

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA

OŽJI UREDNIŠKI ODBOR

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

Odgovorni urednik: S. Prevec, Ljubljana, Obča drž. bolnica, V.
Za konzorcij: O. Bajc, Ljubljana, Obča državna bolnica, I.

LETNIK XII

LJUBLJANA, JANUAR 1940

ŠT. 1

KEMIKA D. D., ZAGREB

priporoča svoje preizkušene domače preparate:

ACITETRAMIN

fosforno kisli heksametilentetramin v obliki tablet po 0.5 gr in prahu za magistralno predpisovanje.

Odlični urinarni antiseptikum. Deluje hitro in zanesljivo brez ozira na reakcijo urina.

Indiciran pri vseh cistitisih, pielitisih ter kot splošen desinficiens pri infekcijskih boleznih.

Doza: 3 krat 1 do 2 tableti na dan.

KALMOPYRIN

kalcijska sol acetilosalicilne kisline v obliki tablet po 0.5 gr in prahu za recepturo.

Najdovršenejši preparat salicila. Topljiv v vodi. Pacienti ga odlično prenašajo. Nezaželenih učinkov nima.

Nenadkriljiv antipiretikum, antirevmatikum in analgetikum.

Doza: 3 krat dnevno 1 do 2 tableti ali odgovarajoča količina Kalmopyrina pulvisa.

Predpisujte domače preparate!

Vsebina prvega zvezka

Dr. V. Trampuž: Kombinacija karcinoma ženskega spolovila s karcinomom dojke . . .	1
Dr. R. Blumauer: Echinococcus v pljučih . . .	6
Dr. B. Kunc: Ulcus cruris varicosum v kirurgiji . . .	10
Dr. Z. Šušteršič: Kazuistični doprinos k poškodbam skočnega sklepa . . .	12
Dr. S. Rakovec: Inkrustiran tumor mehurja . . .	15
Cand. med. M. Pleterski in Zilič Marijan: Vejaljšče za naše strokovno besedje in izrazje	17
Dr. M. Černič: Vejaljšče za naše strokovno besedje in izrazje . . .	20
Bitja in žitja: Dr. David Verbec . . .	22
Vprašanja — Odgovori . . .	23
Iz zdravniškega slovstva . . .	25
Nove knjige . . .	31
Iz zdravniških društev . . .	32
Prof. dr. Božidar Spišič — 60letnik . . .	37
V spomin dveh velikih Poljakov . . .	38
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. — Celoten ponatis objavljenih člankov dovoljuje izključno uredništvo.

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

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

Knjigarna Kleinmayr & Bamberg

V LJUBLJANI

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

OPOZORILO! Ministrstvo socialne politike in narodnega zdravja je z rešenjem S. Br. 27905/34 odobrilo proizvodnjo in pakiranje

„ENERGIN-a“

železnega kina preparata, v steklenicah po 250 gr za „bolniške blagajne“.
Rp. „Energin“ lag. orig. à 250 gr.

Medicinske učbenike
Adolf Mostbeck

in ostalo strokovno literaturo v vseh jezikih dobavlja
po originalnih cenah in ugodnih plačilnih pogojih

generalni zastopnik medicinske založbe

Urban in Schwarzenberg

Katalogi in prospekti na zahtevo brezplačno BEOGRAD, Obiličev venac 32/I, pošt. šif. 371

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA

LETNIK XII

LJUBLJANA, JANUAR 1940

ŠT. 1

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

Kombinacija karcinoma ženskega spolovila s karcinomom dojke

Dr. Vladimir Trampuž

Primeri multiplih primarnih karcinomov so vedno vzbujali pozornost klinikov in patologov. Eni in drugi so pričakovali, da bo študij teh primerov prinesel več luči v etiologijo in patogenezo karcinoma. V takih primerih so poskušali najti razni raziskovalci že v prvih začetkih sistematičnega raziskovanja raka oporo za naziranje, da je rak splošno obolenje, obolenje vsega organizma, izraženo v karcinomski dispoziciji in diatezi, ali vsaj sistemska bolezen. Posebno naj bi služili kot paradigma raka v smislu sistemske bolezni primeri primarnega karcinoma dojke in genitala, ker pripadata dojka in genitale funkcionalno enemu sistemu. Včasih so gledali na te karcinome kot na kuriozum, ker je bilo razširjeno mnenje, da izključuje en karcinom razvoj drugega primarnega karcinoma v istem organizmu, kar so pripisovali nekaki imuniteti. Klinične izkušnje in eksperimentalna dognanja so pozneje izpodrinila vse te nazore in z njimi zanimanje za to vrsto karcinomov. — Zadnja leta pa so izsledki moderne eksperimentalne kankrologije, deloma tudi klinične izkušnje postavili v ospredje pomen splošnih činiteljev za genezo karcinoma. To so herediteta, konstitucija, hormoni, izvestne humoralne izpremembe (cholesterol, vitamini, aciditeta itd.). Pri tem pa se upoštevajo seveda tudi lokalni dražljajni faktorji. Tako lahko rečemo, da se je zadnja leta iz vseh teh prizadevanj na polju raziskovanja raka izkristaliziralo mnenje, da pri nastanku raka sodelujejo trije faktorji. Ti so: 1. splošna dispozicija, 2. lokalna predispozicija in 3. eksogeni in endogeni lokalni faktorji.

Študij kliničnih primerov multiplih primarnih karcinomov nudi možnost, da kritično presojava pravilnost raznih teoretičnih ugibanj o vlogi splošnih činiteljev. Posebno primarni karcinomi dojke in ženskega genitala pri istem individuumu nam lahko služijo, da na njih preizkusimo utemeljenost domnev o vlogi hormonov, posebno ovarialnih in hipofizarnih, ne le kot splošnih, temveč tudi kot lokalnih endogenih dražljajnih faktorjev. K temu nas vzpodbujajo posebno eksperimentalne ugotovitve J. Hofbauerja, Edgarja Allena, A. Englelea (cit. Hofbauer) o vplivu ovarialnih in hipofizarnih hormonov na epitel cerviksa uteri v smislu hiperplazije in metaplazije in ugotovitve K. Geschickterja, D. Lewisa in Silvestronija o vplivu istih hormonov na žleze in vezivo dojke v smislu atipične hiperplazije. Eksperimentalni primeri Maxa Borsta, Piersonove, Lacassagnea in drugih te ugotovitve zgovorno podkrepljujejo. Max Borst in H. Piersonova sta dobila pri zajcu z injekcijami folikulina proliferacije endometrija karcinomatozne

strukture, Lacassagne je dobil pri miškah adenokarcinom dojke po injekcijah ovarialnega hormona. Vse to nas sili, da posvečamo karcinomom genitala in dojke večjo pozornost.

Dobro obdelanih primerov primarnega karcinoma dojke in primarnega karcinoma ženskega genitala pri isti osebi je v literaturi malo, in še ti so večinoma iz novejšega časa. Statistični podatki o tej vrsti karcinoma so pičli. V edini večji Warrenovi in Gattesovi statistiki je omenjeno 17 takih primerov od 18.000 karcinomov. Več podatkov najdemo o multiplih primarnih karcinomih sploh. Tako je našel Hanlon pri 3000 obdukcijah 18 multiplih primarnih karcinomov, Bilello in Montanini sta našla pri 8000 obdukcijah samo en primer, Gorianova in Seabod pri 1238 obdukcijah karcinomatoznih mrličev 23 primerov multiplih primarnih karcinomov. Hummel je našel pri 1482 zdravljenih 9 primerov dvojnih primarnih karcinomov, Hansemann med 1000 sekcijami karcinomatoznih 5 primerov, Feilchenfeld pri 507 sekcijah 10 takih primerov. Po Königiu se javljajo ti karcinomi v 2 % primerov, po Heinen u pa v 1 do 3 %.

V nemški literaturi je po Cordui in Hellendalu 7 obširnejše obdelanih primerov dvojnega primarnega karcinoma dojke in ženskega genitala. Cordua je opisal leta 1929. en primer sočasnega primarnega planoepitelialnega karcinoma colli uteri in dojke pri 48 letni ženi in 1937. leta drugi primer, kjer se je razvil najprej na porciji planoepitelialni karcinom, po dveh letih pa adenokarcinom na levi dojki. Leta 1933. je priobčil Szentei primer sočasnega planoepitelialnega karcinoma dojke in adenokarcinoma corpora uteri. Hellendal je publiciral leta 1935. primer, pri katerem se je razvil najprej planoepitelialni karcinom porcije in tri in pol leta nato planoepitelialni karcinom desne dojke. V primeru Selige iz leta 1922. sta se razvila 5 let po eksterpaciji maligno degenerirane ovarialne ciste sočasno adenokarcinom v fundusu uteri in adenokarcinom na dojki. Esch poroča leta 1929. o primeru, v katerem je bil 9 mesecev po totalni eksterpaciji uterusa radi adenokarcinoma ugotovljen Paget-karcinom dojke. Caffier pa je referiral leta 1937., da se je pri isti bolnici pojavil 10 let po eksterpaciji uterusa radi planoepitelialnega karcinoma colli uteri karcinoma adenomatosisum leve dojke. Cordua je našel v anglo-amerikanski literaturi samo en primer adenokarcinoma desne dojke skupno s skvamocelularnim karcinomom cerviksa, ki ga je opisal Hanlon. Iz jugoslovanske literature bi še omenil primer primarnega karcinoma dojke in uterusa, o katerem je referiral Bošnjaković leta 1936.

Torej se je karcinom pojavil sočasno izmed vseh omenjenih primerov iz literature samo v 3 primerih, v ostalih pa je potekel od pojava prvega do drugega karcinoma presledek do največ 10 let v Caffierovem primeru. Pri točnejši analizi se ne moremo izogniti vtisu, da bi mogli pri marsikaterem od teh primerov podvomiti o resnični primarnosti obeh karcinomov. To velja posebno za primer sočasnega karcinoma Cordue in Selige, kjer je histološka struktura obeh karcinomov ista. Tudi v enem ali drugem od ostalih nima diagnoza preveč trdne podlage. Za tako skepso nas upravičuje dejstvo, da so metastaze karcinoma dojke v genitale relativno pogoste, kar si razlagamo po Lahmu z gotovo biološko korelacijo in odvisnostjo med obema organoma. Tako pride po Töröcku in Wittelshöferju med 336 karcinomi dojke 23 krat do metastaz v ovariju in od 336 karcinomov dojke 17 krat do metastaziranja v uteruš. Hildebrand je našel med 135 karcinomi dojke enkrat metastazo v uterusu. Po Gebeleu pride od 359 primerov karcinoma dojke v enem primeru do metastaze v uteruš itd. Tudi metastaze genitalnih karcinomov v dojki so možne (Offergeld), čeprav so izredno redke. Razen tega

moramo poudariti dejstvo, da kažejo karcinomi dojke precejšen polimorfizem (Masson), kar velja v manjši meri tudi za ovarialne karcinome. Metastaze se včasih več ali manj razločujejo po svoji histološki strukturi od primarnega tumorja. Tudi odsotnost metastaz v regionarnih žlezah, na kar oslanjajo nekateri avtorji svojo diagnozo dvojnih primarnih karcinomov, ne izključuje metastaz v oddaljenih organih, kakor tudi ne izključuje prisotnosti metastaz v regionarnih žlezah možnosti obstoja dveh primarnih karcinomov (Aschoff). To nam narekuje veliko previdnost in kritičnost v vseh teh in podobnih primerih dvojnih malignih blastomov. Zato je popolnoma razumljivo majhno število, ki ga navajata Warren in Gattes v svoji statistiki (17:18.000).

Vse to nas je privedlo, da tudi mi pregledamo naš karcinomski material za 20 let nazaj s posebnim ozirom na multiple karcinome. Med 1242 karcinomi (od leta 1920. do 1939.) smo našli 3 primere, pri katerih smo ugotovili klinično multipliciteto karcinoma, pri čemer se seveda nismo ozirali na navadne in redne regionarne in ostale metastaze pri inoperabilnih karcinomih.

Pri dveh od teh primerov smo ugotovili na osnovi histološkega izvida (prof. Plečnik) in ostalih momentov, ki jih bomo pozneje obravnavali, da gre za sočasni primarni karcinom dojke in primarni karcinom uterusa, pri tretjem pa za primarni karcinom dojke z metastazami v ovariju. Orisali bomo na kratko te tri primere.

I. primer: V. L., 68 let stara, samska, pride v bolnico 11. XI. 1937. leta, ker krvavi eno leto skoraj neprenehoma. Dve leti opaza na desni dojki bulo, ki ji je zadnje 4 mesece hitro narasla. 20 let je v menopavzi. Rodila in splavila ni. — Žena je majhne postave in ima brado poraščeno z dolgimi kocinami kot pri moškem. Desna dojka je izpremenjena v tumor, ki je za otroško glavo velik, na podlagi premakljiv in neobčutljiv. Koža nad njim slabo premakljiva, nekoliko lividna. Aksilarne žleze desno povečane, neobčutljive. Supraklavikularne žleze niso povečane. Leva dojka b. p. Pri ginekološki preiskavi smo ugotovili, da je žena virgo in da je portio antepionirana, tenka, gladka in se nadaljuje v tumor, katerega en del je za jabolko velik in leži desno nad simfizo, drugi pa za dobro pest velik leži v Douglasu. Per rectum: sluznica nad tumorjem premakljiva. — 17. XI. 1937. leta je bila izvršena laparotomija in totalna eksterpacija maternice v zvezi z levimi adneksi in tumorjem, ki izhaja iz levega ovarija. Istočasno je bila izvršena amputacija desne dojke z eksterpacijo regionalnih žlez. Ekstirpirani uterus je za dobro pest velik. Cavum uteri je napolnjen s krhkimi masami. Tumor, ki izhaja iz levega ovarija, je za pest velik, soliden, trd. Ekstirpirana dojka je na prerezu cistična, z vmesnimi stenami porazdeljena v posamezne votline, ki so napolnjene z rjavkasto tekočino. Vmesne stene so papilomatozne. Histološki pregled je podal diagnozo za tumor uterusa: adenoma malignum, za tumor dojke: adenocarcinoma papillare in za tumor ovarija: fibromyoma. Postoperativni potek je bil brez posebnih komplikacij in pacientka je bila 23. XII. 1937. odpuščena. Po pismenem sporočilu ji gre sedaj dobro in nima nobenih znakov recidiva.

Ker je histološka struktura obeh karcinomov različna, lahko smatramo oba karcinoma za primarna. To mnenje se opira tudi na dejstvo, da karcinoma nista še preveč napredovala in da se je razvil najbrž karcinom najprej na uterusu in pozneje šele na dojki. O izoliranem metastaziranju iz uterusa v dojko mnogi vodilni patologi sploh resno dvomijo. Izgleda, da je bil tumor na dojki v začetku samo cystadenoma papilliferum, ki je verjetno šele pred 4 meseci, ko je začel rasti, maligno degeneriral.

II. primer: Š. M., 55 let stara, poročena, sprejeta v bolnico 18. I. 1939., ker ima že 4 leta krvavkast iztok in krvavi od marca 1938. v presledkih. 6 let je v menopavzi. Nikoli ni rodila niti splavila. Pred 2 letoma jo je začelo srbeti na desni dojki, 2 meseca nato je opazila na istem mestu za oreh veliko oteklino, ki je počasi rasla in postajala vedno bolj trda. — Splošni status je bil b. p. Desna dojka je spremenjena v grčast, trd, premakljiv tumor, za jabolko velik. V desni aksili za

jajce velika žleza. Pri ginekološki preiskavi se ugotovi, da je vagina v zgornji tretjini stenozirana in da je uterus retrovertiran, majhen, trd, premakljiv, levi adneksi pa zadebeljeni. — 18. I. 1939. je bila izvršena probatorna abrazija, pri kateri smo dobili za lešnik velik del krhke sluznice. Histološka preiskava je pokazala: adenokarcinom. — 31. I. 1939. je bila izvršena laparotomija s totalno ekstirpacijo maternice v zvezi z obojestranskimi adneksi. Nato istočasno amputatio mammae dex. z ekstirpacijo aksilarnih žlez. — Ves cavum ekstirpiranega uterusa je skoraj do seroze izpremenjen v karcinom. Amputirana dojka je izpremenjena v karcinomatozni tumor, za pest velik, ponekod v kožo segajoč. Ekstirpirane aksilarne žleze so za oreh velike, na prerezu kašaste. Histološki izvid tumorja na dojki in aksilarnih žlez: carcinoma simplex. Postoperativni potek b. p. Pacientka je odpuščena dne 27. II. 1939. Po sporočilu domačega zdravnika je še vedno zdrava in brez recidiva.

Tudi v tem primeru govori, kakor v prvem, različnost histološke strukture in verjetnost, da se je na podlagi anamneze karcinom uterusa začel prej, kakor tudi ostali momenti, ki sem jih omenil pri prvem primeru, za to, da gre tudi tukaj za primarni karcinom dojke in primarni karcinom uterusa.

III. primer: K. T., 44 let stara, samska, sprejeta v bolnico 23. II. 1938. leta radi nerednega perila, ki ga ima že eno leto, in radi bolečin, ki jih je dobila pred 8 dnevi v desnem spodnjem delu trebuha. Že eno leto in pol ima na desni dojki majhne rane, iz katerih se cedi rjava tekočina. Nikoli ni rodila niti splavila. — Splošni status je bil b. p. Na desni dojki substituirala mamilo za oreh velik, grčast, trd tumor, ki je na površini udolbljen in naguban. Okrog tumorja, zlasti ob bazi, je za jajce velik, trd, nepremakljiv infiltrat. Pri ginekološki preiskavi se ugotovi, da je uterus v anteverziji-fleksiji majhen, trd, premakljiv. Desno od njega za otroško glavo velik, zelo trd, gladek tumor. 26. II. 1938. je bila izvršena probatorna laparotomija. Pri tem je ugotovljeno, da je v abdominalni votlini čist, serozen eksudat v manjši množini in da je v mali medenici polno nepremakljivih, trdih, grčastih tumorjev. V pečici so za oreh velike grče. Iz pečice in iz tumorja dojke se izreže po en košček v svrhu histološke preiskave. Ta je dala za tumor dojke diagnozo: carcinoma simplex in za tumor abdomena istotako diagnozo: carcinoma simplex. Postoperativni potek b. p. Pacientka je bila odpuščena dne 4. III. 1938. — Naknadno smo izvedeli, da je po brezuspešni aktinoterapiji umrla 8. X. 1939. doma.

Za ta primer lahko s precejšnjo sigurnostjo trdimo, da gre za karcinom dojke z metastazami v ovariju in omentumu. Za to govori ista histološka struktura obeh tumorjev in podatek iz anamneze, da so se rane na desni dojki pojavile pred poldrugim letom, neredno perilo pa je imela eno leto. Torej je imela že leto in pol eksulceriran karcinom na dojki, katerega začetek je bil najbrže že preje. Eno leto ima neredno perilo, kar bi odgovarjalo starosti metastaze v ovariju. Teoretično bi se dalo temu ugovarjati, ker se tudi na ovariju lahko razvije karcinom s strukturo carcinoma simplex. Toda na podlagi izkušenj in statističnih podatkov iz literature se bomo pri isti histološki strukturi in ker je klinično karcinom dojke že precej napredoval, prej odločili za to, da je karcinom dojke primaren in karcinom ovarija njegova metastaza.

Torej bi imeli opravka samo v prvih dveh primerih s sočasnim, dvojnim primarnim karcinomom dojke in uterusa. Naša diagnoza primarnosti tumorjev v teh dveh primerih bi imela še trdnejšo podlago, če bi oba tumorja imela ne samo različno histološko strukturo, temveč tudi, če bi bilo dokazano, da izhajata iz različnega epitela. Ker pa tega pogoja ni mogoče vedno izpolniti in ker ta majhen odstotek nesigurnosti v diagnozi spremlja tudi večino primerov v literaturi, se vendar smemo odločiti zato, da sta v obeh teh primerih (V. L. in Š. M.) dva primarna karcinoma uterusa in dojke.

Če se vprašamo o teoretični vrednosti in praktični uporabljivosti teh naših primerov, oziroma v koliko nam lahko ta dva primera potrjujeta pravilnost raznih teoretičnih domnev in eksperimentalnih izsledkov in kakšne

koristne izkušnje lahko črpamo za prakso iz teh primerov, potem nam omogoča odgovor več značilnih momentov, ki jih moramo posebno poudariti.

Vse tri pacientke so nulipare. Druga pacientka (Š. M.) je poročena in ni nikoli rodila niti splavila. Pri prvi pacientki (V. L.) je značilna brada, ki je poraščena kot pri moškem in ugotovljen fibromyom ovarija. Pri drugi pacientki (Š. M.) je bila stenozirana vagina v svoji zgornji tretjini, kar se po najnovejših izsledkih lahko smatra kot izraz disfunkcije ovarija (Wirz, Novak). Nadalje je važno dejstvo, da več let sploh ni bilo multiplih karcinomov, zadnja tri leta pa vsako leto eden. Od 1242 genitalnih karcinomov je v treh primerih ugotovljen še drugi karcinom in to v vseh treh primerih samo na dojki, ne pa tudi na drugih organih.

Vse to bi lahko smatrali kot slučajne pojave in bi nas lahko zanimali ti primeri radi redkosti samo kot kuriozitete. Vendar nam dognanja živalskih eksperimentov kažejo bistvo teh karcinomov tudi v drugi luči, tako, da lahko iščemo v tej koincidenzi omenjenih dejstev (steriliteta, virilizem, stenoza vagine itd.) in istočasnega dvojnega karcinoma in to samo na dojki in genitalu, globljih vzrokov, ki jih moramo iskati v hormonalnih vplivih. Seveda je to število mnogo premajhno, da bi mogli izvajati dalekosežne sklepe. Dejstvo, da so zadnja leta ti tumorji bolj pogosti pri nas in drugje in da se jim prejšnje čase ni posvečala zadostna pozornost, nas opravičuje, da lahko pričakujemo tudi večje frekvence, ki bi utegnili imeti vpliv tudi na naše praktično udejstvovanje v enem ali drugem smislu, v boju zoper raka. Razliko v frekvenci si lahko razlagamo z izpremembo medsebojnega razmerja tistih treh činiteljev, ki dovedejo do razvoja raka.

Tudi če niso vse te teoretične domneve točne in če tumorjev ne bi mogli smatrati za primarne in ne bi hoteli dati tem primerom nobenega heurističnega značaja, ostane še dejstvo, ki ga ne smemo prezreti. To je, da se na dojki in genitalu lahko pojavljajo karcinomi istočasno ali v nekem časovnem presledku pri isti osebi, bodisi, da sta oba primarna tumorja ali en primaren, drugi pa njegova metastaza v še operabilnem štadiju, ko še drugje na nobenem drugem organu, vsaj klinično, ni metastaz. Zato lahko postavimo zahtevo, da se: 1. pri vsakem karcinomu ženskega genitala točno preiščeta dojki; 2. da se po vsaki operativni ali radiološki terapiji genitalnega karcinoma obdrži pacientka v evidenci ne samo radi eventualnega recidiva, temveč tudi z ozirom na eventualni poznejši pojav karcinoma na dojki in 3. da pri nobenem primeru karcinoma katerega koli organa izven genitala, posebno pa dojke, ne sme izostati točna ginekološka preiskava. Istotako moramo po izvršeni operativni ali aktino-terapiji vseh teh karcinomov obdržati pacientko pod kontrolo, da odkrijemo pravočasno pojav novega karcinoma na genitalu.

ZUSAMMENFASSUNG

Nach einleitender Betrachtung über die Bedeutung der multiplen primären Karzinome, besonders der doppelten Genital- und Mammakarzinome im Lichte der neuen onkologischen Erforschungsergebnisse, bespricht der Verfasser 3 Fälle von multiplen Karzinomen, von denen zwei als gleichzeitiges, primäres Mammakarzinom und primäres Uteruskarzinom aufgefasst werden, bei dem dritten ein primäres Mammakarzinom mit Metastasen in den Ovarien festgestellt wird. Diese Fälle und diejenigen aus der Litteratur geben ihm die Anregung, die Notwendigkeit hervorzuheben, dass man bei jedem Falle von Uteruskarzinom die Brust genau untersuchen soll und dass bei keinem Mammakarzinom eine gründliche gynäkologische Untersuchung ausbleiben darf. Ebenso

soll jede, wegen Genitalkarzinoms operativ oder radiologisch behandelte Frau später in Evidenz bleiben mit Rücksicht auf ein eventuelles späteres Auftreten des zweiten Karzinoms in der Mamma. Dasselbe bezieht sich auch auf die operierten oder bestrahlten Mammakarzinome mit Rücksicht auf ein gleichzeitiges oder späteres Auftreten eines Genitalkarzinoms. Die drei erwähnten Fälle entstammen einem Material von 1242 Fällen von Genitalkarzinomen.

SLOVSTVO

Antić: Acta cancerolog. jugosl. 1939., Vol. I. No. 3., str. 1. — Aschoff: Patholog. Anatomie 1923. — Bierich: Zeitschrift f. Krebsforschg. 1938. 48. Band, 1. H. — Bošnjaković: Acta cancerolog. jugosl. 1939. Vol. I. No. 3., str. 302. — Caffier: Zbl. Gynäk. 1937. No. 48., S. 2756. — Cordua: Zbl. Gynäk. 1929. No. 27. S. 1711. in 1937. No. 14. S. 797. — Durst: Srp. arhiv za celok. lek. 1938. No. 1—2. — Frankl: Liepmann, Handbuch d. ges. Frauenheilkunde 1914. Band II. s. 78 in 184. — Franqué: Veit-Stoeckel, Handbuch d. Gynäkologie. Band VI. 1. h. — Hellendal: Zbl. Gynäk. 1935. No. 43. S. 2554. in 1937. No. 28. S. 1642. — Heim: Zbl. Gynäk. 1938. S. 62, 2776. Hofbauer: Zbl. Gynäk. 1935. No. 1. S. 9. in No. 43. S. 2536. — Gjanković: Lij. Vjes. 1937. br. 11. in 12. — Kermauner: Halban-Seitz, Biolog. d. Weibes. Bd. IV. S. 722. — Lahm: Halban-Seitz, Biolog. d. Weibes. Bd. IV. S. 722. — V. Lavrič: Zalo- kar, Poročilo o gin. in por. delu 1937. Str. 35. — Masson: Tumeurs 1923. — Novak: Zbl. Gynäk. 1938. No. 6. S. 293. — Pehani: Zdrav. vest. 1935. Št. 6. Str. 225. — Preissecker: Zbl. Gynäk. 1939. S. 63, 450. — Ribbert-Hamperl: Lehrbuch d. allg. Path. u. path. Anat. 1939. — Silvestroni: Influenze ormoniche sui fenomeni produttivi negli organi della sfera genitotammaria 1939. — Thomsen, Oluf: Zeitschrift f. Krebsforschg. 1938. 48. Bd. 1. H. (refer.). — Vichnjitch: Acta patol. 1937. Tome I. Fasc. 3. — Wirz: Zbl. Gynäk. 1938. No. 48. — Wolff: Die Krebs- krankheit 1911. — Zalo kar: Zdrav. vest. 1935. Št. 6. Str. 229.

Iz I. kir. odd. Obče državne bolnice v Ljubljani (šef dr. R. Blumauer)

Echinococcus v pljučih*

Dr. Robert Blumauer

S 3 slikami

Pri obravnavanju tega parasitarnega pljučnega obolenja ne bomo podrob- neje razpravljali o različnih mikotičnih pljučnih infekcijah, temveč bi le radi popolnosti omenjali nekaj važnejših, toda pri nas jako redko nastopajočih pljučnih parasitov.

Schistomum haematobium, povzročitelj Bilharzia-obolenja, se pojavlja v obliki embolično raztresenih jajčec v pljučnem žilju ter se klinično javlja s tvorbo multiplih pljučnih abscesov. Vsled generalizacije obolenja po vsem telesu je prognoza jako slaba, istotako je tudi kirurško zdravljenje brez- uspešno.

Parasit, ki udara v človeški organizem bržkone potom pitne vode in ki se pojavlja izključno le na daljnem vzhodu, *Distomum pulmonale*, tvori v pljučnem tkivu eno ali več votlin orehove velikosti; votline vsebujejo rdeč kašast sluz, pomešan z velikansko množino jajčec. Jajčeca zaidejo včasih po krvi v možgane in povzročajo epileptične napade. Klinično je podobno obolenje raz- tresenim pljučnim abscesom, tudi sputum je malinaste barve, vsebuje pa pljučne elemente in množino tipičnih jajčec. Težke hemoftize, ki večkrat nastopajo, vodijo lahko tudi do izkrvavenja. Diagnoza tega obolenja ni težka, če smo ugo- toвили v sputumu bolnikov z znaki pljučnih abscesov, jajčeca. Ako bolniki

* Predavano v Jug. kir. društvu, sekcija Ljubljana, 9. nov. 1937.

črvičke izkašljajo in zapustijo svoje običajno bivališče ter se tako ubranijo reinfekcije, prognoza ni slaba. V primerih pa, kjer tako naravno izpraznjevanje votlin ni možno in se že pojavljajo znaki kroničnega pljučnega obolenja, je potrebno uvesti operativno, pljučnim abscesom slično zdravljenje.

Končno naj omenjamo še *Ascaris lumbricoides*, o katerem danes vemo, da ne zaide v pljuča šele po smrti, temveč so ga nekateri avtorji opazovali že intra vitam v vseh dihalnih potih, kjer je v nekaterih primerih povzročil pljučne gangrene. Pri simptomatiki tega parazita v pljučih je navadno v ospredju, če se isti nahaja v večjih množinah v pljučih, asfiksija. Terapija obstaja v odstranitvi.

Najpogostejše in vedno vzporedno z endemično pasjo trakuljo pa nastopa *Echinococcus* v pljučih.

Glede etiologije tega pljučnega obolenja prevladuje danes mnenje enterogene infekcije za primarni pljučni E.; kot izhodišče sekundarne infekcije pa smatrajo primarne mehurje pleure in jeter, od tod tudi sledi, da se nahaja po večini E. v desni spodnji pljučni krpi. Pljučni E. nastopa singularno, zelo redko pluralno, v različni velikosti od graha do moške glave. Obdaja ga jako tenka in elastična ovojnica vezivnega tkiva.

Simptomatologija je včasih v začetnih štadijih obolenja skrajno pomanjkljiva ter zavaja radi močnega potenja bolnikov v tuberkulozno diagnozo. Nekaterikrat se najavlja v obliki pleuritisa ali pneumonije. Zgodi se pa, da se prvi simptomi pojavijo vsled krvavitve ali vnetja v cisti, povzročeni po kakšni traumi prsnega koša ter tako le slučajno odkrijejo obstoj pljučnega E. V poznejšem štadiju nam pokaže perkusija sumljive omejene zamolkline in avskultacija oslabiljeno dihanje na tem mestu: pri skrajno površno ležečih cistah pa slišimo tudi pleuritično trenje. Radi dislokacije okolišnih organov, kjer je cista zelo velika, se pojavijo močna dispnoe in hude bolečine. Ako se cista vsled močnega fizičnega napora, lahkega udarca ali padca na prsni koš raztrga, tedaj opazujemo nenaden, neutешljiv kašelj, kateremu sledi krvav izmeček, nato pa izliv do enega litra tekočine v kateri najdemo mehurčke in steklenobelkaste kožice, pomešane z gnojem, če je bila cista inficirana. Izmeček je pa zelenkasto-rumene barve v primeru, če je cista sekundarna po primarnem jeternem E. Po razpoku E.-ciste nastopi včasih ozdravljenje. Kadar pa zastanejo v pljučni votlini deli ciste, tedaj je možna recidiva. Kadar se pa tekočina razpočenega mehurja prepočasi izpraznjuje, tedaj grozi bolniku zadušenje.

Infekcija E.-mehurja v pljučih kot posledica vnetja bronhialnih potov, imponira analogno kakor pljučni absces.

Diagnoza pljučnega E. je v začetnih štadijih včasih zelo težka ter je zamenjava z začetno tuberkulozo možna in pogosta. Proti tuberkulozi govori pomanjkanje tipičnih sprememb na pljučnih vršičkih. Ko je cista že večja, dobimo pozitiven perkutoren ugotovitev, a po večini negativno auskultacijo, kar bi moglo zavajati diferencialdiagnostično v kongenitalne pljučne ali mediastinalne ciste. Diagnostični pripomočki za E.-cisto so: Nespecifična eosinofilija, nekoliko zanesljivejša precipitin-reakcija, še zanesljivejša komplementna vezna reakcija po Ghediniju ter intrakutana reakcija po Iturrat-Cazoniju. Punkcijo ciste v diagnostične svrhe moramo kot skrajno nevarno zavreči. Diagnostično najzanesljivejše sredstvo pa je danes rentgen, s pomočjo katerega je potrebna včasih diferenciacija med E.-cisto, aortno aneurizmo, kongenitalno pljučno cisto ali benigno solidno novoto.

Prognostično ugodni so oni primeri, ko bolnik cisto tako rekoč izkašlja po razpoku ali pa če parazit pogine. Žal pa se le pogosto zgodi, da se bolniki po razpoku mehurja večkrat zaduše, da se pljuča in pleura inficirajo ter da na-

stopi po infekciji ciste pljučna gangrena. Radi tega izkazuje statistika konservativnega zdravljenja 25 do 64% mortalitete.

Po navedenem so nam že naznačene terapijske smernice in če mimo grede še omenimo brezuspešno rentgensko zdravlilno obsevanje, ki naj prihaja kot zadnja pomoč v poštev pri multilokularnih, malih cističnih tvorbah, tedaj moramo smatrati za edino uspešno zdravljenje pljučnega E. kirurško zdravljenje.

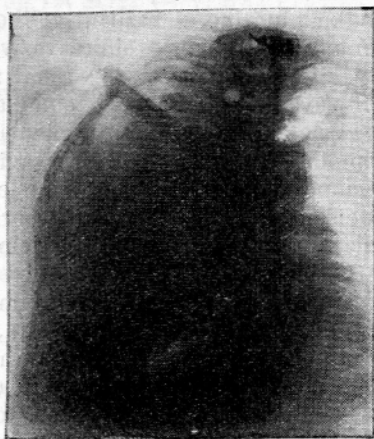
Zdravljenje E.-ciste z večkratno punkcijo in ubrizgavanjem adstringenčnih in desinfekcijskih tekočin izkazuje 63,8% umrljivosti. Vzroki teh poraznih rezultatov so: anafilaktičen šok, pogoste krvavitve, pleuralne infekcije, nevarnost raznašanja parasitov s punkcijo v doslej zdravo tkivo.

Incizija E.-ciste kaže nasprotno 80 do 87% ozdravljenj. Iz tega sledi: kirurško zdravljenje E. v pljučih bodi čim radikalnejše.

Operacija: Resekciji reber sledi točen pregled pleuralne votline. Ako pleuralna lista nista zraščena, tedaj vložimo v svrhu zraščanja in obliteracije



Sl. 1.: Pred operacijo.



Sl. 2.: Po prvi seji, s parafinovo plombo.

pleuralne votline nad mesto ciste parafinovo plombo ter rano nato v več slojih zašijemo. V drugi seji, ki sledi prvi po štirih do šestih tednih, ko smatramo, da sta pleuralna lista že zrastle, odstranimo plombo, incidiramo pleuro ter nato po možnosti cisto izluščimo; kjer je tehnično radi okolišnih zarastlin po vnetju cistične vsebine luščenje težko izvedljivo, se zadovoljimo z incizijo ciste, jo skrbno izpraznimo ter dreniramo oz. tamponiramo. Tako dela Sauerbruch, medtem ko Gerulanos takoj po otvoru pleuralne votline oba lista obšije ter cisto v prvi seji incidira. Sauerbruch ne zaupa krhkemu pleuralnemu tkivu, vsled tega izzove v izogib pleuralne infekcije po eventuelnem razpoku kapsule med luščenjem ciste, s pomočjo plombe v prvi seji zraščanje pleuralne vreče ter nato šele v drugi seji brez nevarnosti infekcije lušči ali incidira; medtem pa Gerulanos ne zaupa plombi, ki po njegovem mnenju povzroči razpok ciste v bronhus. — Po izpraznitvi in skrbnem izčiščenju ležišča v pljučih, nekateri avtorji istega široko drenirajo, drugi zopet primarno zašijejo. Nekako v sredi med njimi pa je Gerulanos, ki potem, ko je vložil v ležišče ciste kateter, ta predel cirkularno prišije na torakalno odprtino ter kateter takoj po končani operaciji odstrani.

Da dosežemo vzporedno ugodno retrakcijo pljučnega tkiva, je potrebna temu primerna, nekoliko izdatnejša resekcija reber, katero je potrebno včasih še dopolniti, če je pljučna restitucija v kasnejšem poteku nezadostna.

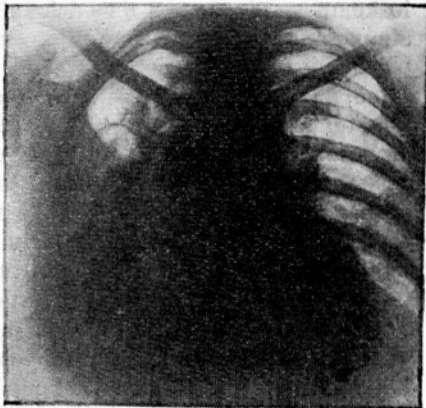
Tudi pri centralno ležečih pljučnih E.-cistah je vsled nevarnosti krvavitve radi operiranja skozi debelo plast parenhima, dobro izzvati v prvi seji kompresijo pljuč s parafinovo plombo, kar znatno olajša operacijo, ker skrajša pot do ciste.

Postoperativna komplikacija E.-ciste v pljučih je v glavnem pneumonija.

Med komplikacije E.-ciste v pljučih, predno smo dospeli do operacije, spada še v redkih primerih nastopajoče predrtje ciste v požiralnik. Sledi neizbežna gangrena pljuč. Jako redko predre cista v trebušno votlino ali v osrčje. Tedaj je nujno indicirana takojšnja laparotomija oziroma perikardiotomija z izdatno drenažo.

Demonstracija operiranega primera pljučnega E.:

Bolnica N. A., 31 let stara, premeščena na I. kir. odd. pod gornjo diagnozo s trimesečno anamnezo obolenja. Prevladuje bolečina v pljučih in močen kašelj. Močna eosinofilia. Dvokratna Echin-antigenreakcija negativna. Dg.: Tumor pulmonum (veriss. cysticus). Rentgen: okrogla ostro omejena senca v sredini desnih pljuč, ki sega lateralno do torakalne stene. — Operacija po Sauerbruchu. Prva seja: Resekcija III. do VI. rebra v dolžini 1 dm. Pleura intaktna. Parafinova plomba, zatvor. — Čez mesec dni druga seja: Odstranitev plombe, incizija ciste, popolna odstranitev membran, drenaža. — Po štirih tednih ozdravljena odpuščena. Rentgenska kontrola štiri mesece po operaciji: Status post operationem pulmonum s pleuritčnimi sencami. Objektiven kliničen ugotovitev negativen. Subjektiven počutek bolnice prav dober.



Sl. 3.: Po drugi seji, odstranitev plombe in ciste.

ZUSAMMENFASSUNG

Nach vorübergehender Erwähnung einiger parasitären Lungenerkrankungen wird eingehender der Lungenechinococcus erörtert. Nach Zusammenfassung ätiologischer, symptomatischer und diagnostischer Momente wird hauptsächlich auf die Therapie des L. E. Gewicht gelegt. Es wird als einzig angezeigte Therapie die chirurgische dargestellt. Die Punktion der Blase wird als höchst gefährlich (anaphylaktischer Chok, Blutung, pleurale Infektionen und parasitäre Disseminationen) strikt abgelehnt. Dagegen wird die radikale Operation nach Sauerbruch als Methode der Wahl anempfohlen.

Es wird ein Fall von operierter E.-Cyste, vier Monate nach der Operation vorgestellt.

SLOVSTVO

Sauerbruch: Chirurgie der Brustorgane I-2; — Jehn W.: Die Chirurgie der Lungenerkrankungen. Die tierischen Parasite der Lunge. — Kirschner-Nordmann: Die Chirurgie Bd. IV-2. — Gerulanos: Über die chirurgische Behandlung der geschlossenen Echinokokken, Chir. Kongres, Brüssel 1911. — Steinthal: Differentialdiagnose zwischen Lungenabscessen und Lungenechinokokkus. Münch. med. Wschr., H. 20, 1927. — Sauerbruch: Lungenechinokokkus. Münch. med. Wschr. (Ref. 1926.)

Ulcus cruris varicosum v kirurgiji

Dr. Boris Kunc

Varikozne ulkuse krače srečavamo vsak dan; veliko se jih zaceli po konservativnem zdravljenju, vendar je nek odstotek takih, ki so rezistentni vsaki terapiji. Ti ulkusi se večajo, postanejo še globlji, torpidnejši in so pogosto zelo boleči. Zato je popolnoma razumljivo, da je pritegnila kirurška terapija teh ulkusov nase vso pozornost. Približala se je, če lahko tako imenujemo fiziološkemu stanju s tem, da odstranimo povečane ter degenerativno spremenjene simpatične lumbalne ganglije, ki so vzrok tem spremembam. Na oboleli ekstremiteti se kažejo prav take spremembe, kakršne nastanejo eksperimentalno, če dražimo ganglije z vbrizgavanjem 50% mlečne kisline. Tudi je skupna simptomatologija: kontrahirane arterije, dilatacija ven, trofični ulkusi, bolečine ter hipotermija. Ekstirpacija obolelih ganglijev pa povzroča nasprotno reakcije. Simpatikus lahko prekinemo periferno s periarterierno simpatektomijo, katero močno propagira L'ériche in ki jo še danes uporablja pri mlajših ljudeh z manjšimi ulkusi z dobrimi ter trajnimi uspehi. Pri starejših pacientih pa je radi arterioskleroze tehnično veliko težje izvršiti periarterierno simpatektomijo, ki je zvezana z nevarnostjo okvare krhke medije, s krvavitvijo ter skoro neizbežno ligaturo arterije femoralis kot posledico. Naj dodam še en anatomski ugotovitev. Periarterielnih simpatičnih vlaken, ki potekajo od mejnega ganglija pa do konca arterije ni! Vlakna, ki gredo k ekstremitetam, potekajo v spinalnih živcih, ki segmentalno oddajajo svoje simpatične veje. Poleg tega so žile obdane z avtonomnimi živčnimi mrežami v adventiciji in s amo te prekinemo pri periarterielni simpatektomiji. Regeneracija adventicije pa se izvrši že po enem mesecu. Zato je uspešnejša, trajnejša in sigurnejša metoda ekstraperitonealna lumbalna ganglionektomija, ki ni večji poseg kakor operacija ingvinalne hernije. Ti razlogi so nas vodili, da smo izvršili pri navedenih primerih lumbalno ganglionektomijo. Dosedanje publikacije si niso enake v poročilih o uspehih teh operacij. V nemški literaturi (Rieder) čitamo o slabih uspehih zdravljenja omenjenih ulkusov z lumbalno ganglionektomijo. Vzrok tem neuspehom tiči v netočnem stavljanju indikacij. Iz posameznih poročil avtorjev ter njih uspehov sem zbral nekaj glavnih točk, ki naj bi bile smernice pri stavljanju indikacije za operacijo varikoznih ulkusov z ganglionektomijo. Razlikujemo:

1. majhne ulkuse z velikimi venoznimi razširjenji,
2. primere s težkimi trofičnimi motnjami, ulkusi, edemi, pekočimi bolečinami ter le neznatnimi varicami in
3. tip varic, ki so posledica splošne diskrazije.

Pri progredientnih primerih je tudi simptomatologija izrazitejša. Hladne modrikaste noge, silne pekoče bolečine, ulkusi — ali ni vse to znak arterielne zožitve vsled draženja degenerativno spremenjenih simpatičnih ganglijev? Ali si ne moremo razlagati venozne hiperemije, povečanja direktnega tlaka v površini ven, edemov, elefantiaze prav tako z razširjenjem venoznega sistema radi draženja simpatičnih ganglijev? Zato je popolnoma logična terapija odstranitev teh dražljajev, kar povzroča ravno nasprotno simptomatologijo.

Natančna anamneza in pregled bolnika nam vedno pokažeta, kdaj je ganglionektomija indicirana. Res lepi so uspehi pri bolnikih s trofičnimi motnjami, kjer je simpatektomija na mestu ter nas ne razočara. V izredno kratkem času se zacelijo ulkusi, ki niso več let reagirali na konservativno zdravljenje. Pri primerih z močno razširjenimi venami, kombiniranimi z ulkusi, so uspehi s samo ganglionektomijo slabi. Kajti v teh primerih tudi simpatektomija ne zožuje velikih dilatacij v taki meri, da bi mogle venozne zaklopke vršiti svojo funkcijo. Tu kombiniramo ganglionektomijo s saphenektomijo ter tako odstranimo mehanično delovanje insuficience zaklopk. Popolnoma razumljivo je, da nimamo pri samih varicah nobenih izgledov na uspeh, naj vršimo katero koli simpatektomijo.

Priprava pacienta za operacijo je popolnoma slična kot pri drugih operacijah. Prav tako so iste tudi kontraindikacije, razen če prištejemo semkaj še prekomerno zamaščenost kot edino tehnično zapreko. Pri operaciji odstranimo spodnje lumbalne ganglije, ker je v njih največ inervacijskih centrov za ožilje, dočim prevladujejo v zgornjih lumbalnih ganglijih centri za pilo- ter sudomotorje.

Priložena izvlečka dveh popisov bolezni o izredno velikih, dolgo trajajočih varikoznih ulkusih, naj bosta kot dokaz pravilnosti zgoraj navedenih načel in hkrati velike pridobitve v kirurgiji.

I. Pacient Š. J., 63 let star, ima več let rano na sprednji strani desne krače brez bolečin. Noga je zelo zadebeljena do kolena, koža modrikasta in atrofična. Varice so neznatne. V spodnji polovici je nad tibijo varikozni ulkus, večji od moške dlani in sega skoro do kosti, nima granulacij in nikake tendence za celjenje. Operacija: Desni izmenični rez v dolžini ca. 10 cm v etrovem opoju. Resekcija povečanih zadnjih dveh lumbalnih ganglijev. Fiksacija operirane ekstremitete na Braunovi podlogi. Takoj po operaciji je desna noga veliko toplejša. Po 21 dneh se je popolnoma izpolnil globoki defekt ter izravnal z ostalo okolico, tako da je bilo komaj zaznati, kje je bil prvotno ulkus. Edem noge je splahnel.

II. Pacient F. A., 70 let star, ima pet let na desni nogi rano, ki se mu na najrazličnejšo terapijo v tem času ni zacelila. Rana ga boli, cela noga je trda in težka. Na spodnji tretjini desne krače je na sprednji strani ulkus, globok skoro 1 cm, okrogle oblike, v premeru ima 6—7 cm. Močan edem kože z močno atrofijo. Na levi nogi je prav tako ulkus, vendar je mnogo manjši, ker manjka samo epidermis v premeru 1 cm. Tropa-anestezija. Desna ganglionektomija. III—IV. Operativna tehnika ista. Postoperativni potek brez komplikacij. Po 15 dneh je bil ulkus na desni nogi zaceljen, na levi je ostal neizpremenjen.

ZUSAMMENFASSUNG

Ein Überblick über die neuesten Theorien von der Entstehung des *ulcus cruris varicosum* und zwei kurze Berichte über die ausgezeichneten Erfolge bei zwei Patienten nach lumbalen Ganglionektomien.

SLOVSTVO

Gask-Ross: Die Chirurgie des sympathischen Nervensystems 1936. — Leriche: Arch. Klin. Chir. 1936. — Rieder: Arch. Klin. Chir. 1936. — Perpina: Archiv Klin. Chir. 1935. — Leriche: La chirurgie du sympathique lombaire 1935.

Kazuistični doprinos k poškodbam skočnega sklepa

Dr. Zvonimir Šušteršič

(S 3 slikami)

Stopalo je najbolj kompliciran statični aparat noge. Obolenja stopala, bodisi traumatska, bodisi druge geneze v veliki meri ogrožajo statiko ter so s funkcionalnega stališča vredna vse pozornosti. Pri terapiji poškodb na tem mestu moramo to vedno imeti pred očmi. Pravilna anestezija, dobra repozicija in pravilna fiksacija so prvi pogoj dobrega uspeha. A kljub temu, da so vse te tri naloge dobro izvršene, se v nekem procentu primerov pripeti, da nastopijo posttraumatične trofične motnje: edemi, bolečine, cianoza in mrzlost, rarefikacija kosti in artritične spremembe. Tudi Böhler, ki ima statistično menda najboljše rezultate pri terapiji prelomov, jih ne more popolnoma eliminirati. Primer, ki ga hočem prikazati je iz te grupe obolenj, kjer so do nedavnega kirurgi obstali brez moči in ki si takih primerov tudi niso vedeli tolmačiti. Gre za prelom vratu talusa z luksacijo posterior medialis glavice in prelomom obeh maleolov. Repozicija je dobro uspela. Fiksirali sicer nismo točno kakor predpisuje Böhler, a slično. Kljub temu pa je nastopila komplikacija: posttraumatska rarefikacija kosti.

Frakture talusa spadajo med redkejše prelome. Na našem oddelku, kjer zdravimo letno nad 1000 prelomov, smo imeli letos vsega dva primera preloma talusa. Primer o katerem poročam, je sledeči:

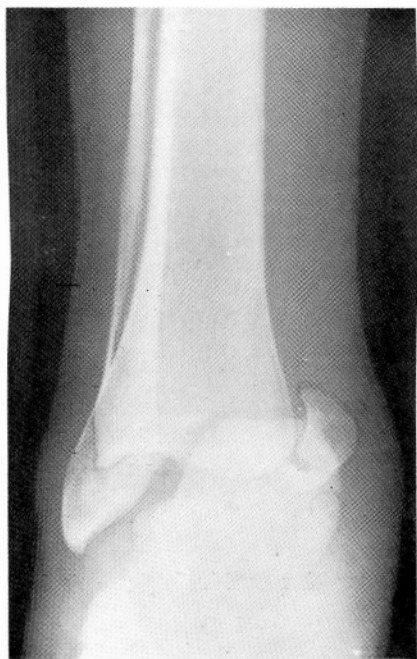
19. VIII. 1939. je bil pripeljan na oddelek Z. I., 19 let star. Pred 4 urami je počila med dvema avtomobiloma napeta veriga in ga udarila z lateralne strani po desnem členku. Ob prihodu je desni skočni sklep močno otekel, kretnje minimalne, tudi s prsti ne more gibati. Arterije dorsalis pedis ni moči tipati, noga ni cianotična. Oba maleola sta občutljiva, medialni krepitira. Radi edema je točnejša orientacija nemogoča. Zdi se, da je noga dorsalno subluxirana. Radi pozne ure tudi rentgenski pregled ni mogoč. Poizkusi se z repozicijo v etrovem opoju, kar pa ne uspe. Izgleda, da je arterija dorsalis pedis komprimirana po fragmentih, zato smo naredili ekstenzijo po Schmerzu in obtežili s 4 kg. Naslednji dan je edem še večji, arterije ni mogoče tipati.

21. VIII. 1939. rentgenska slika (glej sliko 1.) pokaže sledeče: fractura colli tali, luxatio capitis posterior medialis, fract. malleol. utriusque, aksialna dislokacija v smislu valgus-pozicije. Takoj izvršimo repozicijo v etrovi omami na Böhlerjevem aparatu; dokolenski mavec, ki smo ga naslednji dan po dolgem prerezali. Noga se položi na Braunovo opornico. Rentgenska kontrola pokaže dobro repozicijo, nakar se Schmerz odstrani.

30. VIII. 1939. se mavec zamenja ter napravi nov nadkolenski mavec, nakar smo bolnika odpustili. Svetovali smo mu pa, naj doma zaenkrat ne hodi.

29. IX. 1939. pride bolnik na kontrolo. Skočni sklep je nekoliko otekel, koža cianotična. Kretnje so v sklepu minimalne, s prsti giblje dobro. Bolečin nima. Hodil ni še nič. Rentgenska kontrola pokaže dobro stanje fragmentov. Bolnik dobi hodilni dokolenski mavec in se odpusti.

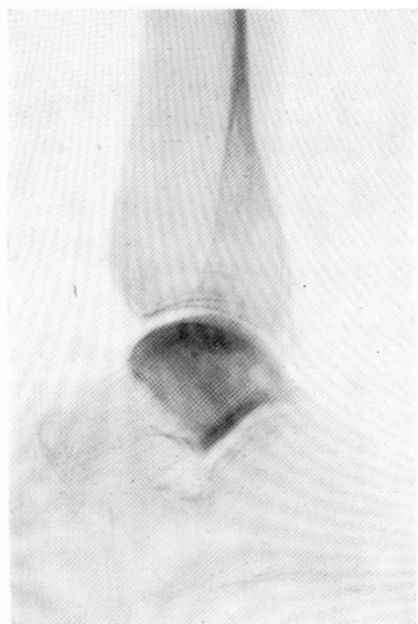
30. X. 1939. skočni sklep otekel, koža cianotična. Aktivne kretnje za ca. 20°. Bolečin nima. Palpatorno so maleoli in talus neobčutljivi. Rentgenska slika (glej sliko 2.) pokaže močno rarefikacijo (dekalcinacijo) kosti v skočnem sklepu, le glavica talusa je ostala nerareficirana. Na sliki se dobro vidi nejasna struktura z lisastimi defekti na tibiji, kalkaneusu, talusu, naviculareu in kuboidu. Sklepne ploskve so nasprotno jasno konturirane. Böhler pravi, da je najboljša terapija teh pojavov nadaljnja imobilizacija prizadetega dela z aktivnimi kretnjami v vseh prostih sklepih ekstremitete. Bolniku se torej napravi ponoven mavec in mu naroči, čim več hoditi.



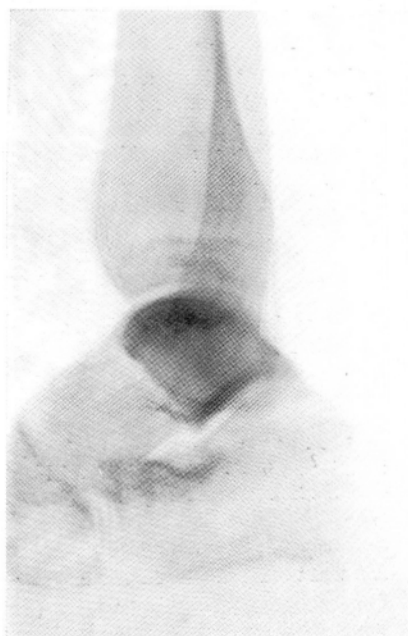
Slika 1.a
Pred uravnavo.



Slika 1.b
Stranska projekcija.



Slika 2.
Popolna atrofija skeleta.



Slika 3.
Po terapiji z 1% novokainom.
Začetna rekalcinacija skeleta.

27. XI. 1939. desni skočni sklep edematozen. Koža desne krače cianotična, hladnejša od leve. Gibi v členku kot zgoraj. Na pritisk skočni sklep občutljiv. Obtežitve noge brez mavca radi bolečin ne prenaša, kljub temu, da je doma z mavcem pridno hodil in ni imel nobenih bolečin pri hoji. Rentgenska slika (glej sliko 3.) pokaže približno isto stanje kot pred enim mesecem. Glavica talusa prav tako nerareficirana, v ostalem delu pa morda še jasnejša rarefikacija. Bolnika obdržimo na oddelku in mu dajemo spočetka vsak drugi dan, kasneje pa ca. 2krat tedensko 20—30 cem 1% novocaina v desne lumbalne simpatične ganglije. Že takoj po prvi injekciji postane desna noga toplejša, cianoza in edem izgineta (puls art. dors. ped. je bil že po prvi zamenjavi mavca 30. VIII. jasno tipljiv). Bolečin nima. Bolnik prvi teden leži z dvignjeno nogo. Po prvem tednu se mu dovoli da vstane, hodi brez težav. Ekskurzije členka za ca. 30°. Po daljši hoji mu noga sicer oteče, a takoj spet splahne, ko leže. Kasneje, ko je bolnik dobival le dvakrat tedensko novocain je dobil pri hoji spet nekoliko bolečin, ki jih je lokaliziral v distalni del tibije. A to le prehodno. Cianoze in hladnoče ni več. Ob odhodu 21. XII. 1939. more biti po štiri ure neprestano na nogah. Noga mu sicer nekoliko oteče, a takoj spet splahne, ko leže. Cianoze ni. Gibi $\frac{1}{3}$ normalnih. Bolečin nima. Dobi sandalast vložek in se z navodili odpusti. Rentgenska slika, ki je narejena 11. XII. 1939., torej 14 dni po novocainski terapiji, kaže pri natančnem opazovanju početne znake boljšanja. Struktura kosti v talusu in kalkaneusu je jasnejša, lisastih defektov je manj. Na mestu preloma se vidijo že strukturne linije, ki gredo preko preloma, posebno ob proc. med. tali. Sklepne ploskve ostre, artritičnih sprememb ni opaziti. Seveda so vse kosti še močno rareficirane in samo na podlagi slike ni mogoče z absolutno sigurnostjo govoriti o zbolšanju. Le nekateri znaki dajo sklepati na njo. Pač pa je klinično stanje prepričevalno.

Primer smo zdravili spočetka po Böhlerjevih principih. Nekrvava repozicija je dobro uspela. Böhler imobilizira v mavcu take frakture 10 do 12 tednov, nato da zavoj s cinkovim lepilom za 4 do 6 tednov; 4 tedne po repoziciji zamenja prerezani mavec s hodilno obvezo in dovoli hoditi, do takrat pa noga v mavcu počiva na Braunovi opornici. Za anestezijo uporablja lumbalno anestezijo ali narkozo. Razen nebitvenih sprememb (prvič nadkolenski mavec) smo se točno držali njegove metode. A kljub temu so nastopile tako težke postraumatske spremembe. Isto je pa tudi Böhler sam že opazil pri svojih primerih. Cesto opaža dekalcinacijo tarzalnih kosti po prelomih tala, medtem ko ostane glavica tala nerareficirana. V kasnejši dobi po poškodbi pa najde večkrat artritične spremembe (»Randzacken« na proc. post. tali). O kliničnem stanju pove le to, da imajo bolniki večje ali manjše težave. Za njihovo zdravljenje priporoča, kakor sem že zgoraj omenil, le imobilizacijo.

Kasneje smo se odločili za terapijo z novocainom. Oče te metode je Lérique. On pravi: pri traumi so močno prizadeti senzibilni živci. Tudi v kosti sami, ne samo v periostu se nahajajo senzibilne niti. Trauma sproži torej preko centripetalnih niti refleks v vegetativnih živcih, predvsem v vazomotorjih, kar povzroča nepravilno prekrvitev v poškodovanem udu. Običajno obstoji ta reakcija v perifernih vazokonstrikciji, kar se da ugotoviti s termometrom in oscilometrom. Posledice se pokažejo v vseh tkivih prizadetega uda. In kostno tkivo je tudi eno izmed tkiv človeškega telesa, ki je prav tako živo in reaktivno. V udu, ki ima oškodovano vazomotoriko, postane koža edematozna, cianotična, se sveti in se lušči. Nastopijo spremembe na nohtih, koža postane hipersenzibilna. Vezivo postane tudi edematozno, v ligamentih nastopajo edemi, skleroza, kalcifikacije. V kosteh pa nastopajo rarefikacije, ki jih je prvi opisal Sudeck, a označil z napačnim imenom »atrofija skeleta«. Končni efekt teh rarefikacij so spremembe v sklepni ploskvah v smislu artritsov, ki morejo dovesti tudi do popolnih ankiloz. Rarefikacija nastopa povsod, kjer imamo hiperemijo (predvsem aktivno), kajti dekalcinacija kosti se vrši večinoma potom osteolize. Osteoklazija igra le podrejeno vlogo. Slabo prehranjena kost

ne zapade rarefikaciji. Kot primer navaja, da mrtev zob (brez pulpe) redko zapade cariesu. Prav tako pa taka kost tudi slabo tvori kalus. »Ossification veut, dire rerafication.« Rarefikacija je torej biološka bolezen traumatiziranih. Post-traumatične spremembe so posledica vazomotornih sprememb, ki pa so zelo komplicirane. Edino, kar vemo, je aktivna hiperemija in levkocitoza ki nastopata po izločitvi simpatika. Če torej prekinemo simpatikus, prekinemo s tem tudi centrifugalno pot refleksa in onemogočimo vazokonstriktorne motnje. To se je v praksi tudi pokazalo. Po simpatektomiji (lumbalni, periarterielni) ali po prekinitvi s toksinom (novokain) se motnje, ki so nastopile v tkivih po traumi radi motenj v vazomotorjih hitro popravljajo. Možna pa je tudi profilaksa vazomotornih motenj, ki je v tem, da anesteziramo boleči del in tako izločimo reflekse. Léríche zdravi vse frakture, ki niso potrebne repozicije in fiksacije z novocainom. Uspehi so po njegovih poročilih dobri. To je na kratko Lérícheova teorija o boleznih, ki jo imenuje »ostéoporose algique posttraumatique«.

Če primerjamo Lérícheov in Böhlerjev način zdravljenja fraktur, vidimo, da sta si diametralno nasprotna. Léríche gleda na kost kot fiziolog in jo zdravi tudi s stališča fiziologa, kot tkivo, ki je podvrženo vsem zakonom živega tkiva. Böhler pa dela predvsem kot statik, kot mehanik. Kosti so mu vzvodi, ki jih je treba čim popolneje in točneje zvariti. In vendar dela tudi on po principih fiziologa, čeprav morda podzavestno, intuitivno. To se tudi kaže v uspehih. Saj ima najboljše uspehe pri terapiji kostolomov na svetu. Böhler zahteva pred repozicijo dobro lokalno anestezijo. S tem izloči dražljaj, ki povzroča vazomotorne motnje. Na to reponira in fiksira. S tem odpadejo vsa trenja in tudi dražljaji, ki bi lahko povzročali bolečine. Z gibanjem pa povzroča aktivno hiperemijo in vazodilatacijo. Léríche pa izloči reflekse z dnevno injekcijo novokaina. Tajnost izrednih Böhlerjevih uspehov je najbrž baš ta predhodna anestezija. Na našem oddelku se držimo v glavnem Böhlerjeve šole. Pač pa ne anesteziramo vsake frakture takoj ob prihodu, kakor to zahteva Böhler. Če fraktura ne zahteva posebnih manipulacij, jo damo v mavec brez anestezije. Tudi narokozo česče uporabljamo. Kirurgi, ki zdravijo frakture po Böhlerjevi šoli imajo nekoliko slabše uspehe, kot jih navaja Böhler v svojih statistikah. Enako tudi mi. Imamo česte komplikacije v smislu traumatskih rarefikacij. Mislim, da to deloma zato, ker premalo uporabljamo lokalno anestezijo. Tudi Böhler je opazil, da pri poškodbah talusa, kjer za repozicijo redkeje uporablja lokalno anestezijo, česče nastopa dekalcinacija kosti. Ali ne govori tudi to za Lérícheovo teorijo? Čim prej in čim popolneje odpraviti vazomotorne motnje je dejstvo, ki prepreči nastop posttraumatskih rarefikacij. V našem primeru je nastopila ta komplikacija. Ko je zdravljenje dekalcinacije po načinu, ki ga priporoča Böhler, ostalo brezuspešno, smo se odločili za poseg na simpatiku. Poizkus je uspel. O definitivnem uspehu sicer še ne moremo govoriti. Lahko bi bilo to izboljšanje le prehodnega značaja. Toda po dosedanjem poteku sodeč, imamo pravico, da sklepamo na dober končni uspeh. Morda bi bila v tem primeru operativna prekinitev simpatika bolj umestna. Toda to je bil naš prvi primer, ki smo ga na ta način zdravili in se nismo mogli odločiti takoj za ta poseg. Z uspehom pa smo zadovoljni. Tako hitrega izboljšanja ni pričakovati z nobeno drugo terapijo. Ze po prvi injekciji je nastopilo jasno klinično izboljšanje. Definitivne sodbe o Léríchevi metodi še ne moremo izreči. Zaenkrat imamo še premalo izkušenj z njo. Poleg tega primera zdravimo na oddelku nekaj distorzij z novocainom. Zdi se, da so distorzije, ki pridejo takoj v zdravljenje, zelo hvaležne za zdrav-

ljenje z novocainom. Enkratna lokalna injekcija brez vsake fiksacije doseže v nekaj dnevih popolno klinično ozdravljenje. Poleg tega pa bolnik t a k o j po injekciji lahko hodi in ni potrebna neprijetna mavčna obveza. Na podlagi tega kar smo dosedaj videli moramo reči, da je Lérichova metoda vredna vse pozornosti. O naših uspehih pa bomo poročali kasneje, ko bomo imeli več materiala.

R É S U M É

L'auteur réfère sur un cas de raréfaction osseuse de l'articulation tibio-tarsienne. La maladie suivit la fracture et luxation du talus, malgré une réposition parfaite. D'abord, on traita le cas par une immobilisation dans un pansement de plâtre. Puisqu'on ne remarqua pas un signe d'amélioration, on commença avec suppression d'activité du sympathique par la injection de la novocaïne en ganglion lombaire. Le succès était cliniquement incontestable. L'avis définitif sur la méthode on prononcera plus tard.

S L O V S T V O

L. Böhler: Technik der Knochenbruchbehandlung. — R. Lérique: Physiologie et pathologie du tussu osseux. — R. Lérique et R. Fontaine: La chirurgie du sympathique lombaire.

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

Inkrustiran tumor mehurja

Dr. Slavko Rakovec

(Z 1 sliko)

O inkrustiranih tumorjih mehurja je medicinsko slovstvo dokaj skopo. To je deloma razumljivo, saj je vsakomur poznana nagnjenost sečnega mehurja k tvorbi konkrementov in inkrustacij, kakršne ne najdemo v nobenem drugem organu. Urin je pač tekočina, ki je prenasočena s številnimi solmi. Nekateri cenijo to nasičenost na 7 do 14 krat večjo od topljivosti soli v enaki količini vode. Ni čuda torej, da že najmanjše spremembe in pretresi v kemični in fizikalni strukturi urina privedejo do odlaganja soli in s tem tudi do tvorbe konkrementov in inkrustacij. Take spremembe povzročajo predvsem infekcija in zastoj urina. Posebno znane so inkrustacije tujih teles. Samo po sebi je razumljivo, da se morejo inkrustacije tvoriti tudi okoli tumorjev, o čemer pa ni mnogo pisanega v medicinskem slovstvu.

Vendar se mi zdi vredno napisati o tem nekaj besedi z ozirom na primer tumorja, ki sem ga imel priliko pred kratkim opazovati in ki je poučen radi diagnostičnih težav, ki jih je povzročal ravno radi inkrustacije.

16letni trgovski vajenec je prišel 9. VII. 1939. na urološki odsek radi 6 dni trajajoče hematurije. Krvavitev je bila jako močna. Kri je šla v koščkih. Iz anamneze še izvemo, da opaza bolnik take krvavitve že od svojega 9. leta starosti, vendar poredkoma, približno vsakega pol leta. Te krvavitve so nastopale brez kakega vidnega zunanega vzroka, so trajale 2 do 3 dni in zopet same od sebe prenehale. Bil je vedno slaboten in bled, sicer pa vedno zdrav.

Status praesens: Gracilen, primerno razvit fant. Vidne sluznice jako blede. Sahli 20. Riva-Rocci 130/90. Urin krvav. Albumen ++. V sedimentu urina mase eritrocitov, posamezni levkociti, nikalih bakterij.

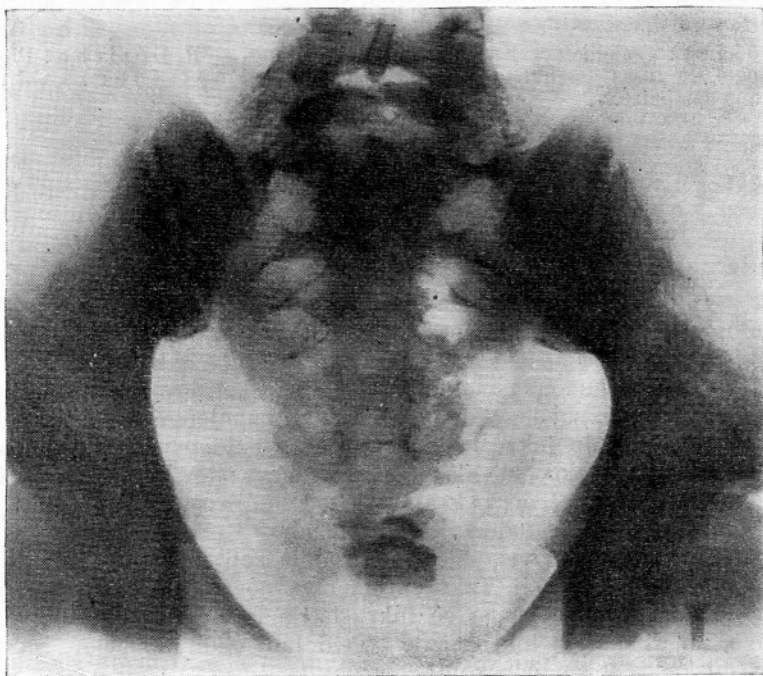
Cistoskopski izvid: Kapaciteta mehurja 200 ccm. V trigonumu mehurja vidimo dva za lešnik velika okrogla konkrementa, ki ležita drug ob drugem, sta hrapave površine in sivkastobele barve. Trigonum v okolici lahko edematozen. Ostala sluznica mehurja in oba ureterna ostija nežna, brez vsakih sprememb. Intravenozno injiciran

indigokarmin izločata oba ostija po 6 min. v krepkih curkih. Rentgenogram mehurja (slika) povsem potrjuje cistoskopski izvid.

V mnenju, da gre za solidne konkreme, je bila izvršena v euscopanovi anesteziji litotripsija. Pri tem je presenetilo, da ni bilo čutiti pri trenju nikakega pravega odpora in da je pri tem nastopila tako močna krvavitev, da je bilo potrebno ponoviti transfuzijo krvi, ki je bila izvršena tik pred tem.

Pri izpiranju mehurja smo videli samo par drobcev konkrementa. Ker krvavitev ni prenehala, je bila naslednji dan izvršena operacija v lokalni novokainovi anesteziji. Zdaj šele smo videli — mehur je bil odprt per sectionem altam —, da krvavitev izvira iz za oreh velikega, dvoglavega tumorja, čvrste konzistence, ki leži v sredini trigonuma in ima srednje široko bazo. Tumor se je v zdravem ekscidirali in nastala rana sešila. Primarni šiv mehurja. Po operaciji ni bilo nikake krvavitve več. Rana se je primarno zacelila.

Cistoskopski izvid 5 mesecev kasneje (16. XII. 1939.): Brazgotina v trigonumu nežna; nikjer nikakega sledu o tumorju. Bolnik je brez težav. Urin je vedno čist.



Kljub nagnjenosti mehurja k inkrustacijam, so vendar inkrustacije pri tumorjih redke. Pri papilomih jih pač ne vidimo nikdar, pri karcinomih le tedaj, če so eksulcerirani in obstoja vnetje mehurja. In še v teh primerih so inkrustacije omejene običajno na manjše dele, tako, da diagnostično ne delajo prav nikakih težav, nasprotno jih lahko le olajšajo, ker napravijo tumor na rentgenski sliki viden. Vsi drugi tumorji so v mehurju redki. V našem primeru je pa bil tumor popolnoma prevlečen z inkrustirano skorjo, da je povsem sličil konkrementu in tumor sam cistoskopsko sploh ni bil viden. Primer je nanesele, da je ležal tumor ravno na onem mestu, kjer morajo pri običajni legi bolnika med cistoskopiranjem konkrementi zaradi gravitacije ležati. Edina možnost cistoskopsko spoznati tumor bi bila v določitvi premakljivosti navideznega konkrementa; vendar imamo tudi konkreme, ki so fiksirani zaradi vdolbinaste strukture mehurja. Diagnoza je bila tako postavljena šele med operacijo, ko je že bila inkrustirana skorja po litotripsiji odstranjena.

Primer je zanimiv še iz drugega vidika. Histolog (prof. Plečnik) je podal o strukturi tumorja sledeče mnenje: perithelioma (malignum); poleg tega: myxomatozno tkivo in cholesteatom (teratom). Kasneje je pri ponovni preiskavi še dodal: Ca planoepiteliale; vezivo tu pa tam mucilaginozno spremenjeno; holestearinski kristali. — Klinični izvid in dolgotrajni potek — saj je od prve krvavitve preteklo 7 let — v našem primeru prav gotovo ne govori za prvotno maligni tumor.

Tumorji mehurja so pri mladostnikih vobče jako redki in če kje, imamo tu pravico misliti na kongenitalni izvor. Znano pa je, da so razmeroma pogosti pri mladoletnih teratoidni tumorji, ki se po Wilms-u razvijejo vedno v trigonumu iz sklerotomskih celic, raznesenih po Wolff-ovem vodu in ki imajo polipozno obliko. Mislimo, da bi tudi v našem primeru morda mogli tumor prišteti označeni vrsti, nakar je mislil tudi histolog. Neredko so dermoidi prevlečeni z epidermalno prevleko in lasmi, ki povzročajo inkrustacije tumorja. V našem primeru je bila zaradi litotripsije inkrustirana prevleka uničena in odstranjena, tako da je preostala gmota bila samo še iz jedra in baze. Na ta način bi bila razlaga inkrustacije sicer gladkega tumorja v nevneti okolici lažja.

ZUSAMMENFASSUNG

Bericht von einem inkrustierten nußgroßen Blasen-tumor in der Trigonum-gegend, der so vollkommen mit der inkrustierten Kruste überzogen war, daß cystoskopisch und röntgenologisch nichts von einem Tumor zu sehen war und erst die starke Blutung nach der Lithotripsie die wahre Natur entdeckt hat.

SLOVSTVO

Lichtenberg, Voelcker, Wildbolz: Handbuch der Urologie.

Vejališče za naše strokovno besedje in izrazje

Vejata cand. med. Pleterski Miro in Žilič Marijan

Gotovo so vsi slovenski medicinci iskreno pozdravili dobro voljo gospoda dr. Černiča po ustvaritvi slovenske medicinske terminologije.

Vendar moramo ugotoviti, da se je lotil g. dr. Černič tega dela na zelo nepripraven način, ki je sicer med Slovenci že od nekdaj v navadi, ki pa nosi deloma krivdo, da Slovenci ne rastemo iz sebe, ampak da je naš napredek le pasivna posledica napredka v svetu. Prav ta tradicionalni način je kriv, da morajo naši veliki ljudje, kot n. pr. Cankar, pisati »Krpanove kobile«. — Ali ni škoda?

Prepričani smo, da je bil dr. Černičev namen pozitiven, ko je pričel vejati v zadnjih številkah »Zdravniškega vestnika« Plečnikov »Repetitorij«. Ali, pri tem je imel zelo nesrečno roko. Storil je tako, kot je bilo najbolj v skladu s slovensko tradicijo: ob dvajsetletnici naše medicinske fakultete nasipa nanjo žveplo in ogenj in ugotavlja negativno bilanco njenega dela ter označuje Plečnikovo delo ne samo kot jalovo, marveč celo škodljivo, saj pravi, da je naša anatomija napravila v pogledu anatomske terminologije »več zmede kot resnega dela«. Te besede je napisal g. dr. Černič tako rekoč za uvod svojemu vejanju Plečnikovega »Repetitorija«, ki ga imenuje poslovenjeni nemški repetitorij, prav tako kot je Plečnik skromno napisal v podnaslov tega svojega velikega dela.

Naj se g. dr. Černič zamisli v položaj slovenskega medicincea, Plečnikovega učenca. Saj je imel po tej dr. Černičevi ugotovitvi marsikakšen medicinec

občutek kot človek, ki je s slastjo pojedel pečenko, pa so mu kasneje povedali, da je bila mačja. Večina medicincev pa si je mislila: »Prepozno ste prišli, gosp. dr. Černič, Plečnikov »Repetitorij« ima že svojo tradicijo!« Da, in lahko rečemo, da je ta tradicija večja, kot pa tradicija prejšnjih avtorjev na polju anatomske terminologije, s katero je Plečnik deloma prelomil in kar mu g. dr. Černič tolikanj zameri.

Ne želiva napisati jezikovne razprave, temveč v interesu objektivnosti je, da pokaževa, da delo g. dr. Černiča ni na znanstvenem nivoju, pa ne morda zato, ker ni pisano »sine ira et studio« — saj pravi Carrel: »La pensée ne grandit que chez ceux qui sont capables d'amour et de haine« — ampak zato, ker ne pozna dovolj Plečnikovega »Repetitorija«, ker se poslužuje napačnih dokazov, da bi z njimi ovrgel nekatere Plečnikove izraze, ker je nedosleden, ker je pristranski in ker slednjič nima za jezikovno kritiko potrebnega znanja.

Da se ne bo zdelo, da so najine ugotovitve iz trte izvite, naj navedeva nekaj primerov:

G. dr. Černič piše: »Pred ljubljansko anatomijo smo poznali »možgane« za cerebrum, »male možgane« za cerebellum, »podaljšani hrbtni mozeg« za medullo oblongato, »možganske opne« ali »možganske mreže« za meninge, »lobanjsko dno« za basis cranii. In nato citira Plečnika: Cerebrum: »lobanjski mozeg«, cerebellum: »možganci«, medulla oblongata: »vezni središč«, meningi: »odeje lobanjskega in hrbtne mozga«, basis cranii: »lobanjski spodek«. Gosp. dr. Černič pravi, da te Plečnikove besede zamegle predstavijo. Nama in najinim kolegom je niso, zato se nama zdi, da g. dr. Černič ne pozna dovolj »Repetitorija« in če mu Plečnik ni dovolj jasen, naj prečita še enkrat »Repetitorij« na strani 285., 298., 309. ter 325. in jasno mu bo, da predstavlja Plečnik pravilno za cerebrum (syn. encephalon) v odnosu k medulli spinalis — »hrbni mozeg« — »lobanjski mozeg«, za cerebrum kot telencephalon »možgane«, za cerebellum pa »možgance«. Zato je »lobanjski mozeg« dober izraz, ker nam pomaga ločiti dvojni pomen, ki ga ima »cerebrum«.

Misliva, da »središč« kot izraz sam po sebi ne moti g. dr. Černiča, kajti srednješolskega »debla« smo menda pač vsi siti. Anatomsko pa »vezni središč« veliko bolj odgovarja kot pa »podaljšani hrbtni mozeg«, kajti medulla oblongata ni samo neposredno nadaljevanje hrbtne mozga v lobanjski mozeg, ampak na njej se pojavijo formacije, katerih medulla spinalis nima (pyramide, olive, corpora restiformia), poleg tega pa vezni središč posreduje zvezo med možgani in možganci ter zvezo s hrbtnim mozgom.

Plečnik pozna »odeje lobanjskega mozga«, ker te »odeje« odejajo mozeg. Kaj misli g. dr. Černič o prefiksu pri »odevati«, ko pravi, da se pravi odeji pokriti tako, da kritje ni okrog in okrog? Sicer pa Šerko sam, ki rabi izraz »ovoje«, nikdar ne pravi, da n. pr. arachnoidea ali pa dura ovijajo centralno živčevje. Ovija se kača okoli debla in poznamo rastline ovijalke. Ali potem takem n. pr. dura res ovija možgane?

Zakaj se je Plečnik ognil »lobanjskega dna«? »Dno« je izraz, ki se uporablja šestokrat popolnoma abstraktno, ponajveč pa kot geometrijski pojem in je zato ta izraz prešibak za basis cranii.

Mišice obdaja perimysium ext., posamezna vlakna pa perimysium int. Te mrenice prehajajo v kite, kite pa lahko drče po nožnicah ali koricah iz čvrstega veziva, ki omogočajo, da je mišica fiksirana še v tretji točki v slučaju, kadar ne poteka v premici, to je najkrajši razdalji med narastiščem in pripenjalščem mišice. Tem nožnicam pravi strokovna literatura »vagine tendinum«.

Torej treba je ločiti izraza »perimysium« in »vagina tendinum«. Ne veva, kako pride g. dr. Černič do tega, da zameri Plečniku, ko pravi za vagine tendinum »korice« (mogoče je g. dr. Černič mislil na perimysium, kajti v tem stavku se ne izraža jasno), ne pa »odeje« kot za lobanjski in hrbtni mozeg. Omenila sva funkcijo, ki jo opravljajo vagine tendinum in g. dr. Černič napravi grobo napako, ko pravi, da je bistvo in pojem odej centralnega živčevja isto z bistvom in pojmom vagine tendinum. Tako nam seveda g. dr. Černič ne more dokazati nevzdržnost Plečnikovih izrazov.

Plečnikovi učenci pravimo membrani tympani »bobnilo«; gosp. dr. Černič predlaga »bobnič«. Toda bobnič je majhen boben, membrana tympani pa ne kaže posebne podobnosti z bobnom, temveč samo s kožo na bobnu, po kateri se bobna in ki je bobnilo.

G. dr. Černič odklanja Plečnikove lopute, češ da je to onomatopoetična beseda in da te lopute ne dajejo nikakega zvoka. Vendar smo že vsi avskultirali n. pr. aortine lopute. Sicer pa če loputa nalahko loputa sem in tja, ali pa če smo daleč, je ne slišimo, pa je vseeno loputa. Pa saj je veliko besed, ki so onomatopoetskega izvora, pa se ne rabijo več v prvotnem smislu. In, da ne pozabiva pokazati v okrepitev najinih spredaj navedenih trditev na dr. Černičevo nedoslednost, naj omeniva, da je tudi poklopec, ki ga g. dr. Černič predlaga po Erjavcu, onomatopoetskega izvora. G. dr. Černič je očitno pristranski.

Izraza »očesna in sramna poka« bi bila upravičena pravi g. dr. Černič, če bi kdaj kaj počilo. Ne dvomiva, da bi g. dr. Černič ne vedel, da očesna poka ni od vsega početka, da je bila tam poprej celina, kajti »gube za veke nastanejo v sedmem tednu; v začetku 3. meseca pa se robovi zrasedejo in veke se razstavijo šele tik pred rojstvom zaradi degeneracije osrednjega dela duplikaturne proge na mestu poznejše rimae palpebrarum« (Dubreuil: »Lessons d'embriologie«, p. 281.). Tudi sramna poka ni imela ves čas te oblike, saj je bila vagina v 5. mesecu epitelijska duplikatura, brez vsakega lumena. Zato ni pravilno, ko pravi g. dr. Černič, »da tu nekaj reži, kar se ni zraslo«, prav nasprotno je resnica. Sicer pa režijo n. pr. vrata, in skozi te reže lahko piha.

Čudiva se, da g. dr. Černič ne ve, kako je funkcionalno in filogenetsko nastala cervikalna zdebeline. Čudiva se nadalje, kako more kritizirati izraz, ki je tako fino funkcionalno-filogenetsko utemeljen in ki ne more anatomsko pač nikogar begati. Seveda tudi izraz »zadebeljina« ni napačen, kajti saj ni res, da bi prefiks »za« pomenil, da je morala biti kakšna zadebeljina že od nekdaj. Smučarji dobro poznamo snežne zatrepe, ki jih napravi veter, ki pa niso od zmeraj.

Žilje je zelo lep izraz, toda anatomsko ni točen, kajti prvotno (sklepava po korenu besede) so bile žile le arterije. Danes pa pravimo žile arterijam, venam, živecem, kitam, govorimo tudi, da je meso žilavo, koder je veliko vezivnega tkiva. Plečnikova »obtočila« pa so nedvoumna.

Bulji samo oko, pravi g. dr. Černič. Koder ni očesa, ni ne buljenja, ne buljine. Upam, da g. dr. Černiču ni neznano in mu zavljo tega ne bo težko razumljivo, da se tudi brez očesa lahko kaj izbulji in je uporaba tega izraza prav za oko drugotna, prenešana.

V zadnji številki »Zdrav. vest.« smo čitali, kako Plečnik utemeljuje »široko in ozko črevo«. Sploh bi ne bilo napačno, če bi se obrnil g. dr. Černič na gosp. prof. Plečnika ali pa na njegove učence, da bi mu povedali, kako Plečnik tolmači ta ali oni izraz.

Sinus Morgagni je žepno, saj bi lahko deli vanj roko kot v žep, če bi bil le večji. Če je pa podoben mošnjiču (včasih so bili v navadi mošnjiči za denar ali tobak, ki so se dali zadržniti), se pa g. dr. Černič lahko prepriča.

Ko predlaga g. dr. Černič »jetrni spodek« za porto hepatitis, nam postane jasno, da ni razumel Plečnikovega »lobanjskega spodka«. Kako ga je mogel torej kritizirati! Naj izvoli g. dr. Černič ob priliki pogledati, čemu je porta hepatitis bolj podobna, vratom ali lini?

Zakaj bi samo prestavljali, zakaj bi ne imeli boljših izrazov, kot jih pozna mednarodna terminologija, če je to mogoče. Ne bodimo tako ponižni! Saj to je vendar element, ki že kaže na našo rast in samostojnost. Zakaj bi samo capljali za drugimi in videli zgolj iz ponižnosti vrata, koder je lina, nekaj debelega, če je le široko itd.

»Kako daleč vsaksebi sta si Ješe in Plečnik«, vzklika g. dr. Černič! Nič hudega! Mar naj bi dejal Plečnik očesni sluzini steklovina, če nima s steklom nič opraviti, vek trepalnica, če pa ni, saj vemo, da nam trepalnica večkrat »pade v oko«, veka pa nikdar.

Nato vzporeja g. dr. Černič Plečnika z g. dr. Zalokarjem. Ali ni boljše, da ostane Plečnik pri »grljanu uterusa« kot pa, če bi mu dejal vrat, saj ga uterus nikdar ne vrti, ali bi ne bilo škoda, da bi se Plečnik oprijel »popkovine« namesto »popkovnice«, ko ne gre za material, iz katerega je zgrajen funiculus umbilicalis, marveč za funiculus umbilicalis sam.

Zakaj g. dr. Černič kritizira samo Plečnika? Zakaj se posmehuje izrazu sad, ki ga navaja Plečnik za embrio, ko pa smo včasih vsak dan molili »blagoslovljen je sad tvojega telesa«. Naj vpraša g. dr. Černič ginekologa g. dr. Zalokarja, če nima »sad greha« ničesar opraviti z ginekologijo in zakaj bi bila izpeljanka od »kosem«, »kosmat« ali »kosmast« tako kosmata. Mladi chorion ima na vnanji površini nežne, mehke kosme in ne rese, zato je kosmata koža in ne resasta. Ni pa nikakor na mestu, da bi sodili chorion po izgledu njegovega dela izven posteljice, in to še v kasnejši dobi (chorion laeve!), ko so kosmi drugotno usahnili in je chorion res nežen.

Zakaj naj bi bila »uprhljivka« humoristična? Saj prhljaj na glavi tudi ni tako zelo humor vzbujajoč!

Po vseh teh primerih upam, da so najine trditve, ki sva jih navedla spredaj, dovolj utemeljene.

Zavrača dr. Mirko Černič, Maribor

Kar sem nameraval, ko sem bil l. 1937. zdrmal slovensko zdravniško terminologijo iz mrtvila, da namreč »izzovem naše besednjakarje, da v bodoče ne bodo več tako zanemarjali zdravstva, kot so to delali doslej, in zdravnike, predvsem one, od katerih je odvisno jezikovna šolanost našega zdravniškega naraščaja, da bodo bolj pazili na pravilnost jezika v zdravstvu oziroma da priobčijo svoje strokovno besedje« (Zdrav. vest. 1937. str. 76.), to sem dosegel vsaj deloma: od besednjakarjev se resda doslej ni oglasil javno še nobeden, kar ni čudno, ker v stroki, kot je naša, besednjakar po poklicu sam ne more kaj prida začeti. To sem spoznal tudi sam in javno povedal (Zdrav. vest. 1939. str. 64.). Tudi oni, od katerih je odvisna jezikovna šolanost našega naraščaja, molče. Oglašajo se pa mlajši kolegi in kolegice, celó najmlajši, medicinci. Kakor je prvo dejstvo — molk poklicanih in odgovornih — značilno za dvajsetletne razmere na naši medicinski fakulteti, tako je drugo — oglašanje mlajših in najmlajših — raz-

veseljivo. Vsakdo, komur je mila in draga slovenska zdravniška beseda, mora to samo pozdravljati.

Kakor pri vsaki važni zadevi, se tudi tu ustvarjata dva tabora — na obeh je, da si ne bosta sovražna, pa če so si njihova mnenja še tako navskrižna! Radi tega ne bo nápak, če povem nekaj o načinu razpravljanja.

Že od nekdaj sem bil pripravljen, da v vsakem boju teče »kri« na obeh straneh — kdor gre v boj ali je na odgovornem položaju, mora vedeti, da bo »udarce« ne samo dajal ampak jih tudi dobival. To je eno! Drugo je sledeče: ljudje smo nositelji idej, dobrih in slabih; če prevzemam in odobravam ideje, s tem že eo ipso povzdigujem tudi njihove spočetnike, nositelje, razširjevalce; če jih pobijam, pade senca tudi nanje, zakaj popolnoma ločiti ljudi od njihovih idej je nemogoče; razen tega imenujem dostikrat osebo zaradi kratkoče, mislim pa na njeno delo ali nedelo. In tretje: kot beli dan je jasno, da je eden bolj drugi manj temperamenten, kakoršna mu pač polje kri po ožilju, temu primeren je tudi njegov slog, ki je svojstven za vsakogar.

Prevejavati ono, kar sta navejala današnja vejavca, nimam namena. O tem, dali imata prav ona dva ali jaz, oziroma prof. Plečnik ali drugi naši zdravstveni pisatelji, odloča predvsem življenje in praksa, »usus tyrannus«, je temu rekel nekdo. Na vsak način bo tisti, ki bo sestavljal slovenski zdravniški slovar, pobral klena zrna od tu in tam. Na nekaj pa moram opozoriti. Vejavca trdita, da nimam za jezikovno kritiko potrebnega znanja. Letos poteka 30. oziroma 29. leto, odkar sem napisal prvo strokovno knjigo: »Telesni naš postanek, razvoj in konec«, Gorica 1910. in prvi »Donesek k zdravniški terminologiji«, Naši zapiski 1911. Če vejavca, od katerih do sedaj kljub budnemu očesu nisem opazil niti ene brazdice na našem zdravstvenem polju, odrekata jezikovno kvalifikacijo meni, komu neki jo potem priznavata! In od kod jezikovno znanje njima?

V svojih dosedanjih člankih o naši medicinski fakulteti sem pokazal in dokazal, da je prvih 20 let svojega obstanka vršila zgolj eno poslanstvo: pomagala je dajati državi in narodu zdravnike. Vse drugo: tvorba trajnih duševnih vrednot, emanacija njenega duha širom rodne zemlje, formiranje novih generacij, dopolnjujočih notranjo zgradbo narodne kulturne enote, kakor to zahtevata od slovenske univerze njena profesorja Vidmar in Melik, znanstveno delo in znanstvena terminologija, kakor je obljubljal profesor fakultete same Serko, je ostalo neizpolnjeno. Mi, ki smo se borili za slovensko vseučilišče že takrat, ko je bilo to nevarno, smo prepričani, da fakulteta ne hodi po pravih potih: s svojimi jezikovnimi in drugimi posebnostmi se je popolnoma izolirala, ona ne sodeluje z nikomer in nihče ne sodeluje z njo, ne doma, ne v Jugoslaviji in ne po svetu. Zdaj išče celo »boljših izrazov, kot jih pozna mednarodna terminologija«. Današnja vejavca pravita temu »rasti iz sebe«, drugi, ki smo hodili malo po svetu, pa s strahom opažamo, da ta »rast iz sebe« postaja dúhovna izolacija ne samo fakultete, marveč tudi našega zdravniškega naraščaja. Dúhovna izolacija pa poraja enostranost, pristranost, nezrelost — vse to je dúhovna smrt vsakega vseučilišča! Zaradi tega smo se odločili v tretjem desetletju njenega obstanka zvoniti plat zvona: ne v posebnostih, ne v izolaciji je poslanstvo naše medicinske fakultete, marveč v sodelovanju z vsemi, ki hočejo in morejo sodelovati, in v povezanosti s svetovnimi zdravstvenimi tokovi. Če bomo tudi v najmlajših kolegih dobili somišljenike in sobojevnike, tedaj naše zvonjenje ne bo brezplodno!

Bitja in žitja

Dr. David Verbec



Bakrorez iz »Exercit. de peste«

Dr. Verbec je bil potomec ljubljanske patricijske rodbine. Njegov oče Jožef je bil kranjski deželni uradnik, njegova mati Marija roj. Steklinova hči uglednega meščana. Rodil se je v Ljubljani 1578., promoviral je v Padovi. Okrog 1600. je emigriral, ker se ni hotel odpovedati protestantizmu. Bil je potem fizik v Speierju, Stuttgartu, Augsburgu in Ulmu. V slednjem mestu je umrl 1630.

Njegova dela so:

1. Disputatio de temperamentis. Kempten, 1598.
2. Tractatus de peste, Kempten, 1671.
3. Exercitationum Medicarum super dispositione quadam de pesteliber unus. Kempten, 1618.
4. Exercitationum de peste libri duo. Kempten, 1619.
5. Homo non Homo, sive monstrum Tubingense. Kempten, 1618.
6. Davidi Verbii, Carno-Lubeani, Philosophi ac Medici Augustani, pro Raimundi Mindereri, Medici olim Augustani, disquisitione iatro-chymica de Chalcantho disputatio. Augsburg, 1626.

7. Disquisitio Iatro-chymica de Chalcantio. Strassbourg, 1633.

Dr. Verbec je po svojem pojmovanju paracelzist.

Njegov sin, dr. Aleksander Verbec, je deloval v južni Nemčiji ter je mlad umrl.

Njegov brat Janez je bil prvi in v dobi do 1700. tudi edini slovenski lekar-nar v Ljubljani.

Dr. I. Pintar.

Vprašanja — Odgovori

Vprašanje: Glej »Zdravniški vestnik« št. 8.—9. 1939.

Odgovor: V št. 8.—9. lanskega »Zdravniškega vestnika« je sprožil ko-lega Kremžar, Domžale vprašanje, ki je tudi pri nas zadnji dve leti na dnevnem redu: je-li potrebna tetanusova profilaksa pri ranah; če je potrebna, do kdaj po poškodbah; je-li zdravnik odgovoren, če ni injiciral seruma, in kako naj se zdrav-nik štiti pred odgovornostjo, če ranjenec injekcijo odkloni?

Glasovi, ki so se čuli v mednarodnih debatah o potrebi in nepotrebi profi-lakse, so v enem soglasni: v vojni je profilaksa potrebna! Angleži so šli še dalje in izvajajo tako zvano aktivno imunizacijo proti tetanusu s tetanusovim anatoksinom, to je, vojakom vbrizgavajo pred odhodom na bojišče trikrat alum-toxoid, da jih tako še pred eventuelno ranitvijo aktivno imunizirajo proti tetanusu. Takisto delajo Francozi s tako zvanim Ramonovim anatoksinom. Nemci so 1. oktobra 1939 izdali št. 9 a »Behringwerke-Merkblätter«, katerih znanstveno besedilo pregleduje Zavod za eksperimentalno terapijo Emil von Behring. Tu imajo med vojnimi serumi na prvem mestu tetanusov serum. Ker je v tem opozorilu na kratko povedano prav vse, kar zanima vsakega zdravnika, naj to opozorilo priobčim:

»Tetanusov serum služi za profilakso in terapijo mrtvičnega krča.

Za tetanusovo obolenje je treba, da pridejo tetanusove klice skozi vnanje poškodbe v rane in da tam dobe primerne razmere za rast in razmnožitev. Tetanusov bacil raste anaerobno brez kisika, vendar nikakor ne docela anae-robno, marveč že zmanjšana množina kisika, kakor je običajna v odmrlem tkivu in okoli njega (n. pr. v sesedeni krvi, v raztrganinah in zmečka-ninah, okoli raznovrstnih tujkov, pri zmrzninah in ožganinah) zadostuje popolnoma njegovim potrebam. Ne širi se po telesu nalik bacilom plinskega prisada, marveč ostane na prisadnem mestu, izločuje tu strup, ki pronica od tu in dospje končno v osrednje živčevje, ker je med obema neka posebna privlačnost.

Razvojna doba mrtvičnega krča je različno dolga, pač po kraju infekcije in po tem, kako dotične kali strup razvijajo, zakaj tu štejemo za inkubacijo tisti čas, ki ga tetanusov toksin potrebuje, da pride v prenasičeni množini v celice osrednjega živčevja. Šele zastrupljenje osrednjega živčevja sproži bolezenske znake. Po katerih potéh pride strup do možgan, še ni popolnoma dognano.

Za pripravljanje tetanusovega seruma se uporabljajo konji in govedo. Za konserviranje ima serum 0.5% phenola. Množina antitoksina je navedena v mednarodnih enotah. Ena mednarodna enota je polovica ameriške. Tetanusov serum mora biti državno preizkušen.

Profilaktična doza znaša za odrasle in za deco nekako 3000 mednarodnih antitoksinovih enot.

V vojni je treba načeloma smatrati vsako strelno in vbodno poškodbo ter ožganino za okuženo s tetanusovimi bacili. Pri vsaki poškodbi je treba torej dati profilaktično dozo seruma.

Injicirati je treba tudi, če je med tem preteklo že več ur. Če je bila poškodba razsežna, njena zamazanost huda in če je poteklo delj časa do injekcije, je treba dozo ali kar podvojiti ali pa jo čez nekako 3—4 dni ponoviti, zakaj tuji serum se tako hitro izločuje, da je antitoksični vpliv seruma vsak dan manjši, da se torej lahko zgodi, da nastane pri masivni infekciji ali pri posebnem živahnem proizvajanju strupa kljub enkratnemu vbrizganju seruma vendarle tetanus.

Ce se pokažejo prvi na tetanus sumljivi znaki, je treba velikih doz, najmanj 60.000 antitoksinovih enot, ki jih damo istočasno intravenozno in intramuskularno. Pri izrazitem tetanusu je treba vbrizgati najvišje doze antitoksina intralumbalno in intraventrikularno, v hudih primerih ponovno.

Varstveno injekcijo dajemo smiselno pod kožo, da sta resorpcija in izločevanje kar moči počasna in potemtakem antitoksična imunost daljša. Za mesto injekcije vzamemo ranjeni ud. Nikakega smisla nima vbrizgavati v neposredno okolico rane, odsvetujemo tudi vbrizgavati serum v največjo bližino glavnih živčnih povesem. Če ni ranjena ekstremiteta, tedaj vbrizgamo podkožno izpod ključnice na prsih. Serum je 600 kratni, varstvena doza znaša potemtakem 5 cm³.

S tem je odgovorjeno na prvi dve vprašanji, v vojni tudi na tretje; v miru večina avtorjev prepušča presoji zdravnika, da injicira ali ne, češ da je kirurgična profilaksa proti tetanusu v tem, da rano najskrbneje izrežemo in zašijemo, če pride ranjenec v prvih 6 urah, če pa rane ne moremo popolnoma izrezati — pomislimo samo na odrgnine na obrazu, na rokah, na kolenih — ali če ranjenec pride po več kot 6 urah k nam, tedaj je treba rano pustiti odprto in profilaksa je nujna.

Jaz dajem že izza svoje klinične dobe profilaktično injekcijo brez izjeme pri vsaki rani, o kateri nimam prepričanja, da krvavitev odplavi prav vse kali, ki so prišle v rano, zakaj ne morem si misliti, kaj bi naredil, če kedaj ne bi injiciral, pa bi doživel tetanus. Še nikdar nisem doživel tetanusa pri svojih poškodovanih. Če bolnik injekcijo odkloni, tedaj si to zapišem v zapisnik, ki velja za uradni dokument. Moj učitelj prof. Hochenegg nam je nujno priporočal, ravnati vsikdar tako, kot da bi bili prepričani, da je vsak bolnik naš sovražnik, ki špekulira na naš rovaš. Hochenegg je šel nekoč celo tako daleč, da je, sluteč zahrbtnost pri bolnici z rakom na prsih in odklanjajoči operacijo, napisal pismo z njenim imenom, diagnozo in opozorilom na operacijo, pismo zapečatil, ga naslovil nase in oddal pošti, ki mu ga je drugi dan dostavila; dostavljeno pismo je neodprto shranil in to ga je rešilo zanke, katero so mu bili nastavili špekulanti. Mislim, da bi pri vsakem nepristranskem sodniku zadostovalo, če mu pokažemo zapisnik, kjer smo zapisali, da je poškodovanec nasvetovano profilakso odklonil.

Dostavim naj še, da smatrajo Francozi po injekciji aktivno imunizirajočega Ramonovega antitoksina profilaktično antitoksinovo injekcijo za odveč. Angleži pa si predstavljajo, da njihov alum-toxid učinkuje ne samo z antitoxinom v krvi, marveč tudi tako, da razdraži retikuloendotelialne celice, ki morebitno kasnejšo okužbo s tetanusovimi bacili pobijajo z nastajajočim antitoxinom.

Dr. Černič, Maribor.

Iz zdravniškega slovstva

Interna medicina

Bošnjaković Bogoljub: Pomen zdravljenja čira na želodcu s preparati histidina. (Lekar, št. 246, 1939.)

V 12 primerih čira na želodcu in v 58 primerih čira na dvanajstniku je avtor preizkušal histidinski preparat Larostidin »Roche«. Pri čiru na želodcu so moški potrebovali običajno 2 kuri po 20 injekcij, dočim je pri ženskih bolnicah zadostovala že ena sama kura. Pri čiru na dvanajstniku je avtor običajno zdravil v dveh serijah injekcij, često tudi v treh. Vsi bolniki so istočasno imeli ulkus-dieto.

Pri čiru na želodcu so v 75% vseh primerov izginile subjektivne težave, pri 16% je prišlo do zboljšanja in le pri 9% ni bilo zaznati uspeha. Zboljšanje je nastopilo običajno že med 5. in 8. injekcijo. Čir je izginil v 66%, zmanjšal se je v 25% in le v 9% ni bilo opaziti nobene spremembe. Ženske reagirajo v splošnem boljše kot moški. Pri njih izginejo subjektivne težave popolnoma, splošno stanje se kmalu popravi in ulkus izgine običajno že po prvi seriji injekcij.

Pri bolnikih s čiri na dvanajstniku so v 65% izginile subjektivne težave, zboljšanje pa je nastopilo v 22,5%. Ulkus je izginil v 17% in se je zmanjšal v 24,5%.

V zvezi z rezultati pri zdravljenju s pomočjo histidina na eni in s samo dieto na drugi strani je ugotovil avtor, da so pri histidinskem zdravljenju izginile težave v 75%. dočim pri samem dietalnem le v 46%. Pri ženskah je bil ta uspeh še večji, ker so te težave pri histidinski terapiji izginile v vseh primerih. Pač pa avtor ni opazil večje razlike med enim in drugim zdravljenjem pri čiru na dvanajstniku. Zato je tu posebno priporočljivo združiti histidinsko zdravljenje z dietalnim. Med tem ko je pri dietalnem zdravljenju izginil čir šele po šestih tednih, je nastopilo pri histidinski terapiji ozdravljenje že po 20 injekcijah, to je po 20 dneh.

Dr. Z. M.

B. Kattendidt: Krvna sedimentacija netočna? (Münch. med. Wschr. št. 51, 39.)

Avtor opisuje Westergreenovo metodo in pravi, da je prišel s poizkusi do zaključka, da ta metoda ni dovolj zanesljiva. Napravil je poizkus pri nekem pacientu, ki mu je odvzel kri in jo dal po isti tehnični metodi v dve pipeti. Ko je po eni uri odbral rezultat, je ta kazal v prvi pipeti 67, v drugi pa 26. Torej je ista kri v eni pipeti globoko padla, v drugi pa je ostala na mnogo višji stopnji. Avtor poudarja, da je pipete čistil ne samo z vodo, temveč tudi z alkoholom in jih tudi dobro osušil. Radi vsega tega je napravil poizkuse na več kot dve sto primerih in prišel do zaključka, da je Westergreenova metoda točna mogoče v $\frac{2}{3}$ primerov, v $\frac{1}{3}$ pa dela tako velike napake, da dá misliti. Zato tudi ni ta metoda tako enostavna kot se zdi na prvi pogled. Zakaj je bil v nekatereh primerih v obeh pipetah rezultat isti, v drugih primerih pa ne? To je najbrže radi tega, ker sta bila kri in natr. citr. enkrat dobro premešana, drugič pa ne. Najbolje je zmešati tako, da natr. citr. in kri 2—3 krat pipetiramo in izpipetiramo in potem šele pustimo v pipeti do končnega rezultata. Strogo je treba paziti, da je natr. citr. 3,8%, da je izotoničen in da ga vzamemo natančno pri množini 1,6 cm krvi 0,4 cm. Pipeta mora stati navpično, temperatura pa mora biti primerna, t. j. sobna. Brizgalka mora biti suha. Zaužita hrana in tekočina ne vplivata na hitrost sedimentacije eritrocitov.

Dr. M. Z.

Dr. E. Premeru: Smrt od električnega toka, (Lij. Vjes. št. 9/39).

Moderna uporaba elektrike kot pogonskega sredstva v najrazličnejše svrhe, od industrijskih pa do najmanjših hišnih del, je dovedla adekvatno do nevarnosti nesreč. Staro mišljenje, da je nevarnost toka odvisna izključno od napetosti se je pokazalo kot zgrešeno, ker so v mnogih primerih ostali pri življenju ljudje, skozi katere je šel tok

5000 ali še več voltov, a na drugi strani je mnogo manjša napetost (n. pr. 50 V) ubila človeka.

V svojem delovanju na človeški organizem nima električni tok pravil. Če si predočimo, da je električna smrt le navidezna smrt, potem je dolžnost zdravnika, da brez odlašanja in v vsakem primeru nudi prvo pomoč z vsemi razpoložljivimi sredstvi, ki so mu pri roki. Vsako, če tudi najmanjše pomišljanje je lahko usodno.

Prvo pomoč nudimo takole: osvoboditi moramo ponesrečenega stika s tokom, vsekakor seveda z opreznostjo. Prvo in najvažnejše pa je takojšnje umetno dihanje. Umetnega dihanja ne smemo opustiti dve, tri ali pa še več ur in smemo prenehati z njim samo tedaj, če so res nastopili sigurni znaki smrti. Srce moramo masirati, intrakardijalno vbrizgati izotonične raztopine, v katerih ni kalcija. Bolniku ne smemo dati nikake hrane, ker lahko nastopi bruhanje in s tem se otežkoči dihanje. Veliko pažnjo je treba posvetiti vsebini želodca, ker pri umetnem dihanju lahko iztisnemo hrano iz želodca in tako lahko zamašimo dihalne poti.

Dr. M. Z.

Oto-rino-laringologija

Davis in Rommel: Zdravljenje naglušnosti in sličnih živčnih motenj s Prostigminom. (Archives of Otolaryngology, zv. 29, 1939.)

Rommel je napravil dva poizkusa s Prostigminom »Roche« injek. pri neki 60letni ženi in 67letnem moškem, ki sta bila naglušna. Oba sta opazila po 4 dneh zdravljenja, da slišita boljše. Škodljivo delovanje je opazil le pri dveh ženah v menopavzi, ki sta pa imeli izredno veliko golšo. Obe sta čutili močno utrujenost in razdraženost. Davis je doslej zdravil 28 bolnikov z akutnim zaprtjem Evstahijeve cevi in s tinitusom. Skoro v vseh primerih je bila ta motnja v zvezi z izredno naglušnostjo. In samo pri nekaj bolnikih je moral dati za zboljšanje 5 Prostigmin injekcij, čeprav je bila motnja stara več kot mesec dni. Sporedno je zdravil tudi konservativno. Dva pacienta, ki sta bila naglušna, pa sta bila zdravljena le s Prostigminom in je pri enem motnja izginila po 3 dneh, pri drugem pa po 4 dneh. V dveh primerih je tudi nastopil recidiv po 3 do 4 tednih, ki pa je po ponovnih Prostigmin injekcijah izginil.

Avtorja sta poleg tega zdravila še 33 pacientov s kronično naglušnostjo s tinitusom. Izboljšanje je nastopilo počasnejše, ali vendar z uspehom. Dozacija je bila 2—3 Prostigmin injekcije na teden.

Dr. N. N.

Prof. Haymann: Različne vrste devijacije nosnega septuma, njih posledice in odstranitve (Med. klin. 1939/42).

Zelo redki so primeri, kjer je nosni septum raven. V približno 80% je bolj ali manj skrivljen ali pa ima različno oblikovane izrastke na eno ali obe strani. To so v veliki večini primerov fiziološke anomalije rasti, kjer igrajo različni dedni pojavi veliko vlogo. Večje spremembe na septumu (s) pa lahko dovedejo do bolezenskih sprememb (motnje pri ventilaciji nosa in obnosnih duplin, otežkočen odtok sekreta, napake pri govoru in kozmetične napake. Najvažnejše pa je vsekakor otežkočeno dihanje skozi nos. To lahko povzroči naslednje bolezenske pojave: katar grla, sapnika, tub in srednjega ušesa; nadalje faringealni kašelj, jutranje bruhanje in prebavne motnje zaradi požiranja sekreta, ki se izteka v grlo. Tudi vnetje obnosnih duplin lahko nastane radi devijacije s. Često vidimo, da se po uspeli operaciji na s. izboljšajo bolezni kot tuberkuloza, pljučni emfizem, bronhialna astma. Znane so zveze med devijacijo s. in refleksnimi nevrozami in celo pri Basedowu so videli zvezo s spremembami na s.

Seveda pa moramo vedno ugotoviti 1. ali je kakšen patološki pojav v zvezi z otežkočenim dihanjem skozi nos in 2. ali povzroča slabo dihanje sprememba na s. (V poštev prihajajo namreč še druge stvari: aspiracija nosnih kril, nosni polipi, zoženje hoan, adenoidne vegetacije, povečanje spodnjih školjk). Za indikacijo operacije ni

važna oblika in velikost s, ampak edino po njem povzročeno otežkočeno nosno dihanje ter njega posledice. Devijacijo ali zadebelenje s. moremo dandanes ozdraviti edinole z operacijo (submukozna resekcija po Killianu). Kontraindikacije so: Težka arterioskleroza, krvne bolezni, splošna oslabelost, visoka starost, akutne infekcijske bolezni, sveža kataralična obolenja. V otroški dobi moramo biti z indikacijo posebno previdni in pri operaciji skrajno konservativni. Submukozne resekcije nosnega s. so hitro in brez komplikacij dobre. Najpogostejša komplikacija je angina, smrtnih primerov pa je le 0'1%. Dr. Sl. P.

Dermatologija

Dr. F. Kogoj: Zdravljenje endemičnega luesa v Bosni in Hercegovini. (Med. pregl. 8, 1939.)

V prvem delu svojega članka odgovarja avtor na sumnjo Dojmija, ki jo formulira v stavku: »Glavni problem je v tem, ali se ne bo endemični sifilis v Bosni in Hercegovini, ki ima po dosedanjih opažanjih izrazilo benigni dermatotropni karakter vsled terapije modificiral in napadel živčni sistem?«

Kogoj je v ta namen pobudil ekspedicijo zdravnikov na teren endemijskega sifilisa, da bi se potom zdravniških anket na terenu samem razbistrila nerazrešena in sporna vprašanja o kliniki in terapiji endemičnega sifilisa. V letih 1934. in 1935. so bile take ankete v srezu travniškem in bugojanskem. Njihovi zaključki so zbrani v knjigi: Endemični sifilis v Bosni (Zagreb 1939, HZ in ŠNZ).

Avtor navaja, da se je Glückova trditev, da obstojajo bistvene razlike med kliniko endemičnega in sporadičnega sifilisa pokazala za napačno. Izkazalo se je nasprotno, da se endemijski sifilis simptomatsko ne razlikuje od sporadičnega. Razlika je samo v epidemilogiji. Tudi pri endemijskem sifilisu v Bosni se pojavljajo primarni afekti, leukoderma, aortitis, tabes in paraliza.

Avtor naglašja posebno 3 primere progresivne paralize in 2 primera taboparalize. od katerih ni bil nobeden antiluetično zdravljen, od 22 jasnih primerov tabesa se jih predhodno ni zdravilo 10, od 12 nejasnih primerov tabesa sta se zdravila samo 2, od 5 primerov aortitisa se ni zdravil nihče. Na podlagi teh izsledkov avtor sklepa, da antiluetično zdravljenje ni bilo vzrok za nastanek paralize, tabesa in aortitisa. Torej pri zdravljenju endemičnega luesa ni potrebno jemati v obzir pomislekov o nepovoljnem delovanju antiluetičnega zdravljenja z ozirom na nastanek vaskularnega in živčnega sifilisa.

V drugem delu svojega članka avtor razpravlja o načinu zdravljenja endemičnih sifilitičnih žarišč. Število 100.000 endemičnih sifilitikov se od leta 1905. pa do danes ni bistveno skrčilo. Zmanjšalo se je samo število sekundarnih in terciarnih luetičnih simptomov, posebno težjih. To pomeni, da je lues postal latenten. Tudi infekcioznost se ni zmanjšala v toliki meri, da bi padlo število endemičnih sifilitikov. Torej dosednji način antiluetičnega zdravljenja ni obrodil željenega uspeha.

Večina ljudi je bila nezadostno zdravljena, kure so bile večinoma nepopolne, turnusi nepravilni. Le neznatno število ljudi je prejelo 2 do 3 popolne kombinirane kure. Vzroki za to so bili najčešče zunanji: delo, neprehodnost terena pozimi, sramežljivost (zdravnice za muslimanske žene!) in pomanjkanje sredstev.

Teren endemijskega sifilisa je zelo prostran in večkrat težko pristopen. Hotelo se je nuditi pomoč čim večjemu številu ljudi. Nujna je bila posledica, da so se sicer zazdravili simptomi luesa, niso se pa ozdravili ljudje in niso postali trajno neinfekciozni.

Zato je treba koncentrirati akcijo proti endemijskemu sifilisu na manjše predele in šele po kompletni asanaciji tih predelov pričeti z delom drugod. Samo na ta način bo zagotovljena možnost sistematskega zdravljenja. Vsa akcija mora biti namesto eksten-

zivna, čim bolj intenzivna in osredotočena na manjša področja. Zajeti je treba vse bolne ljudi in jih ne izpustiti iz rok preden ne bo doseženo njihovo trajno ozdravljenje in trajna neinfekcioznost.

Dr. A. M.

Nevrologija — Psihatrija

E k b o m : Zdravljenje akroparestezije z Acetylcholinom (Acta Psychiatrica et Neurologica Bd. 14, H. 1 in 2, 1939).

Avtor je zdravil mnogo pacientov radi bolečin, ki so jih čutili v sklepih. Stari so bili 20—69 let. Pri podrobnejšem raziskovanju je avtor ugotovil, da je jakost obolelih sklepov manjša. Na dinamometru je ugotovil pri 12 pacientih zmanjšano moč mišic, pri 3 pa je bila moč ene roke za polovico manjša od druge. Avtor je take bolnike zdravil z Acetylcholinom »Roche« intramusk. dnevno po 0,1 gr, šestokrat tudi vsak drugi dan. Tu in tam je dal tudi 0,2 gr. Povprečno je uporabil 10 injekcij, nekateri pacienti so dobili zvečer še supozitorij po 0,3 gr Acetylcholina. Večina bolnikov je prenesla zdravlilo brez motenj. Po uporabi Acetylcholina je bilo zboljšanje pri 13 pacientih jako dobro, pri 5 samo delno, in pri 3 primerih ni bilo opaziti uspeha. Kontrola po 2—4½ mesecih je pokazala, da je nastal od prvih 13 bolnikov le pri 3 recidiv, pri onih 9 pacientih pa je ostalo stanje še vedno zadovoljivo in le pri 2 se je stanje ponovno poslabšalo.

Dr. N. N.

E k b o m : Nevrološke težave po lahkih poškodbah. (Nordisk Medicin Bd. 3, No. 36, 1939.)

Avtor poroča o 12 primerih reflektornih motenj, povzročenih po lahkih poškodbah, od katerih jih je bilo 9 zdravljenih z Acetylcholinom »Roche«. Pri teh nevroloških obolenjih so nastopile vegetativne in trofične motnje ali pa tudi psihični simptomi, kot strah, nespečnost, razdraženost itd. Pri mnogih je nastopilo po zdravljenju zboljšanje.

Dr. N. N.

H. A d l e r : Myasthenia, Basedow in Thymusova funkcija. (Dsch. Med. Wschr. No. 23, 1939.)

Myasthenia gravis pseudoparalytica je bolezen, ki začenja običajno pri mišicah na licu, katero vsaka infekcija poslabša in napram kateri smo bili do pred kratkim brez moči. Walker je l. 1934. ugotovil, da injekcija physostigmina promptno, a le za kratek čas odstrani vse miastenične simptome. Jollyeva miastenična reakcija, ki obstoji v tem, da se pri miasteniji progasta mišica na faradični tetanizirajoči tok mnogo hitreje utruji in postane nerazdražljiva, nam da možnost ugotovitve latentne miastenije. Pri miastenikih se je v 50% primerov autoptično našla hiperplazija thymusa. Pri psih se je z implantacijo thymusa mogla povzročiti myasthenia. Sauerbruch in Haberer sta pri več miastenikih z ekstirpacijo thymusa zboljšala stanje. Avtor pri obsevanju thymusa z rentgenom ni videl posebnih uspehov, pač pa često med obsevanjem miastenične napade. Zato nujno priporoča, da damo pacientu pred obsevanjem injekcijo physostigmina. Pri Morbusu Basedow se najde često povečan thymus. Večkrat vidimo adinamijo predvsem progastih očesnih mišic. Na Sauerbruchovi kliniki so mogli tekom dveh let pri mnogih basedovikih ugotoviti pozitivno miastenično reakcijo. Adinamijo pri M. Basedow moramo torej smatrati za pravo miastenijo in jo je mogoče s physostigminom odstraniti. Postoperativne komplikacije slabosti mišic in cianoza so često miasteničnega izvora in se da bolnika rešiti z injekcijo physostigmina. Diferencialna diagnoza med nervoznim in miasteničnim postoperativnim napadom je možna le z Jollyjevo reakcijo in je važna, ker utegne biti pri prvem physostigmin škodljiv. Avtor nujno priporoča pred operacijo Basedow-strume ugotoviti miastenično reakcijo. Haberer je že prej na podlagi kliničnih izkustev priporočal, da pri M. B. odstranimo tudi thymus, čemur se avtor na podlagi gornjih izsledkov pridružuje.

Dr. Sa. P.

Balneologija

Dr. Suhateanu in dr. Tanasescu: **Parenteralna aplikacija mineralne vode Herkulanskih toplic (Romunija).** (Poroč. 4. ted. med. balk. u. 1936).

Avtorja sta poizkusila z injekcijami z vodo žveplenega vrelnca (Ileana) pri bolnikih, ki niso bili za kopeli, to je takih z akutnimi sunki revmatizma, z visokim tlakom in oslabljenih. Injekcije bolniki dobro prenašajo, lokalnih in fokalnih reakcij ni, splošne reakcije so redke, nastopa edino občutek toplote, ki nikakor ni neugoden. Šoka ni. Bolniki so bili obvarovani tudi pred kopališko krizo (crise balnéaire). Terapeut. uspehi: analgezija bolnega tkiva, dolgotrajna subfebrilnost preneha, nabreklost sklepov splahne, eksudati izginejo in obenem okorelost (brez salicila). Kontraindikacijo z ozir. na neučinkovitost tvorita tuberkul. in skarlat. revmatizem. Injekcije se aplicirajo v kožo trebuha ali stegna, 20 cm 4—6 krat, redko 10, izjemoma več. Nov način zdravljenja, da se bolniki okoristijo emanacij in postanejo sposobni za kopeli in obenem obogatitev krenoloških sredstev.

Dr. M. K.

Dr. Horia Slobozianu: **Črnomska obala Romunije z ozirom na talasoterapijo** (Poroč. 4. ted. med. balk. u. 1936.).

Črnomska obala Romunije je dolga 400 km, od teh je 120 km obrežja peščenega. Vzporedno z obalo se nahajajo slana jezera z blatnim dnom. V celem je tu 15 obmorskih kopališč (Konstanca, Mangolia, Balcie itd.). Druga kopališča ležijo med morjem in slanimi jezeri, ki vsebujejo mnogo NaCl, Mg, Br, Fe, Al, Si, S. Ta jezera nudijo slane in blatne kopeli. Blato je rastlinskega, živalskega in mineralnega izvora. Omeniti je med temi kopališči Budaki in Carmen-Sylva. Podnebje ima nekaj skupnosti s stepnim kakor Južna Rusija, vendar ublažuje sosesčina morja neugodne stepne vplive. Indikacija: limfatizem, skrofuloza, osteoartikularna tbc., ginekološke afekcije.

Dr. M. K.

Dr. Marinesco, dr. Munteanu, dr. Holban: **Fangoterapija (ft.) v Tekirghiolu (T.)** (Poroč. 4. ted. med. balk. u. 1936.).

Začetki ft. segajo v egipčansko dobo; uporabljali so Nilovo blato. Znanstveni začetki pričenjajo v sred. XVIII. stol. po odkritju raznih blat v Franciji, Nemčiji in Italiji. V Romuniji in Rusiji so začeli s ft. istočasno, potem ko so ugotovili enak biokemičen sestav in terap. učinek Odeških jezer in Thegirkioleskega jezera. T. jezero je morskega izvora; med mineralnimi substancami, raztopljenimi v vodi in organskimi s. rastlinskega (cladophora, aktinomycetes itd.) in živalskega porekla, se vršijo kem. procesi. Med mineralnimi snovmi prevladuje NaCl (84%), nato sledijo Mg soli, K, Br, koloid. S. V veliki množini puhti H₂S, poleg tega še NH₃, CO₂. Blato je glinasta, smetanasta in mastna masa, pomešana s finim peskom, črne barve (radi oksidacije FeS in Fe (OH)₂ in FeO).

Mrzle kopeli so v rabi pri splošni oslabeledosti, fizični in duševni izčrpanosti, rekonvalescenci itd. Tople vodne kopeli se uporabljajo pri občutljivih revmatikih, ki močno reagirajo in pri otrocih. Indikacija za tople blatne kopeli: kron. revmatizem, primarni in sekund. (resistenten nasproti salicilatom, go), artralgijske po frakturah in luksacijah, distorzije, hydrarthros, ginekološke afekcije. Kontraindik. se ravna po stanju notranjih organov.

Dr. M. K.

Razno

Witold Michałkiewicz: **Estetika in zdravniški študij.** (Now. Lekar. 6, 1939.)

Prvi rektor poznanske univerze Heliodor Swieciecki se je vedno zanimal za vprašanja lepega in umetnostnega v medicini. Vedno je trdil, da se pri zdravniškem študiju v dijaku poraja smisel za umetnost, zlasti za plastiko. Zakaj ne bi univerza te nerazvite težnje k lepemu gojila in podpirala? V zdravnikovo življenje bi tako prišel nov element,

ki bi razširjal njegovo miselno obzorje, njegovo čustvenost, kar bi bilo velikega pomena pri izpolnjevanju napornega zdravniškega dela.

Zato naj bi bili vsi prostori in delavnice, v katerih se uči in dela zdravniška mladina taki in tako opremljeni, da bi dijake navdušili za lepoto, ki je v njihovem delu.

Pri urejevanju anatomskega instituta poznanjske univerze so posebno pazili na to, da so vse tako uredili, da bi okolica mogla čim ugodneje vplivati pri dijakih na smisel za lepoto. Sicer bo marsikdo podvomil, da li se sploh dajo urediti sekcijske dvorane, v katerih leže trupla, »estetično«. Brez dvoma je človeško telo na zunaj in na znotraj tako, da nas zadivi z lepoto in urejenostjo. Šele gnitje in razpad navdajata človeka z odvratnostjo. Samo delo nad preparati, kakor tudi vsaka kirurgična operacija lahko nekoga navdajata z gnusom, drugemu sta pa estetična stvar, kar pač zavisi od umetnosti poudarjanja samega predmeta. Profesor Rauber je ocenjeval dobre preparate z besedami: to je lepo, to je divno, to je krasno. Risarski teoretik Karol Blank trdi, da je človeško telo delo najodličnejšega risarja, vsi najbolj harmonični izrazi so združeni v človeški podobi, ki ima največje bogastvo oblik in izrazov.

Torej je anatom najbližji temu, kar je najvišji izraz umetnosti. In k splošni anatomiji je prirasla posebna veja: plastična anatomija. Ta silni razmah anatomije pa, kakor avtor citira Gaugina, je prinesel skupno z razvijajočimi se drugimi prirodnimi vedami v umetnost dobo nereda in je mamil umetnike, ki niso mogli odoleti svojemu prirodnemu divjaštvu, da so zašli na stranpota.

Če pa nasprotno pogledamo zgodovino plastike, kakor avtor citira Sobeskega, potem opazimo, da se je grška umetnost najpreje pobrigala za odlično anatomijo predno je poizkušala izraziti nastrojenja duha.

Tudi srednjeveški menih-slikar je gledal z očmi anatoma: plastično je risal okostje asketičnega, izmučenega telesa pod usehlo kožo.

Največjo važnost je zadobila anatomija v renesančni umetnosti. Michelangelo se je učil anatomije v podzemlju samostana San Spirito v Firencah. V tem delu ga je vodil anatom Realdo Colombo. Tako je delal tudi Benvenuto Cellini z anatomom Berngaren de Capri. Leonardo da Vinci, avtor citira Kostaneckega, je prvi ustvaril nerazdružno vez med anatomijo in umetnostjo. Sprva je delal skupno s slavnim anatomom Antoniom della Torre, kasneje je postal tudi v tem samostojen in je narisal krasen anatomski atlas. Če torej gledamo, kako se plastiki zanimajo za anatomijo, se vprašujemo, da li se tudi na drugi strani najdejo ljudje, ki so tvorci umetnostnih vrednot, ali so jim vsaj privrženi, jih goje in se zanje zavzemajo.

Avtor citira nato poljske anatome-risarje in kirurge-risarje ter slovstvo, kjer najdemo njihove slike.

Bolezen je simbol nereda in nelepega v organizmu. Zdravnik se bori proti vsem tem hibam — za lepoto zdravlja. Pri tem delu mora imeti dušo, ki razume vrednost lepote in umetnosti.

Saj je ves zdravniški poklic »ars«.

Avtor nato opisuje poznanjski anatomski institut in prilaga mnogo nazornih slik, ki kažejo, da je njegov članek res napisan v okviru, ki zadovoljuje zdravnika-esteta.

Dr. A. M.

Perović D.: O novi latinski terminologiji v anatomiji. (Lij. Vjes., br. 11, 1939.)

Že nekaj časa sem je v rabi nova jenska latinska anatomska terminologija. Ena tretjina vseh imen je izmenjana v večji ali manjši meri. 1. Ukinjena so vsa imena avtorjev, n. pr.: Fallopija, Vidius, Malpighi, Santorini, Winslow, Monro, Purkinje itd. 2. Popravljenе so vse stvarne napake v nazivih, n. pr.: plica lata uteri namesto lig. latum uteri; chorda uteroinguinalis nam. lig. teres hepatis; mesohepaticum ventrale nam. lig. falciforme hepatis; chorda urachi nam. lig. umbilicale medium itd. 3. Poprav-

ljene so vse jezikovne napake, n. pr.: musculus deltoideus prej m. deltoideus; os sphenoides (os sphenoidale); vertebra thoracica (v. thoracalis); crista ilica (c. iliaca); musculus fibularis longus in brevis (m. peroneus longus in brevis); promunturium (promontorium) itd. 4. V bazelski nomenklaturi toliko pogosta oznaka superior in inferior ter anterior in posterior je eliminirana povsod, kjer je bilo le mogoče. Namesto superior in inferior so vzete oznake cranialis in caudalis, torej arteria thyreoidea cranialis in caudalis; art. mesenterica cranialis in caudalis; vena cava cranialis in caudalis. Namesto anterior in posterior pa ventralis in dorsalis, torej spina ilica ventralis; musculus scalenus ventralis, medius in dorsalis itd.

Sklep je dobil nov naziv, namesto articulatio se sedaj zove articulus, limfna žleza lymphonodus namesto lymphoglandula itd.

V drugem delu članka navaja avtor za vsako specialno medicinsko vedo kopico novih izrazov.

(Bog ve, kako so se šele mednarodni anatomskejevejci udarili med seboj, predno so se zedinili za novo anatomsko terminologijo?!... Op. prev.) Dr. M. Z.

Nove knjige

Prof. Dr. Gottfried Holler und Dr. Robert Pflieger: *Spezielle Symptomatologie und Diagnose innerer Erkrankungen*. II., III., IV. Lieferung. (Specialna simptomatologija in diagnostika notranjih bolezni, II., III., IV. snopič.) Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien; generalno zastopstvo za Jugoslavijo: Adolf Mostbeck, Beograd, Obilićev Venac 32/I.

Od opozorila ob priliki I. snopiča spredaj navedenega dela v 5. številki lanskega Zdrav. vest. so izšli nadaljnji trije snopiči (obsegajoč 967 strani), tako, da leži zdaj knjiga pred nami v celotnem obsegu. Nočem naštevati vseh podrobnosti obširnega dela, omenim naj le gotove značilnosti, zakaj tudi ti snopiči so kakor prvi pisani v jedrnatem, vsebinsko zgoščenem, a vendar lahko umljivem slogu.

V II. snopiču nadaljuje in konča pisec poglavje priznakov in prepoznav bolezni srca in krvnih žil. Poleg opisa raznih srčnih hib in manj važnega drobiža redkejših žilnih obolenj, bi predvsem opozoril na simptomatologijo in diagnostiko aortne aneurizme in esencialne hipertoniije, ki sta razloženi nazorno in izčrpno; podan je pester niz subjektivnih in objektivnih bolezenskih znakov, ki nas večji del približajo pravi diagnozi, včasih pa tudi puste povsem na cedilu.

Dalje je v tem snopiču pregled priznakov, ki so odraz bolnih prsnih organov, razen srca in večjih žil. Obširneje se bavi pisec s kašljem, z bronhitidami, pljučnimi krvavitvami in z različnimi infiltrativnimi procesi pljučnega tkiva. V razlaganje teh bolezni so tudi vpletene najnujnejše preiskovalne fizikalne metode, ki so pač potrebne za dokončen bolezenski ugotovitev.

V istem snopiču načenna pisec, a v prihodnjem konča simptomatologijo trebušnih bolezni. Z izrednim čutom za stvar so opisane trebušne bolečine, od difuzne pa do lokalne. Ni čuda, da jim je posvečenih mnogo strani, saj je vendar spoznava značaja trebušnih težav napram mnogim drugim n. pr. pljučnim in srčnim marsikdaj zapletenejša in težja; razen tega zahtevajo prve pogostejše nujnejšo in izdatnejšo, včasih celo kirurško pomoč, kakor druge notranje bolezni. Pisec sam je čutil precejšnjo praktično vrednost pravega in pravočasnega dognanja krivde trebušnih obolenj, ki jih je, predvsem v obliki lokaliziranih bolečin, obdelal do zadnjih odtenkov diferencialno spoznavnih možnosti. Omenim naj, da je n. pr. razdelil lokalne tegobe v gastralgijo, v hipohondralgijo, iliakalgijo, lumbalgijo in sakralgijo — razdelba, ki je sicer nekam topo-

grafska, a dokaj praktična. Poglavje trebušnih bolečin je vredno ponovnega branja, odkriva nam pisca kot dobrega poznavalca vsakdanjih zdravnikovih potreb.

Pestre so strani, ki so namenjene lienalnemu tumorju; pisec nam skuša razjasniti precejšnje diferencialno spoznavne zaplete otekale ali kakor koli narasle vranice, hkrati pa tudi opozarja, da ni vselej mogoče priti do končne presoje bolezni brez razno-terih laboratorijskih metod, ki jih pač ne smemo opustiti.

V istem snopiču kakor druge trebušne bolezni obrazloži pisec v splošnih obrisih tudi simptomatologijo uroloških obolenj; porazdelitev zaglavij odgovarja raznim kvalitativnim (albuminurija, glukozurija, »rdeč urin«) in kvantitativnim (poliurija) spremembam urina, ki je prav za prav kaj pogosto edini znanilec procesov urogenitalnega trakta.

Posebej so opisane bolečine v glavi, hrbtu in v udih ob trupu. Ob bolečinah v glavi se razgovori pisec obširneje o raznih vnetjih možganskih open in jih osvetli v mnogoterih otenkih, saj so pač one za internista eno najpogostejših živčnih obolenj. V poglavju udnih bolečin, ki predvsem izvirajo iz kosti, mišičja, živčevja in sklepov so najbolj obdelane revmatične in druge, večinoma specifične, artrite, ter degenerativnim procesom sledeče artroze. Sklepni revmatizem je v naših krajih pogosto obolenje in je tako tudi že povdarjena važnost omenjenega zaglavja, predvsem še zato, ker nam ne redko pohabi mladostnike in jih onesposobi za delo.

Končno je govor o konstitucionalno zasnovanih bolezenskih znakih in so omenjene različne telesne iznakaženosti, nepravilnosti in zastranitve. Hkrati piše tudi avtor o boleznih predsapnice (gl. thyreoidea) in možganskega priveska (hypophysis). Natančneje so obdelane hipertireoze. Oprezno je podana njih podrobna diagnostika, kajti včasih jih je kaj težavno spoznati v pritajeni ali pa ne do kraja razviti obliki.

Kot zaključno razpravljanje so na kratko opisani različni laboratorijski pripomočki (hemogram, sternalna punkcija, sedimentacija eritrocitov, serodiagnostika), ki nam že sami po sebi usmerjajo pot preiskave in se edini v spoznavno pravo bolezensko sliko.

V dopolnilu knjige se bavi docent dr. R. Pape z rentgenološkimi pregledi, bežno je pač obrazloženo najnujnejše, kolikor je praktiku sploh treba vedeti o branju rentgeno-loških slik.

Spričo celotnega dela lahko rečem, da knjiga sicer ni kaj bistveno novega, je pa vsekako obširna in pregledna zbirka bolezenskih znakov, zbranih na povsem svoj način, pač v namenu, da bi bila čim bolj priročna praktičnemu zdravniku; v gotovih poglavjih ima docela leksikografski značaj in je kot taka, sodim, še predvsem priporočljiva za hitro orientacijo in trezno čtivo. Delo je dobršen prispevek k praktičnemu internemu slovstvu.

Dr. A. Sonc.

Iz zdravniških društev

Znanstveni sestanek v Ban. splošni bolnici v Mariboru

Dne 27. oktobra 1939.

Dr. V. Kerže (asist. I. kir. odd.): Primer aktinomikoze na desni strani lica in vratu.

39letnemu bolniku je začelo pred 4 tedni otekati pod desnim ušesom, potem se je otekline pojavila za ušesom v velikosti lešnika. Otok se je širil naprej počasi do izpod brade, bolelo ga je kot bi ga zbadal kdo s šivanko. Ima navado, da si čisti zobe s travo.

Stat. local.: Izza desnega ušesa v predelu desne spodnje čeljusti in do srede vratu na desni otekline trše konzistence, kjer je v fossi carotici otipljiva površna fluktuacija, koža rdeča. — Ankylostoma. Incizija da gnoj, v katerem se nahajajo majhna sivkasta zrnca. Mikroskopsko je v nativnem preparatu vidna gliva actinomyces.

Aktinomikozno obolenje je na vratu precej tipično in ga je lahko spoznati. Zamenjava s tuberkuloznimi fistulami na vratu ne pride v poštev, ker pri aktinomikozi žleze niso povečane.

Terapija obstaja v rentg. obsevanju infiltratov, inciziji abscesov in internem zdravljenju z jodkalijem in sicer po 5 gramov dnevno skozi 4 tedne.

Prognozo antinomikoze je treba postaviti oprezno, ker je znano več primerov s prodiranjem vnetja v mediastinum.

Laesio arteriae brachialis sin.

33letnega bolnika je nekdo vrezal z nožem v levo nadleht. Bolnik je izgubil mnogo krvi. Svetlo-rdeča kri je kar brizgala iz rane.

Pri reviziji rane je bilo opaziti, da je arteria brachialis popolnoma prerezana — krvavitev je obstala, ker se je zmanjšal krvni pritisk in se je prerezani konec arterije zavil in se na ta način njen notranji premer zmanjšal in ustje obdalo s strnjeno krvjo. Prerezano arterijo smo podvezali, roka ni postala mrzla ali plavkasta, udara radijalke ni bilo tipati. Prerezana je bila popolnoma miškulatura m. bicepsa brachii, ki smo ga zašili z dvema šivoma. Rana se je ognojila, nastopila pa ni nikakršna krvavitev. Ostalo je intaktno gibanje prstov. Tu so kolaterale ob komolcu prevzele nalogo brahijalke in je bila podveza brez vsake škode za bolnika.

Dr. J. Žitnik (sek. I. kir. odd.): Primer zlomljene stegenice s ponovnim prelomom kalusa, oziroma zakasnelo strditvijo kalusa.

Primer je zanimiv, ker smo mislili, da je nastala pseudoarthrosa. Tudi rentgenolog je bil istega mnenja. V resnici pa je bil le prelomljen kalus, ki se je pozno strdil. 25. aprila 1939. so pripeljali na naš oddelek 18letno R. M. Pred pol ure jo je bila podrla lokomotiva. Stat. praes.: Pacientka je pri polni zavesti. Na desni polovici čela je ca. 4 cm dolga raztrganina, segajoča do periosta. Po levi strani života je na več mestih opraskana. Levo stegno kaže tipične znake prelomljene stegenice.

Rtg. slika: fractura femoris v sredini diafize z longitudinalno, lateralno in aksialno dislokacijo.

28. aprila 1939 sem poskušal repozicijo po Böhlerju v lumbalni anesteziji, ki je za take primere najbolj primerna, ker mišice popolnoma popustijo. Repozicija pa kljub temu ni uspela. Domnevali smo, da morajo biti interponirani mehki deli. Da je bila domneva pravilna, je pokazala operacija. 1. maja 1939. krvava repozicija (osteosynthesa). Pri operaciji je izgledalo, da so bile interponirane mišice in radi tega nekrvava repozicija ni uspela (mavčeve hlače). Rentg. kontrola je pokazala, da je repozicija uspela 100%. Čez 17 dni je pacientka zapustila bolnišnico z navodili, da mora nositi mavčeve hlače še 7 tednov. 30. junija 1939 je pa prišla bolnica v bolnišnico. Fraktura je bila klinično videti konsolidirana. Na rentgenološki sliki je bilo videti, da je kalus dobro razvit. Po treh dneh je pacientka zapustila bolnišnico in šla k OUZD radi fizikalne terapije. 9. avgusta 1939 pa se je bolnica ponovno vrnila na oddelek, češ da ne more hoditi, ker ji noga kleca. Opazila je to 3 dni po odhodu iz oddelka, ko se je prvikrat močneje uprla na nogo pri hoji po stopnjicah.

Stat. praes.: na mestu, kjer je bila fraktura, je kost gibljiva.

Rentgenološki izvid: Kalus v sredini prelomljen, kost je ob žici destruirana — pseudoarthrosa. O pseudoarthrosi govorimo takrat, če opazimo še po mesecih, da med fragmenti zija špranja, kostni mozeg pa je na obeh fragmentih pokrit s koščeno ploščico, ki tvori nekako sklepno ploskev. Tega pa ni bilo, kakor smo pozneje videli. Bil je le mehak, nekalcificiran kalus. Napravili smo ji ponovno hlače za dva meseca. Po dveh mesecih smo ji hlače vzeli. Fraktura je popolnoma konsolidirana, kar je videti tudi na rentgen. sliki. Funkcija noge je prav dobra.

Dr. A. Popovič-Prijatelj (sek. II. kir. odd.): Primer ozdravljenega raka desne glutealne regije in metastaz v desnih dimljih operativnim potem.

A n.: M. febr. I. 1939. se je zglašil na tukajšnjem oddelku dninar H. J., star 71 let. Pacient je izjavil, da se mu je začela delati že pred 1. januarjem bula v desni glut. regiji, ki je postajala večja, je zelo hitro rastla, brez posebnih bolečin. Pacient je sedaj prišel v bolnico zato, ker se mu je bula pred dvema mesecema odprla, se zelo gnojila ter hudo smrdela. Shujšal je le neznatno, sicer je bil vedno zdrav. Pulmo: b. p. Cor: b. p. Puls: dobro polnjen, trd, sicer regularen, frekv. 84. V glutealni regiji desno je opaziti velik eksulceriran tumor, ca. 15 cm v premeru, ki sega ca. 3—4 cm iznad kožnega nivoja sosesčine. Koža nad tumorjem je v istem premeru defektna in izgleda. Robovi tumorja so razjedeni v obliki kolobarja. Tumor je grčaste površine, na podlagi zelo slabo premakljiv, brez posebnih bolečin. Iz njegove površine se cedi sivkasto umazan, zelo zaudarjajoč gnoj. Povečanih dimeljskih bezgavk ni tipati. 27. II. Oper. V Evipan-Natr. opoju totalna ekscizija tumorja z električnim nožem. Eksicidira se še ca 2 cm v zdravo okolično kožo. Pri elektro-eksciziji je opaziti, da sega tumor še globoko v glutealne mišice in se z njimi preprega in prerašča. Vse te preprežene in preraščene tumorozne dele eksaktno odstranimo z onim glut. mišičjem vred, na katero se tumor prirašča. V kolikor smo mogli mikroskopsko ugotoviti, smo tumor popolnoma odstranili. V glut. mišičju nismo našli več zatrdlin. Histol. izvid: Ca planoepiteliale. Rana je začela ob robih živahno granulariti in se je izčistila, zato smo se dne 18. IV. odločili za plastično kritje defekta. Iz povrhnje plasti kože levega stegna smo vzeli krpo ca 6×3 cm iz stratum corneum in smo jo razrezali na male kvadrate za 3×3 mm ter jih vcepili kolikor mogoče globoko v granulacijsko tkivo približno 1 cm vsaksebi. Po sedmih dneh preveza. Opaziti je bilo, da so začeli vsi očki, razen enega, živahno granulariti. 28. IV. Defekt je popolnoma krit, rana zdravo zaceljena. Zatrdlin ni otipati nikjer več. Povečanih dimeljskih bezgavk ni opaziti. Pacient se je zredil za 8 kg. Dne 21. VIII. t. l. se je isti pacient zglašil ponovno na tukajšnjem oddelku z eksulceriranimi metastazami v desnih dimljah v velikosti ženske pesti. Te metastaze odstranimo z električnim nožem in so iste narave kot prejšnji tumor. Bolnik je in loco tumoris ostal brez metastaze. Lep je transplantacijski efekt naše operacije. Transplantirani deli so se zlili v enotno ploščo, ki je dobro premakljiva na podlagi. Ekstirpirane karcinomatozne žleze granularajo, kakor izgleda, zdravo in bodo v najkrajšem času epitelizirane. Novih metastaz ni tipati.

Dr. M. Horvat (sek. II. kir. odd.): Primer gnojnega vnetja desnega kolena pri 27letni pacientki. Zagnojil se je hematoma, ki je nastal po padcu. Bolnico smo operirali 11. oktobra t. l. Napravili smo ventilno drenažo po Payerju. Poslužili smo se tanke steklene cevke, katero smo vložili v koleno skozi incizijo, ki je tesno objemala cevko. Skozi to cevko je otekal gnoj. Nato smo vbrizgali Chlumskyjevo raztopino in zaprli cevko hermetično z zatičem iz sterilne vate. Po treh dneh smo izvlekli zatič in zopet vbrizgali Chlumskyjevo raztopino. To smo ponovili trikrat v razmaku treh dni. Ko smo četrtič odstranili zatič, je skozi cevko otekala čista sinovija. Cevko smo odstranili in zavezali koleno. Začeli smo z aktivnim gibanjem. Rezultat po 17 dneh po operaciji: Gibanje je normalno kakor pred boleznijo. Ventilna drenaža po Payerju je pri empyemih kolena najboljša metoda, ker zabrani kontrakturo preje kakor vse druge, posebno velike incizije. Seveda pa tudi ta metoda ni sto-procentna.

Dr. E. Pertl (sek. dermat. odd.): Lues papulosa in seborrhoica c. paronychia syphilitica digit. III. man. dext. Bolnik F. F., 59 let. Pred dorbimi tremi meseci se mu je pričelo gnojiti na desnem sredincu ob nohtu. Skoraj istočasno je opazil izpuščaj na vsej koži; postal je hripav. Radi gnojenja na desnem sredincu je bil operiran. Kožni izpuščaj so zdravili razni zdravniki z mazili, kvasom itd. Ko ni bilo uspeha, je odšel

bolnik k nekemu mazaču, ki ga je zdravil s kopeljmi (kopelj à 50'—din). Končno je odkril neki zdravnik (++) Wassermannovo reakcijo ter ga je poslal radi specifičnega zdravljenja na dermatološki oddelek Splošne bolnice v Mariboru. Bolnik trdi, da je zadnjič spolno občeval pred 4 leti in to samo s svojo ženo, o kateri trdi, da je zdrava; ravno tako sta baje zdrava tudi njegova dva otroka. Njegova žena ni niti splavila niti ni kdaj porodila mrtvega ploda. Stat. praesens: Notranji organi so klinično b. p. Tonsillitis chronica, zlasti desno z umazano-sivo prevlakom. Regionarne žleze povečane, trde, neboleče. Koža seboroična. Papulozen ekzantem skoraj na vsej koži, zlasti na čelu, obrazu, trupu, manje na koži okončin. Polyscleradenitis. Na genitalu ni najti sledov primarnega afekta. Notranja polovica nohta na desnem sredincu manjka. Golo tkivo nohtovega ležišča zgoščeno; okolica nohta je nabrekla, koža svetlo-rdeče-modra; ta barva se proksimalno polagoma izgublja. Papule so po vsem hrbtu folikularno razvrščene. Tu je koža izrazito seboroična. (Lues papulosa acneiformis in seborrhoica). Wassermann močno pozitiven (++) . Status praesens nam pojasnjuje, zakaj je diferencialna diagnoza praktičnim zdravnikom povzročala težave.

Strokovni sestanek Juž. kir. društva, sekcija Ljubljana

dne 12. dec. 1939. v predavalnici Drž. bolnice za ženske bolezni v Ljubljani

Predsednik: dr. J. Cholewa

Zapisnikar: dr. O. Bajc

Dr. P. Lunaček: Uterus et vagina duplex cum septo transversale.

Duplicitete ženskih notranjih spolovil s sagitalnim septumom so razmeroma pogoste, duplicitete s prečnim septumom so pa izredno redke.

Žena je prišla v zavod radi drugih ginekoloških komplikacij. Dupliciteta je bila samo postranski izvid. Je 47 let stara, poročena, vendar ni nikdar zanosila. Perilo je dobila s 13 leti. Do pred enim mesecem ga je imela vedno v redu. Pri ginekološki preiskavi je bil zunanji genitale brez posebnosti, orificium urethrae externum je ležal na normalnem mestu, pod njim pa je potekal v smeri vagine za dober prst širok kanal. Konec kanala smo tipali porciji podobno tvorbo. V spekulih se je videl orificium uteri externum. Z zondo je bilo mogoče priti 3 cm globoko. Za prvim kanalom je potekal znatno širši kanal, enako dolg in v isti smeri kakor ventralni. Na koncu dorzalnega potekajočega kanala je bila druga porciji podobna tvorba. Na njej smo tipali zunanje maternično ustje in cervikalni kanal, ki je bil prehodan za 1 prst. Pri zondiranju smo ugotovili 11 cm dolg deformiran cavum uteri. Stena med obema kanaloma je bila tanka in gladka in je potekala transverzarno. Med ventralnim in dorzalnim kanalom ni bilo nikjer najti komunikacije.

Pri operaciji, izvršeni radi številnih miomov, ovarialnega abscesa in piosalpinks, je bil uterus z adneksi vred supravaginalno amputiran. Preparata radi zgoraj omenjenih sprememb ni bilo mogoče dobro diferencirati, vendar smo našli dve maternični votlini, ki sta bili ločeni v vsej dolžini s transverzalnimi septumi. Dorzalni cavum je bil 17 cm dolg, ventralni pa 15 cm, oba sta bila deformirana vsled miomov.

Kljub nedostatku preparata lahko trdimo, da gre za dupliciteto maternice in nožnice, ki ima to posebnost, da poteka vmesna stena transverzarno.

Ugibanja o formalni in kauzalni genezi opisane duplicitete bodo izšla na drugem mestu.

Dr. V. Trampuž: Hipernefroid ovarija.

Letos je bila operirana v ženski bolnici pacientka radi tumorja na ovariju, ki ga redko vidimo. 20letna L. A. (zap. št. 835/39) je prišla v bolnico 13. junija 1939., ker že eno leto hujša in čuti zadnji mesec močno utrujenost, bolečine v želodcu in v predelu mehurja. Sili jo tudi na bruhanje. Perila še ni imela. Rodila in splavila ni. Pacientka

je srednje postave, gracilna, infantilnega izgleda, z zelo slabo razvitimi sekundarnimi spolnimi znaki. Sicer je splošni status b. p. Pri ginekološki preiskavi je bilo ugotovljeno, da je portio retroponirana, jako majhna, gladka in se nadaljuje v tumor, ki sega do popka. Ta tumor izbočuje sprednji forniks in je nepremakljiv. Cistoskopski pregled je podal normalne razmere mehurja. — 17. junija 1939. je bila izvršena laparotomija, ki pokaže, da izhaja iz desnega ovarija za moško glavo velik, srednje trd, grčast tumor, na katerem sta ploskoma adherentna pečica in sigmoid. Corpus uteri je izredno majhen in sploščen. Leva tuba je dolga in tenka. Na mestu levega ovarija se vidi samo debelejši lig. ovarii proprium. Limfoglandule niso povečane, ascitesa ni. Tumor se je dal nato z lahkoto ekstirpirati. — Ekstirpirani tumor je bil na prerezu kašast, deloma belkast, deloma rumenkast. — Histološki pregled (prof. Plečnik) je podal diagnozo: hipernefroiden tumor. — Postoperativni potek je bil brez posebnih komplikacij in je bila pacientka 2. julija 1939. odpuščena. 20. oktobra 1939. je prišla ponovno v bolnico z velikim recidivnim tumorjem v trebuhu. Bolnica je bila zelo slaba in je imela v gležnjih oedem. 21. oktobra 1939. je bila rentg. obsevana in 29. oktobra v istem stanju odpuščena. 6 dni po odhodu iz bolnice je umrla.

Histološki izvid nas je prvotno napotil na misel, da gre v tem primeru za tumor, ki izhaja zelo verjetno iz aberiranih delcev skorje gland. suprarenalis in da odgovarja popolnoma Grawitzovemu hipernefromu. Toda dejstvo, da kažejo podobno hipernefroidno strukturo tudi granulocelularni epiteliomi in njim sorodni drugi tumorji ovarija, včasih tudi navadni karcinomi in sarkomi, nas silijo k previdnosti v presojanju takih tumorjev. Na tako kritičnost nas navaja tudi dejstvo, da smo pri ponovnih histoloških preiskavah različnih mest tumorja našli različno strukturo, ki spominja deloma na strukturno obliko granuloeptelialnih tumorjev, sarkomov itd. Zato je popolnoma upravičeno stališče Kermaunerja, ki šteje take tumorje s hipernefroidno strukturo, ki jim pa ne moremo dokazati, da izhajajo iz tkiva suprarenalke, v posebno skupino blastomov, ki jih Lubarsch imenuje »hipernefroide«. Razen tega veže te blastome v eno vrsto skupna lastnost, da so izredno maligni. Seveda obsega ta vrsta lahko tumorje različnega histogenetskega porenja.

Kvalitete tumorja in klinični potek v našem primeru nas upravičujeta, da štejemo tudi ta tumor med hipernefroide. Ti so se izkazali kot zelo refrakterni proti vsakemu zdravljenju, medtem ko granulocelularni tumorji zelo dobro reagirajo na rentgen, tudi kot recidivi. To dejstvo tudi upravičuje potrebo po točni kategorizaciji tumorja. — Demonstracija preparata in mikrofotogramov.

Dr. A. Debeljak: Torsio tubae.

Torzija tube je zelo redko obolenje. V literaturi je opisanih samo 200 primerov torzije pri normalni tubi. Pred 2 mesecema je bila sprejeta v bolnico 18letna samska pacientka, ki je imela perilo vedno v redu. Rodila in splavila ni. Familiarna anamneza b. p. Pred 1 mesecem je imela močne bolečine v desni spodnji polovici trebuha. Ta napad se je ponovil tri dni pred vstopom v žensko bolnico ravno ob začetku perila. Stat. praes.: Bolnica asteničnega habitusa, subfebrilna, puls nekoliko frekventen. Pulmo, cor b. p. Abdomen: močna občutljivost v apendikalni regiji. Ginekološki izvid: desno od uterusa za jabolko velik, premakljiv tumor, sicer b. p. Sumili smo na appendicitis, ker pa bolezen že traja 3 dni, smo jo zdravili konservativno. Po tem zdravljenju je postala afebrilna. Ginekološki izvid je ostal isti. Občutljivost trebuha je bila na desni močnejša. Odložili smo se za operacijo. Pri laparotomiji smo našli majhen uterus, desno tubo torkvirano, spremenjeno v tumor, za banano velik. Tuba je bila priraščena na omentum, na isti strani je bil majhen, cističen ovarij. Ekstirpacija tube, peritoniziranje. Appendix zelo dolg, z dolgim mezenteriolom, coecum mobile, appendectomy: šiv trebušne stene. Postoperativni potek normalen. Rana zaceljena p. p. Preparat: haematoma tubae post torsionem.

Torzija tube nastane pri hidrosalpinksu, haematosalpinksu in pa tudi pri normalni tubi kot v našem primeru. Včasih se tuba odvije tik ob uterusu popolnoma, tako imenovana spontana amputacija tube. Pri nastanku torzije tube so važni sledeči faktorji: anatomija muskulature tube (po Seitzu), premakljivost in dolžina tube (po Benjeki ju). Torzija nastopa pogosto za časa menses in graviditete. Za verjetne vzroke torzije v našem primeru lahko smatramo astenični habitus (coecum mobile, dolg appendix, dolge tube), pričetek bolezni za časa menses in pa istostranski cistični ovarij. Radi torzije nastane kompresija, kri lahko doteka, ne more pa odtekat. Nastanejo zastoj, edem in krvavitve v lumen (haematosalpink). Radi motenj v prehrani se poškoduje epitel, ki odpade, organ se zlepi z okolico, predvsem z omentumom kakor v našem primeru. Radi peritonealnega draženja se razvije, če ne interveniramo, peritonitis. Pri manjši torziji nastopi restitutio ad integrum kot je bilo verjetno pri naši bolnici za časa prvega napada. Torzije tube običajno ne diagnosticiramo, najbrže predvsem zato, ker sploh ne pomislimo nanjo. Diferencialno diagnostično prihaja v poštev appendicitis, torzija ciste ovarija in nekateri primeri extrauterine graviditete. Zdravljenje torkvirane tube je v tem, da jo ekstirpiramo.

Prof. dr. Božidar Spišić — 60letnik

Malokje je v našem medicinskem svetu pojem ene stroke tako tesno navezan na ime osebe, kakor je baš pri nas ortopedija povezana z imenom prof. Spišića. Ko se je pred dobrimi 30 leti vrnil po dokončanem študiju v Gradcu, na Dunaju, v Monakovem in Berlinu v svojo domovino, je bila tu ortopedija ne samo pri laikih, marveč tudi v zdravniških krogih domala neznana. Čakalo ga je tu še nezorano polje dela, katerega se je lotil z brezprimerno vztrajnostjo in temeljitim poznanjem svoje stroke. — Že takrat namreč, to je v času, ko je bila ortopedija še v povojih in je kot samostojna stroka šele zadobivala svoje prve obrise — Spišićevo ime ni bilo neznano. S svojimi znanstvenimi deli si je pridobil sloves in opozoril nase tedanje veličine na polju ortopedije. Tako ga že l. 1910. citirala Lange in Spitzzy v svoji knjigi: *Chirurgie und Orthopädie im Kindesalter**, kar vsekako znači veliko priznanje tujerodu.

Leta 1915. je prof. Spišić ustanovil prvi ortopedski oddelek v bolnici Rdečega križa v Zagrebu, ki je bil prvi ortopedski oddelek na Balkanu sploh. Po vojni se je rehabilitiral na zagrebškem vseučilišču za ortopedijo in postal že leta 1920. docent. Ko je bila ustanovljena stolica za ortopedijo, je bil imenovan najprej izrednim, že leta 1927. pa soglasno izvoljen rednim profesorjem ortopedije. Njegova zasluga je, da je danes ortopedija na zagrebški medicinski fakulteti obligaten predmet, kar pomeni velik uspeh njegovega dolgoletnega prizadevanja. Njegova zasluga je tudi, da je danes na Hrvatskem 6 ortopedskih primariatov; vsaka večja bolnica ima ortopedski oddelek, katerega vodi kot primarij eden njegovih bivših asistentov.

Leta 1930. je bilo na pobudo prof. Spišića v Zagrebu ustanovljeno Jugoslovansko ortopedsko društvo, katerega dolgoletni predsednik je tudi sam bil. — Leta 1936. je ustanovil »Društvo za pomoč poškodovanih otroci«, in s tem dejansko priskočil na pomoč najpotrebnejši veji našega socialnega skrbstva.

Za svoje vsestransko in neumorno delovanje je prof. Spišić žel priznanje ne samo v svoji domovini, marveč tudi drugod po svetu. Številna inozemska ortopedska društva so ga izbrala bodisi svojim rednim, bodisi svojim dopisnim članom. V znak priznanja za njegovo znanstveno in kulturno delovanje ga je izbrala »Jugoslov. akademija znanosti in umetnosti v Zagrebu« svojim dopisnim članom.

* Handbuch der Kinderheilkunde, Pfaundler-Schlossmann, V. Band, Vogel-Leipzig 1910.

O priliki njegove 60letnice mu je bila posvečena 10. številka »Liječniškega vjesnika« (1939) kot slavnostna ortopedska številka. Po toplih uvodnih besedah dr. A. Manzoni je v njej še enkrat spregovoril »oče ortopedije«, 86letni Adolf Lorenz v članku: »Pogled starega ortopeda na bodočnost njegove stroke«, kar daje številki še poseben poudarek. Nadalje so prispevali v to slavnostno številko znameniti predstavniki sodobne ortopedije kot: Ombrédanne (Paris), Meyerding (Rochester USA), Hohmann (Frankfurt), Sorrel in Sorrel-Dejerine (Paris), Rocher (Bordeaux), Frejka (Brno), Kopits (Budimpešta), Raszeja (Poznanj). Z originalnimi članki so nadalje zastopani: Mayerhofer (Zagreb), Peičić (Zagreb), Čepulić (Zagreb), Dragišić (Zagreb), Grospić (Zagreb), Delić (Kraljevica) in pa vsi sedanji prof. Spišićevi asistenti: Manzoni, Petras, Meštrić in Carević — dočim pogrešamo ostale predstavnike ortopedije naše širše domovine, predvsem sedanjega predsednika Jugoslov. ortopedskega društva doc. dr. Jovčiča.

Tudi slovenski zdravniki se veselimo uspehov, ki jih je dosegel prof. Spišić in mu ob njegovi 60letnici čestitamo, želeč mu nadaljnjih uresničenj njegovih človekoljubnih stremeljenj.

Dr. Bogdan Breclj.

V spomin dveh velikih Poljakov

V Varšavi je umrla dne 15. aprila 1939. sestra gospe Marije Skłodovske-Curie, ki jo pozna tudi večina našega prebivalstva iz lepe knjige njene vnukinje Eve Curie: Gospa Curie.

Dr. Bronislava Dłuska se je rodila leta 1865. v Varšavi. Zdravniške študije je končala v Parizu, kjer se je tudi spoznala z dr. Kazimirom Dłuskim, s katerim se je kasneje poročila. Njun dom je postal ognjišče in shajališče imenitnejših Poljakov, ki so prebivali v Parizu ali se mudili v Parizu. Veliko imen teh Poljakov spada že v zgodovino Poljske. Še pred svetovno vojno sta se preselila Dłuska v bivšo Galicijo ter ustanovila v Zakopanem prvi sanatorij za tuberkulozo. Pridobila sta si zasluge za ftizeologijo na Poljskem kakor tudi za Tatranski muzej. Udejstvovala sta se na socialnem in političnem polju. V svojem sanatoriju sta ustanovila tudi sirotišnico za otroke poljskih legionarjev. Leta 1916. je stanoval pri njiju tudi veliki poljski patriot, bivši predsednik Józef Piłsudski, ki je bil takrat vodja legionarjev. Leta 1919. sta se Dłuska preselila v Varšavo in tam znova začela filantropično delo. Kupila sta izven Varšave posestvo ter ga poklonila Društvu prijateljev delavskih otrok. Temu zavodu, ki je nosil ime njune blagopokojne hčerke Helene, je Dłuska ostala do smrti požrtvovalna oskrbnica. Energično se je udeleževala v mnogih ženskih organizacijah, ustanovila je in mnogo let vodila zdravilišče za na pljučih bolne v Świdrih.

Največ svojega neumornega delovanja pa je vložila v zavod za novotvorbe, ki nosi ime njene velike sestre Marije. Težko je opisati vse napore in delo, ki je potrebno, da se ustanovi tak zavod, kakor je: Instytut Radowy im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Toda ustanovitev tega zavoda je bila največja, srčna želja gospe Curie.

Dłuska ni pomagala samo institucijam, marveč mnogo in izdatno tudi posameznikom. Delala je vse to neopazno, toda vedno preudarno in brez vsake sentimentalnosti. Bila je v zvezi tudi z našim onkološkim zavodom v Ljubljani. Organ Varšavskega zdravniškega društva, ki izhaja vsakih štirinajst dni, je posvetil spominu dr. Bronislave Dłuske eno izmed svojih obsežnih števil.

*

Tadeusz Dyboski se je rodil leta 1890. v Cieszynu, kjer je absolviral gimnazijo, višje študije pa je dovršil na Jagiellonski univerzi v Krakowu kot doktor medicine. Nato je bil v Franciji in Angliji v svrhu izpopolnitve študij. Leta 1914. se je vrnil v domovino.

Med vojno je prebival v Srbiji in Dalmaciji, kjer si je pridobil mnogo zvez in postal goreč pristaš zbližanja in prijateljstva med Poljsko in Jugoslavijo. Po vojni se je vrnil na Poljsko in se naselil za stalno v Krakowu, kjer je prakticiral kot zdravnik in se živo udeleževal na prosvetnem in političnem polju. Postal je šef-zdravnik bolnice Sv. Lazarja, potem pa dermatološke klinike. Leta 1926. je bil imenovan za mestnega svetnika. Tedaj je izdal celo vrsto znanstvenih razprav in vzdrževal in krepil stike z jugoslovanskim kulturnim in političnim svetom. Deloval je na Poljskem v cilju spoznavanja Jugoslavije, njenih krasot, znanosti, slikarstva in kiparstva. Leta 1928. je bil izbran v Krakowu za poslanca, kar je ostal 7 let. Ustanovil je v Warszawi poljsko-jugosl. ligo in je bil njen predsednik do leta 1937. Z nekoliko parlamentarnimi prijatelji je ustanovil poljsko-jugoslovanski parlamentarni klub. Po njegovi zaslugi so bili ustanovljeni oddelki poljsko-jugoslovanske lige v Krakowu, Lodzu, Lwowu, Poznanju, Wilni, Częstochowie in Białymstoku. Dr. Dyboski je dal iniciativo za osnovevanje poljsko-jugosl. lige med akademsko omladino. Mnogo je pripomogel k ustanovitvi lektorata jugosl. jezika na warszawski univerzi ter pomagal dr. Benešiću pri prevodih jugosl. remek-del v poljščino. V tistih letih je večkrat obiskal Jugoslavijo in zopet širil znanje o Poljski. Leta 1936. je prešel v drž. službo in postal ravnatelj zavarovanj v ministrstvu za socialno politiko in narodno zdravje. Zastopal je večkrat poljsko vlado v Ženevi, Londonu in Parizu na mednarodnih konferencah. Leta 1938. je postal generalni direktor Zavoda za socialna zavarovanja. Projektiral je organiziranje razstave Meštrovčevih del. Bil je odlikovan z redom Sv. Save. Po razdelitvi Poljske je pobegnil v Slovenijo, kjer je tudi nameraval ostati, pa je kmalu za tem, zadet od kapi, umrl sredi oktobra v Ptuj. Dr. Cholewa.

Drobiž

Nov razpored za stažiranje v naši banovini. Na osnovi čl. 7. in 8. uredbe o opravljanju pripravniške zdravniške službe z dne 5. VIII. 1939. je banski sanitetni svet na svoji seji dne 28. XI. 1939. odobril sledeči program dela za zdravniške pripravnike: I. interna: 5 mesecev (prava interna 3 mesece, tbc 20 dni, infekcijske bolezni 30 dni, higienske ustanove 10 dni). II. kirurgija: 4 mesece (prava kirurgija 3 mesece, očne bolezni 5 dni, oto-rino-laringologija 5 dni, zobje 5 dni, lekarna 5 dni, venerične bolezni 5 dni). III. ginekologija in porodništvo: 3 mesece. IV. patologija in sodna medicina najmanj desetkrat po 2 uri časa stažiranja po raznih oddelkih.

Razpis zdravniških mest. Okrožni urad za zavarovanje delavcev v Ljubljani razpisuje po eno mesto zdravnika-uradnika v Mariboru in Domžalah ter po eno mesto pogodbenega zdravnika v Brežicah in Rogški Slatini. Rok za vlaganje prošnje je do 17. februarja 1940.

Redna glavna skupščina Pok. sklada za zdravniške vdove. Pokojninski sklad za zdravniške vdove v Ljubljani, vabi vse člane na redno glavno skupščino, ki se bo vršila v nedeljo dne 11. februarja o

poli 15. uri v klubovi sobi kavarne Zvezda v Ljubljani. Običajni dnevni red. — Odbor.

Redni občni zbor Zveze blagajniških zdravnikov v Ljubljani. 11. februarja t. l. se bo vršil v klubovi sobi kavarne Zvezda redni občni zbor Zveze blagajniških zdravnikov. Radi važnega dnevnega reda prosi odbor za čim večjo udeležbo. — Odbor.

Nekaj statistike iz ljubljanske splošne bolnišnice. V letu 1939. je bilo sprejetih v ljubljansko splošno bolnišnico 34.500 bolnikov. Po oddelkih pa je bil sprejem sledeči: I. kirurški odderek 9211 (od tega odsek za ortopedijo 1663), II. kirurški odderek 8090 (od tega odsek za urologijo 873); interni odderek 5057, prsni odderek 965, otološki odderek 2164, dermatološki odderek 3632, okulistični odderek 2900, infekcijski odderek 1043, nevrološki odderek 928 in otroška bolnica 2191 pacientov. Presežek 1681 bolnikov je vračunan tako, da je pri teh ostala matična številka ista, med tem ko se je oddelčna pri premetitvah iz oddelka na odderek spremenila.

V Franciji se je zmanjšala smrtnost otrok od leta 1925.—1938. takole: v prvem tednu starosti za 12,8%, v prvem letu za 27% in v drugem letu za 46,2%. V istem razdobju pa se je tudi zmanjšalo število rojstev za 23,2%.

»Difesa sociale«, št. 4, 1939. objavlja pregled rojstev v celi vrsti velikih evropskih mest. Število živorojenih znaša (na 1000 prebivalcev):

Rim	22,4 ‰
Kopenhagen	15,2 ‰
Budimpešta	15,0 ‰
Amsterdam	14,9 ‰
Berlin	14,0 ‰
London	13,6 ‰
Varšava	13,4 ‰
Paris	11,4 ‰
Stockholm	11,2 ‰
Bruselj	9,7 ‰

Zanimiva je tudi primerjava starega in novega Rima. Za časa cesarja Avgusta je imel Rim 1.300.000 prebivalcev. Potem je prišlo to število padati, a se je danes ponovno dvignilo na isto višino.

Švedski časopisi javljajo smrt velikega učitelja-mojstra neurokirurgije Harveya Cushinga. Cushing je bil rojen 8. aprila 1865. v Clevelandu, prvi možganski tumor je operiral 12. decembra 1901. 2000. pa 15. aprila 1931.

V Nemčiji je od 38.000 zdravnikov ena tretjina v vojaški službi. Zato so ukrenili vse potrebno, da so ostalih 25.000 zdravnikov porazdelili enakomerno po vsej državi. Posebno rezervo tvori 1.200 zdravnikov, ki morajo delati v onih krajih, kjer ne zadostja več število domačih zdravnikov (kraj v bližini fronte itd.). S skrajšanjem medic. študija so pridobili nadaljnjih 2.400 zdrav-

nikov, ki delajo kot asistenti. Ponovno so začele s prakso tudi številne zdravnice, ki je do sedaj radi različnih vzrokov niso vršile.

Francoska poštna uprava je izdala znamke z napisom: »Pour sauver la race«. Izkupiček bodo uporabili za pobijanje spolnih bolezni.

Umrljivost je v Nizozemski Indiji poseben velik. Temu ni kriva klima, temveč pomanjkanje higienskih naprav. Pri novorojenčkih je mortaliteta 30%, medtem ko znaša pri Kitajcih na Javi samo 16% in Evropejcih prav toliko kot v Evropi. Kljub tem številkam pa je populacijska energija domačinov tako velika, da njihovo število neprestano raste.

Na pobudo znanega rentgenologa prof. Hönischia iz Hamburga se je dosegel znaten napredek pri zdravljenju raka. Siemensovo podjetje je zgradilo s sodelovanjem tvrdke Osram najmočnejšo rentgenološko zdravilno napravo na svetu z napetostjo dveh milijonov voltov. Ta naprava ima isto žarkovno moč kakor 10 g radija. To zdravilišče je namenjeno izključno zdravljenju raka. Z aparatur se bo zdaj seznanila cela vrsta medicincev in rentgenologov, postavili jo bodo pa v institutu za medicinsko raziskovanje raka.

Od pred sto leti pa do danes je narastlo prebivalstvo: v Angliji od 11 na 46 milijonov, v Nemčiji od 25 na 80 milijonov, v Italiji od 18 na 43 milijonov in v Franciji od 28 na 42 milijonov.

Iz uredništva in uprave

Vse avtorje člankov in ostalih prispevkov prosimo sledeče: rokopisi naj bodo pisani čitljivo ali pa s pisalnim strojem in to samo na eni strani. Prostor med posameznimi vrsticami naj bo dovolj velik za morebitne korekture. Uvodi in anamneze naj bodo čim krajše, slik bodi čim manj. Vsak originalen članek naj ima tudi kratko vsebino v francoskem ali nemškem jeziku!

*

Tej številki prilagamo kazalo za letnik 1939. »Zdravniškega vestnika«.

*

Poslužite se položnic za vplačilo naročnine za l. 1940. Ker so radi zvišanja tiskarskih stroškov narasli izdatki pri tisku, vljudno prosimo, da vplačajo po možnosti gg. kolegi čim prej naročnino!

*

Uprava »Zdravniškega vestnika« bo založila originalne platnice za l. 1939., če se bo javilo vsaj 100 naročnikov. Cena bo okrog 30 din. Prosimo vse one, ki žele naročiti originalne platnice, da to sporoče upravi.

PROVITAL

nevro-organski tonikum

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

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

Steklenica s 300 gr din 50.—

INOTYOL

poškodbe in iritacije kože

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

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

Mazilo tuba od 25 gr din 22.—

Mazilo tuba od 50 gr din 38.—

OPOCALCIUM

OBSEVANI - IRRADIE

peroralna terapija s kalcijem

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

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

Granulat mala škatla din 35.—

vel. škatla din 60.—

Tablete škatla din 60.—

PYRETHANE

antinevralgikum-antipiretikum

(amidopyrazolonphenazon-carbamatethylurethan)

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

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

Mala steklenica . . . din 35.—

Vel. steklenica . . . din 55.—

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

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,

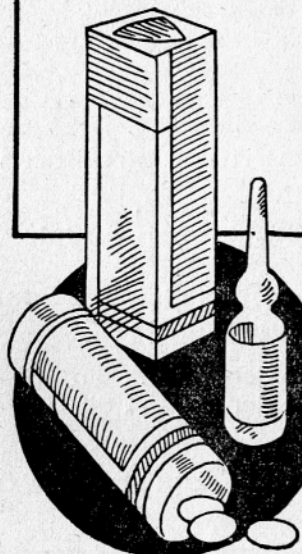
osobito u prvom razdoblju (otvorenje), kod preranog puknuća mjehura, febrilnog pometa

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, prenadraženosti 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 sadržaje 0,05 g Cardiazola + 0,1 g Chinin. hydrochloric.

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

1 ccm sadržaje 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.



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

Pri mlajših otrocih in dojenčkih,
ki jih je dostikrat težko zdraviti, se je izkazala

ANTIPHLOGISTINE

kot odlična pomožna sredstva



Posebno v primerih

PNEVMONIJE BRONHITISA in BRONHOPNEVMONIJE

kjer je treba paziti na najmanjšo motnjo malih
pacientov, zadošča dostikrat enkratni obkladek
v teku 24 do 36 ur



Vzorci in literatura brezplačni



The DENVER CHEMICAL Mfg. Co.
New-York (U. S. A.)



„Sterilab“ Engleska Hemijsko-Farma-
ceutska Laboratorija, Braće J. Jovanovića,
BEOGRAD, ulica Kneza Mihaila br. 33

SANATORIJ EMONA **PRIVATNA KIRURŠKA KLINIKA**

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

IZBERA ZDRAVNIKA-OPERATERJA SVOBODNA

Cena oskrbi: II. razred din 75,—, I. razred din 100,— dnevno

Informacije pismeno in telefonsko

LJUBLJANA, KOMENSKEGA ULICA ŠT. 4

Telefon šte. 36-23

Za peroralno terapijo s kalcijem:

CALCIPOT

(28% Calc. citr. in 2% Calc. glycerofosf. = 8.4% CaO)

organski preparat kalcija za splošno terapijo s kalcijem

CALCIPOT „C“

(700 mg/% vitamina C = 14.000 mednarodnih edinic v 100 gramih)

preparat kalcija in C-vitamina za povišanje delovanja kalcijevih jonov

CALCIPOT „D“

(90 kliničnih edinic vitamina D v 100 gramih; kompleks vitamina B)

preparat kalcija in D-vitamina za pospešenje apozicije kalcija

Ugoden okus!

Nizka cena!

Se dobro prenaša!

TROPONWERKE  KÖLN-MÜLHEIM

Vzorci in literatura brezplačno na zahtevo pri zastopstvu za Jugoslavijo:

„BIOSAN“

MR. PH. VLADIMIR SMOKVINA — ZAGREB — KAPTOL 12

Novi domači preparat!

Odlično sredstvo proti hripi!

Potencirani antipiretikum in antirevmatikum

GERMICID

derivat oxychinolinsulfochinizina

fiola z 20 tabletami din 36.—

„ „ 10 kapsulami „ 26.—

škafila s 6 supozitoriji „ 25.—

Vzorci in literaturo pošlje na zahtevo

Dr. A. WANDER D. D.
ZAGREB

PORFIDYNA

(Hämatoporphyrin-Nordmark)

pri melanholijah, endogenih depresijah, involucijskih melanholijah, občutkih strahu, seksualnih nevrastenijah, duševnih nerazpoloženjih v puberteti in klimakteriju. Nadalje pri vseh vagotoničnih stanjih, kot astmi, epilepsiji itd.

Porfidyna kapljice: Stekleničica z 20 ccm

Porfidyna ampule:

5 in 10 ampul po 1 ccm

10 ampul po 2 ccm

Literatura pošilja:

Kem. - farm. laboratorij Mr. Ph. KARLO DANK • ZAGREB 6, pošt. pret. 57

DIJODTYROSIN comp. lfah

tablete z 0.10 gr Dijodtyrosina in 0.01 gr Dibromtyrosina

Pri Basedowu

Thyreotoksikozah

v klimakteriju

za povečanje laktacije itd.

Dibromtyrosin podaljšuje delovanje

Dijodtyrosina.

Fiola z 20 tabletami.

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH ORGANOV IN PREOSNOVE

Rogaška Slatina

ima v svojih treh vrelcih

„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



Fr. P. ZAJEC

IZPRAŠAN OPTIK
LJUBLJANA
Stritarjeva 6 (pri
franciškanskem mostu)

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

SAMO KVALITETNA
OPTIKA! STROKOVNA
IZVRŠITEVI



Koalitetna
optika

Fr. P. Zajec

dipl. optik

LJUBLJANA
PASAŽA
NEBOTIČNIKA

ZLATA INTRAMUSKULARNA IN SUBKUTANA TERAPIJA

TUBERKULOZ
pljučne · kostne
kožne · žlezne

Gyochrypine

Natrijev
tomialat zlata

obstojna
50% zlata sol

REUMATIČNIH OBOLENJ
infekcijski artritidi,
kroničen reumatizem

VODNE
RAZTOPINE

OLJNATE
SUSPENZIJE

Ampule z 0.01, 0.05, 0.10, 0.20, 0.30, 0.50 g zlata
Škatlje z 1 in 10 ampulami
Stekleničke z 7.5 ccm oljate suspenzije

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
— **SPECIA** —

MARQUES "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHONE" — 21, RUE JEAN GOUJON - PARIS

VZORCE IN LITERATURO

POŠILJA NA ZAHTEVO:

ENGEL & ADELA
ZAGREB · DUKLJANINOVA 3

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

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

REAL PILULE, kombinirani rastlinski in organski laksans. 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 trdnem stanju vsebuje 35% H_2O_2 . Pakirano v cevkah po 10 in 20 tablet à 1 gr

KEMIJSKO - FARMACEVTSKI LABORATORIJ

MIŠKOVIĆ IN KOMP.

BEOGRAD, Sarajevska ulica broj 84.

Pri hripi, pnevmonijah, angini

„Chinin-Calcium-Sandoz“

DOZIRANJE:

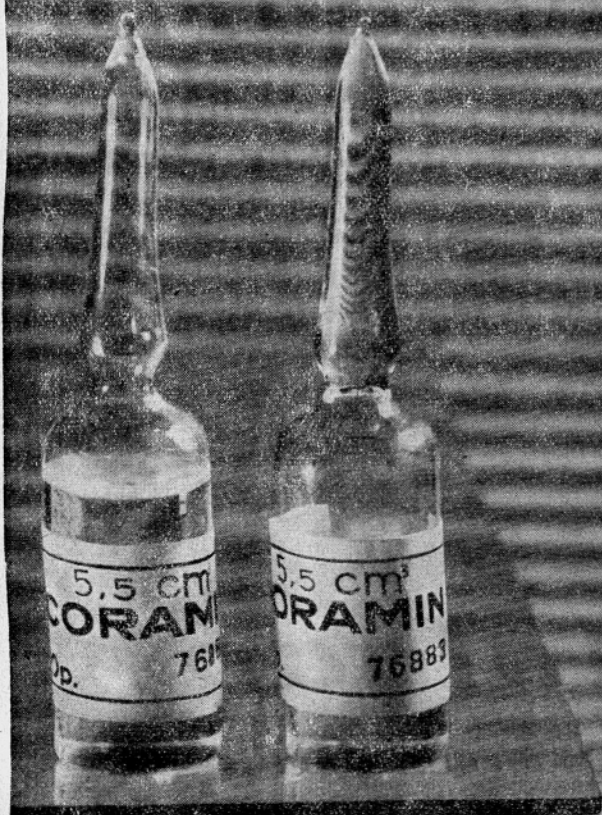


Odrasli: zdravljenje začne z 10 ccm intravenozno (počasi injicirati!) in eventualno istega dne po teži posameznega primera še 1 do 2 krat po 10 ccm intramuskularno. Z intramuskularnimi injekcijami je treba nadaljevati tako dolgo, dokler temperatura ne pade.

Otroci: dnevno $\frac{1}{2}$ ccm intramuskularno za vsako leto starosti deteta.

Sandoz A. G. - Basel (Švica)

Zastopnik: Mišković & Komp., Beograd, Sarajevska 84



*"Ako dodje do toga"
Coramin!*

Vzorci in literatura preko Mr. ph. V. Jelovac, Kr. Milutina 56, Beograd.
Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz)



Vaccineurin

**Terapevtikum proti nevralgijam
nevritidam (ishiasu), deluje pirogeno**

Injekcije gotove za uporabo

Preko 20 let zdravniške izkušnje

Otalgan

Otitis media, otalgije

Stekleničica s 6 gr

**Sächsisches Serumwerk A. G.
Dresden**

Za Jugoslavijo:
Dr. A. Wander d. d., Zagreb

**NOV PRINCIP V TERAPIJI
HIPERACIDITETE IN KRONIČNEGA ČIRA**

ANACID

(sintetski magnezijski trisilikat)

najboljše sredstvo proti hiperaciditeti

- ima dvovrstne antiacidne sposobnosti

a) hitro začetno nevtralizacijo
b) počasno sekundarno nevtralizacijo

- popolnoma neškodljiv ker nima alkaloidov
- nevtralizira samo do točke nevtralitete
- ima veliko adsorptivno moč

INDIKACIJE: hiperaciditeta, peptični ulkus, dispepsije, kisle fermentacije, zastrupljenja, kronični alkoholizem

Doziranje: 3krat dnevno noževo konico po jedi

Omoti: Orig. škatle s 50 g ali 100 g praška
Cene (za bolnika) din 20— ali din 36—

Novo, uspešno in ceneno zdravilo!

Literaturo in vzorce pošilja: „**STEG**“ a. d., Zemun

Ordinacijske naprave



za zdravnike kot:

preiskovalne stole in mize,
jeklene omare za instrumente,
mizice za instrumente,
mizice za umivalne sklede,
posode za potrošeni material,
irigatorje, stolčke na vijak,
enkrat in večkrat zložljiva nosila iz jeklenih
lahkih cevi;
kot tudi opreme **za zobozdravnike**,
operacijske mize, praktične
pregibne mizice za instrumente
in pljuvalnike itd. v izredno praktični izvedbi
priporoča po najzmernejših cenah

**Tvornica telovadnega orodja
in ordinacijskih naprav**

J. O R A Ž E M

RIBNICA — SLOVENIJA

Ustanovljeno 1881.

Elastični Hansaplast



D. R. P. Jugoslov. patent.

Elastični brzi povoji za rane v mali kirurgiji

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

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

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

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

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 R D E Č I M I S R C I

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

Pri kašlju, oslovskem
kašlju, bronhitisu, hripi

Ephetonin - sirup

Steklenice s ca 170 g **Merck**

E. MERCK-DARMSTADT

Zastopstvo za Jugoslavijo:
„ALKALOID“ Zagreb 1, poštini predal 494



SEPTICEMINE

Terapevtikum in profilaktikum pri vseh akutnih infekcijah
kakršne koli geneze (interne, kirurške, porodniške)

Ne povzroča šoka, tolerira se dobro, kontraindikacij ni.

Intravenozne in intramuskularne injekcije po 4 in 10 ccm

IODASEPTINE

Kronične infekcije, artritis deformans, pljučna tbc., terciarna sifilis

IODASEPTINE SALICYLICUM

Akutni in subakutni revmatizem

Ne povzročata jodizma. Tolerirata se dobro.

Intravenozne, izjemoma globoke intramuskularne injekcije. — Kapljice.

CORTIODE

Kombinacija Iodaseptina in Natr. jodat.

Hipertonija, angina pectoris, kardioskleroza, emfizem, mikoza, aortitis luetica in v vseh primerih, kjer je intenzivna terapija z jodom indicirana.

Absolutna toleranca, ne povzroča jodizma tudi v velikih dozah.

Intravenozne, izjemoma globoke intramuskularne injekcije. — Kapljice.

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

Sanatorij za živčne bolezni

v Zagrebu, Zelengaj 37

sprejema vse funkcionalne in organske nevrološke bolezni ter psihoze. Psihoterapija, kardiazolske in insulinske kurē, malarija, trajno spanje, nevrokirurgija, fizikalna terapija



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

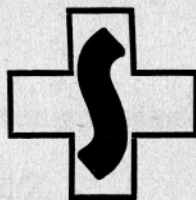
JUGOSLAVENSKO **SIEMENS** D. D.

ODDELEK 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-kratkovalovni** aparati; splošna **elektromedicina**. Kompletna **dentalna oprema** in dentalne potrebščine. Celotna **oprema** za **operacijske** dvorane, **laboratorije**, **praktičnega zdravnika**. **Mikroskopi**, **mikrotomi**, **projekcijski aparati**; **veterinarska oprema**



TISKARNA MERKUR

D. D.

LJUBLJANA, GREGORČIČEVA 23 TELEFON 25-52

Tiska knjige, brošure, časopise, uradne, trgovske in vsakovrstne druge tiskovine. — Eno- in večbarvni tisk. Pri večjih nakladah rotacijski tisk. V lastni založbi tiska Službeni list kraljevske banske uprave Dravske banovine, Zbirko zakonov in uredb i. dr.

Lastna knjigoveznica -- Vsa dela hitro, lično in po zmerni ceni -- Zahtevajte proračune

Dr. A. KANSKY - LJUBLJANA

KREKOV TRG 7 / TELEFON ŠTEV. 20-88

Urejuje ordinacijske sobe

Nudi zdravniške instrumente in aparate, kakor tudi vse v to stroko spadajoče kemikalije po najnižjih cenah

VELIKA ZDRAVILNA MOČ

radio-aktivne termalne vode (37°) v zdravilišču

RADIO-THERMA LAŠKO

INDIKACIJE:

- kronični revmatizmi
- nevralgije, ishias
- 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 dietično zdravljenje

ZDRAVILIŠČE ODPERTO 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

Gospod tovariš!

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

S tem koristite sebi in svojemu glasilu!

ZA PROFILAKSO IN TERAPIJO

hripe

INFLUENCE IN PREHLADA

GRIPOCHIN „KAŠTEL“

Kinin, oksetilparaacetanilid in fenilmalonilkarbamid)

TABLETE

Orig. fiole z 10 praški v škrobni kapsuli

Za profilakso: vsak večer 1 komad

Za terapijo: dnevno 2–3 komade

STREPTAZOL- KININ „KAŠTEL“

(Kinin in streptazol)

Orig. stekleničice z 20 dražeji

DRAŽEJI

Za profilakso: dnevno 1–2 dražeja

Za terapijo: dnevno 3 dražeji po jedi

TETRACOR- KININ „KAŠTEL“

Kinin in pentametilentetrazol)

Orig. stekleničice z 20 dražeji.

Orig. škatle s 5 ampulami po 1,1 ccm

3 krat dnevno po 1 draže

2–4 krat po 1 ccm intramuskularno

PRI PLJUČNICI

PLURAZOL „KAŠTEL“

(p-amino-fenil-sulfamido-piridin)

TABLETE

Orig. fiole z 10 in 20 tabletami

Specifikum proti pnevmokokom

 **Kaštel d.d.** ZAGREB