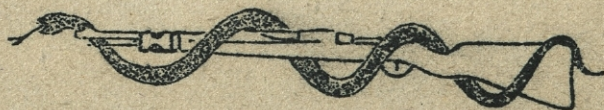


Partizanski

**ZDRAVSTVENI
VESTNIK**



ŠT. 5

M AJ 1944

PARTIZANSKI
ZDRAVSTVENI VESTNIK

GLASILO SANITETNEGA ODDELKA GLAVNEGA ŠTABA NOV IN POS

ŠTEVILKA 5

UREJUJE Dr. MAGAJNA

MAJ 1944.

PARTIZANSKI ZDRAVSTVENI VESTNIK

GLASILO SVINČET NEOL ODRKA ŠTABA NOV RBOŠ



STAVILKA 2
BRISLJEV D. MACALNA
MAY 1944

DIVIZIJSKA SANITETNA ČETA

Naša naloga pri evakuaciji ranjencev je ta, da spravimo ranjence čimprej iz borbene linije do bolnice na ta način, da edinica kljub večjemu številu ranjencev ne trpi na udarnosti. Slaba, neorganizirana evakuacija ranjencev zapusti ranjence na položaju trga borca iz borbe, jih izpreminja v neizvežbane nosilce ranjencev in poleg tega vpliva demoralizira joče na okolico.

Medtem ko sta v naši vojski higijensko-profilaktična služba in kurativna služba relativno dobro razviti, ugotavljamo, da evakuacija ranjencev zaostaja za sedanjo fazo razvoja naše vojske in čeprav imamo že formirane divizije in korpuse, je evakuacija šele v povojih. Vzroki so sledeči: Glede evakuacije imajo sanitetni in vojni funkcionarji premalo izkušenj, ker je bilo dosedaj relativno malo večjih ofenzivnih operacij, v katerih bi sodelovalo večje število edinic hkrati; vojno-politični funkcionarji niso vselej polagali dovolj važnosti na čvrsto organizacijo evakuacije ranjencev in so nudili sanitetnim referentom v tem tudi premalo pomoči.

Slabo organizirana evakuacija ima lahko težke posledice, če upoštevamo, da bodo naše akcije po obsegu in številu ranjencev vedno večje in bodo nujno zahtevale dobro organiziran in izvežban evakuacijski aparat.

Po zadnjih večjih akcijah VII. korpusa je bila predlagana sledeča organizacija evakuacije ranjencev /Glej članek dr. Južniča Marjana v aprilski številki "FZV"/: Četni, oziroma nosilci ranjencev transportirajo ranjence do bataljonskega previjališča oz. do mesta, kjer stoje vozovi. Od tu vrši preko brigadnega do divizijskega previjališča oz. div. premične bolnice evakuacijo desetina, ki se pred akcijo dodeli brigadnemu previjališču iz rezerve. Za evakuacijo od div. previjališča oz. div. premične bolnice do bolnice pa mora biti na razpolago še določeno število ljudi za to ta desetina ne zadostuje. Na ogroženem terenu mora seveda spremljati transport na tem odseku posebno pojačenje.

Slabe strani teh brigadnih desetini: Odvisne so od slučaja, ker se lahko zgodi, da sploh ni na razpolago rezerv; to osebje je neizvežbano, poleg tega pa obstoji nevarnost, da se zaradi stalnega menjavanja spremnega moštva dekonspirirajo bolnice.

Poglejmo sedaj prednosti in slabe strani divizijske sanitetne čete. Divizijske sanitetna četa je formirana kot vsaka druga četa; ima komandirja, komisarja čete, vodnike in deseterje. Razdeljena je na vode in desetine. Z njo razpolaga divizijski sanitetni referent. Dolžnosti divizijske sanitetne čete v borbi: 1./ Če so vse brigade ene divizije enako angažirane v borbi, potem se dodeli vsaki brigadi enako število ljudi iz divizijske sanitetne čete. Če je pa ena brigada bolj udeležena v borbi od drugih, se njej dodeli iz divizijske sanitetne čete sorazmerno več nosilcev ranjencev. Če operira brigada daleč od divizije, kar je pri nas najčeseje, je najbolje, da se ji dodeli za ves čas njene odsotnosti vod ali desetina iz divizijske sanitetne čete, s katero razpolaga potem brigadni sanitetni referent. Brigade, ki ne spadajo v sestav divizije in odredi, imajo svoje sanitetne vode /brigadni, odredni sanitetni vod/, katerih dolžnosti v borbi in v miru je ista kot divizijske sanitetne čete. 2./ Divizijska sanitetna četa evakuira ranjence od bataljonskega previjališča oz. od mesta, kjer stoje vozovi preko brigadnega do divizijskega previjališča oz. do divizijske premične bolnice. V potrebi evakuira ranjence tudi iz borbene linije, če vodni nosilci ranjencev ne morejo zmagovati posla. Divizijska sanitetna četa bi morala čimbolj razbremeniti vodne nosilce ranjencev ki se ne tismeli preveč oddaljevati od borbene linije. 3./ Divizijska sanitetna četa vrši transport ranjencev od divizijskega previjališča oz. div. premične bolnice, do bolnice. Na ogroženem terenu je treba dati seveda pomnoženo spremstvo iz edinic.

Dolžnosti divizijske sanitetne čete v miru: Pred vsem je treba zaposliti divizijsko sanitetno četo v higijensko-profilaktičnem delu. V ta namen se formirajo delovne ekipe s posebnimi nalogami, ki se pošiljajo v edinice in v divizijsko premično bolnico na delo. Te delovne ekipe naj bi opravljale sledeče posle: 1./ asanacija stanovanj, stranišč, vodnjakov v

krajih, kjer se edinice nahajajo. V ta namen morajo biti v najožjih stikih z brigačnimi higijenskimi ekipami. 2./ Pranje in prekuhavanje perila posebno tam, kjer na terenu ni masovnih organizacij. Za te posle bi moralo biti v divizijski sanitetni četi določeno število tovarišic. 3./ Zbiranje in pripravljanje obvezil in drugih sanitetnih potrebščin za divizijske premične bolnice, divizijska in druga previjališča. 4./ Čel divizijske sanitetne čete se zaposli v divizijski premični bolnici /asenacija, straža itd/ Divizijsko sanitetno četo pošilja na čelo komandir čete po odloku div. sanitetnega referenta.-- Oprema in oborožitev divizijske sanitetne čete: nekaj nosil in par torbic s sanitetnimi potrebščinami, oborožitev ista kot pri borcih.-- Da bi divizijska sanitetna četa lahko pravilno izpolnila svoje naloge, mora biti primerno izvežbana. V ta namen mora dovršiti kratek kurz o prvi pomoči.

Prednosti divizijske sanitetne čete: Za evakuacijo ranjencev je določeno stalno, izvežbano osebje; za borbo tako potrebno moštvo se ne odteguje za sanitetno službo /razen v primeru transporta po ogozrenem terenu/; konspiracija naših bolnic je s tem manj ogrožena, ker se moštvo, ki transportira ranjence v bolnico, ne menja.

Težkoče z divizijsko sanitetno četo so dvojne: težko je rekrutirati iz naših edinic momentalno toliko ljudi, da bi zadostili potrebam divizijske sanitetne čete. Ta problem se bo rešil s tem, da se pri nabornih zdravniških pregledih oni mobiliziranci, ki so delno nesposobni /sposobni za partizansko stražo/, dodelijo v divizije za divizijsko sanitetno četo /predlog sanitetnega referenta VII. korpusa/. Druga težava je zaposlitev divizijske sanitetne čete v miru: Pravilno njeno izkoriščanje je odvisno v prvi vrsti od divizijskih in brigačnih sanitetnih referentov, od njihove iniciativnosti in iznajdljivosti. Divizijska sanitetna četa je pri nas nova formacija, divizijske sanitete zaradi tega nimamo glede nje nikakih izkušenj, ki se jih bomo šele pridobili z njeno vsestransko zaposlitvijo v borbi in v miru.

Pravilno organizacijsko postavljena divizijska četa se je posebno izkazala pri proletarskih divizi

jah v Bosni, ko so se morale kretati po neosvobojenem ozemlju, kjer je morala izvršiti komplicirano nalogo, da nosi vse ranjence s seboj, da čim manj ovira udarnost edinice.

Dr. Morelj Marjan

DELO HIGIJSKE EKIPE

Delo naših higijenskih ekip v edinicah ni tako uspešno kot bi moralo biti, deloma zaradi pomanjkljive organizacije, nerazumevanja tovarišev, deloma zaradi stalnih premikov in tehničnih ovir. Prvi vzrok lahko odpravimo in ga moramo odpraviti.

Ia Razuševanje in deskabizacija: Higijenska ekipa lahko organizira svoje delo na dve načina: ali da hodi po bataljonih in tam razušuje, ali da se naseli na stalnem mestu in hodijo tja čete na razuševanje. Prvi način se po dosežanjih izkušnjah ne obnese, še manj pa razbija ekipe, tako, da gre en kotel v en bataljon, drug kotel v drugi bataljon. Bataljon je stalno pripravljen na premik in se tudi stalno premika. Za razuševanje pa je potreben mir. /To je sicer pravilno, razuševanje se praviloma mora vršiti po noči, da ne bo keke nesreče, vendar smo včasih na takem terenu, da bi bilo mogoče razuševati tudi podnevi, če bi se delo pravilno organiziralo/. Na drugi strani pa vseh tovarišev ni vedno v bataljonu; eni hodijo v patrole, drugi na straže; razuševanje pa je smiselno le, če razušimo vse tovariše. Tudi prostora je premalo, če je bataljon v vasi in zasede vse hiše. Drugi način je mnogo bolj uspešen. Higijenska ekipa se naseli na stalnem mestu v vasi, kjer je od vseh bataljonov enako oddaljena, nokje blizu štaba brigade. Seveda je to odvisno od situacije. Na ta način ima ekipa več miru, ki je potreben za njeno delo, na drugi strani pa je razuševanje bolj sistematično. V to vas mora priti četa za četo za dan, dva, največ tri dni in se vsa temeljito razuši. Ena četa brigada v normalnih razmerah lahko pogreša higijenska ekipa si lahko, kjer je več prostora, uredi prostore in pripomočke, kakor bomo videli.

Kako naj opravimo razuševanje in deskabizacijo? Vedno je treba imeti dve schi, oziroma dve hiši: ne-

čisto in čisto. Pred hišo se zakurijo kotli. Skupina tovarišev, ki jo mislimo razušiti, se v nečisti sobi sleče, obleko vzame higijeničar in jo sortira, perilo je treba oprati, obleka in odeje preparirati. V nečisti sobi se tovariši okopljejo oziroma umijejo, za kar je treba pripraviti tople vode, škafe, milo. Tu se strižejo dlake in lasje. To delo mora nadzorovati higijeničar. Ko so tovariši ostriženi in okopani, gredo v čisto sobo, kjer je pripravljena sveža slama in odeje - te je najprej preparirati. Med tem časom se pari obleka in pere perilo. Peč je treba dobro zakuriti, na njej se suši preparirana obleka in oprano perilo. Težave so s perilom, ker nima vsak dva para perila in je tisti edini par težko tako hitro oprati. Zato morajo naši intendanti stremeti za tem, da bo vsak borec imel dva para perila. Ko je obleka preparirana, jo prinese higijeničar v čisto sobo in tam se posuši, če je mokra. Poleti lahko napravimo s škročilnicami prhe.

Deskabizacijo opravimo na isti način. Garjevence vseečete zberemo naenkrat in se v nečisti sobi okopljejo. Nato jih maže higijeničar s sol. Vlemings 15 minut. Ko se posuše, se samo izplaknejo z vodo in spet osuše, nato pa gredo v čisto sobo. Medtem časom se pari obleka in kuha perilo. Po treh dneh se tovariši ponovno okopljejo.

Na ta način lahko vso četo razušimo in deskabiziramo najkasneje v dveh dneh.

2. Dezinfekcija prostorov.

Po končanem razuševanju mora ekipa očistiti sobo, tako nečisto kot čisto, da ne zaušimo civilnega prebivalstva. Slamo je treba sežgati, pod poribati, klopi, peči, mize, postelje pa umiti s 3% krezolovo raztopino /3 žlice krezola damo v 1 liter vode/. Če je soba zelo zaušena, je treba v njej zažgati žveplo in pustiti, da plin, ki pri tem nastane, deluje 6 ur. /Na 1 kubični meter prostornine damo 50 gr žvepla in 2 cm gorilnega špirita in zažgemo v železni posodi/. Okna moremo dobro zapreti, vse odprtine zamašiti. Ko sobo odpremo, moramo držati pred usti moker robec, ker plin, ki nastane, draži sluznice.

3. / Administracija.

Higijenska ekipa, higijeničarji morajo voditi dnevnik o opravljenem delu in sicer a/ katero četo

katerega bataljona je ekipa pripravila in kdaj, b/ koliko tovarišev je pripravilo obleko. c/ koliko gar-jevcev je zdravila. O vsem tem mora dnevno raportirati brigadnemu sanitetnemu refernetu in ga obveščati o delu in težavah, ki jih ima, kako je z materialom itd. Na koncu vsakega meseca pa mora poslati mesečni raport o delu v preteklem mesecu. Na ta način vodi ekipa kontrolo nad razuševanjem, ali se pariyo vse čete ali ne. Ekipa mora biti informirana, koliko tovarišev šteje četa, da se kdo razuševanju ne odtegne. To kontrolo mora voditi tudi bolničar čete, ki pripelje četo na razuševanje.

4. Propagandno delo.

Higijenska ekipa mora vršiti tudi propagandno delo, organizirati sestanke, na katerem se tovarišem pojasnjuje pomen razuševanja, nevarnosti, ki jim pretijo od uši, metode razuševanja in pomen higijeničnega življenja za našo vojsko sploh.

Dr. Južnič Marjan

ORGANIZACIJA SANITETE NA TERENU

Se grmijo topovi in grmijo mitraljezi po naši zemlji. Vojna še traja; sovražnik, sicer vedno slabši, poskuša od časa do časa motiti naše svobodno ozemlje s svojimi pohodi. Toda če pogledamo od bližje življenje na našem osvobojenem, pa tudi od sovražniške motenem ozemlju, vidimo čudovito živahnost, veliko aktivnost in razvoj, ki s krepkimi in sigurnimi koraki prodira skozi razbite vasi in zapuščena polja na pot novega življenja. Na vseh sektorjih, političnem, kulturnem, ekonomskem in ravno tako na zdravniškem poprišču se uveljavljajo nove, boljše, interesom ljudstva ustrezajoče metode. Nič nas ne moti streljanje topov in sovražnikovi vdori. Vemo, da je naša stvar dobljena, da mora biti dobljena! Zato storimo in moramo storiti vse, da pomagamo tovarišem na fronti in da že danes začnemo rezati brazde v ledino, na kateri bo zrasla zaželjena domovina.

Ni še daleč tisti čas, ko so najboljši izmed nas naši prvi partizani, celili svoje rane pod vedrim nebom, pod smrekami, tekorekoč na goli zemlji. Težko je to razumeti, še težje verjeti. Pa je bilo tako! Danes

pa ni več tako. Čemu in komu se moramo zahvaliti, da danes ni več tako? Našemu vodstvu, našemu vrhovnemu poveljstvu, našemu tovarišu Titu, ki kakor za vse ostale probleme skrbi tudi za izgradnjo naše sanitete. Sanitetni statut, podpisan od tov. Tita, daje dostojno mesto in močan poudarek naši saniteti. Poleg vzorne sanitetne službe v operativni vojski je postavljena tudi izgradnja sanitete v zaledju. Povsod, kjer se nahajajo partizani, morajo vladati najbolj vzorne zdravstvene razmere, pa naj bo to fronta, ali zaledje. Tudi našemu civilnemu prebivalstvu je treba povsod in ob vsaki priliki pomagati, predvsem pa tam, kjer je ljudstvo zaradi fašističnega grozodejstva za sedaj potisnjeno v bedo, ki rodi mnoge bolezni in druge težave. Naš narod mora videti v nas svojo vojsko svojo oblast. In to bo, če mu bomo pomagali tam, kjer je najbolj pomoči potreben, v zdravstvenem vprašanju. Tudi interesi bodočnosti zahtevajo, da skrbimo za zdravje ljudstva.

Ali smo že kaj storili v smislu izgradnje naše vojne in povojne sanitete? Smo! Prišli smo od primitivne in skromne pomoči našim ranjenim in bolnim tovarišem, do zgradnje naših bolnic, do izvežbanega sanitetnega kadra, do sanitetnih šol itd. V zadnjem času se je začela izgradnja sanitetne mreže tudi na terenu z vrsto depedikulacijskih in antiskabičnih postaj, z mrežo apotek, ki zbirajo in oddajajo potrebni material in končno s povezovanjem vseh teh ustanov v krepko sanitetno organizacijo.

Borimo se z mnogimi težavami, primanjkuje nam marsičesa. Primanjkujejo zdravniške moči na terenu, manjkajo nam dobro urejene bolnice za civilno prebivalstvo, predvsem pa manjkajo sanitetne potrebščine. Toda vse te težave, vse te primankljaje rešujemo sproti s tem večjo aktivnostjo in dobro voljo posameznikov, kakor tudi celotnega sanitetnega aparata.

Kaj je naša glavna naloga? Skrbeti, da je izvede na čim boljše profilaksa, da ne zapademo pogubonosnim epidemijam, ki so se pojavljale v vsaki vojni, predvsem pa ob koncu vojn. Paziti moramo, da ljudstvo, ki je zaradi vojnih naporov izgubilo tisto narevno odpornost, katero ima sicer v mirnem času, ne zapade boleznim, ki bi kosile stotine in tisoče in proti čemur bi se borili v teh razmerah le s težavo. Zato

je nujna borba proti ušivosti. Uši so velik sovražnik človeka, ker prenašajpegavico. Zato se borimo proti garjevosti, ker ovira široki in težki razmah garij sposobnost za delo. Zato pazimo povsod, da ne nastopijo različne epidemije, ne pri nas, ne v naši bližini. Paziti moramo na čim višjo stopnjo higijene, ker tiči v slabih higijenskih razmerah mnogokrat vzrok različnim boleznim.

Civilno prebivalstvo danes težko pride do zdravnika, predvsem pa do zdravil. To zadnje je splošni in najtežji problem, ki se rešuje na vse mogoče načine. Ko koraka kaka naša divizija skozi vasi, imajo zdravniki edinic zelo veliko dela tudi s civilnimi bolniki. Oni jim po svojih možnostih pomagajo. To je potrebno, sicer se ljudje čestokrat ne bi imeli kam zateči po pomoč. S tem, da pomagamo našim bolnim civilistom, jih moralno dvigamo in pokažemo, da je naša vojska ljudska vojska, da se bori za ljudske interese, da so tudi danes, v teh težkih razmerah in sira za potrebe in želje ljudstva. Tudi naše dedik in antiskab postaje nudijo vso pomoč civilnemu prebivalstvu, ki je zelo hvaležno, če mu kdo v težavah prihití na pomoč. So kraji, kjer se je masovno pojavila garjavost. Danes so ti kraji čisti. Ni več nevarnosti ne za civiliste ne za vojsko, ki pri- tja tje. Vse to delo je del naše borbe in ravno ta je potrebno kot vsako drugo delo.

Razvija se nova oblast, ljudska oblast. Ta oblast je iz ljudstva in je ljudska. Ta nova oblast stremi povsod za tem, da zadosti težjam in potrebam ljudstva. Naš narod je bil navajen na to, da si je moral z dragim denarjem kupovati pomoč v bolezni. In sedaj? Sedaj in v bodoče bo drugače! Mi hočemo, da je naš narod zdrav in za to tudi skrbimo in bomo v bodoče še bolj skrbeli za to. Ker iz zdravniškega poklica ne delamo dobičcarskih podjetij, ker hočemo predvsem zdrave državljane, zato skrbimo in bomo skrbeli z vsemi silami, da narod ostane zdrav, da ga obvarujemo mnogih bolezni, jih lahko preprečimo, če že vnaprej pazimo. Pa raznja, ta skrb za zdravje zdravega človeka, to je profilaksa, to je del socialne medicine. Zglede imamo v vrsti uspehov v Sovjetski Zvezi. Ti zgledi so nam danes napotili, kako organizirati zdravstvo pri nas.

Prve kali imamo že zasajene, to so naravni početi ki - iz malega. Imamo že tudi perspektivo, kakšna bo naša sanitetna organizacija v bodoče. Tudi smo začeli z realizacijo posameznih za današnje razmere možnih stvari. Imamo težave! Da, ampak ravno tako, kot raste naša vojska in celotni naš pokret, tako raste tudi naša saniteta. Moramo se prilagoditi vsaki priliki, izkoristiti vsako situacijo, da poženemo razvoj naprej, da izpolnimo, kar je pomembnejšega, da popravimo, kar se je izkazalo za slabo. Pogosto so zahteve in potrebe tako velike in široke, da se prvi trenutek niti ne znajdemo. Toda dobro opazovanje terena, razgovori z ljudmi in opazovanje njihovega življenja nas napotijo k načrtnemu delu v smislu sanitetne organizacije z enim samim ciljem: pomagati ljudstvu, pomagati naši vojski. In če to dosledno zasledujemo in stojimo na pravi liniji kot pionirji v izgradnji naše sanitete.

Kovač Ludvik

NAŠA OPERACIJSKA SOBA

Pol leta je komaj tega, ko je bila še vsaka operacija tako za operaterja kot za operirance mučna. Zatohla, nezadostno razsvetljena bolniška soba in ne popoln instrumentarij so pri marsikaterem zdravniku zbudili željo po operacijski sobi. A takrat je bila želja skoraj neizvedljiva, saj je primanjkovalo marsičesa, najbolj seveda instrumentarije.

Z razpadom Italije so se pojavile prve dolinske bolnice. Te bolnice imajo že ločene operacijske sobe, tako da operater ne operira več prež trumo gledalcev ali ob boleznem ječanju težkih ranjencev. S suhi steriliziranim materialom in izpopolnjenim instrumentarijem smo delo olajšali, saj ne operiramo le v najnujnejših primerih temveč delamo celo že prve korekturne operacije. /Dr. Bogdan popravi s plastično operacijo ranjencu Beli iznakaženi obraz/.

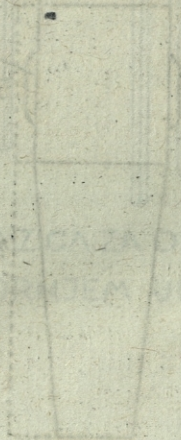
Takale je naša operacijska soba: velikost je tri krat tri metre, obita je s strešno lepenko in pobeljena, zaradi tega mnogo svetlejša. Vogel izpopolnjujeta dva velika okna. V kotu stoji lična lončena peč iz pečnic. Prostor je majhen, zato smo morali

pri opremi paziti. Dr. Peter je napravil načrt za operacijsko mizo. V par dnevih je že stala napravljen na iz 5 cm debelega ploha, 90 cm visokega in 30 cm debelega obeljenega smrekovega štora. Dvižni 60 cm dolg in 44 cm širok vzglavni del je s tečajji vezan s fiksnim 50 cm dolgim srednjim, ta pa z 78 cm dolgim sklopnim vznožnim delom. Naša miza ima tudi locenji in na srednjem delu pritrjena železna ročaja za roke. Napravimo še blazino, prevleka je pletnena, trodelna, izrezana točno po obliki mize vsi trije deli pa so povezani med seboj s trskovi. Tudi pručica za operaterja in pručica z dvema stopnicama že stoji ob mizi. Instrumentacijska mizica stoji na eni nogi in se da povišati, tako, da jo dvignemo pri operacijah nad noge operiranca. Imamo še eno mizico 95 cm visoko, s ploščo veliko 32 kret 55 cm, na štirih nogah, ki nam služi zlasti kot operna miza pri operacijah na zgornjem udju. Na narkozno mizico nismo pozabili, visoka je 90 cm, zgoraj ima lesen obroč, na katerega pribijemo plitvo platneno vrečico, spodaj ima polico za ledvičasto posodo. Ob oknu je pritrjena sklopna mizica, krita s steklom, ki jo rabimo pri mikroskopiranju. Prostora ni veliko, zato smo namestili pod strop široko polico, ki zavzema tri stene. Nanjo zložimo operacijske plošče, komprese, koške, napolnjene s steriliziranimi operacijskimi potrebščinami in z obvezili. V kotu stoji leseni umivalnik na treh nogah, spodaj ima polico za posodico s sublimatom, v kateri izpiramo rokavice. Nad umivalnikom je na steni obešena lesena polička zavmilo in krtače, nad to pa italijanska namrbtna aluminijasta posoda /drži 10 l/ z pipico spodaj, ki nam služi kot vodo- vod pri umivanju rok. Poleg umivalnika visi na kavlju obešena platnena vreča /55 cm globoka/, ki jo zgoraj drži odprto lesen obod; v njo spravljamo čisto tkanino in druge operacijske potrebščine. Ob umivalniku je pritrjen tudi obešalnik za halje, brisače in operacijske predpasnike. Prosta nam je ostala še ena stena in kot. Kot izpopolnjuje miza, ki nam služi lahko za instrumentacijstvo pri večjih operacijah. Ob steno pa smo postavili veliko stalažo z petimi policami za lekarno obvezil in instrumentarij. Instrumenti so med sanitetnim materialom najdražjega, zato jih mi negujemo takole: Po uporabi

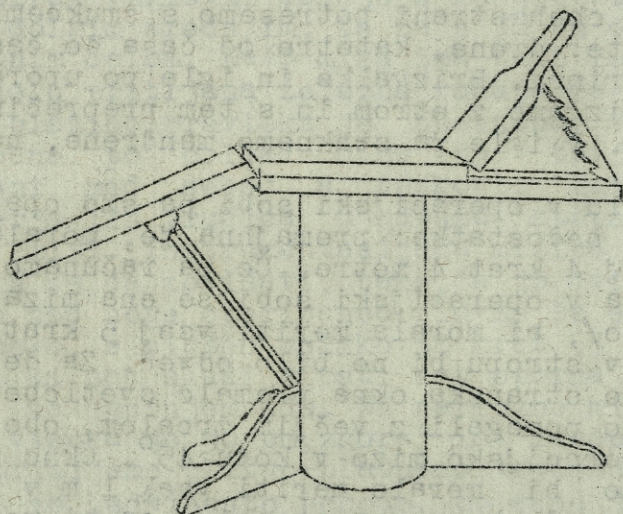
jih spet prekuhemo, razstavimo, osušimo in obrišemo s krpo, impregnirano z vazelino, ali ricinusovim oljem. Le ob taki negi jih ohranimo dolgo uporabne. Tudi na rokavice zelo pazimo. Po uporabi jih izperemo v 2 promilni sublinatni razstopini, nato jih osušimo s krpo in z obeh strani potresemo s smukcem. Gumijaste predmete: drene, katetre od časa do časa namažemo z glicerinom. Brizgalke in igle po uporabi izperemo, prebrizgamo z etrom in s tem preprečimo zaskočenje bata. V igle pa staknemo mandrene, namažane z glicerinom.

Pri delu v operacijski sobi pa smo opazili sledeče njene nedostatke: premajhna je, morala bi biti velika vsaj 4 krat 4 metre. Če pa računamo, da bi bila potrebna v operacijski sobi še ena miza /n.pr. za transfuzijo/, bi morala meriti vsaj 5 krat 4 metre. Tudi okno v stropu bi ne bilo odveč. Za delo v globini dajejo stranska okna premalo svetlobe. Za silo bi si lahko pomagali z večjim zrcalom, obešenim meter nad operacijsko mizo v kotu 45° . Okno nad operacijsko mizo bi moralo meriti vsak 1 m v kvadratu. $1/2$ metra nad oknom /na strehi/ pa bi morala biti napeta rahla tkanina, ki bi varovala pred direktno sončno svetlobo in obenem pred refleksi. Zaradi snage, miru in nevarnosti eksplozije pri narkozi naj bi se peč kurila zunaj. Vrata v operacijsko sobo bi morala biti vsaj 1 m široka.

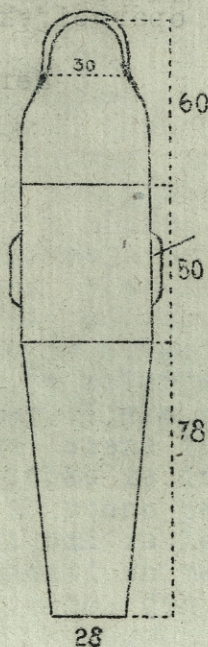
Jeras Marija



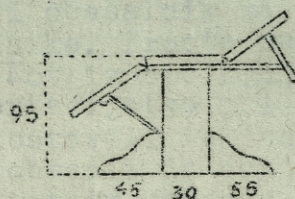
Operacijska miza

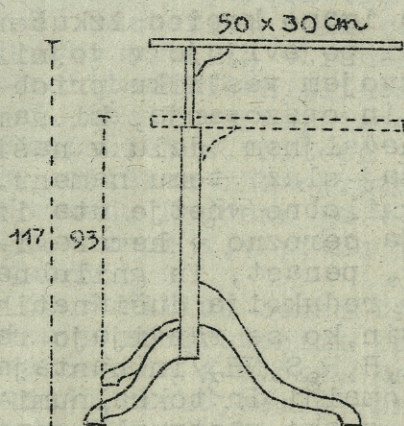


ločenj

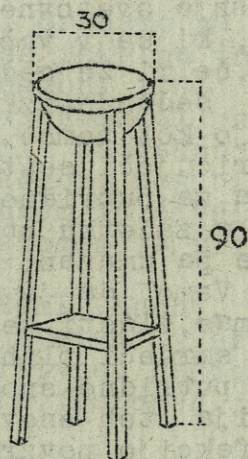


ročaj za fiksiranje rok

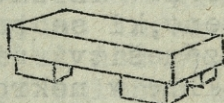




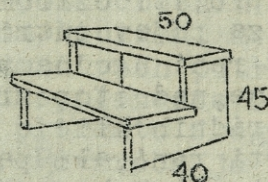
MIZICA ZA INSTRUMENTIRANJE



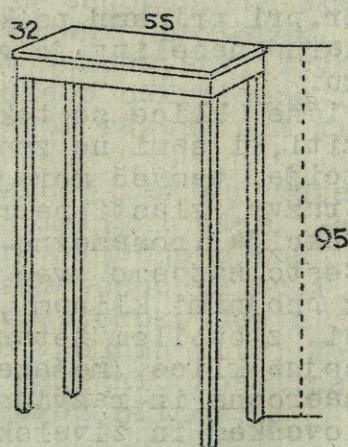
NARKOZNA MIZICA



PRUČICA ZA OPERATERA



STOPNICA



POMOŽNA MIZICA ZA OPERACIJE
NA GORNJEM UDU

Naše izkušnje o putridni infekciji.

Iz prejšnje svetovne vojne imamo kopico izkušenj o obolenjih, ki se v večji meri pojavljajo v vojni. Ne bo napak, če mi že sedaj v svojem vestniku priobčujemo naše sedanja izkušnje in opazovanja, ki nam lahko služijo kot pomoč pri nadaljnjem delu v naši saniteti. Pričujoči sestavek naj služi temu namenu.

Značilna za putridno ali gnilobno vnetje sta izloček, ki je v začetku obolenja serozno - hemoragičen, pozneje pa umazan, smrdeč, penast, in gnilobna snet tkiva. Vemo, da je gnitje redukcija dušičnatih organskih mas, zlasti beljakovin, ko se razvijajo različni, tudi smrdeči plini CO_2 , H_2 , H_2S , NH_3 in nastaja jo strupene putridne snovi: ptomaini in toksalbumini. Resorpcija teh snovi daje znake zastrupljenja. Putridno infekcijo povzročajo putridne klice, vendar čisto v družbi z navadnimi gnojnimi klicami /mešana infekcija/. Ločiti pa moramo od putridne infekcije gangreno, tekozvano aseptično gangreno, ki se pojavlja na pr. pri primarni poškodbi ali zemašitvi žile s sekundarno naselitvijo gnilobnih klic v nekrotičnem tkivu.

Putridne klice so toksigeni saprofiti oziroma polparaziti, ki sami ne zaostujejo za pojav putridne infekcije, temveč morajo najti v rani ugodna tla za svoj razvoj, zlasti nekrotične mase, nedostop zraka. Infekcija s posebnimi vrstami putridnih klic je redka. Čisto najdemo več vrst v isti rani, ali pa v družbi z gnojnimi klicami, zlasti streptokokov, včasih tudi z bacilom tetanusa. Gnjenje povzročajo le gnojne klice /mešana infekcija/. Putridne klice so anaerobne in razvijajo pline. Najdemo jih čisto v človeškem in živalskem blatu, zemlji, prahu itd. Te klice so:

1. *Bacillus proteus*. Dolga in debela paličica, gibljiva, navadno gramnegativna. Ima tipično kulturo z želatino. Najdemo ga čisto v prirodi, tudi v človeškem blatu. Patogeno ga srečamo pri človeku, samaga ali navadno v družbi s streptokokom in kolibacilom v ranah, fistulah in čirih ob riti, pri infekci

jah žolčnih in sečnih izvodil, pri vnetjih trebušne mreke zaradi perforacij itd.

2. *Bacterium coli commune*. Srečamo ga samega ali v družbi ostalih v ranah, ki so fekalno inficirane, pri peritonitidah, plinasti flegmoni itd.

3. *Bacillus emphysematosus* (Fränkel) s. *aerogenes capsulatus*. Sličen je bacilu antraksa, kratka, debela paličica z zaokroženimi konci, negibljiv, gram-pozitiven. Najdemo ga v človeškem in živalskem črevesju, v zemlji, v prahu itd. patogen je pri plinasti flegmoni.

4. *Bacillus oedematis maligni* (Koch). Tanka paličica z zaokroženimi konci, s sporami v sredini, gibljiva obdana z bički, gram-pozitivna. Najdemo ga v črevesju, mleku, zemlji, prahu itd. Patogen je pri malignem edemu.

5. Anaerobni streptokoki, *bacillus fusiformis*, in ustna spiroheta. Začnjeni dve klici srečavamo v ustih kjer povzročata gingivitis, stomatitis, angine itd.

Putridna infekcija nastaja endogeno in ektogeno. Važen je za nas predvsem ektogeni nastanek, ki ga podpirajo splošna neodpornost telesa, šok, izguba krvi, blatne in umazane, pozno in slabo oskrbljene rane z močno poškodovanim tkivom, zlasti raztrganim mišičevjem, komplicirani kostolomi.

Izmed vseh putridnih infekcij nas zanimata predvsem dve, plinasta flegmona in maligni edem. Značilna za plinasto flegmono sta razvijanje plina in gangrena. Povzroča jo *bac. emphysematosus* pa tudi *proteus*, *koli-bacil* in anaerobni streptokok. Često je mešana infekcija s prisotnostjo gnojnih klic. Maligni edem povzroča *bac. oedematis maligni*. Značilna zanj je močna edematозна oteklina brez plinov.

Znaki obolenja so:

1. Primarno ognjišče obolenja je rana, ki je suha, umazana, včasih črnikaste barve. Dno rane je pokrito z nekrotičnimi krpami tkiva. Rana izloča v začetku serozno-hemoragičen, pozneje umazan, penast, svojstveno smrdeč izloček. Čestp. je obrobljena s tipičnim hemolitičnim robom. Ranjenci tožijo o pretesno zavezanih obvezah o močnih, neznosnih bolečinah,

imajo visoko vročino.

2. Najdemo vse značilnosti flegmone /plinaste flegmone, plinaste sneti, plinastega edema, malignega edema itd./ in sicer: Koža je neobčutljiva, bleda v predelih flegmone bakreno rdeča, ali rjavkasta, ali bronasta, ali vijoličasta, često pegasto marmorirana, včasih gangrenozna z vidno izrazitostjo venoznega omrežja, pokrite včasih tudi z mehurji. Mehki deli so silno edematozni in vsebujejo pline, tako, da čuti mo prasketanje pod tipajočimi prsti. Pri udih so prsti bledoplavkasti, mrzli in neobčutljivi. Podkožje je gnilo, tako kot žolica in umazane sivozelene barve, vsebuje plinaste mehurčke in nekrotične krpe. Mišičje je umazano rdečerrjavo, razpadajoče in kuhanega izgleda. Fascije so nekrotične ter se mažejo. V vseh mehkih delih, zlasti v mišičevju je ožilje trombozirano, trombi gnilo razpadajo. Rane zaradi erozij manjšil žil zelo rdeče krvave, obstoji pa tudi nevarnost erozije večjih arterij. Pokostnica je ločena od kosti. Kostni mozeg je gnil. Sklepovne ovojnice in hrustanec razpadajo.

3. Zneki splošne infekcije: visoka vročina, nizek krvni pritisk, frekventen puls, težke motnje, zlasti pa nenehno poslabšanje splošnega počutja. Bolniki so pobiti, nemirni, bleedi. Često bruhaajo, težko dihaajo in stalno požirajo slino. Značilen je za take bolnike izraz obraza, ki je bleđ in značilne rumenkaste barve, ki sliči obrazu za rakom obolenih ljudi. Bolniki često urinirajo, množina urina pa je majhna. Urin je umazano hemoragičen, razpadajoč. Ugotovitev bolezni olajšuje: barva, značilen duh in plin rane, bolečine, otekline, barva kože in značilno prasketanje pod tipajočimi prsti. Tudi bleđorumenkasta barva obraza, bilo, vročina in ostali pojavi splošnega počutja, zlasti pa nenehno poslabšanje stanja so dobri znaki za ugotovitev.

Infekcija se razvija večinoma v prvih 48 urah, lahko v nekaj urah, ali pa v teku par dni.

Kot sem že omenil, pride diferencialne diagnostično v poštev saprofitično razvijanje plina v nekrotičnem tkivu po primarni poškodbi ali zamašitvi žil.

le. Diferencijalno diagnostično nas lahko moti še podkožni enfizem, nastal radi poškodbe tkiva, ki že fiziološko vsebuje zrak, ali pa z vsrkavanjem skozi rano po delujočih mišicah itd. Če se priključijo takemu podkožnemu enfizemu znaki flegmone, poslabša nje splošnega počutja, visoka vročina, je previdno in trezno diagnosticirati, ker se lahko usodno zmotimo. V takih slučajih je treba, ko nam ni mogoče bakterio loško dokazati povzročitelja, pač pretehtati vse značilne znake, ne pa samo posamezne.

Prognostično razlikujemo površno epifascijalno in globoko subfascijalno obliko. Epifascijalna oblika je redka. Navadno najdemo subfascijalno obliko, ki zelo naglo napreduje. Baje je obolenje z modrikasto barvo kože nevernejše in težje. Posebno nerodno je obolenje na trupu, kjer pač ni možna amputacija. Bolnik umre po večini v enem ali per dnevih zaradi srčne slabosti, žel, mnogokrat kljub radikalnemu zdravljenju. Primeri z ikterusom potekajo navadno letalno, zato smatramo lahko ikterus kot signum mali ominis. Mortaliteta je izredno visoka.

Profilaktično pride v poštev pravočasna in vestna oskrba ran, odstranitev vseh nekrotičnih delov in tujkov, široko odpiranje vseh žepov rane ter začetna drenaža. V novejših časih uporabljajo tudi profilaktično serume.

Terapevtične uporabljajo široke in globoke incizije, ki naj zlasti odprejo vse posledke med mišicami, na katere se pa ne smemo zanesti. Edino radikalno sredstvo je amputacija uda visoko v zdravem tkivu odprto zdravljenje amputacijske rane. Za amputacijo je meročajno mišičevje ne pa koža, to je amputirano lahko v območju obolenja, če še mišičevje ni prizadeto. Preizkusi se lahko s polivalentnim serumom, ki ga aplicirajo na vse načine v visokih dozah. Za izboljšanje splošnega stanja, zlasti po amputaciji so primerne infuzije fiziološke raztopine kuhinjske soli in analeptika.

Ker žal nimam na razpolago popisov bolezni primerov, ki sem jih zdravil v bolnici, navejam naslednje podatke po spominu. Opazoval sem dva primera maligne

ga edema, 5 primerov plinaste flegmone in en primer podkožnega emfizema s putridno infekcijo. Na drugih oddelkih sem konzulijarno videl 4 primere.

Moji primeri so sledeči:

1. Tov. A. ranjen koncem marca 1943 v gozdu od avionske bombe. Diagnoza: V.bomb.genus dex. Na zunanji strani desnega stegna je imel za 50 dinarski novček veliko raztrganino, ki je odpirala desni kolenski sklep. Rana je serozno gnojno secernirala. Takoj po prihodu je bila narijena incizija rane, drenaža kolenskega sklepa, Braunova podloga. 14 dni po poškodbi nenadno poslabšanje splošnega stanja, krvavitev iz rane. Pri reviziji rane sem ugotovil plinasto flegmono, ki je pa že segla v gluteje in trebuh, zaradi česar sem opustil amputacijo. Exitus letalis v 48 urah po ugotovitvi.

2. Tov. G. ranjen istočasno kot A. v gozdu od avionske bombe. Diagnoza: V.bomb.femoris dex. Na zadnji strani stegna tik glutealne zareze za dvojno dlan velika, široka odprta, globoka v mišičevje segajoča raztrganina. Ob prihodu je bila okolica rane nekoliko zatečena, temperatura subfebrilna. 14 dni po prihodu nenaden porast vročine in poslabšanje splošnega počutja. Pri reviziji rane in uda sem našel tipično sliko malignega edema, ki je segal že na trup, zaradi česar je bila amputacija opuščena. Exitus letalis v 24 urah po ugotovitvi.

3. Tov. M. ranjen v drugi polovici marca 1943 od avionske bombe. Diagnoza: V.bomb.extremitatis inf.dex.fractura complicata femoris dex. Na zadnji strani desne krače za žensko dlan veliko raztrganino, ki sega v mišičevje in široko zija. V sredini desnega stegna 3 približno za dinarski novček velike raztrganine, ki segajo do kosti. V isti višini drobčast prelom stegnenice. Stegno srednje zatečeno, koža navadne barve. Srednje močan homatom. Serozno gnojna sekrecija ran. Poškodbe so bile lege artis oskrbljene. 14 dni po prihodu začne nenadno tožiti o neznosnih bolečinah v kroči. Revizija uda pokaže da je rana na krači umazana, obrobljena s hemolitičnim robom. Iz rane se izceja svojstveno smrdeč, uma-

zan, penest izloček. V okolici se čuti presketoanje podtipajočimi prsti, koža rjavkasto vijoličaste barve. Prsti in noga do rane mrzli in bledi. Predlagamo amputacijo je odklonil. Exitus letalis v 48 urah po začetku.

4. Tov. N. ranjen v začetku avgusta 1943 od mitraljeza v zgornjo polovico levega stegna. Diagnoza: V. femoris sin., fractura femoris sin. complicata. Sprejet na odderek 7 dni po poškodbi skoraj brez bita. Ugotovil sem plinasto flegmono, ki je segala že visoko na trup. Rane so bile nabite črvov. Exitus letalis 12 ur po prihodu.

5. Tov. L. ranjen istotako v začetku avgusta 1943 v obe spodnji ekstremiteti od drobcav mine. Diagnoza: Vv. bomb. extremitatum utriusque. Sprejet na odderek 5 dni po poškodbi. Splošno stanje izredno slabo, visoka vročina, bruhanje, rumenkeste blede koža obraza in telesa. Pri pregledu sem ugotovil več od pol dinarskega novca do 50 dinarskega novca velike raztrganine po obeh spodnjih udih, ki so bile nabite črvov. Desni spodnji ud hladen, močno zatečen, z znaki plinaste flegmone, ki je segala že na trup. Exitus letalis v 24 urah po prihodu.

6. Tov. S., ranjen v začetku avgusta 1943 od nagazne mine v ude in vrat. Diagnoza: Vv. bomb. colli; fractura complicata ulnae sin., Vv. bomb. extremitatum utriusque. Opisal bom le rano, ki je bil ognjišče za putridno infekcijo. Na zunanji strani leve krače za dve moški dlani velika raztrganina, ki sega do pokostnice in v mišičevje. Mišičevje delno razcefrano, intersticiji nabiti kamenja. Deset dni po poškodbi sem opazil pri popoldanski viziti alarmantne znake splošnega počutja. Revidiral sem rane, ki sem jih sicer vsak dan prevezoval, ter ugotovil plinasto flegmono leve krače, ki je segala le še do kolena. Izvršil sem takoj amputacijo uda visoko v bedru. Amputacijsko rano sem pustil oderto. Prvi dan po amputaciji padec vročine in splošno zboljšanje. Naslednji dan porast vročine, splošno poslabšanje, iz amputacijske rane tipičen smrdeč izloček. Exitus letalis 72 ur po amputaciji.

7. Tov. I., ranjen v drugi polovici septembra 1943 v levo kračo od brzostrelke. Diagnoza: V, sclopus cruris sin. cum corpore alieno. Sprejet na oddelku 3 dni po poškodbi z visoko vročino, sicer pa še precej dobro splošno stanje. Levi spodnji ud vse do glutejev in trebuha močno edematozno natečen, koža vijoličasto marogasta. Prsti in noge do sredine krače mrzli. Na zunanji strani tik pod kolonom za 50 parski novce velika rana, ki hemoragično seccernira, tipičen duh. Oedema malignum. Na isti strani nad kolonom v spodnji polovici stegna se tiplje zrno brzostrelke v podkožnem tkivu. Odstranil sem tujek, naredil široke incizije. Exitus letalis v 48 urah po prihodu.

Vsi omenjeni primeri so bili tudi zdravljeni s sulfamidnimi preparati.

Vsi štirje primeri, ki sem jih videl konsilijarno, so bile plinaste flegmone. V dveh primerih je bila narejena amputacija, žel je v bolnem tkivu. Vsi štirje so umrli. Časovno sem videl dva primera v poletju, dva pa pozimi (februarja). Dva sta bila ranjena od mine, eden od puške, eden pa od revolverja.

Na podlagi svojih opazovanj in na podlagi pripovedovanja svojih tovarišev zdravnikov, sem prišel do sledečih zaključkov:

1. Plinaste flegmone in maligni edemi so se začeli pojavljati pri nas spomladi 1943. leta v večjih merah, ko je sovražnik začel uporabljati proti nam topništvo in minometalce. Pred tem časom sem ni sem opezil nobenega primera, po pripevedovanju tovarišev pa mi je znan le en primer, ki ga pa po svojih izkustvih smatram za navadno gangreno, ki je pozneje sekundarno prešla v navadno putridno vnetje. Ta primer je bil tudi rešen z amputacijo.

2. Prevladujejo plinaste flegmone nad malignim edemom.

3. Časovno so se pojavljali naši primeri skozi vse leto, tudi pozimi. Največ primerov smo opazovali spomladi in v poletju.

4. Pri opisanih primerih se je razvila infekcija v dobi od 2. do 14 dneh, torej v večini primerov precej pozno.

5. Večina primerov je potekala fudrojantno. Vsi so bili izredno maligni.

6. Po vrsti orožja so bili trije ranjeni od avijonske bombe, štirje od min in štirje od lahkega orožja.

7. Naša mortaliteta je bila do sedaj 100%-na.

Prav bi bilo, če bi tovariši zdravniki, ki so opazovali pri svojih primerih plinaste flegmone in malegnega edema značilnosti, opisali svoje opazovanja zaradi primerjave.

Dr. Pinterič Ivan

Kako zdravimo prisadne, gnojne bolezni kože.

Ta sestavek ima namen, pokazati vsakomur, ki je zaposlen v zdravstveno-bolničerski stroki, kako pravilno zdravimo razne gnojne bolezni kože, predvsem vse one, ki jih ljudstvo imenuje prisadne pike, gnojne mehurje, gnojne kraste, ture itd. Pri načinu zdravljenja so upoštevana predvsem cenejša, lažje dostopna improvizirana sredstva in pripomočki.

Gnojne kraste, ki jih imajo dojenčki in otroci o kolli nosu, ust, za uhlji, po lasišču itd., gnojni mehurji in kraste, ki se jih nalezejo včasih tudi odrasli včasih celo vsi člani družine oz. zajednice, večji in manjši turi, vse to so gnojne bolezni kože, ki jih povzročajo večinoma streptokoki in stafilokoki. Te vrste infekcija se razširja v različnih plasteh kože, v povrhnji plasti (epidermis), pod njo, kakor tudi globlje v koži in pod njo, v lasnem mešičku, v kožnih lojnicah itd. Od plasti kože, v kateri se razvija takšna streptokokna, oz. stafilokokna infekcija, je odvisno pojavljanje te ali one vrste gnojnega kožnega obolenja. Pri infekciji epidermisa nastanejo v njem manjši ali večji mehurčki, v katerih je v začetku motna tekočina, ki pa postane prav kmalu gnojna. Mehurčki se odpro sami ali pa jih odrgnemo z obleko oz. s praskanjem. Gnoj in gnojna spkrvična vsebina mehurčkov se posuši, nastanejo rumenkaste kraste, pod katerimi pa ostanejo ognojeni defekti epidermisa a-

li, globljih plasti kože s kaplenco gnoja, ki se da iztisniti (impetigo simplex, impetigo contagiosa).

V nekaterih primerih pa se razvijejo že takoj v začetku večji gnojni mehurji, ki se navadno kmalu spuste ob robvih pa se pod epidermiso zbira gnoj in se ta gnojni kolobar širi po koži naprej. Koža okoli gnojnega mehurja ali gnojnega kolobarja je vnetá (rdeča, zatečena, boleča). Iz osušenega gnoja nastanejo tudi v teh primerih kraste, pod katerimi razjede nabreni gnoj kožne plasti, tako da nastajajo pod krastami gnojne rane (impetigo circinata, impetigo staphylogenes). K tem infekcijam zanesemo s praskanjem, z obleko in različno nesnago še sekundarno infekcijo, ki povzroča še močnejša gnojna vnetja, kože, tako da zatečejo regionalne limfne bezgavke (na vratu, pod čeljustjo, okoli uhlja, v pazduhah, v dimljah) in se včasih tudi ognoje.

Če se stafilokokna infekcija naseli v lasnih mešičkih ali v lojnicah, nastanejo tudi (folikulitide, furunkuli, karbunkli, kožni abscesi). Če je turov mnogo in se vedno znova pojavljajo še novi, govorimo o turavici ali furunkulozi. Vse te strepto in stafilokokne infekcije kože skupaj, posebno če je gnojni proces zelo razširjen na posameznih delih telesa, imenujemo piodermijo (pyodermia).

Vsako gnojno obolenje kože lahko povzroči tudi resnejše komplikacije: vnetja gnojenja in degeneracije v notranjih organih (ledvicah, srcu, jetrih, kosteh) in pa tudi splošna zestrupljenja krvi (sepsa, piemija).

Gnojna vnetja kože nastajajo predvsem na mestih ki so izpostavljena mehaničnim insultom. Tako nastajajo in se širijo tudi zelo radi na tilniku, kjer drgne kožo ovratnik suknjiča ali srajce in vtare v male kožne razpoke in praske povzročitelja gnojenja. Prav tako se zelo rada inficira macerirana koža med stegni, v pazduhah, med prsti, pri ženskah pod povešenimi dojkami, pri debelih dojenčkih v gubah kože na vratu, za uhlji itd. Razen tega najdemo kožni prisad različne oblike, skero v vseh primerih srbečih kožnih obolenj. Pri praskanju z nohti ali pri obdrgnje

nju kože s perilom, obleko, posteljnino, si obdrgnemo kožo in vtaremo v ranjeno površno plast kože bakterije in povzročamo na tak način sekundarno infekcijo srbečega ali pekočega kožnega lišaja (ekcema) ali srbeče kože, ki so se v njej ali na njej, ali v obleki naselili različni paraziti (garje, uši, bolhe, stene). Navadno lahko že s sigurnostjo trdimo, da je ta ali oni dobil gnojni prisaed, samo zaradi tega, ker ima uši ali garje, kajti največkrat najdemo gnojna kožna obolenja prav na tistih mestih, kjer se najraje drže uši oz. garje in je tam videti tudi največ sledov turov, praskanja, prisaednin itd.

Tudi sifilis in tuberkuloza lahko povzročata gnojna kožna obolenja prav različnih oblik. Razen tega se pojavlja gnojna kožna vnetja tudi pri sladkorni bolezni (diabetes), vendar to ne spada v okvir naše razprave.

Impetiginozna, piodermična obolenja, ki smo jih naštevali in opisali, raznašamo in širimo po telesu torej s praskanjem, obleko, perilom, posteljnino, glavnikom, ob priliki britja, umivanja itd. Na isti način se bolezen širi tudi na druge osebe (v družini, v edinici), ki žive skupaj. Zaradi tega so kožna obolenja te vrste nalezljiva.

ZDRAVLJENJE:

Najvažnejša je snaga. Snaga telesa, obleke, stanovanja in higijenske življenjske prilike sploh. Nohti naj bodo vedno kratko porezani, roke umite po možnosti s toplo vodo in milom. Obleka in perilo snažno, zlasti cvratnik, če se po vretu radi spuščajo turi ali če moramo nositi obleko osebe, ki je temu podvržena. Redna kontrola, če nimamo uši ali garij. Posebno je treba paziti, da se ne okužimo, če stajujemo z osebami, ki imajo gnojne kraste, ture ali gnojni prisaed kake druge vrste. V tem slučaju je potrebno oddeljeno umivanje v posebni posodi, s posebnim milom in brisačo. Obolelega dela telesa ne smemo umivati z vodo, ker voda, ki odteka raznaša povzročitelja gnojenja še na zdrave dele kože. Prav tako ga lahko raznašamo pri otiranju z brisačo. Oboleli del telesa

sa je treba čistiti z rutico namočenno v žganju, špi-
ritu ali benzinu.

Gnojna vnetja kože je treba zdraviti sistematič-
no, sicer jih je zelo težko zatreti. Vsak gnojni me-
hurček ali večji mehur je treba odpreti, oz. obreza-
ti s škarjicami, ki smo jih poprej kugali 10 minut.
Gnoj, ki se pcedi iz mehurja, previdno obrišemo s
čisto rutico ali vato namočenno v žganju. Vse kraste
pod katerimi je koža vneto in kjer se da izpod kra-
ste iztisniti gnoj, je treba odlučiti s pinco ali
s škarjicami, gnoj obrisati, rano nato namazati z ma-
zilom in jo pokriti s čisto (prekuhano in vroče zli-
kano hidrofilno gazo ali pa če te ni, s čisto platno
no rutico iz mehkega hodnega platna, stare frotirke
ali sploh s tkanino, ki ni pregosto tkana in čim bolj
je popije gnoj in sokrvice, ki se cedi iz rane. Še
bolje je, če z mazilom namažemo tkanino, toliko koli-
kor je velika rana in jo previdno položimo na rano.
Ne razmetavaj pri tem mazila. Mazilo zajemaj in rez-
maži z ročajem žličke ali čiste trščice; paziti pa
je treba, da ne okužiš z žličko mazila, ki je še v
lončku, če si se z njo dotaknil rane. Zdrave kože ne
kaže pokrivati z mazilom, ker vsako mazilo kožo rez-
mahča) macerira posebno če je namažena na debelo in
pokrita s slabo propustno tkanino. Poškodovana koža
je bolj sprejemljiva za okužitev.

Ko so vse kraste skrbno očiščene in pokrite, je
treba tisti del telesa povezati z povoji ali platne
no ruto, povrh pa še pričvrstiti s trakom ali vrvico
da se obveza ne izmika in se rane lahko v miru celi-
jo. Tako je treba oskrbeti prav vsako krasto, vsako
prisadnico in vsako gnojno rano posebej. Če tega ne
storimo si bolnik v spanju s praskanjem samo še raz-
širi bolezen, tako da je potrebno za zdravljenje še
več materiala in časa.

Mazila, ki jih uporabljamo za zdravljenje takš-
nih impetiginoznih bolezni, so sestavljena iz maščob
ki jih primešamo snovi, ki dezinficirajo, to je uničijo
jejo streptokoke, stafilokoke in druge povzročitelje
bolezni. (Kako mešamo mazila, glej članek v Part. zdr-
avstvenem vestniku št. 1. str. 20-21.).

Snovi, ki dezinficirajo, je cela vrsta. Omenili bomo predvsem važnejše, med njimi takšne, ki jih bo mogoče še tu in tam dobiti.

Maščobi primešamo:

1 % rivanola ali pa

5 - 10 % belega živosrebrnega precipitata ali

1 % cinobra (*Hg sulfuratum rubrum*) ali

5 - 10 % - 15 % žvepla ali

5 - 10 % ihtijola.

Gnojenje pod krasto, ki je trdovratno in se neče zlepa očistiti in zaceliti, lahko pomagamo, potem ko je osnaženo z 2-5% lapisove raztopine, ali pa kar z lapisovim kamenčkom. Pomagemo ga lahko tudi večkrat z jodovo tinkturo, ki smo jo močno razredčili s špiritom ali žganjem, ali nasujemo na gnojno rano prahu zdrobljenih sulfamidnih tablet (*Prontosil*, *streptosil*, *tiocseptal* itd.) ali pa namažemo rano s sulfamidnimi mazili. Manj priporočljiva je sublimatna mast, ker je ne prenašajo vsi in se pojavi pri nekaterih zaradi nje kožno vnetje.

Če je krast mnogo, posebno pa če se kraste čvrsto zlepljene z lasmi (n.pr. na glavi, kjer so včasih vsi lasje zlepljeni kot oklep), moremo kraste najprej razmehčati, preden jih lahko temeljito odstranimo. Mazanje mazil po krastah povrh las ali povrh zlepljenih dlak in kocin nima nikakega smisla, ker mazilo ne dospe do sedeža bolezni, ampak ostane na krasti oz. ga popijejo obveze, pod krasto pa se gnojni proces širi naprej.

Najprej je treba poskušati porezati lase s krastami vred, kolikor je mogoče, če pa ne gre, pa prepojimo kraste z oljem ali raztopljeno mastjo, ki smo ji primešali 5% salicila (salicilna kislina). Če imamo vodikov prekis, lahko zmešamo olje z enakim delom 5% vodikovega prekisa. Čez lasišče povežemo plattene rute, povrh pa še manj propustno tkanino. Takšno -kapo- pustimo na glavi čez noč ali do 24 ur in jo če je še treba naslednji dan obnovimo, dokler niso kraste dobro razmehčane in jih lahko očistimo z glave s kamilčnim čajem, hipermanganom ali kar s prekuhano vodo. Nato porežemo še preostale lase in se

daj šele namažemo na obolelo, a očiščeno kožo na glavi, mazilo.

Prevezovati je treba vsek dan.

Pogostoma izginejo gnojenja in kraste že v par dneh. Ko se obolela koža že začne sušiti lahko uporabljamo tudi cinkovo mazilo, ki edstringira, to je suši in celi.

Posamezne manjše gnojne kraste ali prisadnice na obrazu je le težko dobro zavezovati, zato žalostu je, da jih samo namažemo po dva ali trikrat na dan in pazimo, da ostanejo vedno namažane. Ponoči pa na vežemo na obraz platneno masko, tako da pokrije namažena obolela mesta. Da se mazilo bolje prime kože, mu primešamo cinkovega mazila ali pa pudra.

Če gre za obsežnejša, trdovratna in močno zanemarljena gnojenja n. pr. če je večji del stegna poln piodermičnih afekcij, poskušamo s sublimanimi obkladki. Najprej je treba očistiti kolikor je mogoče kožo od krast, odstraniti s krastami zlepljene kocike, obrezati vse gnojne mehurje ter očistiti od gnoja in krvi. Nato pokrijemo obolela mesta s platnenimi rutami, ki jih namočimo v sublimatni vodi (v 1 litru vode raztopimo 1-2 sublimatne tablete). Povrh povežemo manj propustno tkanino. Ovitek obnavljamo vsakih 6 ur, 2 ali 3 krat zaporedoma. Sublimat tako močno desinficira, da so v tem času navadno vse rane že očiščene in se, namažane s 5% precipitatnim mazilom v cinkovi pesti v par dneh zacelijo. Bolniki z mokrimi obkladki morajo mirovati, prav tako tudi bolniki, ki se zdravijo zaradi večjega števila gnojnih krast, posebno na rokah in nogah.

Saj pa je tudi bolje, da se zdravijo par dni sistematično, da mirujejo in hitro ozdravijo, kot pa da se le neredno mažejo, trosijo dragoceno mazilo, ne ozdravijo pa po več mesecev in še stalno okužujejo svojo okolico.

Sublimatna voda naj bo v zaprti steklenici na kateri mora biti označeno - STRUP. Pri obsežnih gnojenjih kože si pomagamo tudi s kopelmi obolelega dela telesa. Kopljemo (ali oblivamo) ga z vodo, ki smo ji primešali Vlemingosove žveplane raztopine

ki sicer služi za zdravljenje garij (30-40 gr. na skledo vode). Na obsežna gnojenja polagamo lahko tudi obkladke, ki jih večkrat prelijemo s špiritom ali žganjem, kraste in mehurje morajo biti tudi v tem primeru že preje odstranjeni.

Če je bila prvotna (primarna) bolezen, iz katere je nastalo zaradi sekundarne infekcije gnojno obolenje kože, garjavost ali ušivost, moramo takoj ko je ozdravljena gnojna okužitev kože, temeljito zdraviti še garje oz. ušivost. Zdravljenje turov, turavic in gnojnih mozoljev.

Zdravljenje večjih turov, karbunklov itd. prepustimo raje zdravniku, ker bi napačno zdravljenje prav lahko povzročilo nesrečo in tudi smrt. Manjši turi pa se najbolje zdravijo kar sami. Vsak tur je treba posebej obvezati, kakor pri prisednicah. Prav posebno pa to velja za mesta na vrhu, ali drugod kjer rob obleke vtira kužni gnoj iz turov v zdrave predele kože. Prav majhne ture lahko zatremo, če jih že takoj v začetku vbojemo in izžgemo z žarečo iglo. Sicer pa jih namažemo z ihtijolom (čistin ali pomešanim z mastjo). Šele ko se na vrhu tura pokaže gnoj, ali če je na vrhu že suha krastica, jo odtrgamo in pokrijemo tur nato z ihtijolom, borovim, žveplenim ali 1% karbolnim mazilom. Pri večjih turih pospešujemo zorenje z vročimi obkladki (prekuhana voda in žganje) in ihtijolovim mazilom. Nikdar ne smemo turov stiskati. Če stiskamo tur, da bi iztisnili iz njega stržen (gnojno nekrozo), ki se še ni samo do-obra odluščil, nehote vtisnemo kužni gnoj v okolico tura in s tem lahko povzročimo komplikacije. Posebno pa je prepovedano stiskati ture na obrazu, predvsem na ustnicah.

Samo pri turih, ki so že odprti in je stržen že zrahljan, smemo s prav lahkim pritiskom od daleč pospešiti izločitev stržena. Gnoj nalahko obrišemo, prav tako kot pri prisednicah. Okolico večjih turov je treba vsak dan namažati s cinkovim mazilom, ki smo mu primešali 5% žvepla, ali pa z jodovo tinkturo ali sublimatnim špiritom ali pa s 5% taninskim špiritom.

Idor trpi za turovico (furunkulozo) se mora prav tako sistematsko zdraviti kakor smo opisali to pri zdravljenju prisadnic. Naj pazi na redno prebavo, naj uživa mnogo sveže zelenjave in sadja, v ostalem pa preprosto in lahko hrano.

Mozoljavost obraza (acne juveniles, a. vulgaris. comedones), za katero trpe pred vsem mladi ljudje, ki imajo obenem zelo mastno kožo, spada tudi deloma v skupino opisanih gnojnih obolenj, posebno če so mozolji gnojni in se obenem pojavljajo tudi turi. Vsak večer in tudi zjutraj se je treba umivati obraz s toplo vodo in milom, ki dobro razstopi in odstrani kožno maščobo. Nato pa si obolelo kožo dobro netremo s 5-10% žveplenim mazilom. Poleg tega si lahko mažemo kožo 1 ali 2 krat dnevno s širitom ali žganjem, ki smo v njem raztopili 2% salicila.

Pri komplikacijah, večjih oteklinah, vnetjih bezgavk, hujših bolečinah, povišanju temperature, ki bi se pojavila v zvezi z opisanimi kožnimi boleznimi, mora bolnika zdraviti zdravnik.

POMNI: Vsako gnojno obolenje, pa naj je samo pri sadnica, tur, gnojna krasta ali podobno, moramo zdraviti skrbno in pazljivo in ga ne smemo zanemariti. Iz obolenja, ki v začetku izgleda prav malenkostno, nastopi lahko nenadoma nevarna komplikacija, septično zastrupljenje krvi, obsežna večja gnojenja, abscesi in flegmone ter različne nevarne notranje komplikacije. Tudi je vsako gnojno obolenje kužno in postane lahko nevarno tudi za druge.

Dr. G.

BOLEZNI ZOB IN UST

V 1. številki Vestnika smo razpravljali o stanju, osebni in strokovni negi zob ter tudi o vnetjih zobnih dlesen. Ugotovili smo, da je med glavnimi vzroki za pojav teh vnetij nezadostna nega ustne votline.

Vzrokov je seveda še več zunanjih in notranjih, ki so med seboj povezani: zunanji dražljaji nezadostna nega, torej usedlina zobnega kamna in ostankov je

di, slabo izvršena zobarska dela, tesnostoječi zobje, Motnje v notranji sekreciji, presnavljanju, posledice prestenih bolezni, n. pr. gripe, pljučnice; enostranska oz. pomanjkljiva prehrana in pomanjkanje vitaminov, posebno C. Končno naj omenim še direktno okužbo s posebnimi bakterijami.

Vse bolezni v ustni votlini delimo v tri skupine. 1.) Bolezni zob, 2.) bolezni zobnih dlesen in 3. bolezni ustne sluznice ustne votline. Vsaka izmed teh skupin se deli zopet na več bolezni. Dotaknili se bomo točneje samo onih, ki nam povzročajo največ težav in sicer:

1. Bolezni zob, n. pr. zobna gniloba, različna vnetja zobnega živca, vnetja zobne pokostnice in kombinacije med slednjimi ter vnetja čeljustne pokostnice. Vse te bolezni so po svoji naravi in težkoči nujno povezane na strokovno pomoč, periodičen posvet, pregled in dejanska pomoč.

2. Bolezni zobnih dlesen o katerih lahko trdimo da so povzročene pretežno od zunaj vsled pomanjkljivega čiščenja zob in ust ter odlašanja s plombiranjem gnilih zob, z ruvenjem zob in korenik, čiščenjem zobnega kamna, vsled umetnih zob, protez, mostov, potem vsled nezadostnih zobarskih del ter mehanične ranitve dlesni z zobno krtačko, zobotrebcom, kostmi, trdo hrano, udarcem itd.

Delimo jih v 5 vrst:

1.) Navadno vnetje zobnih dlesen (gingivitis marginalis), ki se pojavi zaradi nezadostne ustne nege, nezadostnega samočiščenja med mletjem hrane, mehanske ranitve in usedlin zobnega kamna; pa tudi zaradi anemije in kloroze.

Dlesni porde kasneje so temnordeče in celo lividne, edematozne in hitro ranljive. Vnetje se razširi pozneje tudi v mošnjicah dlesen, kjer opazimo belo oblogo.

To vnetje ozdravimo z odstranitvijo event. povzročitelja, s skrbnim mehničnim čiščenjem (zobni kamen), z atomizerjem, izpiranjem s H_2O_2 in masažo z ovitim in v alkohol namočenim prstom.

2.) Vnetje zobnih dlesen, ki odstopajo od zob in

trajno ginejo (gingivitis atrophicus). Glavni vzrok vnetja in usihanja dlesni je zobni kamen.

Rob dlesni zdebili in štrli od zob, pod robom na vratu zoba pa leži črnkast zobni kamen.

S temeljito odstranitvijo zobnega kamna, s tuširanjem obolenih mest z razredčeno karbolno kislino (1:1 z alkoholom) in masažo vnetja odpravimo ali pa vsaj zmanjšamo in s tem obvarujemo prizadete zobe prezgodnjega omajanja in izgube.

Poseben je dlesen opažamo tudi pri starejših ljudeh kot nujen starostni pojav, katerega pa ne spremlja vnetje.

3.) Preraščanje zobnih dlesni kot posledica vnetja (gingivitis hyperplastica). Ta bolezenski pojav povzročajo pomembna nepravilna ustna in usodna zobnega kamna, tesnostoječi zobje, pa tudi notranja sekrecija (nosnost žene). Simptomatično je preraščanje sluznic in pogoste krvavitve iz robov dlesni. S pazljivo odstranitvijo zobnega kamna, masažo, tuširanjem (razredčena karbolna kislina ali klorcink) skušamo zaustaviti preraščanje. Pri težjih slučajih je potrebna kirurška odstranitev izrastlin.

4.) Vnetje, ki nagiba k spontani krvavitvi (ging. haemorrhagica). Poglavitni vzroki tega vnetja so hemoragična diateza, leukemija, skorbut, purpura). Značilno je spontana krvavitev iz dlesni. Potrebno je zdravljenje vzročne bolezni.

5.) Vnetje dlesni, ki ga povzroča svinec (ging. saturnina). Vzrok je kronično zastrupljenje s svincom.

Značilna je rjavosiva obloga na obodu dlesni. Potrebno je zlasti zdravljenje zastrupljenja in nege: izpiranje s kamilčnim čajem ter parkratno tuširanje z razredčeno karbolno kislino.

Vsa ta vnetja so lažje vrste a najpogostejša. Če jih zanemarimo in omalovažujemo postanejo lahko usodna za zobje, potem ko se razvijejo in razširijo dalje na zobno in čeljustno pokostnico. Pod njihovim vplivom začne zobnočeljustni greben propadati in tako se vedno bolj zmanjšuje odpornost zob. (Paradentalna vnetja).

V zvezi z drugimi, v prvi vrsti notranjimi vplivi, se morejo ta vnetja razširiti tudi na druge dele ustne votline in povzročiti tretjo skupino ustnih bolezni: kataralno vnetje sluznice, skorbuto, noma itd.

Sedaj spomladi bo teh ustnih bolezni gotovo še več posebnost, ker trajajo težke prilike že tretje leto. Glavni vzroki za te pojave so navedeni že zgoraj. Za zaježitev prevelikega razmaha je potrebno sledeče navodilo:

1.) Izboljšanje hrane s tem, da se nudi tem boleznim podvrženim osebam več surove hrane: jabolka, suhega sadja, repe, zelja, česna, čebule, limon in kruha.

2.) Čimvečja snaga ust, čiščenje ust in zobovja zvečer pred spanjem in ev. masaža na zgoraj opisani način.

3.) Odstranitev vsega, kar ta vnetja pospešuje, ali celo povzroča: čiščenje zobnega kamna, plombiranje gnilih in zdravljenje obolelih zob, ekstrahiranje vseh preveč pokvarjenih zob in korenik, odstranitev slabih zobnih nadomestkov.

4.) Pogostejša kontrola nad vsemi, da bi se te bolezni zaježile že v začetku.

Jerič Janez

Pripomba urednika: Vnetja in razjede dlesni in druge sluznice ust je med partizani pogosta in trdovratna bolezen, ki se je upirela zdravljenju v marsi kakem primeru tako, da je zdravnik že obupal. Jeričevo tuširanje z alkoholom razredčeno karbolno kislino, se je izkazalo tudi v teh primerih večinoma zelo uspešno. Tuširati je treba enkrat ali parkrat.

KAJ V PARTIZANSKI MEDICINI PREMALO IZKORISČAMO

Ponavadi vse preveč tožimo o tem, česa nimamo, pri tem pa pozabljamo na prednosti, ki nam jih partizanska medicina naravnost vsiljuje.

Tako n.pr. premalo izrebljamo najuniverzalnejše zdravilo - sveži zrak, čeprav vemo, da ni važen samo pri pljučnih boleznih (pljučni jetiki, pljučnici itd).

ampak, da je nujen pogoj za vsako uspešno zdravljenje sploh. Ko je po prvi svetovni vojni na Angleškem razsajala gripa, so bile že vse bolnice prenapolnjene, novi bolniki pa so prihajali drug za drugim. Zato so se v neki bolnišnici odločili, da bodo dali najtežje slučaje, kjer ni bilo več upanja na okrevanje, kratkoinmalo na prosto, čeprav je bil december in je deževalo; samo tako so pridobili prostor za bolnike, pri katerih so še upali, da ozdravijo. Rezultat: ravno kandidati mortis, ki so v dolgih vrstah leželi na nosilih pred bolnišnico, so večinoma okrevali, ker so imeli dovolj svežega zraka. V zadnjem času celo vse bolj poudarjajo, da je zrak izvrstno če ne najboljše zdravilo zoper sepso; in še več: da sulfamidi in druga zdravila res učinkujejo šele, če ima septični bolnik dovolj svežega zraka. Pri nas pa ravno težke septične bolnike često najdemo v zatohlih prostorih, kjer morajo vdihavati izparine lesa in tujih ran. Ti pacienti so seveda nepokretni in ravno zato ne pridejo na prosto, čeprav so zrak najbolj potrebni. In to pri takih zalogah svežega zraka, kot jih imamo v partizanih!

Težave z ležanjem na prostem so pozimi res velike (hud mraz, debel sneg). V drugih letnih časih pa nimamo opravičila, če težki ranjenci dobivajo premalo zraka. Tudi ni dovolj, če take pacienta nosimo ven samo čez dan, kadar je lepo vreme. Poleg tega s stalnim prenašanjem zelo škodujemo zdravljenju prelomov (ki tvorijo glavni del težkih ranjencev); če namreč zlomljeni ud ni res dobro fiksiran, se pri prenašanju prelomki tarejo med seboj, kar zavlačuje tvorbo kalusa, zanaša bakterije v tkivo itd. Septični ranjenci bi morali torej ležati v zračnih lopah dan in noč, v lepem in grčem vremenu!

Neveren je lahko pri tem edini mraz, ki bi oviral krvni obtok v že tako in tako negibnem bolnem delu telesa in s tem zavlačeval zdravljenje. Zato je treba, da so bolniki v takih lopah res dobro ode- ti, da jim po potrebi dajemo termoforje in toplih pijac. Kadar so dozda naši ranjenci uživali svež zrak so ležali po navadi v zasilnih pristreških, kjer jim

je manjkala predvsem potrebna toplota.

Drugo, kar v partizanih premalo izrabljamo, je sonce. Vsi hvelimo Finsena in Rollier-ja, na sonce se pa spomnimo kvečjemu pri kakšni kostni tuberkulozi. Na torpidne granulacije razjede (ulcera) itd. pa dajemo vse mogoče stvari, čeprav bi s preprostim sončenjem dosegli ponavadi uspeh hitreje in ceneje. Pa tudi kot sredstvo, ki zveča splošno odpornost, luč pre malo cenimo!

Težave so pravzaprav majhne. Treba je pač nositi nepokretne tovariše na sonce in rane eventualno razvezovati (ni vedno potrebno da obsevamo rano samo).

Nevarnosti pa so pri tem že večje, kot pri samem ležanju na prostem. Posebno je škodljivo vsako pretiravanje. Vsekakor je treba začeti z majhnimi dozami po nekaj minut in to na majhno površino; postopoma povečujemo čas in površino. Tako ne bomo kože nikdar opekli. Za bolnike s pljučno tuberkulozo je pa sonce strup! Tu ga sme uporabljati samo izkušen zdravnik in še ta previdno. Prav tako ni priporočljivo sončenje za paciente z znatnejšo ali celo višjo vročino in za težke ranjence sploh. V glavnem je to sredstvo za rekonvalescente in pa stare rane, ki se slabo celijo. Tu pa včasih dela čudeže ravno "stari zdravnik Sonce", kot mu pravi De Kruif. Še na eno nevarnost je treba opozoriti: na avion. Ker se sončimo pač na planem in nas beli povoji še celo lahko izdajo, je treba na to nevarnost misliti; če z njo računamo, se je pač ni težko varovati.

Tretja "prednost", ki je pri partizanih nismo umeli izrabiti, je pomanjkanje obvezil. Mislim na negovanje ran brez obvez. Tudi to načelo, kot prvi dve ni novo, čudno pa je, da ga še nismo uvedli, ker nas je varčevanje z obvezili naravnost sililo v to smer. Sicer pa ni varčevanje razlog da bi uvedli ta princip, temveč uspehi pri zdravljenju. Böler n.pr. tako le govori o njem: "Posebno dragoceno je zdravljenje ran brez obvez, kajti, če ga načrtno uporabljamo, se nam ran sploh ni treba dotikati, rana ima res mir. Če dobi pacient vročino, lahko takoj vidimo, dali se v

rani ali okrog nje nastale kakšne spremembe. Vsak dan pri vsaki viziti vidimo, kako je z rano. Preobve zovanje, ki nam tretji čas in denar ter boli, ni več potrebno. Rane ne zavdarjajo, nič več ne gnijejo izločki ran v obvezah, kar vidimo zlasti poleti vedno znova pri obvezanih ranah. Zato je mušja nedloga neznetna. Koža okrog rane ostane ponevdi normalna ne postane eksematozna in macerirana. To je posebno važno, kajti macerirana koža je kotišče odkoder se rane vedno znova inficirajo. Suhih krast, ki se tvorijo na rani, ne smemo odstranjevati, kajti pod njimi se najlaže zbira vlaga, potrebna za zdravljenje rane. Težki ranjenci izgledajo pri zdravljenju ran brez obvez in pri neprekinjenem miru večinoma cvetoče; izgubljajo namreč le malo sokov in ker nimajo bolečin, sta apetit in spanje nemotena."

Tudi če se zdi za sodba nekoliko optimistična, moramo priznati, da bo pri tej metodi volk sit in koza cela. Poleg prištednje na času in obvezilih je za nas važno, da odpade del pranja.

Težkoče so zlasti v tem, da vseh ran sploh ni mo goče zdraviti na ta način, ker so na preveč neprikladnih mestih. Mnogo ran pa lahko pustimo brez obvez, če naredimo preko njih ločnje (rebrnjake) iz Cramerjeve žice ali leskovine. Ud s tako zaščiteno rano lahko odenemo, ne da bi se rana dotikala odeja (pri pometanju, ali pa, če ranjenca zebe). Z malo dobre volje in iznajdljivostjo bomo gotovo kmalu dobili smisel za improviziranje takih rebrnjakov za razne dele telesa.

Nevarnost pri tem je morda le, da bi kdo (bolničarji medicinci) ta princip napak razumel. Zato poudarjamo, da ostane prva obveza, kompresijska obveza; prav tako mora biti obvezana rana, dokler ne pride pacient na stalno mesto, ker bi se pri transportu rana lahko okužila (tetanus). Pa tudi na stalnem mestu velja za sveže, neinficirane rane, da jih nekaj dni zaščitimo s sterilno gazo, zlasti še, ko pobere mo dre ne. Nato pa jih negujmo brez obvez, kakor okužene rane. Če bi se pojavile muhe, prepne mo rebrnjake s plastjo gaze.

Zrak, sonce, in negovanje ran brez obvez lahko idealno kombiniramo.

Toliko v principu. O podrobnejši tehniki in uspehih pa naj poročajo naši praktiki.

Dr. Zupenčič Andrej.

KULTURNO - SOCIALNI KOTIČEK

SPOŠTUJIMO IN NEGUJMO SVOJO MATERINSČINO!

V sedanjih osvobodilnih bojih imamo zdravniki največ posla z ranjenci. Ne bo napek, če se zedinimo v označevanju ran, opravkov okoli njih in potrebščin zanje.

So ljudje, ki smatrajo tako sporazumevanje za pi kolovstvo. Pa ni! Kdor hoče, da bodo pojmi jasni - če kje je potrebno, da so v zdravstvu, zakaj sicer je zmeda in nesreča - mora imeti tudi jasne in nedvoumne oznake.

1) Rane delimo po njihovi stopnji, pa tudi po o-rodju, ki jih povzroča. Tako poznamo: praske, odrgnine ali ogrebine (ogrebotine), odrtine, oplaznine oziroma obrsnine (kadar nas kaj oplazi ali obrsne) rez trganine, zmečkanine oziroma zmlinčnine (kadar nam kak ud zmlinči). Poleg teh pa tudi vrezne rane ali vreznine, vbočne ali vboznine, strelne rane. Pri zadnjih razločujemo še posebej oplazni ali obrsni strel tangencialni, prestrel, žastrel oziroma obtičani ali tičeči strel. Strelni žleb je tudi vzdolž odprt, strelni tov ali kanal pa samo na obeh koncih. Izstrelek nasploh zastrelek, *it.d.*

2) Rano, poškodovani ud, ranjenca obvežemo - napravimo obvezo; rano, ud, ranjenca in obvezo razvežemo, kadar obvezo odstranimo; rano, ud, ranjenca preobvežemo, kadar obvezo odstranimo in napravimo novo.

Na rano devamo ali polagamo gazo (tančico), bato staničevino (celičnino), vse skupaj povijemo s povojem, ki ga zavežemo z vozlom ali petljo, pri razvezo-

vanju oziroma preobvezovanju pavvozel odvežemo. To-
rej: rano, ud, ranjenca obvežemo, razvežemo, in preob-
vežemo, povoj zavežemo in odvežemo. Razločujemo obve-
zo od preobveze, dočim sta obvezovališče (kraj, kjer
obvezujemo) in obvezovalnica (soba) ter preobvezova-
lišče oziroma preobvezovalnica bolj ali manj isto-
vetna pojma.

Namesto preobvezovati in obvezovališče rabijo
nekateri tudi previjati in previjališče.

Gazo (oznaka po mestu Ghazzah v Palestini (zlo-
žim: zložena gaza = zloženka, oziroma batiram: bati-
rena gaza = batiranka. Kadar jo rabim okoli dre-
na, je zarezana gaza = zarezanke. Gazo narežem, da delam
iz nje gobice, zloženske, batiranke, zarezanke.

3.) Obvez poznamo več: navadne, škrobane, mavčeve
(sadrene, gipsove). Povoj je kelikojev, mulov ali hid-
rofilen, škroban, mavčev. Rano, ud, ranjenca obvežemo z
navadno, škrobano z mavčevo obvezo (ga umavčimo ali
zamavčimo ter odnavčimo ali razmavčimo, kadar mu mav-
čevo obvezo snamemo). Povoj in obveza sta mavčeva =
iz mavca; soba, kjer mavčimo, miza, na kateri mavčimo,
škarje, ki jih rabimo za obrezovanje mavčeve obveze,
vse to je mavčno, ker to pač rabimo pri mavčenju, ni
pa iz mavca!

4) Obvezila - ne pa "obvezilni material!" (v št
1. PZV je tiskarski škrat napravil iz obvezilnega
materiala "obvezni material!"). Sem spadajo gaza ali
tančica, bata, staničevina ali celičnina, povoji (ka-
likojev, mulov ali hidrofilni, škrobani, mavčev = sad-
reni = gipsov).

Za skupek obvezil, ki ga ima vojak za prvo silo,
je pravšna slovenska oznaka "prvi povoj" in ne "prvi
zavoj", ker pomeni pri obvezovanju "turo": cirkular-
na tura je krožni zavoj. Na rano obvezila denemo ali
polagamo, s povojem jih povijamo. Povoj nategnemo
da je obveza trdna, in popuščamo ali ohlapimo (ohla-
piti), da ne tišči, da potemtakem ohlapne (ohlapneti)
obveza je potem ohlapna. Povoj navijem ali zvijem
z navijalnikom v zvitek (svitek je obroč za podlogo)
pri obvezovanju držim njegovo glavo v roki, rep pa
malo odvijem in potem povoj ovijam okoli uda. Kadar

se povoj udu ne prilega, tedaj napravim obrst-renver se.

5) Ovojnica je kapsula pri organih (jetrih, vrenici, ledvicah) ali mošnja iz gaze pri Mikuliczevem tamponu.

6) Z gobico (iz gaze) kri in gnoj v rani brišem in pijem.

7) Zilo; slepičev štrcelj podvežem (ligiram, napravim ligaturo) s podvežnjo (z ligaturo). Ligatura pomeni torej dvoje: delo in nit, s katero delo opravi. V slovenščini je delo-podveza, nit-podvežnja. Slovenska kmetica si pod koleno nogavice podveže (slično si krilo podbreca ali izpodbreca).

Odpodveze in podvežnje se razlikuje preveza in prevežnja. S prevežnjo (Esmarchova prevežnja), prevežem krvaveči ud, na udu torej napravim prevezo.

Preveza in podveza je dvoje pojmov, ki ju moramo razlikovati, ker ju pač rabimo!

8) Poškodovani ud fiksiramo-ga pritrdimo na opornice in imobiliziramo-ga onegibimo, ga napravimo negibnega. Nekje sem bral za imobilizirati "ustaliti", kar je neprikladno, ker ustali se razburkana tekočina, človek se z leti ustali.

9) Pri streljih imamo izstrelke, ki se razpočijo, ko zadenejo, to so eksplozivni ali razpočni streli, in take ki udarijo na organ in ga razrijejo, to so ekspanzivni ali razrivni streli. To so torej streli ki v organu zadenejo na kost, jo raztrgajo in s kostnimi drobci razrijejo organ. Podoben učinek nastane tudi, če ti izstrelki v svojem poletu smer spremene tako, da ne zadenejo s konico, marveč pošev. K ekspanzivnim ali razrivnim strelom spadajo tudi dumdumski streli, ki imajo svojo oznako po tvornici streliva v Dumdumu pri Kalkuti, kjer se jih na pobudo lovcev na indijsko veledivjad najprej izdelovali. Dumdumska krogla je ali iz dvojne kovine, zrno iz ene, plašč iz druge, ali pa iz enotne kovine, toda na koncu odsekana, izdolbena ali preklana. Za presojo, dali je rana povzročena iz dumdumske krogle, ni dovolj samo oblika rane, marveč je treba najti pri strelcu tudi dumdumske naboje, zakaj pri novodobnem smočniku razrije

ud tudi navadna krogla, kadar uderi na kost.

Strel je zbliza ali zdaleč. Strel iz neposredne bližine ima okoli vstrelne rane črno osmado, kolobar od-smođnika in plinov. Izstrelna rana je mnogo več-ja od vstrelne, zlasti še, če je izstrelek v telesu zadel na kost, ki je potem učinkovala razrivno, slič-no dumđumski krogli.

10) Kadar pri operaciji šivam, držim šivanko (s šivanko šivam, skozi iglo vbrizgavam!) z držalom. To ni šivalnik, zakaaj šivalnik-šivalni stroj, ne samo tisti za šivanje obleke in perila, marveč tudi oni za kirurško šivanje pri resekciji želodca.

Držalo ima dve čeljusti, sklep in ročaj iz dveh krakov. Kadar imata kraka pripravo za zaporo, tedaj je to zaporno držalo. Čeljusti sta narebrani (za fascialne in-kožne šivanke), za črevesne šivanke sta pa navadno zobčasti. (Zob je organ v človeških in živalskih čeljustih, zobec pa neživa naprava - bran-ski zobec. Kar ima zobe, je zobato, kar zobce pa zob-často).

Dr. Mirko Černič

