

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAV. BANOV.

Ta številka ima prilogo „Evgenika“

KEMIKA D.D. — ZAGREB

priporoča svoje preizkušene domače preparate:

Naš preizkušeni

ženski seksualni (folikularni) hormon

GLANDUBOLIN

smo dali sedaj v promet ojačenega v sledečih dozah:

Tablete: stekl. z 10 tabl. à 100 miš. ed.

„ z 10 „ à 500 „ „

„ z 10 „ à 5000 „ „

Injekcije: škat. s 3 amp. à 100 miš. ed.

„ s 5 „ à 1.000 „ „

„ s 5 „ à 10.000 „ „

V. oljnati raztopini: 1 amp. à 50.000 miš. ed.

„ 5 „ à 50.000 „ „

Zanesljivo delovanje in nizka cena Glandubolina omogočata sodobno zdravljenje motenj ženske seksualne sfere v največjem obsegu.

Za zdravljenje **DYSMENORRHOE** uporabljajte naš

ADYSMIN

Vsebuje ovarij, kodein in jodinbin ter deluje specifično v smislu odstranjenja bolečin in reguliranja menstruacije.

Cevčica z 20 tabl. Doza: 8 dni pred menstruacijo 2×1 tabl.,
v času menstruacije 3×1 tabl.

Predpisujte dobre domače preparate!

Jugoslavensko SIEMENS D. D., Odeljenje za medicinsko tehniko
Kralja Aleksandra 8 BEOGRAD Kralja Aleksandra 8

Zastopstvo za Slovenijo:
Ljubljana, Tyrševa 1a, Telefon
2102 (Wellej) in Ljubljana,
Trubarjeva 2, T. 2891 (Roblek)

**Röntgen-naprave v vseh izvedbah; Diatermijski in ultra-
kratko-valovni aparati; splošna elektromedicina. Kom-
pletna dentalna oprema in dentalne potrebščine. Celotna
oprema za operacijske dvorane, laboratorije, prak-
tičnega zdravnika. Mikroskopi, mikrotomi, projek-
cijski aparati; veterinarska oprema**

**ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH
ORGANOV IN PREOSNOVE**

ROGAŠKA SLATINA

ima v svojih treh vrelcih „TEMPEL“
„STYRIA“ in „DONAT“ izvanredno
lekovito slatino, ki s svojo silno trans-
mineralizacijo organizma najugodnejše
upliva na organske funkcije, njih ve-
getativno in hormonalno regulacijo.
Indikacije: Vse bolezni želodca, čre-
vesa, jeter, žolčnih kamnov, ledvic.
Sladkorna bolezen in giht. Letna in
zimsko sezona. Glavna sezona: maj
— oktober. — Gospodje zdravniki!
Zahtevajte prospekte in vzorce vode
pri direkciji zdravilišča
ROGAŠKA SLATINA!



Erugon

STANDARDIZIRANI TESTIKULARNI HORMON

biološko titriran po petelinovi roži

Pri

Endokrinih in psihičnih motenjah v potenciji,

Obolenjih prostate,

Duševnih depresijah,

Duševni in telesni utrujenosti

V novejšem času tudi v obliki dražej, s čemur je omogočena
ekonomična uporaba.

Originalni omoti: škatlje z 2 in 10 amp. po 1 ccm
stekleničice s 30 dražejami

»Bayer«

LEVERKUSEN NA RAJNI



Zastopstvo za Jugoslavijo :

»JUGEFA« K. D.
Beograd Zagreb



Cardiazol «Knoll»

sretstvo za krvni optok

kod smetnja u cirkulaciji krvi
uslijed infekcija,
smalaksalosti i t. d.



KNOLL A.-G.
Ludwigshafen am Rhein

Tablete — Ampule — Liquidum

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

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

UREDNIŠTVO IN UPRAVA:
Dr. R. NEUBAUER, GOLNIK.
VESTNIK IZHAJA LETNO 10 KRAT
(MESECA JULIJA IN SEPTEMB.
NE IZHAJA). — NAROČNINA ZA
NEZDRAVNIKE DIN 90 — CELO-
LETNO, DIN 50 — POLLETNO;
ZA MEDICINCE DIN 50 — CE-
LOLETNO, DIN 25 — POLLETNO

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

ŠTEVILKA PETA

31. MAJA

LETO DEVETO

Dr. MERLJAK BOŽENA

PATOGENEZA IKTERA

Jetra so naša največja prebavna žleza. Anatomoško sestoje iz epitelialnega in mezenhimalnega parenhima. Epitelialni je urejen radiarno ter se združuje v lobule, med katerimi leže žolčne kapilare. Žolčne kapilare nimajo še lastnih sten, omejujejo jih jeterne stanice. Prostorno so ločene od krvnih in mezgovnih vodov po večjih skupinah jeternih stanic. Mezenhimalni parenhim pa predstavlja vezivno tkivo Glisson-ove ovojnice in pa bogato razvito ožilje. V stenah žil so ugnezdene posebne, ovalne, z izrastki opremljene Kupffer-jeve zvezdaste stanice. Spadajo k mezenhimalnemu parenhimu ter so prav velikega pomena za delovanje jeter. V retikulo-endotelialnem sistemu vsega organizma jim pripada odlična vloga.

Pravilno delovanje jeter je vezano na nemoteno sožitje epitelialnega in mezenhimalnega parenhima. Obolenje samo enega sistema je praktično nemogoče. Primeri se pa včasih, da najdejo patološki anatomi razne izpremembe samo v jeternem parenhimu, dočim ni imel bolnik klinično sploh nobenih posebnih težav. Lahko pa je tudi obratno: klinični simptomi so močno izraženi, jeterni parenhim pa prav malo izpremenjen. Bržčas leži vzrok za tako razdvojenost v hitri in zelo veliki regeneracijski sposobnosti jeter.

Jetra urejujejo preosnovo: ogljikovih hidratov, maščob, beljakovin, vode in mineralij. Njim pripada naloga razstrupljanja, njih najobsežnejše delo pa je pripravljanje in izločevanje žolča. Kot sem že omenila, teče žolč najprvo po žolčnih kapilarah, ki še nimajo lastnih sten, po nekoliko razširjenem delu teh kapilar — ampularnem delu — pride pa do vodov, ki imajo že lastno ostenje. Njegova nadaljna pot je anatomoško povsem jasno začrtana. Nekoliko manj jasen je — odnosno je bil — nastanek žolča. Klinično dobro vemo, da vplivajo na njegovo vrednost in množino maščobe, solna kislina in žolčno kisle snovi. Vse to ga zviša; znižata ga pa med drugim voda in grozdni sladkor. Za njega glavne sestavne dele smatramo: bilirubin; žolčne kisline, holesterin, lipoide in mineralne snovi.

Zanimivo je vprašanje, kje v organizmu se usvarjajo ti elementi. Pomudimo se najprvo pri bilirubinu. Med prvimi je l. 1821. Buchat izjavil,

da je hemoglobin vir za bilirubin. Kasnejše kemične preiskave so to potrdile. Formulo hemoglobina so raziskovali in ugotovili Küster, Willstätter in Fischer. Molekul hemoglobina sestoji iz štirih substituiranih pyrolov, ki so vezani med seboj s štirimi metinskimi skupinami. Poleg vsega tega vsebuje še vsak molekul kompleksno vezano železo. Kemični poskusi so pokazali, da se lahko odcepiša potom oksidacije kompleksno vezano železo in ena metinska skupina. S tem se razklene obroč krvnega barvila in v molekul stopiša dva atoma kisika. Nova snov, ki na ta način nastane, je izomerna z bilirubinom. Pokazalo se je, da je oksidacija v organizmu fermentativnega značaja in da se lahko odigrava v vsaki, torej ne samo v jeterni stanici.

Nemalo avtorjev je zanimalo, kaj se zgodi tedaj, kadar je v krvi na pretek hemoglobina. Injicirali so ga živálím ter ugotovili, da se s tem zviša v organizmu množina bilirubina. Vendar ni bilo v teh ugotovitkih nikakšne enotnosti, dokler ni dognal Stadelmann, da pade množina bilirubina v žolču dve uri po vbizgavanju hemoglobina, pet ur po vbizgavanju se pa tako strmo dvigne, da odgovarja njegova množina množini vbizganega hemoglobina.

Umetne poskuse s hemoglobinom so napravili tudi in vitro. Videli so, da so jeterne stanice uničile hemoglobin tako, da je ostal samo nek nežen pigment, ki je imel svojstva bilirubina, vendar ne vseh. Reakcija po Ghmelinu je bila vedno negativna. Izkazalo se je, da je temu vzrok vezava bilirubina s holesterinom.

Raziskovanja ali pride do oksidacije in oproščanja železa iz molekula hemoglobina tudi izven jeternih stanic, so se bogato razvijala. L. 1847. je našel Virchow na mestih večjih krvavitev, in to izven jeter, kristale, ki so dajali tudi po Ghmelinu pozitivno reakcijo. Imenoval jih je hematoidine ter jih uvrstil med bilirubin. Nešteto avtorjev (med njimi zlasti Zenker in Salkowsky) se je trudilo ugotoviti, kdaj pride pravzaprav do hematoidina, katerega so smatrali za bilirubinovo predstopnjo. Že v kratkem času so dosegli lep uspeh. Izsledili so, da se hematoidin nikoli ne stvarja v tisti krvi, ki ne vsebuje organskih stanic. V sterilni krvi torej nimamo hematoidina. Ko so do dna pretresli vse možnosti tvorbe bilirubina v starih izlivih krvi v tkivu, so se obrnili k eksudatom.

Med raziskovalci krvnih eksudatov se je posebno odlikoval van de Bergh. Določal je množine bilirubina v prsnih, trebušnih in sklepnih eksudatih. Povsod ga je, če ne več, pa vsaj malo dokazal. Posebno mnogo ga je našel v nekem starem kolenskem eksudatu. V 65 ccm krvavkastega punktata je bilo 3 mg % bilirubina. Če pomislimo, da ga je pri zdravem človeku v krvi kvečjemu 1 mg %, potem moramo pač reči, da je 3 mg % precejšna množina, zlasti še, če gre za eksudat.

Leschke je preiskoval cerebrospinalno tekočino. Zanimalo ga je, če bo tudi v njej lahko dokazal bilirubin. Uspehi so bili različni. Včasih ga je dobil, drugič ne. Seveda ga je začelo še bolj zanimati, kdaj ga ni.

Končno je eksperimentalno dokazal, da ga ni tedaj, kadar manjkajo cerebrospinalni tekočini fermenti, ki jih izločajo endoteliji možganskih open.

Iz Leschke-jevih preiskav se je rodilo vprašanje: zakaj postane likvor rumenkast že po prav majhni krvavitvi, dočim je redkokdaj rumen pri bolnikih, ki imajo že močno razvit ikterus. Jaguttis je na to vprašanje odgovoril: rumena barva ikteričnega likvorja ni povzročena od bilirubina, temveč ima svoj vzrok v lipohromiji. Svojo trditev je podprl z uspelim poskusom.

Izmed organov jih je posebno zanimala vranica. Vprašanja, ali tvori ona bilirubin samostojno, ali samo pomaga jetrom, niso še rešili. Zedinili so se v dve možnosti. Nekateri avtorji so rekli, da vranica lahko izpremeni eritrocite tako, da jih jeterne stanice kar najlažje oksidirajo; niso pa ovrgli možnosti, da bi vranica iz hemoglobina že samostojno ustvarjala nekakšno predstopnjo bilirubina.

Retikulo-endotelialni sistem, posebno pa Kupffer-jeve zvezdaste stanice, so ostale sporna točka. Pravijo, da pride do velikih množin bilirubina in do iktera, kadar so blokirane. Drugi zopet trde, da so za množino bilirubina povsem brez pomena.

Vsekakor je čudno, da se pri malariji, ko so vendar vse zvezdaste stanice napolnjene s pigmentom, ne pokaže vedno zlaténica.

Razprave o izvenjeternem nastanku bilirubina so bile že zelo obširne, ko se je van de Bergh odločil, da bo preiskoval kri iz: vena portae, vena hepatica in arteria hepatica. Mislil je, da bo na ta način prišel do dna vprašanja hepatalnega in ekstrahepatalnega ustvarjanja bilirubina. Dosegel je le, da je dokazal v obeh venah in v arteriji vedno enako množino bilirubina.

Najbolj smeli so bili ameriški avtorji (Mann, Magath). Oni so enostavno odstranili jetra ter ugotovili, da se tudi po tej operaciji še vedno nabira bilirubin v krvi, seču in maščobnem tkivu. Dokazali so pa tudi, da je v krvi v. lienalis vedno več bilirubina kot v krvi art. hepatis in da ga je posebno mnogo v kostnem mozgu. Na podlagi svojih poskusov so smelo oznanili medicinskemu svetu zmotno resnico: jetra so za bilirubin le ekskretorni organ. Že kratek čas po tem (l. 1926) so zmotno spoznali ter se vrnili k pravilnemu mišljenju; da je sicer vsaka stanica v organizmu sposobna potom fermentne oksidacije pretvoriti hemoglobin v bilirubin, da pa je izmed vseh izbrana za to delo v prvi vrsti jeterna stanica.

S tem, da so dokazali razvitek bilirubina tudi izven jeter, je prišlo do vprašanja, ali more ta bilirubin povzročiti ikterus. Lepehne pravi da, Keefler da ne; češ, da je množina tega bilirubina tako neznatna, da ne more izzvati klinično vidnih izprememb. Ako se pa vendarle kdaj pokaže zlaténica, n. pr. pri vnetju desne spodnje pljučne krpe, potem moramo iskati vzrok v anoreksiji, ne pa v tisti neznatni količini bilirubina, ki se je napravila na bolnem mestu.

Z umetnim zastrupljenjem s toluylendinaminom so skušali dokazati, da ni ekstrahepatalnega iktera. Pri tem zastrupljenju pride namreč do zlate-

nice vzlic temu, da se žolč še razmeroma bogato izliva v črevo. Žolč pa postane gostejši, težje teče, zastaja v žolčnih kapilarah, posebno v ampularnem delu in ker ni zadostnega pritiska, ki bi ga gnal dalje, pride počasi do rezorbcije. Ikterus, ki se razvije, ni ekstrahepalni marveč je hepatalni, rezorbcijski.

Jetra torej ustvarjajo bilirubin, katerega pa zasledimo tudi v krvi, zdrav človek ga ima v njej do 1 mg %. Minkowskega je l. 1892 zanimalo, kako pride bilirubin v kri. Posrečilo se mu je dokazati, da lahko zdrava jeterna stanica vrže nekatere svoje produkte v kri n. pr. sladkor, nekatere pa v žolčne kapilare n. p. bilirubin. Kadar pa stanica zboli, ni več kos temu delu in takrat se prej točno določena pota bilirubina zmešajo; namesto v žolčne, se izlije v limfne kapilare. Pravijo pa tudi, da nastanejo pri okvarah jeter-nih stanic naravnost zveze med žolčnimi in mezgovnimi vodi. Včasih jih je celo videti v mikroskopskih preparatih.

Poleg bilirubina se uveljavljajo v žolču tudi žolčne kisline. Potrebne so za emulzijo maščob. Dokler je jeterni parenhim zdrav, ne prestopijo mej, katere jim je začrtala narava. Kadar pa jetra zbole, tedaj zaidejo žolčne kisline v veliki meri v kri, katera jih zanese v ledvice in te jih s sečem izločijo. Žolčne kisline so tiste, ki s svojim vplivom na živčevje srca znižajo število srčnih utripov, kar redno nastopa pri zlatenici.

Tudi holesterin dobimo zmeraj v žolču. Kadar je močno moteno pravilno izlivanje žolča v črevo in kadar pride radi tega do zastoja, takrat dobimo tudi holesterin v krvi. V takih primerih govorimo o retencijski hiperholesterinemiji.

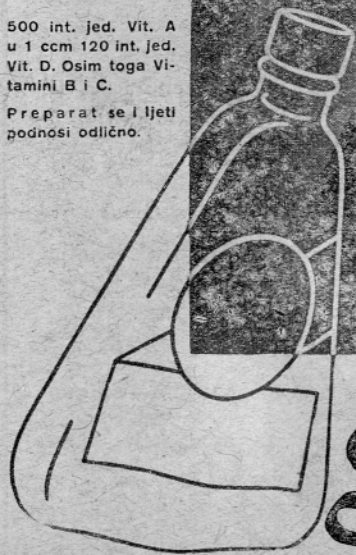
Žolču je začrtana v organizmu prav posebna pot. Potem, ko je jeterna stanica izločila žolčeve sestavne dele, posebno pa bilirubin, jih odda v žolčne kapilare, od tod gredo dalje po žolčnih vodih v žolčni mehur. Med potjo se žolč precej izpremeni. Zgosti se. Epitel žolčnih vodov, posebno pa tisti, ki pokriva ostenje duc. choledochi in žolčnega mehurja oddaja v žolč mucin, protein in mucinu podoben nukleoalbumin. Že tisti žolč, ki se izlije v mehur, je precej drugačen od onega, ki se pretaka po žolčnih kapilarah, od takomenovanega jeternega žolča. S tem pa, da si je spotoma prilastil še mucin, protein in nekleoalbumin, še niso končane izpremembe. Žolčni mehur ni samo zbirališče za žolč, marveč je tudi kraj, kjer pride do kondenziranja. Epitel sluznice žolčnega mehurja ima sposobnost rezorbcije. Žolču vzame vodo in soli, ne dotakne se pa bilirubina, žolčnih barvil in holesterina. Včasih mora oddati žolč v mehurju toliko vode in soli, da je 18-krat gostejši od onega, ki še kroži med trabekulami jeternih stanic. Seveda je odvisna stopnja kondenzacije od funkcijske zmožnosti epitela, ki pokriva sluznico žolčnega mehurja. Za ugotavljanje stopnje kondenzacije imamo dve metodi. Prva pove, koliko bilirubina je v vezikalnem žolču, druga pa, kako naglo se žolč pretaka.

Žolč se izliva skozi papilo Vateri — skulčasto stočje, ki leži v zadešnji steni duodena — v črevo. Takoj ga napadejo bakterije, ki reducirajo bili-

500 int. jed. Vit. A
u 1 ccm 120 int. jed.
Vit. D. Osim toga Vi-
tamin B i C.

Preparat se i ljeti
podnosi odlično.

A : 500
D : 120
B C
prirodni vitamini



Sanostol

4-vitaminski preparat sa konstantnim sadržajem vitamina.
Potpuno vitaminsko djelovanje naravnog ribljeg ulja.
Chemische Fabrik Promonta G. m. b. H., Hamburg.
Zastupstvo: Mr. J. Hoffmann, Zagreb, Mošinskoga 5 •



ROBOR

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

SKALIN

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

R E A L PILULE

Kombinirani rastlinski in organski laksans. Dovršeni regulator prebavnih organov. Orig. zavitki: škatlja z 25 pilulami.

CAMPHOSOL INJEKCIJE

10% - vodena raztopina sulfoniranega preparata japonske kafe. — Subkutano, intravenozno in intramuskularno. V ampulah po 1,1; 2,2; 5 in 10 ccm.

CAMPHOSOL DRAŽE

sulfonirani preparat naravne japonske kafe v subst. Orig. zavitki: škatlja z 20 dražejami a 0.10

CAMPHOSOL-CHININ INJEKCIJE

Camphosol 0.20 in Chinin 0.20 vodena raztopina v 2 ccm.

CAMPHOSOL-CHININ DRAŽE

Camphosol 0.10 in Chinin 0.10

HIDROGEN TABLETE

Hydrogenium hyperoxidatum v močnem stanju vsebuje 35% H_2O_2 . Pakirano v cevkah po 10 in 20 tablet a 1 gr.

KEMIJSKO-FARMACEVTSKI LABORATORIJ

MIŠKOVIĆ IN KOMP.

BEOGRAD, SARAJEVSKA ULICA BROJ 84.

rubin v urobilinogen, nekateri avtorji ga imenujejo tudi mezobilirubinogen. Nadaljna redukcija napravi iz urobilinogena urobilin. Tega posrkajo črevesne stene in ga oddajo v sistem v. portae. Tako pride nazaj v jetra, ki ga bržčas prenarade zopet v bilirubin. Po pravici torej govorimo o enterohepatalnem obtoku žolča. Shematično bi ga začrtali na sledeč način: črevo—kri—jetra—žolč—črevo. Prav majhen del bilirubina pošljejo jetra v kri glavnega obtoka. Ta bilirubin je organizmu odveč, zato ga oddaja v seč. V vodi zdravega človeka dobimo torej sledove urobilinogena in urobilina. Kadar so pa jetra že tako bolna, da ne morejo več predelati iz črevesja dobljenega urobilina v bilirubin, tedaj ga pošiljajo v kri in tako se zgodi, da ima urin človeka z bolnimi jetri precejšnje množine urobilina. Vendar moramo biti previdni in ne smemo vedno, kadar smo našli v vodi preveč urobilina, izjaviti, da so jetra bolna. Dokazano je namreč, da je bogat na urobilinu seč onih ljudi, ki stradajo in onih, ki jedo preveč beljakovin.

Zgodi se pa, da je bilirubinu onemogočeno pravilno kroženje v organizmu. Nabira se v jetrih, ki ga končno oddajo v limfo in kri. V takih primerih se pojavi zlatenica. Seveda ni okvarjeno samo izločevanje bilirubina, prizadeti so vsi sestavni deli žolča. Patogenetskih možnosti, ki to dopuščajo, ne moremo strogo ločiti. Zavoljo lažjega razumevanja je pa nujno potrebno da razlikujemo:

I. Mehanični ikterus, „holostatični ikterus“ (icterus ex obstructione). Vzroki so lahko prav različni in utegnejo ležati:

1. ekstramuralno; to so metastaze v bezgavkah, ki pritiskajo na žolčne vode, posebno na duc. choledochus, bule, zlasti rakaste; aneurizma, prav pogosto pa perihepatalna vnetja,

2. muralno: primarni in sekundarni tumorji ter vnetja sten žolčnih vodov,

3. intramuralno: ascaris; calculus; cicatrices; primarni in sekundarni tumorji sluznice žolčnih vodov.

V vseh teh primerih se spočetka tvori še vedno razmeroma velika množina žolča. Ker pa ne more odtekat, zastaja v kapilarah, posebno v ampularnih delih. Čez čas se mogočno razširijo najmanjši vodi, ker pa stene ne morejo več vzdržati pritiska, popokajo in tako pride do zvez z mezgovnimi kapilarami. Žolč zgreši pravilno pot, namesto v črevo, potuje preko limfe v kri. Ves organizem je izpremenjen. Radi poplave z bilirubinom, žolčnimi kislinami in holesterinom pride do nekakšnega zastrupljenja, — cholaemia — čigar znaki so raztreseni skoro po vsem telesu. Jetra so povečana, gladka, trda, včasih tipljemo tumor žolčnega mehurja. Vranica navadno ni prizadeta; tembolj pa kri; bilirubin, holesterin in žolčne kisline so v njej močno pozitivni. V urinu je mnogo bilirubina in žolčnih kislin; barve je temnorjave. Tudi koža je zelo prizadeta, radi bilirubina v krvi je rumena, zavoljo žolčnih kislin pa močno srbeča. Kadar so okvare prav hude, tedaj pride tudi do hemoragične diateze. Ker ne pride bilirubin v črevesje, je blato belkasto, aholično.

Aschoff pravi, da izstopi v primerih mehaničnega iktera žolč iz

ampularnega dela žolčnih kapilar v perilimfatični prostor per diapedesin ali pa per rhexin. Posledica tega je vitalno barvanje tkiva z žolčnimi barvili.

Bolj pogost kot mehanični je parenhimatozni ikterus (hepatocelularni ikterus). Zaznamovan je s tem, da nima nobene zapreke, ki bi ovirala odtok žolča. Bolne so jeterne stanice, one niso več v stanju opravljati svojega dela, posledica teh motenj je zlatenica. S tem da pravimo: jetra niso več v stanju opravljati svojega dela, ne mislimo na produkcijo bilirubina. Znano je namreč, da ohrani še tako izpremenjen jeterni parenhim možnost ustvarjati bilirubin. Bolezensko izpremenjene stanice ne morejo več pravilno prevajati svojih produktov. Bilirubin pronica skozi stanične membrane v perilimfatične prostore, pravilna smer žolča je zgrešena, nastopi paraholija. Lahko pa degenerira cel skupek jeternih stanic tako, da so na široko spojeni žolčni in perilimfatični prostori.

Nekakšen glavni predstavnik parenhimatoznega iktera je icterus simplex (catarrhalis, hepatopathia acuta manifesta). Na zelo pester način so rešili vprašanje, kdaj se pokaže. V začetku je veljalo prepričanje, da se naredi že v kapilarah zamaški iz zgoščenega žolča in da se v njih zbirajo klice, ki se ugnezdijo v jetrne stanice. Danes pa vemo, da so žolčni trombi sekundarnega pomena in da je poverjena glavna vloga pri razvijanju bolezni ikterus simplex, vnetljivim procesom. Povzročijo ga lahko: vnetja v ostenju duodena, cholangitis, perilymphangoitis; bakterijelni trombi v ductus interlobaris in vsi povzročniki bolezni: typhus abd., parathyphus abd., pneumonia, icterus infectiosus, influenza, malaria, febris mellitensis, febris flava in lues.

Ni pa vedno potrebno, da bi morale biti ravno bakterije tiste, ki izkovejo parenhimatozni ikterus. Včasih zadošča za okvaro jeternega parenhima že nekaj več organizmu lastne beljakovine. Saj vemo, da so včasih ikterični ljudje, ki imajo šen, pljučnico ali pa sepsa.

Okvare ne zadenejo samo epitelialnega parenhima, vedno so sensibilizirane tudi zvezdaste stanice, ki pripadajo mezenhimu. Razlika je samo ta, da epitelialni parenhim degenerira, mezenhimalni pa ostane le na gotovi stopnji podraženja. Ne bilo bi torej prav, če bi pri ikterus simplex govorili o čisti hepatozi; zakaj podraženje zvezdastih stanic pomeni že hepatitis.

Če smo krstili ikterus simplex za glavnega zastopnika parenhimatoznega iktera, potem moramo reči, da je toksični ikterus njegov tihi drug, ki se mora zadovoljiti z imenom: hepatopathia difusa latens. Pokaže se kot posledica zastrupljenj, posebno z arzenom in fosforjem, lahko pa tudi pri zastrupljenjih z alkoholom, etrom, kloroformom, avertinom, svincem in gobami. Ni vedno vezan na rumeno barvo kože in organov. Motnje v jetrih so sicer izražene, vendar ne v taki meri, da bi prišlo do vidnih znakov. Ker pa razpolaga klinika z že tako občutljivimi preiskavami, da lahko dožene n. pr. množino bilirubina v jeternem žolču, dožene lahko tudi že one izpremembe v jetrih, ki se še ne zrcalijo navzven. In prav radi jeternih izprememb, katere se še ne razodevajo na površini telesa, imenu-

jemo toksični ikterus: hepatopathia diff. latens anicterica, kadar ni na koži nobenih znakov zlatenice; če so pa le naznačeni mu pravimo: hepatopathia diff. manifesta icterica.

Patološka anatomija nam v takih primerih navadno ne ve povedati kaj posebnega.

(Nadaljevanje sledi)

Dr. PERŠIČ IVAN

NAŠE IZKUŠNJE ZDRAVLJENJA OSTEOMIELITID Z LOHR-OVO METODO

Gnojne infekcije zdravi sodobna kirurgija po par vodečih smernicah, ki so v glavnem sledeče: gnojno žarišče mora biti mobilizirano in dobro odprto. Obbolelo tkivo moramo varovati pred mikrotraumatskimi vplivi, med katere štejemo tudi razna izpiranja s kemičnimi razstopinami ali pogosto previjanje. Glavno nalogo izvršimo s tem, da poskrbimo gnoju zadosten odtok.

Če apliciramo navedene smernice na zdravljenje osteomielitide, vidimo, da so se v precejšnji meri uveljavile. Radikalne metode zdravljenja osteomielitide uporablja večina kirurgov, posebno pri kroničnih slučajih. Vsak radikalnejši poseg na osteomielitični kosti, ki ga izvedemo zato, da odstranimo obolelo tkivo, pa zapušča vedno votlino v kosti. Plombe, ki so jih vlagali v tako nastale votline, so bile najrazličnejše sestavljene. Jodoformove plombe po Mosetig-u, ali pa Rivanolove sadrene plombe po Oehler-ju kemično niso indifferenčne, se ne rezorbirajo in jih zato ne moremo uporabljati, če hočemo ostati zvesti principu čim manjšega draženja žarišča. Fascija, muskulatura ali mast po Moskovisz-u za plombo niso priporočljive, ker je material, s katerim plombiramo, podvržen istim biološkim procesom kot obolelo tkivo. Ugodnejša je metoda po Orr-u, ki vlaga nalahko trakove z vazelinom v votlino. Najbolj pa odgovarja Löhr-ova metoda napolnitve votline z Unguentolanom, to je mazilo, ki sestoji iz vazelina in ribjega olja mešano v razmerju 1:3.

Zadnjo metodo smo pričeli uporabljati pred 3 leti z modifikacijo, da sestavne dele mazila mešamo v razmerju 1:1. V dobi treh let obsega naša kazuistika 40 slučajev zdravljenih po navedeni metodi. Ker jih vodimo v evidenci, nam je mogoče pri kritičnem pregledu našega materiala oceniti vse dobre in slabe strani te metode. Po izkušnjah pri prvih naših operacijah pa lahko sklepamo, kakšna bo daljna usoda našega osteomielitika, zdravljenega po tej metodi. Pri operativnem posegu se držimo strogo načela široke otvoritve žarišča z radikalnim odstranjenjem bolnega tkiva. Periost ščitimo kar najbolj, kajti on bo glavni faktor pri tvorbi bodoče kosti. V votlino vložimo mazilo, kožo zašijemo, nato stavimo sadreni povoj. Prvi povoj pustimo 14 dni do tri tedne. Če smo radikalno operirali, je rana že

Predavano v kirurški sekciji na vseslovanskem zdravniškem kongresu v Sofiji, septembra 1936

po 14 dnevih izpolnjena s svežimi granulacijami. Sedaj nastopi proces reparacije, ko se iz preostalih zdravih delov tvori nova, obtežitve sposobna kost. Dokler ne dosežemo ta končni štadij, dobiva bolnik sadreni povoj.

Par dni po operaciji se že pokaže prva dobra stran te kombinirane metode v padcu temperature. Ker je oboleli del popolnoma imobiliziran, nima bolnik skoro nobenih bolečin. Ta dva faktorja pripomoreta mnogo k zboljšanju splošnega stanja, kajti navadno se tudi pojavi znova apetit in organizem lažje premaga gnojno infekcijo. Prevezovanje odpade in je to zopet velik plus v ekonomičnem oziru.

Bolezenska doba nekomplirane osteomielite traja do dve leti. So pa bolniki, ki imajo recidive in fistulacije v intervalih do 20 in še več let. Pri naši metodi smo tozadevno opazili velik napredek. Po tehnično dobro izvedeni radikalni operaciji fistulacije sploh nismo opazali. Mesto v 2 do 10 letih so bili naši bolniki ozdravljeni v dobi treh mesecev do enega leta, kakor pač je bil velik defekt v kosti. Edino neprijeten je penetranten duh.

Uspehi, ki smo jih imeli s to metodo pri kroničnih slučajih, so bili tako dobri, da je ona sedaj za nas metoda izbora. Kronično osteomielitis s fistulacijo, pri kateri najdemo kak sekvester, vedno radikalno odpremo. Ker v teh primerih kost nikoli ni toliko bolna, da bi bila nesposobna obtežitve, je tak bolnik po treh tednih takorekoč zdrav. Ko mu odstranimo prvi sadreni povoj, ima samo še neepitelizirano rano.

Težja je odločitev v subakutnem štadiju za radikalen poseg. Predstava o formativnem podražaju bolne kosti na stvaranje nove nas moti, da zgodaj ne operiramo čim najbolj radikalno. Vendar, če je demarkacija jasna in če čuvamo periost, se ni bati, da ne dobimo dobrih regeneratov. Najmanj pa so enakovredni oni kosti, ki jo dobimo po dolgotrajnih fistulacijah in sekvestracijah kronične osteomielite. Pri posegih v subakutnih slučajih smo opazili, da smo z našim postopkom skrajšali dobo zdravljenja. Fistulacije ali recidivov nismo opazali. Naša tozadevna opažanja se nanašajo na slučaje, operirane v dobi treh let. Brazgotine so bile vedno nežne.

Löhr-ovo metodo lahko uporabljamo tudi v akutnem štadiju. Kadar se odločimo za subperiostalno resekcijo, je vedno indicirana aplikacija Löhr-ove masti. Vprašanje indikacije subperiostalne resekcije seveda ne spada v okvir tega referata. Naše izkušnje tudi pri teh slučajih kažejo odlične prednosti imenovane metode. Z enim posegom smo odstranili vse bolno tkivo. Kavum po operaciji je velik, vendar se kmalu izpolni pod vplivom Löhr-ove masti s svežimi granulacijami. Iz periosta in preostalih delov kosti pa regenerira nova kost. Ta proces je sicer dolgotrajen, vendar pa za bolnika izdržljiv. Nevarnost septičnega procesa je v veliki meri zmanjšana, ker smo radikalno odstranili septično žarišče. Prekinjenje kontinuitete kosti ni tako nevarno, kot navidezno izgleda. Nekateri avtorji še posebej navajajo v svojih delih, da ne sme iz strahu pred prekinjenjem kontinuitete radikalni poseg biti omejen.

Pri radikalno operiranih akutnih slučajih, pa smo opazili še eno iz-

redno važno dejstvo. Metastatičnega gnojenja v sklepih nismo opazili. Zato tudi ne beležimo slučaja ankiloze pri naših slučajih, kar je v funkcionalnem oziru velikega pomena za organizem.

Rezultati pri uporabi Löhro-ve metode so brezdvomno v mnogih ozi-rih boljši, kot pri do sedaj običajnem zdravljenju. Seveda pa ne smemo generalizirati njene uporabe ali zahtevati preveč od nje. Smatrati jo moramo kot nov način, ki skrajša bolezensko dobo in olajša bolniku pot do ozdrav-ljenja. Pri taki kritični presoji in pri vestni izberi slučajev, pri katerih je indicirana aplikacija, nas ta metoda ne bo razočarala. Pravilno uporabljena bo dosegla svoj namen, dokler nam ne bodo znani novi boljši načini zdrav-ljenja osteomielitide.

RESUMÉ:

Se basant sur les expériences des trois ans, pendant lesquels il a traité diverses formes de l'ostéomyélite par la méthode Löhrr, l'auteur rapporte les résultats des 40 cas traités par la méthode citée. Le plombage par cette méthode a des avantages suivants. La plaie opératoire avec une cavité se remplit bientôt avec des bourgeons charmes. L'ostéomyélite, traitée par cette méthode guérit plus vite. H n'a pas observé d'ankylose des jonctions, les cicatrices postopératoires sont toujours tendres. C'est la méthode de choix surtout pour les cas d'ostéomyélite chronique.

LITERATURA:

Kirschner-Normand: Die Chirurgie, Band II, 2.

Der Chirurg 1932, 1933, 1934.

L'Ombredanne: Chirurgie infantile 1932.

Révue d'Orthopédie 1932.

Zentralblatt d. Chirurgie 1936.

Dr. BOŽIDAR LAVRIČ

TERAPIJA TORAKALNEGA EMPIEMA

Kadar govorimo o zdravljenju tega patološkega procesa, ne moremo prezreti dejstva, da niso vsi empiemi enaki in da za terapijo vseh empiemov ni mogoče izbrati iste metode.

V treh letih je bilo na oddelku v zdravljenju 34 empiemov. Od teh ni bil niti eden tuberkuloznega izvora. Dva slučaja sta nastala na ta način, da se je specifičnemu pleuralnemu obolenju pridružila še mešana infekcija.

Za določitev prave metode zdravljenja je važno, da po možnosti klasificiramo empieme, ne toliko bakteriološko, kot po njihovem kliničnem poteku. Retrospektivno in kritično presojeni material zdravljenih empiemov razdelimo s prognostičnega stališča kakor sledi:

1. Najslabšo prognozo in raditega tudi najslabši uspeh imajo po naših izkušnjah empiemi pri piemičnih procesih. Tu se pojavljajo tudi metastatični abscesi v pljučih in sama izpraznitev empiema seveda ne odstranjuje vzroka.

Predavano na vseslovanskem zdravniškem kongresu v Sofiji, septembra 1936 v kirurški sekciji.

2. Druga vrsta empiemov, ki imajo slabo prognozo, je specifična, ki je združena z mešano infekcijo.

3. Kirurški terapiji so najlažje dostopni in tudi z uspehom doseženi rezultati najboljši pri postpneumoničnih empiemih, zlasti pri omenjenih, oziroma interlobarnih empiemih. Da je pa interlobarni empiem z diagnostičnega vidika izredno težek, tega mi ni treba posebno poudarjati. Med te lokalizirane empieme štejemo tudi one, ki so nastali bodisi direktno ali indirektno v zvezi z subfreničnimi procesi.

V našem materialu smo v teku zdravljenja po različnih metodah opazili komplikacije in to dvakrat v obliki gnojne perikarditide, enkrat pa v obliki metastatičnega abscesa v možganih.

Pri terapiji empiema smo se držali v prvi vrsti principa, da ogrožen eksudat čim bolj počasi izpraznimo, da se kolikor mogoče prepreči pneumotoraks. Najvažnejša smernica pa nam je bila ta, da bolnika v najkrajšem času in z najmanjšim rizikom pripravimo, da bo za delo popolnoma sposoben. Operativnih posegov, ki deformirajo prsni koš in ki že sami po sebi po ozdravljenju zmanjšujejo delazmožnost, nismo uporabljali.

Z ozirom na to smo uporabljali enostavno drenažo torakalne votline po Bülaui metodi. To smo napravili po predhodni probatorni punkciji v lokalni anesteziji in v VIII. interkostalnem prostoru v zadnji aksilarni črti. Kakor sem že omenil, nam je bilo najvažnejše to, da pri vlaganju drenaže ne dobimo pneumotoraksa. Uporabljali smo za aspiracijo eksudata aparat po Hardtert-u. Z njim smo lahko regulirali količino aspiriranega sekreta, ki je bila vedno odvisna od dispnoe, bolečin in splošnega stanja bolnika. Na ta način smo zdravili 21 bolnikov, ki so bili stari od 2 mesecev do 70 let. Doba terapije pri teh bolnikih ni presegala dveh mesecev, nakar so bili za delo popolnoma sposobni in je uspeh smatrati kot idealen. Pri vseh teh bolnikih je šlo za postpneumonični empiem. Izgubili smo enega bolnika na gnojni perikarditidi, ki je bila diagnosticirana šele pri avtopsiji.

Nikdar nismo rabili kemične raztopine, s katero bi izpirali plevralno votlino, bodisi z namenom antiseptičnega delovanja, bodisi z namenom razkrojitve gostih fibrinoznih mas, torej v smislu Payr-jeve pepsinove metode. Res je, da nam v štirih slučajih ni uspelo empiem izprazniti samo potem Bülaui drenaže, marveč smo morali po 3 tednih resecirati še eno ali dve rebri, da omogočimo odtok eksudata. V dveh slučajih je bil potem uspeh popoln tekom enega meseca, medtem ko sta dva eksistirala. Eden zopet na perikarditidi, ki je bila brezuspešno punktirana, drugi pa je bil empiem pri piemiji z mnogobrojnimi metastatičnimi abscesi v pljučnem tkivu. Pri 21 bolnikih, kjer je napravljena Bülaui-jeva drenaža, je znašal čas od obolenja do operacije 4 do 20 dni, pri onih štirih pa, kjer smo morali resecirati naknadno še rebro, 6 do 12 dni.

Pri štirih slučajih smo napravili samo resekcijo rebra in navadno drenažo. Pri teh štirih slučajih je trajalo zdravljenje od 3 mesecev do

1 leta in v enem slučaju je bila potrebna tudi kasnejša resekcija rebra radi izredno težkega stanja in radi pregostega eksudata, kar se je dalo ugotoviti že pri probatorni punkciji.

Zdravljenje z Bülauevo drenažo in z Hardtertovim aparatom ni ničesar novega, a vendar je metoda idealna, posebno pri otrocih. Ima samo eno neugodno stran, to je dolgo ležanje. Mi smo to neugodnost rešili na ta način, da smo po več rentgenskih kontrolah, kadar smo mislili, da ne more več priti do kompletnega pneumotoraksa, pustili samo cevko, katero smo ločili od aparata. To smo storili navadno po preteku četrtega tedna in niti v enem slučaju nismo zapazili pneumotoraksa ali zaostalega empiema. Od tega dne so bili bolniki tudi mobilni in ne navezani na posteljo.

Predno smo definitivno odstranili cevko, smo napravili rentgenogram, skozi cevko pa vbrizgali kontrastno sredstvo, da bi s tem dokazali, da ni zaostale votline. V štirih slučajih, kjer smo primarno ressecirali rebro, pa smo videli, da je v enem slučaju zaostala tako velika votlina (Rest-empyem), da je bilo potrebno napraviti plastiko.

Zaostale empieme, katerih smo imeli pet, smo zdravili sledeče: en slučaj ogromne votline, ki je secernirala po navadni resekciji kosti in drenaži štiri leta, smo skušali po metodi Schede-Melchior zmanjšati; ta bolnik je podlegel močni amiloidni degeneraciji vseh parenhimatoznih organov dva meseca po operaciji. Ostale štiri slučaje smo operirali po metodi Heller, katero je avtor opisal leta 1933. Ti zaostali empiemi so bili manjše velikosti, vendar so trajali od šest mesecev do dveh let po primarni drenaži. Metoda je izredno enostavna in za bolnika lahka. Čuvajo se pri njej vsi interkostalni organi, ki so važni za dobro funkcijo toraksa in katerih izguba povzroča močne deformitete. Prepričati smo se mogli o opravičenosti te trditve prvič pri treh v 14 dneh ozdravljenih zaostalih empiemih, posebno pa še v četrtem slučaju, kjer je tudi autoptično dokazana popolna okluzija zaostale votline. 20 letna bolnica je 3 tedne po operaciji eksitirala radi metastatičnega abscesa v možganih. Pri njej je zaostala votlina, ki je secernirala leto dni, bila v treh tednih popolnoma zaraščena.

Na kraju bi hotel precizirati naše stališče v terapiji torakalnega empiema:

1. Preprečiti za vsako ceno pneumotoraks in na ta način velike zaostale empieme. S tem odpadejo potrebne in ogromne za bolnika zelo nevarne plastike (Schede, Fridrich itd.).

2. Uporabljamo, če le mogoče enostavno drenažo po Bülaui z uporabo stalnega interpleuralnega negativnega pritiska.

3. Še le v slučaju, če Bülau-drenaža iz kateregakoli vzroka ni zadostna, resseciramo odgovarjajoče rebro, toda le tedaj, če upamo, da ne bo nastal kompletni pneumotoraks, kar je že po 14 dneh mogoče.

4. Pri malih zaostalih empiemih uporabljamo plastiko po Heller-ju.

5. S kontrastnim sredstvom v vsakem slučaju kontroliramo s pomočjo rentgena, da ni zaostala votlina. Še le, ko dokažemo da je ni, je zdravljenje zaključeno.

ANALIZA URINA V ORDINACIJI PRAKTIČNEGA ZDRAVNIKA

IV. KRI IN KRVNE BARVE / INDIKAN / SESTAVINE ŽOLČA V URINU / UROBILIN IN UROBILINOGEN / MELANIN / ALKAP- TON / EHRlichOVA DIAZO-REAKCIJA

Kri in krvne barve.

Hemoglobin se lahko pojavi v urinu v prosti obliki ali tudi vezan na rdeča krvna telesca.

Vsak urin, ki vsebuje kri, vsebuje obenem beljakovine. Vsak urin, ki ima eritrocite, vsebuje tudi krvne barve.

Za dokaz krvi se poslužujemo razen spektroskopskega in mikroskopskega določanja največ naslednjih poizkusov:

Benzidinski poizkus. Benzidin raztopimo v očetni kislini. 2—3 ccm urina zmešamo z 1 ccm 3% vodikovega superoksida in s popreje omenjeno raztopino benzidina. Če je v urinu prisotna kri, se pojavi zeleno modra barva. Osnova reakcije je v tem, da kisik iz vodikovega superoksida s pomočjo katalitične sposobnosti krvne barve tvori iz benzidina oksidacijski produkt, ki je zeleno modre barve.

Za dokaz krvi v urinu in blatu izdeluje tvrdka Merck že gotove benzidin tablete po 0.25 g z navodilom vred, s pomočjo katerih se lahko ugotovijo že minimalne količine krvi 1:100.000.

Zelo priljubljena, če tudi ne tako natančna kot benzidinska reakcija na kri, je Almenova. Vrší se takole: pomešamo 5 ccm guajakove tinkture (1 del guajakove smole na 49 delov alkohola) in 5 ccm starega oksidirane terpentinovnega olja) — (steklenica, v kateri se nahaja olje, naj bo vedno odmašena, da se olje lažje oksidira). Zmesi, ki ne sme biti modro obarvana, počasi damo po steni epruvete iz pipete kisli ali z očetno kislino okisani urin. Če je v urinu kri, se bo na dotikajoči ploskvi pojavila modra barva od oksidirane guajakove smole. Ta barva preide pri pretresanju na celotno zmes. Urin, ki vsebuje gnoj, daje tudi modro barvo. Toda če segrejemo urin z gnojem, se izgubi barva, dočim ostane pri krvi trajna. Vzrok je v tem: Peroksidaze so encimi, ki prenašajo kisik iz peroksida na drugo snov. V prisotnosti peroksidaz bosta benzidinova in Almenova reakcija pozitivni, ker bo kisik iz vodikovega peroksida, oziroma iz starega terpentinskega olja oksidiral benzidin, oziroma gujakovo smolo. Peroksidaze se torej morajo nahajati v krvi in gnoju. Ker vemo, da se encimi in fermenti uničujejo pri toploti cca 70° C, bi po kuhanju morala reakcija tudi pri krvi biti negativna. Ker pa je reakcija s krvjo tudi pri kuhanju pozitivna, se jasno vidi, da gre tukaj razen peroksidaznega učinka še za katalitični učinek krvne barve, ki ga povišana toplota ne moti, torej ki ni encimatskega značaja. Ta učinek imenujemo pseudoperoksidazni. Katalitični učinek krvne

Specifična terapija vegetativnih nevroz

Simpatikotonija

Tahikardija
Migrena
Urtikarija
Hipermenoreja

GYNERGEN

Vagotonija

Angina pectoris
Krise radi strahu
Epilepsia
Spazme
Hiperemija
Dismenoreja

BELLADENAL

Amfotonija

Labiliteta vegetativnega
živčnega sistema
Vazonevroze
Basedow
Nočno znojenje
Nevroze v klimakteriju

BELLERGAL

CHEMISCHE FABRIK VORM. SANDOZ - BASEL (SCHWEIZ).

Elastični Hansaplast



D. R. P., Jugoslov. patent.

Elastični brzi povoji za rane v mali kirurgiji

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

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

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

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

Radio-Therma, Laško

Odprto celo leto

Radiotermalne kopeli 37.5° C. Elektroterapija,
ogljikokisle in kisikove kopeli, masaža in diete-
tično zdravljenje. — Najučinkovitejše zdravljenje
ishijasa, revmatičnih obolenj, ženskih bolezni, re-
konvalescenca, znižanje krvnega tlaka i. t. d.

Sezona traja od 15. junija do 15. septembra. Izven sezone od 16. septembra do 14. junija se nudi popolna oskrba za 20 dni za pavšalno ceno Din 1.100—, za 10 dni za Din 600— (štirikrat dnevno hrana, stanovanje, zdravniška preiskava in kopel. Vštete so tudi vse takse). Prospekte in informacije na zahtevo od

UPRAVE ZDRAVILIŠČA

KLİŠEJE

VSEH VRST, ENO- IN VEČBARVNE
IZDELUJE PO SLIKAH IN RIZBAH

JUGOGRAFIKA, d. z o. z. v LJUBLJANI

Sv. Petra nasip št. 23

Vodeči preparati železa

**CHINOFERRIN PURUM, CHINOFERRIN CUM
ARSENO, PILLULAE CHINOFERRINI CUM ARSENO**

Proizvodi Mr. MIRKO KLEŠČIĆ, lekarnar — SAMOBOR, Savska banovina

Literatura po zahtevi!

barve pripisujemo železu. Za to nam govorijo katalitični učinki gotovih težkih kovin pri oksidacijskih pojavih. Pri goju imamo samo peroksidazni učinek, zato je reakcija pri povečani toploti nad 70°C negativna.

Hellerjev poizkus je zastaral; vrši se pa takole: Urin zaluzimo z natrijevo lužino in kuhamo brez pretresanja. Če je v urinu prisotna kri, se izloči kot kri rdeča usedlina, katera se na zraku počasi oksidira v rjavo usedlino. Pri normalnem urinu se izloči bela usedlina. Usedlina izvira od fosfatov, ki se v lužnati raztopini usedejo in ki so absorbirali krvne barve. Če takoj od začetka pri kuhanju epruveto pretresamo, dobimo takoj rjavo barvo, ker je nastala oksidacija od kisika iz zraka, ki pri pretresanju preide v zmes.

Če je bolnik vžival senno, purgen (fenolftaleinove preparate), santonin ali rabarbaro, se pojavi rdeča barva, četudi ni krvi v urinu.

Indikan.

Indikan je indoksil, vezan na žvepleno kislino. Vsak normalni urin vsebuje 2 do 20 mg indikana dnevno, toda pri patološko povečanem vrenju v črevesju se zviša količina indikana v urinu dnevno do 500 mg. Kvalitativna in kvantitativna metoda določanja indikana obstoji v tem, da se indikan saponificira v indoksil in žvepleno kislino, nakar svobodni indoksil oksidira v indigo.

Obermayerjev poizkus se vrši takole: 10 ccm urina se okisa z razredčeno očetno kislino, doda se 2 ccm raztopine, 1 dela svinčenega acetata v 3 dele vode, pretrese in filtrira. Filtratu dodamo 10 ccm solne kisline, ki se kadi, 5 ccm kloroforma in par kapljic raztopine feriklorida, in sicer tako, da se po vsaki kapljici zmes pretresa. Modra barva dokazuje indikan.

Če vsebuje urin beljakovine, jih je treba predhodno odstraniti s tem da urin kuhamo z nekoliko kapljic očetne kisline.

Če vsebuje urin zdravila, ki se s ferikloridom pobarvajo (jodidi, anti-pirin, salicil, aspirin) ali acet-očetno kislino, se namesto feriklorida dà po kapljicah filtrirane raztopine klorovega apna, ali raztopine kalijevega permanganata (0.5:100). Postopati moramo previdno, ker pri daljnem dodatku klornega apna ali permanganata zopet izgine modra barva, ker se indigo dalje oksidira v izatin. Modro barvo, ki bi se morebiti pokazala v prisotnosti jodidov od osvobojenega joda, lahko odpravimo s par kapljicami raztopine natrijevega tiosulfata.

Če vsebuje urin veliko urobilina, dobi kloroform rjavo barvo. V takem slučaju oddelimo kloroform in odpravimo urobilin pretresajoč ga z amoni-jakom ali pa z natrijevo lužino.

Sestavine žolča v urinu.

V urinu se lahko pojavijo in sicer samo v patoloških slučajih žolčne kisline in žolčne barve.

Žolčne kisline so spojine amidskega značaja, ki so sestavljene iz komponent brezdušične holalne kisline in amido-komponente glikokola, ali pa taurina. Te kisline so zelo grenkega okusa, značilen reagens zanje je amonijev sulfat.

Žolčne kisline so redno skupaj z žolčnimi barvami in sicer v zelo majhnih količinah. Zaradi tega jih ne moremo naravnost določiti, temveč jih moramo predhodno ločiti od urina. Ločitev žolčnih kislin je precej težavna stvar, ki jo vršimo potom ekstrakcije z alkoholom in izparivanjem. Oddeleženje žolčne kisline dokažemo s pomočjo Pettenkoferjevega (furfurol) poizkusa ali pa s pomočjo Bangovega poizkusa. V obeh primerih dobimo v pozitivnem slučaju rdeče-voličaste barve.

Kakor rečeno se žolčne barve ne nahajajo v normalnem urinu. V patoloških slučajih pri zlatenici, raznih boleznih jeter in nalezljivih boleznih pa se pojavljajo v urinu v precej velikih količinah (bilirubinurija). Urin, ki vsebuje žolčne barve, je rumen, rumeno rjav ali zelen. Pena je rumena ali rumeno zelena, kar je precej značilno, ker je pena normalnega urina bela.

V svežem urinu se nahaja samo bilirubin. Če je v urinu precej bilirubina, ga lahko ekstrahiramo s tem, da pretresamo urin s kloroformom. Ko izparimo kloroform, naj bilirubin ostane v obliki rdečih rombskih prizem. Če urin nekaj časa stoji, se bilirubin oksidira v biliverdin. Karakteristika bilirubina je, da se v vodi ne topi, dočim se lahko topi v kloroformu in sicer z rumeno rjavo barvo. Bilirubin zelo lahko oksidira v biliverdin.

Biliverdin se lahko topi v lužnati vodi in sicer z značilno zeleno barvo.

Vsi poizkusi na žolčne barve so barvne reakcije in slonijo na oksidacij bilirubina v biliverdin, ki ga spoznamo po zeleni barvi.

Če je v urinu precej žolčnih barv, jih lahko ugotovimo z Rosinovým poizkusom. Izvedemo ga tako, da urinu, ki mora biti kisel, dodamo 2—3 ccm 1% alkoholne raztopine joda tako, da se tekočine ne pomešajo. Na dotikajoči ploskvi se hitro pojavi kot trava zelen prstan biliverdina. Ta barva ostane precej časa neizpremenjena.

Rosenbachov poizkus. Dve do tri polne epruvete urina filtriramo skozi majhen filter. Usedlina ki nam ostane na filtru, vsebuje vedno nekaj žolčnih barv, če jih je kaj bilo v urinu. Filter papir razprostrimo na drug suhi filter. V sredino kapnemo s stekleno palčico eno kapljico nerazredčene dušične kisline, s katero oksidiramo bilirubin v biliverdin. Na dotikajočem mestu nastanejo barvni prstani in sicer rumeno-rdeči, rdeči, vijoličasti, modri in zeleni. Samo zeleni prstan je značilen za žolčne barve.

Če je urin zelo temne barve in če vsebuje precej indikana ali krvi, tedaj mu dodamo nekoliko kapljic raztopine natrijevega karbonata in potem par kapljic raztopine kalcijevega klorida. Urin pretresamo, centrifugiramo in usedlino odfiltriramo ter je operemo in splahnemo v epruveto s pomočjo alkohola, ki vsebuje par kapljic solne ali žveplene kisline. Če to zmes v epruveti segrejemo do vrenja, se pojavi v slučaju, da so prisotne žolčne

barve, zelena ali modra barva. Če pa zmes pretresamo z zmesjo od enakih delov vode in kloroforma, se nam bo kloroform barval zeleno kot trava.

Urobilin in Urobilinogen se nahajata tudi v normalnem urinu, toda v tako majhnih količinah, da jih z navadnimi metodami težko dokažemo. Urobilin je rjave ali rdeče barve, ki v glavnem nastane s pomočjo oksidacije in svetlobe iz brezbarvnega hromogenega urobilinogena. Matična snov urobilinogena je preje opisana žolčna barva bilirubin. Po dovršeni prebavi tolšč se bilirubin reducira s pomočjo črevesnih bakterij v brezbarvni mezobilirubinogen (identičen urobilinogenu) in deloma se tudi rezorbira v kri. Deloma pa gre dalje potom prebavnega trakta v ekskreme. Potom krvi pride v jetra in v normalnih prilikah ostane tam, kjer ga jetra uporabljajo za ponovno izdelavo žolčnih barv. Majhen del tega mezobilirubinogena preide skozi jetra ter se pojavi v normalnem urinu kot urobilin. Toda pri boleznih, pri katerih jetra ne morejo zadržati mezoailirubinogena, ali pri močnem razkrajanju krvnih telesce se pojavi urobilinogen ali njegov oksidacijski produkt urobilin v večjih količinah v urinu. Urin, ki vsebuje večjo količino urobilina, je rdeč ali rjavo-rdeč.

Urobilin dokažemo s Schlesingerjevim poizkusom. 20 ccm urina pomešamo z isto količino zmesi, ki jo dobimo, če 2 g cinkovega acetata v obliki praška mešamo z 18 g absolutnega alkohola. Filtrat v prisotnosti urobilinogena zeleno fluorescira.

Urobilinogen dokažemo z Ehrlichovim aldehyd poizkusom. 10 ccm svežega urina pomešamo z 1 ccm Ehrlichovega aldehyd reagensa (2 g p. dimetilaminobenzaldehid, 80 g 25 % solne kisline, 20 g vode). Če so navzoče patološke količine urobilinogena, se pojavi rdeča barva. Ta poizkus je tako občutljiv, da dokaže v urinu tudi normalno količino urobilinogena. Toda normalno količino dokaže samo, če se urin segreje, dočim patološko že pri navadni toploti. Jasno je, da urobilinogen lahko dokažemo samo v svežemu urinu, ker na zraku in svetlobi hitro oksidira v urobilin.

Melanin.

Melanin se ne nahaja v normalnem urinu. Melanini so barve, ki se nahajajo v raznih organih kot rjavi in črni pigmenti (oči, lasje i t. d.). Pri mealergičnih karcinomih je ta količina precej velika. Pri teh tumorjih se pojavlja melanin tudi v urinu in sicer kot hromogen ali pa že kot gotova barva. Te barve nastanejo od sestavin beljakovine, zlasti od aromatskih atomskih kompleksov (tirozin, triptofan). V urinu jih lahko zamenjamo s homogentizinsko kislino in urobilinom, ker je tudi od teh snovi urin temno barvan.

Urin, ki vsebuje melanin, je ali takoj temen, ali potemni še le, če stoji dalj časa na zraku (naknadna oksidacija hromogenov). Temno barvo dobi tudi, če mu damo oksidacijske snovi kakor dušično kislino, bromovo vodo, kalijev dikromat i t. d. Toda če mu potem dodamo reduktivne snovi (cink in solno kislino, ki stvarjajo vodik), se temna barva zopet izgubi.

Dokažemo ga tako, da urinu dodamo natrijev nitroprusid in natrijevo lužino ter močno okisamo z očetno kislino. Če je prisoten melanin, se pojavi modro-zelena barva ali usedlina.

Alkapton.

Urin, ki vsebuje alkapton, je temno rjave do rjavo-črne barve. Temna barva takega urina postaja močnejša, če stoji urin na zraku (oksidacija), zlasti če mu dodamo lužine ali amonijaka. Alkapton je hemogentizinska kislina (2,5 dioksifenil-očetna kislina : hidrokinon očetna kislina). Homogentizinska kislina se nahaja v krvnem serumu pri alkaptonuriji, ki je napaka v preosnovi beljakovine. Če bolnik, ki boluje na alkaptonuriji, vživa tirozin, fenilamin, fenil-mlečno kislino, fenil-pirogrozdno kislino, se pojavi alkapton v urinu v še večji količini.

Alkapton daje reduktivno reakcijo s Fehlingovim in Nylandrovim reagensom in z amoniakalno raztopino srebrovega nitrata, vendar brez segrevanja! Za razliko od sladkorja je alkapton optično inaktiven ter ne more s fermentom cimazo vreti.

Ehrlichova diazo-reakcija.

Pozitivna diazo-reakcija se dobi v urinu bolnikov obolelih na legarju, ošpicah in pogostoma pri težki obliki jetike. Pri nekaterih boleznih je redno negativna (n. pr. meningitis). Obstoja pa v tem, da se urin takih bolnikov z aromatskimi diazo-spojninami rdeče barva.

Natančni vzrok Ehrlichove diazo-reakcije še ni pojasnjen. Po mnenju nekih avtorjev bi bil vzrok urohromogen, po mnenju drugih pa nekateri razkrajalni produkti preosnove spojin fenolnega značaja, ki bi jih morali smatrati za dokaz toksičnega razkrajanja beljakovine.

Normalni urin ne daje Ehrlichovega diazo-poizkusa.

Poizkus se izvede tako, da pomešamo 10 ccm urina in ga pretresamo z 10 ccm Diazo I. (0,5 g sulfanilne kisline, 5 ccm koncentrirane solne kisline in vode do 100) in 2 kapljicami Diazo II. (0,5 g natrijevega nitrata NaNO_3 , na 100 g vode). Temu dodamo na enkrat 25 ccm 10 % amonijaka. Nastanejo barve, ki so razločne zlasti na peni. Samo škrlatno rdeča barva je značajna za Diazo-reakcijo, dočim rumena nianca ni. V problematičnih slučajih pustimo poizkus 24 ur stati. V pozitivnem primeru se za ta čas izloči temna zelena usedlina.

Za Diazo-poizkuse smemo uporabiti samo svež urin, v katerem še ni nastopilo amoniakalno vrenje.

Z Diazo-reagensom dajo rdečo barvo tudi sledeča zdravila: morfij, heroin, opium, dionin, krizarobin in naftalin.

Preparati, ki vsebujejo tanine, fenol, krezol, kreozot, guajakol in fenilni salicilat preprečujejo pozitivni izid te reakcije.

Če je potrebno ugotoviti prisotnost mlečne kisline v urinu, naj praktični zdravnik to prepusti kemičnemu ali diagnostičnemu zavodu.

NOVOST V TERAPIJI

kožnih bolezni, opeklin, ekcemov, ulcus cruris, srbečice in poškodb kože razne etiologije ter v terapiji revmatizma in različnih drugih bolezenskih procesov je

GYRODAL (AMMONIUM SULFOGYRODALICUM)

destilacijski proizvod liškega bituna, noznega škrljjevca (Baljevac), ki ga proizvaja

GYRODAL RUDARSKO UDRUŽENJE ZAGREB;

Gyrodal vsebuje standardizirano količino organsko vezanega žvepla v visokem odstotku. Topi se v vodi, glicerinu in maščobi (vazelin, lanolin itd). — Gyrodal hitro in zanesljivo ublaži bolečine, ne draži kože in dela v antiflogističnem smislu, pospeši rezorpcijo eksudatov ter dviga vitaliteto bolnih delov telesa. — V prometu so tube po 30 — 50 in 100 gramov ter škatle po 250 in 500 ter 1000 gramov. — Klinično preizkušen. — Vzorce pošilja na zahtevo:

GYRODAL RUDARSKO UDRUŽENJE ZAGREB, VRHOVČEVA UL. 10

NIGELLIN DRAGEES

Dr. WANDER

Chelidonium purum	0.0100 g
Germicid Dr. Wander	0.1000 g
Natr. choleinicum	0.1000 g
Phenolphthalein	0.0150 g
Menthol pur.	0.0100 g
Ol. foeniculi	0.0050 g

CHOLELITHIASIS, CHOLANGITIS, CHOLECYSTITIS, CHOLANGIČNA SEPSA, HEPATITIS

Cevčica z 20 dražejami

Vzorci in literatura
pošilja na zahtevo

Dr. A. WANDER D. D.

tvornica farmacevtskih in
dietetskih preparatov

ZAGREB

V VSEH DELIH SVETA
SO ZDRAVNIKOM IZBORNE LASTNOSTI

ANTIPHLOGISTINE

PRAV DOBRO ZNANE

Radi svojega oživljajočega učinka na kapilarne in tkivne stanice in radi svoje lastnosti pospeševanja osnovnih zdravilnih principov je Antiphlogistina vedno dragocen terapevtski pripomoček, vseeno pod katerimi klimatskimi prilikami

VZORCI IN LITERATURA BREZPLAČNO

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NEW YORK USA

BRAĆA JOVANOVIĆ

ENGLESKA DROGERIJA

ULICA KNEZ MIHAJLA 33, BEOGRAD

DOBRNA PRI CELJU

396 m NAD MORJEM

NARAVNO - TOPLI 37° C VRELCI
ZDRAVIJO S POSEBNIM USPEHOM
SRČNE IN ŽIVČNE TER ŽENSKE BO-
LEZNI. VSA OSTALA ZA OKREPI-
TEV ŽIVLJENSKIH SIL POTREBNA
ZDRAVILNA SREDSTVA - KRASNI
NASADI, VABLJIVI SPREHODI IN
IZLETI V BLIŽNJI PLANINSKI SVET

IZVEN GLAVNE SEZONE CELO-
KUPNO 20-DNEVNO ZDRAVLJENJE
ZA NIZKO PAVŠALNO CENO
OD DIN 1.100.— DO DIN 1.650.—

ZAHTEVAJTE PROSPEKTE!

Po končanem opisu enostavnih poizkusov, primernih za praktičnega zdravnika, v svrhu ugotovitve patoloških sestavin v urinu, moram ponovno poudariti, naj zdravniki vsako komplicirano tozadnevno delo prepustijo kemično analitičnemu zavodu, ki ima na razpolago literaturo, aparaturo in ostale pripomočke pa tudi večjo prakso, kar je predvsem važno.

Hkrati čutim prijetno dolžnost zahvaliti se svojemu prijatelju prof. dr. Režeku, asistentu medicinsko kemičnega inštituta v Zagrebu in šefu medicinsko kemičnega laboratorija v Rogaški Slatini, ki je pregledal in popravil rokopise.

ZUSAMMENFASSUNG

Nach einer kurzen Einführung, in der die Ursachen des Vorkommens der verschiedenen pathologischen Bestandteile im Harn angeführt werden, bringt Verfasser die einfachsten und zweckmässigsten chemischen Reaktionen, mit denen der praktische Arzt in seiner Ordination die einzelnen pathologischen Stoffe im Harn nachweisen kann.

Zur qualitativen Prüfung auf Eiweiss empfiehlt Verfasser in erster Reihe die neue Reaktion mit Chloralhydrat in Substanz, die auf der Tatsache beruht, dass Serumalbumine und Seroglobuline durch Chloralhydrat gefällt werden, wobei sich der Niederschlag in Form eines Ringes ausscheidet. Ferner beschreibt A. die Reaktion nach Heller, die Koch-Probe, deren Ausführung er nach der von Bang modifizierter Methode mit Sørensens Puffer-Essigsäure (Natriumacetat) empfiehlt. Weiterhin beschreibt A. die Reaktion mit Ferrocyanium und Spiegler's Reagens sowie Sulfosalicylsäure. Die beiden zuletzt angeführten Reaktionen können dem praktischen Arzt nicht empfohlen werden, da sie zu empfindlich sind und auch physiologische Albuminurie anzeigen.

Zur quantitativen Eiweiss-Bestimmung empfiehlt sich die neue Methode mit dem Sørensenschen Puffer, also durch Kochen, wobei man die Eiweissmenge nach der Dichte und Höhe der Koagulumssäule schätzt. Die Methode nach Roberts-Stolnikow-Brandberg, die auf dem Hellerschen Ring beruht, der nach einer bestimmten Zeit im verdünnten Harn erscheinen soll, sowie die quantitativ-gravimetrische Methode beschreibt A. nur im Prinzip. Den Aerzten möchte A. raten, die veraltete Methode zum Nachweis von Eiweiss nach Esbach nicht mehr zu benutzen.

Zum qualitativen Nachweis von Zucker im Harn empfiehlt A. in erster Reihe die Fehlingsche Reaktion, hingegen verweist er bei der Probe nach Nylander auf eventuell mögliche Fehlschlüsse, da normalerweise im Harn vorhandenes Eiweiss durch seine Cystin-Komponente einen schwarzen Niederschlag von Wismutsulfid erzeugen kann.

Zur quantitativen Zucker-Bestimmung empfiehlt A. als die genaueste Methode, einen exakt ausgeführten Gärversuch. Ferner die Bestimmung durch einfache Polarimeter. A. fügt hinzu, dass es für den praktischen Arzt besondere Apparate gibt, deren Arbeitsweise auf reduktiven Methoden beruht.

Von den Reaktionen auf Aceton-Verbindungen, erwähnt A. beim Aceton in erster Reihe die Reaktion nach Rother, sowie die Reaktion mittels Salicylaldehyd. Acetessigsäure soll nach der Methode von Gehrhard und Riegler nachgewiesen werden.

Zum Nachweis von Fetten im Harn empfiehlt er deren Löslichkeit in Aether oder Benzin, sowie ein eventuelles Verbrennen des Extraktes, wobei Acrolein entsteht.

Den Nachweis von Blut im Harn empfiehlt A. mittels der Benzidin-Reaktion oder der Almen-Probe mit Guajakharz-Tinktur durchzuführen. Die Hellersche Probe verwirft er als veraltet.

Indikan wird mittels der Reaktion nach Obermeyer nachgewiesen.

Gallenfarbstoffe, hauptsächlich Biliverdin empfiehlt A., mittels der Rosinschen Probe oder nach Rosenbach nachzuweisen.

Urobilin soll mit der Schlesingerschen Probe und Urobilinogen mit Erlich Aldehyd-Reagens nachgewiesen werden.

Nach der Beschreibung der Reaktionen auf Melanin, Alkapton und der Diazo-Reaktion nach Erlich, schliesst Verfasser mit dem Rat, die Aerzte mögen alle komplizierteren Arbeiten bei der Harn-Untersuchung chemischen bzw. diagnostischen Instituten überlassen.

LITERATURA:

Bubanović: Kemija I. 1931.

Mladenović: Kemijska analiza mokraće. L. 1930.

Nešković: Dejstvo kloralhidrata na bjelančevine.

Nešković: Nova proba na bjelančevinu u urinu.

Thoms: Handbuch der praktischen und wissenschaftlichen Pharmazie. L. 1931.

Kaiser: Chemische und mikroskopische Untersuchung des Harns. L. 1936.

Schadendorf: Praktikum der Organischen und Physiologischen Chemie für Mediziner. L. 1933.

Dr. SINGER IGNJAT, BANOV. LEKAR — MARIOLANA

KAKO BI SE MOGLO ŠTO EFIKASNIJE, SOLIDNIJE I JEFTINIJE ORGANIZIRATI BORBU PROTIV TUBEKULOZE U NAŠOJ ZEMLJI.

IV. ZANATLIJSKA I TRGOVAČKA PREDUZEĆA; ULOGA ZANATLIJSKIH I TRGOVAČKIH NAMEŠTENIKA U ŠIRENJU TUBERKULOZE

U ovom svom izlaganju dolazim sada, po mojem mišljenju, na najvažniji deo, koji u borbi protivu tuberkuloze i u širenju iste ima najveći značaj.

Želim ovde naime da izložim onaj ogroman uticaj koji u širenju tuberkuloze imaju industrijska i trgovačka preduzeća sa njihovim sirovinama i izradjevinama, te njihovim nameštenicima.

Pre svega moram potsetiti na činjenicu da se razpoloženja koja se čine u cilju suzbijanja tuberkuloze nemogu odvajati od opšte higijenskih uslova. S toga ova preduzeća moram pre svega podvrći jednom opštem higijenskom pregledu pa samo ukazati na činioce koji su na kraju krajeva u tesnoj vezi sa tuberkulozom.

1. Kafane, ručaonice (narodne kujne), krčme gostionice s naročitim obzirom na nabavku namirnica

Naš društveni život neda se ni zamisliti bez kafana i krčme. U ovima provodimo veliki deo života, tu se sastajemo sa poznanicema, tu svršavamo jedan veliki deo naših društvenih obaveza. One su dakle današnjem društvu neophodne. Zakon se dovoljno brine, da one budu dovoljno prostrane i svetle, pa se taj zakon dosta tačno i vrši, te se tu malo sto-šta ima primetiti.

Ali šta se tiče unutrašnjeg uređenja i rada u njima, može se mnogo čega primetiti. Tako pre svega u njima su često zaposlena i lica zaražena tuberkulozom ili je ko u porodici bolestan od tuberkuloze, a o tome se ne vodi dovoljna kontrola. Osoblje tih radnja nema ni pojma o opštim zahtevima higijene i na svakom koraku greši protivu ovih pravila. Naročito kuhinje ovih lokala ni u koliko ne odgovaraju. Jela se nečisto zgotavljaju, namirnice se drže na neodgovarajućem mestu. Pomoćno osoblje vrši sve poslove, naročito u manjim mestima, čisti, briše i riba podove, drži u redu klozete, čisti kočine i štale i posle svega ili medjuvremeno pomaži u kuhinji. Kako nije propisano koliko nova, da je velika kuhinja i koje sudove mora svaka kuhinja da ima, to su sudovi nedovoljno čisti. U jednom nečistom i teskobnom prostoru, u takozvanoj kuhinji, u jednom jedinom sudu peru se po najčešće svi tanjiri i ostali sudovi, pa kako ove javne lokale posećuju i bolesnici sa otvorenom tuberkulozom, mogućnost infekcije na ovaj način pruža se u najvećoj meri. Mogućnost zaražavanja najveća je medjutim kod upotrebe čaša. Jer se sudovi ipak bolje peru, možda se sa pepelom ili sodom ribaju i više ispiraju, dok se sve čaše u jednoj istoj vodi, u jednom istom sudu jednostavno zamoče i tako operu. Zar nam se nije nebrojeno puta desilo da zatražimo čašu maline, mineralne vode ili limunade, pa nam čaša zaudara na vino, jer nije dovoljno oprana. To se naročito često događa u prilikama, kada se ovi lokali iznenadno napune. Tako krčme i mehane u nedeljnim u prazničnim i pijačnim danima, ili prilikom zabava i igranaka, pozorišni bifeji za vreme odmora, za vreme sportskih i sletskih utakmica, bifeji po stanicama prilikom dolaska vozova i t. d. U ovakvim izvanrednim prilikama osoblje se žuri da svakog gosta što pre posluži te čaše obično i neoprane idu od ruke u ruku.

Kod kupovanja namirnica ne gleda se, a i ne može se gledati, da li je prodavac tuberkulozan, ili njegova okolina da nije tuberkulozna, već se nastoji, da se kupi sve što je potrebno i to od onoga koji jeftinije daje.

Mislim da posle ovoga neće biti neverovatna moja tvrdnja, da velika raširenost tuberkuloze može najviše, da zahvali ovakovim prilikama ovih rasadnika tuberkuloze: birtija, mehana, kafana, narodna kuhinja, bifea i t. d.

Odnosno kontrole nad osobljem ovih lokala, govoriću kasnije. A evo kako zamišljam, da bi se ove prilike mogle bar nešto popraviti.

Treba zakonom propisati veličinu kuhinje, njezino uređenje (nameštaj i sudove) i kakvoću ostave (komore, špajza). Treba propisati i način kako da se čuvaju namirnice od muva, miševa i pacova, kojih milionima ima po ovakvim mestima. Sa osobljem održati tečajeve i poučiti ih naročito, kojim putem se dolazi do zaraze. Propisati i uputstvo o čistom držanju sudova a naročito čaša i kontrolu da se ovi propisi zaista vrše. Najveća je smetnja u nedostatku sudova, naročito čaša, po ovim lokalima. Zato bi, mislim, bilo potrebno da se propiše koliko kod svake vrste ovih javnih lokala mora biti sudova. Možda na primer, u ručionicama toliko tanjira koliko ima mesta za goste, isto toliko čaša, isto toliko pribora za jelo, za $\frac{1}{3}$ toliko šoljica za

kafu i t. d. Po kafanama toliko šoljica za kafu koliko mesta ima, isto toliko i čaša; u krčmi toliko čaša koliko mesla i za $\frac{1}{3}$ toliko tanjira i pribora za jelo; za javne bifeje isto ustanoviti koliko čaša i t. d. Na ovaj bi se način dalo postići, da se sudovi bolje i lakše drže čisto i da ih ima čistih pri ruci u većoj žurbi. Moglo bi se uvesti kod ovih preduzeća, da se sudovi peru u $\frac{1}{2}\%$ natronovoj lužini, jer pri upotrebi ovog treba mnogo vode za ispiranje, pošlo su inače sudovi klizavi, masni.

Naročitu pažnju treba u tom pogledu obratiti na takova mesta, gde se tuberkulozni bolesnici u većem broju skupljaju, kao što su velike varoši, banje, klimatska mesta i t. d.

Treba naročite propise doneti za rečena preduzeća i o čistoći podova, stolova, stolica, brava, klozeta, sporednih prostorija, a kod svratišta i prenoćišta još i o čistoći postelja i posteljnih stvari.

Zlo je kod nas u tome, što postavljamo zahteve da ova preduzeća ne budu legla tuberkuloze, a zapitamo li sopstvenike tih preduzeća i njihove pomoćnike kako da to postignemo, ne umeju da nam odgovore, jer nisu u to posvećeni, nisu tome obučavani. Obratno, na mogućnost zaražavanja gore izloženim putem i načinom vrlo malo njih obraćaju pažnju, a kao što smo izložili i videli, leglo tuberkuloze ovde se nalazi i protivu ovih prilika može se i mora se braniti.

2. Kasapi, kobasičari — snabdevanje s mesom.

Preduzeća za snabdevanje mesom u širenju tuberkuloze dolaze u obzir u toliko, što osoblje ovih većim delom ne stoji pod dovoljnim zdravstvenim nadzorom i što se sa mesom ne rukuje dovoljno higijenski. Po većim varošima postoje klanice, koje su svakako dobro uredjene i stoje pod dovoljnim nadzorom, ali na selu svega toga nema. Tu svaki kasapin ima svoju klanicu, svoj panj, a govoriti o čistoći ovih nepotrebno je, jer se onaj naročiti vonj ovih seoskih klanica već iz daleka oseća, što ne bi bio slučaj kad bi se radilo čisto i kada bi se poštovali elementarni propisi higijene.

Ni stoka koja će se zaklati nije pod dovoljnim nadzorom. Jer se ova stoka ne pregleda prethodno živa da nije možda grozničava, nego se tek po klanju pozove lekar, da pregleda meso i utrobu, ako se ova zadrži; a koliko i koliko je takovih mesta gde lekar zbog zauzetosti nemože da izvrši pregled, ili gde pregled vrše laici seljaci, ponajviše seoski berberi, koji su ujedno i pregledači mrtvaca, tek koliko da se na papiru udovolji zakonskim propisima. Ovi ljudi ne raspolažu ni dovoljnim moralnim autoritetom, niti može biti reči o njihovom stručnom znanju, pošto nisu slušali nikakav stručan kurs za to. Kako mogu dakle ovi ljudi oceniti, nije li stoka bolesna od tuberkuloze i nije li meso zaraženo.

Na selu je običaj, i pored toga što je prinudno klanje zabranjeno odnosno izrekom naredjeno u kom je slučaju dozvoljeno t. j. da je dozvoljeno samo za svoju, kućevnu upotrebu, običaj je da se vrlo često vrše ova

beskontrolna klanja stoke i meso prodaje. Naročito je to slučaj prilikom stočnih epidemije i zabrana izvoza zbog epidemije. Tada se svakodnevno dešava, da neko ima na primer ugojene svinje, ove odjenom prestaju, da jedu i pošto postoji zabrana izvoza, sopstvenik mora da ih zakolje, prinudjen je da izvrši prinudno klanje i da meso u pola cene rasproda po selu. Ili se iznenadno razboli krava, ovca ili koja druga stoka, opet prinudno klanje i prodaje u pola cene. Marveni lekar ove životinje i ne vidi, ali ih vidi celo selo, a niko se ne nadje da istupi protivu toga.

Da se upustimo u detatjna izlaganja, mislim, da je dovoljna primedba, da treba zahtevati da preduzeća koja stanovništvo snabdevaju sa mesom i mesnim proizvodom budu potpuno čista, da pri klanju prisustvuje marveni lekar, odnosno da se za vršenje ove dužnosti na naročitim tečajevima obuče naročiti pregledači.

3. Mlečni proizvodi i mesta za obradu mleka.

Mleko od naroda na selu kupuju mlekari. Svaka kuća koja ima kravu proda po nekoliko litara mleka. Krave se ne pregledaju od strane marvenog lekara a mleko se donosi i iz kuća u kojima je bolesnik i sa otvorenom tuberkulozom. Sudovi u kojima se mleko donosi kao i oni u kojima se preradjuje, nisu dovoljno čisti. Štale su užasno prljave i seljanka neopranim rukama muze neoprana vimena. Doduše mlekare su dosta propisno gradjene, ali posao u njima ne teče baš higijenski.

Veoma je žalosno kako dolazi u prodaju mleko od ovaca i koza. Muža ovaca toliko ne odgovara ni najelementarnim pojmovima higijene, da bi bilo potrebno odmah preduzeti izvesne mere. Ovce su po ceo dan na polju na paši. Prljave, prašnjave vuku se po travi, po prašini, po zemlji, po brlogu. Onako jadne, prljave teraju se na mužu. Mnogo ih ima, treba žuriti. Ovčar, koji ih muze, neopranim rukama, onako kako je jednu ovcu pomuzao, hvata drugu za prašjavu, prljavu vunu i sam ih namešta za što zgodniju mužu, bez da im je prethodno oprao prljava vimena, te nije valjda samo izmišljena priča o onom, što u ovakvim prilikama „ostane na cedilu“. I od ovakvog mleka pravi se sir i ovaj se nesmetano prodaje. Ovčari su i inače iz najnižeg, najsiromašnijeg, najprljavijeg i najneprosvećenijeg staleža, a prodavci ovčijeg sira su često ili sami tuberkulozni ili im je okolina tuberkulozna. I tako iz dana u dan iznosi se sir i kajmak iz ovih zaraženih kuća na prodaju u prljivim kesama i maramama, koje je tek običaja radi sa svojim neopranim rukama oprala žena, koja je, možda malo čas prala pljuvanke i posteljinu kojeg tuberkuloznog člana porodice.

Piljari i koji trguju sa životnim namirnicama idu od kuće do kuće, kupuju od seljaka sir, kajmak i puter (maslo), pa sakupljenu robu smešaju i onda parčaju na odgovarajuće komade i tako nose u varoš radi prodaje. Ako ovi piljari i njihovi ukućani možda i nisu tuberkulozni, ali je posve sigurno, da je deo robe iznesene na pijacu iz tuberkuloznih kuća.

4. Trgovine namirnica s naročitim obzirom na tako zvane mešovite radnje.

Na selu nema trgovina koje se bave isključivo prodajom namirnica; njih zamenjuju tako zvane mešovite trgovine, trgovine sa mešovitim robom. Ovim trgovinama ponajčešće nedostaje čistoća. Životne namirnice nisu dovoljno sklonjene od prašine, kupci stalno pipaju ove i pipanjem biraju sebi odgovarajuću robu. Osoblje koje u ovakvim trgovinama posluhuje i ne može vazda držati čisto ruke, jer bi ih onda stalno morale prati.

5. Pekari.

Jedva da ima pekare, koja bi odgovarala pravilima higijene. Ali činjenicom da velika toplota pri pečenju peciva ubija sve bacile, umanjuje se mogućnost infekcije, te smo ovde najmanje izloženi mogućnosti da se zarazimo. Zlo je ipak u tome, što smo infekciji izloženi kod već gotovog peciva kad ono dodje u prodaju. Kupci naime imaju običaj da svaku kiflu, svaku zemičku ili hleb prvo rukom oprobaju, da li je dovoljno mekana ili reš već prema njihovom ukusu, pa neodgovarajuću im robu vraćaju. Na selu je pored toga još i to običaj, da se donese brašno koje pekar zameni već gotovim hlebom. Neko donese brašno u prljavoj kesi, neko u marami povezači ili kojem drugom delu odela (pregači, kecelji) problematične čistoće, i pekar prima sve to i prazneći brašno zarazi ruke a ovima i robu. Po nekim mestima ulični prodavci drže na pijaci u nepokrivenim kotaricama pecivo, spustaju kotariće na zemlju te prašina nesmetano pada na pecivo. Najteža je pak činjenica, da se ovom uličnom prodajom peciva bave mahom opskurne, bolešljive i inače prljave i prljavo odevene osobe, koji pecivo svojim neverovatno nečistim rukama stalno redjaju, nameštaju.

6. Ulični i pijačni prodavci šećerlema.

Ovi po ulicama, pijacama, varošima i slavama prodaju razne šećerleme. Postoji istina propis kako treba ove čuvati od prašine i puštati u prodaju, ali su ove šećerleme ipak u stalnoj prašini i igraju veliku ulogu u širenju tuberkuloze, pošto su lepljive te se za njih najlakše zalepi prašina. I sami prodavci kao po nekom pravilu, iz najnižeg i najprljavog i najnepoverljivijeg su staleža i pojma nemaju ni o najelementarnijim zahtevima higijene. Kupci, većinom deca, hvataju rukama ove šećerleme, biraju i pipaju ih koji je veći i lepši, a služeći kupce to isto čine i sami prodavci i ako među njima ima mnogo tuberkuloznih. Baš ovi tuberkulozni zato se i zanimaju ovim poslom što je on najlakši. Pored toga što su bolesni i stoga veoma opasni i s njima je najteže izići na kraj. Svoju robu obično oni sami proizvode, spravljaju, a ima ih koji prave i razne limunade, boze i maline i ovu prodaju po ulicama, ali kako sobom nose samo 1—2 čaše, o čistoći ovih čaša nemože biti ni govora, te su ovi prodavci šećerlema, boza i limunada

pored toga su svojom neestetskom pojavom ruglo ulice još i prava napast na čovečije zdravije.

7. Fabrike sode.

Da kažemo nekoliko reči i o fabrikaciji sode.

Na selu a možda i u varoši, soda se mnogo troši. Naročito bolesnici mnogo traže. U kućama gde ima bolesnika, soda je veoma tražena i cenjena roba. Ali mnogi bolesnici, po mojem znanju ne piju čašom ovu sodu, već jednostavno naslone cev sifona na usta i tako pijuckaju. Sifoni se posle bez ikakvog dezinfekciranja ponovo pune i nose dalje po gostionima i kafanama. Pored toga što je već i sama voda sa kojom se sifoni pune radi fabrikacije sode, jako problematične čistoće, i sam način fabrikacije je takav, da pri punjenju sifona vodena struja opere i unese u sifon svu onu prljotinu koja se na cevi zatekla.

Nadaljevanje prihodnjič.

Dr. ČERNIČ MIRKO — MARIBOR

SLOVAR SLOVENSKEGA JEZIKA IN NAŠE VSAKDANJE ZDRAVNIŠKE POTREBE

II. Načela in obče pripombe

1. Naše vsakdanje besedne zdravniške potrebe so neizprosne in nujne, ugoditi jim moraš, pa vzemi sredstva, kjerkoli hočeš. Pri izbiri teh sredstev pa pazi osobito na strokovno točnost in jasnost, zakaj kaj ti pomaga vse besedovanje, če ni strokovno točno in razumljivo. Druga nič manj važna zahteva je, da ti bodi izražanje jezikovno pravilno in na moč preprosto. Strokovna točnost in umljivost, jezikovna pravilnost in preprostost — to ti naj bodo načela, kadar govoriš, pišeš in pred vsem, kadar misliš!

2. Kakó je s tujkami in strokovnimi terminusi?

V nemški zdravniški literaturi se zlasti po vojni opaža stremljenje, opustiti vse tujke in jih nadomestiti z nemškimi izrazi. To nemško načelo za nas v zdravstvu nikakor ni primerno. Prvič bomo slovenski zdravniki še dolgo dolgo primorani brati tuje slovstvo, ker pač svojega ne bomo mogli imeti; drugič so ravno zdravstveni izrazi v mednarodni literaturi po večini izpeljani iz latinščine in grščine, torej iz jezikov, ki so nam znani že iz šol, pa bi bilo vsaj nespametno, odreči se tem šolskim pridobitvam samó radi tega, da bomo rabili domače izraze, ki jih nikdo drugi ne razume, pa pri tem opustiti mednarodne, ki so v vseh tujih slovstvih znani. Vendar bi me napačno razumel tisti, ki bi iz teh mojih besed sklepal, da sem proti domačim označbam v zdravstvu. Ne, ravno narobe: domači izrazi so nam za umevanje in razlago strokovnih pojmov važni in potrebni. Ohranimo torej tujke, ki so nam potrebne za bistvo pojmov in za medna-

rodno literaturo, obenem pa iščimo in uvajajmo domače izraze, da tako ene z drugimi izpopolnimo in lažje doumemo. Vzemimo preprost vzgled! Kdor govori o narkozi in anesteziji, pa razloži prvo kot omamo in drugo kot omrtvičenje, ta bo mnogo prej in dosti bolje razumljiv kot oni, ki tega ne stori.

Za tujke in mednarodne strokovne izraze — v zdravstvu posebno latinskega in grškega izvora — nimamo niti pri Glonarju niti pri Breznik—Ramovšu jasnih smernic in primerov. Še največ nam nudi Dr. Jos. Tominšek v svojih študijah o napakah in pravilih slovenskega jezika, „Anti-barbarus“ imenovanih. Tominšek posname svoje nazore takole: a) za imenovalnik naj nam služi tuji imenovalnik; b) sklanja na podlagi nominativa z gotovimi koncesijami; c) pisava v izvirnem črkopisu.

Poglejmo, česa nam je treba v vsakdanjem življenju in kaj nam povedó v konkretnih primerih Glonar, Breznik—Ramovš, Tominšek?

Vzemimo nekaj najvsakdajnejših besed v zdravstvu!

Sanatorium, serum, tuberculum, ovarium, ligamentum, separatum.

Musculus, nervus, uterus, anus, status, terminus.

Arteria, vena, glandula.

Carcinoma, sarcoma, empyema, coma, atheroma.

Diabetes, lues, syphilis.

Appendicitis, pleuritis.

Anaemia, anaesthesia.

Hyperaciditas.

Corpus delicti in corpus alienum.

Indicatio, bifurcatio, por'io.

Kakó naštete besede pišemo, kako jih sklanjamo, katerega spola so?

Za latinske besede na -um srednjega spola imamo pri Breznik—Ramovšu primer: „serum, -uma m.“ To se pravi, da take besede kratko malo prevzamemo v imenovalniku ter po slovensko sklanjamo in spolimo. Potemtakem bomo govorili in rabili; v sanatoriumu; na tuberkulumu (to velja seveda za anatomske izraz, za ftiziološkega bi imeli tuberkel, tuberkla); nad ligamentumom; v separatumu.

To bi bila ena možnost, ki je pa praksa ne izvaja enotno, zakaj vsi znamo, da rabimo že dolgo n. pr. sanatorij, ligamenta collateralia, poslani separati. Razven tega priporoča Tominšek v primerih, kedar se nam upira sklanjati večzložnice na podlagi imenovalnika, da vzamemo za podlago genetivovo deblo ali pa odpahnemo v nominativu končni zlog. Tominšek torej pripušča sanatorium, sanatoriuma kakor tudi sanatorija.

Druga skupina so latinske besede na -us moškega spola. Kot primer najdem pri Glonarju „muskel, muskla“ in pri Breznik—Ramovšu „abortus, -usa m.“ potlej „terminus, -a m.“ Glonarjev primer ni v skladu z nobenim meni znanim pravilom. Če pa vzamemo po Breznik—Ramovšu, bi imeli musculus, muskulusa, po Tominšku tudi muskula; takisto nervus, nervusa in nerva; uterus, uterusu in utera; abortus, abortusa in aborta; terminus,

terminusa in termina. Zdaj pa zloženke! *Muskulus deltoideus*, *muskulus deltoideusa* pa tudi *muskula deltoidea*; *muskulus pectoralis major*, *muskulus pectoralisa majorja*; v *uterusu myomatosusu*; pri *abortusu kriminalisu* ali pri *kriminalnem abortusu*; *terminus tehnikus*, s *terminusi tehnikusi* ali s *termini tehnic*.

Kot tretjo skupino sem omenil latinske besede na -a ženskega spola. Da bomo rekli „v veni kavi“, „z glandulo thyreoideo“, je jasno; kakó pa arterija karotis? Karotis ima v roditniku karoditis. Meni se še najmanj upira: „v arteriji karotis“, „obojestranski arteriji karotis“. Seveda pa moram priznati, da je „upiranje“ silo subjektivno merilo!

Za temi sem naštel latinske besede na -a srednjega spola: kakor povsod se tudi pri teh latinski c izpremeni v slovenski k. Kaj pa sklanja in spol? Če jih sklanjamo po tujem načinu, bomo rekli: *karcinomata skirrhusa*, *sarkomata gigantocellularia*; če jih pa ponašimo, bomo odbili -a, jih smatrali za moškega spola in takó tudi sklanjali: *skirrhozni karcinom*, *gagantocellularni sarkom*, *ognojen atherom*. Koma kot dvozložnica pa se mi upira in ne morem drugače, kakor da jo vzamem ženskega spola in rečem: *diabetična koma*.

Dalje sem omenil ženske besede na -es in -is. Od teh imamo take ki so v imenovalniku in roditniku enakosložne, potlej pa tudi take, ki v roditniku podaljšujejo osnovo. Od prvih sta n. pr. *lues*, *luis* in *diabetes*, *diabetis*; od drugih *syphilis*, *syphilidis*. Za zadnjo najdem pri Glonarju „*sifilida*“, ki kaže, kakó smo pred prevratom tvorili take besede. Meni se še najmanj upira prevzeti take besede kar v imenovalniku in ter jih sklanjati in spoliti po slovensko: *dibetes*, *diabetesa*, *diabetik*, *diabetičen*; *lues*, *luesa*, *luik*, *luičen*; *syphilis*, *syphilisa*, poleg že udomačenega *sifilis*, *sifilisa*, *sifilitik*, *sifilitičen*. Takisto v zloženkah: pri *diabetesu mellitisu* pri *sifilisu kongenitu* ali bolje pri *kongenitalnem sifilisu*, pri *malignem luesu*.

Podobno: akutni *appendicitis*, eksudativni *pleuritis*. Za „*pleuritis sicca*“ pa bogme ne najdem rešitve, treba bo pač stvar drugače zasukati in reči n. pr. „pri bolezni *pleuritis sicca*“ ali kaj podobnega.

Anaemia, *anaesthesia* se rabita kakor slovenske besede na -a ženskega spola in se pišeta ali v prvotnem črkopisu ali pa fonetično, kar je pa manj priporočljivo, ker nam otežuje spoznavo teh besed v tujih slovstvih, ki imajo etimologično pisavo.

Hyperaciditas nam bo moral dati isto pravilo kot besede na -s: pri *hyperaciditasu*. Ne bo dolgo, pa se bomo tudi temu privadili!

Korpus delikti bo dal korpusi delikti; *corpus alienum*, korpusi alieni; žal, *alienus* še ni uveden liki malignen, kongenitalen.

Zadnje zgorej naštete bomo rabili: *indikacija*, *bifurkacija*; *porcija*, liki *operacija*.

Končno naj omenim še *pluralia tantum*: *nares*, *nates*. Tu bomo rekli n. pr. *nares* so razširjene, *nates* so boleče.

3. Znane in ukoreninjene besede ostanejo, pa če tudi bi se kdo spotikal nad njihovo blagoglanostjo ali čem drugim.

Komu bi danes prišlo na misel izrivati n. pr. besedo „kolodvor“ ali „vodovod“? Takim besedam sta čas in raba dala življensko pravico!

Med zdravniškimi oznakami bo menda najstarejša „maternica“ in ž njo v tesni zvezi „perilo“. Kje je kdo, ki resno misli, da je potrebno ti dve splošno znani in ukoreninjeni besedi nadomestiti z novimi?! In vendar je vstal pred četrto stoletja Dr. Tuma, nezdravnik, in zahteval, da se „perilo“ opusti in na njegovo mesto uvedejo „diže“, češ „perilo predstavlja vso hypokrizijo vsakdanjega življenja“. Kar Dr. Tuma pobija oziroma s čemer odklanja „perilo“, ravno to je za besedo značilno; podobno imajo tudi drugi jeziki, ker vsi slone na priprostem pojmovanju bistva tega pojava, da je namreč tisti čas ženska nečista! In vzemimo, da ne bi bilo čisto takó — kdo bo takó nespameten, da bo opustil splošno znani in priznani izraz in ga nadomestil z drugim, katerega pozna morda ena tisočinka naših ljudi ali pa še ne?!

V novejšem času, to se pravi po prevratu, se uvaja celó v knjigi, ki je namenjena našemu zdravniškemu naraščanju v pouk in ravnanje, namesto „maternice“ „ložesna“. Za to novotarijo in njeno nujnost nisem bral nikjer nikake razlage.

Podobno je z mednarodnim „duodenum“, za katerega se naj bi uvedlo „žolčno črevo“. Latinski „duodenum“, nemški „Zwölffingerdarm“, hrvaški „dvanæsterac“, srbski „dvanaestopalačno črevo“, češki „dvanáctník“, ruski „dvjnadcatiperstnaja kiška“, francoski in angleški „duodenum“, vsi slone na domnevi, da je ta del črevesa dolg 12 palcev. Tudi Slovenci smo ga imeli do prevrata za „dvanajstnika“ in to že izza Erjavca, zdaj pa naenkrat ta beseda ni več dobra!

Kam pridemo s takimi samovoljnimi novotarijami, nam prav jasno kaže zadeva z „glandulo thyreoideo“. Ime ji izhaja iz grške besede „thyroeidés“, kar znači, da je podobna nekakemu ščitu. Nemci jo imenujejo „Schilddrüse“, Hrvati in Srbi „štitnjačo“, Čehi „štitna žláza“, Francozi „thyroïde“, Angleži „thyroid“, Slovenci pa smo govorili in pisali o „žlezi ščitnici“. Kar naenkrat so začeli uvajati mesto nje „predsapnico“, kar ima še smisel, v kolikor namreč leži pred sapnikom. Zdaj pa pogledajte, kaj se zgodi, če učenec preskoči učitelja: smisel se naenkrat izprevrže v nesmisel — v letošnjem Zdravniškem Vestniku stoji črno na belem „žleza podsapnica“! In takó vidimo, da nepretrgana drži veriga od ukoreninjene in mednarodno povezane „ščitnice“ preko samovoljne „predsapnice“ do nesmiselne „podsapnice“.

Iz naštetih primerov, ki bi jih seveda lahko pomnožil z ne vem kolikimi še, jasno razvidimo, da je treba tudi v zdravstvu — in morda tu še prav posebno — spoštovali načelo „quieta non movere“. Kar ima mednarodno povezanost, kar se je ukoreninilo, to bodi nolli me

tangerel Kdor tukaj meša brez res najnujnejše potrebe, bo napravil zgolj zmedo.

Da ohranimo že priznane besede, to smo dolžni tudi svojim prednikom, ki res ne zaslužijo, da meni nič tebi nič vržemo v koš, kar so oni v težkih časih in z mnogo hujšimi napori določili.

Oni dan sem bil na sodišču priča opazki, da vrednotenje poškodbe kot „težka“ ni slovensko, češ da Slovenec pravi „huda poškodba“. Ne glede na to, da težki odgovarja „lahka poškodba“, sta ti dve označbi že tako udomačeni in ukoreninjeni, da jih bo silo težko odpraviti. Sicer pa poznamo ravno tako „težko“, in „lahko bolezen“ kakor „hudo“ in „nehudo“, dočim sta „hud“ in „težak“ bolnik dvoje! Jaz ne bi hotel vsiljevati ne ene ne druge nikomur, marveč bi prepustil vsakemu, da po svoje rabi zdaj to zdaj ono, kar mu pač najbolj prija v danem primeru in zvezi.

Pri enem kakor drugem: pri odpravljanju starega in pri uvažanju novega se je treba držati mej, ki jih stavi zdrava pamet.

Ko je pred več kot 30 leti izšla Homanova „Sodno-zdravniška terminologija“, je sestavljalec uvrstil v njo: „Chirurg-ranocelnik; Chirurgie; ranocelstvo; chirurgisch-ranocelski“. Dandanes bi bile te besede v vsakem slovarju, ki ni zgodovinski, anahronizem. Kje so časi, ko je bil kirurg v prvi vrsti ranocelnik! Radi tega bo pač pri vsakem pametnem človeku za vse večne čase ostal kirurg kirurg, kirurgija kirurgija in kirurgičen kirurgičen, ravno tako, kot bo ostalo neizpremenjeno operacija, operater, operirati; serum itd.

Ko sem pred nedavnim javno razlagal bistvo seapse, antiseapse in aseapse, sem rabil za nje besede okužba, razkužba in brezkužba. Pri tej priliki mi je neki znani slovenski jezikoslovec pisal, da pozna samo še eno tako barbarsko besedo, kot je brezkužba, namreč prerokba. Tudi sicer sem že ponovno bral, da se je treba besed na -ba bati „kot hud'ga vraga“. Niti na misel mi ne prihaja trditi, da so besede na -ba prav posebno blagglasne, kljub temu sem mnenja, da iz okužbe in razkužbe izhaja brezkužba kot v abecedi sledi za a in b c. In kaj naj vzamem za aseapso, če ne brezkužbo, če pa že imamo okužbo in razkužbo in če vse tri dobro pogodé strokovno bistvo? Ali so okužitev oziroma okuženje, razkužitev oziroma razkuženje ter končno brezkužitev oziroma brezkuženje kaj boljše? In koliko imamo še besed na -ba! Naj jih vsaj nekaj naštejemo: obramba; oskrumba; začimba; enačba; označba; opomba in pripomba; uredba in priredba; izpremembra, godba - dražba, sodba, služba, tožba itd. Ne bo in ne bo šlo ne prej ne slej — vedno se bo morala blagglasnost, ki je vendarle subjektivna, ukloniti strokovni točnosti in umljivosti.

4. Inačice, besedne in pomenske, če so znane in ukoreninjene, ostanejo.

Bistveno isto je, če rečeš „bólница“ ali „bolnišnica“, „škrlatica“ ali „škrlatinka“, „padavica“ ali „božjast“, „jetika“ ali „sušica“ itd. Ravno ta raznolikost izpričuje bogastvo našega jezika in pestrost našega besedja, ki

nam dajeta možnost, da označujemo po potrebi in trenutnem prevdarku vse mogoče odtenke, ki se nam zdé potrebni zdaj v tej zdaj v oni zvezi. Kdaj n. pr. rečeš „otok“, kdaj „oteklina“, kdaj „zateklina“, to je tvoja stvar, le pozabiti ne smeš, da otok in oteklina in zateklina „splahnujejo“ in „splahnejo“, ne pa „gredo nazaj“. Iste baže sta „primer“ in „slučaj“ za Krankheitsfall, oba sta si že davno priborila domovinsko pravico.

V zadnjem času se pri nas mnogo govori in piše o jetiki in v zvez ž njo se uveljavljata besedi „ognjišče“ in „žarišče“ za nemški Krankheitsherd oziroma mednarodni „focus“. Dvomit, da bi se dalo tu še kaj popraviti, vendar si ne morem kaj, da ne bi opozoril na lepe in vsaj takó točne domače izraze, na „leglo“, „kotišče“, „gnězdo“, dočim znači „žarišče“ nekaj idejno vzvišenega, kar se o bolezni gotovo ne more reči, „ognjišče“ pa je v pomenu Krankheitsherd isto, kar sem zadnjič povedal o „Schwarzer Finger“ in Črni prsti.

O bolezni pravimo, da se razpase ali raznese. Kedar hočemo razložiti „metastazo“, ali bi bil prav poseben greh, če bi si pomagali z „razpaskom“ ali „razneskom“?

5. Označbe, prevzete v zdravstvo po živih bitjih, se oblikujejo kot prvotno.

Torej — operiram slepiča, obsevam raka, motrim Röntgena, zdravim Basedowa, zgrabim Peana, vložim Mikulicza, razžarim Paquelina itd. — vse takisto, kot pravim: berem Prešerna, naročim Slovenca, plačam jurja, srkam dalmatinca itd. Seveda velja isto tudi dalje: Röntgenova slika, Basedowovo obolenje, Burowovi obkladki itd. Zaenkrat seveda pišemo te besede po prvotnem načinu — prišel pa bo čas, ko bodo zanamci pozabili na njihov izvor in pisali n. pr. rentgen, pen, mikulič in jih najbrž tudi sklanjali kot nežive stvari slično kot giljotino po Guillotinu in vat po Wattu.

6. Misli tudi v zdravstvu po slovensko, potlej ti ne bo težko tudi govoriti in pisati po slovensko.

Če imaš v katerikoli že namen opisati trebuh in vidiš, da je vzbočen nad oprsjem in mehak, tedaj ga boš označil za napihnjenega (meteorističnega); če je pod razino oprsja, tedaj boš napisal o njem, da je upadel; ako pa je raven z oprsjem, tedaj je razan, kakor je razana posoda, katere vsebina, bodisi tekoča ali netekoča, ne presega njenih robov pa jih vendarle doseza. Če pa trebuh ni mehak, tedaj je trd in napet (defence musculaire), kakor pravimo, da je mišica in kita trda in napeta. Potlej imamo še poln in prazen trebuh in zdaj smo nemara že pri kraju z značilnimi lastnostmi trebuha.

Vzemimo par primerov tujega mišljenja in slovenskega govorjenja.

Če popisuješ operiranega slepiča, pa vidiš, da je rdeč in zadebeljen, boš rekel, da je vnet (appendicitis simplex), kakor so vnete oči, kedar so zardele; kedar ga najdeš sivorjavega, mokrega in cunjastega, tedaj je gnil (appendicitis gangraenosa); če opaziš luknjo v njem ali razpoko, tedaj je



Dr. Peter DeFranceschi

slepič počen (appendicitis perforata). Ta način izražanja je točen, umljiv in preprost. Seveda rabiš popolnoma drug način, če misliš po tuje in tujo misel prestavljaš na slovensko, kakor nam to v dovoljni meri kažejo bolezenski zapiski.

Že od nekaj mi je povzročal zono „operativni poseg“ za nemški „operativer Eingriff“. Ali ne pravi jezikovno še nepokvarjeni naš človek, da je „potrebna operacija“ ali da „se dá le z operacijo“ kaj napraviti.

Ni ga skoro dne, da ne bi čital v bolezenskih zapiskih: „Po odpretju peritoneja“. Tako izražanje je strokovno netočno, ker odpira se trebušna votlina, dočim se peritoneum prereže; jezikovno pa je isto, kot če bi rekel: „Po odpretju okna“, ko vendar vsakdo izmed nas reče: „Ko okno odprem“. Strokovno točno in jezikovno pravilno bi se torej to glasilo: „Ko operater prereže peritoneum in odpre trebušno votlino“.

In ta nesrečna „stolica“ za nemški „Stuhl“!

Kedaj in kje govore naši ljudje, ki se ne pačijo in katerih ni izprijelo čitanje slabo pisanih knjig: „Imam stolicu“ ali „moja stolica je taka in taka“. Če niso prostaki, tedaj pravijo, da „gredo na stran, na blato“ ter ti na vprašanje tudi opišejo, kakšno je njihovo blato, namreč tekoče, mehko, trdo, zapečeno. In če gredó težko na blato, ti povedó, da so zaprti oziroma da imajo zapeko; v nasprotnem primeru imajo drisko; kedar ni ne eno ne drugo, tedaj pravijo, da hodijo redno na stran ali na blato oziroma, da je odvajanje ali iztrebljevanje redno.

† Dr. P. DEFRANCESCHI.

Dne 2. aprila tega leta je umrl mož, ki mu je slovensko zdravništvo dolžno posvetiti nekaj spominskih vrstic. Naš prvi pokojnik v tem letu, dr. Peter Defranceschi, se je rodil leta 1863 v Ajdovščini na Goriškem. Gimnazijo je obiskoval v Novem mestu, Gorici in Trstu, kjer je leta 1885 maturiral. Medicinske študije je absolviral z odličnim uspehom v Gradcu; po končanih študijah je bil nekaj časa asistent pri dr. Valenti v ljubljanski porodnišnici, nato pa od I. I. 1890 do 31. XII. 1892. operacijski gojenec na kliniki prof. Wölfler-ja v Gradcu, nato od I. I. 1893 do 30. X. 1893 še pri prof. Chrobak-u na Dunaju. Razven tega je skoro vsako leto zahajal na različne klinike in tudi aktivno sodeloval pri mnogih kongresih.

Po študijski dobi je prišel v Novo mesto kot okrožni zdravnik in ordinarij moške bolnice, ki so jo Usmiljeni bratje iz Gradca sporazumno z njim ustanovili v Kandiji pri Novem mestu. Kmalu je postal primarij in je bolnica pod njegovim spretnim zdravniškim vodstvom hitro zaslovela daleč naokrog. V Defranceschi-jevi dobi je narasla iz prvotnega skromnega Volmanovega gradiča obširna stavba. V letu 1909/10 je bila prvenstveno

po Defranceschi-jevi zaslugi ustanovljena v Novem mestu tudi Ženska bolnica in je Defranceschi prevzel tudi tam primarijat. V dolenski metropoli je bil višek njegovega delovanja. Odlikoval se je kot odličen strokovnjak, posebno kot kirurg na vseh poljih operativne medicine; razven tega pa si je postavil z ustanovitvijo Ženske bolnice, z razširitvijo in razcvitom moške bolnice Usm. bratov, z agilnim sodelovanjem pri ureditvi preskrbe Novega mesta s pitno vodo, s kanalizacijo mesta itd. trajen spomenik. Novo mesto se mu je za njegovo zaslužno delo v korist prebivalstvu in procvitu mesta prav skromno oddolžilo s tem, da je poimenovalo po njem „Defranceschi-jevo ulico“, ki vodi proti Ženski bolnici.

Leta 1911 se je Defranceschi preselil v Gorico kot privatni zdravnik. V začetku vojne z Italijo je postal šef-kirurg in primarij bolnice Rdečega križa, ki je bila zasilno urejena v nekdanjem goriškem „Malem Seme-nišču“. Tam je vstrajal še, ko so začeli v operacijsko dvorano že padati italijanski šrapneli in je bil konečno pri taki priliki tudi ranjen. Nato se je preselil v Gradec in kmalu za tem na Dunaj, kjer je bil od leta 1915 do prevrata šef kirurškega oddelka velike vojne bolnice v Grinzingu.

Ob razpadu monarhije je na Dunaju z vso iniciativnostjo in elanom, ki sta bila zanj karakteristična, prevzel funkcije našega prvega diplomat-skega zastopnika v Avstriji. Takrat je Defranceschi s poštenostjo in ener-gijo domovini marsikaj rešil in mnogim rojakom pomagal.

Ko se je po prevratu preselil v Ljubljano, se je nekaj let agilno udejstvoval v odboru „Zdravniške zbornice“ in pri „Pokojninskem skladu za zdravniške vdove in sirote“. Zdravniškemu poklicnemu delu pa se je, žal, vedno bolj odtujeval. Če bi bil Defranceschi takrat še dobrih deset let mlajši in bi bil nadaljeval svojo nekdanjo pot, bi imela tudi naša mlada fakulteta v Defranceschi-ju prav gotovo odločnega pobornika in brez dvoma tudi člana. Pozneje se je mnogo pečal z delom v narodnogospo-darskih panogah in je bil tudi predsednik upravnega sveta „Ljubljanske kreditne banke“. Zadnja leta je Defranceschi bolehal in je umrl v bol-nici Usm. bratov v Novem mestu.

Odličnemu in zaslužnemu tovarišu Slava!

D. M.

† Dr. MARIJAN BUKOVEC

V mladi zdravniški naraščaj je usoda posegla s kruto roko. Nena-doma smo prejeli iz Bohinja žalostno vest, da se je smrtno ponesrečil prijatelj in tovariš Dr. Marjan Bukovec. Nikdar nisem mislil, da bom pisal nekrolog prijatelju, ki je komaj pogledal v življenje, ki je bil tako poln idealov, načrtov za bodočnost, željan dela in uspehov.

Po gimnazijskih študijah v Ljubljani, ga je usoda zanesla v Innsbruck, kjer je studiral medicino. In kdo bi zameril, da so prekrasne planine v okolici Innsbrucka izvabile tega mladega človeka, da je postal njihov vnet

častilec. Medicinec in priroda je nekaj med seboj vezanega in prepotrebne-
nega. Zdrava duša v zdravem telesu odlikuje vsakega inteligenta, ki količ-
kaj računa z bodočnostjo. V Innsbrucku si se nasrkal medicinske znanosti,
a prinesel si s seboj tudi planinski značaj, ki se je v naših planinah še
bolj utrdil. Naštevati vrline, ki so te odlikovale v stroki ni težko, kajti s svo-
jim bistrim pogledom si kaj kmala razbral v vsaki stvari jedro. Tvoje delo
je bilo dobro, je bilo vestno in vdano.

Usoda Ti je dodelila, da si še v zadnjem hipu objel z pogledom pla-
ninske vrhove, ki so se polni snega kopali v solncu, medtem ko je bujna
pomlad čakala v dolini. Prihranjeno pa Ti je bilo trpljenje, katero si toliko-
krat gledal in ki Ti je vedno z nova pretresalo Tvojo mlado dušo. V tem
Ti je usoda bila naklonjena.

Mi Tvoji prijatelji in sodelavci pogrešamo v Tebi človeka, ki se ni
nikdar sramoval jasno in odločno povedati svoje mnenje, kar je v današ-
njih časih tvegano. Ni Te bila še pokvarila vsakdanja borba, gledal si vse
z idealnega vidika.

Ko smo Te spremili, na zadnji poti, je bilo vse v cvetju in zelenju
in vsaka beseda izgovorjepa ob tej priliki, bi nas žalila.

Zato dovoli, dragi prijatelj, da se s temi besedami poslovimo od Tebe,
katerega smo vsi ljubili in spoštovali.

B. L.

Dr. D. MUŠIČ, SEVNICA o/S.

IZ ZGODOVINE MEDICINE NA DOLENJSKEM

ZDRAVNIŠKO IN ORGANIZATORNO DELO POK. Dr. P. DEFRANCESCHI-JA
V NOVEM MESTU, OD L. 1894 DO 1911; ZAČETEK MODERNE MEDICINE
NA DOLENJSKEM

Težko nam je danes, ko živimo v popolnoma novi dobi, oceniti moža,
ki mu višek življenjskega dela leži dobrih dvajset let pred našo dobo.
Vrstniki pokojnega Defranceschija, ki mu je v današnji številki Vest-
nika namenjenih še nekaj vrstic, so deloma že pomrli, oziroma živi danes le
še majhno število njegovih nekdanjih sodelavcev, ki so ga poznali v času
napona njegovih zdravniških sposobnosti. Višek Defranceschi-jevega
življenjskega dela pada v obdobje 1894 do svetovne vojne, oziroma do
prevrata, predvsem pa v čas, ko je deloval v dolenski metropoli, v No-
vem mestu.

Za zgodovino zdravstva in zdravniškega stanu na Dolenjskem je za-
nimivo, spominjati se in poznavati tudi še danes čase ob koncu preteklega
stoletja, torej skoro pol stoletja nazaj. Oficijelna medicina se je takrat prav-
kar šele izkopala iz srednjeveške miselnosti in metod. Doba asepse je
komaj šele nastopila svojo zmagovito pot v bolnice in zdravniške ordina-
cije in to šele v kulturnih centrih; v podeželju pa je še dolgo vrsto let

ostalo pri starem; delovalo je skoro do novega stoletja še mnogo ranocelnikov in padarjev, zdravstvene razmere na kmetih pa se niso od časov, ki jih nazorno opisuje in po svoje tolmači Valvasor, prav nič spremenile. Pa saj se še danes, ko se poslužuje oficijelna medicina vseh mogočih električnih valov, pretkanih diagnostičnih in terapijskih metod, naleti, zlasti v podeželskih krajih, na vse polno vraževernosti in srednjeveških mističnih predsodkov, povezanih s pojmom zdravja, bolezni in smrti. Moj spis z uvodnimi spominskimi vrslicami, ki so posvečene umrlemu odličnemu zdravniku in organizatorju, naj poda obenem tudi kulturno sliko v času Defranceschi-jevega delovanja na Dolenjskem (1894 do 1911) in naj na Defranceschi-jevem primeru osvetli razvoj moderne medicine in osvobojenega človeškega duha in njiju borbo s konzervativno in počasi napredujočo mentaliteto podeželja.

Ko je Defranceschi prišel leta 1894 v Novo mesto, je tam našel v zdravstvenem oziru še popolno ledino. Zadeve obče higijene se tam izza srednjega veka prav gotovo niso mnogo spremenile. V patrijarhalnem mestecu, z meščansko gardo v historičnih uniformah, z na pol ohranjenim mestnim obzidjem iz časov turških upadov, s frančiškansko gimnazijo in njenimi poštenimi in pristrčnimi študentovskimi tradicijami, so takrat delovali še ranocelniki in padarji. O bolnicah, ali o zdravniškem delovanju na znanstveni podlagi seveda ni bilo govora, ravnotako tudi ni še bilo mesto preskrbljeno z zdravo pitno vodo, ni bilo še kanalizacije niti drugih elementarnih higijenskih naprav. Defranceschi je bil desetletje poprej, predno je prišel kot zdravnik v Novo mesto, tudi sam nadarjen in neugnani dijak novomeške gimnazije, ki je bila takrat še deloma v rokah Frančižkanov. Pod mentorstvom znanih takratnih patrov-profesorjev (Bernard Vovk, Ladislav-Lacko Hrovat, Ignacij Staudacher, Hugolin Sattner) je Defranceschi v Novem mestu preživel en del svoje viharne mladostne dobe in je zato pozneje kot zrel mož s tem večjo ljubeznijo posvetil temu kraju svojo najplodnejšo življensko dobo.

Kulminacija Defranceschi-jevega življenskega dela je bila pač doba delovanja v novomeški moški „bolnici Usmiljenih bratov“. Ker je Defranceschi-jevo ime tako tesno povezano z ustanovitvijo in z razvojem tega zavoda, je potrebno natančneje opisati delo v tem zavodu, ko je bil Defranceschi v njem sedemnajst let primarij. Usmiljeni bratje so v začetku uredili v nekdanjem Volmanovem gradiču v Kandiji samo par



*Novo mesto: Bolnica Usmiljenih bratov
„Volmanov grad“ l. 1894*

ZDRAVILIŠČE IN KOPALIŠČE



SLATINA RADENCI

Kraljevski dvorski dobavitelji

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

Sezona se prične s 1. majem

Radenske prirodne mineralne vode

Zdravilna,
Kraljeva,
Gizela,

najjačje litijske vode v Jugoslaviji
najjačje po ogljikovi kislini v Jugoslaviji
edine vode s težkimi minerali v Jugoslaviji

Gg. zdravniki imajo 50% popusta na stanovanju, kopelji brezplačno. Mineralna voda ad usum proprium vedno gratis!

Prospekti, brošure gratis!

Za rentgenske snimke uporabljajte samo

GEVAERT Super Rapid Special na modri, nevnetljivi podlagi
GEVAERT dentusfilm na modri podlagi
GEVAERT rentgenpapir PARIX 8 za kontakt
GEVAERT Ridax papir za povečave
GEVAERT Orthobrom

KEMIČALIJE:

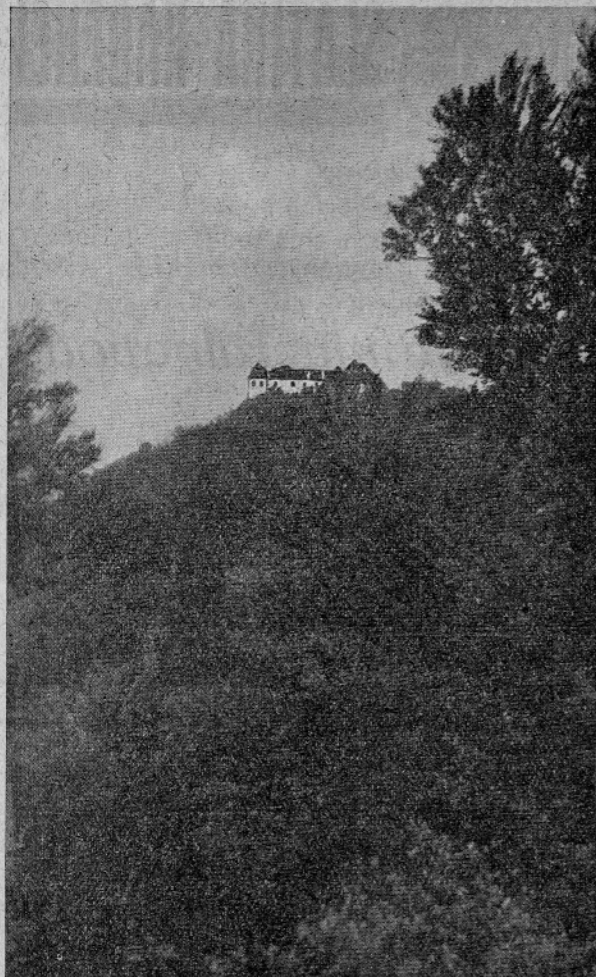
GEVAERT rentgen razvijalec v dozah po $4\frac{1}{2}$, 9, $13\frac{1}{2}$ in 18 lit.
GEVAERT rentgen fiksirna sol v dozah po 5, 10 in 20 lit.

AKRATOTERMA

KRAPINSKE TOPLICE

Starodavni zdravilni izvori (aquae vivae 38–42) uporabljamo s sodobnim balneoterapevtskim spoznanjem. V vezi s peloidi dosežemo najboljše uspehe pri vseh kronično-vnetljivih procesih, posebno pa revmatoidnih obolenjih. Blago podnebje deluje sedativno na neuropatično in nadražilno na rekonvalescente in na preosnovno tvari.

UMERJENE PAUŠALNE CENE!



ZDRAVILIŠČE VURBERG

sprejema celo leto
bolne na pljučih. —
Zdravilišče je oprem-
ljeno z vsem, kar je
za zdravljenje pljučne
tuberkuloze potrebno.

Izredno ugodna lega,
sijajen razgled.

CENE:

v sobi z 1 posteljo
Din 100.—

v sobi z več postelj.
Din 55.—

Državni in banovinski
nameščenci 10 % pop.

Informacije daje

UPRAVA ZDRAVILIŠČA
pošta VURBERG pri Ptuj

KNJIGARNA KLEINMAYR & BAMBERG

LJUBLJANA

MIKLOŠIČEVA C. 16

TELEF.
31—33

Priporoča gg. zdravnikom medicinsko in
farmacevtsko slovstvo po originalnih cenah.
Ne naročajte pri inozemskih potni-
kih, pri katerih plačate višje cene!
Nemško marko preračunavamo do nadalj. po 12 Din.

sob z majhnim številom postelj, a že dve leti pozneje so morali začeti, radi vedno večjega navala bolnikov, zidati novo stavbo. Leto 1904, ko je slavila bolnica desetletni jubilej svojega obstoja v Novem mestu, se je kronist v letnem poročilu bolnice, s posebno zahvalo, hvalo in priznanjem oddolžil tudi nje prvemu primariju Defranceschi-ju, ki je s svojo vsesplošno priznano spretnostjo in zdravniško izobrazbo pritegnil bolnike od daleč na okrog v novoustanovljeni zavod. Povprečno število bolnikov na dan se je v tem času povečalo od 20 na 85, število operacij (brez ambulatoričnih malo-kirurških) pa je v tem razdobju narastlo od letnih 153 na 552. V letih 1907 in 1908 je morala bolnica zopet zidati in je zgradila na glavno poslopje še drugo nadstropje,



Novomesto: Moška bolnica danes

da bi zadostila navalu bolnikov, ki so prihajali celo iz oddaljene Hrvatske in drugih dežel, da bi jih operiral in zdravil Defranceschi. Leta 1907 je bilo povprečno dnevno število bolnikov že nad 100 in se je tudi število operacij v letu 1908 vzdignilo na 703. Defranceschi je obvladal kirurško tehniko na prav različnih področjih in se je lotil tudi za tisti čas najtežjih kirurških primerov in ni odklenjal nobene bolezni, pri kateri je bila možna kakršnakoli operativna pomoč. Vedno je Defranceschi Usmiljenim bratom naglašal: „kupite instrumente, pa bomo vse delali, kar bo treba“. Te besede je pač lahko rekel, ker je dovršeno obvladal kirurško tehniko in mu je bilo v manj znanih primerih menda treba samo proučiti nekoliko anatomije, ostalo pa je šlo samo po sebi iz natančne diagnostike in iz vsestranskega znanja tehnike, nekako tako, kot si muzik-umetnik in virtuoz lahko dovoli najtežje skladbe igrati skoroda prima vista. Na ta način je tudi razumljivo, da je Defranceschi že takrat delal resekcije želodca ali črevesja radi karcinoma, pozneje tudi radi ulcusa, operacije žolčnega mehurja, v kolikor so bile v skladu s takratnim fizijološkim naziranjem, radikalne operacije pri karcinomu danke, obsežne plastike mehkih delov in kosti, transplantacije, resekcije spodnje čeljusti, obsežne radikalne operacije radi malignih tumorjev itd. Zelo pogostokrat je delal Defranceschi trepanacije lobanje radi različnih etilogij. Veliko zanimanje je zbudil takrat tudi primer pravilno diagnosticiranega in lokaliziranega metastatičnega možganskega abscesa v regiji centralnih gub, ki ga je Defranceschi z uspehom operiral. Takratni bolnik, danes že skoro 80-letnik, je, kljub visoki starosti nedavno obiskal svojega rešitelja na prezgodnem grobu. Defranceschi je pa vršil tudi različne

ortopedične operacije, većino okulističnih operacij, oto-rino-laringološke operacije, mnogo antrotomij itd. Po pravici ga tudi v tem oziru primerjamo s pok. Šlajmerjem in z vrstnikom Wickerhauserjem v Zagrebu.

Po Defranceschi-jevem prizadevanju je bolnica Usm. bratov že leta 1910 nabavila rentgenski aparat. Mikroskop je imela bolnica že leta 1894. Defranceschi je mnogo mikroskopiral, delali so od zanimivejših operacijskih preparatov histološke preparate, bakteriološke preparate, preiskave sedimentov itd. To znanstveno delo je Defranceschija tako zanimalo, da je v svojem znanstvenem zanosu vpregel v delo vso svojo okolico, poleg asistentov tudi Usm. brate. Tudi je Defranceschi v bolničnem laboratoriju proučeval preparate iz svoje sodno-zdravniške prakse. S svojimi takratnimi asistenti je zelo rad seciral vse zanimivejše primere iz bolnice. Pri operacijah in sekcijah je baje vedno predaval, tolmačil in poučeval. Defranceschi-jevo takratno delo na znanstveni podlagi in pa dejstvo, da kljub življenju na deželi in kljub drugemu vsestranskemu udejstvovanju, v medicinski stroki ni nazadoval, zasluži prav radi tega višjo ceno, kot pa, če se proslavlja marsikaterega znanstvenika, ki sta njegovo delo in uspeh v okvirju klinike ali znanstvenega instituta večkrat že sama po sebi umljava in nista zadostno merilo za njegovo resnično sposobnost.

Leta 1895 je bolnica dobila cystoskop in recto-romanoskop, oba sta bila prvotno še na mokro baterijo. Sterilizator je bolnica imela že l. 1902, kar je bilo v tisti dobi takorekoč še nekaj posebnega in ga je celo bolnica v Gradcu dobila šele tri leta pozneje. Prvi sterilizator je bil bakren in na špirit; prvi autoklave pa so kurili z lesnim ogljem. Za sterilizacijo se je, zlasti v začetku, sam zanimal in jo strogo nadziral. Skriva je hodil ponoči k aparatom, iz njih jemal obvezila in jih pošiljal v higijenski zavod, da se preišče in kontrolira zanesljiva sterilnost. Ko je bila pozneje ustanovljena še Ženska bolnica, je tudi tam sterilizacijo vedno sam nadziral in jo še poverjeval preizkušnim in zvestim patrom iz bolnice Usm. bratov.

Poučen je za danes tudi pregled anestezij, ki so bile takrat v rabi. Saj padata v tisti čas ne samo revolucija, ki jo je v medicini izzvala asepsa temveč tudi začetek Schleichove anestezije, izum manj toksičnih nadomestil za kokain in pa lumbalna anestezija. Defranceschi je začel uporabljati lumbalno anestezijo leta 1903 in je o svojih izkušnjah s Tropakainom (priporočal je doze 0,08 do 0,15), tudi pisal; natančnejših podatkov pa tudi o tej Defranceschi-jevi publikaciji nisem mogel dobiti. Opiram se lahko samo na „Spomenica Dr. Th. Wickerhauser-u, Zagreb 1910“, str. 74., kjer je Defranceschi citiran. V letih 1894 do 1897 so uporabljali većinoma narkozo s kloroformom, poleg tega pa lokalno omamo z etrom in Schleichovo anestezijo s kokainom. Do 1901 ostane kot sredstvo za splošno narkozo še vedno kloroform. Zatam pa se je začel uporabljati tudi pogostoma brometil, brometer, začelo pa se je tudi že lokalno s kloretilom. Od 1900, 1901 se je rabilo za infiltrativno anestezijo poleg kokaina tudi že β -Eukain. Do 1906 je bila većina narkoz s kloroformom, v

tem letu se dela samo z Billrothovo mešanico; pozneje do 1911 pa narašča poleg mešanice polagoma narkoza s čistim etrom. Leta 1910 najdemo v operacijskih protokolih prvič omenjen Novocain in omamo s Scopolamin-Morphinom.

Z enakim zanosom je delal Defranceschi pozneje tudi v novoustanovljeni Ženski bolnici. Poleg drugih operacij je delal tudi takorokoč vse ginekološke in porodniške operacije. Tudi v tej bolnici je pod njegovim spretnim vodstvom število bolnic in operacij od leta do leta rastlo. V prvem letu je bilo sprejetih 645 bolnic in izvršenih 129 operacij; prihodnje leto pa je število bolnic naraslo že na 740, operacij pa je bilo 245. Ustanovitev



Novo mesto: Ženska bolnica danes

Ženske bolnice je tesno povezana z Defranceschi-jevim imenom. Kot napreden in upliven mož se je začel že od leta 1900 zavzemati na sejah novomeškega zdravstvenega zastopa za ustanovitev Ženske bolnice, ki bi bila za Dolenjsko pač nujno potrebna. Znal je tedanjim odbornikom, od katerih so bili nekateri le preprosti kmečki ljudje, prikazati upravičenost svojih predlogov. Šest let je trajala Defranceschi-jeva

borba za Žensko bolnico, šlo je pač predvsem za mobiliziranje denarnih sredstev, za proučitev raznih načrtov in že obstoječih takšnih bolnic drugod. Vse to delo je prevzel in z uspehom izvršil Defranceschi takorekoč sam. Resnično pomagali so mu pravzaprav samo naprednejši člani zastopa: župani J. Zurc—Štembur, Ogorevc, Rozman in drugi, prav posebno pa ga je v njegovih stremljenjih razumeval in podpiral takratni jovijalni in kultivirani novomeški prošt dr. Seb. Elbert. Imel je uplívne zveze pri deželni vladi in pa predvsem pri dunajskem dvoru, kjer je izposloval za graditev bolnice marsikatero denarno pomoč. V novembru, leta 1908 je bila bolnica dograjena in otvorjena.

Konec prihodnjič.

Mene pusti misel na smrt popolnoma mirnega; zakaj trdno sem prepričan, da je naš duh nekaj čisto nerazrušljivega, nekaj kar deluje naprej od večnosti do večnosti; podoben je solncu, ki zahaja samo našim zemeljskim očem, ki pa nikdar ne zaide temveč sveži neprestano.

(Goethe 1824 napram Eckermannu.)

IZ ČEŠKE MEDIC. LITERATURE

Referira: dr. Milan Žiga Červinka

ČASOP. ČES. LÉK. ŠT. 9—14 1936.

V. Vondraček—P. Ševčenko (Praha):
O anfiniteti Joristena k centralnemu živ-
čevju.

K. Šiška (Praha): Slučaj zračne embo-
lije v podaljšani mozeg, ki je nastala pri
poskusu cistoskopije prostatika. Pri cisto-
skopiranju bolnika z adenomom prostate je
nastala embolija s sledečimi karakt. znaki:
izgubo zavesti, toničnimi krči, prenehanjem
dihanja in bila. Po intrakardijalni injekciji 1
ccm Adrenalina se je pojavil zopet puls, od
začetka zelo počasen, komaj otipljiv, kasneje
zelo hiter in končno počasen, dobro otipljiv.
Pozneje so aplicirali bolniku še umelno diha-
nje, insulflacijo kisika ter poleg tega seveda
stalno kardijaka. 80 minut po kolapsu je začel
bolnik redno dihati. Sledečega dne je bil bol-
nik zelo apatičen, senzorij je postal nekoliko
jasnejši. Na prsih spredaj je imel razsežen
podkožni emfizem (vsled nabodanja pljuč pri
intrakard. injekciji). 3.—5. dan so nastopili hudi
maniakalni napadi, nakar je bolnik postal zo-
pet miren. Ostala je le pareza VII.—XII. živca
na desno, retrogradna manezija ter nekoliko
oležkočena apercipcija. V popisnem slučaju
je nastala embolija tako, da so pri prvem po-
skusu cistoskopije raztrgali večjo žilo, v katero
so potem ob priliki injiciranja anestetika vbriz-
gnili zrak. Mehanizem t. zv. skrižane embolije,
t. j. načina kako da pride zrak iz malega krv-
nega obloka v veliki krvni obtok, razlagajo
razni pisci različno, v splošnem to vprašanje
še ni rešeno. Glede terapije je danes aktualna
Trendelenburgova operacija. V danem slučaju
pa je pokazala intrakardijalna injekcija sprem-
ljana z ostalimi pom. metodami zelo dober
uspeh. Poleg navedenih metod se priporoča
še: venesekcija, intraven. infuzija ter Trende-
lenburgova lega.

A. Mládek (Poděbrady): Zdravljenje
paroksizmalne tahikardije. Poročilo o opa-
zovanju 284 slučajev paroks. tahikardije, ki
so jih zdravili v kardiol. zavodu prof. Liben-
skega v Poděbradích. Poleg raznih manj ali
bolj priznanih zdravil (chinidin, apomorfín,

cholin, aspirin, adonidin, folikulin, itd. (pripo-
roča še razne direktne in balneološke metode.

L. Roháček (Bohumín): Hipohloremija
in njena veza z nefritično hematurijo in
hepatorelna insuficienco.

J. Diviš (Praha): Sinus pericranii.

K. Ježek (Mor. Ostrava): Osteoma sin.
frontal. lat. sin.

B. Brusík (Praha): metabolizem klora
s posebnim ozirom na gastroduodenalne
čire.

A. Ostrčil (Praha): O važnem pomenu
bolečin izven medenične votline za diag-
nozo izvenmaterične nosečnosti. V 21%
opazovanih izvenmateričnih nosečnosti so na-
vajale bolnice bolečine v zgornjih okončinah,
za lopaticama ter okoli grudnega koša. Bole-
čine so trajale po 2—4 ure, spremljale so jih
povračanje, hladno potenje, celotna osla-
belost ali celo nezavest. Bolečine so
znatne, se ponavljajo v neenakih intervalih.
Bolečine nastanejo verjetno radi podražanja
trebušnega dela simpatika. Preko visceralnih
in paravertebralnih ganglij prehajajo dražljaji
cerebrospinalni sistem in se projicirajo končno
v višje ležečem dermatomu. Tako dobimo
končno sliko torakoskapulohumeralne reflelek-
torične bolečine. Ta bolečina je tedaj alar-
mantni znak, ki pravi, da je nastala v mede-
nični votlini važna sprememba in kliče po
takojšnji operaciji. Izvenmaterična nosečnost
ni le ginekološki problem nego tudi problem
praktičnega zdravnika, kajti le-ta je prvi kli-
can k bolnici in tudi odloča o njeni usodi.

M. Očenášek (Košice): Klinični sind-
rom pri razsežnim aneurysma dissecans
aortae. Glavni znaki tega obolenja so: izred-
no velik, inicijalni šok, simptomi ekscesivne
insuficiencie krvnega obloka, znatna anemija,
neznosne bolečine v hrbtu in v križu ter ne-
ozdržljiva tendenca k smrtnemu kolapsu.

J. Švejcar—E. Polák (Praha): Trans-
fuzija krvi pri dojenčkih. Transfuzija krvi
delata autorja pri dojenčku večinoma v vena
mediana cubiti ali pa tudi v vena saphena po
preparaciji s posebno stekleno kanilo. Uporab-
ljata citratno kri matere ali prostovoljnih daro-
valcev po natančni določitvi krvne skupine in
isoaglutininov. Običajno dajata po 20—25 ccm

krvi na 1 kg telesne teže dojenčka. Slučajev inkompatibilitete nista opažala, le redki so bili slučajji urlikarijelnih ali morbiliformnih eksantemov po transfuziji. Učinek transfuzij je bil zelo dober v sledečih slučajjih: pri krvavitvah (haemophilia neonatoru), anemijah alimentarnega ali infekcijskega izvora, pri postoperacijskih šokih (piloro ali nefrektomije), pri alimentarnih intoksikacijah in lokaliziranih infekcijskih procesih. Učinek je pa bil nezadovoljiv pri septičnih obolenjih ter bronhopneumonijah.

J. Mašek—P. Pelnař (Praha): Razlika med vplivom histamina in bromoholina na želodčno sekrecijo.

F. Vencovský (Praha): Ketonemično delovanje gonadotropnih hormonov hipofize.

V. Jedlička (Praha): Spremembe na endokardu po invaziji corynebacterium diphtheriae. Med potekom davice odnosno tudi po davici nastanejo na endokardu grobe anatomske spremembe, povzročene neposredno od davičnega bacila. Te spremembe so ali v obliki endocard. verrucosa ali polyposa ali thrombotica. V vseh teh slučajjih uspe iz obolelega endokarda kultura tipične davične klice.

ČASOP. LÉK. ŠTEV. 15—19 1936.

Em. Kertész—Zd. Kočka (Praha): Prognostika vnetja srednjega ušesa ter sledečih komplikacij. Na podlagi obsežnega materiala iz otolaringol. klinike Prof. Přecechtěla, nabranega v razdobju od l. 1923—1932 prideta a. do sledečih sklepov: mortaliteta komplikacij pri akutnih vnetjih večja kakor pri kroničnih. Največjo mortaliteto izkazujejo med akutnimi obolenji hemoragični procesi, med kroničnimi pa holestomatatozne oblike. Od intrakranijalnih komplikacij ima najslabšo prognozo meningitis, ki predstavlja v obče največji neposredni smrtni vzrok. Znatno boljše prognozo pa izkazujejo abscesi možgan ter tromboflebitide lobanje.

E. Tetera (Brno): Kemična diagnoza holestatoma srednjega ušesa. Jubilejna štev. ob priliki sedemdesetletnice prof. Ivana Honla, predst. bakter.-serološke zavoda Karlove univ. v Pragi.

J. Saidl (Praha): Množina As. v ženski krvi ob normalnih in patoloških razmerah. Jubilejna številka ob priliki pedesetletnice prof. J. Divíše, predst. II. kirur. klinike v Pragi. Od Jugoslovanov prispeva

A. Gjurić (Praha) članek: Terapevtičen problem holelitiaze. Po pregledu raznih teorij o patogenezi litiaze žolčnika ter obolenjih jetrnega parenhima preide a. na kritično presojo slučajev, ki jih je zdravil neki čudežni zdravnik na Češkem. A. smatra, da je bilo dotično „čudežno zdravljenje“ ne-le neuspešno, nego v večini slučajev celo zelo škodljivo za posamezne bolnike, ki so jih morali končno zdraviti v silno neugodnih zdravstvenih prilikah na praških klinikah.

ČASOP. LÉK. ČEŠ. ŠTEV. 20.—26. 1936.

D. Doskočil (Praha): Učinek pri maligni davici. Pri težkih davičnih obolenjih nastane večkrat obolenje nadobisti (Martin, Debré, Beck). V takih slučajih ne zadostuje le seroterapija temveč je treba istočasno izvesti tudi substitucijsko zdravljenje s preparati nadobisti (adrenalin sam ne zadostuje). A. uporablja v teh slučajih preparat holandske trdke Organon Cortin, ki ga aplicira običajno intravenozno v množinah 5—10 ccm skozi 7—10 dni. Cortin ne učinkuje na potek lokalnega obolenja (grlo), niti na kasnejše postdifiterične komplikacije (paralize, miokarditide), temveč v glavnem na sistem krvnega obtoka (dviga krvni pritisk ter izboljšuje miastenijo).

J. Hoffmann (Praha): Saponinske hemolize eritrocitov po terapiji s digitalisom.

K. Mathon (Praha): Subakutna ascendentna paraliza s benignim potekom. Jubilejna številka k petdesetletnici prof. B. Prusíka, predst. propad. klinike v Pragi. Od Jugoslovanov prispeva M. Sarafanović (Praha) članek: Slučaj redke letalne krvavitve v prebavila. Pri 56 letni ženi pride brez kakšnega znanjšega zunanjega povoda do nenadne hemotemeze, temno-rjave, kasneje črne stolice, težke anemije ter po 4 dneh nastopi smrt. Pri obdukciji najdejo varices intestini, ki so bili vzrok letalni izkrvavitvi.

Corneille Heymans (Gent): Funkcionalne veze med dihanjem in krvnim obtokom.

K. Mathon (Praha): Slučaj redkega cerebelarnega sindroma.

Vl. Marek (Praha): Q nespecifičnih infiltratih pljuč v bližini hilov. Slučaja lu. pljuč (guma), lu. bronha ter ca. bronha, kjer je rentgenološka diagnoza ugotovila pravo naravo obolenja.

Herman Šikl (Praha): O angioneuromioidih Masson.

J. Saidl (Praha): Retroflexio uteri gravidi partialis vera. Na podlagi lastnih opazovanj (19) ter izbrane literature ugotavlja a., da je pri tej komplikaciji nosečnosti prognoza za otroka izredno neugodna, enako pa predstavlja tudi za mater življensko nevarno situacijo, ki se da rešiti le s pravočasno izvršeno radikalno operacijo (amputacijo maternice ali histerektomijo).

K. Mathon (Praha) Spremembe psihomotoričnih funkcij pri kroničnem zastrupljenju s svincem.

Jar. Krinke (Brno): Volvulus žolčnika. Gre za zelo redko obolenje, ki se pojavlja običajno pri starejših ženah z znatno ptozo črevesja. Klinično poteka kot akutna žolčna kolika. Terapija obstoji v holecistektomiji.

A. Bukovský (Žamberk): O krvni reakciji in poskusu alkalizacije s posebnim ozirom na tuberkulozo. Kochovi bacili se najboljše razvijajo v slabo kislem gojišču (ph 6'6 6'5) Alkalična rezerva krvne plazme je tem manjša, čim težje je obolenje, ph plazme izkazuje manjše razlike. Vendar opazujemo pri tbc. znatno afiniteo do aciditete in sicer pri težjih slučajih bolj kakor pri lažjih. Po parenteralni aplikaciji Polysana (Bečka), ki je koloidni Mg (OH)₂, se dviga ph krvne plazme. Pri istočasni aplikaciji Polysana in Ca pa nastane znižanje Ca v krvi. Alkalizacija dosežemo z dijetlo (malo slano, bogato na zelenjavi in sur. sadju, z interno medikacijo (Mg (HO)₂), alkalično mineralno zmesjo, Mgo, Mg (CO₃) NaHCO₃) ali pa s parenteralno aplikacijo Polysana.

K. Kaus (Praha): Ovarialni disgerminom.

VI. Emmer (Praha): Holesterol v punktatih seroznih votlin. Holesterol je splošno

bolj koncentriran v eksudatih kakor v transudatih (89'6 mg⁰/₀ : 46'2 mg⁰/₀). Refrakcijske vrednote tekočine ter množina holesterola, ki je v njej, se gibljeta večinoma paralelno. Množina holesterola v punktatih ni odvisna od stopnje holesterolemije.

THERAPEUTICA

Dr. Ernst Kleckner — Praha: „O metodi za merjenje sposobnosti naraščanja raznih v farmakologiji uporabljenih substanc, ki naraščajo.“ (Archiv f. exp. Pathologie u. Pharmakologie, knj. 161, zv. 4 — 5). Glede sposobnosti naraščanja je preizkušenih 10 različnih substanc. 10 ccm materiala, ki ga je treba preiskusiti, je bilo v 300 ccm tekočine za naraščanje 6 ur pri 36°C. V tem času je bil n. pr. volumen pulpe tamarindorum 10 ccm, pšeničnih otrobov v destilirani vodi 22 ccm, semena psylli 32 ccm, regulina 32 ccm, agar-agar 60 ccm. Izjemo tvori samo končni rezultat naraščanja Normacol-a. Od te substance se je lahko vzelo za poskus samo 5 ccm, ker je bilo njeno naraščanje tako močno, da bi uporabljene steklenice ne zadostovale za 10 ccm prvotnega materiala. 5 ccm Normacola naraste v destilirani vodi na 220 ccm, v 3⁰/₀-ni Na₂CO₃ raztopini na 190 ccm, v n/10 solni kislini + 0,5⁰/₀-nem pepsinu na 74 cc n. Iz navedenega sledi, da ima Normacol največjo sposobnost naraščanja med vsemi farmakološko uporabljenimi sredstvi za naraščanje. Posebno zanimivo je dejstvo, da Normacol v kislem mediju (umetni želodčni sok) mnogo slabše narašča kot v alkaličnem mediju (umetni sok črevesa), kar je zelo važno za racijonalno zdravljenje obstipacije, ker morata naraščanje Normacola in po njem izzvani refleksi, ki podraži peristaltiko, nastati šele v črevesu.

Nove knjige

Dr. B. Dragaš: Otrok v šolski dobi. I. Blasnika nasl. 1937. V poljudni obliki obravnava avtor higijeno in patologijo šolskega otroka ter se podrobno dotika vseh perečih vprašanj te tako važne razvojne dobe.

Zato je porzdelil snov na 8 poglavij, katere obdelava deloma zelo obširno, deloma se

jih le površno dotakne kakor jih je pač smatral za več ali manj važne.

Ker je brošurica namenjena predvsem staršem in vzgojiteljem, je razumljivo, da povdarja vzgojno stran, da bi tem polom preprečeval marsikako okvaro, izvirajočo iz vzgojnih ali prehranjevalnih pogršk. V tem namenu gre

morda predaleč, n. pr. kjer se ogreva za šolo, kakor da bi bila današnja šola za našo mladino naravnost idealna, kar pa nikakor ne drži. Že šolska poslopja, z malimi izjemami, ne odgovarjajo najprimitivnejšim hig. zahtevam, da ne govorimo n. pr. o gozdnih šolah na prostem zraku za slabotno deco, ki jih pri nas sploh ni. Prenapolnjenih neprezračanih šolskih razredov s stalnim popoldanskim poukom avtor menda sploh ne pozna.

Mnogo prostora zavzamejo razmotrivanja o spolnem dozorevanju in o seksualnem pouku v poglavju „kako naj povem svojemu otroku“, kjer gre avtor v globino predmeta in predvaja dobesedno vzoren dialog med očetom in otrokom o tem problemu, kar bo morda marsikateremu očetu pomagalo iz zadrege; ta del je tudi najboljše premišljen in obdelan.

Protislovno in napačno se mi dozdeva mnenje v poglavju „samooskrumba“, na eni strani, da je ta pojav „nečedna razvada“ in na drugi strani, „da se od nje sploh ne ozdravi“, kar je sigurno pretirano pesimistično vpričo velike razširjenosti te golovo grde razvade, katera se dandanes smatra za skoro fiziološki prehodni pojav v razvoju otroške seksualnosti.

V prvem poglavju „ustroj telesa“ je kot splošno merilo navedel Pirquet—Camererjevo tabelo, katera pa ne odgovarja našim današnjim razmeram, kar je razumljivo, ker predstavlja izsledek serijskih preiskav povojne dečje generacije iz geografsko preoddaljenih krajev.

Razmotrivanje o umestnosti ali neumestnosti dajanja denarja otrokom se mi dozdeva odveč, ker je tole vprašanje že rešeno vpričo splošno znanih pridobitnih razmer, kjer starejšem še za nujnejše lastne potrebe primanjkuje denarja, dočim ne spada pubertas praecox v poljudno pisano knjižico vpričo njene redkosti.

Knjigo zaključuje kratek oris nalezljivih otroških bolezni in navodila za prvo pomoč pri nezgodah.

Ako si vtakne otrok kak tuj predmet v nos, kar je dejansko pogost pojav — a ne v šolski dobi — priporoča močno pihanje ali vzbrizgavanje vode v nos. Na ta način ne bo prišel nikak corpus alienum na dan, pač pa se bo še globlje usidral med školjkami; edino pravilni nasvet bi bil: ne dotaknite se nosu, temveč pojdite k najbližjemu zdravniku!

V splošnem mislim, da je spis preveč prirojen mestnim razmeram in ne širokim slojem kmetkega prebivalstva, katerim bi moral biti namenjen.

Brošura je tiskana na lepem papirju v okusni opremi; fotografskih slik bi lahko pogrešali in knjižica bi bila zategadelj cenejša, dočim so risbe zelo posrečene, nazorne in poučne.

Marsikaterim starejšem bo dobro služila kot vodilo v dvomljivih vprašanjih vzgoje in zdravja šolske mladine.

Dr. V. Stacul

Dr. B. Dragaš: Tehnika in metodika splošne nege bolnikov. Ljubljana, l. 1937. str. 176. Delo je izdano kot V. knjiga knjižnice Zavoda za zdravstveno zaščito mater in otrok v Ljubljani. Vsakdo, ki je imel ali ima posla s poukom in izpopolnjevanjem sester ali drugega pomožnega osebja v bolnicah in raznih zavodih, je zelo pogrešal primerno slovensko priročno knjigo, ki bi podala najpotrebnejša navodila za nego bolnikov tako splošne kakor tudi specialne narave. Priznati moramo tudi, da je v učnem programu medicincev vse premalo upoštevana nega bolnikov.

Dr. Dragaš, ki je dolga leta vodil Šolo za zaščitne sestre in bil svoječasno tudi ravnatelj oblasne strežniške šole, je bil v prvi vrsti poklican, da izpolni to vrzel, kar je z izdajo te knjižice tudi odlično izvedel.

V knjižici obravnava pisatelj predvsem splošno nego bolnikov (otrok in odraslih) in podaja v praktični obliki navodila tehnične narave za izvedbo raznih negovalnih in preiskovalnih posegov. Od specijalnih strok se avtor bavi obširneje samo s tehniko nege bolnih otrok. V dodatku so recepti za kuhanje hrane dojenčkom.

Knjižica se pozna, da jo je pisal avtor, ki ima dovolj tastnih izkušenj, zato je marsikatero znano tehnično pa tudi preiskovalno metodo malo modificiral in po svoje prikojil, kar pa v splošnem prav nič ne zmanjša vrednosti knjige.

Pisatelj je namenil knjižico zaščitnim in bolniškim sestram, bolničarjem in medicincem. Služila naj bi po njegovi želji kot strokovni in učni vodič za uporabo v bolnicah, socialno medicinskih ustanovah ter privatni negi in praksi. Obema namenoma bo knjižica služila v odlični meri, zato jo toplo priporočam.

Dr. V. Meršol

„Poročilo o ginekološkem in porodniškem delu v l. 1920—1936“ je naslov knjige, ki prinaša pregled notranjega dela Državne bolnice za ženske bolezni v Ljubljani za zadnjih 17 let. Razdeljena je v dva dela, v gospodarski, ki prinaša podatke o upravnem in gospodarskem poslovanju bolnice in babiške šole, in v klinični, ki poroča o zdravniškem delu. Ženska bolnica je oskrbovala nad 20.000 ginekoloških bolnic in nad 23.000 porodnic. Razpolaga torej z ogromnimi porodniškimi in ginekološkimi skušnjami, ki so zgoščeno očr-

tane z besedo in mnogimi statističnimi tabelami in diagrami. Pridejane so številne slike, ki ilustrirajo zgodovinski razvoj porodništva v Sloveniji. Poročilo je uredil šef ženske bolnice prof. dr. Alojz Zalokar, sodelovali pa so zdravniki in uradniki ženske bolnice. Knjiga se dobi v knjigarnah za ceno Din 80.—. Poročilo je namenjeno zdravnikom ter tu in inozemskim strokovnjakom, zanimalo bo pa tudi vse tiste, ki jim je poverjena naloga skrbeti za materinstvo v njegovi težki krizi. H knjigi se podrobneje še povrnemo.

Drobne novice

Sprememba v vodstvu zdravstvene službe. Komaj smo se spomnili z iskrenimi željami 60-letnice načelnika dr. E. Mayer-ja, že nas je presenetila vest, da je bil dr. Mayer vpokojen. Dne 12. junija t. l. pa je dolgoletni načelnik oddelka za socialno politiko in narodno zdravje zapustil svoje mesto, na katero mu sledi dr. J. Kosi.

Naša priloga evgenika, ki izhaja tudi kot samostojen list za medicinsko naobraženo javnost, je prvi in edini list te vrste na Balkanu. List, ki si je pridobil precej prijateljev tudi med zdravniki, je našel mnogo odziva tudi v inozemstvu, s katerim je njegov urednik v stalnem, živahnem dopisovanju.

Radi nekih važnih gradbenih preureditev v zdravilišču na Golniku, se letos

ne bo vršil običajni zdravniški tečaj, ki je preložen na spomlad prihodnjega leta.

10. kongres mednarodne unije proti tuberkulozi se bo vršil letos od 5. do 9. septembra v Lisaboni.

Obravnavane bodo teme: „Radiološke slike pljučnega hila in njihovo tolmačenje“ — Referent prof. Lopo de Carvalho (Portugalska); „Primoinfekcija s tuberkulozo v puberteti in pri odraslih“ — referent dr. Olaf Scheel (Norveška) in „Profilaksa tuberkuloze na domu“ — referenta dr. Ch. J. Hatfield (Amerika) in dr. D. A. Powell (Velika Britanija).

Umrli: V Šibeniku primarij dr. F. Marčelič, izredno nadarjen, znanstveno delaven in silno priljubljen zdravnik-internist.

Iz uredništva

ZA TISKOVNI SKLAD Z. V. SO PRISPEVALI:

Dr. Besyanac, Šabac Din 200.—, dr. Dj. Pantasis, Skoplje Din 100.—, dr. Marin V., Maribor, dr. Kolterer F., R. Slatina Din 50.—.

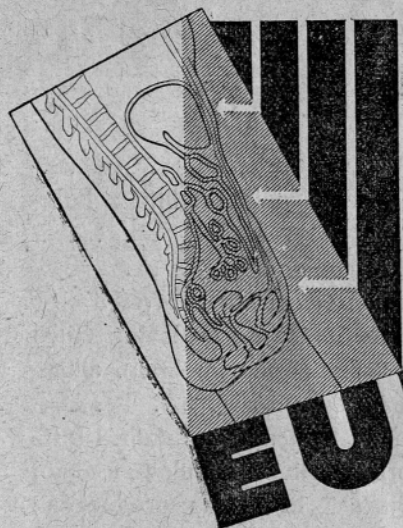
Poleg tega smo prejeli subvencijo Slovenskega zdravniškega društva v iznosu D 500.—.

Hvala!

Današnji številki smo priložili položnice. Naj bi se jih gg. tovariši poslužili za vplačilo prispevkov tiskovnemu skladu, brez katerega mora list pešati.

Nekaj platnic za letnik 1936 Z. V. je še na zalogi. Platnice so temnozeleno in prav okusne. Naročite jih kmalu pri upravi Z. V. na Golniku. Cena Din 20.—.

SPAZMI



žolčnega mehurja žolčnih poti želodca in čreves urogenitalnega aparata

EUPACO

Merck

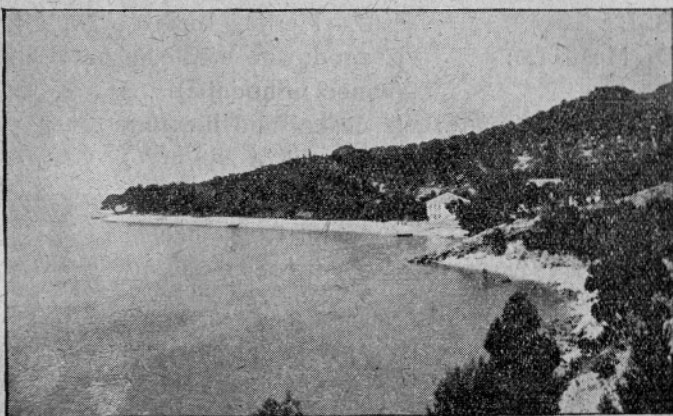
Tablete, supozitorija
ampule Syntaverin-Atropin

E. MERCK-DARMSTADT

Zastopstvo za Jugoslavijo: Mr. Dr. Leo
Neumann, Zagreb, Mošinskoga 14

VILA MIRA

**SOLINE
PRI
MAKARSKI**



INFORMACIJE
DAJE:

**VILA MIRA
BAŠKAVODA
SOLINE
(VIA SPLIT)**

V enem najlepših zalivov Dalmacije leži to idilično morsko kopališče, daleč od vsega vrvenja in vendar v promelnem oziru zelo lahko dostopno. Borov gozd sega prav do plaže. Vsem, ki so željni in potrebni počitka, ta kraj kakor tudi „Vilo Miro“ najtopleje priporočamo

Cena Din 50—
za osebo

Kopališčna taksa Din 2— dnevno

VSEBINA:

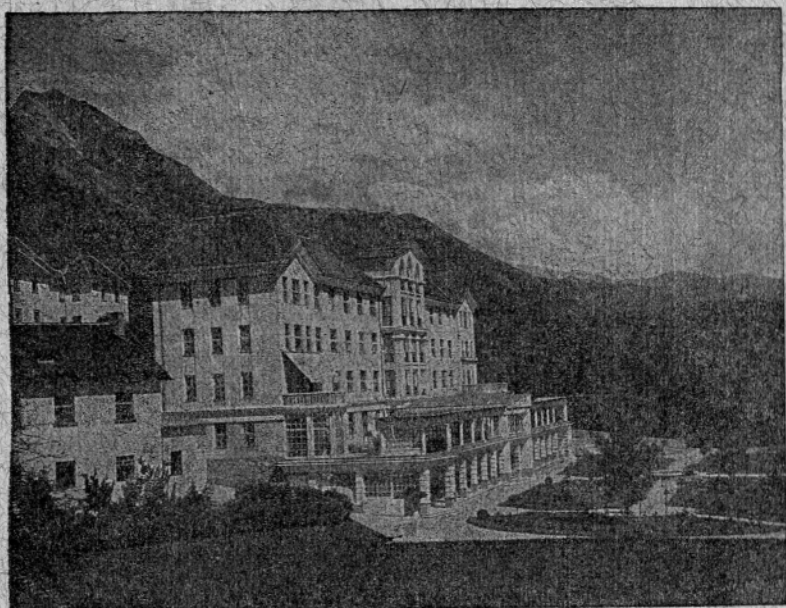
	Stran
Dr. Merljak B.	Patogeneza iktera 193
Dr. Peršič I.:	Naše izkušnje zdravljenja osteomielitid z Lohr- ovo metodo 199
Dr. Lavrič B.:	Terapija torakalnega empiema 201
Mr. ph. Damaška R.:	Analiza urina v ordinaciji prakt. zdravnika . . (IV. Kri in krvne barve, indikan, sestavine žolča v urinu, urobilin in urobilinogen, melanin, alkap- ton, Ehrlichova Diazo-reakcija) 204
Dr. Singer I.:	Kako bi se moglo što efikasnije, solidnije i jefti- nije organizirati borbu protiv tuberkuloze u našoj zemlji (IV. Zanatlijska i trgovačka preduzeća; uloga zanatlijskih i trgovačkih nameštenika u širenju tbc. 210
Dr. Černič M.:	Slovar slovenskega jezika in naše zdravniške . potrebe 215
Đ. M.:	† Dr. P. Defranceschi 221
B. L.:	† Dr. Marijan Bukovec 222
Dr. Mušič D.:	Iz zgodovine medicine na Dolenjskem (konec prihodnjič) 223
Iz med. časopisov:	Iz češke med literature 228
	Therapeutica 230
Nove knjige:	 230
Drobne novice:	 232
Iz uredništva:	 232

VSEBINA PRILOGE EVGENIKA:

	Stran
H. Seizov, Sofija:	Skrb za raso v Bolgariji 17
B. Sekla, Praha:	Populacijska politika in evgenika na Čehoslo- vaškem 19
GENETIČNI SEMINAR	
G. Tomažič:	Še o modifikacijah in mutacijah 23
Sekcija za antropologijo, genealogijo in evgeniko	28
Drobne vesti	29
Književnost a) domača	29
b) tuja	30

Zdravilišče Golnik

za bolne na pljučih.



Sprejema odrasle bolnike (moške in ženske) s tuberkulozo pljuč in grla v še ozdravljivem štadiju.

3 oskrbni razredi

Vsi moderni diagnostični pripomočki na razpolago! — Higienično-dietetično zdravljenje, tuberkulin, avroterapija, pneumothorax artificialis, 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.

FOLIPEX

„SANABO-KAŠTEL“

Kristalizirani folikularni hormon v močni dozaciji!

Injekcije po 500 int. edinic in 1000 int. edinic v vodeni raztopini

Injekcije po 10.000 in 50.000 int. benzoat-edinic v oljnati raztopini

Tablete po 5000 int. edinic — Supozitorije po 5000 int. edinic

**AMENOREJA DISMENOREJA
TEŽAVE V KLIMAKTERJU****Vzorci
in literatura na zahtevo!**

Napredek v digitalis-terapiji!

LANACLARIN „KAŠTEL“

Preparat izoliranih glikozidov digitalis lanate**Hitro, energično in popolno delovanje digitalisa****Dobro se prenaša, tudi pri gastritidi****Možnost točnega doziranja****Lanaclarin „Kaštel“ injekcije, solucija, tablete, supozitorije**