

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

KEMIKA D. D. ZAGREB

dovoljuje si priporočati svoje preizkušene preparate, posebno pa sledeče:

Solphedrin ZA ZDRAVLJENJE KAŠLJA VSAKE GENEZE.

Sirup ugodnega okusa ki vsebuje naravni EPHEDRIN, CODEIN in PAPAVERIN ter učinkovite snovi HERBAE THYMI. Pri tem preparatu smo polagali glavno važnost na DOZIRANJE ter nam je uspelo najti optimalne doze, s katerimi dosežemo pričakovani učinek, ne da bi prišlo do nezaželenih pojavov. Vsaka steklenica vsebuje:

Ephedrin hydrochlor.	0,25
Codein. hydrochl.	0,1
Papaver. hydrochlor.	0,3
Syr. Thymi compos. ad	125,0

Daje se odrastlim 2—4 KRAT PO 1 KAVINO ŽLIČKO na dan, a otrokom 1—3 krat po $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{2}$ kavine žličke po starosti. Izvolite paziti na SOLPHEDRIN in njegovo OPTIMALNO DOZIR. ki zajamči siguren učinek.

Diuresal Učinkoviti Theobromin-Natriosalicyl. v tabletah po 0,5 gr. ter kot prah za recept. Odlični diureticum po nizki ceni.

Calcotheobromin Tablete z vsebino 0,5 gr. Theobromin. Calciosalicyl. Ima odličen diuretičen učinak ojačen s kalcijevo komponento ter se daje z najboljšim uspehom pri boleznih ledvic, hipertoniji, kongestiji itd. Orig. fiole z 20 tabletami; doza: 3x1—2 tableti na dan.

Jodcalcotheobromin Ima isto vsebino kakor gornji preparat z dodatkom 0,10 gr. Kal. jodat. Ima potencirani učinek pri hipertoniji, arterijsklerozi, angina pectoris in abdominis ter kot prophylacticum proti tem boleznim. Se prenaša vrlo dobro ter je v vsakem oziru enak dražjim inozemskim preparatom. Orig. fiole z 20 tabletami; doza: 3—4 krat po eno tableto na dan.

Izvolite se poslužiti pri vsaki priliki v prvi vrsti domačih preparatov, ker se dobijo po nižji ceni ter se proizvajajo v naši državi.

Naslov uredništva in administracije:
Dr. R. Neubauer - Golnik.

VSEBINA:

	Stran
Poziv	89
Dr. J. Lunaček:	90
Dr. P. Pehani:	117
Dr. V. Kocijančič:	126
Dr. A. Slivnik:	135
Dr. R. Neubauer:	136
Iz zdravniških društev	143
Drobne novice	144
Iz medicinske in farmacevtske tehnike	145
Iz medicinskih časopisov	146
Iz uredništva	147
Prednaznanilo	148
Errata corrige	148
Tej številki je priložen prospekt tvrdke René Dunod, Beograd, Bačvanska ul.	

Gospodje tovariši!

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

Rogaška Slatina

Zdravilišče želodca in
črevesja, jeter in žolčnega
mehurja (kamni), sladkorne
bolezni in gihta, poseduje

3

ZDRAVILNE
VRELCE:



„TEMPEL“
„STYRIA“
„DONAT“

PRIČETEK SEZONE:
1. MAJ

**BIOLOŠKA BAZA
ODUPIRANJA**

TUBERKULOZAMA

Cholibiol

CHLORHIDRAT CHOLINA R. & C. ZA PODKOŽNE INJEKCIJE

Prema radovima Profesora I. CARLES-a i Doktora
F. LEURET-a (Communication à l'Académie de
Médecine - 18 février 1930)

Jedna injekcija svaki drugi dan. Hemijski čist
preparat; bez ikakve toksičnosti; ubrizgavanje
bezbolno.

JEDINI PREPARAT POD FIZIOLOŠKOM I KLINIČKOM
KONTROLOM AUTORA.

LABORATOIRES ROBERT & CARRIÈRE, 37, Rue de Bourgogne, PARIS (7^e)

Glavni depo za Jugoslaviju Laboratorium francuskih farmaceutske specijaliteta

A. GOLDSTEIN & E. RABINOVICI - BEOGRAD. - ZAGREBAČKA UL. BR. 7-9

PUHLMANN ČAJ

znamke „Ripon“

već kot 20 let priznan pri

akutni in kronični bronhiti

ker izvanredno omiljuje draženje h kašlju, zlasti pri

asthma bronchiale

ker lahko razsluzi.

Doziranje: Pri odraslih 10—15 g = 2 navadni žlici
na 1 l vode, vkuhati na pribl. 23. Prvo polovico
je ispiati zjutraj gorko, ostalo 2—3 ure predno le-
žemo spat, pravtako segrelo.

*Odobreno od Ministarstva Socialne Politike i Na-
rodnog Zdravlja, Sanitetsko odeljenje S. br. 4274
11. 3. 1932.*

Originalni omot ca 125 g za 6 dni . . Din 30.—

Originalni omot ca 500 g za 3 tedne . Din 100.—

Literaturo in poskusne količine pošilja:

Puhlmann & Co., Berlin O. 171

Müggel-Strasse 25—25 a



OB PREHLAJENJIH

angini, bronchitis, gripi, pljučnici

„Calcium Sandoz“

Parenteralno: 10% raztopina se injicira brez najmanjših motenj **intravenozno** in **intramuskularno**.

Per os: Prašek 100%, tablete po 1,5 gr. in penečih tablet („Brausetabletten“) po 4 gr. Calcium-Gluconat.

Ipecopan

Tablete po 0,006 gr. Raztopina, 0,5%.
Sladne tablete po 0,003 gr.
Sladni sirup 0,04%.

Literaturo in vzorce pošilja:

Chemische Fabrik vormals Sandoz, Basel (Švica).

PYRIDIDIUM

(solnokisla sol phenylazo- α - α -Diamino-pyridina)

**bolečine olajšujoč
peroralen sečni
antiseptikum**

Original-Röhre mit 12 Tabletten zu 0,1 g
3 krat dnevno
Original-Glas mit 25 Tabletten zu 0,1 g
1—2 tableti Anstaltspackung: Glas mit 100 Tabletten zu 0,1 g

Pyridium Corporation, New York

Razpečava:

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

Zastupstva za Jugoslaviju: Beograd, Igojat J. Levenzon, Resavska 37; Zagreb, Isis d.d. Hatzova 14.

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA

V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO IN ADMINISTRACIJA: DR. R. NEUBAUER — GOLNIK

Štev. 3.

31. marca 1933.

Leto V.

Poziv.

Gospod tovariši!

3. številka novega letnika Z. v. leži pred Vami. Upam, da ste se mogli prepričati, da hočemo spraviti naš časopis na dostojno višino. Da tega doslej v polni meri še nismo dosegli, zato je glavni vzrok pomanjkanje denarnih sredstev.

Občni zbor zdravniške zbornice je sicer pokazal v vprašanju Z. v. zelo razveseljivo popolno soglasje, ki bo uredništvu v močno vspodbudo, da list še nadalje izpopolnjuje in razširi do skrajne možnosti. Dolžnost nam tudi veleva, da se na tem mestu toplo zahvalimo odboru zdravniške zbornice pa tudi vsem drugim navzočim tovarišem za izraženo zaupanje in podporo. Toda že na občnem zboru se je izrazila želja, da gg. tovariši po svojih močeh podpirajo list z literarnimi in denarnimi prispevki.

Samo iz dohodkov iz inseratov se naš list niti preje ni mogel vzdrževati, še manj pa danes, ko redno izhaja v znatno povečanem obsegu.

Zato danes prosimo, da bi se kolegi v še večji meri kot doslej uveljavili v krogu sotrudnikov našega lista, prihajamo pa tudi s prošnjo za denarno pomoč, ki nam naj pomaga polagoma izvrševati načrte za izpopolnitev Vestnika, da bo mogel res dostojno reprezentirati slovensko zdravništvo.

Poslužite se, prosim, priloženih položnic! Ne založite jih! Vsak naj prispeva po svojih močeh, če bi se pa našli mecen, ki bi nas oteli finančnih skrbi, tembolje!

Uredništvo

Sectio caesarea.

S posebnim ozirom na ponovne sekcije in na Dörflerjevo metodo.

Dr. Lunaček Pavel, sekundarij.

Na pobudo svojega šefa sem zbral in statistično obdelal cesarske reze zadnjih osmih let — od 1925. do vključno 1932. leta.

Kakor vsak statističen pregled operativnih posegov in metod naj služi tudi ta sledečim svrham:

Da nam pokaže pravilnost, oziroma vrednost teorije, na podlagi katere se je operativna metoda izdelala.

Da pokaže operaterju, ali je vtis o vrednosti operacije, ki je bil dobljen po izkušnji, pravilen — to se pravi: če je cenil svoje uspehe po spominu prenizko ali previsoko, posebno z ozirom na morebitne konkurenčne operacije in z ozirom na uspehe drugih operaterjev. Spomin običajno vara in ustvarja subjektivno sodbo o operaciji.

Tak statističen pregled je torej neke vrste ocena operacije, oziroma posameznih variant, ocena kliničnega dela, nič manj pa tudi ocena operaterja in perzonal. Seveda bodi ta ocena suha in neolepšana, vestna in poštena, da lahko koristi operaterju in praktičnemu zdravniku. Najbolj neposredno naj pa služi šefu zavoda in specialistom porodničarjem, ki lahko na ta način kritično in objektivno presodijo suhe številke in črpajo iz njih zaključke za bodočnost. Mnoge indikacije za operacije ali operativne metode niso absolutne, fiksne in splošno veljavne. Ona metoda zdravljenja je najboljša, ki daje najboljše rezultate. Poleg tega pa za uspeh ni odločilna samo metoda zdravljenja, marveč tudi roka, ki jo uporablja. Statističen pregled naj pokaže, katera metoda ima pod istim vodstvom najboljše uspehe. Uspehi pri cesarskem rezu so pri raznih avtorjih tako različni, kot morda pri malokateri operaciji. Kdor dobi z njim deset do 20% mortalitete (ali celo 50%), naj postavlja indikacije drugače, kakor oni, ki doseže 0.2% mortalitete. Preorijentirati mora svoje indikacije oni, ki je zmanjšal mortaliteto in morbiditeto po eni ali drugi metodi: Naš statističen pregled naj pokaže uspehe in neuspehe cesarskega reza na našem zavodu, ali in v koliko so se rezultati izboljšali.

Odveč bi bilo pri tej registraciji dogodkov izčrpno ponavljati zgodovino cesarskega reza ali naštevati vse podrobnosti o najrazličnejših variantah te operacije ali se celo spuščati v prepir, zakaj je naziv cesarski rez dvakrat napačen. Omenim naj iz literature samo toliko, kolikor je potrebno za jasno sliko tega referata.

Naš zavod je uporabljal sledeče variante cesarskega reza:

I. *Sectio caesarea corporealis*, pri kateri se pri nas prereže maternica longitudinalno v korporealnem delu, in sicer na ta način, da

ostane corpus uteri in situ in se omeji operacijsko polje s kompresami od ostale trebušne votline.

Ta operacija je imela v preantiseptični dobi velikansko mortaliteto, večinoma zaradi peritonitide, sepse, ali izkrvavitve. Spaeth n. pr. poroča, da so umrle v dunajski porodnišnici do leta 1872. po sekciji vse porodnice na posledicah te operacije.

Asepsa in antisepsa je znatno zmanjšala primarno, zboljšana tehnika pa sekundarno infekcijo, ki se je širila iz maternične votline večinoma preko šivov na peritonej. Šivi so zavzemali namreč pri klasičnem cesarskem rezu celo steno uterusa, ali se pa rez v maternici sploh ni šival.

Kehrer — Sängner — jev dvoetažni šiv je bil oni, ki je pripomogel tej operaciji do večje veljave. Prva etaža zavzema samo muskulaturo brez mukoze, druga pa peritonej. Akoravno so indikacije radi zmanjšane mortalitete sedaj bolj razširjene, vendar pri korporealnem cesarskem rezu v splošnem še vedno zahtevamo, da so izpolnjeni file pogoji:

- 1.) Da še ni odtekla plodna voda, oziroma, da vsaj še ni dolgo, kar je počil mehur.
- 2.) Da porodnica ni bila preiskana izven zavoda.
- 3.) Da porodnica ni febrilna e causa genitalis.

Nekateri celo zahtevajo, da se nahaja noseča vsaj 3 tedne pred terminom v zavodu pod kontrolo.

Žal se v naših primerih korporealnega cesarskega reza na te pogoje nismo mogli ozirati, ker smo to varianto v našem zavodu izvršili le v onih primerih, kjer se druge vrste cesarskega reza iz tehničnih vzrokov ni dalo izvršiti; n. pr.:

- 1.) V onih primerih placente previje ali eklampsije, kjer je bilo kljub ohranjeni porciji indicirano, da se dokonča porod.
- 2.) Pri tumorjih porcije (navadno miomu ali karcinomu).
- 3.) Pri velikih zarastlinah v cervikalnem delu maternice, — bodisi da so posledica kake predhodne sekcije, kake druge operacije ali težkega poroda, zaradi česar peritoneja in mehurja ni bilo mogoče odpreparirati.
- 4.) Pri fiksiranem uterusu po kaki prejšnji operaciji v abnormalni legi, (n. pr. ventrifixatio uteri ali interpositio uteri vesico — vaginalis).
- 5.) Pri raztrganinah cerviksa.

II. Sectio caesarea cervicalis transperitonealis. Tu leži zareza v cervikalnem delu uterusa. Zato moramo predhodno odpreparirati mehur od raztegovalnega dela maternice. Tudi pri tej varianti smo pustili pri nas uterus in situ in omejili operacijsko polje s kompresami. Rez je ležal longitudinalno.

Ta varianta cesarskega reza je danes najbolj razširjena in priljubljena, posebno radi tega, ker se ni treba držati takó strogo pogojev, ki so navedeni za korporealno sekcijo, akoravno je boljše, če so izpolnjeni. Cervikalna sekcija ni niti v svojih prvih začetkih zahtevala toliko žrtv, kakor korporealna sekcija — saj jo je tudi rodila želja, zmanjšati mortaliteto, ki

je bila pri korporealni sekciji zlasti radi peritonitide velika. Pustimo peritonej na miru, da izključimo peritonitis, je bilo geslo. Tako je prišlo do ideje ekstraperitonealnega cesarskega reza. Ta je bil seveda mogoč samo v cervikalnem delu maternice, po predhodnem odprepariranju mehurja. Izkušnja pa je pokazala, da se je peritonej radi težavne tehnike večkrat natrgal, da pa kljub temu ni prišlo v tako velikem odstotku do peritonitide kot pri korporealni sekciji. Prav tako pa tudi uspelo ekstraperitonealno delo še ni absolutno gotovo sredstvo proti peritonitidi. Iz teh dveh dejstev so sklepali, da za uspeh ni tako odločilno ekstraperitonealno delo kakor lega reza, in sicer iz tehle razlogov:

1.) Ker se cervikalni rez lahko prikrije s peritonejem, kar je najboljše sredstvo proti sekundarni infekciji po šivih.

2.) Ker leži rez v rastegovalnem delu maternice, ki je pri involuciji uterusa veliko manj prizadet kot skrčevalni del.

3.) Ker je primarna infekcija radi lege reza manjša kot pri korporealnem rezu. Pri zadnjem operiramo takorekoč v sredini abdomena in je onečiščenje z eventuelno inficirano plodno vodo lažje mogoče. Ako je mortaliteta pri sectio caesarea cervicalis transperitonealis ali pa ekstraperitonealis približno ista, to zadostno potrjuje zgornjo trditev, da je lega reza odločilna. Po Winter-jevi statistiki Nemčije iz leta 1928. je mortaliteta po s. c. ekstraperitonealis (6.7%) večja kot po s. c. cervicalis transperitonealis (3.7%) in celo večja kot po s. c. corporealis (6.4%).

Da so pa nekateri navdušeni pristaši ekstraperitonealne metode (Jaschke in drugi) presedlali k transperitonealnemu cesarskemu rezu, zadostno dokazuje, koliko prednosti ima zadnja varianta, in da ekstraperitonealna sekcija ne zadovoljuje. (Mnogo težja tehnika, nevarnost lezije mehurja in ureterjev, večja mortaliteta otrok). V omenjeni Winter-jevi statistiki je razmerje med s. c. cerv. transperitonealis, napram s. c. ekstraperitonealis enako 3.554:304.

Kombinacijo korporealne in cervikalne sekcije prištevam med s. c. cerv. transperitonealis, akoravno je ne moremo dosledno prištevati niti k prvi niti k drugi varianti. V kolikor leži rez v raztegovalnem delu in je prekrit s peritonejem, ima vse prednosti cervikalnega reza; v kolikor leži v skrčevalnem delu in ni prekrit s peritonejem, ima vse slabe strani corporealnega reza. Vendar prištevam te prehode radi boljšega pregleda k cervikalnim sekcijam in ker je bila pri teh prehodih prvotno v programu čista cervikalna sekcija. V večini slučajev je bilo podaljšanje reza v korpus malenkostno, za par centimetrov in rez v večini primerov popolnoma prekrit z mehurjem in peritonejem.

III. Sectio caesarea cervicalis transperitonealis sec. Dörfler. Podrobnosti te variante omenimo kasneje.

V letih 1925 do 1932 smo izvršili skupno 141 cesarskih rezov v našem zavodu.

Tabela I. kaže:

1.) Kolikokrat je bil izvršen cesarski rez v posameznih letih.

2.) Kolikokrat je bila izvršena ena ali druga pri nas običajna varianta v posameznih letih in skupno.

Tabela I.

Leta	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	Skupaj	v %
Sectio caesarea corporealis.	1	6	3	—	2	1	2	1	16	11:35
Sectio caesarea cervicalis transperitonealis	21	12	12	14	19	12	10	3	103	73:05
Sect. caes. cervicalis transperitonealis sec. Dörfler	—	—	—	—	—	—	—	22	22	15:60
Skupaj	22	18	15	14	21	13	12	26	141	100:00

Malo število izvršenih sekcij v letih 1927, 1928, 1930, in 1931, je slučajno, odvisno od fluktuacije materiala, v letih 1930 in 1931, pa deloma utemeljeno v tem, da je zavzel zavod v teh letih pri eklampsijah konzervativnejše stališče: skoro vse eklampsije so bile zdravljene v tem času s pernoktonom. Posebno veliko število sekcij v letu 1932 razložimo kasneje.

Zanimivejši je študij števil, ki nam kaže, kolikokrat je bila izvršena ena ali druga varianta.

Majhno število korporealnih sekcij (16 za 8 let = 11,35%) je utemeljeno v dejstvu, da smo to operacijo izvršili samo tam, kjer ni bilo drugače mogoče iz tehničnih razlogov; število pa je dosti veliko, če pomislimo, da v večini teh primerov ta varianta ni bila v programu — zadosti veliko, da dokaže, kako iluzorna je zahteva, da so pri korporealni sekciji izpolnjeni zgoraj navedeni pogoji (ker potem bi morali biti izpolnjeni tudi pri cervikalni sekciji).

Iz zgoraj navedenih razlogov zavzema cervikalna transperitonealna sekcija največji odstotek (73.05%).

Ta tabela pa kaže še nekaj: Velike izpremembe v letu 1932. Samo eno korporealno, tri stare cervikalne, sicer pa izključno Dörflerjevo modifikacijo, o kateri spregovorimo kasneje.

Tabela II. kaže številčno razmerje med posameznimi komplikacijami in kakšne komplikacije so indicirale sekcijo.

Tabela II.

Tek. št.	Indikacije (komplikacije) za sectio caesarea.	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	Skupaj
1.	Kefalopelvine disproporcije	14	9	10	8	8	11	11	15	86
2.	Placenta praevia	3	1	2	3	7	1	—	3	20
3.	Eklampsia	2	2	—	1	1	—	—	2	8
4.	Nephropathia gravidarum	—	—	—	—	2	—	—	—	2
5.	Izpad roke pri zagozdeni prečni legi (predhodno brezuspešen poizkus obrata.	—	1	1	—	—	—	—	—	2
6.	Status post. interpositionem ut. vesicovag.	—	1	1	—	—	—	—	—	2
7.	Tumor ovarii	—	1	—	1	—	—	—	—	2
8.	Myoma uteri (cervicis)	1	1	—	—	—	—	—	—	2
9.	Ruptura uteri completa	—	—	—	1	—	—	—	—	1
10.	Ruptura uteri imminens, komplicirana s prečno lego	—	—	—	—	1	—	—	—	1
11.	Ruptura uteri imminens, komplicirana s nephropathia gravid.	—	—	—	—	—	—	1	—	1
12.	Ruptura colli uteri (anemija vsled krvavitve iz raztrganine	—	—	—	—	—	1	—	—	1
13.	Tumor cervicalis	1	—	—	—	—	—	—	—	1
14.	Ca. colli uteri	—	1	—	—	—	—	—	—	1
15.	Epilepsia „Jackson“	—	—	—	—	1	—	—	—	1
16.	Izpad popkovine pri tesni medenici	—	—	—	—	—	—	—	1	1
17.	Prezgodnja ločitev placente	—	—	—	—	1	—	—	—	1
18.	Intrauterina asfiksija ploda (prezg. razpok mehurja, slabost popadkov)	1	—	1	—	—	—	—	2	4
19.	Vagina cicatricea	—	1	—	—	—	—	—	—	1
20.	Prezgodnji razpok mehurja, prim. slabost popadkov, febris sub partu, stara I. para, adipositas	—	—	—	—	—	—	—	1	1
21.	Ileus e compresione, emphysema cutan., tbc — pulmonum	—	—	—	—	—	—	—	1	1
22.	Izpadpopko vine (hydramnion), prezgodnji razpok mehurja, velik plod	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Skupaj		22	18	15	14	21	13	12	26	41

V tem pregledu so omenjene samo one komplikacije, ki so bile najbolj izrazite. Kjer je bilo komplikacij več in enako vrednih, sem jih postavil v posebno skupino. Zato je število skupin precej veliko in bi bilo še večje, če bi izvedel delitev do vseh podrobnosti. Vendar tudi potem

tabela ne bi bila popolna. Včasih naravnost komplicirane igre med indikacijo in kontraindikacijo ni mogoče vedno vkliniti v tabelo — brez škode za pregled, kateremu služi tabela.

Iz tabele II. je razvidno, da je bila najpogostejša indikacija za sekcijo kefalo-pelvina disproporcija, (v 86 primerih 61%). Označba kefalopelvina disproporcija, ki so jo upeljali ameriški avtorji in ki jo je uporabil Zalokar že leta 1925. v svojem poročilu ob priliki „petletnice ginekologije in porodništva“, se mi zdi izvrstna. Vsebuje namreč vsa nesoglasja med vstopajočo glavico in medenico, ne glede na absolutne mere medenice, ki za to nesoglasje ali soglasje niso vedno odločilne: nima namreč vsaka tesna medenica za posledico omenjene disproporcije, lahko pa dovede nepravilno vstopanje glaviče pri normalni medenici do težkih komplikacij. Seveda je v večini teh primerov ravno tesna medenica tista, ki povzroča nepravilno vstopanje glaviče.

Ker kaže ta komplikacija tako velik odstotek (61,0%), sem jo v tabeli III. analiziral v podskupine, od katerih zavzema zopet največji odstotek rahitična medenica (skoro 60%).

Tabela III.

Tek. št.	Kefalopelvine disproporcije vsled	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	Skupaj
1.	Rahitična ploščnata medenica	4	2	3	1	3	6	6	6	31
2.	Splošno tesna, rahit. plošč. medenica	2	1	3	2	1	2	2	4	17
3.	Tesna medenica	—	—	1	1	4	1	—	1	8
4.	Splošno tesna medenica	4	2	—	—	—	—	—	1	7
5.	Poševno zožena medenica	—	—	1	1	—	2	—	—	4
6.	Osteomalacična medenica	1	—	—	1	—	—	1	—	3
7.	Rahit. pseudoosteomalacična meden.	—	—	—	1	—	—	1	—	2
8.	Lijakasta medenica	—	1	—	—	—	—	1	—	2
9.	Moška medenica	—	1	—	—	—	—	—	—	1
10.	Splošno tesna, plošč. medenica	—	—	—	1	—	—	—	—	1
11.	Ploščnata medenica	—	1	—	—	—	—	—	—	1
12.	Splošno tesna poševno zož. med.	—	1	—	—	—	—	—	—	1
13.	Rahitično ploščn. in pošev. zož. med.	—	—	—	—	—	—	—	1	1
14.	Poprečno zožena medenica	—	—	—	—	—	—	—	1	1
15.	Pseudoosteomalacična medenica	—	—	1	—	—	—	—	1	2
16.	Tesna meden. (Lux. coxae. cong. bil.)	1	—	—	—	—	—	—	—	1
17.	Pelvis nana chondrodystroph.	1	—	—	—	—	—	—	—	1
18.	Spondylolisthetična medenica	—	—	1	—	—	—	—	—	1
19.	Velik plod	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Skupaj		14	9	10	8	8	11	11	15	86

Število sekcij iz drugih indikacij je mnogo manjše in naglo pada.

Na drugem mestu je zastopana placenta previja — v 20 primerih = 14.2%.

Na tretjem mestu eklampsija — v 8 primerih = 5.67%.

Na četrtem mestu slabost popadkov, kombinirana s prezgodnjim razpokom mehurja in intrauterino asfiksijo ploda — v 4 primerih = 2.84%.

Druge komplikacije kažejo še manjši procent.

Kakor je že zgoraj omenjeno, je v tej tabeli rubriciranje večkrat prisiljeno. Včasih je šele več komplikacij skupaj sililo k operaciji. Večkrat bi bilo težko določiti, katera komplikacija je indicirala sekcijo v prvem redu in katera v drugem ali tretjem. Po nasvetu svojega šefa imenujemo te skupine indikacij z eno besedo kompleksne indikacije. Točno razmerje lahko pokaže včasih šele zapisnik poroda, ki ga ni mogoče prisiliti v rubrike. Zato se mi zdi potrebno, dopolniti tabelo z nekaterimi popisi porodov z redkejšimi ali kompliciranejšimi indikacijami. Nimam namena navedati sijajnih primerov. Navedem baš one, iz katerih se lahko razberejo napake, oziroma zle posledice prejšnjih vodstev porodov, ali prejšnjih operacij. Dodam par popisov, ki opravičujejo sekcijo vsled kompleksnih, morda na prvih pogled neopravičenih in nepriznanih indikacij.

Naj omenim najprej dva poroda, komplicirana s tumorjem ovarija:

Primer št. 1. Štev. zap. 710-26. P. Fr. 38 let stara, XIII-para. Prejšnji porodi brez posebnosti. Popadki trajajo 22 ur, plodovi srčni utripi dobri. Grav. IX., I. zatilna lega.

Notranji izvid: Introitus širok. Zadnja stena vagine izbočena. Za njo se tiplje za otroško glavo velik, cističen tumor, ki izpolnjuje skoro celo medenično votlino; vaginalna kakor rektalna sluznica nad tumorjem premakljiva. Med tumorjem in simfizo za tri prste velika odprtina, v kateri se tiplje mehur in balotirajoča glavica: Sectio caesarea. Tipična odstranitev tumorja, ki izhaja iz desnega ovarja.

Preparat: Multilokularna cista, katere meh je na zunaj gladek, na vznotraj pa kaže papilomatozne ekskrescence.

Histološki izvid (Plečnik): Papilom. Maligniteta ni jasna.

Mati in otrok enajsti dan zdrava odpuščena.

Primer št. 2. Št. zap. 983-28. O. M. 22 let stara, I-para. Popadki trajajo 18 ur, mehur še ni počil, plodovi srčni utripi dobri.

Notranji izvid: Portio antepionirana, elevirana, ca. 1 cm dolga; cervikalni kanal za 1 prst prehodan, 1 cm dolg. Mehur stoji. Douglas difuzno izbočen, mehak.

Per eclum: Isti izvid.

Operacija v etrovi narkozi (Ombredan).

Colpotomia posterior. Prezentira se spodnji pol cističnega tumorja, ki izpolnjuje malo medenico in sega na desno navzgor do višine Mac — Burney — jeve točke. Pri poizkusu izvleči tumor, se radi krhkosti popolnoma raztrga, tako da je mogoče odstraniti tumor manualno le v kosih. Njegovega peclja ni mogoče doseči. Kolpotomijsko rano zašijemo. Operacija traja $\frac{1}{4}$ ure. V svrhu priprav za laparatomijo nadaljujemo lahko narkozo tekom $\frac{1}{4}$ ure, nato narkozo zopet poglobimo.

Laparotomia mediana. S. c. cerv. tranperit. Ekstrakcija ploda lahka in hitra. Popkovina ne utripa več. Tipičen šiv. Nato najdemo, da je per vaginam ekstirpirani tumor izhajal iz levega ovarija. Ostanke tumorja ekstirpiramo. V trebušni votlini nekoliko koagulirane krvi, ki jo odstranimo. Šiv trebušne stene. Operacija traja 20 minut.

Preparat: Koščki policičnega kisloma z gladko površino in krhkimi papilomatoznimi izrastki na znotraj. Cistični prostori so deloma napolnjeni s temi izrastki, deloma s koaguli krvi, deloma s čisto serozno tekočino.

Histološki izvid (Plečnik): Ca. cylindroepit.

Bolnica se 15. dan z navodili odpusti, še slabotna in anemična. (Sh.: 30)

Pri kontrolnem pregledu decembra 1932. leta:

Status gin.: Uterus v anteverziji — fleksiji, majhen, trd, premakljiv.

Parametriji in adneksi brez posebnosti.

Oba primera sta zanimiva in poučna.

1.) Ker moramo računati pri vsakem ovarijalnem tumorju z malignitetom, akoravno tega ne moremo pred operacijo ugotoviti, (saj ni bilo v prvem primeru tega mogoče celo s histološko preiskavo.)

2.) Ker lahko doživimo fiasco pri vaginalni operaciji, kar ima lahko sledeče zle posledice:

a.) Razdor tumorja in eventuelno izkrvavitev, peritonitis ali propagacijo karcinomatoznih celic po peritoneju.

b.) Eksitus otroka radi dolgo trajajoče operacije in narkoze.

3.) Ker moramo iz zgoraj navedenih razlogov brezpogojno zavreči vsak poizkus repozicije ali punkcije tumorja. Taki poizkusi so ribarjenje v kalnem z negotovim rezultatom. Iz vsega tega sledi, da je najboljša in najsigurnejša pot abdominalna radikalna operacija po predhodni sekciji. Vzrok, da smo v drugem primeru postopali drugače, leži v tem, da je pri vaginalni preiskavi imponiral tumor kot mnogo manjši, kakor je bil v resnici. Ležal je namreč deloma izven male medenice, v abdomenu za maternico in se je računalo z lahko vaginalno ekstirpacijo.

Slede trije primeri, kjer je sekcijo indiciral tumor vrata maternice. V vseh treh primerih je tumor bodisi zapiral prosto pot plodu, bodisi oviral raztegovanje mehkih porodnih potov:

Primer št. 3. Št. zap. 568-25., 35 let stara, IV-para.

I. porod b. p., spontan.

II. in III. por.: zadnična lega, ročna pomoč.

Popadki začeli pred 30 urami. Razpok mehurja pred 8 urami.

Grav. X., II. dorso-anteriorna prečna lega. Plodovi srčni utripi dobri.

Notranji izvid: Koncem vagine za dobro moško pest velik, trd, medenično volilno skoro izpolnjujoč tumor, ki sedi v zadnji steni cerviksa. Pred njim visoko za simfizo za dva prsta odprti orif. uteri externum. Skozi njega se tiplje mal plodov del. Mehurja ni.

Operacija v etrovi narkozi: S. c. cerv. transperit.

Plod, ki leži prečno, je tako trdno oklenjen po uterusu, da je ekstrakcija nemogoča. Zato se uterus zareže še ca. 6 cm v korpus.

Sledi ekstrakcija ploda, manualna ločitev placente. Šiv uterusa.

V zadnji steni cerviksa Douglas izpolnjujoč myom. Totalna ekstirpacija uterusa. Peritoniziranje. Šiv trebušne stene.

Otroška postelja b. p.

Mati in otrok 14. dan po operaciji zdrava odpuščena. Decembra I. 1932. smo dobili od te bolnice poročilo, da po operaciji ne čuti nikakih težav.

Ta popis ne zahteva pojasnitve niti z ozirom na izvršeno sekcijo, niti z ozirom na ekstirpacijo uterusa. Opozorim naj, da je to eden tistih primerov kjer ni bilo mogoče izvršiti čiste cervikalne sekcije, marveč se je

med operacijo izkazalo, da je treba rez podaljšati v korpus. To podaljšanje reza je bilo slučajno v tem primeru brezpomembno, ker se je uterus itak ekstirpiral.

Primer št. 4. Št. zap. 318-26. K. Fr. 27. let stara, V. para.

Prejšnji porodi b. p.

Ima tretji dan popadke, razpok mehurja pred 8 mimi urami.

Zunanji izvid: I. Glavna lega. Glavica odmaknjena na desno črevnico jako prominentna. Plodovi srčni utripi zamolkli.

Notranji izvid: Medenico izpolnjuje iz leve stene vratnega kanala izhajajoč, za malo otroško glavo velik, okrogel tumor, trdo-mesnate konzistence z gladko površino. Vratni kanal je okoli tumorja raztegnjen o obliki polumeseca. V tej špranji se tiplje porodna otekline.

Operacija v etrovi narkozi: S. c. c. transperit.

Po zašitju rane v uterusu, se uterus zvali pred trebušno steno, incidira po dolgem zadaj od višine orif. ut. internum 8 cm navzdol.

Enukleacija za otroško glavo velikega mioma, ne da bi se pri tem odprl cavum uteri. Šiv rane. Repozicija uterusa, peritoniziranje, šiv trebušne stene.

V otroški postelji devet dni subfebrilna. Za jajce velik infiltrat v zgornji tretjini rane, ki se 14. dan odpre.

20. dan mati in dele zdrava odpuščena.

Kontrolni pregled decembra leta 1932.:

Anamneza: Dva meseca po operaciji se je izločil 10 cm dolg šiv v sredini operacijske brazgotine. Včasih ima krče v spodnjem delu trebuha, popadkom podobne. Po operaciji ni več zanosila.

Status gin.: Uterus retrovertiran, povečan, trg, grčast. Parametriji in adneksi b. p.

Tudi v tem primeru je jasno, da je bila sekcija edini izhod za mater in za otroka, — da je bila indikacija za sekcijo absolutna. Prepirati bi se dalo o tem ali je bolje miom enukleirati ali izvršiti totalno ekstirpacijo uterusa. Mislim, da je najbolje izbrati tisto pot, za kakero imamo vtis, da bo krajša; upoštevati moramo obenem, da z enukleacijo mioma še nismo ozdravili morebitne miomatoze uterusa.

Primer št. 5. Št. zap. 1.032-25. Š. M., 40 let stara, II. para.

Prvi porod b. p.

Ima 12 ur popadke, 6 ur po razpoku mehurja.

Zunanji izvid: Grav. X., I. glavna lega. Glavica odmaknjena na desno črevnico, jako prominentna.

Notranji izvid: Orif. uteri et. odprt za dva prsta, mehurja ni.

Glavica tipljiva visoko proti desni. Levo zadnjo polovico cirkumference koluma zavzema nekaj centimetrov debel s steno uterusa neomejivo zvezan tumor, ki ima slično mehko konzistenco kakor uterus sam in ki se tudi napram levi medenični steni ne da točno omejiti. Tumor je na pritisk občutljiv. Zgornji pol tumorja ni dosegljiv.

Operacija v etrovi narkozi: S. c. cerv. transperit.

Rez v uterusu poteka poševno v smeri proti desni črevnici nad prominentno glavico, ter se podaljša nekaj centimetrov v korpus. Pri notranji preiskavi popisani tumor se po zašitju uterusa tiplje na levi polovici koluma, je za jabolko velik, okrogel in konzistenten kakor kontrahirani uterus. Levi parametrij skrajšan.

Glavica ploda: Čelo jako izbočeno, fontanele majhne, šivi ozke, lobanjske kosti jako trde, korenina nosa udra. Cirkumferenca 39,5 cm.

Bolnica v otroški postelji 8 tednov febrilna, rana b. p. Na vsaki nadlehii. Incidirani po en absces.

Pred odhodom iz bolnice status gin.: Uterus v anteverziji — fleksiji, nekoliko povečan, trd, premakljiv. Iz uterusu navzdol in na levo stran izhaja nekoliko mehkejša ne-
točno omejljiva rezistenca. Desni ligamentum sacro — uterinum trd, grčast.

Kontrola decembra I. 1932.

Anamneza: 1 leto po operaciji so se izločali šivi. Imela bolečine v brazgotini. Kas-
neje ni imela več težav in je zadovoljna.

Status gin.: Uterus v anteverziji — fleksiji, povečan, trd, slabo premakljiv. Para-
metriji in adneksi b. p.

Točne diagnoze o naravi tumorja ni bilo mogoče postaviti, niti pred, niti po ope-
raciji; kljub temu je bila sekcija indicirana, že zgolj radi porodne zapreke, ki jo je
tvoril tumor.

Vagina cicatricea kot indikacija za sekcijo.

Primer št. 6. Št. zap. 152-26. G. A. 39 let stara, IV.-para. Prvi porod 1919, leta
spontan, trejal tri dni, težak, v Mariboru. Otrok mrtvo-rojen. Po porodu nastopila fistula
vesicovaginalis.

II. Splav 1920. leta tu, s 4 imi meseci.

III. Sectio c. 1921. leta tu (s 6 imi meseci).

Leta 1919. bila operirana radi vezikovaginalne fistule, tu, z uspehom.

Popadki 24 ur, razpok mehurja pred 5 in pol dnevi.

Zunanji izvid: Grav. VIII.-IX., I. zadnična lega, plodovi srčni utripi dobri.

Notranji izvid: Zunanji genitali b. p., introitus ozek. Vagina ozka, kratka, v zgor-
njem delu zožena, brazgotinasta. Porcije ni tipati. orrif. uteri ext. spremenjen v trde-
brazgotine. V cervikalni kanal se ne more vrniti prsta.

Popadki cel čas izredno boleči, a slabi.

Operacija v etrovi narkozi. S. c. corporealis.

Plod živ (teža 1.700 gramov, dolžina 43 cm).

Sterilizacija. Tube obdane z rahlimi adhezijami. Cel uterus zlasti njegova zadnja
stena obložena s fibrinoznimi obločki. Ostali peritonej gladek, svetel in prosojen.

Otroška postelja: Šivi p. p. 12. dan mastitis sin. Mali zdrava odpuščena en mesec
po porodu.

Otok umrl 26. dan (debilitas vitae).

Kontrolni pregled decembra 1932. leta: Po prvi sekciji sanatio per sec. Čez 3 do
4 mesece v sredi brazgotine za pest velika hernija. Sicer b. p. Po drugi sekciji se je
izločilo tekom 2 let 32 šivov. Pri vsakem perilu odhajala kri skozi rano (4 mesece). Po
petih letih sta se izločila še dva šiva.

Status gin.: Uterus v anteverziji — fleksiji, majhen, trd, slabo premakljiv, zlasti na
desno. Parametriji in adneksi b. p. Porcija zraščena s sprednjo vaginalno steno, tako da
ni sprednjega forniksa.

Ta slučaj ne pokaže samo nujnosti korporealne sekcije, marveč je
zanimiv tudi iz drugih vidikov: Prvi porod je bil spontan. Rezultat: Mrtev
otrok in težka poškodba s trajno posledico. Sreča je bila za ženo, da je
uspela operacija veziko-veginalna fistule prvič — a trajna posledica je
vendarle ostala, kar najbolje demonstrira popis zadnjega poroda. Že dru-
gič je bilo treba izvršiti sekcijo pri nedonošenem plodu, ker je začel po-
rod prezgodaj. Izgleda za spontan porod ni bilo, še manj za živega otroka.
Tudi razkosanje otroka vaginalnim potom bržčas ne bi uspelo, tako da je
bila idikacija za sekcijo takorekoč absolutna. Ta primer kaže jasno, kako
nevaren je lahko predolgo ekspektativno voden porod. Kdor ve, kaj po-
meni vezikovaginalna fistula za ženo, a tudi za operaterja, bo priznal upra-
vičenost te pripombe. K sreči so taki primeri v današnjih časih vedno
redkejši.

Ruptura colli uteri kod indikacija za sekcijo cez.

Primer št. 7. Št. zap. 236-30., 38 let stara, I. para.

I. por. 1916. leta tu: Eclampsia sub partu.

II. por. 1918. leta doma, b. p.

III. por. 1920. leta tu, prezgodnji razpok mehurja, slabost popadkov, vstop z zadnjo hemenico, febris intra partum: Incizije cerviksa, visoke klešče. Ruptura simfize neposredno pred izmoltnjem glavice. Odpuščena popolnoma zdrava brez težav pri hoji.

IV., V. in VI. por. doma, b. p.

VII. por. 1927. leta, doma; izpad popkovine. Mrtvoroden otrok.

VIII. por. 1928. leta, tu. Prezgodnji razpok mehurja, slabost popadkov.

Plodovih srčnih utripov ni bilo slišati že ob prihodu v bolnico: Craniotomia;

Zadnji porod: Doma začela močno krvaveti v kosih in tekoče. Ob prihodu v bolnico anemična, ne krvavi. Popadki začeli pred 12 imi urami. Mehur še ni počil, 11 in pol ur po prihodu v bolnico začne nenadoma močno krvaveti (600 gramov).

Zunanji izvid: Grav. X., II. prečna lega. Plodovi srčni utripi dobri.

Notranji izvid: Vagina polna koagulov. Zadnja usnica porcije je ca. 2 cm dolga in debela. Spredna usnica porcije ima obliko 3 do 4 cm dolgega jezika. Na vsako stran tega jezika pa sega raztrganina starega datuma prav v sprednjo vaginalno steno. Na ta način je cervikalni kanal prehoden za tri prste. Placentalnega tkiva ni tipati, mehur stoji.

Operacija v etrovi narkozi. Laparatomija medijana od popka do simfize. Polovica zarez leži v korpusu uterusa, polovica v cerviksu. Sicer operacija tipična. Sterilizacija. Uterus se dobro kontrahira. Žena ne krvavi. Mati in otrok zdrava odpuščena 14. dan po operaciji.

Kontrola decembra 1932. leta. Nikakih težav po operaciji. Brazgotina b. p.

Statns gin.: Uterus v anteverziji — fleksiji, majhen, trd, premakljiv.

Parametriji in adneksi b. p.

Ta primer kaže dvoje:

Prvič zle posledice visokega forcepsa: rupturo simfize, ki je k sreči kmalu ozdravela.

Drugič zle posledice Dührssen-ovih incizij. Akoravno je nastopila ruptura cerviksa šele pri šestem porodu po incizijah cerviksa, vendar je verjetnost velika, da je bila temu kriva ta operacija.

Da je bila indikacija za s. c. v tem primeru takorekoč absolutna, je jasno. Že močno anemična žena, pri kateri bi se že obstoječa ruptura pri poizkusu obrata (radi prečne lege) povečala, — z vsemi posledicami.

Dva primera kompleksnih indikacij za s. c.

Primer št. 8. Št. zap. 300-32. P. N., 34 let stara, VI. para.

Prejšnji porodi: Dvakrat prečna lega, dvakrat splav, 1 krat spontan porod. Nima otrok. Izrečna želja po živem otroku.

Zunanji izvid: Grav. X., I. glavna lega; plodovi srčni utripi dobri. Obseg trebuha 123 cm. Undulacija jasna.

Razpok mehurja; odtече cirka 4 litre plodne vode.

Zunanji izvid: Ploščali plodov del levo, plodovi srčni utripi desno pod popkom. Glavica je jako prominena, velika.

Notranji izvid: Maternično ustje za dva prsta odprto. Glavica z manjšim segmentom v medeničnem vhodu, lahko odmakljiva. Velika fontanela je vodeča točka. Sutura sagitalis prečno. Poleg glavice na desni se tiplje popkovina, ki utriplje, za njo pa ročica.

S. c. cerv. transperit. sec. Dörfler.

Otrok 4.900 gramov težak, dolg 53 cm. Obseg glavice 40 cm brez porodne oteklina.

Mati in otrok 17. dan po operaciji zdrava odpuščena.

Komplikacije pri tem porodu so bile: Prezgodnji razpok mehurja (hidramnion), temenska lega, izpad popkovine in ročice, velik plod. Ako bi delali pod temi okoliščinami obrat, bi bil otrok sigurno izgubljen. Bržčas ekstrakcija izredno velike glavice ne bi bila mogoča potrebna bi bila potem še druga vaginalna operacija: perforacija sledeče glavice.

Bolj zanimiv kot prvi je tale primer:

Primer št. 9. Št. zap. 1729-32. M. T., 36 let stara, II.-para.

I. Splav 1931. leta, doma, z dvema meseci.

Teža žene 115 kg. Obseg trebuha 124 cm.

Popadki začeli pred 10. urami. Mehur počil pred 61 in pol urami. Od razpoka mehurja cel čas neredne kontrakcije uterusa, boleče, 10 do 30 sekund trajajoče. Žena že tretjo noč skoro nič se spi.

5 ur pred operacijo temperatura 37.8°.

1 uro pred operacijo temperatura 37.9°.

Sredstva za pojačenje popadkov brez učinka.

Notranji izvid: Orif. uteri ekst. za en prst odprt. Cervikalni kanal je izginil. Mehurja ni. Jako debela in trda medenična tla. Odleka čista plodna voda. Glavica nad medeničnim vhodom premakljiva.

Sc. cerv. transperit. sec. Dörfler. Po izpraznitvi je korpus uteri jako majhen.

Komplikacije pri tem porodu: Prezgodnji razpok mehurja; primarna slabost popadkov; febris sub partu; adipositas; infantilizem notranjega genitala; stara I.-para v porodniškem smislu (prvič abortus); izrazita želja po živem otroku.

Iz tega primera je razvidno, kako je šele več komplikacij v svoji skupnosti indiciralo sekcijo. Niti ena od navedenih komplikacij ne bi sama za sebe opravičila sekcije. Naraščajoča temperatura bi bila pod drugimi okoliščinami kontra-indikacija, pod danimi je pa v veliki meri pripomogla k odločitvi. Ta primer lepo demonstrira, da se ne more smatrati temperatura principijelno niti kot indikacijo, niti kot kontraindikacijo za sekcijo.

Epilepsija Jackson kot redka indikacija za sekcijo. Ker te indikacije nisem zasledil v literaturi, bi podal popis poroda nekoliko izčrpnješe.

Primer št. 10. Št. zap. 1237-29., B. M., 20 let stara, I.-para.

Anamneza: Pred tremi tedni dobila napad krčev po vsem telesu, spremljanih z nezavestjo. Po izjavi zdravnika: temperatura 39.5°. Krvni tlak 120. Albumen slabo +. Količina urina normalna. Sedemint: granularni cilindri in eritrociti. Terapija po Stroganoffu do danes, ko je dobila 4 ponovne napade. To pot zavesti ni izgubila.

Izvid v zavodu: Krvni tlak 110-115. Puls 80. Urin nekoliko moten, albumen: +. Essbach: 1%.

Nevrološki izvid: (Šerko).

Pupili nekoliko razširjeni, reagirata malo izdatno. Lobanja na udar neobčutljiva. Bolnica ne akomodira zadostno, gleda s paralelnimi očmi. Pogled na dasno normalen, vendar pa devirajo oči iz ekstremne lege počasi v normalno. Pogled na levo nemogoč. Bolnica tudi ne kontrahira pri pogledu v bližino zadostno z očmi. Skleralni releks na obeh očeh ugasel. Kornealni refleks zmanjšan. Muskulatura obraza nekoliko atonična. Ustni facialis na levi strani paretičen. Pri kazanju zob zaostaja levo lice. Gornji facialis intakten. Govor zamazan. Bolnica iztegne jezik naravnost. Leví ekstremiteti paretični. Vsak spontan gib nemogoč. Nikakih spazmov. Pozitiven kitni refleks in pozitiven Babinsky. Prsti roke flektirani, se dajo aktivno proti ne velikem uporu stegniti. Stopalo: pes egrinus. Desni ekstremiteti: Aktivno in pasivno prosto gibljivi.

Napadi: Bolnica ima tipične Jackson-ove napade, pri katerih ne izgubi zavesti. Krči začno v levi spodnji ekstremiteti, preidejo na gornjo ekstremiteto in končno na obraz. Nekateri napadi se izčrpajo že v nogi, nekateri šele v roki.

Po 10 napadih pernokton 5.5 ccm. Žena na par ur zaspi. Napadi prenehajo za 16 ur. Sledi 8 napadov s frekveninim, slabo polnjenim pulsom. Popadki jako slabi, nenakomerni.

S. c. cerv. transperit. Prerez se podaljša za par centrimetrov v korpus uterusa.

Štiri ure po operaciji začno zopet napadi, kako zgoraj opisano na pet do 20 minut, prenehajo za nekaj časa samo na pernokton. Druga sredstva skoro brez učinka. Napadi so s. c. ne prenehajo, marveč se vrste v isti jakosti še 14. dan po operaciji. (sekciji). Zabeleženih je v tem času 509 napadov, včasih so se vrstili brez presledkov drug za drugim. Zato se odločimo za trepanacijo: Dura ne kaže patoloških sprememb. Punktirajo se možgani z negativnim uspehom. Nekaj ur po operaciji žena mirno spi, nato začno polagoma napadi kakor prej. V sledečih 7 dneh je imela žena še 650 zabeleženih napadov na 5-20 minut. Ako so se napadi brez izrazitih presledkov ponavljali niso bili posebej zabeleženi.

Ponovna operacija: odstranimo Heidenheinove obodne šive in šive operacijske ranete krpo popolnoma dvignemo iz svojega ležišča. Dura pod njo pokrita v celem obsegu z dva milimetra debelo plastjo organiziranega hematoma, ki se z ostro žlico rahlo odpraska. Dura se v območju trepanacijske odprtine zareže, odloči od možganske površine, pri čemer mesoma odlekajo neznatne množine serozne tekočine. Nato se z elovatorijem zondira vsa desna epiduralna površina, kjer zopet opazimo odtok malih količin čiste serozne tekočine. Na več mestih punkcija možganov negativna. Tekoč šiv dure. Poščipljejo se robovi lobanjske odprtine in vložena krpa zašije. Napadi se ne ponove. Rana ognojena: močna sekrecija. Žena se 2 in pol meseca po drugi trepanaciji z navodili odpusti.

Kontrolni pregled decembra 1932. leta.

Anamneza: Eno leto po operaciji imela še ca. 20-50 napadov. Opazila je, da so pogostejši, ako je svinjsko meso. Kasneje so se napadi ponavljali na dva do pet mesecev, vedno redkejši. Zadnji napad 6. I. 1932. I. Pol leta po operaciji sta se izločila dva sekvestra. Rana se gnoji cel čas, a vedno manj. Bolečin nima. Samo glavobol ima približno enkrat na teden. Brazgolina po s. c. b. p. Otrok živi.

Status gin.: Uterus v anteverziji — fleksiji, majhen, trd, slabo premakljiv. Parametriji in adneksi b. p.

Vsiljuje se nam vprašanje: ali je bila v tem slučaju s. c. indicirana. Odgovor je težak celo sedaj, ko vemo, da evakuacija uterusa ni imela zaželenega učinka na napade. Ker so napadi začeli v graviditeti in so se v začetku poroda stopnjevali, ni čudno, da se je mislilo na vzročno zvezo z graviditeto in porodom. Na bolezensko žarišče v možganih, ki je tvorilo brezdvomno locus minoris resistentiae, bi lahko zvišan krvni tlak med popadki in graviditetna nefropatija, ki je bila v našem primeru naznačena nepovoljno uplivala. Druga trepanacija je uspela. Bila je evidentno potrebna. Vprašanje je, ali ne bi vplivali popadki nepovoljno na omenjeno žarišče, tudi po uspeli trepanaciji v slučaju, če bi vodili porod ekspektativno.

Da se otroška postelja po sekciji razlikuje od normalne otroške postelje, kakor tudi od postoperativnega poteka po ginekoloških laparatomijah je jasno, ker imamo pač pri sekcijah kombiniran puerperij s postoperativnim stanjem. To stanje je odsotno tem težje in prognoza quo ad vitam et sanationem tem slabša, čimveč časa je minulo po razpoku mehurja čimvečkrat je bila žena zunaj zavoda preiskana, čimdlje so trajali popadki

— kratko: čim sumljivejši je primer z ozirom na asepso. Seveda velja ta proporcija tudi za navadno otroško posteljo, akoravno v zmanjšani meri. Zato bi že na tem mestu opozoril, kako važno je misliti pravočasno na sekcijo, in jo tudi pri ustrežajočih pogojih in indikacijah pravočasno izvršiti.

Izmed postoperativnih komplikacij so se opazovale tele:

Tabela IV.

Postoperativne komplikacije	Slučajev
Trombophlebitis (površna)	7
Trombophlebitis (globoka)	3
Pleuritis	3
Mastitis	3
Parametritis	2
Bronhitis	2
Pneumonia	1
Retroperitonealen infiltrat, ki sega proti levi ledvici	1
Abscessus Douglasi	1
Abscessus brahi utriusquae	1
Cistitis	1
Haematuria	1
Otitis media (septična?) Infiltrat. Pericarditis?	1
Izredno močan meteorizem (Ileus?)	1
Febris brez objektivnega izvida	1
Rana zaceljena per secundam (brez drugih komplikacij)	4
Skupaj	33

Tudi v tej tabeli je zabeležena večinoma samo po ena komplikacija — akoravno jih je bilo včasih več skupaj — in sicer tista, ki se mi je zdela glavna.

Operativna rana se je zacelila:

per primam $122 \times = 86.52\%$.

per secundam $15 \times = 10.64\%$.

Exitus predno so bili pobrani šivi $4 \times$.

V izredno velikem odstotku smo opazovali meteorizem — močnejši, kakor po drugovrstnih laparatomijah, — ki se je izgubil običajno šele 4—5 dan.

Febrilnost je bila prav različna — o tem kasneje.

Defekacija in uriniranje, kakor pri drugih abdominalnih operacijah.

Iz bolnice je bilo odpuščenih:

zdravih 125 primerov

zboljšanih 9

neozdravljenih* 1 primer

Radi popolnejšega pregleda se je kontroliralo trajne uspehe po sekciji c. — od leta 1925. do vključno 1931., v kolikor je bilo to mogoče.

Od 112 primerov se jih je odzvalo . . . 104

Ni se jih odzvalo 6

Umrli 2

Odgovori so sledeči:

Gnojenje in izločanje šivov v . . . 27 primerih

Bolečine v trebuhu brez gnojenja v . . . 8 primerih

Neredne ali močne menzes v . . . 6 primerih

Ponovna graviditeta v 20 primerih

Splav v 6 primerih

Ponoven porod v 14 primerih

A.) Brez zdravniške pomoči v . . . 8 primerih

B.) Z zdravniško pomočjo v . . . 8 primerih

Postoperativna kila v 10 primerih

Da bi bila slika o zlih posledicah cesarskega reza popolnejša in ne-olepšana sem pregledal ponovne cesarske reze zadnjih osmih let, vpošte- vajoč pred vsem izvid na uterusu pri operaciji.

Pri 28 primerih ponovne sekcije (v 2 primerih se je sekcija tretjič izvršila) smo ugotovili:

Ruptura uteri completa (ozdravljena) . . . 1 primer

Ruptura uteri imminens (ozdravljene) . . . 3 primeri

Izredno močne zarasline 7 primerov

(tako, da smo morali delati 6 × corporealno sekcijo. Enkrat smo morali celo izvršiti ekstrapéritonealno corporealno sekcijo, ker je bil uterus tako močno priraščen na trebušno steno).

Manjše zarasline med mehurjem in raztegovalnim delom maternice skoro v vseh ostalih primerih.

Kalere varijante smo delali pri ponovnih sekcijah naj pokaže:

Tabela V.

Ponovne sekcije, razdeljene na posamezne varijante in na posamezna leta.*

Leta	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	Skupaj	v%
Sectio caesarea corpore- alis.	1	2	—	—	1	—	1	1	6	21·43
Sectio caesarea cervicalis transperitonealis.	3	1	4	2	3	3	4	—	20	71·43
Sect. caes. cerv. transpe- riton. sec. Dörfler	—	—	1	—	—	—	—	2	2	7·14
Skupaj	4	3	4	2	4	3	5	3	28	100·00

* V dveh primerih je bila sekcija tretjič izvršena.

*) Odšla domov na lastno odgovornost. To je tisti slučaj iz tabele IV. z otitis media, pericarditis? Infiltrat. Pri kontrolnem pregledu decembra 1932. leta smo ugotovili da je doma kmalu ozdravela.

Od zbranih 141 sekcij je brez vsakega odbitka umrlo 6 porodnic. Kosmatla mortaliteta znaša torej 4.26%. Iz naslednjih kratkih popisov letalnih primerov je razvidno, koliko teh smrtnih slučajev gre na račun cesarskega reza in koliko na račun drugih, od te operacije neodvisnih komplikacij.

Primer št. 11. Št. zap. 741-25. G. Š., 42 let stara, IX. para.

Zunaj preiskana 7 krat; pri prihodu v bolnico temperatura 37.7°.

Razpok mehurja pred 16 urami.

Osteomalacična medenica težke stopnje.

S. c. cerv. transperit.

Peritoneum plicae vesico-uterinae edematozen, jako zadebeljen. Raztegovalni del uterusa jako tenak in krhek. Pri ekstrakciji ploda se uterus zatrga navzdol v vagino, sečni mehur oslane cel. Peti dan po operaciji srednjemočna krvavitev, ki na injekcijo pituitrina preneha.

Šesti dan vsled ponovne močne krvavitve tamponada uterusa in vagine. Infuzija. Kardiaka.

Po 16 urah tampon odstranimo. Ponovna krvavitev. Ponovna tamponada. Žena skrajno anemična. Kardiaka, autotransfuzija. Uro kasneje eksitus.

Obdukcijski izvid (Košir): Splošna anemija. Degeneracija organov. Laparatomijška rana v trebušni steni in v mali medenici zagnojena. Defekt sprednje vaginalne stene. Na desni strani prideš za vnanjim materničnim ustjem s prstom ca. 5-6 cm v tkanino za maternico. Posamezni koaguli se držijo vaginalne in uterušove stene. Uterus slabo involviran.

Primer št. 12. Št. zap. 127-26. Z. F., 35 let stara, II. para.

Zunaj ni bila preiskana. Temperatura pri prihodu 36.2°. Mehur stoji.

Šplošno tesna rahilična ploščnata medenica.

I. por.: per sectionem.

Operacija v etrovi narkozi.

Laparatomija medijena 5 prstov pod in pet prstov nad popkom. Oterus je z močnimi adhezijami deloma fiksiran na sprednjo brebušno steno. Fundus uteri je prost. Podolžen prerez uterusa v zgornjem delu korpusa in v fundusu. Ekstrakcija ploda. Šiv uterusa je otežkočen, ker je stena deloma zelo brazgotinasta. Sterilizacija. Šiv trebušne stene. 11 dan po operaciji exitus letalis.

Obdukcijski izvid (Plečnik).

Status post. sect. caes. pred 11 dnevi. Septična endometritis, metritis in parametritis s fibrinozno in gnojno peritonitis. Paraliza črev. Degeneracija organov. Hipostatična pneumonija na obeh straneh. Na levi spodaj stare pleuritične adhezije.

Primer št. 13. Št. zap. 62-27. O. M., 35 let stara, III. para, zunaj ni bila preiskana.

Doma ponovno močno krvavela. Ob prihodu v bolnico temperatura 36.2°, močna anemija, puls 130, majhen, mehak, glavobol, meglen vid, šumenje v ušesih. Ponovna krvavitev v bolnici. Placenta praevia totalis: tamponada, nato s. c. in supravaginalna amputacija uterusa, radi močne anemije in atonije maternice. Kardiaka, infuzija. Po dveh urah exitus letalis vsled anemije.

Primer št. 14. Št. zap. 345-29. K. A., 41 let stara, X. para.

Zunaj ni bila preiskana.

Doma večkrat krvavela.

Ob prihodu v bolnico temperatura 36.0°. Puls 96.

Ponovna krvavitev v bolnici (malenkostna). Ženi postane slabo. Puls slabo polnjen. Dve uri po prihodu v bolnico s. c. cerv. transperit. radi placentalne praeviae totalis. Celotna izguba krvi med operacijo 600-700 gramov.

Močna anemija: kardiaka, infuzija, auto-transfuzija. 1.35 h po operaciji exitus letalis.

Primer št. 15. Št. zap. 184-30. K. M., 34 let stara, VII. para.

Zunaj ni bila preiskana.

Doma enkrat močno krvavela.

Po prihodu v bolnico temperatura 36,3°, puls 96, srednje polnjen.

Placenta praevia totalis. Lahka krvavitev. Kri je močno „vodena“.

S. c. cerv. transperit. Polovica prereza sega v korpus.

Otroška postelja:

Peti dan bolnica visoko febrilna. Puls frekventen, slabo polnjen, močan meteorizem,

driske.

9. dan subfebrilna, občutljivost abdomena.

11. dan tromboflebitis desne spodnje ekstremitete. Sahli: 17.

13. dan leva spodnja ekstremiteta zateka.

17. dan edem spodnjih ekstremitet manjši, temperatura subfebrilna.

20. dan embolia arteriae pulmonalis. 1 uro kasneje exitus letalis.

Obdukcijski izvid: Status post sect. caesar. pred tremi tedni.

V utero-vezikalnem prostoru cirkumskripten absces, intraperitonealen. Zareza na levi strani uterusa se ob šivih gnoji. Gnojna endometritis. Tromboza v desni femoralni veni. Leva vena femoralis je prazna. Leva arterija pulmonalis je embolično zaprta v svojih vejah. Fibrinozna pleuritis na obeh straneh pri edemu pljuč. Degenerirano srce. Degeneracija organov.

Primer št. 16. Št. zap. 1.193-31. Š. M., 29 let stara, VII. para.

Rahitična ploščnata medenica (conj. d. 9. 5).

Prejšnji porodi:

I. por. doma 1921. leta; prezgodnji razpok mehurja. Forceps. Otrok mrtvorjen.

II. por. doma 1922. leta perforacija in ekstrakcija.

III. por. v bolnici v Celju 1923. leta. Perforacija in ekstrakcija.

IV. por. doma 1924. leta. Perforacija in ekstrakcija.

V. por. tu, (št. zap. 950-25). S. c. Otrok živi.

VI. por. v bolnici v Celju 1930. Perforacija in ekstrakcija.

Zadnji porod:

Zunaj ni bila preiskana. Temperatura ob prihodu 36,3°, 40 minut pred operacijo razpok mehurja.

Operacija v etrovi narkozi. Laparatomija.

Spodnji del uterusa močno zaraščen s parijetalnim peritonejem, ki se le deloma odloči. S. c. coporealis. Sterilisatio. 4 dan po operaciji exitus letalis vsled peritonitis.

S primeroma št. 13 in št. 14 ne moremo obremeniti sekcije, ker sta bili porodnici že pred operacijo močno izkrvavljeni. Indikacija za operacijo je bila nujna, posebno ker se je krvavitev v obeh primerih v zavodu ponovila.

Isto velja za primer št. 15, akoravno nekoliko prisiljeno: placenta praevia totalis. Pride že anemična v zavod. 11 dan po operaciji Sahli: 17 — akoravno ni več krvavela. Neposredni vzrok smrti embolija.

Težko se je odločiti, kam naj prištevamo primer št. 11: porodnica prišla v bolnico subfebrilna (37,7°), bila je zunaj zavoda 7 krat preiskana. 16 ur po razpoku mehurja. Edematozen in zadebeljen peritonej plike veziko-uterine in krhkost raztegovalnega dela maternice govori za infekcijo pred operacijo. Indikacija za sekcijo je bila absolutna radi osteomalacične medenice težke stopnje. Kljub temu štejem ta primer — nekoliko subjektivno — v breme cesarskega reza, ker je bil glavni vzrok smrti izkrvavitev iz brščas pomanjkljivo zašite raztrganine.

Primer št. 12 in št. 16 obremenjujeta oba sekcijo. Zunaj nepreiskani. Mehur v enem slučaju še ni počil, v drugem 40 min. pred operacijo. Tempe-

ratura ob prihodu v bolnico 36.2° in 36.3°. Vzrok smrti je bil v enem primeru peritonitis in septicopieamia, v drugem peritonitis. V obeh primerih je bila sekcija iz izstega raaloga (tesna medenica) ponovno izvršena in v obeh primerih smo našli pri operaciji močne adhezije tako, da smo morali položiti rez v korporealni del uterusa.

Ako vpoštevamo, da se najdejo pri ponovnih operacijah (če smo prvič šivali s svilo) večkrat šivi, okrog katerih vidimo včasih gnojne čepe (majhne abcese), — ako vpoštevamo, da tožijo bolniki po operacijah v precejšnjem odstotku o izločanju šivov (včasih še po več letih) — in, ako končno vpoštevamo, da sta navedena dva primera peritonitide od 141 sekcij edina, ki obremenjujeta brezdvomno sekcijo, potem bržčas ni neopravičen sum, da je šlo v omenjenih dveh primerih za latentno infekcijo, ki se je morda vzdrževala radi svilenih šivov, ki se — kakor vemo — včasih leta ne rezorbirajo.

Res je, da je bila izvršena v obeh primerih korporealna sekcija. Za to trdijo, da ima največjo mortaliteto, posebno vsled peritonitide in zahtevajo — kakor v uvodu omenjeno — da se jo izvršuje samo v čistih primerih. Vendar sta bila oba podana primera pred operacijo z ozirom na asepso neoporečna.

Od skupne mortalitete torej lahko odbijemo 3 slučaje. Ostane očiščena mortaliteta $3:141 = 2.13\%$.

Da ne bi ocenil mortalitete po cesarskem rezu prenizko, sem pregledal vse rupture uterusa našega zavoda zadnjih osmih let. Zabeležen je 1 smrten primer po rupturi uterusa, kot posledica sekcije: to je eden od že omenjenih dveh umrlih, o katerih smo bili obveščeni pri kontrolnih pregledih:

Primer št. 17. Št. zap. 159-27. G. M., 30 let stara, IV.-para.

Shodila s 5. leti.

I. por. leta 1923., spontan, trajal dva dni. Otrok mrtvorojen.

II. por. leta 1925., nožna lega. Perforacija sledeče glavnice.

III. splav. leta 1926. z dvema meseci.

Majhne postave, lubera frontalia močno izražena, defektno zobovje.

I. glavna lega. Glavica prominira nad simfizo.

Notranji izvid: Orif. ut. ekst. za dva prsta odprt. Kolum na desno v dolžini 2 cm ohranjen, na levo pa sega laceracija do fornika. Mehur stoji. Glavica nad medeničnim vhodom, premakljiva.

S. c. corporealis (radi laceracije v cerviksu).

Postoperativen potek skoro afebrilen.

14 dan po operaciji z otrokom zdrava odpuščena.

Leta 1930. pripeljana ponovno v bolnico. Št. zap. 725-30.

Anamneza: 3 dni je imela močne popadke, ki so danes zjutraj prenehali. Ima bolečine v trebuhu. Poklicalci so babico šele danes zjutraj, ki je pripeljala porodnico takoj v bolnico.

Status pr.: Bolnica blede-cianotična, lovi sapo. Puls netipljiv. Ekstremitete hladne.

Zunanji izvid: Trebuh mehak, močno občutljiv na pritisk. Plodovih srčnih utripov ni slišati. Plod je lahko gibljiv pod trebušno steno. 1.15 h po prihodu v bolnico exitus letalis.

Obdukcijski izvid: Ozka medenica. Conj. anatomica 7.5. Conj. diagon. 10.

Sprednja stena uterusa po dolž. počena in to po brazgotini po s. c. pred par leti. Splošna anemija.

V tej zvezi bi v kratkem poročal še o ostalih (že zgoraj omenjenih) rupturah, ki smo jih opazili pri ponovnih graviditetah po predhodnem cesarskem rezu.

Primer št. 18. Št. zap. 311-24. R. M., 39 let stara, XIII.-para.

Indikacija: Tesna medenica. Zagozdena prečna lega (izpad leve roke).

Operacija: s. c. cerv. transperit.

Izvid pri operaciji: b. p.

Postoperativni potek: 15. dan z otrokom zdrava odpuščena.

Isti primer št. zap. 1222-28. R. M. XVI.-para.

Indikacija: Placenta praevia partialis. Ruptura uteri completa.

Operacija: S. c. v stari brazgotini, nato totalna eksterpacija uterusa.

Izvid pri operaciji: V zgornjem kotu brazgotine po prejšnji sekciji, nekoliko nad kontrakcijskim obročom 2 cm dolga zijajoča razpoklina iz katere moli placentarno tkivo. Odpreparira se mehur, ki je čvrsto, z močnimi adhezijami priraščen z uterom. (placenta 36×12 cm).

Postoperativni potek: Od 16. dne naprej afebrilna, 29. dan z otrokom zdrava odpuščena.

Primer št. 19. Št. zap. 1.251-29. J. I., 28 let stara, II.-para.

Indikacija: težka nephropathia gravidarum, ki se kljub terapiji slabša.

Operacija: s. c. cerv. transperit. (Rez sega deloma v korpus).

Izvid pri operaciji: b. p.

Postoperativni potek: 3 dni febrilna, nato afebrilna. 23. dan zdrava odpuščena.

Isti primer št. zap. 1663-31. J. I. III.-para.

Nephropathia gravidarum (Essb: 24^o/₁₀₀, R. R. 160-170, glavobol, meglen vid, jako močni edemi.) Ruptura uteri imminens.

Operacija: s. c. cerv. transperit, nato supravaginalna amputacija uterusa.

Izvid pri operaciji: Ekscizija starih brazgotin po prejšnjih dveh operacijah. V teh brazgotinah vidimo kapljice gnoja po prejšnjih šivih. Desno spredaj ob pliki vezikouterini, ki je po prejšnji operaciji polegjena navzgor in široko priraščena, vidimo za otroškodlan veliko sufuzijo. Medijano se ob tej sufuziji odpreparira mehur in prereže cervikalni del uterusa po dolgem. Pri tem vidimo, da je stena uterusa samo par milimetrov debela in da placenta na tem mestu ni točno oddeljena od miškulature.

Postoperativni potek: Dva meseca v presledkih febrilna. Po 2 in po mesecih zboljšana odpuščena. Oba negodna dvojčka umrla.

Primer št. 20. Št. zap. 466-28., G. J. 23 let stara, I.-para.

Indikacija: Splošni tesna rahitična ploščnata medenica.

Operacija: s. c. cerv. transperit.

Izvid pri operaciji b. p.

Postoperativni potek: od 6. dne afebrilna, 13. dan z otrokom zdrava odpuščena.

Isti primer št. zap. I. 124-30. G. J. II.-para.

Indikacija: Ruptura uteri imminens (lahka krvavitev) splošno tesna, rahitična, ploščnata medenica.

Operacija: s. c. cerv. transperit. (pol reza sega v korpus uteru-a).

Izvid pri operaciji: Uterus je ploskoma adherenten na sprednjo trebušno steno, tako, da ni mogoče dospeti v prosto trebušno votlino. Adhezije deloma odprepariramo, ravnotako mehur. Na enem mestu je stena maternice popolnoma tenka, modrikasto pro-sevajoča in brazgotinasta.

Postoperativni potek: 13. dan z otrokom zdrava odpuščena.

Primer št. 21. leta 1925. operirana v Zagrebu, bajè, ker po razpoku mehurja ni bilo popadkov.

Isti primer št. zap. 217-29. J. A., 32 let stara, III. para.

Indikacija: Ruptura uteri imminens (druga prečna lega. Conj. d.-11).

Operacija: s. c. cerv. transperit.

Izvid pri operaciji: Zareza v brazgotini po prejšnji operaciji. Mehur je pripel visoko proti corpus uteri, z adhezijami in trdimi brazgotinami priraščen k sprednji steni materice. Odprepariranje mehurja. Zareza v cerv. delu v stari brazgotini. Stena na tem mestu komaj dober milimeter debela.

Postoperativen potek: 2 dni subfebrilna. 5. dan z otrokom zdrava odpuščena.

Pregled teh primerov nam kaže, da so rupture nastajale v vseh primerih v brazgotini, akoravno je bil postoperativen potek gladek (v enem primeru to iz popisa ni prav jasno razvidno). Kaže nam tudi, da je ležalo vsaj v 2 primerih nasadišče placente preko stare brazgotine, ki je bila bržčas po placenti uzurirana, enako kot tolikokrat poroča literatura. Žal nimamo v vseh primerih točnih podatkov o nasadišču placente in histoloških izvidov.

Ako smo opazovali pri ponovnih sekcijah: ruptures uterusa, več ali manj velike zarastline in dvakrat eksitus, ki gre — kakor zgoraj omenjeno — edino v teh dveh primerih brezdvomno na rovaš sekcije, je s tem upravičeno veliko število sterilizacij, ki so bile pri naših sekcijah izvršene (v 22 slučajih = 15.53%). Poleg omenjenih indikacij za sterilizacijo naj omenim še osteomalacijo, tretjo sekcijo, veliko število živih otrok pri placenti previji. etc. Zdi se mi, da so na ta način sterilizacije dobro utemeljene. V polemiki, med Batory-jem in Zanelo pravi zadnji (glej lječnički vjestnik l. 1932. broj 11. stran 576):

„Pisac je uvjeren da su cezarotomirane žene „svijesne“ i da „dolaze same“ na ponovnu s. c. Mi stekosmo suprotna izkustva u tom pogledu, tako, da bismo mogli predložiti s obzirom na nemar i tvrdoglavost naših seljanki, sterilizaciju kod prve s. c., kao predobranu protiv ruptures uteri.“

Mi postopamo tako, da vsaki po prestani s. c. odpuščeni ženi s posebnim povdarkom naročimo, naj pride k ponovnemu porodu brezpogojno pravočasno v zavod in jo opozorimo na morebitne nevarnosti nenadzorovanega ponovnega poroda.

Potom cesarskega reza se je porodilo 144 otrok (3 krat so bili gemini).

Porodna teža je bila: 1000—1.500 gr 1 primer

1500—2000 „ 7 „

2000—2500 „ 11 „

2500—3000 „ 31 „

3000—3500 „ 52 „

3500—4000 „ 32 „

4000—4500 „ 8 „

4500—5000 „ 2 „

Mrtvorojena sta bila 2 otroka (glej primer št. 2. Drugi novorojenček je bil že mrtev pred s. c. Indikacija za operacijo je bila absolutna radi

močno dizlociranega uterusa po veziko-vaginalni interpoziciji uterusa 2 leti pred sekcijo.)

Živorojenih novorojenčkov je bilo 142.

Od teh je umrlo za časa bivanja v bolnici 11. Mortaliteta otrok znaša torej 7.75%. Odbijemo lahko 1 primer (št. zap. 348-25), ki ne gre na rovaš sekcije.

Obducijski izvid otroka: Na desni zaglavni loputi velikih možgan za oreh velika krvavitev. V srcu nenormalen septum ventriculorum membranaceum z defektom. Vrat je zadaj proti levi zalit z izrazito veliko plastjo tolščice. Na distalni epifizni femorja ni videti osifikacijskega jedra. Splošen ikterus.

Odbijemo lahko še 5 primerov s porodno težo pod 2000 gramov (4 od teh negodnih otrok so bili od dvojčkov).

Očiščena mortaliteta bi znašala potem 3.52%

Naj navedem nekaj številke o uspehih s. c. iz tujih in domačih statistik. Winter (rezultati cele Nemčije iz leta 1928.)

Za mater: Celokupna mortaliteta 7.1%

Očiščena " 4.2%

Za otroka: Mrtvorojenih " ca 9%

Rano po operaciji umrlih 5.7%

Nadalje mortaliteta za matere:

St. Szlehlö (Budimpešta): 5.7%, očiščena 4% B. Davis (Neuyork): 7.2% Fray (Zürich): 5%. Labhard (Basel): 4.5%. E. C. Wille (Berlin): očiščena 1.4% A. E. Lewis (Chicago): 9%. K. Meissner (Breslau): 1.9%. Schweitzer (Schemnitz): 2.5%, očiščena 1.7%. Miller (New Orleans): 16%. W. Ilkewitz, M. Lewi, S. Selitzky (Moskva): 7.8 %, očiščena 4.6%. Batory (Osijek): ca. 4%. E. Watzke (Celje): 28.57%.

Če primerjamo te številke, bi morali biti s svojimi rezultati zadovoljni, posebno ako vpoštevamo, da naš materijal v več primerih ni zadoščal zgoraj navedenim pogojem za sekcijo:

Operativni poseg pred sekcijo zunaj zavoja (tamponada, poizkus obrata, visoki forceps v 5 primerih

Temperatura pred operacijo (nad 37.7°) v 4 "

Notranja preiskava zunaj zavoda v 41 "

Prezgodnji razpok mehurja (10 ur — 9 dni) v 33 "

Nadalje, da smo morali radi nujnih indikacij (ca—colli uteri, myoma cerv. uteri, ruptura uteri) izvršiti:

Aptutatio uteri supravagin v 4 primerih

Extirpatio uteri totalis v 5 "

in končno da smo morali izvršiti ponovno sekcijo v 28 "

Z našimi uspehi vendar nismo bili povsem zadovoljni, saj dosežejo posamezni operaterji lepše rezultate pri cesarskem rezu, tako za mater kot za otroka.

Ena najsijajnejših vseh statistik je Dörfler-jeva (Regensburg), ki kaže na podstavi lastnega materiala 0.2% mortalitete za matere in 0% otroške mortalitete.

Napram tem številkam smo nekoliko rezervirani, ker ne vemo, kakšni primeri so bili operirani. Vemo pa, da je delal sekcijo v 2 — 4% vseh porodov, kar mora dati ugodnejše rezultate nego pri nas, kjer smo operirali večinoma le najnujše primere (25% vseh porodov). — Vzlic temu ostanejo Dörfler-jeve številke laskave.

Ker je tudi teoretična baza nove Dörfler-jeve metode po večini dobra, se je odločil moj šef začetkom leta 1932., da jo preizkusi.

S to odločitvijo je nastopila nova faza v zgodovini cesarskega reza na našem zavodu.

Do leta 1920. je bila v navadi samo s. c. corporealis.

Od leta 1921. do 1931. s. c. cervicalis transperitonealis, v kolikor je bilo to iz tehničnih razlogov mogoče.

V preteklem letu je bilo pa izvršenih 22 sekcij po novi metodi, ki je sicer samo modifikacija stare transperitonealne cervikalne sekcije — vendar zelo bistvena modifikacija.

Zato se mi zdi potrebno, da v kratkem in kronološko naštejem vse podrobnosti, kakor jih zahteva Dörfler za svojo sekcijo:

1.) Narkoza v postelji ali pripravljalni sobi. Izključno globoka etrova narkoza, brez mo-injekcije. Narkozo začnemo, ko je v operacijski sobi že vse pripravljeno. Ko žena zaspi, šele brilje in druge priprave.

2.) Operacijska miza leži vodoravno, radi zmanjšane nevarnosti zračne embolije.

3.) operater stoji desno od žene, 2 asistenta levo.

4.) Laparatomia mediana od simfize do par prstov nad dopek.

5.) Eventracija uterusa z roko, ki gre v abdomen.

6.) 2 trdi kompresi se porine globoko v Douglas. Med temi kompresami prime desna roka asistenta za raztegovalni del uterusa in dvigne, oziroma porine — ako je to mogoče — glavico nad simfizo, da je operaterju lažje dostopna. Nato stisne s to roko trdno cerviks, da ne pride do krvavitve.

7.) Še dve — tri kompresi nad simfizo.

8.) Rez peritoneja ob priliki vezikouterini, ki sam zdrkne par centimetrov navzdol, brez vsakega prepariranja. Med zevajočimi robovi peritoneja prečni prerez raztegovalnega dela maternice (zadnja plast muskulature s hrbtom noža, da se ne rani otroka).

9.) Pri porodu ploda ne rabimo inštrumentov. Edini inštrument je operaterjeva roka, kateri pomaga asistentova, ki tišči glavico navspred.

Po porodu ploda:

10.) Prva injekcija pituglandola v muskulaturo uterusa. Po 1—2 minutnem čakanju se porodi placenta večinoma spontano. Ako ne, na rahel

pritisek. V jako redkih slučajih potrebna manualna ločitev. Pri retenciji dela placente je treba invertirati sumljivo steno in izbrisati s kompreso.

11.) Druga injekcija pituglandola intramuskularno. Roka asistenta ostane v polnem miru za uterusom.

12.) Sveže rokavice za operaterje. Sveže trde komprese pred simfizo.

13.) Šiv uterusa v 4 etažah:

a.) Tekoč muskulo — mukozen šiv (od leve proti desni).

b.) „ „ — serozen „ („ „ „ „).

c.) „ „ sero — serozen „ $\frac{1}{2}$ —1 cm nad prerezom uterusa.

d.) Ponoven tekoč sero-serozen šiv z gubo peritoneja. Torej bi morali že zašiti peritonej še 2 krat prekriti z gubami peritoneja.

14.) Sledi previdna odstranitev asistentove roke in kompres — nazadnje onih, ki leže za uterusom.

15.) Treba je čakati par minut. Ako postane uterus mehak, ne smemo masirati, marveč samo rahlo udarjamo po korpus uteri s kakim ploščatim inštrumentom.

16.) Ako sumimo na infekcijo pred operacijo, zlijemo 50 gramov etra na rano uterusa.

17.) Drugič menjamo rokavice.

18.) Nato šijemo trebušne stene v 4 etažah.

Operacija traja $\frac{3}{4}$ do najdlje 1 uro.

Potem položimo peščeno vrečo 1—2 dni na trebuh.

Ko se začne žena prebujati damo injekcijo mo-atropin.

Zvečer istega dne damo $\frac{1}{2}$ litra temnega čaja v kapljalnem klistirju.

Pri žeji ponovimo kapljalne klistire s fiziološko vodo na 4—5 ur.

Posebno važnost polaga Dörfler na tole:

I. Na retrovezikalni prečni prerez raztegovalnega dela melernice, ki bodi ulemeljen v anatomsni arhitekturi in fiziologiji gravidnega uterusa.

Dörfler mu pripisuje tele prednosti:

Krvavitev je malenkostna ali je sploh ni. S tem odpade potreba po Peanih in drugih inštrumentih, s katerimi se samo ledira tkivo.

Cirkularno potekajočo muskulaturo manj lediramo.

Rano pri šivanju lahko boljše adaptiramo. Obstoja manjša nevarnost ruptur v ponovni graviditeti in porodu.

Po naših izkušnjah in mnenju je pa največja vrednost prečnega prereza v tem, da sploh ni treba odpreparirati mehurja, posebno ne v oni širini, kot je to potrebno pri stari transperitonealni cervikalni sekciji. To ima zopet več dobrih posledic: Da je lezija paravezikalnega tkiva manjša, da se rana na maternici lažje in bolje prekrije, da je umetno ustvarjeni spatium vesico-uterinum mnogo manjši. S tem je nevarnost za hematoma v tem prostoru manjša, kar bržčas znatno zmanjša adhezije med mehurjem in maternico, ki smo jih po stari metodi pri ponovnih sekcijah skoro vedno opazovali. Ali se bo obnesel prečni prerez v ponovnih graviditetah in porodih boljše kot vzdolžni prerez — kakor prerokuje Dörfler, bo

pokazala bodočnost. Verjetno je pa, da bo odpadel vsaj oni odstotek ruptur, ki nastajajo radi vraščanja placentalnega tkiva v brazgotino po s. c., ali pa radi otočkov decidualnih celic, ki so bili s šivi prenešeni med muskulaturo. Že Stöckel n. pr. priporoča odpreparirati mehur v primeru potrebe do vagine in podaljšati rez iz zgoraj navedenih razlogov raje v vagino kot v korpus uteri.

II. Na 4 etažni šiv. Zakaj je že druga etaža muskulo-serozno, nam ni prav razumljivo. Pri nas se šiva v drugi etaži samo muskulatura, in šele v tretji etaži robovi peritoneja, kar se nam zdi lažje in ustreza anatomskim razmeram.

III. Nadalje polaga Dörfler posebno važnost na eventratio uteri, ki ji pripisuje tele prednosti:

Hitrejši porod ploda — brez pomoči inštrumentov.

Hitrejši porod placente (in tudi sigurnejši).

Sigurno in lahko šivanje, ker je pregled rane lepši.

Možnost „ekstraperitonealnega“ dela in tako znatno zmanjšana nevarnost infekcije.

Vse te prednosti eventracije priznavamo, akoravno ne brezpogojno in v vsakem primeru. N. pr. piše Dörfler: Desna roka asistenta, prime cerviks in vzdigne ali porine — ako je mogoče — glavico nad simfizo. Vprašam: „Kako pa, ako to ni mogoče?“ — in že v našem skromnem materialu smo to opazovali nekajkrat. V teh primerih vsaj v tej točki eventracija uterusa nima pomena, ker je porod ploda potem prav tako težak kot pri sekcijah, kjer leži uterus in situ. Gotovo je opazoval isto tudi Dörfler (drugače ne bi pristavil previdnega: ako je mogoče), — opazoval prav v onih primerih, kjer je porod že dolgo trajal in je glavica močno fiksirana, čeprav samo z manjšim sigmentom v medeničnem vhodu. In to so navadno oni primeri, pri katerih je — radi morda že oškodovanega ploda — hiter porod posebno nujen.

V teh in sploh vseh primerih, kjer dela porod glaviče težave, si dovoljujem priporočati, da potisne eden od zdravnikov s kazalcem desne roke rektalno glavico navzgor in navspred. To velja tudi za staro transperitonealno, kakor tudi ekstraperitonealno sekcijo!

Krvavitev je bila tudi pri našem materialu navadno minimalna, kajkrat pa le močna in se nam ni posrečilo, zaustaviti jo s pritiskom na cerviks, kakor priporoča Dörfler.

Možnost aseptičnega dela v veliki meri priznavamo: posebno koristno se nam zdi, da nategne druga asistenca (ki stoji pri nas, kakor pri drugih ginekoloških operacijah med nogami žene) takoj po rojstvu otroka obe trdi kompresi, ki režiata za uterusom. S tem zopet uspostavimo eventuelno razrahljano mejo proti trebušni duplini — oziroma preprečimo, da bi se razrahljala.

Brezdvomno ima pa eventracija tudi svoje senčne strani:

Večji prerez trebušnih sten (z vsemi slabimi posledicami: Večja lezija tkiva. Več tujega materiala — šivov, dolgotrajno šivanje).

Globljo nerkozo, ker sicer dela repozicija črevesja težave, kakor priznava Dörfler.

Večjo nevarnost postoperativne hernije (že zato, ker je trebušni rez daljši).

V zlic temu se nam pa zdi, da so prednosti Dörflerjeve metode tolike, da jih je vredno preizkusiti.

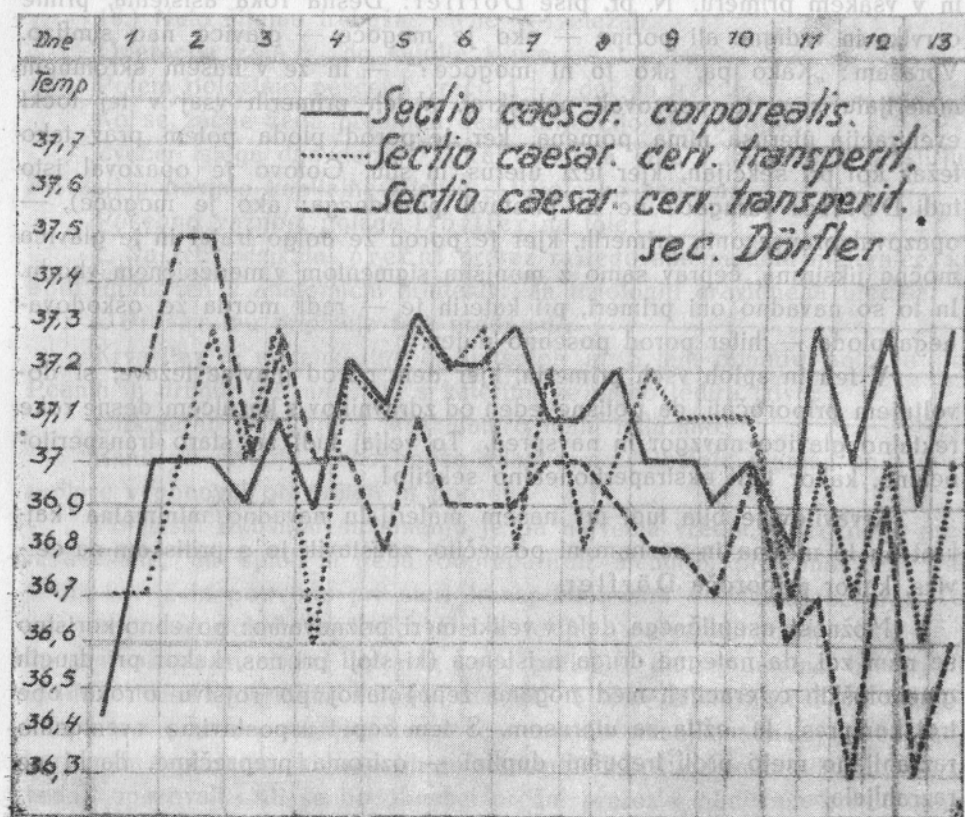
V letu 1932. smo izvršili na našem zavodu 22 Dörflerjevih sekcij (poleg tega smo izvršili 4 krat eventracijo uterusa z vzdolžnim retrovezikalnem rezom. Te 4 primere prištevam radi boljšega pregleda med stare transperitonealne cervikalne sekcije.)

Rezultat: 0% mortalitete za mater, 0% mortalitete za otroka.

Mortaliteta za mater pri s. c. cerv. transperit. znaša 3.88% (4 slučaji.)

„ „ „ „ s. c. corp. znaša 12.5% (=2 primera, s katerimi pa bržčas ne moremo obremeniti korporealnega cesarskega reza, marveč ponovne sekcije, kakor je zgoraj obrazloženo).

Tabela VI.



Primerjal sem naše tri varijante še iz drugih vidikov.

Povprečno bivanje v bolnici:

Po s. c. corp. = 29 dni.

Po s. c. cerv. transperit. = 25.5 dni

Po s. c. cerv. transperit. sec. Dörfler = 17 dni

Nadalje sem primerjal aritmetično sredino temperaturnih krivulj prvih 14 dni po operaciji (ki jih je izračunal Bonač).

Tudi tukaj kaže primerjava najugodnejše za Dörflerjevo metodo: že od 4. dne naprej ni prekoračena temperatura 37°. Mimogrede naj omenim, da temperature pri korporalnih sekcijah prekoračijo 37° še po 14 dneh (morda radi infekcije preko neperitoniziranih šivov).

Zavedamo se, da so ti lepi uspehi Dörflerjeve metode lahko slučajni (da imajo primerjave nebroj virov za napeke, ker niso primerjani vedno povsem enaki primeri, ker temperature ne gredo vedno na rovaš sekcije, in ker lahko slučajna komplikacija znatno podaljša dobo bivanja v bolnici in poslabša temperaturno krivuljo) in premajhni, da bi si na njih podlagi ustvarili končno sodbo. Vtis je vendar toliko ugoden, da sili k nadaljni preizkušnji in da smo kar se tiče indikacij na podlagi teh uspehov že drznejši (glej primera št. 8 in 9).

Cilj porodništva je bil od nekdanj: rešiti pri porodu materino in otroško življenje.

V dokaz, kako daleč smo še od tega cilja, naj omenim, da piše Stöckel v svoji čni knjigi — eni najboljših, kar jih poznamo — še leta 1930.: „Ako konkurira materino in otroško življenje pri porodu v taki meri, da lahko ohranimo samo eno, potem moramo ceniti principijelno materino življenje višje in v primeru potrebe perforirati živega otroka, ne glede na etične, teološke in juridične pomislike.“

Tak strašen kompromis je pri današnjem stanju porodništva včasih potreben in se zato tudi z juridične strani tolerira. Posamezni porodničarji zahtevajo, da se mora tudi otroško življenje brezpogojno bolj respektirati in predlagajo temeljito preureditev vsega porodništva (Hirsch, — Dörfler itd.) v bolnicah, kjer naj bi se zamenjale vse porodniške operacije (izvzemši forceps in obrat s takojšnjo ekstrakcijo) s sekcijo (češ da daje mnogo manjši odstotek mortalitete za mater in za otroka). Zahtevajo tudi, da ne pride do zanemarjenih prečnih leg, inficiranih slučajev na kratko, zanemarjenih porodov. To da preprečimo, ako navajamo babice in praktične zdravnike, da pošiljajo sumljive slučaje pravočasno v zavod.

Če upoštevamo, da diferirajo v tem pogledu mnenja priznanih porodničarjev Nemčije še danes v velikanskih mejah, od najkonzervativnejših (ki delajo s. c. skoraj izključno pri absolutno zoženi medenici) do najradikalnejših, (ki hočejo zamenjati skoro vse vag. porod. operacije s sekcijo) potem vidimo, kako težko je splošno veljavno odgovoriti na vprašanje: katere so priznane indikacije za sekcijo?

Za odgovor na to vprašanje so nam potrebni točni, nepotvorjeni rezultati, ki nam jih daje sectio caesarea in posamezne konkurenčne porodniške operacije, v rokah posameznih operaterjev in vseh porodničarjev. Vestno bi se morali pri tem izogniti vseh nedovoljenih primerjav. Tako ne smemo vspejati rezultate konzervativno zdravljenih eklampsij z najtežjimi eklampsijami, ki so bile cesarotomirane; dalje rezultate lažjih predležočih placent in globokih sedežev placent (kjer je morda zadostovalo umetno predrtje mehurja ali lahek obrat) z najtežjimi slučaji, ki so se zdravili s sekcijo, etc.

Na ta način bi se lahko vsaj približno pravilno zarisalo okvir indikacij za cesarski rez. Vedno pa mora ostati ta okvir prožen puščati mora posameznim porodničarjem možnost individualiziranja, posebno danes, ko so uspehi raznih operaterjev še tako različni. Malokedaj vemo že pred začetkom poroda, ali bo potrebna intervencija. Merjenje conj. v. nam večkrat ne nudi merila za stavljenje prognoze (ne glede na to, da merjenje conj. v. ni vedno točno). Ugotoviti moramo z vestnim in točnim opazovanjem druge faktorje, ki nam dovoljujejo stavljati prognozo o porodu (velikost, konfigurabilnost, lega in vstopanje glavice — kratko razmerje med glavico in medenico in mehkiimi porodnimi poti, da ne govorim o kakovosti in moči popadkov).

Če motrimo problem s. c. s tega stališča vidimo, da ni na mestu niti principijelno stališče najkonzervativnejših, niti ne Dörflerja in njegovih pristašev, ki hočejo vse porodniške komplikacije reševati s sekcijo.

Upam pa in želim, da bi nova Dörflerjeva metoda vsaj deloma pripomogla k boljšim uspehom v porodništvu.

Zusammenfassung.

Bericht über die Ergebnisse der Schnittentbindung an der geburtshilflichen Abteilung des Frauenspitals zu Ljubljana in den letzten 8 Jahren:

Von 141 Fällen war die Schnittentbindung

in 61% wegen kephalopelviner Dysproportion

„ 14.2% wegen Placenta praevia

„ 5.67% wegen Eklampsie indiciert.

Seltene oder komplexe Indikationen zur Schnittentbindung werden ausführlich begründet.

Die Frequenz der Schnittentbindung in Bezug auf sämtliche Geburten beträgt 1.25%.

Gesamt mortalität für Mütter 4.26%

Reduzierte (gereinigte) Mortalität für Mütter 2.13%.

Gesamt mortalität für Kinder 7.75%.

Reduzierte (gereinigte) Mortalität für Kinder 3.52%.

Die Sectio caesarea corporealis wurde in 11.35% der Fälle ausgeführt, und zwar in den Fällen, wo es aus technischen Gründen nicht anders möglich war.

Die Sectio caesarea cervicalis transperitonealis wurde in 73.05%, die Dörflersche Methode in 15.16% der Fälle angewandt.

Weiter werden die Ergebnisse der Nachuntersuchung von 104 Fällen angeführt.

Kritischer Ueberblick von 28 wiederholten Schnittentbindungen (in 2 Fällen davon zum 3. mal ausgeführt):

Es wurden 1 mal Ruptura uteri completa
3 „ „ „ imminens
und fast immer mehr oder weniger grosse Verwachsungen beobachtet, so dass man 6
mal gezwungen war, auf die Sectio caesarea cervicalis transperit. zu verzichten und
die Sectio caesarea corp. anzuwenden.

Die einzigen zwei Todesfälle, die zweifellos der Schnittentbindung zur Last fallen,
waren vor der Operation in Bezug auf die Asepsis einwandfrei, doch waren sie wie-
derholt durch Sectio caesarea entbunden. Man glaubt in diesen zwei Fällen auf eine
latente, durch Seidennähte unterhaltene Infektion schliessen zu dürfen.

Merkwürdigerweise hat man keinen wesentlichen Einfluss von Fieber, von früh-
zeitigem Blasensprung, von Untersuchungen oder Eingriffen ausserhalb der Anstalt,
auf den postoperativen Verlauf beobachten können.

Sämtliche Rupturen der Gebärmutter (von 8 Jahren) die in ursächlichen Zusam-
menhang mit vorhergehenden Schnittentbindungen zu bringen sind, wurden analysiert.

In 22 Fällen hat man der Schnittentbindung die Sterilisation angeschlossen.

Im Jahre 1932 ist man zur Sectio caesarea cervicalis transperitonealis sec. Dörfler
übergegangen. Bei allen diesen 22 Fällen ist kein Todesfall weder für Mutter noch
für Kind zu verzeichnen. Trotz der ermunternden Erfolge und der leichten Technik der
Dörfler-schen Methode verhält man sich vorläufig noch abwartend und erweitert die
Indikationsstellung nur ausnahmsweise und mit grösster Vorsicht.

**Iz drž. bolnice za ženske bolezni v Ljubljani (ravnatelj
dr. Al. Zalokar).**

O rupturi simfize med porodom.

Dr. Pavel Pehani, asistent.

Preirganje simfize med porodom je dokaj redka poškodba, po raznih
statistikah komaj ena na 10—30.000 porodov; med njimi močno prevladu-
jejo rupture po operativnih posegih. Kehrler je zbral leta 1915 stodeen v
svetovni literaturi do takrat opisan slučaj in je ugotovil med temi le 17
ruptur pri spontanem porodu. Pozneje je bilo objavljenih še nekaj primerov
spontanih in violentnih ruptur.

Tudi tu v bolnici smo imeli priliko opazovati v razmeroma kratkem
času par slučajev: eno spontano in eno violentno rupturo ter enkrat ogno-
jenje simfize kot posledico rupture; še o dveh violentnih rupturah simfize
iz leta 1920 in 1924 je poročal šef ženske bolnice v publikaciji „Pet let
ginekologije in porodništva“. Vseh pet slučajev hočem kasneje izčrpnjeje
opisati.

Mnenje, da tvori okostje medenice s svojimi stiki trden, nespremenljiv
obroč, se je v zadnji dobi vsled natančnejših mikroskopsko-anatomskih
preiskav, zlasti simfize, ginekoloških merjenj in opazovanj, popolnoma iz-
premenilo. V tem ima zasluge poleg drugih posebno inomoška ginekološka
klinika (Eymer) in patološko-anatomski inštitut (Lang, Haslhofer), pred njimi
pa tudi Loeschcke in Fick.

Njihove mikroskopsko-anatomske raziskave so pokazale, da se nahaja
v simfiznem hrustancu redno že pri otrocih obeh spolov od 2. leta dalje,
včasih že prej, medijano ležeč, ozek kavum, t. zv. primarna ali regularna

špranja, slična oni v sprednjem delu sakroilijakalnih sklepov. Te špranje, ki tvorijo nekake sklepne votline, omogočajo, da se sklepi razlegnejo in da se kosti do neke mere gibljejo in razmaknejo. Stopnja teh sprememb je odvisna od telesne drže in obtežitve medenice: čim bolj in čim dalj delujeta obe sili, tem večji pritisk nastane na medenične sklepe in tem večja postane njihova gibljivost. Take spremembe v drži in obtežitvi nastopajo v nosečnosti; zlasti v pozni nosečnosti in nekaj časa po porodu se redno opaza na serijah mikroskopskih prereзов, da sklepne votline široko zijajo. Enake slike se opaza tudi na moških medenicah pri težakih, kjer medenica bolj trpi. S temi ugotovitvami so ovrgli mnenje onih avtorjev, ki trde, da se sklepi v nosečnosti in med porodom vsled tega lažje razlegnejo, ker so bolj prepojeni s tekočino in zato bolj razrahljani. Eymer meni obratno: prepojeno vezivo je manj raztegljivo in se lažje raztrga.

Za dokaz, da so medenični sklepi gibljivi, navajajo prej omenjeni avtorji še majhne ciste v hrustančevini, ki se najdejo pri obeh spolih, napolnjene z razpadlimi hrustančevinastimi masami, lokalizirane na obeh koncih regularnih špranj in ki nastajajo vsled stalnega gibanja in obrabljanja sklepov.

V skoro vsaki, tudi otroški simfizi, so opazili spremembe, ki nastanejo vsled vsakovrstnih traumatičnih noks tekom življenja. Nosečnost vsled hiperemije, zvišane serozne prepojitve in zato lažje ranljivosti veziva še bolj pospešuje te majhne, sveže poškodbe, stare se pa v nosečnosti oz. pri porodu povečajo. Take — vsled mehaničnih in traumatičnih vplivov v poznejši dobi nastale — raztrganine in razpokline potekajo nepravilno po hrustančevini (povprek, podolgem, pošev) — nazivajo jih sekundarne ali irregularne špranje — in komunicirajo navadno v regularno špranjo. Nastajanje takih novih sklepnih votlin pri nosečih in porodnicah povzroča, da se medenična votlina pri spremenjeni drži telesa in obtežitvi medenice postopoma razširja in da so nadaljnji porodi vedno lažji.

Na kratko omenjam še one spremembe v simfizi in sakroilijakalnih sklepih, ki zmanjšajo ali celo onemogočijo njihovo gibljivost. To so delne ali popolne osifikacije medeničnih sklepov, bolj pogosto pa sklepnih vezi. Simfiza je redko prizadeta, večkrat pa se opažajo ti procesi v sakroilijakalnih sklepih. En tak preparat, na katerem so bile okostenele sakroilijakalne vezi moške medenice je demoestiral pred leti doc. Košir na mesečnem sestanku ljubljanskega zdravniškega društva. Običajno so senilne spremembe, ki lahko vodijo do popolne osifikacije sklepne hrustančevine oz. vezi (Breus-Kolisko). Redkejši vzrok so traumatični vplivi (Haslhofer), njih posledica so reaktivni in produktivni procesi, osteoarthritis deformans in delno okostenenje sklepov. Breus-Kolisko navaja, da so vzrok okostenenja tudi ostitični procesi ali pa pijogeni in tuberkulozni procesi v hrustančevini. Tako spremenjene simfize gotovo v večji meri disponirajo k rupturam.

Izmed ostalih navajam še eno ugotovitev zgoraj omenjenih preiskav. Večkrat so našli sveže ali stare hematome, navadno na sprednji strani sakroilijakalnih sklepov, nastale najbrž vsled raztrganja sprednjih sakroilijakalnih ligamentov, mogoče pa tudi vsled hiperemije in staze v medenici med nosečnostjo oz. med porodom in sledeče hemoragije v sklepe. Ti hematomi so marsikdaj vzrok dolgotrajnim bolečinam v križu, ki nastopajo po porodih.

Po vsem tem je simfiza nekaj sklep, — prištevajo jo k t. zv. polsklepom, ker tvori po svoji gradnji prehod sinartroz k diartrozam, — v katerem je torej mogoče ne samo medsebojno premikanje kosti, ampak tudi njihovo razmikanje. Ti pojavi začnejo v nosečnosti in dosežejo višek med porodom. Tudi klinična opazovanja pri porodu in drugače potrjujejo pravilnost teh, z anatomskimi preiskavami dobljenih rezultatov.

V bolnici opazovana spontana ruptura simfize je potekala sledeče (št. zap. 1302/1930):

27 letna primipara, vedno zdrava, menarhe s 14. letom, menses redne, teža 63 kg, albumen poziliven, zunanje medenične mere: distantia spinar. 24, cristar. 27, trochant. 30. Zunanji izvid ob prihodu: II. glavna lega, glavica z manjšim segmentom v medeničnem vходу. Notranje ni bila preiskana. 1. porodna doba je trajala 8 ur, druga eno uro, tretja 40 minut. Popadki so močni, zelo boleči, posebno toži o bolečinah v spodnjem delu trebuha v okolici simfize, tako da vsled bolečin vpije in se premetava po postelji. Vsled tega dobi 6 ur po začetku poroda intravenozno 4.5 cm³ pernoklona. Tudi po injekciji je še vedno nemirna in vpije venomer: dajte mi posodo. Dobro uro po injekciji postane mirnejša, v pavzah spi, v času popadka pritiska, ne govori več. $\frac{3}{4}$ ure nato odteče plodna voda, čez 10 minut se pokaže glavica v vulvi, po 40. minutah dobi pituitrin, nakar sledi v 8. minutah porod v 2. zatilni legi. Plod je bil moški, njegova teža 3250 g, dolžina 51 cm, obseg glavice 38 cm. Porodnica se vsled pernoklona ne spominja poteka poroda; ko se po porodu ploda zbuja, čuti še vedno bolečine na mestu simfize, pritisk na to mesto je občutljiv, oliplje se diastazo simfize 1-2 cm široko. Drugi dan v otroški postelji je na pritisk simfiza še precej občutljiva, šesti je občutljivost manjša, sedmi dan vstane; hodi težko, ker ima bolečine na kraju simfize in mora hoditi z v kolku abduciranimi okončinami; tudi pri sedenju čuti bolečine. Osmi dan so bolečine manjše, hodi lažje, le pri sedenju ima še močnejše bolečine. Roentgenološki izvid: na skeletu ni opaziti sprememb, simfiza je normalna. Deseti dan po porodu je bila otročnica odpuščena. Temperatura in puls stalno normalna.

Iz opisanega poteka je jasno, da je nastala ruptura med porodom. po vseh znakih kake pol ure pred razkopom plodnega mehurja; do takrat so bile namreč bolečine, ki jih je bolnica izražala kljub pernoklonu, neznosne, po lokalizaciji sodeč gotovo vsled nategovanja in natrgavanja simfize oz. njenih vezi. Po rupturi so intenzivne bolečine, dasiravno porod še ni bil končan, popustile, ostala je le še nekaj večja občutljivost. Ves porod, posebno pa 2. porodna doba, se je izvršil za primiparo nenavadno naglo; 10 minut po razkopu mehurja je glavica že na medeničnih fleh; ovira v simfizi je morala biti že prej premagana in so zavlekli nadaljnji potek izgonske dobe le slabi popadki, ker je po aplikaciji pituitrina sledil porod ploda v osmih minutah.

Vzrok, ki je vodil do ruptуре, ni na prvi pogled razumljiv in pojasnjen. Za kake bolezni (lues, bolezensko spremenjena simfiza na pr. sklepno vnetje, sklepni revmatizem in slične afekcije) ali pa za splošno hipoplazijo je manjkalo znakov. Drugih, porodniških, nepravilnosti, ki bi prišle v poštev ni bilo, ali so prav malenkostne: 27 letna primipara, v mali stopnji zožena medenica (dist. spin. et crist. 24 in 27) in nekaj večji plod, ne toliko po teži (3250 g) in dolžini (51 cm) kot po obsegu glavičice (38 cm), torej majhno nesorazmerje med medenico in plodovo glavičico. Samo te lahne razlike pa ne morejo biti pravi vzrok, ker je vendar dovolj spontanе porodov z mnogo večjimi nepravilnostmi, ki pa ne vodijo do ruptуре.

Edino zatočišče imamo v zvišani dispoziciji za rupturo pri nekaterih ženah, obstoječi v jako zmanjšani raztegljivosti in odpornosti simfize in posebno lahki raztrgljivosti veziva.

Če premotrimo naš primer v zvezi z raziskavanji inomoške klintke se nam vrine misel, da ravno slučaji z malimi plodi, kombinirani z lahным nesorazmerjem med plodom in medenico bolj disponirajo k rupturam simfize; kajti večje spremembe v medeničnih sklepih nastanejo vsled večjih sprememb v drži telesa in obtežitvi medenice; pri majhnem plodu pa niti v zadnji dobi nosečnosti niso ti statično - mehanični vplivi tako močni, da bi medenične sklepe toliko pripravili za porod, da bi se lahko dovoljno in dovolj brzo raztegnili, posebno pri relativno naglem porodu z močnimi popadki in kefalopelvinim nesorazmerjem.

V tozadevni literaturi, ki mi je bila dosegljiva, sem našel več primerov spontanе ruptуре simfize, med njimi je bilo samo par slučajev podrobneje opisanih. Prvi je 42 letna primipara z distantia spin. et crist. 25½ in 27½. Ves porod je trajal 8½ ur, bil je nagel in lahak z močnimi popadki, med tremi zadnjimi popadki so nastopile jake bolečine v simfizi. Plod je bil rojen v prvi zatilni legi, teža 3000 g, dolžina 50 cm. Drugi: s 17. letom padec na sprednjo stran medenice z dolgo trajajočimi bolečinami. Po 21. letih prvi porod, ki je trajal 4 ure. Par minut pred porodom je žena začutila, da se ji je nakaj utrgalo in bolečine v regiji simfize. Plod je tehtal 3000 g, dolg je bil 51 cm. — Oba slučajja — objavil ju je Düntzer (Köln) — sta slična našemu: razmeroma nagel porod z močnimi popadki, stara primipara, majhen plod. V dveh nadaljnjih slučajih simfizne ruptуре pri spontanem porodu, o katerih poroča Sorrentino (Neapel), je šlo za dvojčke, medenica je bila prostorna, otroci nedonošeni.

Dispoziciji za rupturo pomaga pri raztrganju simfize ne samo pritisk od notranje strani vsled porodnih sil ali pa celo njih ojačenje s pomočjo Kristellerjevega pritiska nego tudi natezanje simfize od zunaj. To se dogaja na eni strani pri maksimalni ekstenziji stegen n. pr. pri Walcherjevi legi, s katero se skuša doseči razširjenje medeničnega vhoda, na drugi strani pa pri maksimalni fleksiji in abdukciji stegen, ki se jih uporabi na koncu poroda za razširjenje medeničnega izhoda. Pri takih postopkih nastane v simfizi vsled skrajnega nategovanja muskulature silno močna napetost. Med

nosečnostjo in pri porodu običajno nastale natrganine v simfizi na tak način v isti smeri delujoče sile še povečajo in dovedejo do popolnega raztrganja. Navadno deluje torej pri rupturi simfize več faktorjev obenem, katerih sumaričen vpliv končno premaga odpor. Odpor pa je velik; Fessler je poskušal na truplih in dognal, da prenese simfiza pritisk 170 — 280 kg.

Jolly povdarja, da moramo razlikovati med pretrganjem in med raztegnjenjem simfize. Pri zadnjem se vezi (lig. arcuatum in lig. pubicum sup.) čez mero raztegnejo in rupturira samo simfizna hrustančevina, ki ni toliko odporna. Če pa se pretrgajo obenem s simfizo tudi vezi, nastane prava ruptura. To mnenje potrjujejo t. zv. dvodobne rupture (Peham, Polgar, Eisenberger, Schultze), t. j., da nastane večkrat pri porodu nekaka inkompletna ruptura, v puerperiju pa vsled ponovne traume (premikanje, prenašanje i. t. d.) kompletna. — Za različne stopnje ruptur govori tudi doba zdravljenja. Naša otročnica ni imela med ležanjem dosti težav, razen povečane občutljivosti pri pritisku na simfizo. Že sedmi dan po porodu je vstala, izprva je hodila še težko in z abduciranimi okončinami v kolku, to stanje se je pa v kratkem zboljšalo. Diastaza simfize je izginila, kar je potrdila tudi roentgenološka slika. Tako naglo zdravljenje ne govori za popolno rupturo. Ako primerjamo potek po simfizeotomijah, — med te vštevam tudi opazovanja na 25. slučajih, izvršenih v letih 1921—1932 v ljubljanski ženski bolnici, — pri katerih simfiza največkrat kompletno rupturira, je zdravljenje, če ni drugih komplikacij, daljše. Lehmann poroča o par slučajih poškodovanja simfize, kjer so čutile žene celo še 6—10 mesecev po porodu pri hoji bolečine v medenici, hoja je bila težavna, okoliš simfize občutljiv. Po tesnem povezanju in opasanju medenice so ti znaki izginili.

Rupturo simfize diagnosticiramo najsigurnejše, ako slišimo resk ali pok, ki ga povzroči nagel razmak, — pri simfizeotomijah pa asistenta tudi čutila na spodnjih okončinah lahen sunek v momentu, ko skočita sramni kosti narazen, — in obenem otipljemo diastazo sramnih kosti. V diagnozi nam pomore tudi tipična lokalizacija bolečin in občutljivosti na pritisk pred pri in po rupturi. Važen znak je funetio laesa, ki se očituje zlasti pri hoji. Roentgenološki izvid ni zanesljiv, ker se opira le na dilatacijo simfize; ta pa je včasih že vsled nosečnosti tako široka, da nas zavede do napačnih sklepov (Bud); edino slika dislokacije sramnih kosti nam dokaže, da je prekinjena njih kontinuiteta. Vsi ti simptomi veljajo predvsem za kompletne rupture.

Iz praktičnih ugotovitev in teoretičnih izvajanj sledi, da nastopajo lahko različne graduacije ruptur, od najmanjših, še fizioloških, brez jasnih mej do večjih, že patoloških raztrganin v simfizi hrustančevini, do parcijelnih in totalnih pretrganj sramnega stika z raztegnjenjem in delnim ali popolnim pretrganjem simfiznih vezi, tako da rezultirajo vse mogoče stopnje pretrganja simfize brez kakih očitnih ali alarmantnih simptomov. Možno je torej, da rupturira simfiza (vsaj delno) dosti pogostejše kot

mislimo in opazamo doslej. Različni primeri nam kažejo, kako naglo se restituirajo zlasti inkompletne rupture. Najzaneslivejši znaki, ki bi nas dovedli na pravo misel, — *functio laesa* in bolečine, — ali ostanejo prikriti, ker žena v otroški postelji miruje, ali jih ne tolmačimo pravilno, ker jim ne posvečamo zadosti pažnje, oz. ker ne računamo z možnostjo pretrganja. Da se temu izognemo, bi bilo potrebno, a tudi s teoretičnega stališča važno, redno pred in takoj po vsakem porodu otipati simfizo. Do pravilne diagnoze nas bo dovedlo, ako najdemo močno razklenjeni veji sramnih kosti z ostrimi, jasno tipljivimi robovi in na mestu simfize nobene trše rezistence, ki bi odgovarjala hrustančevini, občutljivost na tem mestu in mogoče tudi v sakroilijakalnih sklepih. S pravočasno diagnozo in s pravilnim ravnanjem pri otročnici pa se lahko v marsikakem slučaju izognemo kompletni rupturi v otroški postelji ali pa še neprijetnejšim komplikacijam.

Za nezazdravljeno rupturo simfize je značilna nihajoča, racasta hoja, ki sliči oni pri obojestranski luksaciji *caxae*. Spremlja jo občutljivost v obeh sakroilijakalnih sklepih, ali vsled njune poškodbe ali pa vsaj radi tega, ker pri diastazi simfize bolj trpita.

Običajno poteka zdravljenje po pretrganju simfize brez komplikacij. Lahko pa nastane pri pretrganju hematoma, ev. s poznejšim abscediranjem, ali pa sekundarno gnojenje v simfizi direktno od kakenga vnetljivega procesa v medenici ali metastatično.

Terapevtsko ni treba pri rupturi simfize, če se ne ognoji, nikakih posebnih ukrepov. Parnostna mirna lega in tesno povezovanje čez medenico, previdnost pri izpiranju genitalij, uriniranju in defekaciji, pazljivost, kadar žena vstaja, zadostuje, da se poškodba gladko zaceli.

Druga vrsta simfiznih poškodb med porodom so rupturi pri operativnih posegih: pri teh pa je plodova velikost precej čez normalo oz. obstoji večje nesorazmerje med plodom in medenico. En tak primer smo opazovali pred nedavnim (št. zap. 1965/1932).

Porodnica je bila 30 letna primipara. Pred 10. leti *apicitis*, pozneje *vilium cordis*, koncem prve polovice sedanje nosečnosti so ji začele otekati noge, začutila je bolečine v okolici ledvic. *Menses* redne, teža 69 kg, krvni tlak 110, albumen pozitiven, diureza normalna, medenične mere 27, 29, 32, spodnji okončini nekoliko edematozni, na srcu mitralni šumi. Plod leži v 1. zadnjični legi, prezgodnji razpok mehurja; porod, ki je trajal skupno 43 ur, o pravem terminu. Po 41. urah slabih, bolečih popadkov, — v tej dobi je dobivala porodnica kinin, morfij, glanduitrin, — je maternično ustje komaj za dobra 2 prsta odprto, rigidno, premakljiva zadnjica je vstopila v medenični vhod. Da se dolgočrajni porod pospeši in vsled naraščanja temperature, se napravi incizije cerviksa po Dührssenu in da $\frac{1}{2}$ cm³ pituitrina. Po 50. minutah se pokaže *scrotum* v vulvi, lu pa porod zopet obstane kljub boljšim popadkom in močnemu trebušnemu pritisku. Poskuša se pomagati v popadkih z digitalnimi trakcijami v dimljah ploda. Pri eni takih trakcij, združeni z lahkim pritiskom po Kristellerju, se začuti in sliši nekaj resk, porodnica začuti bolečino v predelu simfize in ima občutek, da se je nekaj pretrgalo, nakar se plod z lahkoto ekstrahira. Pri reviziji se opazi, da zija simfiza za širino prsta, sprednja vaginalna slena je descendirana, urin je čist. Plod tehta 4050 g, je dolg 53 cm, obseg glavičice meri 38 cm. — Otročnica se zavije nato, kot je navada pri simfizeotomijah, tesno v rjuho okrog medenice. Večkrat toži, da ima bolečine v simfizi in v križu. Puerperij je kompliciran s pneumonijo.

11. dan po porodu postane afebrilna, sedi in se giblje v postelji. 17. dan po porodu vstane, pri hoji čuti bolečine v simfizi. V naslednjih dneh bolečine izginevajo, hodi počasi, hoja je vormalna. 26. dan otroške postelje je hoja normalna, brez bolečin, simfiza zija za dober prst; roentgenološki izvid pokaže diastazo simfize za ca 2 cm, v sakroilijakalnih sklepih ni sprememb. 30. dan po porodu odpuščena.

Ta porodnica je stara primipara, precej močne konstitucije, nekoliko adipозна, s pozitivno beljakovino v urinu in edemi. Medenične mere so normalne, vendar je dokaj veliko nesorazmerje med medenico in plodom, ki je tehtal 4050 g. Slabim popadkom se je pridružila slaba raztegljivost mehkih porodnih potov in gotovo tudi medeničnih sklepov. Po incizijah cerviksa je zadnjica hitro dospela do medeničnih tal, a se je tu ponovno ustavila, ker so začeli tedaj vstopati v medenični vhod širši plodovi deli. Šele po rupturi simfize je bil porod naglo končan.

Ruptura je v tem slučaju razjasnjena. Forsirana ekstrakcija pri tolikšnem nesorazmerju med plodom in medenico, ki so jo podpirali še drugi momenti (stara primipara, rigidnost, edematozno prepojenje), je toliko obremenila simfizo, da je rupturirala.

Pogosti vzrok violentnih ruptur simfize je ekstrakcija, še pogostejši pa forceps, zlasti visoki forceps; samo na njegov račun pade 55% vseh ruptur (Düntzer).

Tudi dva taka slučaja sta se pripetila tu v bolnici.

Prvi leta 1920 (št. zap. 663): žena je bila 24 letna terciipara, 1. porod eklampsija, drugi normalen, vedno zdrava, menses redne. Medenične mere normalne. Porod je trajal 57 ur s komplikacijami: prezgodnji razpok mehurja, vslop z zadnjo temenico (Litzmann), sekundarna slabost popadkov, incizije cerviksa vsled poslabšanja plodovih srčnih utripov, nakar se poskuša porod dokončati z visokimi kleščami. Ekstrakcija je težavna. Glavica se ekstrahira v 1. zatilni legi s pravilno rotacijo, neposredno pred ekstrakcijo rupturira simfiza. Mehka porodna pota se dalje niso raztrgala. Plod je 3400 g težak, 54 cm dolg, obseg glave meri $35\frac{1}{2}$ cm. — Zdravljenje v povezah je potekalo gladko in brez temperature in je 16. dan zapustila bolnico; nato je še šestkrat rodila, zadnjič leta 1930 potom sectio caesareae vsled močne krvavitve radi rupture colli uteri v starih brazgotinah.

Kefalopelvino nesorazmerje, povzročeno z zadnjim asinklilizmom, visoke klešče in forsirana ekstrakcija, — dovolj, da simfiza ni vzdržala.

Drugi slučaj, iz l. 1924 (št. zap. 909), je zanimiv, ker je ruptura simfize nadomestila že projektirano in pripravljeno simfizeotomijo.

Žena je 28 letna III. para, 2 spontana poroda, obakrat gemini. Vedno zdrava, menses redne; medenične mere $24\frac{1}{2}$, 27, 30, conj. diag. $11\frac{1}{2}$; beljakovina v urinu pozitivna, Wassermannova reakcija negativna. Zunanji izvid ob prihodu: l. glavna lega; notranji izvid: maternično ustje za dlan odprto, glavica deflektirana (temenska lega), z manjšim segmentom v medeničnem vhodu, premakljiva, z močno porodno oteklino, sutura sagitalis v desnem poševnem premeru. Porod o pravem terminu, je trajal 39 ur. Komplikacije: splošno tesna medenica, prezgoden razpok mehurja, slabost popadkov, sangvinolenten urin. Vsled tega se skuša pospešiti porod z incizijami cerviksa in visokim forcepsom. Pri prvi poskusni trakciji se pretrga simfiza s slišnim pokom, nastane za dva prsta široka dehiscenca, — simfizeotomija je postala na ta način nepotrebna, — nakar se forceps z lahkoto dokonča. Urin je nato čist, nobenih nadaljnjih poškodb mehkih porodnih potov. Obliževa obveza. Puerperij je afebrilen, normalen, 7. dan otročnica vstane, hodi normalno, ne čuti bolečin. 10. dan zapusti bolnico.

Redko se pojavlja obolenje, ki je razvidno iz naslednjega opisa (št. zap. gin. 838/1930):

38 letna žena, ki je petkrat rodila, vsi porodi spontani. Rodbinska anamneza b. p. Sama je prebolela s 6. letom škrlatinko. 1924 je dobivala po porodu precej pogosta 1/4 do 1/2 ure trajajoče krče v zgornjem delu trebuha, ki so trajali do konca leta 1929. Zadnja leta opaza na levi strani trebuha od popka navzdol za otroško dlan veliko, precej trdo, nebolečo oteklino. Med zadnjo nosečnostjo se je počutila dobro, porod 20. VII. 1930. Tri dni pred porodom jo je premočil dež, zvečer je postala tako slaba, da je morala ležati v postelji jo je stresel parkrat mrz. Tedaj je prvič začutila hude bolečine v kolkih in simfizi, nog, posebno desne, sploh ni mogla premakniti. Istočasno ji je otekla leva stran obraza, oteklina pa je čez tri dni brez sledu izginila. Tik pred porodom je še s težavo vstala in šla v hlev, a je takoj zopet legla. Porod je trajal malo časa in je bil lahak: zjutraj so začeli popadki, opoldne je počil mehur, par minut nato je porodila. Da bi kaj počilo v njej, ni čutila. Po porodu so postale bolečine v kolkih in simfizi še hujše, nastopila je visoka vročina. Tretji dan je poskusila vstati, a vsled jakih bolečin v kolkih ni mogla premakniti nog. — 8 dni po porodu je bila sprejeta v bolnico. Stat. praes: kahektična, temperatura 38—39°, pulz 110—120, urin čist, albumen negativen, cor et pulmo b. p. Abdomen: stena nad simfizo izbočena, trda, boleča na pritisk, mestoma rdeča, na levo navzdol od popka za jabolko velik, mehak, na pritisk neboleč tumor, ki napravlja vtis hernije. Desne ingvinalne žleze zatele in boleče. Lien perkulorno povečan. Ginekološki status: subinvolutio vteri. 4. dan po sprejemu: pri probatorni punkciji mehke otekline se dobi gost gnoj; incizija. Pri izlpanju se dožene, da sega abscesna votlina subkutano v smeri proti simfizi, ki je skoraj za širino prsta odprta, leva polovica ossis pubis je raskava in dislocirana nekoliko navspred; desna polovica je pokrita z mehкими deli in gladka. — Drenaža. Roentgenološka slika 3 tedne po porodu: ruptura symphyseos et articulati sacroiliacae dex Fractura acetabuli dex. V nadaljnjem poteku levo spodnjo ekstremiteto že z lahkoto giblje, desno težje in ima pri tem še vedno močne bolečine v medenici. Bolnica se že malo obrača v postelji. 2 meseca po porodu je diastaza v simfizi še tipljiva, kosti sta dislocirani; občutljivost na pritisk v simfizi in ob os sacrum zadaj na desni, leva spodnja okončina lahko gibljiva, desno pacientka lahko flektira, ab - in ad - dukcija pa je težavna. Temperatura je stalno normalna. Sedimentacija po Westergrenu 143. Čez 1 mesec ima še vedno močne bolečine v desni spodnji ekstremiteti, ki je atrofična. Premesti se na ortopedski oddelek, kjer se ji napravi sadren cingulum. — O kasnejši njeni usodi nam je pacientka na informacije pred kratkim pismeno odgovorila, da se je zdravila pod zdravnikovim nadzorstvom doma, da pa še dolgo ni mogla vstati iz postelje. Sčasoma se je stanje nekolikoboljšalo, hodi po bergljah, za vsako težje delo je popolnoma nesposobna. Desna spodnja okončina je precej tanjša od leve ter večinoma mrzla tudi v vročem času, moči v njej nima nobene,

Gre torej za primer supurativnega procesa in karies simfize. Kdaj in zakaj je gnojenje nastopilo, iz anamneze ni popolnoma jasno. Najverjetnejše je, da so bili simfiza in sakroilijakalni sklepi pri enem zadnjih porodov na - ali pretrgani, metastatično ali na kak drug način je sledilo. Ognjenje in suprasimfizični absces brez znatnejše reakcije. Tik pred zadnjim porodom je latentni proces vsled povečane uporabe teh delov eksacerbiral, kariozne kosti takega preobteženja niso mogle več premagati, sledila je ruptura simfize, sakroilijakalnih sklepov in acetabula. Porod pa je nastale rupture še povečal.

Ognjenje simfize kot posledica raztrganja je redek pojav; navadno se zaceli ruptura, zlasti če ni odprta, gladko. Ognjenje nastopi običajno po poškodbah simfize med nosečnostjo ali porodom, redkejšje po drugih

traumah; Strassmann n. pr. poroča o nekem dekletu, ki je padlo pri telovadbi na trebuh; rupturirala je simfiza, sledilo je ognojenje, nato incizija abscesa; čez 8 let prvi porod, v otroški postelji nastopijo močne bolečine v simfizični regiji, nastane periproktitičen absces in pri inciziji se dožene, da izhaja od simfize. Navadno se razprostirajo ti abscesi subkutano suprasimfizično kot v našem slučaju, le redko se pogreznejo nazaj proti rektumu.

Ognojenje simfize se je opazovalo parkrat tu v bolnici tudi kot sekundarno obolenje pri puerperalnih sepsah: bolnica je začutila med boleznijo bolečine v simfizi, na tem mestu je nastal edem in tumor; pri obdukciji se je izkazalo, da je simfiza ognojena. — Predilekcijska mesta za te sekundarne infekcije so izmed sklepov zlasti sakroilijakalni in kolčni, vendar nas tudi obolenje simfize vsled neposredne sosesčine primarnega ognojišča potom direktne infekcije ne more začuditi; enako verjetno pa je metastatično okuženje, za kar pripravijo simfizo tekom nosečnosti, poroda in otroške postelje nastale manjše ali večje poškodbe.

Operirana ognojenja simfize imajo tendenco, da se dobro zazdravijo s trdnim kalusom, tako da ne zapuste posebnih posledic na hoji in gibanju; resnejše in težje posledice kažejo ognojenja na sakroilijakalnih sklepih in na notranji strani acetabulov, ker se jih operativno težko doseže.

Zaprte ruptures simfize se zdravijo pri pravilnem ravnanju naglo; zacelijo se tako, da nastane sindezmoza ali sinhondroza med obema vejama sramne kosti, ki zadostuje za trdnost medeničnega obroča in s katero se obseg medenice še poveča, tako da so nadaljnji porodi navadno lažji. Pri odprtih rupturah pa nastopijo često komplikacije z močnejšimi krvavitvami, ognojenja in pretrganja uretre in mehurja. Zacelijo navadno s kalusi.

Literatura:

Bud: Veränderungen an der Symphyse in der Schwangerschaft auf Grund von Röntgenuntersuchungen (Vortrag), Zbl. f. Gyn. 1932 No 19, 1187.

Düntzer: Symphysenrupturen unter der Geburt, Arch. f. Gyn., 1928 B 133-1, 159.

Eymer — Lang: Anatomische Untersuchungen der Symphyse der Frau im Hinblick auf die Geburt und klinische Deutung der Befunde, Archiv für Gyn. 1929, B. 137-3, 866.

Haslhofer: Untersuchungen über die Gelenke des Beckenringes mit besonderer Berücksichtigung ihrer Veränderungen durch Schwangerschaft und Geburt, Archiv für Gyn. 1931, B. 147-2, 1.

Kehrer: Physiologie der Schwangerschaft: das Knochensystem, Halban — Seitz, VI-2, 838.

Kraus: Zerrissung des Symphysenknorpels bei hoher Zange und engem Becken, Zbl. f. Gyn. 1932, No 42, 2576, cit. po Münch. med. Wschr. 1928, No 30.

Krukenberg: Anatomie des Beckens, Halban — Seitz VII-2, 1.

Martin Ed.: Vereiterung der Symphyse, Halban — Seitz V-1, 614.

Minarž: Dve redki poškodbi medeničnega koščenega pasu. Liječnički Vjesnik 1925-6, 200.

Novak: Über die Beziehungen zwischen Knochensystem und weiblichem Genitale Halban — Seitz, V-3, 237.

Schäfer: Ruptur der Symphyse unter der Geburt (Demonstration), Zeitschrift für Geb. u. Gyn. 1914, B. 76-2, 582.

Schultze: Symphyse ruptur nach Spontangeburt (Demonstration), Zbl. f. Gyn. 1932, No 7, 418.

Sorrentino: Über Symphyse ruptur bei Spontanpartus, Zbl. f. Gyn. 1932, No 29, 1800, cit. po Arch. Osteotr. 1931, H 10.

Speyer: Über Karies der Symphyse und des Schambeines, Arch. f. Gyn. 1920, B. 113-2, 363.

Strassmann, Bardeleben, Jolly, Lehmann: Symphyse ruptur (Demonstration und Diskussion), Zeitschrift für Geb. u. Gyn. 1914, B. 76-2, 584.

Strassmann, Heinsius: Operierte Symphyse eiterung (Demonstration und Diskussion), Zeitschrift für Geb. u. Gyn. 1920, B. 82-3, 682.

Tandler: Lehrbuch der systematischen Anatomie, 1919.

Winter: Symphyse rupturen, Halban — Seitz, VIII-2, 239.

Zalokar: Prinos k simfiziotomiji, Liječnički Vjesnik 1923-7, 240 in Liječnički Vjesnik 1921 (Staleški Glasnik str. 240).

Zalokar: Pet let ginekologije in porodništva, Tiskovna zadruga, 1925 (str. 45).

Zusammenfassung.

Dr. Pavel Pehani, Ljubljana: Über Symphyse ruptur unter der Geburt.

Aus dem staatl. Frauenspital in Ljubljana; Vorstand Dr. Al. Zalokar.

Der Autor berichtet über einen Fall, wo es bei relativ schnellem Spontanpartus und annähernd normalen kindlichen und mütterlichen Massen zu einer Symphyse ruptur kam und erläutert im Zusammenhang mit den Resultaten anatomisch-mikroskopischer Untersuchungen der Innsbrucker Klinik die Möglichkeit, wieso gerade solche Verhältnisse mehrmals eine Symphyse ruptur herbeiführen.

Im Gegenteil dazu ereignen sich die violenten Symphyse rupturen gewöhnlich bei grösseren Disproportionen zwischen Mutter und Kind, was auch die drei im Spital beobachteten Fälle bezeugen.

Zuletzt wird eine Vereiterung der Symphyse der Sakroiliakalgelenke als Folge des Geburtstraumas besprochen.

Es wird geraten, nach jeder Geburt die Symphyse auf etwaige Verletzungen zu untersuchen, um so bei rechtzeitiger Behandlung den ev. auftretenden üblen Folgen auszuweichen.

Iz državne bolnice za ženske bolezni v Ljubljani.

(Šef: Dr. Alojz Zalokar.)

Skušnje s pernoktonom pri eklampsiji.

Dr. Viktor Kocijančič, sekundarij.

O uporabi in uspehih s pernoktonom pri bolečih popadkih sem že poročal v sestavku: „Naše skušnje s pernoktonom“ v „Zdravniškem vestniku“, leto III., št. 2. Sporedno, takoj ko smo izvedeli za prve glasove iz literature, smo začeli uporabljati pernokton tudi pri eklampsijah vseh vrst: v nosečnosti, med porodom in po porodu.

Do sedaj smo injicirali pernokton v 30. slučajih eklampsije. Uspehi in neuspehi so razvidni iz tabele št. I.

Kako se je obnesel pernokton pri posameznih vrstah eklampsije? Najprej eklampsia in graviditate. (Glej tabelo št. II.). Naj dodam nekaj podrobnosti h posameznim slučajem, ki niso razvidne iz tabele.

Slučaj 1. (por. z. št. 1309/29.) primipara, 22 let stara, nezavestna pripeljana; doma je imela 8 eklamptičnih napadov. RR 145—150, Eb 20‰, edem spodnjih okončin. V bolnici dva eklamptična napada. Ob 6h 40 min. 5 ccm pernoktona intravenozno. Do 10h 45 min. nobenega napada; ob tem času pa so se začeli stalno se ponavljajoči klonični krči, posebno po desni polovici telesa; intenziteta je variirala. Smemo si predstavljati, da so to bili abortivni, atipični eklamptični napadi, ki so sledili eden za drugim brez vsake pavze do 11h 45 min. Ob 11h 15 min. terapija po Stroganoffu; bolnica se umiri, nobenega napada več. Ni rodila v bolnici.

Pri slučaju 2. (por. z. št. 476/30.), 23 let stari primipari, se je pojavila po 4 ccm pernoktona intravenozno cijanoza, ki je postajala vedno močnejša. Tudi dihanje se je močno poslabšalo in skoro ni bilo opazno. Puls jako frekventen, slabo polnjen. Na umetno dihanje, draženje kože in injekcijo lobelina je bolnica začela polagoma dihati in cijanoza je začela izginjati. Bolnica je potem mirno spala in se prebudila 4h po injekciji. RR pred injekcijo 105; 20 min. po injekciji 80—90. Čez teden dni spontan porod živega otroka.

Slučaj 4. (por. z. št. 1810/30.), 23 let stara primipara. Dobila je eklamptične napade na cesti; ne ve, koliko. Pri zavesti, močno jo boli glava. V kopalnici zopet eklamptičen napad, čez pol ure drugi eklamptični napad. RR 150—160; v sedimentu eritrociti, epitelijalni in hialini cilindri. Nobenih edemov. Ob 18h 17 min. dobi 4 ccm pernoktona intravenozno. Čez približno 7h III. in IV. eklamptični napad. Venaepunctio 400 ccm. Stroganoff, nato nobenega napada več. Naslednji dan spontan porod.

Slučaj 6. (por. z. št. 1051/31.), II. — para, 28 let stara. 7. VIII. ob 6h 29 min. nezavestna pripeljana. Doma je imela cca 15 napadov. Že po drugem napadu bolnica ni prišla več h zavesti. Pri sprejemu RR 220, puls 120, cijanoza, dispnoa. Pri katetriziranju se dobi par ccm kalnega urina, albumen močno pozitiven. Sediment: mnogo levkocitov in granuliranih cilindrov. Eno minuto po prihodu v porodno sobo eklamptičen napad. Ob 6h 40 min. 5 ccm pernoktona v 5 min. Ob 7h 10 min. RR 180—190, puls 160, slabo polnjen. Bolnica je mirna. Cardiaca. Stanje se naglo slabša. 8. VIII. ob 12h exitus letalis.

Slučaj 7. (por. z. št. 1564/31.), VII. — para, 32 let stara. Nezavestna pripeljana. Doma cca 20 eklamptičnih napadov. Pri sprejemu RR 145, puls 90, Eb 20‰. Sediment: posamezni granulirani cilindri, eritrociti, precej levkocitov. 20 min. po injekciji pernoktona (5 ccm v 6 min.) operacija brez narkoze, ker je žena popolnoma anestetična: Sectio vaginalis anterior. Predrtje mehurja. Ekstrakcija na obe nogi. Šiv uterusa in vagine. Izguba krvi pri operaciji jako majhna. Nič več napadov. Trajanje spanja več kot 12 ur. Zdrava odpuščena.

Slučaj 8. (por. z. št. 383/32.), II. — para, 28 let stara. Doma je imela cca 25 napadov. Po drugem napadu se ni več zavedla. Pri sprejemu 14. III. ob 21h 40 min. RR 175, puls 142, zabuhla v obraz, hropeče diha, dobi

prvi napad v bolnici. Plodovih srčnih utripov ni čuti. Ob 22 h injekcija pernoktona 5 ccm intravenozno. 15. III. ob 3 h 45 min. spontan porod mrtvega ploda. Ob 11 h 15 min, radi cijanoze in dispnoe cardiaca, lobelin, venaepunctio 300 ccm. Ob 16 h 30 min. temp. 39,8, nikakega urina. Th. euphylin, inhalacija kisika, infuzija fizijološke raztopine 800 ccm. Ob 21 h 30 min. eklamptičen napad; ponovno injekcija pernoktona 4 ccm in venaepunctio 300 ccm. Nato je žena mirna, splošno stanje slabo. 16. III. ob 8 h bolnica v globoki nezavesti, sicer stanje neizpremenjeno. Katetriziranje da 15 ccm gostega, jako smrdečega urina. Ob 11 h 45 min. operacija brez narkoze: decapsulatio desne ledvice. Ob 16 h 30 min. exitus letalis.

Delovanje pernoktona pri eklampsijah intra partum je bilo manj povoljno. Glej tabelo št. III. O slučajih, pri katerih so se napadi kljub injekciji pernoktona ponovili, naslednje.

Slučaj 1. (por. z. št. 1164/29.), 29 let stara primipara. Pri vstopu v bolnico (4. XI.) RR 150—160, Eb 6‰, edemi, glavobol, meglen vid na desnem očesu. Začetek popadkov 6. XI. Ob 2 h 15 min. 7. XI. eklamptičen napad. Notranji izvid: maternično ustje za 2 prsta odprto. Glavica v medenični sredini. Tekom terapije po Stroganoffu še 4 eklamptični napadi v približno enournih presledkih; zato ob 9 h 30 min. 5,5 ccm pernoktona intravenozno. Ob 15 h 45 min. (6 h po injekciji) še eden eklamptičen napad. Ob 19 h v kloroformovi narkozi forceps 2 krač, ker so bili gemini. Napadovni več. Zdrava odpuščena.

Slučaj 2. (por. z. št. 354/30.), primipara 26 let stara. Sprejeta v bolnico z lahkimi popadki. RR 70; v sedimentu precej hialinih in granuliranih cilindrov. V teku 5 min. 2 eklamptična napada. Ob 3 h 35 min. 5 ccm pernoktona intravenozno. Bolnica takoj globoko zaspi. Čez 5 h, bolnica je že zbujena, slaboten eklamptičen napad. Ob 9 h 35 min. spontan porod ploda, ki takoj zakriči. Takoj po porodu IV. eklamptični napad, ponovno injekcija pernoktona 2 ccm intravenozno. Bolnica zaspi. Ob 11 h 25 min. V. eklamptičen napad. Venaepunctio 400 ccm; nato nobenega napada več.

Tudi pri slučaju 3. (por. z. št. 608/30.), 26 let stari primipari, so se napadi ponavljali po drugi injekciji pernoktona. Doma je imela dva eklamptična napada. V bolnici pred pernoktonom tudi 2 napada. Ob 3 h 57 min. dobi 5 ccm pernoktona intravenozno. Malo nato forceps v pernoktonovem spanju. Ob 6 h in 6 h 30 min. zopet dva eklamptična napada. Injekcija pernoktona 2 ccm intravenozno. Čez eno uro V. eklamptični napad. Ker napadi ne prenehajo, se začne s terapijo po Stroganoffu. Ob 9 h 15 min. VI. eklamptični napad. Terapija po Stroganoffu se nadaljuje. Ob 15 h 40 min. VII. eklamptični napad, ki je zadnji. Zdrava odpuščena.

Slučaj 5. (por. z. št. 1733/30.), 26 let stara primipara, teška 87 kg. Doma 2 eklamptična napada; pri zavesti, RR 170, Eb 12‰; v sedimentu levkociti in granulirani cilindri. Po I. eklamptičnem napadu v bolnici dobi 7 ccm pernoktona intravenozno ob 10 h 40 min. Ob 12 h 50 min. II. eklamp-

tični napad, nakar zopet injekcija pernoktona 4 ccm intravenozno (2 h 20 min. po prvi injekciji). Bolnica, ki je bila prej nemirna, se je le za kratek čas umirila. Cel čas je nezavesna, v globoki komi. Ob 14 h 45 min. venapunctio 400 ccm. Nobenega napada več. Spodnje ekstremitete postajajo marmorirane. Ob 18 h 30 min. forceps v medenični sredini. Otrok mrtev. Bolnica dobiva cardiaca, cijanoza se širi navzgor. Ob 20 h exitus. Obdukcijski izvid (prof. dr. Plečnik): Pljučni edem pri stari mitralni insuficienci in sveži endocarditis verrucosa. Hepatitis haemorrhagica.

Bil je to težak slučaj eklampsije z maloštevilnimi napadi, radi hude toksicite je nastopil težak koma in poleg tega je bilo še srce prizadeto.

Slučaj 8. (por. z. št. 778/31.), 25 let stara primipara. Doma 2 eklamptična napada, v bolnici eden. Ob 14 h 24 min. 5 ccm pernoktona intravenozno. Čez 8 h II. eklamptični napad, ki je bil jako kratek, abortiven. Bolnica niti zavesti ni izgubila popolnoma. Forceps. V otročji postelji tretji dan III. eklamptični napad, nekoliko močnejši od drugega. Zdrava odpuščena.

Slučaj 9. (por. z. št. 598/31.), je 15 let stara primipara, krepko razvita. Doma je imela 14 eklamptičnih napadov. Nezavestna, RR 185, Eb 3 1/2⁰/₁₀₀; v sedimentu mnogo hialin in granuliranih cilindrov. Po prvem eklamptičnem napadu v bolnici ob 12 h 27 min. 5 ccm pernoktona intravenozno. Ob 14 h 12 min. II. eklamptični napad; od 15 h 15 min. do 15 h 30 min. 4 eklamptični napadi. Ob 15 h 50 min. 2 ccm pernoktona intravenozno. Bolnica, ki je bila prej močno nemirna, se umiri. Od 16 h 40 min. Braxton — Hicks v kloformovi narkozi. Porod bledoasfiktičnega ploda ob 17 h 20 min. Exitus ploda čez 40 min. Čez 1 h VII. in VIII. eklamptični napad. Stroganoff. Bolnica brez napadov, v globoki komi. Naslednji dan kljub analgetičnim sredstvom, ne da bi prišla bolnica h zavesti, ob 10 h 20 min. exitus.

Slučaj 12. (por. z. št. 1293/31.), 38 let stara primipara. Doma in na potu v bolnico je imela 3 močne napade. Pri sprejemu somnolentna, nejasno odgovarja na vprašanja, edemi. RR 200, puls 72, Eb 9⁰/₁₀₀. Sediment: zelo veliko granuliranih cilindrov, nekaj levkocitov. 29. IX. ob 5 h 30 min. I. eklamptični napad v bolnici. Ob 5 h 50 min. injekcija pernoktona 5 ccm intravenozno. Žena mirno zaspi. Ob 11 h 7 min. lahek eklamptičen napad. nato operacija v etrovi narkozi: Dührssenove incizije, forceps. 13. dan z otrokom zdrava odpuščena.

Slučaj 16. (por. z. št. 869/32.) 21 let stara primipara. Doma ni imela napadov. 11. VI. od 14 h 10 min. do 14 h 40 min. trije abortivni napadi. Ob 14 h 47 min. močan eklamptičen napad, kmalu po napadu se deloma zave. Ob 14 h 50 min. injekcija pernoktona 5 ccm intravenozno. Žena za eno uro zaspi. Kasneje budna za časa popadkov. Ob 16 h 45 min. spontan porod ploda. Ob 20 h 30 min. 3 abortivni napadi kakor zgoraj; zopet injekcija pernoktona 3 ccm intravenozno. Žena 1 h v presledkih spi. 12. VI. ob 0 h 15 min. močan eklamptičen napad. Ob 0 h 30 min. zopet eklamptičen napad, RR 145. Injekcija morfija 0.01. Žena do 8 h 40 min. mirno spi.

nakar je popolnoma budna, se dobro počuti, jasno odgovarja na vprašanja. Zapusti bolnico 8. dan po porodu.

Pri eklampsijah post partum (5 slučajev) so se napadi po injekciji pernoktona le v enem slučaju ponovili. Glej tabelo IV. Pri slučaju 2. je bila po prvem eklamptičnem napadu uvedena terapija po Stroganoffu; ker napadi niso prenehali, se je injiciralo 3 h po prvem eklamptičnem napadu 4,5 ccm pernoktona intravenozno, nakar ni bilo nobenega napada več.

Slučaj 5. (por. z. št. 939/32.), 20 let stara primipara. Uro in pol po porodu ob 12 h 1 min. nenadoma, brez predznakov, močan eklamptičen napad. RR 115, puls 90; v sedimentu granulirani in hialini cilindri, posamezni leukociti. Po napadu se žena takoj zave. Injekcija pernoktona 6 ccm. Žena zaspi, je mirna. Ob 12 h 45. drugi eklamptični napad, abortiven. Ob 15 h 21 min. III. eklamptični napad; po napadu se takoj zbudi. Injekcija pernoktona 3 ccm. Žena je precej nemirna. Od 15 h 35 min. do 16 h 52 min. 4 eklamptični napadi. Ob 17 h venaepunctio 550 ccm, med katero nastopi VIII. eklamptični napad. Injekcija morfija 0,015. Ob 17 h 20 min. IX. eklamptični napad. Ob 18 h 20 min. se žena prebuja, klizma (2 gr. kloralhidrata). Ob 19 h 40 min. X. eklamptični napad. Ob 20 h injekcija morfija 0,015. Žena v presledkih mirno spi. 26 VI. ob 5 h spontano urinira, budna. 8. dan po porodu zdrava odpuščena. V tem slučaju napadi tudi po Stroganoffu niso takoj prenehali.

V svrhu primerjave z našo prejšnjo terapijo eklampsije (Stroganoff, venaepunctio, operativni poseg), pri čemer smo vedno vpoštevali štadij poroda in težino klinične slike, sem izbral 30 slučajev po vrsti iz let 1926., 1927., 1928., ki so bili zdravljeni na ta način.

V 17. slučajih so se napadi ponovili enkrat ali pa tudi večkrat. Glej tabelo V. in VI.

Na neke podrobnosti moram še posebej opozoriti, da bo tabela V. popolnoma razumljiva. Zadnji dve rubriki pomenita število napadov po začetni terapiji (Stroganoff, operativni poseg).

Slučaj 5., 10. in 22. so končali letalno, drugi so bili zdravi odpuščeni. Pri slučaju 23. (por. z. št. 727/28.) ni zabeleženo v popisu bolezni število napadov, temveč samo, da so se ponavljali celo noč. V slučaju 27. (por. z. št. 987/28.) je bil napravljen samo forseps. V slučaju 29. (por. z. št. 1064/28.) 33 let stara primipara ni rodila v bolnici, temveč je bila noseča odpuščena.

Če primerjamo procentualno (glej tabeli I. in VI.) uspehe pri obeh terapijah, opazimo, da so pri pernoktonu mnogo boljši. Predvsem je to jasno vidno pri eklampsiji post partum. Po injekciji pernoktona je bil samo v enem slučaju napad, dočim pri stari terapiji v 5 od 10 slučajev ali v 50%.

Pa tudi pri eklampsiji in graviditate in intra partum so uspehi mnogo boljši, čeprav ne tako izraziti kakor pri eklampsiji post partum.

V slučajih zdravljenih s pernoktonom so bili 4 slučaji smrtni; v slučajih zdravljenih brez pernoktona so trije slučaji končali smrtno.

Poleg tega ima pernokton še to prednost, da je aplikacija enostavnejša, da ne rečem elegantnejša, ker je potrebno navadno samo enkrat injicirati. In kar je treba še bolj poudariti, delovanje nastopi takoj, še tekom injekcije. Bolnica se umiri in zaspi.

Pernokton je tudi, kakor sta dokazala Eretwurst in Rüder, neškodljiv za mater in za otroka, kar je velike važnosti pri bolezni kot je eklampsija.

O pernoktonu in njegovi uporabi pri eklampsijah poročata med drugimi Kobes in Goecke, slednji precej obširno. Pri 30 slučajih zdravljenih s pernoktonom so se napadi po porodu v 4 slučajih ponovili. Porod je sledil navadno kmalu po injekciji, po večini pol do ene ure. Pri drugih 31 slučajih iz istega časa, ki so bili iz raznih vzrokov zdravljeni po drugi metodi, so se napadi ponovili v 9 slučajih.

Množino raztopine pernoktona določamo, kakor pri bolečih popadkih; 1 ccm raztopine na 12,5 kg telesne teže, kadar je mogoče bolnico stehati, sicer približno ocenimo težo.

Injekcija se vrši po istih principih kakor pri bolečih popadkih; intravenozno, počasi 1 ccm v eni minuti, z uro pred seboj. Bolnica zaspi že med injekcijo. Delovanje pernoktona je pri eklampsijah izrazitejše kakor pri bolečih popadkih; da še enkrat poudarim, najlepše deluje pri eklampsijah v nosečnosti in po porodu. Spanje je navadno vsaj v prvih urah mirno, globoko in napravi takojšnja izpremenba (izgine nemir, bolnica mirno spi, izraz lica se izpremeni i. t. d.) jak vtis na navzoče. Spanje tudi dalj časa traja kakor pri normalnih porodih (tu maksimum 3 h). Tako je ena bolnica spala popolnoma mirno skoraj 9 ur, druge pa po 4 ali 5 ur, seveda pa tudi manj. Čim dalj časa traja spanje in čim mirnejše je, tem bolj smemo pričakovati, da se napadi ne bodo več ponovili. Večkrat — zopet v glavnem pri eklampsijah v nosečnosti in po porodu — so se bolnice po večurnem spanju naenkrat zbudile in izjavile, da se počutijo dobro in da so dobro spale.

O eventualnih komplikacijah morem reči da nemir ni bil večji — navadno le še kako uro po injekciji — kakor smo ga sicer navajeni opazovati v nekaterih slučajih po injekciji pernoktona pri bolečih popadkih.

Na krvni tlak in puls vpliva pernokton tudi pri eklampsijah tako, da se krvni tlak nekaj časa po injekciji zniža in puls včasih zviša, vendar se krvni tlak kmalu popne na prejšnjo višino. Spominjam na cijanozo, ki sem jo omenil pri slučaju št. 2. med eklampsijami v nosečnosti, podobne komplikacije še nisem zasledil pri drugih avtorjih.

Mislim, da ima pernokton pred drugimi našimi terapevtskimi sredstvi proti eklampsiji toliko prednosti, da nam daje to dejstvo pravico, da ga uporabimo pri vsakem slučaju, kot prvo in najboljše pomirjevalno sredstvo. Ker so neugodnosti transporta v veliki meri sposobne izprožiti med transportom nove napade, imamo v pernoktonu dobro sredstvo, da jih preprečimo, če ga injiciramo pred prevozom. Poudariti pa moramo pri tem, da se pernokton uporabiti pri eklampsijah tudi v domačih razmerah, zlasti.

tedaj, če bi bil transport predolgotrajen, pretežaven, ali pa da ne bi bilo na razpolago za prevoz primernega vozila. Smatramo, da je vsak prevoz eklamptičnih škodljiv in da se sme izvršiti samo v izjemnih slučajih. V slučajih, pri katerih mislimo, da eklampsije ne bomo mogli doma obvladati, pa ravno pernokton pride prav za vsaj približno neškodljiv transport. Pri eklampsijah po porodu smemo z veliko verjetnostjo pričakovati — vsi avtorji, imajo pri tej vrsti eklampsije s pernoktonom najboljše uspehe — da bodo napadi po injekciji pernoktona ponehali.

Literatura:

- I. Zur Therapie der Post-partum Eklampsie. Dr. Rudolf Kobes, Deutsche med. Wochenschrift 1929.
- II. Erfahrungen mit Pernocton in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Dr. Waldemar Reiprich, Fortschritte der Therapie, 6. Jahrgang.
- III. Über die Anwendung von Pernocton bei Eklampsie, H. Göecke, Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1931.
- IV. Klinik und Chemie des Pernocton in der Geburtshilfe und Gynäkologie, F. Frelwurst und F. B. Rüder, Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1931.
- V. Naše skušnje s pernoktonom. Dr. V. Kocijančič, Zdravniški vestnik 1931.

Tabela I.

Vrsta eklampsije	Število slučajev	Ponovili so se napadi	V %
E. gravid.	8	3	37.5 %
E. intra part.	17	8	47 %
E. p. partum	5	1	20 %
Skupaj	30	12	40 %

Tabela II.

Zapor. štev.	Porodn. zap. štev.	Starost para	Štev. napadov		Pernok. cem	Število napadov po injekciji
			doma	v bolnici		
1.	1309/29	22/I	8	2	5	1
2.	476/30	23/I	4	2	5	—
3.	1761/30	26/I	—	1	5	—
4.	1810/30	23/I	?	2	4	2
5.	24/31	17/I	4	4	5	—
6.	1051/31	28/I	15	1	5	—
7.	1564/31	32/VII	20	4	5	—
8.	383/32	28/II	25	2	5+4	1

Tabela III.

Zapor. štev.	Porodn. zap. štev.	Starost para	Štev. napadov		Pernok. cem.	Število napadov po injekciji
			doma	v bolnici		
1.	1164/29	29/I	—	5	5·5	1
2.	354/30	26/I	—	2	5+2	3
3.	608/30	26/I	2	2	5+2	5
4.	1706/30	25/I	—	1	6	—
5.	1733/30	26/I	2	1	7+4	1
6.	49/31	35/IV	2	1	4.5	—
7.	103/31	27/I	—	2	5	—
8.	378/31	21/I	2	1	5	2
9.	598/31	15/I	15	1	5+2	7
10.	602/31	32/I	—	3	5	—
11.	721/31	27/I	2	1	5·75	—
12.	1293/31	38/I	3	1	6	1
13.	1624/31	25/I	3	1	4	—
14.	668/32	22/I	20	—	5	—
15.	669/32	26/I	4	1	5+2	—
16.	869/32	21/I	—	4	5+3	5
17.	1125/32	28/I	6	—	6	—

Tabela IV.

Zapor. štev.	Porodn. zap. štev.	Starost para	Število napadov	Pernok. cem.	Število napadov po injekciji
1.	1195/29	26/II	1	4·5	—
2.	1047/30	19/I	4	4·5	—
3.	371/31	27/I	2	6	—
4.	868/31	30/I	1	5	—
5.	939/32	20/I	10	6	9

Tabela V.

Zapor. štev.	Porodn. zap. štev.	Starost para	Število napadov				Vrsta eklamp- sije
			doma	v bolnici	do poroda	po porodu	
1.	267-26	23-I	6+1	—	3	2	i. p.
2.	348-26	27-I	—	1	—	—	p. p.
3.	371-26	20-I	?	3	2	—	gr.
4.	541-26	22-I	—	1	—	—	i. p.
5.	585-26	36-VII	—	cca 96	—	cca 95	p. p.
6.	645-26	29-I	2	5	3	2	i. p.
7.	776-26	21-I	2 ?	2	1	—	gr.
8.	936-26	21-I	1	2	—	—	gr.
9.	961-26	26-I	2	9	6	3	i. p.
10.	1018-26	26-I	več	4	3	—	i. p.
11.	446-27	29-I	1	1	2	5	gr.
12.	603-27	29-I	—	—	—	2	p. p.
13.	878-27	18-I	8	1	13	3	i. p.
14.	1089-27	24-I	—	—	—	2	p. p.
15.	1141-27	26-I	—	—	—	1	p. p.
16.	1161-27	32-I	8	1	3	3	i. p.
17.	1284-27	34-I	10 ?	1	1	—	gr.
18.	109-28	34-I	—	—	—	1	p. p.
19.	274-28	35-III	—	1	—	4	i. p.
20.	318-28	22-I	—	1	—	—	i. p.
21.	385-28	25-I	—	—	—	1	p. p.
22.	717-28	28-V	?	—	—	2	i. p.
23.	727-28	31-II	—	—	—	?	p. p.
24.	903-28	22-I	6	—	—	12	p. p.
25.	949-28	19-I	4	1	—	—	i. p.
26.	975-28	40-I	—	1	—	1	i. p.
27.	987-28	36-I	—	1	—	—	i. p.
28.	1018-28	18-I	—	1	5	—	i. p.
29.	1046-28	23-I	4	1	5	—	gr.
30.	1124-28	28-V	—	—	—	1	p. p.

Tabela VI.

Vrsta eklampsije	Število slučajev	Ponovili so se napadi	V %
E. gravid.	4	5	83,5 %
E. intera. part.	14	10	71,43 %
E. p. partum.	10	5	50 %
Skupaj	30	20	66,6 %

Zusammenfassung.

Aus staatlichen Krankenhaus für Frauenkrankheiten zu Ljubljana (Vorstand: dr. Alojz Zalokar). Erfahrungen mit Pernocton bei Eklampsin. Von dr. Viktor Kocijančič, Sekundararzt.

Der Autor berichtet über 30 Fälle von Eklampsie aller Formen, die mit Pernocton behandelt worden waren. Es wird günstigere Erfolge verzeichnen als mit der früheren Therapie. (Stroganoff operat'v Eingriff), 9esonders bei Postparteten — Eklampsie. Von Komplikationen ist einmal schwere Iganose vorgekommen, die aber leicht überwunden worden war. Die Methode ist brauchbar auch für den Praktiker.

Dr. Slivnik Anton sres. san. referent

O cepljenju proti škrlatini.

L. 1930 sem poročal v glasilu o cepljenju proti škrlatini. Ker se je to vprašanje do danes precej razčistilo, bom podal zopet kratek pregled rezultatov, ki smo jih imeli pri cepljenju v radovljiškem srezu.

V l. 1928 smo imeli prvo epidemijo škrlatine in sicer je bilo največ obolenj na Jesenicah. Vseh slučajev je bilo 53. Ker vsa preventivna sredstva (izolacija, desinfekcija, prevozi bolnikov v bolnico, predavanja . . .) niso nič pomagala, smo se odločili za cepljenje z Dickovim toksinom, trikrat v treh tednih z stopnjujočo koncentracijo. Po cepljenju je škrlatina takoj popolnoma prenehala.

V l. 1931 je nastala nova epidemija škrlatine v necepljeni občini, odkoder se je zanesla tudi v že cepljene kraje. Vseh slučajev je bilo 131. Ko so vsa druga sredstva odpovedala smo se zatekli zopet k cepljenju in sicer smo pocepili nekatere občine v prvič, nekatere pa drugič, na kar je epidemija zopet popolnoma ponehala.

Zanimiv je bil potek škrlatine pri cepljenjih. Pri vseh, ki so bili cepljeni trikrat zaporedoma (eno cepljenje) je potekala škrlatina jako lahko, tako da taki otroci, oboleli za škrlatino niso imeli drugih znakov, kakor eksantem in temperaturo od 37—38°, ki pa je navadno že po enem dnevu padla. Otroci so se počutili popolnoma zdravi, so imeli izboren tek ter niso hoteli v posteljo. Tudi stariši niso klicali zdravnikov, ampak so po večini zdravniki bolnike sami poiskali, ker so manjkali v šoli.

Cepljenih je bilo skupaj nekaj čez 10.000 (deset tisoč) otrok, od teh je bilo kakih 3900 ponovno cepljenih. Iz tega števila cepljencev se dajo izvajati gotovi zaključki, na katere se v bodoče lahko opiramo:

1.) Profilaktično cepljenje proti škrlatini ni nevarno niti za časa epidemije, ker noben otrok od 10.000 cepljenih ni resno obolel radi cepljenja. Pri občutljivih otrocih zateče roka, kalero cepimo, pri izjemno občutljivih lahko nastopi škrlatinozni eksantem, ki pa v enem dnevu izgine brez vseh posledic.

2.) Imuniteta pridobljena po cepljenju traja najbrže eno leto, na kar je cepljenec zopet sprejemljiv za škrlatino, ki pa poteka izredno lahko.

3.) Profilaktično cepljenje naj bi se vršilo samo pri epidemijah, ker je edino uspešno sredstvo za zatiranje epidemij.

4.) Po enem letu naj bi se izvršila po potrebi v kraju epidemije ponovna imunizacija.

Ob 10-letnici zakona o zavarovanju delavcev (ZZD).

Referat iz „Zbornika detavskega zavarovanja 1922—1932“. (konec.)

Dr. I. Zajec, zdravnik-šef OUZD, otvori drugi zdravniški del Zbornika z razpravo: Zdravniška služba v našem delavskem zavarovanju. ZZD je delokrog zdravnikov bolniške blagajne silno razširil, njih število zelo pomnožil in omogočil mnogo bolj intenzivno zdravniško delo v prid zavarovancev. Kajti delavsko zavarovanje, ki je na obeh panogah zdravniškega dela — preprečavni (preventivni) in lečivni (kuativni) enako močno interesirano, mora zavarovancu nuditi vse moderne zdravilne pripomočke, da svoj cilj na najbolj ekonomičen način lahko doseže. Po ZZD je bil uveden sistem stalnih zdravnikov in s tem izključen svobodna izbira zdravnikov, ki tvori — kakor znano — še vedno predmet debate v zdravniških krogih. Naš OUZD stoji vsekakor na stališču, da je ta sistem za naše narodno-gospodarske in splošne prilike edino primeren.

Po nemškem vzorcu je OUZD ustanovil najprej v Ljubljani, potem v Mariboru ambulatorij, o katerih gotovo velja, da „je njiju važnost za zdravje in zdravstveno kulturo zavarovancev nesporna“.

Zdravniških okolišev je nad 100, zanimivo pa je, da je med njimi nekaj z manj kot 100, da celo manj kot 30 zavarovancev. Tako široko razpletena mreža zdravniških okolišev bo gotovo prispevalo k splošnem izboljšanju zdravstvenih razmer zlasti med podeželskim prebivalstvom.

„Usoda soc. zavarovanja je v rokah zdravnikov“. „Samo ob sebi je razumljivo, da more soc. zavarovanje uspevati in zmagovati dane naloge le, če je zdravniška služba vestna, natančna, smotrna, razumna in pogumna

in če se strogo ravna po medicinskih, gospodarskih in socialnih ozirih. „Toda ta služba zahteva borbo proti hlimbežem, silnarjem itd. in ta „borba je na vso moč zoprna“. To so odstavki iz razprave zdravnika - šefa OUZD, ki pričajo, da vlada pri vodstvu urada polno razumevanje za težkoče, pa tudi za važnost zdravniške službe.

Zanimiva so izvajanja o borbi proti tuberkulozi. Priznati je treba, da je OUZD v tem oziru v zadnjih letih opravil ogromno delo, tragika je pa v tem da se nahaja v kljub vsem naporom borba proti tuberkulozi, tudi če se vzamejo v poštev samo zavarovanci urada, šele v začetkih. Ni dvoma, da je ravno to poglavje, ki močno govori za decentralizacijo zavarovanja, kajti nivo borbe proti tuberkulozi v območju ljubljanskega urada močno trpi za zaprekami, ki prihajajo iz drugih pokrajin naše države. Na koncu tega poglavja izreče šefzdravnik vsem svojim tovarišem čast in hvalo za dosedanje delo. Prepričani smo, da so to — dovolj redko — priznanje prizadeti v polni meri zaslužili.

Dr. Iv. Drobnič, internist OUZD: Ulcus ventriculi in ulcus duodeni v socialnem zavarovanju.

Nihče ne bo dvomil o tem, da spada bolezen, ki ji velja ta razprava, med najvažnejše tako v medicinskem kot v socialnem oziru. Število slučajev narašča od leta do leta deloma resnično, deloma vsled točnejše diagnoze. Statistika, ki obsega leta 1930—31 (zakaj samo dve leti?) navaja, da je 9% vseh bolnikov, ki so prišli na internu ambulantu bolehalo za čirno boleznijo — skupaj 320 slučajev (179 ulc. ventr., 141 ulc. duodeni).

Morda ni splošno znano opazovanje, da varijira število teh bolnikov po letnem času in je največje spomladi in v jeseni: je to torej sličen ciklični pojav kot pri drugih boleznih (n. pr. phthisis fibrocoseosa).

Sledi kratek pregled čez patološko anatomijo čira, njegovo simptomatologijo in diagnostiko. Kemična analiza želodčnega soka v svojem pomenu pač znatno zastaja napram vestni in tehnično na višku stoječi rentgenološki preiskavi. Tudi terapijo čirov nam avtor v kratkem opisuje, zlasti dijetetično zdravljenje, medtem ko medikamentozno zdravljenje skoraj popolnoma zanemarja, omenja pa proteinsko in rentgenološko (?) terapijo.

Nato nam avtor navaja indikacije za operativno zdravljenje, s katerim pa ima izredno slabe skušnje (recidivi, bolečine itd.) Uspehi zdravljenja članov OUZD s to boleznijo so bili zelo razveseljivi. Po dvomesečnem zdravljenju 94% ozdravljenja (recidivi samo v 8% vseh slučajev). Ta izredno lepi uspeh se bo moral pripisati v prvi vrsti pač rani diagnozi.

Primarij dr. J. Hebein, rentgenolog OUZD poroča v članku: Razvoj in ekonomičnost rentgenološkega ambulatorija OUZD v Ljubljani o neznatnih začetkih rentgenologije v prvih povojnih letih, dokler se ni l. 1923 ustanovil rentgenološki institut splošne bolnice, ki se ga je posluževal tudi OUZD za svoje bolnike.

1. II. 1927 pa je bil otvorjen rentg. institut OUZD in sicer najpreje samo diagnostični oddelek, 16. I. 1928 pa tudi terapevtski oddelek. Naprava je ena največjih in najlepših v celi državi.

Statistični pregled frekvenca tega instituta je verna slika razvoja te medicinske panoge sploh, ki zavzema vedno širši obseg v diagnostiki. Od l. 1923 do 1931 je narasla skupna frekvenca od 169 na 7. 968 in to največ radi ogromne porasti števila rengenoloških presvetljav torakalnih organov (v istem razdobju od 39 na 5. 892). V interesu čim intenzivnejše diagnoze pljučne tuberkuloze je tudi naraščanje števila pljučnih posnetkov od 11 v letu 1927 na 578 l. 1931. Zelo razveseljiva pa je avtorjeva ugotovitev, da „se sistematično fotografira vsak za tuberkulozo pljuč sumljiv ali že oboleli član pri prvem pregledu“. Stroški za to edino pravilno postopanje se bogato izplačajo. Sicer se je vodstvu instituta posrečilo, doseči res vzorno ekonomičnost obrata. Kljub razmeroma visokim stroškom za amortizacijo in obresti ter celo najemnino ($\frac{1}{3}$ vsega obračuna) je prišla ena rentgenološka ordinacija na din. 38 —.

V sledečem članku nam opisuje dermatolog OUZD dr. J. Jakša Socialno zdravljenje sifilide.

Zdravljenje je v glavnih potezah isto, kakor se je tekom zadnjega 10-letja povsod izkazalo kot najuspešnejše: kombinirano zdravljenje z Neosalvarsanom in Bismutom, v gotovih slučajih še ungu. cinereum in jod.

Gotovo se je tudi pri zdravljenju te kuge izkazala institucija soc. zavarovanja kot izredno dobrodejna, toda po mnenju referenta bolj iz razloga, ker je v okvirju zavarovanja lažje dana možnost pravočasnega odkritja spolnih bolezni, kot radi brezplačnosti zdravljenja, ki je po zakonu itak zajamčena vsakemu državljanu.

V članku: Razvoj in koristi rentgenoloških žarkov se naš znani rentgenolog prim. dr. A. Kunst po uvodnih besedah o zgodovini odkritja rentgenoloških žarkov najpreje malo norčuje iz prevelike mehanizacije medicine. Vidi se, da je njemu kot pravemu zdravniku hudo, ko satirično ugotavlja, da je „diagnoza bolezni le produkt stroja“ ali da postaja zdravnik s stetoskopom že karikatura“. Potem pa upravičeno obžaluje, da je napredek v ozdravljenju bolezni toliko zaostal za ogromnim napredkom, ki so ga nam rentgenološki žarki prinesli v diagnostičnem oziru. Po vsej pravici tudi podčrtava pomen rentgenograma. Da kljub velikemu napredku rentgenološka diagnostika v naših institutih in ambulatorijih še vedno zaostaja za inozemstvom temu je krivo v prvi vrsti pomanjkanje denarnih sredstev ali — vsaj v precejšnji meri — nesorazmerno višje cene vsega rentgenološkega materiala in aparature pri nas napram cenam v inozemstvu (carina, valuta i. sl.). Stavek gospoda primarija, „da je diagnostična tehnika danes že tako napredovala, da so pomisleki proti absolutni zanesljivosti rentgena precej zanesljiv znak medicinske nevednosti“ bi hotel vsaj za interno rentg. diagnostiko referent modificirati v toliko, da je „absolutna“ zanesljivost zelo odvisna od zdravnika, ki rentgenizira, kajti

kljub vsemu ogromnemu izboljšanju in poenostavljenju tehnične strani rentgenologije, bo uspeh tega dela — kakor povsod v medicini — v prvi vrsti odvisen od osebnih kvalitete rentgenologa. Vem, da se bo avtor strinjal z menoj, če smatram to ugotovitev vprav za nujno potrebno vspricho diletantizma, ki se hoče širiti tudi na tem polju.

V drugem delu razprave se avtor peča z rentgen-terapijo, v zvezi s tem pa tudi s teorijo nastanka raka. Upravičeno graja shematiziranje in šabloniziranje obsevanja, pa tudi preveliki optimizem statistik, ki se prevečkrat zadovoljijo s tem, da „se bolnik dobro počuti“. Če je pa absolutno skeptično stališče avtorja napram ozdravljenju raka, tudi rano operiranega in obsevanega, pravilno, naj odločajo drugi. Njegova ogromna skušnja, vsakdanje njegovo opazovanje na rentgen-senčniku, nam pa dajo gofovo misliti.

Dr. Fr. Logar govori v krajšem članku o pomenu zobnega ambulatorija v bolniškem zavarovanju. Tudi tu igra glavno vlogo rana diagnoza oziroma pravočasno zdravljenje zobnih bolezni, ki so često vir raznim infektom v drugih organih, vendar pa upam, da je avtor videl prečno, ko je naštel menda prav vse bolezni sploh kot možno posledico pokvarjenih zob. Sledeč nujni potrebi je OUZD otvoril 1. 1927 svoj lastni zobni ambulatorij v Ljubljani in prevzel zdravljenja ogromnega števila članov (60% vsega članstva, kmalu 60.000 obiskov ambulatorija v 5 letih), dasi zobne dajatve v zakonu niso predvidene. Radi tega morajo člani, posebno svojci, vsaj del režijskih stroškov za tehnična dela kriti sami. Od okt. 1931 pa omogoča urad svojim članom tudi dela v zlatu (krone itd.).

Dr. Robert Hlavaty obravnava v članku: Umetno zobovje kot dajatev OUZD v Ljubljani prav kratko pomen protetike v okvirju zobozdravniških dajatev OUZD ter nas preseneti z velikimi številkami na tem polju izvršenih del v kavčuku in zlatu. Omembe je vredno, da „izde- luje ambulatorij protetiko po lastni minimalni tarifi in je tako tudi ekonomski šibkejšemu članstvu omogočeno, zadostiti nujni potrebi in nadomestiti izgubljeno zobovje.“

Nato se bavi primarij-ortoped dr. Fr. Minarž z vprašanjem: Socialna važnost izbire poklica glede na šibkost spodnjih okončin. S tem obravnava avtor del problema prav posebne važnosti, ki se mu drugod že davno posveča vsa dejanska pozornost.

V petih primerih nas avtor na zelo podučen način takoj uvede in medias res in pokaže tudi takoj vse težkoče, na katere zdravnik danes še zadene, če nastopi kot svetovalec in svarilec. Da pa je pomen deformacij spodnjih okončin v resnici velik, vidimo iz številke nemške statistike ter iz statistike ortopedičnega oddelka ljubljanske bolnice (v 8 letih 823 bolnih z deformacijami). Na ortoped.-kirurškem ambulatoriju OUZD znaša odstotek teh deformitet 6%. Ogromni so stroški, ki jih ti nesrečni-večinoma mladi- ljudje povzročajo uradu, usmiljenja vredno trpljenje bolnika in vse to radi nepravilne izbire poklica.

Ko prečítamo jasna izvajanja ortopeda, radi verjamemo, da je „plokonožnost“ važna socijalna bolezen“ in bi samo želeli, da bi se pričujoča razprava morda v malo bolj poljudni obliki ponatisnila v večji nakladi in dala na razpolago ysem učiteljem osnovnih šol, obrtnikom in delodajalcem sploh, pa morda tudi staršem šole - odraslih otrok, njeno lektiro pa najtopleje priporočamo vsem, zlasti šolskim zdravnikom.

Zdravnik pa bo iz nje lahko črpal tudi terapevtična navodila, obenem bo pa moral pritrditi avtorju, ki želi, da bi se prepovedala prodaja raznih vložkov brez zdravniškega predpisa ter da bi se naša čevljarska industrija bavila z izdelovanjem posebnega tipa čevlja za te bolnike. Za odjemalce se jim — kakor je videti — ne bi bilo treba bati.

Dr. Drago Mušič — Sevnica: Zdravstveno delo OUZD in kmečko prebivalstvo. Po kratki analizi gospodarske strukture, ki ji pripada slovenski kmet in delavec, ki z vsem svojim bitjem še korenini v kmečki hiši, nam avtor na primeru jelike jasno pokaže prednosti, ki jo ima član soc. zavarovanja napram nezavarovanemu kmetu.

Navno radi tega pa, ker je delavstvo pri nas še večinoma tesno zvezano s kmečkim ljudstvom, iz katerega izvira, bo služba zdravnika OUZD na deželi posredno nudila marsikatero korist, zlasti v smislu preventivne medicine, celokupnemu, tudi nezavarovanemu prebivalstvu.

Dr. J. Pintar, ginekolog OUZD: Deset let ginekološke ambulanace pri OUZD v Ljubljani. Prinaša statistiko ginekološkega dela od leta 1921 obstoječe ginekološkoporodniške ambulanace OUZD in takoj ugotovi, da izhaja iz tabele troje v socijalno-medicinskem pogledu prav neveselih dejstev.

Prvo je naraščanje splavov, ki je znak gospodarskega, seveda pa tudi moralnega propadanja širokih slojev — ne samo — delavstva, čeprav razmere pri nas še dolgo niso tako obupne kakor n. pr. v Nemčiji, kjer pride pri članih bolniških blagajn 40,2% splavov na 58,3% pravih porodov (pri ljubljanskem OUZD 4,1% splavov na 43,8% pravih porodov).

Drugi pojav je veliko število ženâ z nezadostno razvitimi spolovili, kar je po mnenju avtorja pripisati splošno slabim življenjskim razmeram slovenske delavske žene ter alkoholizmu staršev. Ako sta ta dva žalostna pojava v danih razmerah skoraj neizogibna in nepopravljiva, je avtor mnenja, da se bo dal tretji — naraščanje števila žensk, ki pridejo v ambulanco z neozdravljivim rakom — dal odpraviti z intenzivnejšo higijensko propagando — kar je sicer nekoliko v nasprotju s skepsa, ki jo izraža avtor na koncu glede uspehov dosedanjih predavanj (referent vsekakor tudi bolj nagiblje k skepsi radi sličnih skušenj na podobnem polju). Mesto teh predavanj si želi potujoče razstave.

Iz oddelka za nevrologijo in psihijatrijo OUZD podaja doc. dr. I. Robida: Obrobne glose k nevrološko psihiatričnemu ambulatoriju OUZD v Ljubljani.

Njegova izvajanja tvorijo kratek, toda zelo dragocen prispevek k poglavju psihičnih in živčnih motenj med Slovenci zlasti v povojni dobi. Te vrste bolezni imajo svoj vzrok deloma v duševnem in telesnem izčrpanju vsled vojnih let; največkrat pa v alkoholu, ki je bil, je in ostane še vedno največji škodljivec slovenskega ljudstva. Veliko vlogo je igrala v med — in po vojni dobi tudi infekcijska etiologija teh bolezni predvsem influenza. Zanimiva je ugotovitev, da je močno narastlo število bolnikov z multiplo sklerozo, o kateri domneva avtor, da je tudi infekcijskega izvora. Razumljivo je, da pripada — v predvojnem času med Slovenci zelo redki — lues precejšnji delež med vzroki duševnih in živčnih motenj. Vendar pa se še ne ve, če ne bo število teh v „kritičnih letih 1932 — 1938“ še narastlo. Duševne motnje so med člani OUZD prav redke.

Dr. I. Zajec, zdravnik-šef OUZD je napisal vpošlevanja vredno Poglavlje o zdravilih, ki je bilo v celoti objavljeno v glasilu Zdravniške zbornice. Vsem tovarišem, ki ga še niso ulegli prečitati, ga na tem mestu priporočam.

Zelo težavno in visoko aktualno vprašanje je načel prim. dr. Fr. Mišnar s člankom: O presoji vzročne zveze med tuberkulozo in poškodbo. V medicini — klinični kakor socialni — ni kmalu vprašanja, ki bi bilo tako vsestransko zanimivo, in praktično važno ter bi dalo toliko povoda za najbolj vroče znanslvene kontraverze. Za lažje razumevanje problema priporoča avtor Zollingerjevo preprosto razdelitev v dve skupini: a) travmatična tuberkuloza in b) posttravmatična tuberkuloza. Še dosti več pa pove razdelitev v inficirajoče, lokalizirajoče, mobilizirajoče in agraviirajoče travme.

Direktna infekcija s Kochovim bacilom radi travme je zelo redka, še popolnoma nepojasnjeno pa je, če je nastanek tuberkuloze kosti v zvezi s travmom. Mnenja raznih strokovnjakov se v tem diametralno nasprotujejo. Vsekakor pa drži, da je kostna tuberkuloza brez primarnega afekta, največkrat v pljučih, izključena.

Avtor nato obširno razpravlja o splošnih pogojih, ki so za veliko večino nezgodnih zavarovanj potrebni za vpostavitve vzročne zveze med travmo in tuberkulozo ter prinaša Zollingerjevo tabelo o časovni zvezi med njima. Namesto humanitarne devize „in dubiis pro aegroto“ postavi avtor za zdravnike socialnega zavarovanja novo devizo: In dubiis pro reo“. Toplo priporoča pri ocenjevanju individualni postopek rentnih zahtev pod naslovom posttravmatične tuberkuloze. Vse to nam pa na zelo podučnih primerih iz prakse pojasni ter obenem pokaže, kako zelo različno in dostikrat krivično je postopanje zavarovanja v tem kočljivem vprašanju. Zato je umesten predlog, da se ZZD v tem pogledu izpopolni in novelizira.

Doc. dr. A. Košir v članku Klinični diagnostični laboratorij postavlja gotovo upravičeno zahtevo, da bi moral vsak tudi manjši bolniški oddelek imeti svoj mali laboratorij z mikroskopom. Laboratorij OUZD ima pa seveda ogromen delokrog in dejansko izvršuje vse diagnostične preis-

kave, ki pridejo sploh v poštev (mikroskopične preiskave, kemične analize, preiskave krvi itd.) Mislim da je važnost takega zavoda za vsakega sodobnega zdravnika pač izven debate.

Najobširnejše med vsemi je delo doc. dr. H. Robič-a: Vpliv dela oziroma poklica na kožne in spolne belezni delavstva. Najprej nam podaja avtor na osnovi ogromnega materiala iz 4 letne prakse v ambulatoriju za kožne in spolne bolezni v Mariboru sliko takozvanih poklicnih ali obrtnih kožnih bolezni; v drugem delu pa govori o spolnih boleznih med delavstvom. V 4 zelo obsežnih tabelah ilustrira obširne razprave, ki jih ravno radi svoje obsežnosti in ogromnega številčnega in drugega materiala ni mogoče podrobno referirati.

Prepričani smo, da bo doc. dr. Robič vsem interesentom za to res zanimivo in važno delo dal separadne odtiske rad na razpolago.

Na koncu knjige najdemo zbirko lepih slik v vzorni reprodukciji ki nam nudijo lep vpogled v razne domove, ki si jih je ustvarilo socialno zavarovanje.

V celoti nam torej nudi Zbornik verno sliko delovanja slovenskega dela jugoslovanskega socialnega zavarovanja. Ta slika bi še mnogo pridobila na vrednosti, ako bi tudi drugi okrožni uradi podajali obračun o svojem 10 letnem delovanju. V tem smislu pogrešamo tudi besedo SUZOR-ja, od katerega bi bili pričakovali, da bo zavzel v event. še tako skromni obliki svoje stališče napram delu ljubljanskega OUZD.

Zelo smo pogrešali tudi razpravo o odnosu socialnega zavarovanja do tuberkuloze. Na raznih mestih sicer najdemo podatke, iz katerih izhaja, koliko pozornosti posveča OUZD temu velevažnemu problemu, toda brezdvomno bi vprašanje zaslužilo, da se v zaključeni enoti obravnava. To pa še prav posebno radi tega, ker je — še enkrat moramo to s priznanjem naglašati — OUZD s svojim ravnateljem na čelu pravi inicijator protituberkulozne borbe v Sloveniji.

Obžalujemo tudi, da posameznim člankom niso dodani kratki rezimeji po možnosti v srbohrvaškem in še enem svetovnem jeziku. Posamezne razprave vsebujejo podatke, ki drugače niso dostopni in ki bi po svoji važnosti gotovo vzbujali zanimanje tudi v strokovnih krogih inozemstva. Pa tudi srbohrvaškim čitateljem bi z rezimejem sigurno ustregli.

Vendar pa vse to niti najmanje ne zmanjša vrednosti puhlikacije, ki bo mogla na podlagi resnih in objektivnih informacij služiti prav vsem, ki so dolžni sodelovati pri velikem in vsakega truda vrednem delu notranje in zunanje izgraditev socialnega zavarovanja.

Dr. R. Neubauer.

IZ ZDRAVNIŠKIH DRUŠTEV

V. znanstveni sestanek Slov. zdravniškega društva v Ljubljani dne 28. oktobra 1932 v predavalnici internega oddelka obč. drž. bolnice, Navzočih 36 zdravnikov. Predaval je **Dr. A. Breclj: „O stigmatizaciji“**.

Ker predavanje na tem sestanku ni bilo končano, zato se je nadaljevalo in dovršilo na **VI. znanstvenem sestanku** v istem prostoru dne 11. novembra 1932. Navzočih 38 zdravnikov.

Predavatelj Dr. Breclj poda po kratkem zgodovinskem pregledu primerov stigmatizacije življenjepis Terezije Neumannove iz Konnersreutha. Sledi kritično presojanje glede pristnosti izrednih dogajanj na zaznamovanki in poročanje o razlagalnih poizkusih. Na podlagi lastnih raziskovanj in opazovanja zavrača predavatelj domnevo o zavestni ali nezavestni potvari, kot zdravnik se ne more pridružiti razlagi prof. Ewalda in večine zdravnikov, češ da so pojavi na Tereziji bolezne narave, histerični, ker že sam prof. Ewald pripušča možnost razlage s psihogenijo, ki pomeni po novejšem zdravniškem pojmovanju bistveno drugačno dogajanje. Predavatelj razmotri psihogenetično yršenje v vsakdanjem življenju, podčrtava psihogenijo v vzročni zvezi z vsakovrstnimi boleznimi živčevja in drobja, a opisuje tudi primere psihogenetičnih pojavov, ki niso ne vsakdanji, ne bolešni. V tem iskanju prihaja predavatelj do izrednih pojavov mistične narave. Mistika je, oznaka za obče človeško težnjo kulturnih narodov vseh časov in krajev, ki se odraža tudi v izrednih telesnih pojavih, ne da bi bilo potrebno zatekati se za razlaganje k izven človeškim silam. Pisec primerja mistične pojave s pojavi genialnosti in heroizma. V stigmatizaciji Terezije Neumannove in drugih telesnih pojavih ne vidi pisec delovanja izven človeških, nadprirodnih sil; potek njenih bolezni z ozdravljenjem je ves v okviru naravnega dogajanja. Nerazložljiva je njena brezživežnost, ki se ne more smatrati za čudežno, tudi če bo izpričana nad vsak dvom, ker je zvezana z drugimi telesnimi mističnimi pojavi, ki so pač izredni, mislični, a zato ne čudežni. Verske in zdravstvene strani Terezinega življenja se predavatelj ne dotika. (Avtoreferat.) Predavateljeva daljša razprava o stigmatizaciji je izšla v „Času“.

K debati se oglasi kot prvi docent **dr. Matko**, ki v daljšem govoru kritično analizira važnejše podatke o stigmatiziranih osebah sploh in navaja, da so vodilni faktorji pri vseh stigmatiziranih: stigmatizacija, histerija in malenkostna prehrana. Slučaj Tereze Neumann še ni zadostno znanstveno preiskan, zato se ne more v tem slučaju nič definitivnega povedati. (Dr. Matkova knjižica „Stigmatizacija“ je v tisku.)

Dr. Kamin je mnenja, da je pri definiranju histerije potrebno predvsem oglasiti bolešno spremembo osebnosti, abnormen reakcijski način na življenske draži, uveljavajočnost, potrebo histerika, da bi se zdel sam sebi in okoliči več kot je, da bi več doživljal, kakor pa je doživeti sposoben. Terezijo Neumann ne smatra za pravo histeriko, marveč pritrjuje Aignerju, da gre za psihogene reakcije pri bolj primitivni kot degenerativni osebnosti. Misli, da bi bil problem Terezije Neumann že davno rešen, če bi bila Terezija po svoječasnem nasvetu Ewaldovem preiskana in opazovana na primernih klinikih.

K samemu problemu ekstaze in mistike pripominja, da se mu razglabljanja dr. Breclj-a zde nekoliko pomanjkljiva. Želi jih nekoliko izpopolniti z nazori ki jih je medicinska psihologija stvorila o tem predmetu. Genetična psihologija jemlje za bazo, na kateri skuša objasniti te fenomene, neke primitivne preformirane mehanizme, arhaične duševne tendence, katere je Kretschmer nazval hiponoične dispozicije, Mayer pa katalimne tendence. To so mehanizmi v globinah duše, kjer gospodari podzavest, oziroma so daleč od čuječe zavesti, torej daleč od duševnega dogajanja usmerene, centrirane zavesti. V tem področju jaz in zunanji svet nista v doživetju še ostro ločena, dogajanja, sodbe, vrednotenja tu še ne oblikuje nobena refleksija na predmet, jasno smotreno hojenje tu še ne vodi odzivkov.

Doživetje se po teh primitivnih mehanizmi ponazarja mistično-magično: notranja dogajanja niso racionalno motivirana, ampak doživljena kot magično-čarovni učinki zunanjega sveta, kot nerazumljivi tajinstveni uplivi ne-jaza, ali pa se projicirajo direktno v zunanji svet. V tem doživetju ne pride do ločitve med jazom in ne-jazom. Oba se prelivata eden v drugega. Na tej osnovi bazira doživetje stopnjevanja jaza, razširlive jaza, osvoboditve jaza od telesa, stopitve med jazom in Bogom, jazom in naravo, doživetje posebnih sposobnosti jazovih, pa tudi projekcija jaza v drugega, kot to vidimo včasih pri šicofenikih, pri spiritističnih doživetjih. Isto psihološko bazo ima tudi naklon k gotovim filozofijam in svetovnim nazorom, verstvo sploh. Take primitivne duševne tendence najdemo prev. ako pri zamaknjenosti, vplivanjih, spirit. doživetjih, mističnih prikaznih, jasnovideh. Semkaž, treba uvrstiti sugestibilnost, psihotične blodnje, praznoverje, Freudove komplekse.

Z vidika voluntaristične psihologije, torej psihologije nagonov skuša objasniti Schilder doživetje ekstaze, namreč iz polnega doživetja ven.

Eden najbolj globokih in vsestranskih današnjih nemških psihologov, Klages, vidi smisel ekstaze vseh časov in ljudstev v njenem cilju, da se življenje osvobodi od duha. V ekstazi se duša osvobodi vezi duha in je tako usposobljena, da zre resničnost prasluk. Naj si je ekstaza doživljena v tihi zamaknitvi, v templju, v orgijastični pijanosti večjih skupin, bistvena je in ostane razklenitev jaza, stopitev s svetom slik, v katerih se prikazuje demon, bog. (Avtoreferat.)

V nadaljni živahni debati so sodelovali Dr. Dereani, Dr. Brecelj, dr. Kamin, dr. Malto in dr. Meršol.

DROBNE NOVICE

Naš onkolog dr. J. Cholewa — Brežice je bil povabljen na mednarodni kankrološki kongres v Madrid. To priznanje nas tembolj veseli, ker se mora dr. Cholewa doma boriti z naravnost neverjetnimi in drugod skoraj nemogočimi težkočami. Pri skoraj popolnem pomanjkanju vseh subvencij si je naš kolega z ogromnimi žrtvami iz lastnih sredstev ustanovil in skozi 12 let vzdrževal onkološki laboratorij, v katerem je neumorno in — kar je pač najvažnejše — povsem uspešno delal na enem najbolj zamočenih problemov neprecenljive praktične važnosti, na problemu raka.

Zato smo z velikim obžalovanjem objavimo na prošnjo dr. Cholewe poziv vsem gg. tovarišem, ki so v posesti njegovih brošur, da mu jih čimprej vrnejo, ker je primoran likvidirati jugoslovansko kankrologijo.

Ali se ne bi našel med Slovenci človek, ki je voljan žrtvovati večjo vsoto denarja, da pomaga učenjaku iz stiske, jugoslovanski kankrologiji do veljave, človeštvu pa morda do rešitve od raka?

Sijajen vzgled socijalnega čuta in smisla za solidarnost so dali oni čitatelji beograjske Politike, ki so na članek nekega bolnika v kratkem nabrali skoraj 70.000 dinarjev za podporo siromašnih, jeličnih dijakov. V posnemanje doma! Istočasno je beograjski list Pravda za nekega drugega tuberkuloznega dijaka nabrala okrog 16.000 dinarjev.

„Afera“ dr. Pešića, o kateri smo na kratko sporočili v zadnji številki, se je medtem v polnem obsegu razvila, kakor je bilo predvideti: za časopise — senzacije, za zdravniški stan — čestna zadeva, za bolnike — vprašanje njihove zaščite pred nevarnimi eksperimenti. Afere pa, kakor se nam zdi, še dolgo ne bo konec.

Mednarodna zveza proti tuberkulozi je sklenila že na konferencah v Rimu in Oslu, da se naj postavi spomenik Forlanini-u, enemu največjih dobrotnikov človeštva, ki je s svojim ženjalnim izumom umetnega pneumotoraksa pokazal pot za rešitev neštetih stotisočev tuberkuloznih bolnikov. V Nemčiji že nabirajo prispevke za ta spomenik, ki naj stoji nekje v Italiji, domovini Forlaninija.

V prihodnjih tednih se bo v šil proces proti udeležencem-aktivnim in pasivnim — onega še vsem dobrega znanega **škandala v Gracu**, kjer so lani neki medicinci sterilizirali en masse moške in ženske.

Na Gradiščanskem sta dva živinozdravnika vprašanje medsebojne konkurence hotela rešiti na gotovo redko originalni način, namreč z duelom. Dejansko je eden od njiju padel v dvoboju, drug pa je bil seveda zaprt.

Raziskavanje krvnih bolezni hoče poživljati indijski maharadža Sir Dorebji Tata z ustanovo v spomin svoje žene, ki jo imenuje **Lady Tata — ustanova**. Štipendije iz te ustanove lahko dobijo zdravniki vseh narodnost.

Iz tujih univerz: Na Dunaju je praznoval dne 17. 1. m. svojo 80-letnico znani farmakolog Hans Horst Mayer, ki se ga gotovo rad spominja vsak dunajski medicinec.

48. nadaljevalni tečaj na dunajski medicinski fakulteti se vrši od dne 3. do 15. aprila t. l. in je posvečen laringologiji, rinologiji in otolaringiji s posebnim ozirom na terapijo. Vse podrobne informacije daje: dr. A. Kronfeld, Wien IX. Porzellangasse 22.

Razpis znanstvenega štipendija pri institutu „Benito Musolini“ v Rimu. Jugoslovanska protituberkulozna liga nas obvešča o dopisu mednarodne protituberkulozne lige, ki opozarja na razpis dveh štipendijev od strani italijanske fašistične nacionalne federacije za borbo proti tuberkulozi.

Pogoji so sledeči:

Gornji štipendiji v vrednosti 6.000 lir vsaka, plus stanovanje in hrana naj služita za olajšanje staza inozemskima zdravnikoma pri institutu „Benito Mussolini“ v Rimu. Bivanje se bo razdelilo na univerzitetno leto (od 15. novembra do 15. julija) t. j. 8 mesecev s prekinjenjem za časa običajnih počitnic.

Štipendisti morajo stanovati v institutu.

Štipendiji bosta dodeljeni v prvi vrsti takim mladim zdravnikom, ki so se že bavili s problemom tuberkuloze in se žele specializirati v tej stroki.

Delo v institutu se bo odredilo v dogovoru med direktorjem zavoda in doličnim zdravnikom.

Publikacije, ki bodo sad tega dela, se bodo tiskale na stroške zavoda.

Prošnje za dodelitev teh štipendijev je poslali opremljene z naternimi osebnimi podatki kandidata in dokazom njihovega praktičnega dosedanjega dela na **Jugoslovansko ligo proti tuberkulozi najkasneje do konca junija t. l.**

IZ MEDICINSKE IN FARMACEVTSKE TEHNIKE.

Fleksibelni gastroskop po Wolf-Schindlerju.

V času, ko je s pomočjo neverjetnega napredka na polju elektro-medicinske tehnike mogoče svetili že skoraj v vse votline človeškega telesa, ko je mogoče dobiti brezhibno jasno sliko o notranjosti mehurja, torakalne in trebušne votline, je povsem razumljivo, da se je uveljavila tudi želja po jasni sliki notranjosti želodca. Seveda ideja gastroskopa ni nova, toda njenemu praktičnemu izvajanju so stale na potu velike zapreke. Vsaj je jasno, da ni niti lahko niti nenevarno prodrati s precej močno, kovinasto cevjo do želodca. Zato tudi gastroskopijska, ki jo je inavguriral že Kelling do danes ni mogla priti do prave veljave.

Izdeluje: fa. Georg Wolf G. m. b. H. Cerlin NW 6, zastopstvo za Jugoslavijo M. Pavlović — Beograd Mil. Draškovića ul.

Šele pred kratkim se je posrečilo Schindler-ju, da je konstruiral gastroskop, ki je tako vpogljiv, da se brez vsake nevarnosti lahko uvede v želodec slično kot vsaka želodčna cev. Vsakdo bo razumel, da je bilo treba rešiti še ogromno optičnih problemov, kar se je posrečilo G. Wof-u, kolikor je razvidno iz dosedanjih publikacij v polni meri.

Radi svoje vpogljivosti je manipulacija s tem instrumentom povsem brez nevarnosti mogoča celo v slučajih težke kyphoskolioze. Ima pa ta gastroskop še to ogromno prednost pred starejšimi, trdimi instrumenti, da nudi — dasi nekoliko zmanjšano — toda jasno sliko vseh delov želodca.

Ni treba naglašati, kolike važnosti ta novi instrument lahko postane za poglobiteo naše želodčne diagnostike

IZ MEDICINSKIH ČASOPISOV

Medicinski pregled.

St. 1 jan. 33.

A. Radosavljević (III. interna klinika univerziteta u Beogradu): **Vena azygos u rentgenskoj slici**, Autor navaja slučaj, kjer je bila vsled napačnega tolmačenja rentgenološke slike vene azygos postavljena povsem kriva diagnoza. V teku dveh let so to anomalijo na kliniki opazili 4 krat, dočim je po drugih avtorjih mnogo pogostejši pojav, zlasti pri otrocih. Dejstvo, da rentgenološka slika vene azygos kako v njenem normalnem kakor tudi abnormalnem poteku ni redka in je pravilno tolmačenje slike posebno važno, je pisca vzbudilo, da opiše veno azygos. Opis pojasnjuje anatomska slika, več skic in rentgenogramov.

Prof. dr. A. Holste: Prilog odredjivanu jačine dejstva lokalnih anestetika.

V svrhu ugotovitve jakosti delovanja lokalnih anestetika, je prof. Holste delal poskuse z dvanajstimi novimi sintetičnimi sredstvi, ki vsebujejo kot radikal benzyl. Za poskusno živalco sta služila žaba in zajec. Kot najuporabnejši aneste tikum se je izkazal dibenzylxyocetnokisli natrij, čigar 10% optimalna raztopina odgovarja približno 5% raztopini Cocaina ozir. Novocaina. V praksi se je pa pokazalo, da rezultati pri živalih ne odgovarjajo v polnem obsegu rezultatom pri človeku.

Vladimir Miličev (interna propedeutička klinika. V. d. šefa docent Dr. V. Arnovljević): **Terapija pljučnog edema Lobelinom.**

Pljučni edem se pojavlja pogosto kot težka komplikacija pri mnogoterih boleznih. Dosedanja terapija je bila vsled skoro enakih kliničnih simptomov običajno vedno ista brez ozira na njegovo patogenezo. Na omenjeni kliniki so imeli z lobelinom prav razveseljive uspehe, zlasti pri edemu aortalno bolnih, kjer je uspelo z injekcijo lobelina kupirati že razvit edem. Aplikacija je subkutana, intramuskularna in intravenozna. Doza je 0.003 do 0.01, ki se po potrebi ponavlja po 15 min.

Prof. dr. V. Simić i Vlad. Švarc (Iz bakt. inst. med. fakult. u Beogr. Upravnik: Dr. Tih. Simić). Autora sta preiskovala desinfekcijsko sposobnost Anacota, Menthosepta, Formaminta, Pauflavina ter Stoml in vitro in vivo. Preiskunje sta vršila na bac. dif. tif. in coli, na stafilo in streptokokih. Dočim so popolnoma odpovedali Anocot, Menthasept, Formamint in Panflavin, je dala le Stoma efikasne rezultate v raztopini do $\frac{1}{10}$.

Dr. Vranimir Gušić, asistent klinike (Iz otorinolaringološke klinike Univerziteta kr. Jugoslavije u Zagrebu. Upravnik prof. Šercer.): **Četvrti slučaj Gradenigovog sindroma na otološkoj klinici u Zagrebu.** Že l. 1927 je prof. Šercer na VI. seji jugoslov. oto — neuro — oftalmo-

loškega društva demonstriral slučaj obojestranskega Gradenigovega sindroma. Naslednje leto ponovno 2 slučaja. Autor pa navaja 4. slučaj kot dokaz, da treba smatrati Gr. sindrom kot bolezen sui generis in ne circumskriptno meningitido, kakor je večina nemških avtorjev trdila na kongresu v Wiesbadem. I. 24.

Doc. VI. Spužić (III. int. klinika beogradskog univerziteta. Šef prof. A. Radosavljević): **Osobenosti fibrinozne pneumonije izazvane Friedländerovim Pneumobacilom.**

V večini slučajev je povzročitelj lobarne pneumonije pneumokokus Fränkel — Weichsebaum. Le prav redko je pneumonija povzročena od drugih mikroorganizmov. Autor opisuje slučaj pneumonije, kjer je bil uzročnik Pneumobacillus Friedländer. Na podlagi klinične slike in autopsičnega izvida ugotavlja, da neumonija, izzvana od pneumobacila ni prava lobarna fibrinozna pneumonija, ki jo povzroča le pneumokok. Obe se strogo razlikujeta tako po poteku bolezni kakor tudi patološko — anatomski sliki.

P. Černe.

Srpski Arhiv za celokupno lekarstvo.

Januar 1933. Sv. 1.

Jevrem Nedeljković. Jedan slučaj tuberkuloznih poškoznih guma, koji je završio bazilarnim meningitom.

Opis redkega slučaja (dosedaj sta v novejši literaturi baje opisana šele dva primera) podkožnih tuberkuloznih abscesov z diferencialno diagnostičnimi razmišljanji. Bolezen, ki je začela na desnem podplatu, je scašoma zadobila 8 podkožnih lokalizacij s povsem tipičnim sedežem, simetrično razvrstitvijo in končno sledečo letalno meningito. Diagnoza bazira na pozitivnem bakteriološkem izvidu. Izraz guma za tuberkulozna obolenja se mi zdi neprimeren, ker bi lahko vodil do nesporazuma.

Žarko Amulin: Trovanje sodom i lečenje posledica sa naročitim obzirom na „rano bužiranje“.

Od začetka I. 1928 pa do julija 1932 je bilo na otorinolaringološkem oddelku obč. drž. bolnice v Beogradu ambulantno zdravljenih 348 slučajev zastrupljenj s kuhinjsko sodo, v prvi vrsti radi težkih posledic stenoze ezofage. Avtor se ogreva za metodo ranega „bužiranja“ že v drugem do osmem dnevu po zastrupljenju, ker edino ta metoda nudi še kolikor toliko dobre uspehe ter takorekoč profilaktično obvaruje bolnika težkih posledic stenoze. Misel, da bi morala prevzeti država kontrolo nad prodajo natrijevega luga, predvsem pa zabraniti maloprodajo istega, se mi zdi spričo presenetljivo velikega števila zastrupljenj popolnoma upravičena.

Hudak M. Albert. Povodom varicesa u bulbusu duodeni.

Staja Stajić, Beograd. Da li postoji preopterećenost u školskoj nastavi?

Pisec razmotriva na podlagi lastnih izkušenj na šolski polikliniki o škodljivem vplivu današnje preobremenitve v šolskem poduku. Konkretnih predlogov za omiljenje ne navaja.

M. Karlin.

IZ UREDNIŠTVA

Za tiskovni sklad Z. V. je daroval dr. J. Volavšek — Ljubljana din 100.—. Na občnem zboru slovenskega zdravniškega društva se je zbralo za kritje primanjkljaja za jubilejno številko tega društva vsota din. 600.—. Prispevali so: Dr. Merčun din 100.— dr. Jakša din 100.— dr. Švajger din 100.— dr. Kamin din 20.— dr. Tičar din

30.— dr. Avramović din 20.— dr. Logar din 10.— dr. Rus din 20.— dr. Finkova din 20.—
dr. Meršol din 50.— dr. Kunst din 100.— dr. Brenčič din 20.— dr. Bajec din 10.—
Vsem prisrčna hvala!

Prihodnja številka izide koncem aprila t.l.

Prednaznanilo.

Kot prvi zvezek „Knjižnice zdravniškega vestnika“ se nahaja v tisku dr. Matkova knjiga: „Stigmatizacija v luči medicine“. Veselimo se, da že danes lahko opozorimo na to delo, ki bo radi svoje aktualitete pa tudi radi izredno bogate in poglobljene vsebine ter živahnega sloga, v katerem je pisano, vzbudilo gotovo največje zanimanje. S to knjigo otvorimo zbirko večjih medicinskih del domačih avtorjev.

VI. zdravniški nadaljevalni tečaj o tuberkulozi na Golniku se bo vršil od dne 20. do 26. avgusta t. l.

Errata corrige!

Na str. 65 in 66 sta zamenjani tabeli; tabela označena kot št. 4. je št. 3. in obratno. Na str. 59 v 6. vrsti od spodaj mora stati namesto „infekcija“ „primarna afekcija“. V „Zusammenfassung“ se glasi tekst od začetka 16. do „Bei Lues“ v 18. vrsti pravilno takole: „vor Anfang der zweiten Kur, mit noch drei, bei Erreichung des kritischen Momentes vor der vierten Kur mit noch vier Kuren; Kontrolle im ersten Falle zwei, im zweiten drei Jahre; Lues II manifesta recens, bei der nach drei Kuren der kritische Moment nicht erreicht wurde, Lues II recidivans, Lues lat. seropos. und — ausser den aufgezählten — jeder andere Luesfall, bei dem der kritische Moment erreicht wurde, bekommen als Stabilisationstherapie fünf Kuren; Kontrolle vier Jahre“.

Tekst na str. 72 od 7. vrste spodaj do 3) se glasi pravilno: „1) in allen liquorpositiven Fällen, die sich vor mehr als zwei Jahren infiziert haben 2) in allen Fällen, wo wir die klinische und serologische Negativisation erreicht haben, der Liquor aber positiv ist — ohne Rücksicht darauf, wann die Infektion erfolgt ist“.

Errata corrige!

V naslovu članka prim. dr. Jenka in dr. B. Merlak v drugi številki našega lista: „Nekaj statistike o uporabi in učinku chinina in Solvochina (Kemika) pri pljučnicah“, v katerim se referira o odličnih rezultatih, doseženih s preparatom Solvochin pri pljučnicah je prišlo do neljube napake. Preparat Solvochin namreč ni proizvod tvrdke „Kemika“, temveč druge domače tvrdke „Kaštel“ d. d. v Zagrebu.

Ta preparat, ki se že leta vporablja pri zdravljenju pljučnice z najboljšim uspehom, je gotovo večini zdravnikov dobro znan, vendar pa smatramo za svojo dolžnost, da ta popravek objavimo, opozarjajoč obenem na današnji oglas fe. Kaštel.

Da se mora glasiti ponudba rabljenega aparata za diatermijo in ne za disenterijo, so pač vsi čitatelji sami poravnali, kakor tudi druge manjše tiskovne napake.

Urednik in izdajatelj: Dr. R. Neubauer — Golnik.
Tiskarna „Sava“ d. d. v Kranju — Odgovoren: Nikola Stokanović, Kranj.

ERIGON-SYRUP

Dr. Wander

Syrupus hypophospho-sulfogvajacolicus comp.

INDIKACIJE: specifične in kataralne bolezni dihalnih organov (tbc. pulmonum, bronchitis, bronchopneumonia) in povsod, kjer je indiciran guajacol.

DOZIRANJE: Odrasli 3 krat na dan po 2 mali polni žlici, otroci 3 krat na dan po eno malo žličko.

Cena za občinstvo:
steklenica — okrog 140 ccm. neto — Din 37.—

Vzorce in literaturo pošilja:

Dr. A. WANDER D. D., Zagreb

Novo vpeljani

Analeptikum
Ekspektorans

Calcio-Coramin

(Di-piridin- β -karbonska kislina dietilamid -Kalciumrodanid)

Tablete po 0,4 g
za oralno uporabo kod

„Ciba“

BRONHITIDIH

KATARIH VSLED STAZE

BRONHOPNEUMONIJA

EMFIZEMI

PLJUČNIH EDEMIH

PLJUČNIH APSCESIH itd.

Cevke po 20 komadov po 0,4 gr.

Ojačeni ekspektorativni učinek in stimulans krvotoka in dihanja.

GESELLSCHAFT FUER CHEMISCHE
INDUSTRIE IN BASEL



Zastopnik za Jugoslavijo:

Mr. Ph. Kaiser Dragutin, Zagreb, Ilica 40/II.

JUGOSLOVENSKO SIEMENS D. D.

oddelek za šibki tok

LJUBLJANA, Tyrševa cesta 1b/III - Palača Ljub. kred. banke

Moderni röntgendiagnostik- in terapijski aparati, izvedeni s popolno zaščito proti visoki napetosti in röntgen-žarkom Siemens-Tuto-sistem moderne specialne naprave in visoko vrednostne univerzalne naprave za röntgen-preiskavo; SRW-Standard aparati z zaščito proti visoki napetosti in žatkom.

**ZAHTEVAJTE PONUDBE, OZIROMA BREZOB-
VEZEN OBISK MEDICIN. SPECIJALISTA.**

Desinfekcijska sredstva:

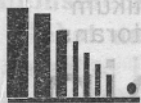
SANITOL medicinale,
SA-ITOL pro desinfectione,
SANOFORM,
SANEOLIN medicinale,

SANEOLIN industriale,
KARBOLNE MISLINE,
FORMALIN,
MAZAVO MILO ltd.

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

RENTGEN FILME

**vse znamke
vse velikosti
(tudi male 3x4 in 4x5 cm)
vse kemikalije**



**potem vse kar
spada k fotografiji v**

Drogeriji Gregorič, Ljubljana, Prešernova ul. 5

Rave

Br. 33.

EUGOMENT

Eucalyptus-Menthol-Gumi-Pastile izvrstno in brzo vblažujejo kašelj in hripavost. Učinek bazira na antiseptičnem svojstvu Menihola in topilnem učinku arabske gume. Ne škoduje prebavi, da jo celo pospešuje. Mnogi zdravniki jim dajejo prednost pred Formaldehyd-pastilami. Škatljice din 10'— v lekarnah.

Vzorke pošiljamo na zahtevo brezplačno:

Rave kemijsko-farmaceutsko d. d. Zagreb.

Rave

Br. 408.

SULFOKOL

Syrup kalisulfogvajacol. compos. Ublažuje kašelj in prepreči afekcije pljuča. Izvrsten ekspektorans. Kompozicija z odličnim korigensom, ne jemlje bolnikom dobrega teka, kakor je to slučaj pri drugih preparatih Guajacol-a. Sulfocol je domači izdelek in lahko nadomestuje popolnoma razne drage inoz. znamke. Stekl. od 150 gr. din 28'— v lek.

SANABO - CHINOIN

Fabrik chemisch-pharm. Produkte, Ges m. b. H.

Wien, I, Johannesgasse 2 ☉ Telefonska štev. R 22-4-37

HOGIVAL

zelo zmožen, v vodi topljiv seksualni hormon, vezan na spremljevalne snovi ovarija in zrelega folikla, biološko preizkušen in izmerjen v enotah za miši.

**INJEKCIJE 100 mišjih enot po Allen-Doisy-ju v vodeni raztopini
TABLETE 100 ali 300 mišjih enot**

Pod stalnim biološkim nadzorstvom prof. dr. **Roberta Mayer-ja**, Berlin

Indikacije: Pri funkcionalnih motnjah in izpadu funkcije ženskega genitalnega aparata s spremljajočimi pojavi (amenoreja, oligoopso-menoreja, poliprotomenoreja metroragije, klimaks, menopavza po histerektomiji, težkoče po spontano nastopivši menopavzi).

Vzorci in literatura na zahtevo.

Zaloga pri „**KRŠTEL**“ d. d. Zagreb, Cankarova 28.

KAŠTEL

ZAGREB

TVORNICA KEMIJSKO-FARMACEUTSKIH PROIZVODOV D. D.

Izdeluje najbolji
kininski preparat

SOLVOCHIN „KAŠTEL“

25%-na raztopina bazičnega kinina. Reakcija raztopine je prilagoden tkivu ter so zato injekcije neboleče in bolniki jih lahko prenesejo brez najmanjših nezaželnih posledic.

**SOLVOCHIN je specifično sredstvo pri
KRUPOZNI PNEUMONIJI**

(Vidi Zdravniški Vestnik leto V. št. 2).

**Razen tega je SOLVOCHIN uspešen pri malariji in
septičnem abortus-u.**

Pakovanje: ampule po 1,1 ccm in 2,2 ccm v škatljah po 3,10 in 100 amul.
Doziranje: pri odraslih 2 amp. (po 2 ccm.) na dan po potrebi tudi več dni.

**Pri bronhopneumoniji in komplikacijah gripe kombi-
nira se zdravljenje s Solvochinom še
s TRANSPULMIN - o m.**

Zdravilišče Golnik



za bolne
na pljučih.



Sprejema
odrasle bolni-
ke (moške in
ženske) s tu-
berkulozo pljuč
in grla v še
ozdravljivem
šladju.



3 oskrbni
razredi

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

Vse informacije daje uprava zdravilišča Golnik.

Pošta — telefon — brzojav: Golnik.

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