preobremenitve (Zbl. Chir., 65. J., No. 46).

Tovrstni prelomi so pri nas prav malo znani, čeprav je dana možnost nastopa takšnih poškodb, predvsem pri vojaštvu in tovarniškem delavstvu. Avtor razpravlja na podlagi 3 slučajev o problemu tako zvanih počasnih prelomov vsled preobtežitve. Ti so dosedaj na nogah še dosti dobro opisani, redki pa so tovrstni prelomi na rokah. Opisani slučajji so taki, da je geneza prelomov dokazana. Terapija se ne razlikuje od običajne.

Lepler A.: Zdravljenje tromboze z obližnimi povoji (Zbl. Chir., 65. J., No. 46).

Avtor se zavzema za zdravljenje tromboze spodnjih ekstremitet s pomočjo kompresijskih obvez. Na Kappisovi kliniki uporabljajo z najboljšim uspehom navaden obliž.

Bürkler de la Kamp: Plastično pokrivanje kostnih defektov na lobanji (Zbl. Chir., 65. J., No. 47).

Na podlagi slučajev in roentgenskih slik priporoča plastično pokritje velikih defektov lobanje. Tudi zgodnja travmatična epilepsija se po operaciji zboljša. Seveda je operacija indicirana le, če se ni bati infekcije po prvi rani.

Ehalt W.: Doprinos k zdravljenju prelomov nadlehti (Zbl. Chir., 65. J., No. 47).

Böhlerjev učenec pokaže na podlagi slučajja z rentgenogrami, da včasih tudi malo slabša repozicija privede do uspeha, kar se dostaje dobre funkcije, seveda, če sta fragmenta v oseh dobro reponirana. Gre za slučaj preloma nadlehtnice z lateralno dislokacijo in prikrajšavo za 1 cm, ki je po 5 tednih funkcionalno skoro popolnoma popravljen.

D. Kulenkampf: **O preliminarnem pneumotoraksu** (Zbl. Chir., 65. J., No. 43).

Priporoča pri intratorakalnih operacijah predhodni pneumotoraks, ki ga napravi po navadi nekaj dni pred glavno operacijo. S tem odpade vsak šok torakotomije, kar je veliko vredno za operiranca kakor tudi za operaterja, ker olajša vsled mirnosti bolnika operacijo.

Dermatologija

Prof. dr. Kogoj: **Izkušnje z Ulironom pri zdravljenju gonoreje** (Lij. Vjes., 1938/11).

Avtor poroča o izkustvih, ki so jih imeli na zagrebški dermatološki kliniki. Iz dosedanje literature o ulironu lahko ugotovimo sledeče:

1. Kar se dostaje doziranja, je najbolje, da dajemo uliron v obliki »udarcev«, to je na način, da par dni dajemo zdravilo v večjih dozah in nato vrinemo par dni počitka.

2. Za to zdravljenje niso pripravi slučajji akutne gonoreje pri moških in ascendentne ženske gonoreje.

3. Večina avtorjev je ob primerno izbranih bolnikih imela zadovoljive uspehe.

4. Vsi avtorji opozarjajo na nevarnost okvar radi neprimerne doziranja.

Po avtorjevem mnenju je zdravljenje z U. umestno pri onih slučajih moške gonoreje, kjer je od časa infekcije preteklo vsaj 20 dni. Uspeh je od 55 do 90%. Čisto sveža gonoreja, gonoreja pri ženskah in pa vulvaginitis otrok niso primerne za U.

Doziranje: En ulironski udarec obstoji iz 6—8 tablet Ulirona (à 0'5 g) skozi tri dni. To je 3—4 g dnevno. Najbolje je jemati 3- do 4krat dnevno po 2 tableti na vodi po jedi. Otroci dobivajo 6krat dnevno po ½ tablete. Po tem prvem udarcu slede 3 dnevi pavze in nato sledi drugi udarec. Načelno se moramo zadovoljiti z 2 udarcema. Kjer je sploh pričakovati kakšen uspeh, tam po navadi izginejo gonokoki že po 1. udarcu.

Pojavi okvare po U. so: splošni (vročina, mrzlica), motnje v prebavilih (bljuvanje, driska, kolike), živčni (glavobol, vrtoglavica, nespečnost, znojenje, parestezije, šumenje v ušesih, neuritide, pareze), kožni (izpuščaji, srbečica), cirkulatorni (cianoza, krvavitve), spremembe v krvi, ledvicah, jetrih itd. Zato je pri zdravljenju s tem, sicer izbornim zdravilom potrebna velika previdnost. Nevarno je prekoračiti skupno dozo 24 g Ulirona. Po zdravljenju z U. je važno, da natančno ugotovimo, ali smo ozdravili gonorejo (provokacije!). Zahtevati je treba, da se izdaja U. le na zdravniške recepte (ne repetatur).

Vonkennel in Korth.: **O kemoterapiji gonoreje z Albucidom** (Münch. med. Wschr. No. 52, 1938).

Avtorja opisujeta uspehe pri zdravljenju gonoreje z novim kemoterapevtičnim sredstvom Albucidom (Schering). Pri svojih skušnjah na 128 bolnikih prihajata do zaključka, da je največ uspehov pri akutni gonoreji, ki je pred uporabo Albucida bila zdravljena indiferentno lokalno in z vakcino. Shema zdravljenja je sledeča:

doba zdravljenja:	lokalno:	parenteralno:	peroralno:
1. teden	izpir. s 1/4 ‰ kal. per.	3 × vakcina	nič
2. teden	izpir. s 1/4 ‰ kal. per.	3 × vakcina	3 × 3 tabl. Albucida
3. teden	nič	nič	nič
4. teden	provokacija	provokacija	nič

Po takem prvem udarcu z Albucidom je bilo ozdravljenih 86%. Z drugim udarcem se je zvišal odstotek na 93%.

Okulistika

Doc. Dr. V. Derkač: Splošni momenti pri trahomu. (Poročilo o nastopnem predavanju dne 5. novembra 1938.)

Čeprav še tudi dandanes smatramo trahom za čisto lokalno obolenje oči, imamo vendar že v stari trahomski literaturi nekatere avtorje, ki so mislili, da ima tudi splošno telesno stanje vpliv pri nastanku infekcije, na razvoj bolezni in na splošni potek zdravljenja. To tem bolj, ker nikakor ni bilo mogoče odkriti povzročitelja trahoma. Tako so postala važna razna stanja, telesne konstitucije, diateze, dispozicije itd. Limfati-
tizem bi moral biti vzrok trahomskega obolenja brez kakršne koli druge specifične infekcije, le kot simptom splošnega obolenja, ki se pa javlja na očeh radi tega, ker je veznica (conjunctiva) prav za prav nekakšna adenoidna žleza (Pittaluga, Pašev). Za Angeluccija je trahom samo dyscrasia lymphatica, ki se pojavlja pri posebnem elektrolitičnem stanju. Braun je ustvaril poseben status trachomatosis z znaki degeneracije, ki temelje često na luetični infekciji. Neki raziskovalci so našli pri trahomu limfocitozo, drugi spravljajo škrofulozo v ozko zvezo s trahomom. Vendar moramo smatrati vsa podobna mišljenja za enostranska in pretirana. Pri velikih trahomskih endemijah vidimo vedno vse te konstitucije, ki so zvezane s trahomom na enem temelju, to je na nizkih socialnih in higienskih prilikah. Tu vidimo pedikulozo, ki često napravljaja sliko škrofuloze, prave eksudativne diateze. Imamo pa tudi kraje, kjer se ne skladata trahom in limfati-
tizem (Steiner, Fuchs, Bakker). Pomen konstitucije se tudi zmanjša, če se ozremo na eksperimentalne infekcije na ljudeh ali na infekcijo očesnih zdravnikov, ki so se okužili pri delu in izgubili vid. Vse bolezni, ki slabe telo, vplivajo na potek trahoma. To velja posebno za tuberkulozo, lues, avitaminozo itd. Imuniteta posebnih narodnih vrst ne obstoji. Trahom je bolezen za sebe, ima svojega povzročitelja, svojo patogenezo, četudi morejo razne spremembe v splošnem telesnem stanju vplivati na potek bolezni. Kot dokaz za splošno obolenje pri trahomu naj bi bila intradermalna reakcija po Tricoireju, katero avtor sam in nekateri drugi (Sédan, Mikaelijan) smatrajo za specifično pri trahomu. Pro-waczek-Halberstädter sta pri trahomarjih odkrila v epitelnih celicah veznice tako zvane vložke (Einschlüsse), katere smatra dandanes večina raziskovalcev za povzročitelje trahoma. Nekaj časa je veljal za povzročitelja bacillus Noguchi. V najnovejši dobi pa je zopet obrnjena vsa pozornost na vložke, posebno po važnih odkritjih Busacca, Cuénoda, Natafa, ki so našli v trahomskem tkivu, predvsem v zrncih tvorbe, slične »Rickettsijam« (Rickettsia da Rocha Lima). Avtor sam je ugotovil, da dobimo v krvi trahomarjev često aglutinacijo po Weil-Felixu, ki je značilna za pegavec. To bi bil mogoče dokaz, da so povzročitelji trahoma »Rickettsije«, ker so tudi pri pegavcu povzročitelji. Dejstvo, da tudi trahomske »Rickettsije« delajo pozitivno Weil-Feliksovo reakcijo, bi si razlagali s tako zvano grupno aglutinacijo, ki jo dobivamo tudi pri drugih rickettsijozah. Avtorjeva opazovanja so potrdili Poštić (Novi Sad), Polev (Maroko), Noury (Tunis).

Pedriatrija

Dr. H. Flesch: Anemija pri prehrani dojenčka s kozjim mlekom. (Kinderärztliche Praxis 38.)

Dr. Herman Flesch demonstrira 13 mesecev starega otroka, ki je že od 2. tedna starosti dobival dvovrstno prehrano, t. j. poleg materinega mleka še polovično kozje mleko. Od 5. mesca naprej je bil hranjen samo s kozjim mlekom. Vmes je dobival včasih nekaj sadja in zelenjave. Otrok je zelo hujšal, telesna teža je padla na 3700 gr. Pri preiskavi je bilo poleg težke anemije opaziti tudi pikčaste kožne krvavitve. Krvna preiskava

je dosegla, da je število eritrocitov padlo v 2 tednih od 960.000 na 780.000, hemoglobina od 30 na 23%.

Terapija: poleg mešane hrane in kravjega mleka $4 \times 2 \text{ cm}^3$ Campolona. Po 2 transfuzijah se je krvna slika naglo zboljšala, znaki anemije so izginili, telesna teža je počasi narasla.

Dr. Farkaš: Vpliv askorbinske kisline na toskin difterije. (Kinderärztliche Praxis 38.)

Dr. Farkaš je delal poizkuse na morskih prašičkih, katerim je intrakutano injiciral toksin z in brez askorbinske kisline, ter opazoval jakost in razširjenost kožne nekroze. Na podlagi teh poizkusov je dobil sledeče rezultate:

1. askorbinska kislina ima neposreden vpliv na toksin difterije;
2. učinek nastopa tudi takrat, če se askorbinska kislina meša s toksinom v epruveti, ali pa če se obenem vbrizga s toksinom. Isti učinek je tudi tedaj, če se askorbinska kislina pred oziroma po vbrizganju toksina aplicira v tkivo;
3. aplikacija askorbinske kisline je pri davici indicirana tudi tedaj, če je organizem nasičen z vitaminom C.

Iz poročila na sestanku združenja pediatrov v Chemnitzu dne 26. junija 1938. (Kinderärztliche Praxis 38.)

Strunz poroča o pomenu pravilne nege in prehrane najslabotnejših nedonošenčkov. Na sestanku je demonstriral 3 otroke, duševno in telesno popolnoma zdrave. Starost: 10, 9 in 5 in pol leta. Porodna teža je bila pri prvem 970 gr, pri drugem 990 gr in pri tretjem 700 gr. Od 80 nedonošenčev s porodno težo pod 1000 gr jih je umrlo 73 v prvem tednu starosti. Ostalih 7 je bilo kot življenjsko zmožnih odpuščenih iz zavoda. Eden od teh je umrl v prvem letu vsled prebavnih motenj, 6 ostalih pa je v starosti od 1 in pol do 10 let duševno in telesno popolnoma zdravih. Od teh obiskujejo 3 redno osnovno šolo.

Neurologija

Paul C. Bucy: Atetozia in tremor. Kako vplivajo kirurški posežki na njun mehanizem. (Der Nervenarzt 1938/11.)

Avtor poroča najprej o novih izsledkih po eksperimentalnih preiskavah v ameriških neuroloških laboratorijih o anatomiji in fiziologiji možganske skorje predcentralnega okolja, iz katerega potekata dva različna sistema eferentnega nitja: piramidalni in parapiramidalni. Električno draženje skorje piramidalnega sistema izproža izolirane kontrakcije posameznih mišic ali manjših mišičnih skupin, dočim se pojavljajo pri draženju skorje parapiramidalnega sistema difuzne stereotipne kretnje cele ekstremitete, včasih celo obeh nasprotno ležečih ekstremitet. Kretnje so ali povezane med seboj ali pa ritmično; povezane kretnje so relativno počasne in podobne atetozni, ritmično gibanje pa nudi karakter epileptičnih klonizmov in tremorja. Dalje poroča avtor o posledicah po uničenju prvega ali drugega sistema.

Prednje izsledke je hotel avtor praktično uporabiti v kirurgiji in je pri svojih primerih opazil, da ima predcentralna skorja vpliv na mehanizem, ki povzroča atetozo in tremor.

V odstavku »atetozia« popisuje najprej primer 7letne deklice, pri kateri je po tonzilektomiji nastopila levostranska hemipareza, atetozia in napadi krčev po celi levi strani. Po leto dni trajajočem opazovanju so pri operaciji odstranili velik del desnega parapiramidalnega centra za roko in sicer v globino do ventrikla. Po operaciji so postali krči redkejši in manj intenzivni. Atetoidne kretnje so popolnoma izostale in se tudi

v nadaljnjih 6. letih in pol niso več pojavile. V drugem primeru opisuje avtor bolnika, ki je bil že od rojstva močno hrom po desni strani in mu je desna roka podrhtevala v grobem nemiru. Kompleks vseh kretenj se niti z vsemi neurološkimi termini ni dal točno popisati: včasih so bili gibi atetoidni, včasih grobo udarjajoči ali ritmično tresoči. Prav tako, vendar ne s tako intenziteto sta bili prizadeti še desna spodnja in leva zgornja ekstremiteta ter lice. V spanju ali po barbituratih je nemir prenehal, v budnem stanju se je pa zopet pojavil. Pri operaciji so odstranili parapiramidalni del obenem z belo substanco v levem predcentralnem okolju, obvarovali pa so piramidalno okolje. Po operaciji so takoj izginile nehotne kretnje desne strani, ostale pa so še na levi strani. Pozneje so se sicer pojavili posamezni nehotni gibi na desni strani, vendar v mnogo manjši meri. Tudi drugi primeri so nedvomno pokazali, da tvorijo parapiramidalne proge v skorji predcentralnega okolja bistveni sestavni del mehanizma, ki povzroča atetoidne kretnje. Nasprotno pa niso mogli v nobenem primeru najti kraja in vrste patološkega procesa, ki bi povzročal opisana stanja.

V odstavku »tremor« opisuje avtor primer 33letnega bolnika, pri katerem se je po težki poškodbi lobanje pojavil tremor na obeh desnih ekstremitetah. Na zgornji ekstremiteti je bil intencijski in akcijski tremor tako močan, da je bila vsaka hotna kretnja nemogoča. V spanju in po hipnotikih je tremor popolnoma izginil, nato se je pa zopet pojavil. Ker se stanje po poldrugo leto trajajočem medikamentoznem zdravljenju ni popravilo, je bil operativno odstranjen centrum za roko v levem predcentralnem okolju. Po operaciji je nastopila desnostranska hemiplegija, ki pa se je v naslednjih mescih močno popravila. Tremorja tudi po sedmih mescih ni bilo več opaziti. Bolnik je lahko gibal z desno zgornjo ekstremiteto, čeprav so bile kretnje bolj grobe.

Na koncu članka omenja avtor, da so tovrstne operacije neizvedljive, kadar gre za obojestransko atetozo, tremor ali splošno distonijo.

Oto-rino-laringologija

Dr. E. Heiner mann: *Granuloma gangraenescens* in njegovo zdravljenje s C vitaminom in R_ö. žarki. (Münch. med. Wschr. 1938, No. 52.)

G. g. predstavlja gangrenozni razpad tkiva neznane etiologije. Radi razpada nastopivša rana ima strme, nabrekle robove. Okolica je infiltrirana, nabrekla, rdeča. G. g. nastopa predvsem v nosni duplini, na mehkem nebu, ustni sluznici, grlu, povečini pri moških in končuje v 2 mesecih do 5 letih smrtno. Avtor zato opisuje svoj slučaj, ki ga je mogel ozdraviti. 20letna bolnica je imela G. g. v grlu. Histološki izvid: Nespecifično vnetje, ki prehaja v razpad. Zdravljenje: Cebion forte i. v. in Cebion tablete. Poleg tega obsevanje z R_ö. žarki (skupno 2500 r).

Rentgenologija

Prof. H. Holfelder, dr. F. Berner, Frankfurt: Serijski posnetki pljuč na filmskem traku 24 × 24 mm. (Münch. med. Wschr. 1938, No. 47.)

Avtorja opisujeta način serijskega snemanja rentgenske slike na senčniku z maloslikovno kamero z jako močno optiko. V te svrhe je taka kamera (Leica, Contax) montirana fiksno pred rentgenskim senčnikom. Tako je bilo možno napraviti dnevno 2000 do 2500 rentgenskih posnetkov pljuč v tem malem formatu. Obnesla se je ta metoda pri pregledu ljudi v masah, n. pr. tovarniških delavcev, kjer bi pri navadni diaskopiji pregledani zamudili na času. Pri projekciji teh slik na format 40 × 40 cm je ostrina za pre-sojo slike pljuč na eventuelno tuberkulozo popolnoma zadostna. Osebe, pri katerih je bila najdena patološka sprememba na pljuči, so odbrali ter jih potem ponovno slikali na običajen format. Način serijskega slikanja pa nikakor še za enkrat ne more nadomestiti običajne rentgenske slike v velikem formatu.

Iz zdravniških društev

Strokovni sestanek Jug. kir. društva, sekcija Ljubljana

dne 13. decembra 1938. v predavalnici Drž. bolnice za žen. bolezni, Ljubljana

Predsednik: Dr. J. Cholewa.

Zapisnikar: Dr. O. Bajc.

Dr. Bogdan Breclj: **Ploska noga (njeno konservativno in operativno zdravljenje).**

Najpogostejša deformiteta stopala pri civiliziranem človeku je ploska noga, ali bolje rečeno zvrnjena in ploska noga, ker sta ti dve okvari po navadi združeni. Na nobenem drugem predelu našega telesa niso razne pridobitve civilizacije ter stoletja trajajoče modne nesmiselnosti zapustile tako usodnih posledic, kot prav na našem stopalu. — Danes stojimo pred dejstvom, da je pravilno stopalo, ki se približuje idealni obliki stopal bosonogih narodov, postalo pri nas redkost, ki jo komaj še kedaj vidimo. — Pri študiju postanka ploske noge naletimo na nebroj še nerešenih problemov; vidimo pa, da so predvsem statične sile in pa funkcionalne motnje tiste, ki nam stopalo deformirajo. Pri tem so v enaki meri prizadeti vsi trije sistemi, t. j. skeletni, ligamentarni ter muskularni. Današnja naziranja o postanku ploske noge temeljijo po večini na izkustvih Lorenza, von Mayerja, Nove Josserranda ter Spitzzyja. Predavatelj se v svojih izvajanjih omeji na postanek in terapijo ploske noge pri odraslem ter opusti vse prirojene deformitete, paralične spremembe in prav tako otroško plosko nogo, ki tvorijo poglavja zase.

Pri obremenitvi stopala nastopi najpreje notranja rotacija v zgornjem skočnem sklepu, ki prisili talus, da ji sledi. Radi te rotacije se caput tali pomakne navzdol in to na ta način, da se spodaj ležeči kalkaneus pritiskajočemu talusu umakne ter preide v valgus pozicijo. Kalkaneus se torej zavrti okrog svoje vzdolžne osi v smislu pronacije. Ker so vsi sklepi stopala v tesni ligamentarni zvezi, morajo slediti spremembi lege ene kosti tudi vse ostale. Tem deformirajočim silam delujejo nasproti, kot omenjeno, močne vezi, ki spajajo kosti našega stopala. Ako slednje na kateri koli način popustijo, ne ostane samo pri tem razmaknjenju kosti, marveč nastopijo sekundarne spremembe kostne strukture radi atrofije. Mišičje preide polagoma radi prekomernega napora v spastično stanje, kar povzroča jake bolečine. V njem nastopajo radi cirkulatornih motenj trofične spremembe.

Konservativno zdravljenje ima nalogo upostaviti vsaj deloma normalne razmere, predvsem pa okrepiti mišičje, ki vzdržuje vse tri stopalne loke, nato pa podpreti sploščeni stopalni lok z ortopedskim vložkom. Vzroki neuspehov s predpisovanjem vložkov ležijo v tem, da žal še vedno uporabljamo navadne tvorniške vložke. Ortopedsko pravilni vložek more biti le tak, ki je napravljen po mavčevem odlivu. Pa tudi za tak pravilen vložek je potrebno stopalo predhodno pripraviti, to se pravi, delno kontrahirane sklepe omehčati s pravilno ortopedsko gimnastiko in masažo ter aplikacijo toplote. Aktivna ortopedska gimnastika je v konservativnem zdravljenju ploske noge velevažen, ako ne odločilen faktor.

Indikacija za operativno zdravljenje nastopi tedaj, ako je funkcija stopala radi sekundarnih kostnih sprememb, dolgo trajajočih in ireversibilnih kontraktur ter spremenjene statike sklepov onemogočena ali vsaj močno otežkočena. Namen operativnega zdravljenja je upostaviti zopet normalne stopalne loke in izogniti se pri tem vsaki poškodbi sklepov, kar bi pozneje otežkočalo funkcijo. Od nešteti operativnih metod, ki jih avtor deli v tri velike skupine (Ogston, Perthes, Gleich, Trendelenburg, Hoffa itd.), je fiziološko najbolj izdelana Lexerjeva, ki obstoja iz: 1. osteotomije fibule ter notranjega maleola tibije, 2. resekcije iz kaput tali in navikulare, 3. transplantata iz tibije, vnešenega v kalkaneus. Ta metoda je izkazala doslej najboljše uspehe. Avtor demonstrira na to dva operirana primera, enega obojestransko, enega enostransko z anatomsko in funkcionalno prav dobrim uspehom.

Dr. J. Pompe : Sinusitis paranasalis. Phlegmona orbitae.

Predavatelj govori o primeru Sletne deklice, ki je bila sprejeta na otolohski oddelek Obče drž. bolnice v Ljubljani z gornjo diagnozo. Poleg znakov vnetja levih obnosnih duplin je obstojal močan eksoftalmus z zmanjšano gibljivostjo levega zrkla. Vid je bil normalen. Visoke temperature z ohranjenim senzoriem. Po radikalni operaciji so vsi klinični znaki obolenja izginili, eksoftalmus prav tako. Pac. je bila ozdravljena odpuščena.

Razgovor : Dr. Prevec predlaga, naj se tovrstne komplikacije s strani orbite ne imenujejo flegmone orbite, ker te v veliki večini niso nikakšne flegmone, ampak samo sekundarni edemi orbitalnega tkiva, povzročeni od subperiostalnega abscesa, ki je prodril iz obnosne dupline. Za ime flegmona orbite naj bodo prihranjeni samo oni primeri pravih flegmon, ki imajo, kakor znano, čisto drugačno prognozo glede ozdravljenja, ohranitve vida itd.

Dr. J. Cholewa : Pagetova bolezen prsne bradavice. (Paget disease of the nipple.)

Običajno nastopa v obliki trdovratnega, vlažnega ekcema prsne bradavice in njene okolice. Bolezen se javlja predvsem pri ženskah v času, ko nastopi menopavza. Zelo redko se pokaže to obolenje na drugih mestih, na primer ob anusu. Najprej se pojavi sprememba majhnega predela kože, ki je od zdrave kože ostro oddeljena v obliki loka. Koža tega predela je vlažna, deloma ekscoriirana, na nekaterih mestih pa kaže papilarne, deloma zaroženele izrastke, ki vraščajo v zdravo okolico. Običajno nastopi po daljšem času ploščnata, pergamentu slična induracija večjega predela kože. Proces zavzame lahko veliko površino. Nastopajo pa hkrati tudi involucijski procesi in zgrbančeni izsušeni predeli dislocirajo prvotno lego prsne bradavice. Kot poznejša komplikacija nastopa karcinom limfnih bezgavk ali pa karcinom prsne žleze.

Diferencialno diagnostično pridejo v upoštevek v začetku obolenja navadni vlažni ekcemi, pri katerih pa običajno nimamo tako ostrih mej. Gotovost nam da pozneje tudi dolgotrajnost obolenja pri Pagetovi bolezni in razvoj pergamentne induracije. V dvomljivih primerih je potrebna probatorna ekscizija.

Histološko je tumor sestavljen večinoma iz svetlih celic, ki segajo do epidermisa. To so tako zvane Pagetove celice, ki so jih smatrali preje za parazite. Izgleda, da so to spremenjene rakaste celice.

Prognoza obolenja je v splošnem dubiozna.

Pri razvitih primerih je uspešna samo kirurška terapija. Le v začetku bolezni, dokler je proces lokaliziran še na površino, je uspešno tudi zdravljenje z roentgenovimi žarki.

Demonstracija. Jacobi, Atlas. Tab. 101. Morbus Paget No. 167.

Dr. J. Cholewa : Vnetljivi karcinomi prs (Inflammatory carcinoma of the breast).

S to oznako opisujejo Ca-mammæ pri sorazmerno mladih osebah, ki ga klinično predvsem označujejo zardelost in nabreklost kože, močna napetost in bolečine prs in rapiden razvoj. Vse našteje spremembe pa se lahko pojavijo kot dodatni simptomi tudi pri že pojavljenem raku. Prednost imajo žene z velikimi visečimi dojkami. Pozornost vzbujajoča je često izredno močna zardelost in nabreklost, ki spominja na erysipel. Zato so Nemci to formo raka imenovali: Carcinoma erysipeloides. Do kožne ulceracije po navadi ne pride ali pa le v neznatni meri. Zelo zgodaj in močno se poloti regionarnih limfatskih vozlov in pojavi se elefantiazi podobna oteklost roke. Proces se razvija že zelo zgodaj na drugo stran. Mrzlice in sprememb v krvni sliki ni, splošno stanje je v primeri s težkimi lokalnimi simptomi docela dobro, tumorska kaheksija se pojavi šele kasno. Že zelo zgodaj se pojavijo organske metastaze zlasti pri »primarni« obliki. Bolezenska doba znaša povprečno (38 opazovanih primerov) 21 mesecev, če pa računamo od prvega pojava za-

rdelosti, le 10 mesecev. V histološkem pogledu je to vedno tumor, ki se širi pretežno podkožno (subkutano) in ni enotno zgrajen. Bistveno je stremljenje, da se razširi v limfna pota. Z blokiranjem teh nastane edem in staza v krvnih žilah. Reaktivno vnetljivih procesov v okolici na splošno ni opaziti. Prognoza je infaustna. Začetno zboljšanje po roentgenskem obsevanju je le navidezno.

Demonstracija pacientke: št. 69/38 R. A. 54 let s carcinoma erysipeloides.

Dr. J. Cholewa: Ozdravljeni slučaji kožnega raka, po obsevanju z ektrafokalno roentgensko cevjo.

Fizik Witte in ginekolog Schäfer (Frauenklinik Göttingen) sta skonstruirala roentgensko cev nove oblike. Ta cev ima izžarevajočo antikatodo — zunaj — z razliko od dosedanjih cevi, ki imajo antikatodo v sredini evakuiranega steklenega balona. Ta »Ekto-antikatoda« je ozemljena in hlajena z vodo, smemo jo torej vpeljati v telesne votline in tudi sicer spraviti v direktni kontakt s telesom. Veliko približanje k izvoru žarkovja daje možnost ogromne intenzitete. Radium-ekvivalent znaša $2\frac{1}{2}$ grama radium-elementa, po meritvah s Holzknechtovo skalo ($1H = 40r$), reducirano na Straussov dositron. Dve cevi odgovarjata množini radiuma vseh evropskih Radium-postaj skupaj. Terapeutična aplikacija je radi močnega r-dotoka skrajšana na sedenje v času od 1 do $1\frac{1}{2}$ minute in se daje skozi 3 do 5 tednov dnevno, dokler ni dosežen željeni učinek. Rapidni padec doze, izvirajoč iz velike bližine antikatode tvori izdatno zaščito zdrave okolice oziroma zdrave podlage rakastih oteklin. Žarkovje je mehko (60—90 KV). Prof. dr. G. Schwarz je skupno z A. Frankom na Dunaju v prejšnjih delih (1932) pokazal, da je v pogledu roentgenskih poškodb popolnoma nasprotno dosedanje naziranje, mehkejša žarkovja manj nevarno kot trše, baš radi hitrejšega vpada doze pri mehkem žarkovju. Metoda obsevanja iz bližine s Schäfer-Wittejevo cevjo, ki jo je izdelal Chaoul (Berlin, Sauerbruchova klinika), je to teorijo potrdila in je pokazala pri raku ustne votline, zlasti na ustnicah pa tudi pri drugih malignih novotvorbah izredno ugodne zdravilne uspehe.

Sistem obsevanja z ektrafokalno ali ekto-antikatodno cevjo odpira nove možnosti v roentgenski terapiji in predstavlja za vsak zavod razmeroma zelo cenen nadomestek radiuma.

DEMONSTRACIJA

1. B. U. prot. št. 20/38 88 let z: Carcinoma planocellulare palpebrarum. Sprejeta 7. VIII. 1938; dne 9. VIII. 1938 eksenteracija orbite (dr. Prevec); od 17. VIII. do 21. IX. = 8200 r, 1.37 MCD radiuma na predel cellulae ethmoidales.

2. K. H. prot. št. 19/38 79 let stara: Carcinoma pl. epit. nasi od 9. VIII. do 19. IX. 1938 je dobila 8750 r dnevno 300 r.

Jugoslovenski narodni odbor saveza slovenskih lekara se je na svoji žalni seji spomnil preminulega predsednika dr. Momčilo Ivkovića ter je na to izbral za svojega novega predsednika dr. Svetislava Živkovića ter za glavnega sekretarja dr. Ljubomira Vulovića. Z dopisom, ki ga je naslovil na Slovensko zdravniško društvo se Jugoslovenski narodni odbor saveza slovenskih lekara obrača tudi na slovensko zdravništvo ter ga poziva k tesnemu sodelovanju. Za bodoči kongres, ki bo pravočasno objavljen, naj se predavanja oziroma znanstvena dela prijavijo naravnost na predsednika, Beograd, Zeleni venac 1.

Kongres Jugoslovanskega zdravniškega društva leta 1939. v Ljubljani

Slovensko zdravniško društvo nas naproša za objavo sledečega poziva: ker se bo vršil v letu 1939. kongres Jug. lekarskega društva v Ljubljani septembra meseca in so bile določene teme: »Vprašanje vitaminov, tuberkuloza in ena stanovska tema«, naproša odbor Slov. zdravniškega društva vse zainteresirane kolege, ki nameravajo s predavanji oziroma referati sodelovati pri kongresu, da prijavijo svoja dela najkasneje do konca februarja 1939. predsedniku Slov. zdravniškega društva.

Drobiž

V Beogradu je umrl izredni profesor za fizikalno terapijo dr. Laza Nenadović. Znan je bil kot organizator naših zdravilišč. Nekaj časa je deloval tudi v Rogaški Slatini. L. 1922. je postal docent na beograjski medicinski fakulteti in je postal tudi izven svoje domovine znan po svojem znanstvenem delovanju.

6. decembra 1938. je predaval pod okriljem »Prirodoslovnega društva« dr. R. Neubauer o »Sodobnem zdravljenju jetike«.

Predavatelj je v glavnem opozarjal na uspehe novodobnega operativnega zdravljenja pljučne jetike, predvsem na kolapsotterapijo (Pneumotoraks, operacije na preponskem živcu, torakoplastika, pneumotoraks izven prsne mrene, apikoliza.) Vse te operacije z velikim uspehom izvršujejo na Golniku. V poljudni in tudi za lajka dobro razumljivi besedi je predavatelj predložil uspehe pravočasnega zdravljenja. Povdarjal je važnost organizatoričnega dela v težki borbi proti jetiki. To delo je v nekaterih naprednih državah izgrajeno do popolnosti. Pri nas smo približno na pol poti. Seveda velja to le za severne kraje naše države. Dosegli smo organizacijo protituberkuloznih dispanzerjev, kjer more dobiti nasvet in pomoč še tako reven bolnik. Manjkajo nam pa veliki zavodi za zdravljenje jetike. Po predavanju je g. dr. Neubauer pokazal številne diapozitive, ki so prepričali navzoče občinstvo o učinkovitosti novih načinov zdravljenja. Kot poslednjega je pokazal lep posnetek zdravilišča Golnika.

9. novembra 1938. je predaval pod okriljem »Prirodoslovnega društva« univ. prof. dr. Zarnik o »Bioloških pogledih na židovsko vprašanje«.

Predavatelj je v poljudnem predavanju najprej razpravjal o primerih rasnih razlik v živalstvu. Vsaka rasa se razlikuje od druge po čisto posebnih dednih in nespremenljivih lastnostih. Prav enake razlike obstoje tudi pri človeku. Na zelo nazoren

način je pokazal s pomočjo barvastih diapozitivov rasne mešanice med evropskimi narodi. Po teh primerih je prešel predavatelj na židovski narod. Tudi Židje imajo svoje posebne rasne znake, ki so jih v veliki meri pridobili po križanju med evropskimi in tudi drugimi narodi (Asirci, Semiti itd.). Eno pa je, kar posebno odlikuje Žide: zavest njihove skupnosti in radi tega skoro nemogoča asimilacija z ostalimi narodi, med katerimi živijo. Dasi so notranje povečini brezbožniki, jim vendar služi zunanja verska oblika za očuvanje njihove enotnosti. Prav pri Židih je razvit rasizem v svoji najčistejši obliki. O tem pričajo njihove stare knjige. Židje so se nekdanj in se še danes smatrajo za posebno izbran in več vreden narod. Pa so tudi v resnici narod z visokovrednimi dednimi lastnostmi, ki jih pa žalibog radi svoje privržенosti k židovski skupnosti ne uporabljajo v korist naroda, med katerim živijo, pač pa za svoje lastne interese. Zato nikakor niso voljni in tudi ne zmožni asimilirati se z narodom, med katerim žive. Židje so visokovreden, nadarjen, kulturni narod, ki jih v principu moramo spoštovati enako, kakor ostale narode. Vendar pa nikakor ne smemo žrtvovati svojih lastnih narodnih interesov. Ti so namreč prav radi velike vrednosti židovskega naroda v vseh ozirih čisto v nevarnosti.

Po odločitvi ministra za propagando je v Nemčiji prepovedana splošna prodaja knjige: Die periodische Fruchtbarkeit und Unfruchtbarkeit des Weibes (avtor prof. H. Knaus). Knjigo smejo kupovati od sedaj naprej samo zdravniki proti potrdilu. Metoda, ki jo v knjigi obravnava prof. Knaus, je tudi pri nas že močno poznana. O njej so izšle že različne brošure. Tudi Zdravniški vestnik je priobčil o tem vprašanju nekaj člankov.

V Beogradu imamo številna predavanja francoskih zdravnikov iz različnih krajev. Dne 2. decembra 1938. je kot peti za-

stopnik medicinske fakultete v Strassbourgu predaval prof. Ambard o »kloru v krvi« in o »mehanizmu fermentativnih reakcij.

V Nemčiji bodo letos dobili nov učni načrt za medicince. Povečano bo predvsem praktično delo. Na novo bodo uvedli obvezna predavanja iz: zgodovine medicine, nauka o rasah in populacijske politike. Namesto neplačanih praktikantskih mest (našega staža) bodo osnovana plačana volonterska mesta.

14. novembra 1938. je preteklo 50 let, odkar je bil ustanovljen svetovnoznani »Institut Pasteur« v Parizu. Že 40 let pred otvoritvijo novega zavoda je Pasteur raziskoval in ustvarjal v skromnih in neprimernih prostorih. Šele leta 1888. je bil na pobudo francoske »Akademije znanosti« ustanovljen

nov zavod. Zanj je bil zbran denar po vsem svetu. Zavod je imel prvotno le 5 oddelkov, sedaj jih ima pa že 68. Prof. Pasteur je le za 7 let preživel otvoritev novega zavoda. V njem je tudi pokopan.

III. mednarodni neurološki kongres v Kopenhagenu leta 1939. III. mednarodni kongres neurologov se bo vršil v Kopenhagenu od 21. do 25. avgusta s sledečim dnevnim redom: 21. avgusta otvoritev kongresa in prva glavna tema: »Endokrino-vegetativni sistem in njegov pomen v neurologiji«. Naslednji dan: »Dedna živčna obolenja s posebnim poudarkom na njihovo genezo«. 24. avgusta: proste teme. 25. avgusta: Problemi avitaminoz in njihov pomen za periferni živčni sistem. — Prijave in informacije: Sanatorij za živčne bolesi, Zagreb, Zelengaj br. 37 (dr. Vranešić).

Iz uredništva in uprave

Zdravniški vestnik se z letošnjim letom vrača v Ljubljano. V sporazumu z dosedanjim lastništvom in uredništvom ter z odobravanjem glavnih slovenskih zdravniških društev in Zdravniške zbornice za državsko banovino kot zastopnico zdravniškega stanu v Sloveniji se je v Ljubljani osnoval krog zdravnikov, ki si je zastavil nalogo, da skrbi za redno izhajanje in sodobnim medicinskim zahtevam odgovarjajoče urejevanje zdravniškega strokovnega lista. V tem krogu so se zbrali predvsem bolnišnični zdravniki, ki so spoznali potrebo po nadaljevanju in poglobljenju slovenskega strokovnega lista v Ljubljani. Njim so se pridružili zdravniki, ki so že doslej z znanstvenim delom prispevali k medicinskemu napredku na drugih toriščih zdravniškega udejstvovanja. Da se ugled, pomen in notranja vrednost lista čim bolj dvignejo, so široko odprta vrata v ta krog vsem zdravnikom, ki želijo delovati za napredek medicine na domačih slovenskih tleh.

Ljubljana ima mnogo važnih medicinskih nalog. V njenih zdravstvenih zavodih se teoretično in praktično izpopolnjuje pretežen del mladih slovenskih zdravnikov in na njeni medicinski fakulteti se odgaja nov zdravniški rod. V njenih laboratorijih in ob njenih kliničnih posteljah naj se kritično preskušajo nove metode glede njihove teoretske pravilnosti in praktične uporabljivosti. Vsem tem dolžnostim pa medicinska

Ljubljana ne more biti kos, če nima v svojih rokah organa, ki omogoča objavo njenega notranjega dela. Razen tega so Slovenci dolžni, da tudi na tem polju donesajo svoj delež k jugoslovanski in splošno slovanski medicinski kulturi. Duhovna in tehnična povezanost izdajateljev in urednikov z vsemi zdravstvenimi stremljenji v Ljubljani sami, v Sloveniji in v ostalem medicinskem svetu bo znatno olajšala delo za zdravstveni napredek.

Izdajatelji in uredniki Zdravniškega vestnika se zavedajo, da bo treba to nalogo opravljati z veliko vnemo, pa tudi z zdravim in tvorim kriticismom, prepričani pa so, da jim bodo pri tem delu nesebično pomagali vsi slovenski zdravniki, vsi zdravstveni zavodi in vse zdravstvene oblasti.

V novem izdajateljskem krogu Zdravniškega vestnika so: dr. O. Baje, dr. B. Breclj, dr. R. Del Cott, dr. T. Furlan, dr. V. Guzelj, dr. H. Heferle, dr. M. Kremžar, dr. V. Lavrič, dr. Marinčič, dr. S. Prevec, dr. S. Rakovec.

Uredništvo je prevzel dr. S. Prevec. Ožji uredniški odbor sestavljajo: dr. R. Blumauer, dr. M. Černič, dr. I. Debevec, dr. L. Ješe, dr. A. Zalokar.

*

Prva številka Zdravniškega vestnika se je radi težav pri selitvi z Golnika v Ljubljano žalibog malo zakasnila. Vse naslednje številke bodo izšle redno vsak mesec.



Točno doziran v „mg”
kristaliziranega hormona.

Čist moški seksualni hormonski preparat

Testoviron je v olju raztopljen Testosteron-propionat, najučinkovitejša danes znana oblika moškega seksualnega hormona.

Pojavi duševne utrujenosti,
popuščanje telesne moči,
nespečnost,
nevroza srca, želodca in črevesja,
hipogenitalizem in oslABLJena potenca,
hipertrofija prostate.

Ovitki z 4 ampulami po 5 mg Din 110—

Ovitki z 4 ampulami po 10 mg Din 175—

Ovitki z 2 ampulami po 25 mg Din 210—

SCHERING A. G. BERLIN N 65

Cardiazol-Chinin «Knoll»

Kod pneumonije,

bronhopneumonije, gripozne pneumonije, lobarne pneumonije

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

Kod bronhitisa, gripe

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

Kod primarne slabosti trudova,

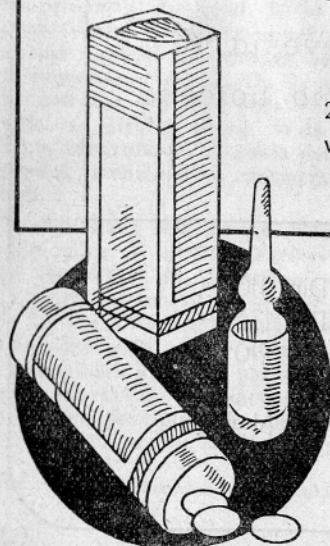
osobito u prvom razdoblju (otvorenje), kod preranog puknuća mjehura, febrilnog pometa

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

Kod hiperkineza srca,

paroksizmalne tahikardije, ekstrasistoličke aritmije, prenapraženosti srca

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



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

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

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

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

KNOLL A.-G.

Kemičke tvornice, LUDWIGSHAFEN am Rhein.

NORMACOL

čisto rastlinsko biološko učinkujoče sredstvo za reguliranje prebave brez vseh škodljivih sestavin, omogoči lahko defekacijo z vedno enakim uspehom in ni nevarnosti, da bi se bolnik nanj navadil

INDIKACIJE: *Kronična obstipacija kakor tudi zaprtje po kirurških in ginekoloških posegih*

REMEDIA

KEMIJSKO - FARMACEVTSKA PRODUKCIJA
ZAGREB, TRG KRALJA PETRA 9

Sanatorij za živčne bolezni v Zagrebu, Zelengaj 37

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

Sanatorij vodi **dr. Đuro Vranešić**
Podrobna obvestila v prospektu

Dobrna pri Celju 396 m nad morjem

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

Zdravilišče odprto tudi v zimskem času

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

Zahtevajte prospekte

Vodilni preparati železa

CHINOFERRIN PURUM
CHINOFERRIN CUM ARSENO

Pillulae

CHINOFERRINI CUM ARSENO

Proizvaja Mr. MIRKO KLEŠČIČ, lekarnar
Samobor, Savska banovina
Literatura na zahtevo!

KNJIGARNA
KLEINMAYR
& BAMBERG
V LJUBLJANI

priporoča svojo veliko zalogo novitet iz
medicinske literature in vljudno vabi
gospode zdravnike na brezobzeven ogled

Do nadaljnjege se preračunava
nemška marka po din 13.—

JUGOSLAVENSKO SIEMENS D. D.

ODELENJE ZA MEDICINSKO TEHNIKO

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

Zastopstva za Slovenijo:

Ljubljana, Tyrševa c. 1a/II.
Telefon 21-02 (Welley)
Ljubljana, Tyrševa c. 35a
Telefon 48-73 (Roblek)



Röntgen-naprave v vseh izvedbah; **Diatermijski** in **ultra-kratko-**
valovni aparati; splošna **elektromedicina**. Kompletna **dentalna**
oprema in dentalne potrebščine. Celotna **oprema** za **operacij-**
ske **dvorane**, **laboratorije**, **praktičnega** **zdravnika**. **Mikro-**
skopi, **mikrotomi**, **projekcijski** aparati; **veterinarska** oprema

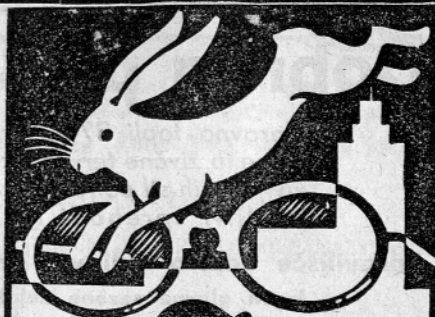
ZADOVOLJNI BOSTE.

ako se pravočasno naročite
na novi letnik ilustrirane revije

Življenje in svet

v novi opremi in na lepem papirju

Naročila sprejema uprava revije
Ljubljana -- Aleševčeva ul. 16
Zahtevajte prospekte!



DIPL. OPTIK

Fr. P.

Zajec

LJUBLJANA, PASAŽA NEBOTIČNIKA

● JANUAR

● FEBRUAR

● MAREC

*sa meseci pneumonije -
Pri prvih znamenjih pljučnice je*

ANTIPHLOGISTINE

v obliki ovitka — najdragocenejši pripomoček, ki ga ima zdravnik na razpolago. Če je bolezen že ugotovljena, je Antiphlogistine prav tako uspešno sredstvo, ker jo je mogoče kombinirati z vsakovrstno medikacijo in serumsko terapijo, ter je najboljša metoda, kadar hočemo dolgotrajno vlažno toploto lokalno aplicirati



Vzorci in literatura brezplačno

**THE DEUVER CHEMICAL MFG. Co.,
NEW YORK, U. S. A.**

**BRACE J. JOVANOVIĆA
BEOGRAD, ulica Kneza Mihaila 33**

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH ORGANOV IN PREOSNOVE

Rogaška Slatina

ima v svojih treh vrelih

„TEMPEL“,

„STYRIA“

in „DONAT“

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

Letna in zimska sezona

Glavna sezona: maj — oktober

Gospodje zdravniki! Zahtevajte prospekte in vzorce vode pri

DIREKCIJI ZDRAVILIŠČA ROGAŠKA SLATINA

Zdravilišče in kopališče



Kraljevski dvorski dobavitelj

SLATINA RADENCI

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

Sezona se prične s 1. majem

BOLNIKOM VEDNO PRIPOROČAJTE

Radenske prirodne
MINERALNE VODE



Z RDEČIMI SRCI

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



*"Ako dodje do toga"
Coramin!*

ROBOR za ojačenje živčne in telesne moči. Jako posrečena kombinacija glicerofosfata, arsena, mangana, oreha Kola in strihninovega oreha. Orig. stekl. 1:0 gr. Sirup prijetnega okusa.

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

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

CAMPHOSOL INJEKCIJE 10% vodena raztopina sulfoniranega pre-

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

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

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

CAMPHOSOL-CHININ DRAŽE, Camphosol 0.10 in Chinin 0.10

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

KEMIJSKO - FARMACEVTSKI LABORATORIJ

MIŠKOVIĆ IN KOMP.

BEOGRAD, Sarajevska ulica broj 84.

Specifična terapija vegetativnih nevroz

Simpatikotonija

Tahikardija
Migrena
Urtikarija
Hipermenoreja

G Y N E R G E N

Vagotonija

Angina pectoris
Krize radi strahu
Epilepsija
Spazme
Hiperemija
Dismenoreja

B E L L A D E N A L

Amfotonija



SANDOZ

Labiliteta vegetativnega živčnega sistema
Vazonevroze
Basedow
Nočno znojenje
Nevroze v klimakteriju

B E L L E R G A L

CHEMISCHE FABRIK VORM. SANDOZ-BASEL (SCHWEIZ).

CHEMOLABOR

LJUBLJANA, MIKLOŠIČEVA CESTA 17, (v bližini kolodvora)

Opreme za ordinacijske in operacijske sobe,
instrumentarij, aparati vseh vrst, brizgalke,
svila, igle, gumasti predmeti, vata, ovojni
in obvezilni material, mikroskopi i. t. d.

SAMO KVALITETNO BLAGO!

Zdravilišče **GOLNIK**

*za bolne
na pljučih*



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

3

OSKRBNI RAZREDI

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

Vse informacije daje uprava zdravilišča Golnik

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

Gospod tovariš!

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

S tem koristite sebi in svojemu glasilu!

/ **BÍOS**

je izključno domače in sicer združno podjetje, v katerem vzajemno strokovno sodelujejo zdravniki, veterinarji in lekarnarji

PRODUKTIVNA ZADRUGA

proizvaja: specialitete, sterilne injekcije, tablete, vse galenske preparate, reagentije po farmakopeji, veterinarske specialitete, dispenzirane veterinarske predmete itd.

NABAVLJALNA ZADRUGA

nabavlja svojim zadrugarjem

razen zgoraj omenjenih lastnih proizvodov in kemikalij, droge, ovojni material, gumijasto blago, vse kirurške instrumente, zobozdravniške potrebščine, stekleni analitični pribor, Röntgen-aparate, mikroskope, kompletne opreme za lekarne, laboratorije, bolnice in ordinacije

pod najugodnejšimi nabavnimi pogoji

NABAVLJALNA MEDICINSKO-FARMACEVTSKA IN KEMIJSKA ZADRUGA

„BÍOS“

Z O. Z.

ZAGREB

Vrhovčeva ulica 13

Telefon 24-180

EPHETONIN-SIRUP

M E R C K

pri kašlju, oslovskem kašlju, bronhitisu, hripi

Steklenice s ca 170 g

E. Merck — Darmstadt

Zastopstvo za Jugoslavijo:

„ALKALOID“

Mr. U. FILIPOVIĆ I DRUG
ZAGREB, MOŠINSKOGA ULICA 14



VELIKA ZDRAVILNA MOČ

radio-aktivne termalne vode (37°) v zdravilišču

RADIO - THERMA LAŠKO

INDIKACIJE:

- kronični revmatizmi
- neuralgije, ischias
- kronična obolenja črevesja in ožilja
- ženske bolezni
- arterioskleroza

Zdravilišče je enakovredno inozemskim zdraviliščem te vrste

POMOŽNI ZDRAVNIŠKI PRIPOMOČKI:

Elektroterapija, medicinalne črevesne kopeli z radio-termalno vodo (Enterocleaner), masaže in dijetično zdravljenje

ZDRAVILIŠČE ODPRTO VSE LETO!

Izven glavne sezone, t.j. od 1. septembra do 30. junija nizke pavšalne cene:

za 10 dni din 600.-, za 20 dni din 1100.- (stanovanje, hrana, kopeli, zdravniški pregled in ostale takse). Informacije in prospekte s cenikom pošlje na željo

UPRAVA ZDRAVILIŠČA

Niton

VSE MOTNJE V CIRKULACIJI

Vzorci in literaturo pošilja na zahtevo

Dr. A. Wander d. d., Zagreb

tvornica farmacevtskih in dietetskih preparatov

BROMCALCIUMTHEOSAN 0.25

NATR. RHOD. 0.15

CHININ. SULF. 0.05

ACID. PHENYLAETHYLBARB. 0.02

TROPONWERKE



KÖLN-MÜLHEIM

P E R R I P A N

preparat bakra, dvo- in trovred-
nega železa, jeter in beljakovine
Ugoden okus! Nizke cene!

PROTI ANEMIJI

Omoti:

50 tablet po 1 gram din 26'—

100 gramov praška (tra-
ja za odrasle 10 dni) „ 44'—

250 gramov praška (tra-
ja za odrasle 25 dni) „ 82'—

T
R
O
P
O
N

NOVO-TROPON

ORGANO-LIPOIDNI T O N I K U M

ki se je dobro obnesel

Omoti:

100 gramov praška (tra-
ja za odrasle 10 dni) din 42'—

250 gramov praška (tra-
ja za odrasle 25 dni) „ 80'—

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

Vzorci in literaturo brezplačno na zahtevo pri zastopstvu za Jugoslavijo:

„BIOSAN“

Mr. Ph. VLADIMIR SMOKVINA — ZAGREB — KAPTOL 12



Fr. P. ZAJEC

IZPRAŠAN OPTIK

LJUBLJANA

Stritarjeva 6 (pri
franciškanskem mostu)

Naočniki, Zeissova punk-
talna stekla, mikroskopi,
razne lupe. Vsi v to
stroko spadajoči instru-
menti, daljnogledi i. t. d.

SAMO KVALITETNA
OPTIKA! STROKOVNA
IZVRŠITEV!



Ljubljana
Komenskega ul. 4
Telefon št. 3623

Dr. Franc Dergane
sef-prim. kir. odd. v p.
Ordinira: 11.—1.

*Preprečuje in
zdravi infekcije
povzročene po
streptokoku*

per os

SEPTAZINE

(bencil-aminobencol-sulfamid)

NESTRUPENA, LAHKO PREBAVNA SNOV
BREZ BARVE IN BREZ OKUSA.

Tablete à 0.50 g v tubah z 20 tabletami

SOLUSEPTAZINE

za parenteralno zdravljenje

p. (fenilpropilamino)-fenilsulfamidni natrijev disulfonat

6% na

VODNA, NEUTRALNA IN BREZBARVNA RAZTOPINA
BREZ VSAKIH NEUGODNIH POSLEDIC ZA ORGANIZEM

INTRAMUSKULARNE, INTRAVENOZNE
IN SUBKUTANE INJEKCIJE

*Ampule z 5 in 10 cem
ter škatlice po 5 ampul
PREDPIS: 10-20 cem na dan*

KOMBINIRANO ZDRAVLJENJE
per os in parenteralno

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE **SPECIA**
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8^e)

VZORCE IN LITERATURO
POŠILJA NA ZAHTEVO:


ENGEL & ADELA

Z A G R E B
DUKLJANINOVA 3



Kaštel d.d.

ODDELEK: „SANABO-KAŠTEL“

ZA REGENERACIJO KRVI

PROCYTHOL

PRO INJECTIONE

„SANABO-KAŠTEL“

Perniciozna in težka sekundarna anemija

1 AMPULA IMA ISTO KLINIČNO DELOVANJE KAKOR 500 g SVEŽIH JETER

PROCYTHOL FORTE

1 AMPULA IMA ISTO KLINIČNO DELOVANJE KAKOR 5000 g SVEŽIH JETER
INTRAMUSKULARNA RABA!

PROTI KAŠLJU

C O D E R I N

TABLETE „KAŠTEL“

(Alkaloidi ipekakuanhe, kodein in efedrin)

Orig. fiole z 10 ali 20 tabletami. Dnevno 3—6 tablet

E F E T U S I N

SIRUP „KAŠTEL“

(Saponini, efedrin, kodein, gomenol, mentol)

Originalne steklenice s 135 g in velike steklenice z 200 g sirupa. — Dnevno 3 velike žlice, otroci 3 male žličke

Tonokardin - Neokod

KAPLJICE „KAŠTEL“

Analeptikum in novo močno sredstvo proti kašlju (Neokod). Originalne steklenice z 10 ccm solucije
Dnevno 3—6 krat po 20 kapljic



Kaštel d.d.

Z A G R E B