POŠTNINA PLAČANA V GOTOVINI

ŠTEV. 7. LETO VIII

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

KEMIKA D.D. — ZAGREB

za kemično in farmacevtsko industrijo

priporoča svoje preizkušene domače preparate:

Živalskega oglja

za zdravljenje vseh motenj prebavil

CARBO-ANIMALIS „Kemika" tablete po 0·40 g in prah za recepturo

CARBOACID „Kemika" tablete po 0·40 g Carbo animalis impregnirane z 2% solno kisl. (HCL). Izborno učinkuje pri hipaciditeti in anaciditeti.

CARBOPEPSIN „Kemika" tablete z 0·25 g Carbo animalis in 0·25 g pepsina. Izborno delovanje pri anaciditas ventriculi.

TANNOCARBON „Kemika" tablete z 0·20 g Carbo animalis in 0·20 g Tannin. albuminat.

CARBOLAX „Kemika" tablete z 0·45 g Carbo animalis in 0·05 g Extract. Sennae sicc. — Blag laxans.

MAGNOCARBON „Kemika" tablete z 0·25 g Carbo animalis, 0·25 g Magnozona in 0·005 g Extract. Belladonnae. Pri kolitidah, spastičnem stanju črevesa itd.

Imenovane kombinacije omogočajo natančno individualiziranje in energičnejšo ter hitrejšo terapijo želodčnih in črevesnih motenj.

Dajte prednost domačim izdelkom!

Naslov uredništva in administracije:

Zdravniški Vestnik · Golnik.

Vsebina: Glej stran X.

Elastični Hansaplast

D. R. P., Jugoslov. patent.

Elastični brzi povoj za rane v mali kirurgiji

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

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

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

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

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH ORGANOV IN PREOSNOVE

ROGAŠKA SLATINA

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

SOLU-SALVARSAN

za intramuskularno in intravenozno nebolečo terapijo s salvarzanom v stabilni raztopini, ki je že gotova za aplikacijo.

Preparat je enako vreden in se enako dobro prenaša kot Neosalvarsan. Solu-Salvarsan je ravnotako kakor Neosalvarsan državno preizkušen kemijsko, biološko in klinično.

Terapija sifilisa s Solu-Salvarsanom je jako ekonomična.

Originalni omoti: 1 odnosno 10 amp. po 1, 2, 3, 4, 5 in 6 ccm
dečje doze: 0.25, 0.50 in 1.50 ccm.

CASBIS

Idealni preparat bizmuta za intramuskularne injekcije. Najfinejša in enolična razdelba bizmuta v olju in radi tega tudi v tkivu. Suspenzija je stabilna, se ne prilepi na dno in ne zamaši brizgalke. Radi visoke stopnje disperzitete ojačeno delovanje in se odlično prenaša.

Originalni omoti: stekleničica s 15 ccm
10 amp. po 1,5 ccm.

„Bayer"
Leverkusen a. Rh.

BAYER

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.

Tablete — Ampule — Liquidum

KNOLL A.-G
Ludwigshafen am Rhein

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

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO IN ADMINISTRACIJA: DR. R. NEUBAUER — GOLNIK

Štev. 7. 31. julija 1936. Leto VIII.

Državna občna bolnica v Ljubljani, interni oddelek. Šef: Docent dr. Ivan Matko

Avskultacija trebuha

Doc. dr. IVAN MATKO

K vsestranski preiskavi trebušnih organov spada poleg inspekcije, palpacije, perkusije, merjenja, preiskave na gibljivost posameznih organov, preiskave refleksov, preiskave moda, danke, sramnice itd. tudi avskultacija zvočnih fenomenov, ki nastopajo v trebuhu. Z njo dobimo vpogled n. pr. v peristaltiko črevesja, v razne oblike trenja, v zvočne pojave pri stenozah, pri ileusu itd. Akoprav z avskultacijo najdemo marsikateri važni izvid, vendar se morajo pritegniti h končni diagnozi tudi vsi ostali preiskavni načini. Za avskultacijo trebuha se ponajveč poslužujemo enostavnih stetoskopov ali pa upogljivih, z dvema ušesnima nastavkoma.

Nad trebuhom zdravega človeka zaznavamo po Hertzu le nad krajino cekuma, t. j. nad desno črevesno lopatico (os ilei dextr.), 4—7 ur po zaužitju jedi ritmične šume, ki jih povzroča pretakanje črevesne vsebine skozi Bauchinijevo zaklopnico. Sicer pa se vrše črevesni gibi in tudi pretakanje vsebine po črevesju tako mirno in tiho, da ni slišati znatnejših šumov. Če pa se prekomerno zviša črevesna peristaltika, se šumi pojačajo in morejo pridobiti na glasnosti celo toliko, da se slišijo na neko razdaljo.

Šume in tone, ki spremljajo posebno živahno gibanje črevesja, kjer pa morejo biti istočasno tekočina in plini, imenujemo borborigme.* Po zvočnem značaju delimo borborigme v suhe in vlažne. V glavnem sličijo šumom, ki nastajajo pri pretakanju, kruljenju, pljuskanju, srkanju itd. Preprost narod pravi v takem primeru „kruli mi v želodcu", „pretaka se mi v trebuhu" itd. Te šume lahko pojačamo ali pa celo umetno izzovemo, če trkamo na trebuh, če bolnik izpremeni telesno lego ali pa če krčevito vdihava in izdihava. Kruljenje in pretakanje po črevesju je posebno močno pri driski, če je trebuh istočasno napihnjen in napet.

Tormina intestinorum nervosa so tudi borborigmi, ki pa so spojeni z raznimi težavami v trebuhu, specialno s črevesnimi krči in ujedi

* Lat. borborygmus.

(kolikami), s ščipanjem in hudim peristaltičnim nemirom v črevesnem drobju. Močnih borborigmov ne slišimo samo na neko razdaljo, marveč jih lahko zaznavamo tudi s tipom. Po iztrebljenju, zlasti plinov, lahko borborigmi izginejo, lahko se pa iznova pojavijo, ko se v črevesju nabere dovolj tekočine in plinov in se zopet zviša živahnost črevesne peristaltike.

Nekaj ur po jedi nastopajoče močno pretakanje in v spodnjih delih trebuha lokalizirano kruljenje, ki je spojeno s krči, ščipanjem in drugimi bolečinskimi pojavi, je posledica katarnega vnetja tankega črevesa, akoprav nudi stolica normalen izvid. Pretakanje in kruljenje v ileocekalni krajini moremo ob gotovih pogojih tudi umetno izzvati, kakor n. pr. pri trebušnem legarju, pri zdravem človeku z atoničnim in dolgim cekumom itd.

Močno pretakanje, kruljenje in cvilenje po črevesju, ki je spojeno z bolečinskimi paroksizmi in je stalno lokalizirano nad istim mestom, more biti zanesljiv znak za črevesno stenozo. Na teh šumih razlikujemo tri obdobja: na početku količnega napada (ujeda) se pojavijo nad stenoziranim črevesjem rahli mehurčasti hropci, kakršne slišimo ob tiho žuborečem potočku ali vretju. Povzroča jih zvišana peristaltika, ki žene črevesno vsebino, pomešano s plini, v smeri proti stenozi. Na višini krčnega napada se pojavi nad stenozo glasno piskanje in žvižganje, slično šumu, ki ga povzroča ročna brizgalka ob svojem ustju v trenutku, ko brizgnemo skozi njo. Šumi „izbrizganja“ so najjačji v dobi, ko čuti bolnik najhujše bolečine in se na trebušni steni odražajo stezajoči in zvijajoči se črevesni zavoji. Mnogokrat je ta šum tako glasen in močan, da slišimo celo na neko razdaljo, včasih pa je le malo razvit in komaj slišen. Brizgalni šum je posledica naporov črevesnega mišičevja, ki se napenja, da bi iztisnilo in pretlačilo skozi zožino čim več črevesne vsebine. V zadnjem obdobju so šumi najjačji in se nad zožino sliši glasno kruljenje, klokotanje in pretakanje. Tudi ti šumi morejo biti tako glasni, da jih je mogoče slišati na razdaljo. Zvok teh šumov sliči klokotanju vode, ki se izteka iz polne, navzdol obrnjene steklenice. V domači govorici se pravi, da voda iz steklenice klokoče. V črevesju nastanejo ti šumi na ta način, da se črevesna vsebina pri povratku v proksimalni smeri intenzivno meša s plinom.

Pri lokalizaciji črevesne stenoze na podlagi razloženih zvočnih pojavov je potrebna opreznost, ker ti šumi mnogokrat niso strogo lokalizirani nad zoženim mestom, marveč se, zlasti na vrhuncu napada, širijo daleč po trebuhu in jih moremo slišati celo zadaj na hrbtu, nad ledji in nad stranicami. Stenozni zvočni fenomen, lokaliziran nad spodnjo desno trebušno krajino, priča za stenozo v colon ascendens, lokaliziran nad levim ledjem in levo stranico za stenozo v flexura sinistra, odn. nekje v colon descendens, slišen šum nad desnim ledjem pa za stenozo v flexura dextra. Šum izbrizganja pa je mogoče ne le slišati, marveč tudi otipati nad stenoziranim pilorom ob koncu krčenja in zvijanja želodca. Vsebina se pri tem izbrizga skozi zoženi pylorus v smeri od leve proti desni strani. Pri stenozah v colon transversum pa od desne proti levi, kar more biti važen diferen-

cialno-diagnostični pripomoček. Nizko ležečo stenozo v levem kolonu lahko ugotovimo, ako visoko v danko vpihnemo zrak. Pri prehodu skozi zoženo mesto povzroči zrak glasen in raztegnjen šum, ki ga moremo zaznati s pomočjo stetoskopa ali pa ga slišimo celo na razdaljo. Ako poči želodec ali kak črevesni zavoj, se po Riegelu sliši nad trebuhom glasen pok.

Ob gotovih pogojih morejo razni šumi nad trebuhom zveneti kovinsko in amforično. Take šume slišimo v prvi vrsti pri akutnem ileju in nad napihnjenimi črevesnimi zavoji na početku stenoze. V obeh primerih morejo biti ti šumi spojeni s kovinskim poklepnim zvokom, pri čemer se poslužujemo kladivca in plesimetra, ali pa poslušamo trebuh in istočasno štrkamo nanj.

Po Wilmsu so rahli, kovinsko zveneči hropci, ki se slišijo med običajnim črevesnim šumom, zelo zgodnji znak črevesne zapeke in pričajo, da je črevo napihnjeno in da vlada v njegovi notranjosti večja napetost. V početku črevesne obturacije (zaprtje) je po Wilmsu ta znak zaradi tega pozitiven, ker je peristaltika še dovolj živahna. Pri ileju pa je Wilmsov znak zaradi strangulacije od vsega početka negativen, ker je črevo mirno in se ne krči več. To je tudi razlog, da ob vnetju potrebušnice in tudi pri nekaterih oblikah ileja po trebušnih operacijah tega znaka pri ileju ne srečujemo.

V redkih primerih, ko sta želodec in črevo prekomerno napihnjena in sestoji njuna vsebina iz tekočine in plina, moremo slišati nad njima razne abnormne zvočne pojave, kakor n. pr. zvok padajoče kapljice, kovinsko zveneče srčne tone, amforično dihanje itd. Šum padajoče kapljice v napihnjenem želodcu sta prva opisala Gee in Cassaët. Ta pojav nastane, če kane tekoča kapljica z višje ležeče rese v fundu v dolnji del želodca, kar se pripeti, kadar se človek dvigne iz leže v sedo. Če sta želodec ali pa flexura sinistra prekomerno napihnjena in napeta, moremo kovinsko in amforično zveneče srčne tone in dihalni šum čuti ne le nad razširjenim črevesnim predelom, marveč tudi nad srcem samim, odn. nad pljuči. Pravkar sem opazoval na svojem oddelku 16 letno deklico z eksudativno tuberkulozo trebuha, pri kateri je propagirani dihalni šum nad epigastrijem zvenel povsem amforično. Pri redkih primerih moremo slišati amforično ali kovinsko dihanje daleč navzdol po trebuhu. Pri perforaciji črevesja moremo slišati semtertja zadaj na hrbtu, in sicer v pasu od VIII. rebra pa do crista ossis ilei, dihanje z jasno amforično primesjo (Kirillov simptom balona). Po Kirillu je ta simptom značilen za perforacijo črevesja, po izkustvu drugih pa je mogoče zadeti nanj tudi pri raznih oblikah meteorizma. Amforično dihanje pa je možno zaslediti tudi pri pyopneumothorax subphrenicus.

Pri raznih afekcijah trebušnih organov moremo pri avskultaciji zaznati tudi razne šume trenja. Ta fizikalni pojav nastane povsod tam, kjer se vname potrebušnica in postane njena površina hrapava. Slišimo pa tudi nad mesti, kjer je potrebušnica suha in brez prirodne vlage. Te šume avskultačno zaznamo, če se črevesje krči in giblje, če se med dihanjem

premikajo trebušni organi (jetra, vranica, želodec), in če s stetoskopom pritiskamo na trebušno steno in s tem tudi na obolela mesta.

Peritonealno trenje se pojavi zaradi dihalnih gibov, in sicer povsod tam, kjer je peritonealna prevlaka hrapava, odnosno pokrita s fibrinoznim eksudatom. Šumi te vrste slede posameznim dihalnim fazam, četudi se jih ne drže vselej točno. Slišimo jih v prvi vrsti nad organi, ki delajo največje dihalne ekskurzije, t. j. nad vranico in jetri. V splošnem je to trenje tem jačje, čim čvrstejša je snov, nad katero se pojavi. Med dihanjem trenja ne slišimo samo nad sprednjo trebušno steno, marveč tudi zadaj na hrbtu, odn. nad ledji. Pri primerih s perihepatido je slišal Erb tipično trenje zadaj na hrbtu med hrbtenico in desno srednjo aksilarno črto, in to v pasu, ki leži med dolnjim pljučnim robom in med crista iliaca. Najjačji so bili šumi, slišni med X. in XI. medreberjem.

Peritonealno trenje je mogoče umetno izzvati n. pr. z gibi tipajoče roke ali s pritiskom stetoskopa. Vendar je jakost, ritmika in lokalizacija tega trenja odvisna od načina avskultacije.

Šum trenja more biti zelo rahel in sličiti nežnemu prasketanju; utegne pa zavzeti vse avskultatorne oblike tja do glasnega trenja, ki se sliši tudi na razdaljo in občuti z roko. Izredno močno trenje, po jakosti slično šumu, ki nastane pri lomljenju usnja,*) je nad trebušnim drobovjem zelo redek pojav. Prav redko je tudi tako zvano koloidno trenje, ki se pojavlja nad pravimi in nepravimi ovarialnimi kistomi. Popolnoma neznan je še razlog, zakaj se tako redko sliši krepko trenje nad trebuhom. Po mnenju nekaterih je vzrok temu abnormna sukulenca potrebušnice, ki je pa manjša nego pri plevri. Pri ascites se more pojaviti trenje šele po izpraznitvi trebuha. Trenje pa izgine, ko se pojavi v trebuhu prosta tekočina. Jakost trenja se včasih stopnjuje, ako pritisnemo s stetoskopom na trebušno steno.

Rahlo trenje nahajamo ponajveč pri svežem in akutnem vnetju seroze, nastane kot posledica izločanja fibrina na peritonealni prevlaki. Nastopa pa tudi pri pleuritis diaphragmatica na zadnji strani jeter v primeru lokalnih peritonitid, pri polyserositis, nad perigastritičnimi vnetji, nad jetrnimi abscesi, nad induriranimi jetri na podstavi srčnih napak, nad vneto pečico itd. Po Gerhardtu se more slišati rahlo trenje tudi med napadom žolčnih kamnov, in to nad krajino žolčnega mehurja samega. V teh primerih so pericholecystitis, odn. zarastline mehurja z okolico vzrok trenja, ki je včasih izrazitejše kakor pri običajni peritonitidi. V poslednjem primeru povzroča trenje škripanje žolčnih kamnov, ki jih stiska krčenje žolčnega mehurja. Proti takemu nastanku močnega trenja med napadom in po napadu žolčnih kamnov govori marsikaj, v prvi vrsti pa pojav, da izgine šum, brž ko splahne otok žolčnega mehurja. Dejanski pa bi se moralo nato slišati trenje v še močnejši obliki kakor med napadom, ko je mehur napet in ote-

*) Nemško: Lederknarren.

CARBOFOR „REMEDIA“

zelo aktiven karbo medicalis s primesjo heksametilentetramina, rastlinskih snovi itd.

S svojim potenciranim delovanjem omogoča

najjačjo desinfekcijo črevesa in pomirjenje krčev

ter je radi tega indiciran pri

vseh akutnih, subakutnih in kroničnih katarjih črevesa, raznih intoksikacijah endogene in eksogene narave, poletnih diarejah, meteorizmu itd.

Nepotrebno dajanje velikih doz oglja.

Tablete se lahko vzamejo in hitro razpadajo.

Preparat ne izziva opstipacij in deluje slabo laksativno.

Tablete imajo dober okus.

REMEDIA

KEMIJSKO FARMACEUTSKA PRODUKCIJA ZAGREB

Nespečnost in nervoziteta

sta vsakdanji bolezni!
Najboljše zdravljenje je globoko in zdravo spanje, ki sledi

DIAL-u

Osvežitev in evforija sta značilni za spanje po Dialu

tablete raztopina ampule

Gesellschaft für chemische Industrie in Basel

Zastopnik za Jugoslavijo:

Mr. Ph. Vladimir Jelovac, Beograd, 56. Kr. Milana ul.

Radio-Therma, Laško

Odprto celo leto

Radiotermalne kopeli 37.5° C. Elektroterapija, ogljikokisle in kisikove kopeli, masaža in dietetično zdravljenje. — Najučinkovitejše zdravljenje išijasa, revmatičnih obolenj, ženskih bolezni, rekonvalescenca, znižanje krvnega tlaka i. t. d.

Sezona traja od 15. junija do 15. septembra. Izven sezone od 16. septembra do 14. junija se nudi popolnoma 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

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

KEMIKALIJE:

GEVAERT rentgen razvijalec v dozah po 4 1/2, 9, 13 1/2 in 18 lit.
GEVAERT rentgen fiksirna sol v dozah po 5, 10 in 20 lit.

KATGUT

znamke Dr. Ruhland A. G. Nürnberg popolnoma sterilen, prvovrstne kvalitete s popolnim jamstvom za uspešno uporabo pri operacijah dobavlja glavno skladišče za Jugoslavijo:

„SPHYNX“ Mr. Ph. Josip Bemski
ZAGREB, Ilica 17.

kel, ker je po napadu splahneli mehur laže dostopen avskultaciji in se njegova stena laže oprime vsebine kakor pa med napadom, ko je otekla.

Glasnejše trenje, ponajveč v obliki hrapavega šuma, se pojavi nad neoplastičnimi procesi v peritoneju, nad carcinoma hepatis, redkeje nad cirrhosis hepatis, nad tuberkuloznimi gručami v potrebušnici, nad ehinokokovimi cistami v jetrih itd. Za trenje nad tuberkuloznimi in karcinomatoznimi gručami v peritoneju je značilno, da je lokalizirano in menja kaj rado svoj zvočni značaj.

Pravo škripanje bodisi z nizkim ali z višjim zvočnim značajem je redek pojav nad trebušnimi organi. Največkrat ga srečamo nad oteklo vranico v poteku malarije, tuberkuloze, limfogranulomatoze, infarktov pri septičnih endokarditidah, levkemijah itd. V prvi vrsti pa spada k simptomnemu kompleksu solitarnih cist v vranici, ki imajo svoj izvor ali v ehinokoku ali pa predstavljajo samostojen mehur, ki je napolnjen s serozno tekočino. Cistična vranica ne nudi značilnega medialnega roba z zarezami, marveč se očituje po okroglasti in zadebeljeni konici. Cistično degenerirana vranica lahko sega navzdol prav do spina iliaca ali pa celo v malo medenico. Ballotement renal (znak odskakovanja) ji ne pripada. Nad takimi vranicami more biti šum trenja tako glasen, da ga je mogoče slišati na neko razdaljo.

Trenje v obliki škripanja pa se more pojaviti tudi nad karcinomatoznimi jetri. Tak primer sem imel priliko pred kratkim opazovati na svojem oddelku. Bila je to stara žena z močno oteklimi jetri, katerih konsistenca je bila trda ko kamen, rob top, površina pa z grčami posejana. Nad temi jetri se je slišalo nad krajino pod, v levo in v desno od processus xyphoideus in nad krajino zadaj na hrbtu, v višini XI. prsnega do I. ledvenega vretenca, rahlo trenje v obliki drobnih mehurčastih hropcev. Nad desnim rebrnim lokom samim, in to od desne parasternalne črte do srednje desne aksilarne črte, pa je bilo slišno tipično glasno škripanje z močno zvočno primesjo.

Do trenja nad vranico in tudi nad jetri pa pride le tedaj, ako oba organa nista zraščena s trebušno steno in je funkcija prepone intaktna. Pri diferencialni diagnozi šumov trenja nad rebrnim lokom moremo vzeti v poštev tudi trenje prsne plevre.

K redkim akustičnim pojavom nad trebuhom spada tudi tako zvano psevdoperikardialno-peritonealno trenje, ki so ga podrobneje opisali Emminghausen, Ortner in Thomayer. Temu šumu je anatomska podlaga fibrinozni eksudat, ki pokriva površino jeter in tudi prepono. Šume producira srce s svojimi gibi, odn. utripi, ob katerih se têreta medseboj oba hrapava lista peritoneja. Trenje je lokalizirano nad dolnjo sprednjo steno prsnjaka in sicer v okolišu processus xyphoideus. Za navedeni izvor trenja govori, da manjkajo znaki perikarditide, na drugi strani se pa morejo ugotoviti znaki obče peritonitide, katere del je perihepatitis fibrinosa, ali pa znaki kakega drugega jetrnega obolenja, ki je spojeno s fibrinoznim vnetjem jetrne kapsule (n. pr. cholecystitis, carcinoma vesicae

felleae, carcinoma hepatis itd.). Pri palpaciji so jetra občutljiva, ako se razteza vnetje do dela jeter, ki ga dosežemo s tipajočo roko.

Pri diferencialni presoji posameznih oblik trenja je treba upoštevati, da je možna zamenjava šuma trenja n. pr. s hrapavim dihanjem, z raznimi plevralnimi in perikardialnimi šumi, s črevesnimi šumi, s šumi žil, z emfizemskim prasketanjem v koži itd. Šum trenja je mogoče zamenjati tudi s šumskimi pojavi, ki imajo svoj izvor v tkivu samem in so posledica natezanja raznih poveskov (ligamenta) in drsanja svežih, mehkih in raztegljivih adhezij. Praktično izkustvo uči n. pr., da se tudi pri tendovaginitis crepitans more otipati trenje ne samo nad mestom, kjer je aponevroza vneta, marveč znatno više nad tem mestom, kjer mišica nima več proste kite, zavite v zaščitno ovojnico.

Pri diferencialni diagnozi šuma trenja v okolici processus xyphoideus je treba upoštevati ne le zgoraj navedeni peritonealno-perikardialni šum, marveč tudi tako zvano ksifoidno ali ksifokostalno prasketanje, ki sta ga prva opisala Bernabej in Galvagni. Ta zvočni pojav je v tem, da se otiplje pri palpaciji krajine processus xyphoideus rahlo prasketanje, ki je podobno prasketanju pri podkožnem emfizemu. Po Bernabeju povzročajo to prasketanje drobne maščobne kepice, ki se premikajo pod prstom v vezivni mrežici, ki pa mora biti patološko razredčena. Galvagni pa išče izvor temu pojavu v peritonealnem eksudatu, ki je močno lepljiv in pokriva površino jeter in prepone. Po Galvagniju bi imelo torej ksifoidno prasketanje isti etiološki izvor kakor peritonealno-perikardialno trenje. Po Dionisiju pa so za nastanek tega fenomena pomembne tudi difuzne levkocitarne infiltracije, ki se poleg limfangitide mikroskopski najdejo v maščobnih kepicah. Po Galvagniju se najde ta kožni pojav v obliki prasketanja tudi pri resnejših obolenjih jeter na raku, ehinokoku, cirrhosis, holangitidi itd.

Šum, ki ga moremo nadalje ugotoviti nad trebuhom z avskultacijo, je šum pljuskanja. Ta se more pojaviti ob gotovih pogojih povsod tam, kjer sta v črevesju istočasno tekočina in plin. Tudi pri zdravem človeku moremo izzvati ta šum, ako trebušno steno na kratko in prožno stresemo. Vendar pa je to mogoče samo nad želodcem in tankim črevesom, nikdar pa ne nad kolonom, ker je njegova vsebina pregosta. Nad debelim črevesom moremo izzvati šum pljuskanja le tedaj, če je v njem blato v tekočem stanju ali pa če leži nad njim tanko črevo, ki vsebuje istočasno tekočo hrano in pline. Pljusk ali pljuskanje moremo izzvati tudi nad cekumom, če je mobilen in ohlapen, dalje tudi pri legarju in pri peritiflitičnih procesih, če je coecum poln tekočine in zraka.

Močno in na razdaljo slišno pljuskanje morejo izzvati v želodcu histeriki s krčevitim stezanjem in krčenjem prepone. Pa tudi zdrav človek je tega zmožen, če stojé prav hitro izbočuje in vbočuje trebuh.

V epigastriju nad popkom je pljuskanje brez patološkega pomena in ga nahajamo zlasti pri suhih osebah in pri habitus respiratorius. Pljuska-

nje pod popkom pa je znak, da je želodec pogreznjen in ohlapen, pri čemer pa ni treba, da bi bil razširjen.

Ob gotovih fizikalnih pogojih more zveneti pljuskanje tudi kovinsko in amforično. Tak avskultačni fenomen se je ugotovil n. pr. nad ovarialnimi cistami, ki so vsebovale tekočino in zrak, dalje nad gnojnimi ehinokokovimi cistami, nad pnevmoperitonejem in nad razširjenim črevesom, in sicer proksimalno nad črevesno stenozo.

Pri pnevmoperitoneju sta ugotovila Syllaba in Weber poleg kovinsko zvenečega pljuskanja še sledeče zanimive simptome: bronov zvok (bruit de airain), če sta se posluževala tako zvane poklepne avskultacije, dalje kovinsko zveneč dihalni šum ter hropce in slednjič kovinsko zveneče aortne zvoke. Kovinski hropci so bolj slišni med vdihom kakor pa med izdihom. Ta abnormni zvočni fenomen ima svoj izvor v tem, da med vdihom uhajajo zračni mehurčki skozi odprtino črevesa v trebušno votlino, med izdihom pa se zaradi zvišanega tlaka v trebuhu stiskajo skozi odprtino nazaj v črevo. Za izziv bronovega zvoka se mora postopati pri avskultaciji s poklepom prav tako, kakor nad pnevmotoraksom. Pri tem trkamo na plesimeter, istočasno pa poslušamo nad plinskim mehurjem. Bronov zvok prestane takoj, ko prekoračimo mejo mehurja in to bodisi s plesimetrom ali pa s slušalom. Tega izrednega fenomena ne najdemo le v leži na bokih, marveč tudi v leži na hrbtu in po Kirchheimu tudi v sedi. V poslednjem primeru poslušamo na hrbtu blizu dolnjih pljučnih mej, istočasno pa trkamo v isti višini na sprednjo stran trebuha, in sicer v levo in v desno od telesne srednjice. Pri pnevmopioperitoneju ima kovinsko pljuskanje isto genezo kakor pri hidropnevmotoraksu Hyppokratova sukusija. Po Edenu se imenuje ta znak Gerhardtov simptom, po drugih pa succussio Hyppocratis abdominalis.

Po Mattheju more biti šum pljuskanja eden prvih znakov za črevesno zaprtje in ga moremo zaslediti že pred pojavom ujedov in krčev v pripadajočih črevesnih zavojih. Vendar pa mora biti ta pojav trajno lokaliziran nad istim mestom.

Priključujem zanimivo Sacconaghijevo razpredelbo avskultacijskih pojavov, ki se slišijo pri palpaciji želodčno-črevesnega kanala. Po zvočnem značaju in po načinu preiskave razlikuje Sacconaghi sledeče tri vrste šumov:

a) hidroerični šum (bruit hydroaerique po Glénardu, bruit de clapotement po Chomalu, plätscherndes Erschütterungsgeräusch po Obrastzowu, slov. klokanje pri stresanju) je identičen s šumom, ki ga slišimo, ako stresemo steklenico, ki vsebuje malo vode. Enak šum zaznamo tudi pri človeku, in sicer po tako zvani totalni sukusiji, t. j. ako primemo z obema rokama malo dvignjen trup za boke ali za obe bazi prsnega koša in ga dva- do trikrat prav na kratko stresemo. Pojavi se ta šum tudi, ako bolnik sam strese svoj trup. Pri delni sukusiji pa izzovemo šum, ako, ali z obema rokama, ali pa le s palcem na eni strani z ostalimi štirimi prsti

iste roke na drugi strani, na kratko in prožno tipljemo v globočino na dveh mestih, ki si leže nasproti malo vstran od kraja, nad katerim se pojavi šum;

b) šum pljuskanja (bruit de claquement po Glénardu, plätscherndes Schlaggeräusch po Obrastzowu, slov. pljuskanje po udarcu) izzovemo umetno, ako udarimo po površini vode s plosko roko, katere prsti so tesno sklenjeni. Sličen šum povzroča valovje, ako udarja (pljuska) ob stranice čolna. V trebušni votlini ga izzovemo, ako na kratko in prožno suvamo na trebuh;

c) pretakanje, kruljenje, klokotanje in grgranje so obče znani šumi, ki se ob raznih prilikah pojavljajo v trebušni votlini, odn. v črevesnem aparatu. Po zvočnem značaju razlikuje Sacconaghi vlažne šume (gargouillement) in suhe (borborygmi). Umetno izzovemo te šume, ako gladimo s prsti po trebušni steni, kar moremo izvajati tako pri globoki kakor tudi pri povrhnji palpaciji.

Zgoraj navedeni šumi se pojavijo v črevesju le tedaj, če vsebuje gotovo količino plinov s prosto tekočino ali brez nje. Le pri hidroeričnem šumu mora vsebovati črevesje istočasno plin in tekočino. Vendar je ta šum neodvisen od količine plinov in tekočine kakor tudi od napetosti črevesne stene.

Da se šum pljuskanja pojavi, je potrebna le majhna napetost črevesja. Po Glénardu ga zaznamo, ako se nenadoma zlepita dve nasproti si ležeči vlažni steni ali pa pljuskne (udari) tekočina ob kako črevesno steno.

Pretakanje, kruljenje, klokotanje itd. se pojavijo le v črevesju, ki vsebuje malo plinov in je njegova stena le malo napeta. Ti šumi pa se pojavijo tudi povsod tam, kjer teče skozi intersticije (vmesni prostori) tekočina iz prostora, v katerega je bila s silo stisnjena, nazaj v svoj prvotni prostor.

Pri diferencialni diagnozi posameznih šumov, navedenih v točkah a), b), c), da li pripadajo želodcu, tankemu črevesu ali kolonu, upoštevajmo, da izpremene akustični pojavi v želodcu svoj zvočni značaj ali pa morejo celo popolnoma izginiti, ako se doda ali odvzame želodčni vsebini gotova količina tekočine, n. pr. z zaužitjem ali s pomočjo želodčne sonde. V kolonu diferenciramo šume, ako vbrizgnemo, odn. vlijemo vanj zrak ali tekočino. Nadalje naj se upošteva, da so glede na lokalizacijo, kakovost in prisotnost najmanj stanovitni šumi nad tankim črevesom, stanovitnejši so šumi nad kolonom, najbolj stanovitni pa v želodčni votlini. Za želodčne šume pa je tudi značilno tako zvano ekspiracijsko klokotanje, ki ga zaznamo, ako pri globoki palpaciji želodca gladimo trebušno steno neposredno nad njegovo veliko kurvaturo, in sicer v smeri od zgoraj navzdol. Pri tem delimo s sklenjenimi prsti morebitno tekočino v želodcu v dva dela, katerih eden je v zgornjem velikem predelu želodca, drugi pa v spodnjem, manjšem. Med ekspirijem se pomakne želodec navzgor, naši prsti pa v smeri navzdol. Posledica tega je, da se zoži dolnji prostor želodca in da se pod pritiskom prstov umakne tekočina, ki je v njem, skozi zožino v zgornji pro-

stor. Te šume je večkrat mogoče zaznati ne samo s tipanjem, marveč jih moremo tudi na razdaljo slišati. Pljuskanje v želodcu se semtertja pojavi tudi, ako izpijemo na tešče čašo vode. Ta šum pa povzroča živahna pulzacija aorte.

V skupino šumov, ki spadajo po zvočnem značaju k šumom pljuskanja in klokanja, spadajo tudi zvočni fenomeni nad ehinokokovimi cistami. Ako po navodilu Piorrya, odn. Brianconija objamemo z eno roko ehinokokov mehur in s prosto roko izvajamo nanj kratke in prožne sunke, imamo v prvi roki čuden občutek brnenja (Schwirren), ki je podobno nihanju prožnih teles po sunku. Pri istočasni avskultaciji mehurja pa slišimo nizko zveneč zvočni pojav, ki spominja na zvočno nihanje basove strune. Po Sacconaghiju se imenuje ta pojav „hidatidna resonanca". Ta se očituje v nizko zvenečem odmevu, ki traja le kratko dobo in nenadoma mine. Po Rovighiju moremo ta zvočni pojav nad ehinokokovimi cistami laže dognati z avskultacijo nego s perkusijo.

Pri avskultaciji trebuha je treba posvečati vso pozornost tudi zvočnim pojavom nad trebušnimi žilami. Nad trebušno aorto normalno ne slišimo ničesar ali pa le en ton, lahko pa tudi dva tona. Kadar se slišita dva tona, je drugi diastoličen in je v periferijo propagirani prvi aortni ton. Prvi zvok pa je le, ali preneseni prvi srčni ton, ali pa je avtohton, to se pravi da vznikne v trebušni aorti sami in sicer pod vplivom donečega nihanja žilne stene. Potemtakem more biti prvi ton akustični efekt napetosti aortne stene v dobi srčne sistole.

Močan sistoličen in dobro slišen drugi ton zaznavamo nad trebušno aorto in ev. nad obema arter. iliacae pri aortni insuficienci in pri nefrosklerozah z visokim krvnim pritiskom. V nekaterih redkih primerih je mogoče slišati te tone celo na neko razdaljo.

Pred leti sem imel priliko opazovati na svojem oddelku v Mariboru starejšo ženo s hudo nefrosklerozo, katere tlak je znašal nad 300 Hg. Pri njej so bili slišni toni ne le nad večjimi arterijami, marveč tudi zadaj nad vsem hrbtom in nad obema ledjima, tja doli do os sacrum.

Pred kratkim pa sem imel v oskrbi internega oddelka obče državne bolnice v Ljubljani mladega fanta z močno razvito aortno in mitralno insuficienco, pri katerem smo slišali pri avskultaciji trebuha s stetoskopom nad epigastrijem kovinske srčne tone v leži, če pa se je bolnik vzravnal, nato pa hitro legel, so bili kovinski toni slišni tudi na razdaljo približno 1 metra.

Redkejši pojav nad trebušno aorto je tako zvani Traubejev dvojni ton, od katerih ima prvi svoj izvor v sistoličnem napetju, drugi pa v ohlapljenju aortne stene med diastolo. Traubejev dvojni ton zaznamo nad trebušno aorto pri aortni insuficienci (zaradi pulsus celer), pri visoki vročini, pri Morbus Basedowii itd.

K fiziološkim zvočnim pojavom v trebušni votlini štejemo tone ploda, ki se slišijo nad nosečo maternico. Po Sacconaghiju se slišijo žilni toni že v normalnih razmerah ob straneh maternice. Ti šumi se imenujejo

šumi utera. Šumi (ne toni ploda) nad nosečo maternico niso redek pojav in imajo svoj nastanek v žilah maternice in placente.

Nad vsako trebušno aorto lahko umetno izzovemo sistolični šum, ako na lahko pritisnemo nanj s slušalom. Ta šum se imenuje tlačni šum (Druckgeräusch) in nastane, ker se pospeši krvni tok skozi umetno zožino. Ako pa še nadalje stopnjujemo tlak nad aorto in žilo popolnoma stisnemo, slišimo mesto sistoličnega šuma tako zvani tlačni ton (Druckton). Ta nastane, ker se med sistolo napne aortna stena nad zožino. Ti pojavi nas opominjajo k največji opreznosti, da ne izzovemo umetnih šumov nad trebušno aorto in nad drugimi krvnimi žilami, kadar jih poslušamo.

Nad trebušno aorto, katere stena je zaradi arterioskleroze ali sifilitične endarteritide patološko izpremenjena, moremo slišati sistolični šum bodisi že brez vsakega pritiska ali pa po prav rahlem pritisku s stetoskopom na žilo. Po Geigelu imajo ti šumi svoj izvor v hrapavosti aortne stene. Pri tem zožuje vsako hrapavo mesto žilni premer in ustvarja s tem oviro za krvni tok. Nad žilami, tudi nad trebušno aorto, se more razen tega zaznati s tipanjem poseben šum ali brnenje, če je stena hrapava. Litten imenuje ta patološki pojav v palpaciji „arterialno brizganje".

Aneurysma trebušne aorte in njenih večjih vej, v prvi vrsti arteriae iliacae, se očituje po mehurnem razširjenju žilne stene in po pulzaciji na vse strani. Nad anevrizmatičnim mehurjem ne slišimo včasih, in to mnogokrat kljub izraziti pulzaciji, nič, ali samo sistolični ali pa še diastolični šum.

Anevrizme trebušne stene so ponajveč v telesni sredini. Pri dveh tretjinah vseh primerov med epigastrijem in popkom, in sicer nekoliko v levo, ker se navadno razvijajo anevrizme med art. coeliaca in art. renalis. Tumor leži pod trebušno slinavko in pod želodcem. Pulzacija anevrizme je običajno močna in enotna. Z roko čutimo nad tumorjem, in sicer med sistolo, močno brnenje in šumenje, ki ga nazivajo angleški strokovnjaki „thrill". Ker zastaja v anevrizmatičnem mehurju sistolični krvni val, je umevno, da sta pulza v obeh arterijah femoralis zakasnela nasproti pulzu nad anevrizmo. Pulzacija v femoralkah pa ne nastopi pozneje, ako je anevrizma komplicirana z aortno insuficienco. Po Françoisu Franku se v femoralkah zviša tlak, če z roko iztisnemo kri iz anevrizme. Tlak pa pade, ko prenehamo pritiskati na mehur. Nasprotno pa zvišamo anevrizmatično pulzacijo, pa tudi šumenje in brnenje, ako v femoralkah s pritiskom prekinemo krvni tok.

Diagnoza trebušne anevrizme ni lahka. Po Briantovi statistiki, ki se nanaša na 51 primerov, je bila pravilna diagnoza postavljena le pri 18 od njih, akoravno je bil šum slišen pri 26 in je bil abdominalni tumor otipljiv pri 31, pulzacija pa očitna pri 35 izmed njih.

Slične klinične simptome kakor nad trebušnimi anevrizmami morejo v redkih primerih nuditi tudi pulzirajoči vranični in jetrni angiomi in nekateri s krvjo prepojeni sarkomi na medeničnih kosteh in v jetrih (lupina-

sti sarkomi z velikimi celicami). Pri takih tumorjih ne najdemo le pulzacije, marveč tudi šume, ki so podobni šumom, kakršni nastajajo pri mečkanju pergamentnega papirja.

Mnogo pogosteje kakor Traubejev ton je slišen pri aortni insuficienci nad trebušno aorto tako zvani Duroziezov dvojni šum, ki ga zaznamo, ako pri avskultaciji s stetoskopom stopnjujemo polagoma in oprezno pritisk na žilo. Z rahlo položenim slušalom slišimo le en ali dva aortna tona, po krepkejšem pritisku pa normalni sistolični šum aorte. Temu se pridruži pri aortni insuficienci še drugi šum, ako na žilo še malo jače pritisnemo. Drugi šum je tišji in kračji kakor prvi in pade časovno v srčno diastolo. Po še močnejšem pritisku pa izgineta oba šuma in slišimo kakor na početku le en ali dva tona.

Duroziezov znak sestavljata torej dva šuma in sicer daljši in jačji sistolični šum in kračji ter tišji diastolični. Pri aortni insuficienci ima poslednji svoj izvor v tem, da teče kri pod stetoskopom od periferije nazaj v smeri srca, ker je med diastolo zaradi ne popolnoma zaprte aortne zaklopke krvni val negativen.

Ta znak najdemo tudi pri aortni anevrizmi, ker teče kri med diastolo nazaj v mehur anevrizme kakor pri aortni insuficienci nazaj v levi prekat. Slišen je pa tudi pri bolezenskih stanjih (Morbus Basedowii, Chlorosis), pri katerih je pulz altus et celer. Pri tako visokem pulzu se koničasti val ob zožini pod stetoskopom deloma otopi, odn. reflektira, kar ima za posledico znižanje krvnega tlaka nad zavoro. Temu znižanju vala odn. tlaka pa ne sledi dovolj hitro znižanje tlaka v periferiji, distalno od zavore, zaradi česar teče kri skozi zožino od periferije nazaj v smeri srca. Sahli je slišal Duroziezov dvojni šum nekoč tudi nad levo jetrno krpo pri primeru z arterialno jetrno pulzacijo (na bazi vnetja), ako je s stetoskopom malo jače pritisnil na izvestno mesto.

Tudi večje bule v trebuhu morejo biti povod, da se zaradi pritiska na žile pojavijo nad njimi razni šumi. Te žile morejo biti arterije (aorta abdominalis, arteria iliaca, art. lienalis, art. hepatis in art. intercostalis) in vene (venae portales). Nad komprimirano arterijo moremo pri avskultaciji slišati arterialno-sistolični šum, poleg njega semtertja tudi diastoličnega. Šumi nad stisnjenimi venami so kontinuirni (nepretržni), se slišijo kot brenčanje in se med vdihom pojačajo v intenziteti. Pagenstecher poroča o nekem mesenterialnem kistomu, pri katerem so zaradi razločno slišnih srčnih tonov mislili celo na ekstrauterino graviditeto. Leopold je opazoval šume nad myoma uteri, nad melanosarcoma hepatis, nad tumores ovarii, nad tumorji vranice itd. Po Spencerju Wellsu in po Winckelu so slišni šumi pri skoraj 50% vseh primerov s tumorjem uteri. Bolj redko se zaznavajo nad tumorji ovarija in nad oteklo vranico.

Šum nad sarkomatoznimi jetri je opazoval Gabbi. Bristone in Ballard sta opisala dva primera z rakom ledvic, pri katerih so bili šumi nad bulami tako močni, da sta mislila na anevrizmo aorte. Tudi Schmidt je

ugotovil glasen, piskajoč šum nad stranico trebuha pri nekem primeru z veliko hydronephrosis.

V Müllerjevem primeru je povzročil tumor, ki je bil velik ko kurje jajce in je stiskal porta hepatis, močno šumenje nad desno polovico epigastrija, dva prsta pod in v desno od proc. xyphoideus. Na podlagi svojih izkustev je prišel Piazza-Martini do sklepa, da so pri velikih trebušnih tumorjih ob navzočnosti adhezij slišni srčni toni, slabo se pa sliši dihalni šum.

Venozno šumenje se sliši semtertja tudi nad cirotičnimi jetri, ki se pojača med izdihom in ima svoj izvor v razširjenih in stisnjenih venah. V redkih primerih te bolezni ni samo slišno venozno šumenje, marveč se otiplje tudi v epigastriju poleg popka čudno brnenje, ki se širi navzgor do prsnice. Jacksch je slišal in tudi otipal to brnenje od popka pa do proc. xyphoideus. Pri sekciji se je ugotovilo, da je povzročala šum in brnenje močno razširjena in varikozno napihnjena vena coronaria ventriculi. Colli meni, da imajo pri cirrhosis hepatis tipa Laënnec venozni šumi svoj izvor v močno razširjenih venah, ki potekajo v trebušni steni (vena xyphoidea media in vena epigastrica tegumentosa). Do pojava šumov pa pride, ker se izliva kri iz ozke žile v široko.

Prosta tekočina v trebuhu prežene žilne šume, ki pa se pojačajo, če izpraznemo eksudat. Prav poučen je primer Lavorija z atrofično cirrhosis hepatis, pri kateri je imel venozni šum svoj izvor v parietalni trombozi, ki je povzročila v bližini hila stenozo portae hepatis. Ewald je slišal in otipal pri nekem bolniku z veliko vranico in s srednje velikim tumorjem jeter nad epigastrijem emfizemu podobno prasketanje. Zanimivi so žilni šumi pri cholelithiasis, ki sta jih opazovala Gabbi in Martini. Pri nekem primeru, ki je bolehal na tubularnem adenomu jeter, je moral Vanni upoštevati možnost, da je nastal šum ne le po kompresiji žil, marveč po anomaliji krvnega toka v jetrih.

Nad povečano vranico sta slišala sistolični šum Bouchard in Leudet. Po zvočnem značaju je bil najbližji placentarnemu šumu. Po Cattiju so šumi nad vranico venoznega izvora in nastanejo mogoče na ta način, da teče kri od vena umbilicalis k vena epigastrica.

Semtertja se slišijo žilni šumi tudi nad tumorji pankreasa, ki pa so povzročeni po kompresiji aorte. Zato izginejo ti šumi, ako se obrne bolnik na trebuh in zavzame komolčno-kolensko lego. Vzrok za pojav teh šumov je po Lazarusu v tem, da se razširi aorta nad tumorjem v proksimalni smeri.

Sam sem imel priliko opazovati 57 letnega moškega z atrofično cirozo jeter in z makrokolonom, ki je tvoril po rentgenovi sliki v krajini pod flexura colonis sinistra očitno pentljo. 3 prste pod popkom in 3 prste v levo od srednjice nad okolišem, velikim ko dlan dojenčka, se je slišalo pri njem nepretrgano bučno brenčanje. Jakost tega šuma se je povečala med vdihom in šum smo slišali tudi, ako je bolnik legel na desni ali levi bok ali pa zavzel komolčno-kolenski položaj. Po rezultatu preiskav je šum brž

ENERGIN

TONICUM ROBORANS

(Chininum ferrocitricum, Natriumglycerinophosphoricum, Extr. chinae Nanning)

Dosis: Odrasli 3 likerske čašice na dan
Otroci 3 male žličke na dan

Rešenjem Min. Soc. Pol. i Narodn. Zdravlja Sanitetsko odelenje 5 Br. 27905/35

Energin

po 250 gr. zavitek za bolniške blagajne 20 Din

Proizvaja laboratorij Alga, Sušak

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

REAL M. i K. pilule - Kombinirani rastlinski in organski laksans. Dovršeni regulator prebavnih organov. Orig. zavitki: škatlja z 25 pilulami.

CAMPHOSOL M. i K. injekcije 10% - vodena raztopina sulfoniranega preparata japonske kafre. — Subkutano, intravenozno in intramuskularno. V ampulah po 1,1; 2,2; 5 in 10 ccm.

CAMPHOSOL M. i K. draže sulfonirani preparat naravne japonske kafre v subst. Orig. zavitki: škatlja z 20 dražejami a 0.10.

HIDROGEN M. i K. 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 MISKOVIĆ in KOMP. Beograd, Sarajevska 84.

Incidirati ali ne incidirati...

ni nobeno vprašanje več, kajti splošno priznajo, da se konservativna terapija bolje obnese pri

čirih karbunklih abscesih furunkulozi celulitidi

Antiphlogistino bomo rabili za zdravljenje teh akutnih septičnih pojavov, ker vpliva hiperemizirajoče, bakteriostatično in dekongestivno.

ANTIPHLOGISTINA

Vzorci in literatura brezplačno.

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NEW YORK U. S. A.

Angleška drogerija Union, Braće J. Jovanovića, Beograd

čas izviral od stenozirane vena mesenterica inferior. Makrokolon sam se je očitno odražal na sprednji steni trebuha in dal trebuhu neenakomerno krogljasto obliko.

Po R. Schmidtu so karakterizirani šumi, ki so slišni nad rakom jeter in želodca, po sledečih svojstvih: a) šumi so sinhroni z arterialnim pulzom. Ponajveč so venoznega izvora, če so nepretrgani in se med sistolo pojačajo; b) njihova jakost pojemlje med izdihom. Na koncu ekspirija jih slišimo, ko dihanje prestane; c) omejeni so na majhen okoliš in č) pojačajo se, ako s stetoskopom krepkeje pritiskamo na tumor. V nekaterih primerih jih moremo slišati le ob močnejšem pritisku stetoskopa.

Slednjič spada k avskultaciji trebuha tudi preiskava požiralnika. Po Kroneckerju razlikujemo pri aktu požiranja 3 obdobja. V prvem, ki traja 1—2 sekundi, nastane peristaltika v zgornjih delih ezofaga; v drugem obdobju v vretenčastem predelu požiralnika in traja 3 sekunde; v zadnjem obdobju, približno 6 sekund po začetku požiranja, doseže peristaltika kardijo. Zaužita hrana pa dospe v želodec, ko se spodnji del požiralnika skrči in premaga zaporo kardije.

Med vsem aktom požiranja moremo slišati samo dva zvočna pojava. Prvega zadaj na vratu, in sicer v levo od telesne srednjice, drugega pa ne le zadaj na hrbtu v višini IX. in X. rebra, marveč tudi spredaj nad kotom, ki ga tvorita levi rebrni lok in proc. xyphoid. Prvi šum je podoben sikanju in pade v dobo, ko začnemo požirati. Ta pojav je v diagnostičnem pogledu brez pomena. Po Ewaldu se imenuje ta šum „brizgalni šum“.

Nasprotno pa je drugi zvočni pojav precej konstanten in se pojavi 6—7 sekund zatem, ko smo začeli požirati, odn. v dobi, ko zavzamejo krči tudi spodnji del požiralnika. Ta šum je sličen grgranju ali rožljanju in ima svoj izvor v tem, da požiralnik stiska in tlači hrano skozi kardijo. Meltzer ga zaradi tega imenuje „pretlačilni šum“. Pri insuficienci ali pa pri ohromenju kardije se sliši le prvi šum, ne pa tudi drugi, ker dospe hrana v želodec že po sami kontrakciji zgornjega žrelnega in jezičnega mišičevja. Drugega ezofagalnega šuma ne slišimo pri carcinoma cardiae.

Poleg obeh šumov razlikuje E. Rewidzow še tako zvani „reziduálni šum“, ki spada k stenozi kardije in je v tem, da v prvem trenutku zastane del požirka nad stenozo in se pretlači in iztisne skozi zožino šele po nekaj nadaljnjih požirkih, ki pa so brez efekta. Poslednji požirki se imenujejo „požirki na prazno“, odn. „požirki brez efekta“.

S tem končujem važno poglavje o avskultaciji trebuha, o metodi, ki se pri preiskavi trebuha in njegovih organov žal mnogo premalo uporablja, akoravno more biti izvrsten preiskavni pripomoček. Namen tega sestavka je, da opozorim čitatelja na prednosti te metode in mu istočasno predočim razne bolezenske slike, pri katerih more biti avskultacija trebuha uspešen pripomoček k pravilni diferencialni diagnozi.

Zusammenfassung

In einer ausführlicher Studie berichtet Verfasser über seine langjährigen Beobachtungen betreffs verschiedener Auskultationsphaenomene über dem Abdomen. Dieselben werden hervorgerufen a) durch die Peristaltik des Darmtraktes und durch Verdauungsvorgänge im selben (Borborygmi, Tormina, etc.), b) Erkrankungen des Peritoneums bei Abdominaltumoren, bei lokaler und diffuser akuter und chron. Peritonitis etc. und c) durch Erkrankungen und Kompression der Blutgefässe innerhalb der Bauchhöhle und in den Bauchdecken.

Aus eigener Beobachtung führt der Verfasser Fälle mit dem seltenen Lederknarren bei Ca hepatis an, weiters Fälle mit dem Emminghausen-Ortner-schen Pseudo-perikardial-peritoneal Reiben bei oberflächlicher Hepatitis im Verlaufe von Ca-Metastasen in der Leber und einen Fall mit Megakolon und lautem, kontinuierlichen, systolisch-diastolischen Geräusch über dem linken Hypochondrium, das unabhängig von der Körperlage war und wahrscheinlich in der Vena mesenterica inferior durch Kompression derselben seitens der röntgenologisch nachgewiesenen Schleife des langen Colon descendens hervorgerufen wurde.

Interni oddelek Obče drž. bolnice v Ljubljani. Šef: Docent dr. Ivan Matko

Klinika in diferencialna diagnoza desnosrčnosti*

Dr. HENRIK HEFERLE, asistent internega oddelka

Desnosrčnost (Dextrocardia) je prirojena razvojna varieteta srca, dystopia, ki obstoja v tem, da srce s svojo konico leži na desni mesto na levi strani prsnega koša. Po razdelbi Mandelstamma in Reinberga ločimo v glavnem 3 vrste desnosrčnosti:

1. vrsta: neizolirana desnosrčnost pri situs viscerum inversus totalis (transpositio viscerum, heterotaxia ali heterotopia).

2. vrsta: Izolirana desnosrčnost z inverzijo pri situs inversus partialis thoracalis.

Kot prehodno vrsto med prvo in drugo omenjam izolirano dekstrokardijo pri samostojnem situs inversus intestini crassi.

3. vrsta: Izolirana desnosrčnost brez inverzije (dextroversio).

Iz diferencialno diagnostičnih ozirov omenjam še dekstropozicijo srca, ki sicer ne spada med dekstrokardije kot take, ampak je pridobljena sprememba srčne lege.

O nastanku desnosrčnosti ne vemo mnogo. Po mnenju večine avtorjev herediteta ne igra nobene vloge in tudi ni opažati desnosrčnosti pri več članih iste družine. Proti temu pa naj navedem dejstvo, da je Seban Neuhof leta 1913. opisal dekstrokardijo pri dveh sestrah. Različne vrste desnosrčnosti nastanejo v raznih dobah embrionalnega razvoja. Tako se prva vrsta (situs inversus totalis) razvije v najzgodnejši dobi t. j. 12—15. dan. Za nastanek te razvojne varietete prevladujejo sedaj 2 glavni hipotezi. Prva je mehanična ali ontogenetska. Med razvojem samim še nepoznane sile (mehanične?) vplivajo, da se takozvana primitivna srčna cev (odnosno

---

* Predavanje na znanstvenem sestanku Slov. zdravn. društva v Ljubljani, 3. IV. 1936.

srčna pentlja) obrne v desno mesto v levo. V tem oziru je interesantno, da je uspelo povzročiti totalno inverzijo drobovja z mehaničnim draženjem oplojenega in razvijajočega se kurjega jajca. Ni dokazano, če tudi pri razvoju desnosrčnosti človeka odločajo mehanični momenti. Zanimivo je, da si Martinotti razlaga nastanek totalne inverzije drobovja takole: normalno je leva vena omphalomesenterica močnejša nego desna, ki polagoma atrofira. Pri desnosrčnosti prevladuje iz vsega početka desna vena omphalomesenterica. Radi tega teče kri v tem slučaju v popolnoma drugačnem toku skozi srčno cev, kar seveda vpliva na sukanje srčne cevi, da se obrne mesto v levo v desno stran. Druga hipoteza, katere glavni zastopnik je Schwalbe, pa pravi, da je vzrok nastanku totalne inverzije drobovja v motnji samega zametka organov. Mislijo tudi, da so bitja s situs viscerum inversus ostanek dvojnega zametka — spačka, katerega en del je odmrl.

O postanku druge in tretje vrste desnosrčnosti vemo še veliko manj. Znano je toliko, da se te dve vrsti razvijeta veliko kasneje. Pri tretji vrsti se srce popolnoma normalno razvije. V 6. fetalnem tednu leži srce simetrično z ozirom na podolžno telesno os; normalno prevladuje desna stran. Pri tretji vrsti pa je leva stran srca močneje razvita, kar najbrž vpliva, da se srce zasuče v desno.

Preidem h karakterizaciji in diferencialni diagnozi posameznih vrst desnosrčnosti.

Prva vrsta (neizolirana dekstrokardija pri situs inversus totalis). Pod situs inversus totalis razumemo popolno zamenjavo vsega drobovja z leve na desno in obratno. Pri živalih je bil poznan že za časa Aristotela. Pri človeku pa je bil odkrit mnogo kasneje. Prvi je opisal to razvojno varieteto pri človeku rimski zdravnik Marcel Leccius l. 1643. S perkusijo in avskultacijo sta jo prvič dognala l. 1854. Bertin in Dubler. Rentgenološko jo je l. 1897. prvi dokazal Bourgart.

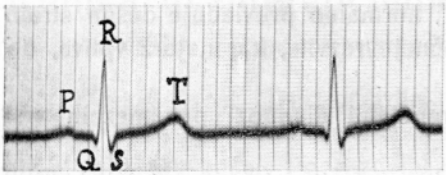
Splošna inverzija drobovja je precej razširjena anomalija. Vendar ne vemo točnega odstotka razširjenosti, ker so tozadevne statistike zelo neenake. Približno lahko računamo, da pride en slučaj na 6—12.000 prebivalcev. To se tudi strinja z rezultatom, ki ga je dobil prim. dr. Kunst, ki je med 45.000 rentgen-pregledi dobil 4 primere desnosrčnosti. Da se kljub precejšnji razširjenosti desnosrčnosti le redko kdaj odkrije kak slučaj, tiči vzrok v tem, da desnosrčnost ne povzroča nobenih težav. Tudi se večkrat pri slučajnih zdravniških pregledih prezre, zlasti pri površni perkusiji in avskultaciji. Največ desnosrčnosti se slučajno odkrije pri rentgenskih pregledih, ko se primer iz kateregakoli vzroka preiskuje. Scheele navaja, da je v 99 primerih desnosrčnosti, ki jih je zasledil v slovstvu, bilo diagnosticiranih in vivo le 16; Gruber pa je med 79 slučaji desnosrčnosti našel le 6, ki so bili dognani intra vitam.

Srce leži pri situs inversus totalis s svojim večjim delom na desni strani prsnega koša. Srčna konica gleda v desno ter jo sestavlja desni ar-

terialni prekat, ki po ustroju zaklopk (mitralka), kakor tudi z ozirom na aorto, ki izhaja iz njega, odgovarja normalnemu levemu prekatu. Aorta poteka nato desno od hrbtenice ter jezdi na desnem bronhu. Levi prekat naliči po svoji obliki in funkciji normalnemu desnemu; njegova muskulatura je slabše razvita, ima trikuspidalno zaklopko, iz njega izhaja arteria pulmonalis. V levi preddvor, ki odgovarja normalnemu desnemu, se izlivata vena cava superior in inferior, ki potekata levo od hrbtenice. V desni preddvor, ki odgovarja normalnemu levemu, se pa izlivajo venae pulmonales.

Pljuča imajo pri situs inversus totalis na levi strani 3 režnje, na desni pa 2. Jetra leže levo, želodec desno; duodenum je na levi strani, ravnotako tudi slepič; S-romanum leži na desni strani.

Diagnoza splošnega obrata drobovja je lahka. S poklepom dobimo srčno zamolklino na desni strani. Srčni udar se tiplje v 4. ali 5. medreberju ob desni medioklavikularki. Avskultacija nam poda naglašen II. pulmonalni ton v II. levem medreberju; ta ton je veliko močnejši od II. aortnega tona Rentgenološka slika kaže srčno senco na desni strani prsnega koša; pulzirajoča aorta prominira v desno pljučno polje. Fiziološko bronhialno dihanje, ki se normalno čuje na desni strani zadaj v višini 3.—4. prsnega vretenca interskapularno, se čuje pri totalni inverziji drobovja na odgovarjajočem kraju levo. Šum pri požiranju, ki se normalno čuje zadaj levo od hrbtenice v višini srednjih prsnih vretenc, se pri situs inversus totalis sliši na desni. Jetrno zamolklino dobimo v levem hipohondriju; v desnem hipohondriju dobimo Traubejev prostor, z rentgenološkim pregledom pa želodčni zračni mehur. Potom irigoskopije dobimo S-romanum na desni strani. Od ostalih simptomov naj omenim še, da dobimo pri desnosrčnosti večkrat levičnost; pri možu leži desno modo nižje od levega. Večkrat opažamo pri desnosrčnosti degenerativne znake in razvojne anomalije; tako je n. pr. dr. O. Schüssler l. 1920. opisal desnosrčnost s 14 pari reber, od katerih je bil zadnji par okrnjen.



Slika št. 1
Norm. Ekg I. odvod

Pri diagnostiki dekstrokardije je najbolj važen elektrokardiogram, ki nam zlasti v diferencialni diagnozi med posameznimi vrstami desnosrčnosti najbolje služi. Pri pravi desnosrčnosti dobimo elektrokardiogramsko krivuljo, ki predstavlja zrcalno sliko običajnega elektrokardiograma. Slika 1. nam predstavlja prvi odvod elektrokardiograma pri popolnoma zdravem srcu. Slika 2. pa nam predstavlja prvi odvod elektrokardiograma pri desnosrčnosti; in sicer izvira ta elektrokardiogram od slučaja, ki ga bom pozneje opisal. V tem elektrokardiogramu vidimo, da so vsi trije zobci (P, S, T) obrnjeni navzdol; Q, R pa so obrnjeni navzgor. Pri desnosrčnosti je predvsem značilen prvi odvod; v drugem odvodu je karakteristično, da je QRS kompleks manjši kot pri tretjem odvodu; sicer pa ni zvrnjen. Le v slučajih,

PANTHESIN BALSAM

odpravi bolečine in vnetja

pri solnčnem eritemu, revmi, nevralgijah, tvorih, pruritus, opeklinah itd.

(Panthesin-Balsam se mora večkrat na dan intenzivno vdrgniti).

Chemische Fabrik vorm. Sandoz, Basel, Švica

Jugoslavensko SIEME S D. D., Odelenje za medicinsko tehniko

Kralja Aleksandra 8 **BEOGRAD** Kralja Aleksandra 8

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

Röntgen-naprave v vseh izvedbah; Diatermijski in ultrakratko-valovni aparati; splošna elektromedicina. Kompletna dentalna oprema in dentalne potrebščine. Celotna oprema za operacijske dvorane, laboratorije, praktičnega zdravnika. Mikroskopi, mikrotomi, projekcijski aparati; veterinarska oprema

POZOR!

Kocjančič & drug, tvornica vate in obvezilnega materijala, Domžale, kot edina, prava, domača tvornica te stroke, Vam dobavi vse potrebno za sanitetsko uporabo; ves obvezilni materijal, vato itd. Vse gumene in kirurgične predmete ter vse potrebne instrumente. Daje na odprt račun in se priporoča gg. zdravnikom za cenj. naročila

KOCJANČIČ & DRUG, DOMŽALE
tvornica vate in obvez. materijala

TVORNICA TELOVADNEGA ORODJA

J. ORAŽEM

RIBNICA
NA DOLENJSKEM

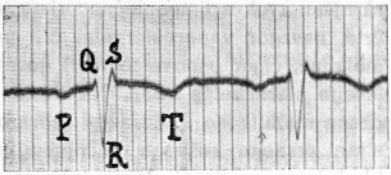
Proizvaja ordinacijsko naprave, kakor: Ordinacijske mize in stole za splošno in zobno, stolčke na vijak, irigatorje, mizice za instrumente itd. dovršene instrukcije. — Zahtevajte ponudbe. — Cene izredno nizke. — Na razpolago najboljše reference.

KLIŠEJE vseh vrst 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!

kjer srce leži precej vodoravno, dobimo tudi v drugem odvodu P zobec zvrnjen. Za nastanek zvrnjene slike elektrokardiograma v prvem odvodu leži vzrok ne samo v tem, da je srce obrnjeno v desno, ampak je po Nikolai-ju važen predvsem potek živčnih vlaken in živčnega draženja v srcu.

Druga vrsta (izolirana desnosrčnost z inverzijo) je zelo redka. Do sedaj je bilo v slovstvu opisanih samo 6 primerov, ki pa so bili vsi spojeni z raznimi drugimi anomalijami srca in ožilja kot n. pr.: pulmonalna stenoza, pulmonalna atrezija, defekti septov, transpozicija velikih žil. V nekaterih primerih imamo zamenjane le prekate odn. preddvore. Večkrat opažamo še druge anomalije kot: spina bifida, atrofija levih pljuč, ali pa manjkajo vranica ali leva stran prepone. Pri izolirani dekstrokardiji poteka aorta navadno na desni strani. So pa tudi primeri, kjer poteka na levi strani in je baš radi tega važna diferencialna diagnoza med dekstrokardijo in tkzv. dekstroverzijo, o kateri govorim takoj v naslednjem odstavku. V obeh slučajih namreč dobimo popolnoma enake rentgenološke slike; diferencialna diagnoza je možna le na podlagi elektrokardiograma, ki v slučaju prave desnosrčnosti kaže zvrnjen prvi odvod, v slučaju dekstroverzije pa je normalen.



Slika št. 2
I. odvod Ekg pri dekstrokardiji P. J.

Tretja vrsta (izolirana dekstrokardija brez inverzije ali dextroversio) je nekoliko bolj pogosta kot druga vrsta. Do sedaj so opisali 18 primerov. Bistvo tega tipa je, da leži srce na desni strani prsnega koša, pri čemer pa prekati in preddvori odn. velike srčne žile niso zamenjani. Imamo torej popolnoma normalno ustrojeno srce, le njegova lega je spremenjena. Na ta način tvori srčno konico venozni desni prekat, iz katerega izhaja arteria pulmonalis. Pred desnim prekatom leži levi prekat, iz katerega izvira aorta, ki poteka nato po levi strani hrbtenice in jezdi na levem bronhu. Tudi pri tem tipu desnosrčnosti opažamo vse druge anomalije srca kot so opisane pri tipu 2.

Od teh pravih desnosrčnosti pa je treba strogo ločiti tkzv. dekstropozicijo srca, katere bistvo obstoji v tem, da je srce radi različnih procesov v prsni votlini potisnjeno v desno stran, ne da bi se pri tem s svojo konico obrnilo v desno. Vzroki dekstropozicije so kaj različni; navajam najvažnejše: levostranski plevralni eksudati, levostranski pnevmotoraks, tumorji v levem prsnem prostoru, desnostranske plevralne zarastline in pljučne retrakcije, ki vlečejo srce v desno; tako je Wiese opisal 8 primerov dekstropozicije srca po zelo kronično potekajoči cirotični tuberkulozi pljuč na desni strani. Od ostalih vzrokov navajam še: diafragmalne hernije, agenezija desnih pljuč, adhezivno vnetje srčne mrene itd. Diferencialno diagnostično ločimo dekstropozicijo od desnosrčnosti klinicno predvsem po srčnem udaru, ki ga pri desnosrčnosti tipljemo v desni medioklavikularki, pri

dekstropoziciji pa tik ob desnem sternalnem robu. Zlasti pa je važno, da je dekstropozicija vedno komplicirana z intratorakalnimi procesi.

Diagnoza dekstrokardije odn. situs inversus totalis ni brez vsake važnosti. Znano je, da se je že večkrat pripetilo, da so vsled zamenjane lege slepiča in žolčnega mehurja prekasno diagnosticirali vnetje odn. perforacijo imenovanih organov, kar je seveda imelo za pacijente usodne posledice.

H koncu naj na kratko opišem slučaj, ki sem ga imel pred kratkim priliko preiskati:

P. J. 45 let star, župnik. Anamneza: Oče in mati sta že umrla. Je brez sester in bratov. Bil je vedno zdrav. Od nekdaj že opaža, da ne more zaspati, če leži na desni strani. Leta 1935. je bil na oblastno odredbo pregledan na tuberkuloznem dispanzerju v Ljubljani, kjer so mu odkrili desnosrčnost.

Status praesens: srednje postave, čokat, okostje gracilno. Glava normalno konfigurirana, močno pa je razvit tuber occipitalis. Je kratkoviden. Pupile enako reagirajo na luč in akomodacijo. Nos je nekoliko deformiran. Zobovje dobro razvito. Nebnici brez posebnosti; žrelo injicirano. Prsni koš je sodast, se enakomerno vzdiguje. Spredaj je nekoliko upadel. Spodnje pljučne meje v običajni višini, se dobro premikajo. Na levi strani normalen perkusijski zvok v parasternalni črti do zgornjega roba 6. rebra. Od tu dalje je relativno skrajšan zvok s timpanitično primesjo. Na desni imamo zamolklino, ki sega do mamilarne črte, navzgor v parasternalni črti pa do desnega 3. rebra tako, da dobimo trikotnik zamolkline, čigar osnovnico tvori gornji rob 6. desnega rebra; na levo sega zamolklina do levega sternalnega roba. Na desno je omejena z navzven izbočeno črto, ki poteka od desne mamile do 3. desnega rebra ob parasternalni črti. Avskultacija srca: dočim na levi strani prsnega koša na običajnem mestu srčne zamolkline ni čuti nobenih srčnih tonov, jih čujemo na desni strani, tako ob desni mamilarki, kakor tudi v vsem obsegu prej opisane zamolkline. Rentgenološka slika kaže srčno senco na desni strani. Jasno je vidna izbolklina aorte, ki moli v desno polje. Elektrokardiogram je pokazal tipične spremembe za desnosrčnost, kot kaže slika 2.

Poleg tega primera, ki sem ga ravnokar opisal, sem v zadnjem času elektrokardiografsko preiskal še eno desnosrčnost, ki je bila istotako spojena s splošno inverzijo drobovja. Zdravil se je ambulantno z ultrakratkimi valovi na našem oddelku radi empyema thoracis sinistri. Elektrokardiogram je bil tipičen in v prvem odvodu popolnoma enak elektrokardiogramu kot ga kaže slika št. 2.

Zusammenfassung

Der Autor beschreibt nach kurzer Schilderung der Entstehungsursachen, Klinik und Differenzialdiagnose der Dextrocardie zwei Fälle, die er beobachtet und bei ihnen unter anderen auch die elektrokardiographische Untersuchung durchgeführt hat. Das Ekg der I. Ableitung eines Falles wird im Bilde gezeigt.

Literatura

Ernst Blumenfeldt: Die angeborenen Herz und Gefässkrankheiten, Spez. Pathologie u. Therapie innerer Krankheiten. Bd IV.

G. Katz u. F. Lehr: Angeborene Herzkloppenfehler. Nene Deutsche Klinik. Bd IV.

S. I. kirg. oddelka spl. bolnice v Ljubljani. — Šef dr. R. Blumauer

Nov način uspešnega zdravljenja medialnih prelomov stegneničnega vratu*

(Fractura colli femoris subcapitalis)

Dr. BAJC OTON, asistent oddelka

Subkapitalni prelomi stegnenice so že od nekdaj poglavje, s katerim so se ukvarjali skoraj vsi kirurgi. Za zdravljenje teh prelomov so bile priporočane najrazličnejše metode. Vendar pa so bili uspehi še proti koncu prejšnjega stoletja tako slabi, da so nekateri kirurgi sploh obupavali in se vzdrževali vsake terapije (Hacker, Bier, Hohenegg). Pri tem so posebno povdarjali, da predvsem starejši ljudje utrpe take poškodbe, za katere je že sama fiksacija in dolgo ležanje smrtno nevarno.

Res je, da je pri prejšnjih metodah komaj 20—30% teh prelomov zarastlo koščeno, ostali pa so prešli v pseudartrozo, ki je privedla do kokse vare (Coxa vara) in žnjo do znatnega skrajšanja ekstremitete.

Za vzrok teh slabih uspehov, so smatrali najrazličnejše momente, katerih glavni je bila slaba prehrana odlomljene glavice, ker je možna samo po mali, včasih pa tudi ledirani arteriji ligamenti teres femoris. To naj bi povzročilo hitro degeneracijo in atrofijo glavice in s tem bi bila kostna konsolidacija onemogočena. Kot nič manj važen moment so navajali dejstvo, da intrakapsularni del vratu nima periosta, za tvorbo kalusa pač najvažnejšega faktorja. Poleg tega da ovira kostno zraščenje še sinovijalna tekočina, ki se razlije med oba fragmenta. Ta argumentacija je taka, da ji je težko oporekati in zdelo se je, da je vsako nadaljnje delovanje v dosego boljših rezultatov brezuspešno, kajti navedenih kvarnih momentov navidezno ni bilo mogoče izločiti.

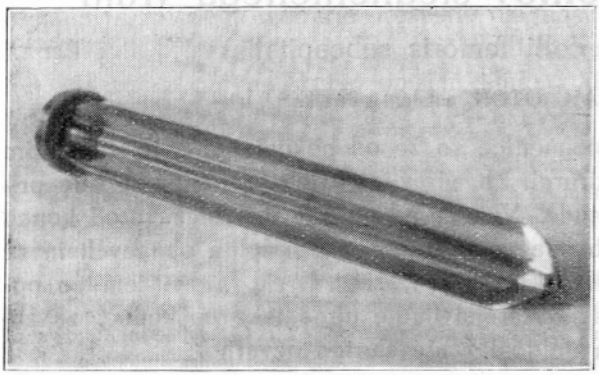
Kljub temu pa so že proti koncu prejšnjega, posebno pa v začetku sedanjega stoletja nekateri avtorji začeli povdarjati potrebo čim daljše fiksacije. V tej meri so delovali predvsem Amerikanci (Withmann), ki so zahtevali po dobri repoziciji najmanj 6-mesečno fiksacijo. Dobri rezultati niso izostali. Velike statistike navajajo že tedaj po 50% in več ozdravljenj. Torej oni momenti, ki smo jih preje omenili, ne morejo biti edini vzrok slabim uspehom, ampak je treba iskati teh vzrokov drugje. Kajti če bi res nastopila atrofija glavice, tedaj še tako dolga fiksacija ne more privesti do kalozne konsolidacije. Izkazalo se je pa, da je bila glavni vzrok slabih uspehov prekratka fiksacija poleg nezadostne repozicije in otežkočene retencije fragmentov.

Repozicijo je bilo z ekstenzijo, ali samo z obliži, ali pa z žebljem lahko doseči. Tudi njena kontrola je po iznajdbi rentgenskega aparata eno-

---

* S predavanja v „Slov. zdravniškem društvu".

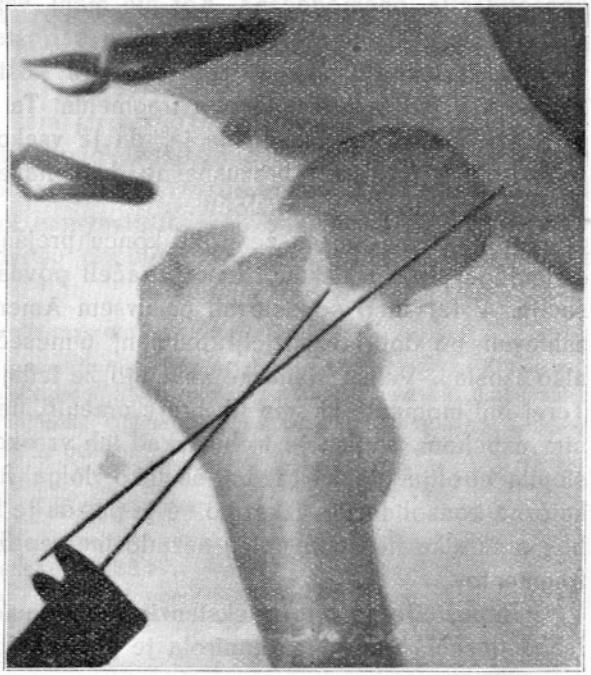
stavna, pač pa je obstojal še prej ko slej problem retencije fragmentov v doseženi dobri legi, ki je tudi z Withmannovo metodo zaklinjanja obeh fragmentov ni mogoče vedno doseči. Fiksacijo samo opravljajo mavčeve hlače, ki pa morajo segati od prsnega koša do prstov na nogi in so v tej obliki take, da jih more starejši človek le redko izdržati predpisano dobo, ne da bi nastopile različne komplikacije.



Sl. 1. Smith-Petersenov žebelj

Zaradi navedenega je razumljivo, da so za retencijo fragmentov v dobri legi kmalu predlagali njihovo operativno fiksacijo. Seveda so tudi prvotne odprte metode, pri katerih so operirali ob odprtem sklepu, radi pogostih komplikacij skušali čimprej zamenjati s takimi, pri katerih sklepa ni treba odpreti. Tako se je sama po sebi nudila ideja žeblja, ki zabit skozi oba fragmenta, fiksira prelom v legi, ki je bila dosežena z ekstenzijo.

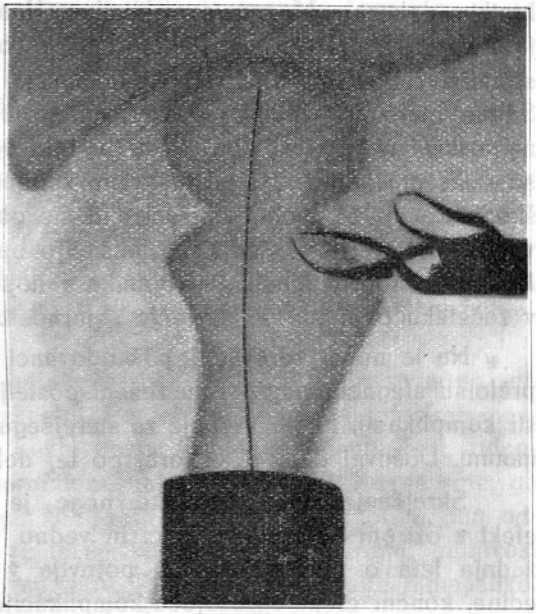
Sredstva za izvršitev te ideje so bila najrazličnejša. Vse od navadnega kirurškega žeblja preko vijaka ter slonokoščenega žeblja do autotransplantata so predlagali. Vendar se kljub tu in tam objavljenim dobrim rezultatom metoda ni mogla splošno uveljaviti, in sicer iz sledečih vzrokov: Žeblji z okroglimi profili, kakor tudi vijaki so se po navadi hitro zrahljali radi naknadnega reaktivnega razširjenja kostnega kanala, moment, na katerega se pozneje še povrnem. Ko-



Sl. 2. Vodilni žici, druga, krajša v pravi smeri

stni transplantati pa so, kakor vemo iz izkušnje, jako nesigurni, in radi tega pred popolno konsolidacijo statično ne pridejo v poštev. Zato je poškodovanec pri teh metodah navezan na fiksno obvezo tako dolgo, dokler konsolidacija preloma ni izvršena.

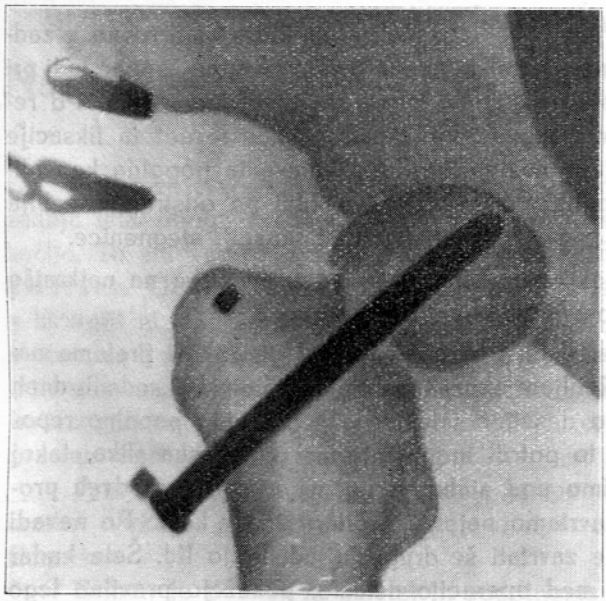
Še en vzrok je, da se žeblji z okroglimi profili, to so navadni žeblji, vijaki itd. niso obnesli. Zanje je namreč treba, če so količkaj močnejši, izvrtati predhodno kanal, v katerega jih potem zabijemo, kajti sicer žebelj fragmente razdrobi, kar se je pogosto dogajalo. Za končni efekt ta komplikacija mogoče niti ni tako velika. Saj vemo, da s fragmentacijo pospešimo tvorbo kalusa. Toda zdravljenje zahteva zopet dolgotrajno fiksacijo v mavčevih hlačah ali aparatih. Dejstvo te eksplozivne lastnosti okroglih žebljev količkaj močnejšega kalibra je privedlo Smith-Petersen-a do njegovega žeblja. S profilom tega žeblja je namreč dosegel, da je maso žeblja reduciral na minimum. Na ta način je odrivna sila pri zabijanju minimalna, fragmentacije kosti so le redke. Nosilnost žeblja pa radi njegove oblike samo pridobi.



Sl. 3. Kontrola v drugi projekciji

Že preje sem omenil, da so se okrogli žeblji hitro razrahljali. Vzrok temu je pred vsem relativno vnetje kostnega kanala, ki nastane okoli vrinjenca (žebelj).

Da tako aseptično vnetje res nastopi, je pred



Sl. 4. Žebelj v pravilni legi

kratkim dokazala Magnus-ova klinika (Haase). Dokazano je, da se obstoječi kostni kanal poveča, kakor tudi, da ostane razširjen še dolgo po odstranitvi žeblja. Razumljivo je, da na ta način nosilnost žeblja popusti. Smith-Petersenov žebelj pa prav radi svojega profila kljub tej reakciji kostnega tkiva ne popusti toliko, da bi bila ogrožena fiksacija fragmentov. To so dokazale klinike, ki puste s tem žebljem operirane bolnike hoditi brez škode že po 14 dneh brez vsake fiksne obveze. Vendar zaenkrat priporoča večina avtorjev 6—8 tedensko fiksacijo operiranega kolka v kratkih dokolenskih mavčevih hlačah, ki bolnika v hoji le malo ovirajo, nudijo mu pa v začeteku občutek veliko večje sigurnosti.

Na ta način zdravljeni poškodovanci so torej 14 dni do 3 tedne po prelomu stegneničnega vratu rešeni postelje, brez neprijetnosti in nevarnosti komplikacij, ki jih vsebuje za starejšega človeka veliki mavec po Withmannu. Duševni delavci se torej po tej dobi lahko vrnejo v svoj poklic.

Skrajšanje dobe bolniške nege je očitno. Razen tega je končni efekt z ozirom na vedno češči in vedno večji statistični materijal, ki se zadnja leta o tem zdravljenju pojavlja v literaturi, domala 100%. Skoro edina, končni efekt ogrožajoča komplikacija je infekcija, ki pa je po dosedaj objavljenih rezultatih zelo redka. Zahteva seveda takojšnjo odstranitev žeblja. Računamo, da mine do popolnega ozdravljenja preloma 4—6 mesecev in da po tej dobi delazmožnost poškodovanca ni več zmanjšana. To je posebno važno za nezgodna zavarovanja, kajti danes črpa večina takih nezgodnikov pri nas vse svoje življenje precejšnjo rento. Mislim, da v primeri s temi prihranki cena žeblja ne more igrati nobene vloge. (Žebelj stane cca 350 Din).

S tem pa še niso izčrpane vse možnosti te metode. Kajti ravno v zadnjem času se vedno bolj množe publikacije, ki kažejo izvrstne uspehe tudi pri zastarelih pseudartrozah po tovrstnih prelomih stegneničnega vratu. Po repoziciji običajne dislokacije fragmentov v smislu „coxae varae“ in fiksacije s Smith-Petersenovim žebljem nastopi po parih mesecih popolna konsolidacija, ki jo je mogoče dokazati rentgenološko tudi po odstranitvi žeblja in seveda tudi klinično, po vzpostavljeni normalni funkciji stegnenice.

Metoda nam torej nudi poleg skrajšanja bolniške nege na najkrajšo dobo tudi največjo verjetnost popolnega ozdravljenja.

Potek zdravljenja je sledeči. Po rentgenološki ugotovitvi preloma napravimo takoj ekstenzijo z žebljem skozi tuberositas tibiae. Po sedmih dneh dosežemo po obtežitvi z eno desetino telesne teže običajno popolno repozicijo fragmentov. Če nam to potrdi tudi kontrolna rentgenska slika, takoj operiramo. Operacijo izvršimo pod stalno rentgensko kontrolo v dveh projekcijah na ta način, da zavrtamo najprej vodilno žico v kost. Po navadi prva ne leži dobro, treba je zavrtati še drugo in tudi tretjo itd. Šele kadar nam kontrolne slike, ki jih med operacijo delamo, pokažejo pravilno lego žice v vseh smereh, zabijemo po žici žebelj, ki je v sredini votel.

Treba je običajno 8—10 kontrolnih slik. Iz tega je razvidno, da je težko zadeti pravilno lego žeblja (vedno več merilnih aparatov je zadnje čase predlaganih). Čim vodilna žica pravilno leži, žebelj sam ne dela nikakih težav. Operacija traja radi tega 1—2 uri. Delamo v lokalni anesteziji, le ko zabijamo žebelj, uporabljamo kloretilov opoj.

Iz opisanega poteka operacije je razvidno, da je taka operacija brez stalne rentgenološke kontrole ne glede na obliko in material žeblja nesmiselna, ker bi bil le slučaj, če bi nam uspelo zadeti pravo lego in smer žeblja. V današnjih časih tehničnih pripomočkov prištevamo takemu delu sledeč neuspeh z vso upravičenostjo k neuspehom iz malomarnosti in neznanja (Kunstfehler).

Po operaciji leži pri nas bolnik še 10—14 dni s fiksirano nogo, da se more operativna rana mirno zaceliti. Po tej dobi pa mu napravimo mavčeve hlače dokolenke in ga po nekaj dneh, ko se je privadil hoji, odpustimo za dva meseca domov z naročilom, naj čim več hodi. Ko se vrne, ga zopet rentgeniziramo. Če je lega žeblja in fragmentov povoljna, mu odvzamemo mavčeve hlače; hoja je ta čas že prav malo ovirana, gibljivost sklepa posebno kolčnega uprav frapantna. Priporočamo nadalje gimnastiko. Naročimo ga na ponovno kontrolo po 2—3 mesecih. Žebelj ostane trajno v kosti, le če dela težave, ga odstranimo, ko je konsolidacija preloma izvršena. S to metodo je oddelek napravil gotovo velik korak naprej v modernem zdravljenju prelomov kosti.

II. kirurg. oddelek drž. spl. bolnice v Ljubljani

Naša izkustva z novimi sredstvi za kratko narkozo

Dr. GUZELJ VLADIMIR

Poleg že starejšega Pernoktona nas je moderna medicinska kemija zadnja leta obogatila z novimi narkotičnimi sredstvi za intravenozno aplikacijo. To sta Tepivan-natrij tvrdke Bayer ter Eunarkon tvrdke Riedel E. de Haen. Oba preparata sta derivata barbiturne kisline. Pernokton se vsaj v kirurgiji ni mogel vdomačiti, dočim se ga je ginekologija prav rada posluževala. Po injekciji Pernoktona, ki se je morala aplicirati zelo počasi intravenozno, je bilo treba vedno dodajati etra. Bolniki so se zbujali iz narkotičnega stanja počasi in zelo vznemirjeni ter potrebovali nadzorstva po prestani operaciji v postelji.

Prav radi teh lastnosti preparata je po daljšem iskanju uspelo za kratko narkozo sintetizirati preparata Evipan-natrij ali kratko Evipan in Eunarkon.

Evipan je poznan že par let in popolnoma odgovarja zahtevam, ki jih smemo in moremo staviti na narkotično sredstvo. Apliciramo ga počasi in-

travenozno (1—2 ccm v minuti); že v prvi ali drugi minuti bolnik zaspi s prijetnimi občutki (občuti samo prijetno potrebo po spanju). Ker je pri narkozi z etrom ali kloroformom občutek pred ekscitacijo zelo neprijeten, se tega sredstva poslužujejo prav radi zlasti zdravniki posebno kot narkotika za krajše operacije, trajajoče približno 10 do 20 minut ali pa kot uvodnega narkotika pred etrovo narkozo, ker odpade ekscitacijski stadij popolnoma (lastno opazovanje). Bolnik se zbudi iz narkoze zelo hitro (tudi starejši ljudje). Vesel je prijetne novice, da je operacija že končana, posebno ko ne občuti prav nobenih slabosti. Navadno zapustijo bolniki lahko že po $^1/_2$ ure ambulanto oziroma ordinacijo.

Eunarkon ima to prednost pred Evipanom, da se nahaja že v ampuli pripravljen za injekcijo, dočim je treba Evipanov prah šele raztopiti v fiziološki raztopini, ki se nahaja v posebni ampuli. Radi tega bi lahko nastala pri aplikaciji Evipana pomota, da bi pomočnica zdravnika ali zamenjala preparat ali pa napravila prekoncentrirano raztopino, kar bi moglo postati usodno za bolnika.

Intravenozno apliciramo Eunarkon v kubitalno veno. Injiciramo ga počasi in enakomerno, pri starejših bolnikih po 1 ccm v minuti, pri mlajših in krepkih po 2 ccm v minuti. Eunarkon smo uporabili na kirurgičnem oddelku v cca 40 primerih brez neprijetnih komplikacij. Potek narkoze smo za vsak primer natančno zapisali. Vendar pa moram povdariti, da v dveh primerih narkoza brez dodatka etra ni bila dovolj globoka in sicer pri zelo krepkih bolnikih, ki sta, ne da bi se seveda tega zavedala, pri incizijah večjega obsega bila nemirna, tako, da sta motila operaterja pri delu, dasiravno je po narkozi obstojala za to popolna retrogradna amnezija. Ko pa smo nato injicirali večje dozè, je postalo dihanje slabše, kar pa se je po injekciji lobelina takoj zboljšalo. Tudi krvni tlak je precej popustil, puls je postal hitrejši, česar pri Evipanu nismo nikdar opazili. Količina Eunarkona, ki smo ga v posameznih primerih injicirali, se je ravnala popolnoma po konstituciji in starosti bolnika; torej smo individualno dozirali približno 5 do 8 ccm. Pupile ostanejo ves čas srednje široke in počasi reagirajo, dihanje je sprva površno, pa se kmalu zopet popravi. Navadno dosežemo stadij, v katerem moramo začeti z rezom že po 2 minutah in traja 10—15—20 minut. Nikdar nismo opažali bljuvanja, dasiravno bolniki niso ostali tešči pred narkozo in tudi ne po prebujenju, temveč niso smeli jesti samo kake $^1/_4$ ure pred in $^1/_2$ do 1 ure po pričetku narkoze. Vsi brez izjeme pa so bili popolnoma sveži, tako, da smo jih lahko odpustili domov. Eunarkon kakor tudi Evipan smo poskusili ambulantno; bolniki so po preteku pol ure lahko odšli domov. Naglasil bi pa, da je potrebna na vsak način še pomožna oseba v ambulanci, oziroma v zdravnikovi ordinaciji, da lahko izvršimo injekcijo in incizijo. Evipan in Eunarkon smo poskušali tudi pri osebah od 50 do 70 let, da celo 80 let, pa se je, še zlasti pri starejših, ta kratka narkoza prav dobro obnesla; seveda smo potrebovali za narkozo samo nekaj kubičnih centimetrov. Pred to kratkotrajno narkozo ne dobijo

bolniki nikakega alkaloida! Vkljub temu nismo nikdar prišli v položaj, da bi morali dodajati eter med narkozo, razen v par primerih in še takrat le nekaj kapljic. Po kratkotrajnih narkozah s temi sredstvi smo kontrolirali urin v posameznih primerih, nikdar pa nismo mogli najti patoloških produktov. Pač pa moramo opozoriti na to, da so po dosedanji literaturi ta sredstva lahko škodljiva in celo usodepolna pri bolnikih s sepso ali z na drug način oškodovanim parenhimom jeter, pri bolnikih z ileusom in pri konstitucionalno slabotnih. Oba preparata se namreč razkrojita v jetrih, ki morajo zato normalno delovati.

Bolniki so se izražali zadovoljivo o narkozi, ker so vsi pričakovali po njej neprijetne posledice, ki pa so izostale. Uspavanje in zbujenje res ni neprijetno, kot to opažamo pri in po etrovi narkozi; predpogoj je seveda, da injiciramo sredstvo intravenozno, ker so paravenozni infiltrati boleči. Tuberkuloza pljuč in srčne napake ne kontraindicirajo teh sredstev. Tudi v enem in istem primeru, ko se je po nekaj dnevih pri gnojnem vnetju gornje okončine pokazala potreba ponovne incizije, smo napravili z uspehom kratkotrajno narkozo z Eunarkonom brez posledic za bolnika vkljub kratkemu časovnemu intervalu med obema posegoma.

Zusammenfassung

Unsere Erfahrungen mit den Kurznarkoticis Evipan-Natrium und Eunarkon sind, dank Ihrer geringen Gefährlichkeit und guten Verträglichkeit auch bei alten Personen als sehr zufriedenstellend. Vor- und nachnarkotische Beschwerden fehlen völlig.

Literatura

Zentralblatt für Chirurgie No. 5, 1933
D. M. W. No. 10, 1933
Therapie der Gegenwart, No. 4, 1933
Zentralblatt für Gynäkologie No. 14, 1933.

Dr. LEO ŠAVNIK, ginekolog, Ljubljana

O Ogino-Knaus-ovi teoriji

(Konec)

Boj za in proti teoriji. Argumenti in mnenja nasprotnikov

Kot enega glavnih nasprotnikov bi omenil prof. Schumacher-ja iz ženske klinike v Giessenu, ki se je tudi oglasil na zadnjem ginekološkem kongresu v Monakovem in precej vehementno napadel Knaus-a. V svojem govoru je opozarjal na brošuro Holandca Smulders-a „Die periodische Enthaltung in der Ehe“ in brošuro Francoza Marchala „La liberté de la conception“. Pravi, da že ta dela kažejo, kakšne narodno-politične posledice bo imelo znanstveno propagiranje metode. Nastopil je tudi z utemeljitvijo,

da je popolnoma vseeno, ali se posluži človek mehaničnega ali kemičnega antikoncepcionalnega sredstva ali pa ga izračuna. Zato poziva kongres na odpor, ki mora nastati ne samo pri zdravnikih in naravoslovcih, ampak tudi v krogih narodnih gospodarjev in politikov, teologov in juristov. Medicinskih protiargumentov pa ni prinesel razen par slučajev, ki jih navedem na drugem mestu.

Drugi govornik, prof. Heim, višji zdravnik na Sellheimovi kliniki v Leipzigu, je navedel 3 primere, kjer Knaus-ova teorija ne drži in se obrača proti njemu v prvi vrsti zato, ker propagira svojo teorijo s tako sigurnostjo, da smatra celo vsa antikoncepcionalna sredstva za nepotrebna. On (Heim) pa je pred kratkim doživel slučaj, da je bolnica s težko cholangitis postala gravidna vkljub temu, da se je bajé točno držala po O. K. metodi in je bila vsled te nosečnosti po krivdi Knaus-a težko oškodovana. Druga 2 primera sta bila podobna.

V literaturi nastopa proti metodi Tachezy iz Ostrčilove klinike iz Prage. V delu iz leta 1934 kritizira Knaus-ovo metodo registracij maternice na pituitrin in se sklicuje posebno na Schulze-ja in Wittenbeck-a, ki sta našla druge rezultate. Od svojih slučajev navaja 13 bolnic, ki so bile ponovno preiskane v različnih dnevih intermenstruuma, pri katerih je dobil posamezne reakcije, ki so se skladale s Knaus-ovimi preiskavami, mnogo pa vprav kontrarnih. Iz tega dejstva izvaja, da Knaus ne more sklepati na podlagi teh preiskav na ovulacijski termin. Knaus mu je že odgovoril v letu 1935, da se je pri vseh slučajih posluževal bolnic s spremenjeno ali nepravilno funkcijo genitalnih organov, največ bolnic po operacijah ali drugih posegih in zato so bili tudi rezultati njegovih izsledkov napačni.

Nadaljni nasprotnik Weinstock iz Breslave je sestavil material 416 slučajev z različnim ciklom od 2—8 tednov. Na podlagi teh svojih opazovanj je dognal, da sploh ni nobene dobe v intermenstruumu, v kateri bi bila žena sterilna. Nehoté je pa s svojim materialom mogel dokazati, na kar ga je Knaus v svojem zadnjem delu opozoril, da celó pri ciklu od 7—8 tednov ni mogel opazovati po 35. dnevu nobene koncepcije in s tem doprinesel nov dokaz k teoriji praemenstrualne sterilitete.

V. Jaschke in Ostrčil sta v svojih izvajanjih posebno pobijala tezo rednega termina fiziološke ovulacije in sta se sklicevala posebno na raziskavanja Grosser-ja iz leta 1919 in 1924, ki je bil mnenja, da more priti poleg normalne ovulacije tudi še do takozvane violentne ali provocirane ovulacije, kakor jo opazujemo pri zajčku ali mački. Zadnja leta je pa Grosser to svoje mnenje spremenil in tako so odpadli tudi vsi oni argumenti, ko sta jih na podlagi Grosser-jevih preiskavanj navajala v. Jaschke

Rohleder, Prochownik, Sellheim in Engelmann so v veliki meri študirali umetno oplojenje. Posebno Prochownik povdarja, da je imel najlepše uspehe pri umetnem oplojenju 15.—22. dan po začetku zadnje menstruacije, kar kaže na dneve optima, kakor jih je navedel Knaus. Rohleder ima v tem času do 30% uspehov pri svojih slučajih umetnega oplojenja.

Fraenkel piše na podlagi opazovanj iz svoje klinike, da obstoja v vsakem menstruacijskem ciklu kratka perioda minimalne verjetnosti koncepcije in daljša perioda maksimalne verjetnosti. Do 5. dneva cikla je opazoval koncepcijo v 8%, od 6.—10. dneva pri 36%, od 11.—18. dneva v 39%, od 19.—25. dneva v 12%, od 26.—30. dneva v 5%. Torej popolnoma sterilnih dni Fraenkel ne priznava, posebno pa ne pri 3-tedenskem ciklu.

Čertok iz Srednjeazijskega med. inštituta v Taškentu je opazoval pri operacijah včasih še 19. dan nerazpočen, zrel folikel. V drugih slučajih je opazoval zopet že 7. dan zrel folikel, zato sklepa, da čas ovulacije ni fiksiran in da niha med 7. in 19. dnevom cikla.

Čertok priznava, da je večina avtorjev mnenja, da je jajčece samo kratek čas oplodljivo, pravtako tudi priznava, da so človeški spermiji v ženskem telesu že po 24—36 urah fagocitirani.

Na njegovem oddelku za abortuse so študirali problem zanositve. Preiskali so v treh letih 5259 žena, vendar pa so jih mogli uporabiti od teh za ta študij le 121. Na podlagi pregleda teh slučajev ugotavlja, da pride maksimum koncepcij na 6.—14. dan menstr. cikla. Če je pa material pregledal in razdelil po tednih, je ugotovil, da more priti do koncepcije vse tedne v intermenstruumu. vendar pa pada maksimum v prvo polovico. Tudi če je razdelil material v dekade, je opazoval isto.

Tudi pri tem delu vidimo, če ga kritično pregledamo, da mu manjkajo vsi najvažnejši podatki, kakor jih zahteva za taka opazovanja Knaus, posebno ugotovitev predhodnih menstr. datov, predhodne bolezni, porodi, splavi, razdobje med temi in opazovano koncepcijo itd.

Torej kakor vidimo, tudi te statistike niso točne in ne morejo ovreči Knaus-ovih izsledkov, ampak jih do gotove mere celo potrjujejo.

Knaus navaja v zagovor svoje teze o določenem času ovulacije poleg svojih raziskavanj, ki smo jih že obravnavali, v svojem zadnjem delu tudi francoske avtorje, ki so prišli zopet po popolnoma drugi poti do enakih rezultatov. Devraigne, Seguy, Vimeux in Simonnet so opažali, da nastopa pri ženi z 28-dnevnim ciklom redno med 10—15. dnevom v cerviksu gosta in prozorna sluz, ki jo izzove po njihovem mnenju ovulacija. Ti francoski avtorji so celo mnenja, da posreduje ta sluz potovanje spermijev v maternico.

V nekem drugem delu navaja že prej omenjeni Schumacher 3 slučaje, pri katerih se je bajé koncepcija izvršila v zadnjih treh dneh pred menstruacijo. Znanstvena podlaga je pa tu precej nesigurna; pri prvem slučaju se je žena nahajala ves čas intermenstruuma sama v kopališču in se vrnila domov 3 dni pred menstruacijo in bajé — promptno zanosila. Drug slučaj je podoben, le s to razliko, da je bil mož odsoten in da je žena prišla k možu en dan pred menstruacijo in je tudi — promptno zanosila. Tretji slučaj je študentka, ki se je vrnila 2 dni pred pričakovano menstruacijo po 2 mesečni seksuelni abstinenci k svojemu zaročencu in zopet takoj — zanosila.

Takih „storij“ mislim, da bi mogel zbrati vsak ginekolog še več kot tri, ko se pa še celó zgodi, da žena absolutno negira coitus ali pa celo tudi vsako drugo zbližanje, najdemo pa pri preiskavi brezdvomno graviditeto.

Interesantno je zadržanje najvišjega ginekološkega znanstvenega foruma napram Knaus-ovi teoriji. Na gin. kongresu leta 1929 v Leipzigu je bila Knaus-u odvzeta beseda, ker je prekoračil za referate odmerjen čas 10 minut. Prihodnji kongres leta 1931 v Frankfurtu a/M je še izjavil, da je sigurno preprečenje nosečnosti mogoče samo potom popolne vzdržnosti. Oktobra 1935 v Monakovem je pa dobil Knaus, čeprav nenapovedan, besedo takoj po oficielnih govorih vladnih zastopnikov in je mogel v dolgem govoru izčrpno poročati o svoji teoriji in o praktičnih uspehih, ter bil na koncu govora živahno aklamiran. Torej isti forum skeptikov, ki se je v par letih izprevrgel v pristaše in zagovornike, le par posameznikov je, kakor sem že zgoraj omenil, nastopilo proti, pa so se morali s svojimi dokazi umakniti.

Referent prof. Albrecht je celo resumiral na koncu debate cel problem z besedami: „Zahvaljujemo se g. prof. Knaus-u za izčrpen referat, tekom katerega smo se mogli prepričati, da smo z njegovo teorijo pridobili važen pripomoček, ki nas bo podpiral v boju za kolikor mogoče zdrav naraščaj, saj nam daje v roke možnost oploditve po točnem prevdarku in v popolni duševni in telesni moči in polni zavesti odgovornosti. Seveda moramo energično odkloniti splošno propagiranje te metode iz narodno-političnega stališča, ker stojimo tako mi kot cela naša narodno-socialistična država na stališču kolikor mogoče velike populacije, ljudstvo bi jo pa moglo uporabljati bolj v negativnem smislu, kar bi dovedlo do omejitve porodov in bi moglo tako postati nevarno za narod in državo. Protigovorniki nas s svojimi izvajanji niso prepričali o neveljavnosti metode, vendar bi pa omenil le to, da imamo zdravniki opraviti z živo materijo, ki je podvržena biološkim zakonom, zato bodo vedno mogoči slučaji, ki se ne morejo spraviti v splošen teoretičen sistem. To nam pa seveda še ne daje pravice, da bi enostavno zanikali splošno veljavne izsledke, do katerih je prišla znanost po toliko mučnih in dolgotrajnih raziskavanjih.“

Statistični material Knaus-a, Ogina in drugih avtorjev

Dr. Leo Latz objavlja v The Journal amer. Med. Asotiation X/1935 statistiko o 5702 kohabitacijah pri 115 ženah v teku 1128 točno registriranih in opazovanih mesecev. Pri vseh teh 115 ženah je bil individuelno določen koncepcijski termin in pri nobeni ni v sterilnem času prišlo do zanositve. Podobno statistiko prinaša A. G. Miller. On je registriral pri 154 zakonskih parih 2200 popolnoma normalno izvedenih koitov v izračunani sterilni dobi brez zanositve, poleg tega pa 2 slučaja nosečnosti, kjer je bil izvršen koitus v izračunanih optimalnih dneh in to celo vkljub rabi antikoncepcionalnega sredstva.

Zanimala Vas bo tudi statistika, ki jo je izdal preteklo leto 1935 Ogino. Žalibog je v japonščini pisana, pa mi je prof. Knaus stavil na razpolago nemške prestave in opazke samega avtorja. Odtod posnemam naslednje podatke:

Tab. 19. stran 121 kaže protokol praktičnega izvajanja metode, sestavljen od žene zdravnika, 27 let stare II-para, zadnji partus IV. 1930. Sledi točna beležba tako menstruacijskih datov kakor tudi koitov. Oktobra 1934 hoté coitus I dan pred ovulacijo in promptna zanositev.

Tab. 20. stran 122 kaže pregled poiskusov premenstrualne koncepcije, torej v 2. polovici intermenstruuma, ki je po Ogino-Knaus-u sterilen. Opazovanih je bilo 9 žen skozi 235 mesecev, izvršenih je bilo 600 koitov, ki so vsi končali brez nosečnosti.

Tab. 23. stran 124 je podobna prejšnji, samo s to razliko, da so tu sestavljena opazovanja Ogina, Knaus-a in Miller-ja skupaj 99 ženâ skozi 517 mesecev s 1055 koiti, ki so vsi končali sterilno.

Tab. 24. stran 140 navaja 25 slučajev, ki jih je opazoval Ogino, pri katerih je bil datum koncepcije znan. Tabela je urejena po dnevih po zadnji menstruaciji in iz nje vidimo, da pade pri vseh 25 slučajih datum koncepcije v stadij intervala, nikdar pa ne v postmenstruum.

Tab. 25. stran 142 obravnava opazovanja pri mladih zakoncih, pri katerih po poroki ni prišlo več do menstruacije. Tabela je urejena po dnevih po začetku zadnje menstruacije in iz nje je razvidno, da so poročni dnevi skoro enakomerno razdeljeni v času menstruacije do intermenstruuma, nikdar pa v premenstruumu. Če bi bil torej optimum koncepcije premenstruum, kakor so mislili poprej, bi morali ležati ti poročni dnevi posebno v premenstruumu.

Tab. 27. stran 143 navaja kot drug dokaz proti mnenju, da je optimum koncepcije v postmenstruumu 179 koitov v postmenstruumu, ki so bili vsi sterilni.

Navedel sem tu samo par najkarakterističnejših tabel iz Oginove knjige, da si morete ustvariti sliko, koliko na tem polju res s trudom delajo, da bi problem vsestransko in popolnoma objasnili.

Ogino rezumira svoja opazovanja in trdi, da je uspešna regulacija rojstev na podlagi njegovih in Knaus-ovih izledkov mogoča v 90—92% slučajev. Vzemimo, da je to le pobožna želja avtorjev, ki se pečajo že leta in leta s to metodo, vpoštevajmo tudi vse one slučaje, kjer so bili zdravniki hoté ali nehoté od žene mistificirani, nam še vedno ostane tako velik procent slučajev, kjer metoda drži. Upam se trditi, da ne bo poteklo

več dosti let, ko bo vsaka inteligentnejša žena vodila točen račun o vseh važnejših spremembah svojega seksualnega življenja. Zavedala se bo, da ni dosegla enakopravnosti z moškim samo v javnem življenju, ampak da ji je dana možnost, da regulira tudi seksualno življenje in skrbi za potomstvo takrat, kadar so prilike za to ugodne.

Prepričan sem celo, da bodo s časom vso to skrb regulacije prevzele žene same, ker moški v svoji slepi strasti nima navadno niti dosti smisla, niti dovolj obzira do žene ter se zave svoje odgovornosti šele takrat, ko je to že zdavnaj prepozno. Žena pa, ki si je na jasnem o poteku fizioloških funkcij genitala, se bo znala tudi ob pravem času varovati in bo že naprej preprečila priliko združitve. Obvarovala se bo na ta način ev. kriminalnega splava ter bolezni in vnetij, ki sledijo mnogokrat takim posegom. Obvarovala se bo pa tudi onega psihičnega šoka, ki mu pripisujejo nekateri avtorji še večjo važnost kot pa prekinitvi sami.

Če rezumiramo še enkrat vse, kar smo dosedaj slišali za in proti metodi, vidimo, da bazira teorija na neizpobitnih dokazih. Knaus ima prav, če trdi, da so imeli nasprotniki od leta 1929., odkar je svojo teorijo publiciral, že dovolj časa, da bi prišli s tehtnejšimi argumenti in z večjimi statistikami na dan, kakor se je to zgodilo. On sam razpolaga s preko 10.000 točno opazovanih slučajev in vsak dan se mu množijo pisma, kjer mu poročajo tako zdravniki kot lajiki iz vseh krajev sveta svoja opazovanja. Kot zelo karakteristično bi omenil eno tako pismo, ki ga je dobil pred tremi leti iz graške okolice od nekega železničarja. Pismo je polno največjih žalivk in psovk na njega in na vso medicino, po treh letih pa je dobil pismo ravno one dni pred Božičem od istega moža, kjer ga prosi oproščenja, da mu je takrat delal tako krivico in mu poroča, da se že vsa ta zadnja tri leta ravná po navodilih, ki mu jih je poslal takrat kot odgovor na njegovo robato pismo in da sta z ženo srečna in zadovoljna v zakonu.

Tudi drugi avtorji so prišli, kakor smo videli, popolnoma nezavisno in na docela drug način do istih rezultatov. Naj tu omenim samo Ogina ter ameriške avtorje Miller-ja in Latz-a s svojima 7902 slučajema ter Francoze, ki so zopet na drug in originalen način prišli do enakih izsledkov. Če se pa potem še spomnimo zgodovine in izsledkov nemških in francoskih avtorjev iz začetka 19. stoletja ter židovskih ritualnih zakonov, moramo postati prepričani pristaši metode.

Sam za lastno osebo nisem absoluten pristaš te metode in Vas prosim, da bi tudi Vi ne bili, dokler nimamo sami dovolj tozadevnih izkušenj in statističnih podatkov. Iz svoje strani zasledujem cca poldrugo leto precej intenzivno to vprašanje, vendar bi si ne upal govoriti o veliki izkušnji, ker sem delal isto napako kot večina drugih, da nisem namreč točno upošteval fiziološkega nihanja menstruacij in da sem opazoval vse preveč na bolnem materijalu, ki je pač nam zdravnikom najbližji.

Pri nas v Sloveniji se pečata že delj časa s tem vprašanjem kolikor je meni znano, gg. primarij dr. A. Brecelj in pukovnik dr. Justin. Ta dva

sta že dolgo propagirala to metodo, ko so bili ostali zdravniki še večinoma absolutni nasprotniki. Kakšne izkušnje imata, nam bosta sama povedala. Tudi iz vrste ginekologov je obravnaval koncepcijo žene iz znanstvenega in praktičnega vidika v Zdravniškem Vestniku od maja 1934. dr. I. Rakuljič, ki je podal kratek pregled teoretičnih raziskavanj v tej smeri in prišel na koncu svojih izvajanj po lastni izkušnji do zaključka, da je graviditeta izjemno vedno mogoča, vendar je pa najpogostejša med 12. in 19. dnevom pred pričakovano menses.

Kljub vsem tem člankom in opozorilom pa dosedaj pri nas še ni uspelo zainteresirati za stvar večine zdravnikov in zato je bil le to namen mojega današnjega predavanja.

Mislim namreč, da smo kot zdravniki dolžni razodeti ženi metodo, tudi če n. pr. drži le v 30% ne pa v 90%, kakor trdijo avtorji, saj tudi injiciramo in predpisujemo zdravila, o katerih nismo stoodstotno prepričani, da bodo bolniku pomagale. Absolutno sem proti temu, da bi stvar propagirali na način, kakor je že enkrat pri nas započelo, ker smatram, da na ta način metodi več škodujemo kakor koristimo. Metoda bazira na individuelnem opazovanju, zato jo smemo le individuelno obravnavati, če nočemo biti izpostavljeni napadom hudobnih ljudi, ki potegnejo vsako stvar k sebi v blato in pa če nočemo spraviti metode zaradi površnega in nestrokovnega izvajanja neupravičeno v slab glas.

Da problemu pripisujejo v inozemstvu res veliko važnost, morete izprevideti že iz tega, da je n. pr. ministrstvo socialne politike in narodnega zdravja na Češkem dovolilo na nemški ženski kliniki v Pragi osnovanje „Prve zakonske posvetovalnice“, ki je bila z januarjem t. l. otvorjena. Nasprotno pa je prodaja koledarja, ki je bil izdan v svrho približne določitve optimalnih dni lansko leto v Avstriji in Nemčiji prepopedana.

Ker je pri vsakem problemu važno, da si ustvarimo svoje lastno mnenje, si dovoljujem predlagati onim, ki se jih to tiče in ki imajo material na razpolago, naslednje:

1. V vseh višjih ženskih šolah, internatih in gimnazijah naj zahtevajo od učenk točno in redno registracijo menstruacijskih datov. S tem se navadijo dekleta že od mladega na red in na samoopazovanje, kar jim bo v življenju gotovo vedno koristilo. O Knaus-ovi metodi naj se poučijo šele pred izstopom iz šole.

2. Kontrolo redne registracije naj bi vršile šolske zdravnice pri higienski uri ali pri telovadbi ali zdravnice na poliklinikah v zvezi z poliklinič nimi preiskavami.

3. S Knaus-ovo metodo naj se seznanijo tudi babice, ki morejo na deželi v posameznih izbranih slučajih poučiti ženo o optimalnih ali sterilnih dneh in tako posebno na deželi preprečiti marsikatero nesrečo ali bolezen. Poleg tega bi pa mogle zbrati mogoče boljši in točnejši statistični material, kot pa zdravnik, ki se ga žene vendar le včasih sramujejo.

Z zbiranjem menstruacijskih podatkov v šolah bi pa poleg že zgoraj omenjenega vzgojnega momenta dosegli to, da bi imeli čez par let veliko število ženâ s točnimi cikličnimi podatki. Ti podatki bi ne bili samo važni v poznejših letih, ampak že takoj, ker bi po takih sistematičnih pregledih našli mnogo juvenilnih nerednosti v menstruaciji, ki so navadno posledica kake hipoplazije ali druge razvojne anomalije. Za vse te nerednosti pa vemo, da se dajo v mladosti dosti boljše, hitreje in uspešnejše zdraviti kot v poznejših letih. Tudi marsikatero steriliteto, ki bazira na slabem razvoju maternice, bi na ta način ob pravem času preprečili.

Vse one gospode kolege, ki imajo opraviti z ginekološkim materialom, pa prosim, da si skušajo v svojem področju potom točnih zapiskov ustvariti lastno mnenje in te zapiske čez čas priobčiti ali pa staviti na razpolago, da bomo mogli potem iz lastnih skušenj in lastnih opazovanj zavzeti svoje stališče in da ne bomo vedno vezani le na to, kar slišimo po svetu.

Zusammenfassung

Wegen des steigenden Interesses für die Knaus-Ogino'sche Theorie und wegen des absolut ablehnenden Standpunktes eines Teiles der Aertzeschaft hat sich A. die Aufgabe gestellt, einen kleinen Ueberblick über die mühevolle jahrelange Arbeit des Forschers zu geben, dem es gelungen ist, Licht in das zyklische Verhalten der Konzeption der Frau zu bringen.

Die Arbeit bespricht zuerst die Versuche an Tieren und dann die physiologischen Vorgänge in der weiblichen Genitalsphäre. Verfasser hat sich hauptsächlich an das Knaussche Buch und an die Ausführungen von Moench, Schröder, Albrecht, Mayer und anderen auf dem Münchener Gynaekologenkongress gehalten und bespricht dann die Veröffentlichungen der Autoren, die für und gegen die Theorie sprechen.

Zum Schluss bespricht er noch die Bedeutung der Methode für das praktische Leben und gibt noch einige Vorschläge, wie man die junge Frauengeneration zur besseren Selbstbeobachtung und zur systematischen Aufzeichnung ihrer normalen physiologischen, zyklischen Vorgänge erziehen könnte.

Autor hat mit der Arbeit hauptsächlich einen kurzen Ueberblick über die ganze Frage geben wollen, wobei die neueste Literatur berücksichtigt wurde, soweit sie zur Verfügung stand.

Literatura

Aschoff, Zentralbl. f. Gynaek. 1935, No. 27.
Holt, Zentralbl. f. Gyn. 1935, No. 20.
Klaften, Zentralbl. f. Gyn. 1935, No. 26.
Miller, Amer. J. clin. Med. 42.
Uffenrode, Zentralbl. f. Gyn. 1934, No. 25.
Tachezy, Zentralbl. f. Gyn. 1934, No. 45.
Weinstock, Zentralbl. f. Gyn. 1934, No. 50.
Grosser, v Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Band VI/I. 1925.
Nürnberger, Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Band III.
Schröder, Veit-Stoekel Handbuch d. Gyn. Band I. 1928.
Hermstein, Med. Klinik 1933, No. 27.
Schultze, Zentralbl. f. Gyn. 1931, No. 42.
Latz, The Rhythm of Sterility and Fertility in Women, Chicago 1933.
Latz, v The Journal amer. Med. Asotiation 1935.

Knaus, Eine neue Methode zur Bestimmung des Ovulationstermines. Zentralbl. f. Gyn. 1929, No. 35; Le moment propice a la fécondation, Le Progrés medical 1931/30; Sterilisierung und Konzeptionsverhütung, Zentralbl. f. Gyn. 1931, No. 39; Die periodische Fruchtbarkeit u. Unfruchtbarkeit des Weibes, Zentralbl. f. Gyn. 1933, No. 24; Zur Technik der Registration von Bewegungen menschl. Gebärmutter, Zentralbl. f. Gyn. 1933, No. 45; Geburtenregelung auf natürlichem Wege, Wiener klin. Wochenschrift 1934/I; Zur Bestimmung des Ovulations- und Konzeptionstermines, Zentralbl. f. Gyn. 1935, No. 45.

Knaus, Moench, Heim, Schumacher, Albrecht (pradavanja na gin. kongresu v Monakovem v oktobru 1935).

Dr. A. Brecelj, Ogino-Knaus, Zdravniški Vestnik 1933.

Dr. I. Rakuljič, Koncepcija žene, Zdravniški Vestnik 1934.

Dr. A. Brecelj, Referat o Knausovi knjigi: Die periodische Fruchtbarkeit und Unfruchtbarkeit des Weibes, Verlag Maudrich, Wien 1934, Zdravniški Vestnik.

Manulkin, Srednjeazijski med. inštitut, Taškent, Zentralbl. f. Gyn. 1936, No. 1.

Doz. Dr. H. Kahr, Kons. Therapie.

Rohleder, Künstliche Befruchtung.

Sigmund Freud

Meseca maja je preteklo 80 let odkar je bil rojen sloviti ustvaritelj psihoanalize Sigmund Freud. Pred 41 leti so izšle njegove „Študije o histeriji“, vsebujoče osnovne misli novega nauka, ki je sčasoma razgibal široke plasti kulturne inteligence. Pravim sčasoma — ker so pretekla leta in leta predno je prodrl Freud s svojim revolucionarnim naukom v znanstveni svet in izzval strastne kontraverze za in proti. Po eni strani si je pridobil, zlast v povojni dobi, številne, deloma fanatično mu vdane pristaše, po drugi strani pa je naletel, zlasti pri psihologih in psihiatrih, na oster odpor. Vzrok temu je v spekulativnem značaju psihoanalitičnega nauka, ki ne dopušča striktnih dokazov pro ali contra.

Ker je ta nauk dostopen vsakemu povprečnemu inteligentu brez posebne izobrazbe in ker je poleg tega pretežno seksualne vsebine, je razumljivo, da je našel pristašev zlasti med manj kritično, „profuzno“ inteligenco, dočim ga je strokovna znanost v glavnem odklonila.

Deset let po Freudu je objavil A. Einstein svojo nič manj revolucionarno specielno relativnostno teorijo. In vendar kaka razlika med njim in Freudom. Einstein je formuliral svojo teorijo eksaktno matematično, opirajoč se na eksperimentalno dognana dejstva in zelo malo jih je med fiziki, ki bi jo resno zavračali, Freud je pa formuliral svojo teorijo dogmatično spekulativno in malo jih je med psihologi in psihopatologi, ki bi jo v celoti priznavali. Vkljub temu ne slovi Freudovo ime nič manj kakor Einsteinovo.

Ker predpostavljam, da sta metoda in doktrina psihoanalize čitateljem Zdravniškega vestnika kolikortoliko znani, se bom v tem članku omejil zgolj na njen osnovni problem.

Kakor znano uči Freud, da so psihonevroze izraz konfliktov med zavestno osebnostjo in takimi seksualnimi težnjami, ki se zde zavestnemu

jazu nezdružljive z njegovo integriteto in njegovimi etičnimi nazori. „Jaz" take, njemu ne prijajoče težnje zavrne, odrine v podzavest. Ako trčijo te v podzavest potisnjene seksualne težnje na prastare, iz zgodnjega detinstva ohranjene neodreagirane in nelikvidirane seksualne spomine (reminiscence), se v svoji težnji po sproščenju in izživetju naslonijo na nje in mobilizirajo na ta način ono prastaro infantilno perverzno seksualnost, ki se s svoje strani javlja v obliki bolezenskih simptomov.

Najvažnejša med temi reminiscencami iz davne otroške dobe je Ojdipov kompleks. Vsak poedinec je v svoji zgodnji mladosti čustvoval incestuozno: poželel mater in sovražil očeta. Iz strahu pred kastracijo je pozneje to čustvovanje zavrnil v podzavest in sčasom pozabil na strah pred kastracijo. Ojdipov kompleks je osrednja ideja psihoanalize. Ž njim razlaga Freud in njegova šola ne le najvažnejše simptome psihonevroz, ampak tudi razvoj celokupne človeške kulture z religijo vred. Ojdipov kompleks se javlja razen tega simbolično v sanjah in je sploh odločilnega pomena za najglobje čustvovanje odraslega človeka.

Kako je prišel Freud do teh presenetljivih odkritij? On sam se sklicuje na svojo metodo, ki mu baje dopušča razgaliti človeško dušo v vseh njenih globinah in vseh njenih davninah. Kakor znano obstoja ta metoda v prosti asociaciji. Bolnik naj pove vse, kar mu na kako vprašanje pade v glavo, brez ozira na to, ali je s tem vprašanjem v kaki smiselni zvezi ali ne. Bolnik naj ne pomišlja in razmišlja, ampak naj se prepusti prihajanju in odhajanju domislic in spominov. Vsaka najmanjša reminiscenca, vsaka najbanalnejša, navidezno povsem brezpomembna malenkost je psihoanalitično važna. Iz v prosti asociaciji dobljenega materiala si psihoanalitik ustvari intuitivno sliko o duševnosti preiskanca, o najglobjih motivih njegovih hotnih in nehotnih dejanj, njegovih najintimnejših željah in težnjah, o njegovih že davno pozabljenih doživljajih najzgodnejše otroške dobe. V bistvu psihoanalitičnega postopanja je, da je faktično psihoanalitiku prepuščeno po mili volji interpretirati to, kar producira v prosti asociaciji bolnik. V tem dejstvu pa temelji že fundamentalna napaka psihoanalize, zlasti nevzdržnost in neznanstvenost njene metode. Jasno je in psihološko neizbegljivo, da je odvisno zgolj od psihoanalitika, od njegove čustvene in miselne usmerjenosti, od njegovega značaja in temperamenta, njegovih življenskih izkušenj, njegovih predsodkov, njegove inteligence, fantazije in konstruktivne sposobnosti, skratka od njegove duševnosti, kako interpretira to, kar mu nudi naivni, na milost in nemilost mu izročeni bolnik.

Gotovo je res, da v prosti asociaciji dobljeni material ni slučajen, da determinirajo njegovo produkcijo najrazličnejši momenti, da je vsak domislek strogo motiviran. Nikakor pa s tem ni rečeno, da so determinirali produkcijo tega materiala oni podzavestni kompleksi, v katerih vidi psihoanaliza najglobji vir psihonevrotičnega obolenja. To je zgolj psihoanalitična dogma. Nadalje ne smemo pozabiti, da ni samo bolnik, ki pri psihoanalitični eksploraciji asociira, nič manj ne asociira psihoanalitik sam, ki na

podlagi samolastne interpretacije tega, kar je produciral bolnik, vodi s primernimi vprašanji bolnika v določeno smer. Naravno je, da psihoanalitik v takih okoliščinah ne zajema iz asociacijskega materiala svojih spoznanj, marveč da vnaša v ta material ono, kar v smislu svojih apriornih odnosno na podlagi izkustveno ali intuitivno dojetih domnevanj želi tam najti. Dokaz, da je temu tako, je dejstvo, da so interpretacije istega materiala po različnih analitikih ne le glede poedinih podrobnosti, ampak v načelnih vprašanjih različne. Tako je psihoanalitik A. Adler prišel z isto metodo kakor Freud do svoje specifično svojstvene in Freudovi psihoanalizi kot nauku docela nasprotujoče „individualne psihologije". Jasno je, da metoda, ki vodi do tako različnih rezultatov ne more biti vir znanstvenih spoznanj. S tako metodo se da dokazati vse kar kdo hoče. Treba je zgolj primerne interpretacije, da se najde to, kar se išče. Gre samo še za to, kaj kdo išče. Sicer je tudi Freud sam — in ne samo njegovi številni učenci — trdil marsikaj, kar se upira kritičnemu razumu in zdi se, da ga je baš to priljubilo pri manjkritičnih „inteligentih", vendar bo vkljub temu še v pozne generacije slovelo njegovo ime, kot ime enega najduhovitejših mož sedanjega časa. Ne kako, ampak kaj je iskal, za to gre. Nezadovoljen s sterilno tradicionalno šolsko psihologijo, si je zgradil svojo lastno, iz katere odmeva resnično življenje v vsej svoji bohotnosti in goloti. In to je njegova največja in trajna zasluga. Mimo njega ne bo mogel in smel odslej noben psiholog in pedagog. Kot izredno globok poznavatelj človeških nagnjenj, želj, nagonov, potreb in slabosti, je imel dovolj poguma, da je nehal s slepomišenjem v seksualnih vprašanjih in spregovoril o spolnosti odkrito besedo in ji določil mesto, ki ji resnično gre. Če je pri tem pretiraval, kaj za to. Edini mojster svoje metode je interpretiral to, kar je z njeno pomočjo izvabil iz svoje in iz tujih duševnosti, v smislu svojih genialnih intuicij in izredno ostrih neposrednih opazovanj resničnega življenja. Kdor bere pozorno njegove, vseskozi duhovito pisane spise, se ne more odtegniti vtisu, da baš ono, kar je v njegovih naziranjih nedvomne in trajne vrednosti, ni rezultat njegove psihoanalitične metode ampak izliv njegove bezprimerne bistrovidnosti in duhovitosti.

Pa tudi noben nevrolog, ki ima opravka s psihonevrozami, ne bo mogel odslej mimo Freuda in njegovega nauka o pomembnosti neodreagiranih emocij in afektov za to vrsto bolezni, četudi se mogoče ne strinja v vseh ozirih in v vseh podrobnostih žnjim. Tudi kot zdravnik nevrolog je Freud brez dvoma genialna osebnost.

Dr. Alfred Šerko

Dr. BAJC OTON, asistent I. krg. oddelka v Ljubljani.

Vtisi s kongresa nemških kirurgov v Berlinu

Pod predsedstvom profesorja Lexer-ja iz Monakovega se je vršil v Berlinu od 15. — 18. aprila t. l. 60. kongres nemškega društva za kirurgijo. Radi jubilejnega leta je bila prireditev slavnostna in udeležba rekordna. Ko je 15. aprila ob 10. uri predsednik Lexer otvoril zasedanje s slavnostnim govorom, je bila velika dvorana v Langenbeck-Virchow-Haus-u nabito polna, čeprav je v njej ca 900 sedežev. Po pozdravu navzočih zastopnikov oblasti in udeležnikov in prav posebno tudi inozemcev je orisal predsednik razvoj nemške kirurgije ter podal nekaj smernic za prihodnost. Posebno je povdarjal potrebo skupnega dela za blagor nemškega naroda, na kateri poti naj doprineso tudi kirurgi svoj delež. Sledil je pozdravni govor odposlanca vlade. Nato pa je takoj nastopil prvi slavnostni predavatelj prof. Schmieden iz Frankfurta s predavanjem o zgodovini laparatomije. V duhovitem govoru je opisal ves razvoj trebušne kirurgije s posebnim povdarkom na zasluge ustanoviteljev in voditeljev danes slovečega društva, kot so bili Langenbeck, Bergmann, Körte, König in drugi. Od ostalega za prvo predpoldne javljenega programa so prišli na red samo še trije predavatelji.

Popoldne je otvoril prof. Gulecke z jako zanimivim predavanjem o poteku raka danke. Iz svoje bogate izkušnje je plediral za dvočasno operacijo in za abdomino-sakralno metodo. V zelo ostro debato sta posegla Kirschner in Schmieden, ki sta se zavzemala za enočasno operacijo, če je mogoča in Sauerbruch za sakralne metode. Končni vtis je pač tak, da je odločitev individualna tako za vsakega operaterja kot za vsakega pacijenta, da pa se bomo pri krepkih in odpornih bolnikih odločili za enočasno operacijo.

V nadaljevanju dopoldanskega programa je bilo pač najzanimivejše predavanje Lob-a iz Monakovega in Frey-a iz Düsseldorfa o plastiki požiralnika pri kardiospazmu! Anglež Moersch je zagovarjal konservativno zdravljenje te bolezni.

Drugi dan kongresa je imel slavnostno predavanje prof. Clairmont iz Züricha: Protiindikacije pri nenujnih operacijah. Predavanje je bilo silno široko zasnovano, vendar jako zgoščeno podano in je napravilo velik vtis. Videli smo, da tehnični problemi v kirurgiji ne zavzamejo več mesto kot so ga do nedavnega, ampak da se kirurgija vedno bolj nagiba k interni, da kirurg dandanes brez kemije, bakterologije in bioloških dognanj ne more delati. In to je napotilo mnogo kirurgov na ta pota in nekaj jih je, ki so danes vodniki v raziskovanjih fiziologije človeškega organizma. Spoznali so, da tehnično najbolje napravljena operacija ne pomaga, če organizem odpove. Spoznati zmagljivost organizma, izogniti se neuspehom vsled slabosti organizma je danes najvažnejši problem. Naj omenim le problem tromboze, krvnega tlaka, alkaličnih rezerv, padca kalcija in natrija v krvi kot posledico operacije in njih preprečitev ali zdravljenje, potem vse vrste srčnih in ledvičnih in kot najvažnejše jetrnih insuficienc, ki se pokažejo pri navidezno popolnoma zdravem organizmu po operaciji, in ki terjajo toliko žrtev. Za spoznanje teh problemov je pač treba kirurgu obvladati dodobra vse panoge interne medicine in vračamo se zopet nazaj k idealu zdravnika, ki obvlada zdravljenje sam in ni navezan na pomoč neštetih špecialistov v amerikanskem smislu. To je sigurno zdravo in bo razvoju kirurgije le pripomoglo. Ostali predavatelji dopoldneva so imeli po takem predavanju težko stališče, v splošnem pa so bila tudi predavanja taka, da

jih je na kratko nemogoče podati, ter jih bo mogoče oceniti šele, ko bo na razpolago kongresni vestnik, ko bo mogoče poglobiti se v vprašanja, ki so jih obravnavali.

Na programu drugega popoldneva je pokazal prof. Sauerbruch nekaj prav zanimivih slučajev, pravzaprav že kuriozitete. Naj omenim le perforacijo v diafragmatični herniji inkarceriranega ulceroznega želodčnega divertikla, ali ozdravljenega otroka, ki so mu ekstirpirali za lešnik velik adenom trebušne slinavke in ki je pred operacijo kazal najtežje znake hipoglikemije, ali ozdravljeno deklico po Simondovi kaheksiji, ki so jo rešili s transplantacijo koštrunove hipofize, ki je sedaj popolnoma normalno razvita, pa je pri 20 letih tehtala pred operacijo nekaj čez 30 kg. Nato je Kirschner pokazal 12-letno deklico, ki ji je odstranil spodnjo krpo desnih pljuč pri odprti pleuri brez nadpritiska in razložil, da tudi tega treba ni, kajti enostranski pneumotoraks, kakor vemo, za življenje ni nevaren. V sledeči polemiki s Sauerbruchom je dokazal, da je ta v zmoti, ker je svoje izkušnje po poizkusih na pseh prenesel na ljudi, pri tem pa ni upošteval, da pri pseh oba pleuralna prostora komunicirata, pri človeku pa ne! Silne važnosti te ugotovitve ni treba posebej povdarjati, saj nas osvobodi jako komplicirane in drage aparature. Tudi ostala predavanja so bila posvečena pljučni kirurgiji, vendar so obravnavala večinoma tehnične probleme.

Silno zanimiv je bil tretji dan, ki ga je otvoril Rieder iz Hamburga z orisom današnje kirurgije simpatika. Ta panoga kirurgije je zadnja leta doživela silen razmah in gotovo ni bolezni, pri kateri ne bi poizkušali doseči z njo uspehov. Tembolj hvalevredno je bilo od predavatelja, da je skušal podati točne indikacije in omejitev uporabe te metode le na nekaj do sedaj preizkušenih bolezni. Odločno je svaril pred brezsmiselnim operiranjem na simpatiku, ki ne le da ne koristi, temveč občutno škoduje bolniku. Pri nekaterih boleznih kot so endangiitis obliterans, Sudekova atrofija ekstremitet, Raynaud, mal perforant, paroksizmalna tahikardija, kakor tudi pri spastičnih motnjah krvnega obtoka pa je metoda gotovo uspešna in priporočljiva. K debati se je oglasil početnik kirurgije simpatika Leriche. Kongres mu je dovolil, da govori v materinščini. V silno temperamentnem, mogoče najboljšem govoru kongresa, je podal na kratko uspehe svojih dolgoletnih izkušenj in se v glavnem strinjal z referentom. Tudi on svari pred brezglavim uporabljanjem metode, kar jo more le diskreditirati. Tudi ostali predavatelji so se izražali v istem smislu, nekateri so pokazali tudi uspešno ozdravljene slučaje.

Že sedaj je bilo jasno, da programa ne bo mogoče dovršiti, ker je bil že sedaj zaostanek predavanj velik. Predsednik je vedno češče z uro v roki prekinjal preširokovezne govornike.

Na popoldanski glavni skupščini je bil izvoljen za predsednika za prihodnje poslovno leto profesor Stich, kar je vzela skupščina z odobravanjem na znanje. Nato so porabili preostali čas večinoma govorniki, ki do tedaj niso mogli priti na red.

Četrti dan je otvoril profesor Rehn s predavanjem o pregledu plastične kirurgije, posebno z ozirom na prosto transplantacijo. V interesantnem predavanju ni povedal sicer nič novega, pač pa je zbral do sedaj znano v lepi in zgoščeni obliki. Nadalje je bila zanimiva polemika o najboljši metodi habitualne luksacije ramenskega sklepa, ki je sledila tozadevnemu predavanju profesorja Anschütz-a. Nato je sledilo še nekaj predavateljev, med katerimi se je po svoji temperamentnosti posebno odlikoval profesor Catterina iz Genue. V ostalem tudi popoldne ni bilo več posebnosti.

Kongres se je nagibal h koncu. Poznala se je že utrujenost in pa odhodno razpoloženje. Na red ni prišlo nekaj manj kot polovica prijavljenih predavateljev. Da je bil kongres sijajno organiziran, je v Berlinu samo po sebi umevno. Inozemcem gredo v vseh ozirih na roko. Jugoslovani pa uživamo še posebno naklonjenost.

V nedeljo dopoldne je priredil kongres še ogled olimpijskih športnih naprav za udeležence, predvsem za tujce. Vodil nas je šef olimpijske zdravstvene službe. Po triurnem razgledovanju smo bili prepričani, da so naprave velikanske in krasne, kakor tudi, da bo ta olimpijada v vseh ozirih najbolje pripravljena. Posebno bo zdravstvena služba na višku. Stadion sam pa je napravil naravnost veličasten vtis. Tako je bil kongres prav lepo zaključen. Splošen vtis, ki sem ga odnesel, je dober, vendar pa se mi zdi, da je manjkalo kongresu osnovne linije, da ni bil enoten, ampak preveč raztrgan, dasiravno so bili posamezniki nad pričakovanje dobri. Vsekakor pa prinese človek s take prireditve polno novih impulzov, novih spoznanj in tudi kritiko lastnega znanja in to je vredno udeležbe.

IZ ZDRAVNIŠKIH DRUŠTEV

Jugoslovansko kirurško društvo, sekcija Ljubljana

Sestanek z dne 10. februarja 1936

Dr. Zalokar Alojz: Primer hermafroditizma. 29-letna O. H. je prišla v žensko bolnico z željo, da ji z operacijo uredimo njeno spolovilo, ker bi se rada poročila. Preiskava je podala znake za oba spola: izgled osebe kakor tudi zunanja spolovila sličijo moškim. S pomočjo operacije smo ugotovili, da ima oseba majhen uterus in razmeroma široko vagino. Odprtino, ki je bila obenem ustje sečne cevi in vhod v vagino, smo s plastično operacijo toliko razširili, da je postala cela vagina za dva do tri prste prehodna. Obenem smo odrezali cca 4 cm dolg, penisu podoben tvor. Zunanje genitale je s tem postal ženski. Na vprašanje, ali ima znotraj ovarije ali testis ali oboje, ne moremo odgovoriti, ker ni bilo povoda za probatorno laparotomijo. Zato tudi ni mogoče točno uvrstiti pacientko v obstoječe sheme (Klebs, Siegenbeck, Menge itd.) Točnejša publikacija o tem primeru, kakor tudi o primeru R. T. iz leta 1921, ki smo ga tačas označili kot hermafroditismus musculinus externus, bo izšla pozneje.

Dr. Lavrič Vito demonstrira primer tetanije v nosečnosti. Frekvenca tetanije je 1 : 10.000 normalnih porodov. Žena je četrtič noseča (v 8. l. m.). Tetanija se je pojavila v 5. mesecu nosečnosti. Napadi so se s početka pojavljali na 2 tedna, nato na 1 teden; pred prihodom v bolnico so se vrstili napadi dnevno. Poleg tetaničnih napadov (= tonične kontrakcije muskulature) moremo pri bolnici ugotoviti tudi abnormno latentno vzdražljivost perifernega živževja (Chvostekov in Trousseauov fenomen). Prognoza tetanije v nosečnosti je z večine dobra. Indikacija za prekinitev nosečnosti je podana šele tedaj, če bi krči prešli tudi na respiracijsko mišičje in bi bila žena v nevarnosti, da se zaduši. Terapija je simptomatska (kalcij), hormonska in vitaminska (D-vitamin).

Dr. Trampuž Vladimir poroča o novi diagnostični metodi za ugotovitev nosečnosti s pomočjo las po Kosjakovu, ki je dala po izkušnjah

ginekološke klinike v Beogradu 98.4% pozitivnih rezultatov. Obširnejše poročilo o tej metodi bo pozneje objavljeno.

Dr. Lunaček Pavel: 2 primera konzervativnega vodstva poroda. V prvem primeru gre za 28 letno II.-paro. Zunaj zavoda je bila žena baje več kot desetkrat notranje preiskana in je bil poizkušan forceps tekom poldruge ure. 12 ur po prihodu v zavod je žena spontano rodila živega otroka. Osmi dan po porodu sta bila mati in dete zdrava odpuščena. Forceps zunaj zavoda je bil kontraindiciran:

1. ker ni bilo indikacije za operativno dovršitev poroda (niti s strani matere, niti s strani ploda) in

2. ker niso bili izpolnjeni pogoji za to operacijo (glavnica je bila šele z manjšim segmentom v medeničnem vhodu, odmakljiva).

V drugem primeru gre za 32 letno II.-paro. Pri prvem porodu je nastopil zastoj poroda radi lijakaste medenice. Ko je bila glavnica na medeničnih tleh, ni več napredovala kljub dobrim popadkom in je bil poizkus forcepsa brezuspešen, zato smo perforirali glavico in ekstrahirali pled. Kljub izkušnjam pri prvem porodu smo vodili drugi porod konzervativno. Žena je rodila 3600 gr težkega živega otroka, ki je bil 8. dan po porodu z materjo zdrav odpuščen.

Znanstveni sestanki Mariborskih zdravnikov

(Splošna bolnica in Mariborsko zdravniško društvo)

Vodstvo in organizacijo teh mesečnih, zlasti za zdravnike v praksi posebno poučnih sestankov je na željo primarijskega gremija prevzel za leto 1936 vodja oddelka za notranje bolezni asistent dr. Lutman. Dostopni so vsem zunanjim zdravnikom, kakor je bilo to doslej. Čas in kraj se objavi v lokalnem dnevnem časopisju. Žal pa je bila do sedaj udeležba izvenbolniških zdravnikov zelo pičla. Obveljal je sklep, da se reducira število predavanj, izvzemši aktualna in samonikla. Kar je obsežnejšega in važnega, se pa obelodani v našem skupnem glasilu „Zdravniškem Vestniku". Več pažnje naj polagajo predavatelji pri demonstracijah na simptomatologijo in diferencialno diagnostiko ter pridobljene terapevtske izkušnje, kar bo našemu praktičarju še najbolj koristilo. Demonstracije slučajev so vedno zanimive, četudi gre za češča in vsakdanja obolenja. Ustrezale bodo zunanjim zdravnikom kakor tudi mlajšim kolegom. Vršile se bodo kakor doslej v fizikalni sobi medic. oddelka.

I. sestanek 21. II. 1936

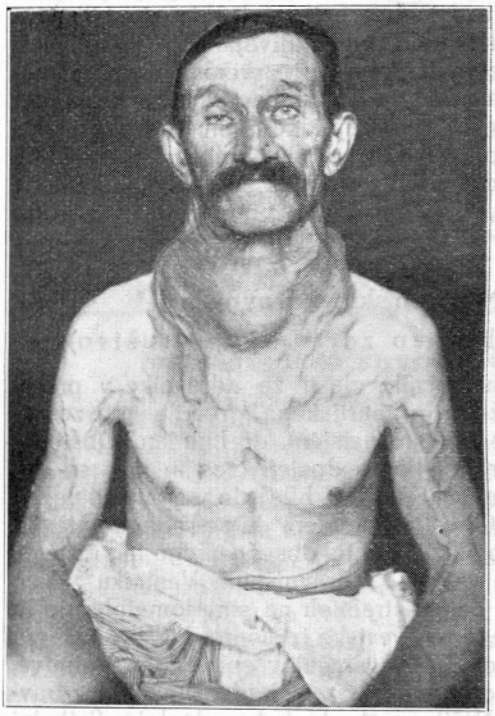
Dr. Lutman: prikazuje slučaj operirane velike možganske ciste (operiran po dr. Bajcu na kirurg. oddelku v Ljubljani). Mladenič je popolnoma zdrav in vrši nemoteno svoj poklic. Nobenih izpadnih znakov. Uspeh je torej nenavadno dober.

Prim. dr. Černič: 1. Okužba v prosekturi. 33 letni sluga v mrtvašnici se rani pri pripravljanju drv v prst na roki in opravlja potem svoj posel pri raztelesevanju. Kljub gumijevim rokavicam se okuži: otekajo mu bezgavke v pazduhi, dobi visoko vročino in ima hude bolečine. Poizkusimo pomagati mu s tem, da pazdušne bezgavke izluščimo. Kljub temu se vnetje širi dalje, vročina še naprej raste in srce divja kot splašen konj. Napravimo herojske vreze od pazduhe do boka in od popka okoli pasu do hrbtenice. Ogli in robovi se daleč pod kožo izpodrežejo, da nastanejo 4 lopute kože in podkožnega tkiva. Nato šele se stanje polagoma boljša, vendar se še

iz konca bočnega vreza pozneje pokažejo več cm dolgi ognojeni strženi. Bakteriološka preiskava pokaže streptokoke in s ponovnim vbrizganjem streptoserina podkrepimo borbo organizma.

Primer je važen radi tega, ker kaže, da se človek ne sme ustrašiti tudi izrednih manipulacij, zlasti kadar se okužba razširja samo podkožno, na drugi strani pa bi bilo napačno mišljenje, da bi bil streptoserin sam dosegel uspeh.

2. Od številnih in raznovrstnih golš, ki jih ima kirurgični oddelek v Mariboru gotovo največ v Jugoslaviji, se pokažeta 2 primera, ki nista vsakdanja. Prvi je 58-letnik, ki pravi, da je imel pred poldrugim mesecem gripo, 14 dni pa da ga boli pri požiranju. Preiskava pride do zakjučka, da gre za zločesto golšo (golša difuzna, trda, nepremakljiva, na pritisk neboleča, temperatura pod 37°). Pri operaciji pa se izkaže, da je predsapnica gnojno vneta — torej thyreoiditis suppurativa gripp. Drugi primer (glej priloženo sliko) nam kaže 71-letnika, ki pove, da mu 2 meseca oteka vrat. Že čisto površni pregled na sliko nam priča, da je ta golša zločesta, vsaj klinično! Na operacijo niti misliti ni, ker bi vsak resnejši poizkus, olajšati bolniku neznosno stanje vsled pritiska na vratne in prsne organe, povzročil katastrofo že na operacijski mizi. Kaj torej? Poslati ga domov? Da se bo mučil doma še noči in dneve, sebi v obup, bližnjim v strah in grozo? Odredimo rentgeniziranje obenem s primernimi količinami morfija, ki naj življenske potrebe zniža na najmanjšo mero. V kratkem exitus letalis, raztelesenje pokaže, da je golša rakasta. Primer pokažemo radi tega, da opozorimo, kako moramo velikrat pri takih primerih postopati, da bolniku neznosno stanje vsaj olajšamo, če mu ga že ne moremo odpraviti.



Struma maligna

3. Slučajno morem danes pokazati in poročati o 3 primerih prirojene nakaze hrbtenice. Prvi je 50-letnik, ki je bil izven Maribora operiran radi fungus pedis. Napravili so mu bili amputacijo nad gležnji in na amputacijski krpi se je napravila razjeda, ki se ni hotela zaceliti, kjub temu, da krpa ni bila preveč napeta. Pri reamputaciji po Grittiju se pri lumbalni anesteziji opazi, da je križ poraščen z dolgimi kocinami in rentgen pokaže hiatus lumbo-sacralis, vsled česar se sklepa, da je bil ulcus na prvem krnu trofo-neurotičen. Tudi po drugi operaciji smo opažali več tednov edem na pateli. Tudi sicer kaže amputiranec znake neuropata. Drugi primer nam kaže 43-letnika, ki toži, da ima že kakih 5 mesecev bolečine v križu, da težko sedi in da začne težko hoditi, če vstane; tudi ga boli križ po daljši

hoji, n. pr. na lovu. Navedeni podatki dado misliti na revmo, na arthritis deformans v križu. Röntgen pa pokaže, da je lok 5 ledvenega vretenca odprt in da ima razven tega nadštevilni par reber na prvem ledvenem vretencu. Tretji primer je 4-letni otrok, ki kaže kot jabolko veliko mehko fluktuirajočo bulo v križu. Pušča pod se blato in ne more držati vode, takó da mu oboje uhaja ne samo v posteljici, marveč celó pri hoji. Že na prvi pogled opazimo meningohydrokele in na rentgenu vidimo izrazit hiatus lumbo-sacralis. Vsi trije primeri, ki se navadno označujejo, prva dva kot spina bifida occulta, slednji kot spina bifida, nam dokazujejo, da so ljudje s takimi prirojenimi nakazami slabejše konstitucije in manj odporni.

4. Pokažeta se dva težka primera takozv. luksacijske frakture gležnjev. Eden, 60-letnik, ima prelomljen vnanji gleženj in nogo izpahnjeno navzven; drugi, 43-letnik, pa prelomljen notranji gleženj in prelomljeno kost, mečnico nad gležnjem ter nogo izpahnjeno navzven in navzad. Opozarja se na velike težkoče pri hoji, če se ti izpahi prezró, oziroma če ne uspe nogo poravnati, ker dobi golenska t. j. oporna os kot, v katerem se kost vedno bolj in bolj udaja.

5. 62-letnica je opazila pred letom dni nalik lešniku trdo zateklino v pazduhi, 2 meseca pa da ji oteka dojka, ki postaja rdeča in ki približno 2 tedna razpada. Številne zatrdine rdečkasto-rjave pod kožo dojke in okoli nje nam povedó, da vidimo rak dojke, tipa Paget, ki je že na stopnji neoperabilnosti. Pri tem primeru bi opozoril na to, da smo lani imeli na kirurškem oddelku 9 rakastih dojk, od teh jih je bilo 5 takih, da je bila operacija neizvršljiva. Znova je to dokaz, da je problem raka slejkoprej problem stopnje njegovega razvoja t. j. časa, kdaj pride bolnik k operaterju. Leta 1935. je prišlo na mariborski kirurški oddelek od vseh rakastih obolenj 54.5% prepozno! Kaj je temu vzrok? Ali topost in nevednost ljudi? Ali mazaštvo? Ali gospodarska kriza? Bojim se, da največ pomanjkljiva zdravstvena služba (Autoreferat).

Dr. Houška: Tetania idiopathica.

Dr. Smerdu: St. p. encephalitidem. Atrophia musculorum pogressiva.

Dr. Aleksič in dr. Tominšek prikazujeta razne stadije trahoma periapikalne dentalne ciste, epiteliom in istočasno traumo drugega očesa.

II. sestanek 13. III. 1936

Prim. dr. Robič predstavlja več slučajev luesa, med temi: primarne skleroze, korimbiformni sifilid, spinulozni mikropapulozni eksantem, psoriasis plantaris et palmaris specif., razne primarne afekte usten, vek itd.

Prosektor dr. Hribar demonstrira redkejše patol. anat. preparate:

a) Atresia oesophagi s prirojeno komunikacijo sapnika in požiralnika pri 8 dni starem otroku.

b) Stenosis isthmi aortae (velike stopnje).

Dr. Kac: prikazuje slučaj jetrne ciroze pri mladem jetičniku. Omenja težko diferencialno diagnostiko bolezni, ki potekajo z zlatenico. Slučaj sam je v toliko zanimiv, da je ugotovila autopsija biliarno cirozo, kot posledico, zamašenja duktusa in deloma vsled perforacije osirjene tuberkulozne žleze, ki se je ščasoma nakvasila z žolčem in ustvarila s tem veliko mehanično zapreko.

Dr. Černič Mirko: 1. Struma permagna; bebka, stara nekako 30 let; težko diha; indikacija za operacijo?

Bolnica je bila do pred kratkim v umobolnici. Od tam da so jo vsled prenapolnjenosti pustili domov. Pristojni banovinski zdravnik jo je poslal na kirurgijo, češ, da ji golša pritiska na sapnik in ji ne dá dihati. Na kirurgiji nismo opazili nikakih posebnih znakov pritiska na sapnik. Nastane sedaj vprašanje; kaj početi z njo? Najsmotrenejša bi bila internacija in in sterilizacija, kot je to zahteval že Forel — toda pri nas smo še daleč od tega. Druga možnost bi bila operacija, ki je pri teh vrstah golše izredno težavna in mučna za bolnika in operaterja. In kaj bi z operacijo, tudi če bi uspela? Bebka bi ostala bebka, prišedša domov bi se gotovo spečala s prvim moškim in rodila novo degenerirano bitje. Pri naših razmerah je v tem primeru edino smiselno obsevanje z rentgenom, in sicer obsevanje golše in jajčnikov.

2. Tej podobna glede negotove indikacije je šestletnica z meningohydrokele (kele pride iz grškega halao; isti koren najdemo v naših besedah: koljem, kal, kila). Ta primer je omenjen že v poročilu o sestanku 21. 2. 1936 pod št. 3. Mati — kmetica — je prinesla otroka v bolnico, češ tu ga imate, napravite z njim kar veste in znate. V tem primeru se žal ne dá nič doseči z rentgenom. Treba se bo pač odločiti za operacijo. In posledica? Najbrž hrbtenična fistula, potlej okužba in za njo postopno vnetje mrene in osrednjega živčevja. Je-li operater moralno upravičen v to? Da! Če takih primerov ne bi niti poskusili operirati, bi bil razvoj kirurgije izpodvezan. Skušnje, ki jih operaterji narede pri takih primerih, pridejo v dobro drugim — in v tem je etična osnova njihovega ravnanja.

3. Glutealni infiltrati po operaciji. Pride kot poseben članek v Zdravniškem vestniku.

IZ MEDICINSKIH ČASOPISOV

Therapeutica

Behrend: Razvoj načina uspavanja in uporaba sredstev za obujenje. (Med. Welt 1933, štev. 19 in 1935 štev. 21.) — Avtor je uporabljal pri rektalni avertinovi narkozi kakor tudi pri Pernocton in Evipan narkozi v pribl. 400 slučajih Cardiazol v visokik dozah tam, kjer so se pojavili znaki premočnega doziranja uspavalnega sredstva. V ta namen je dajal Cardiazol v visoki količini 3 do 10 ccm in je injiciral medikament zelo počasi. Čim se je pojavilo prebujanje, je ostanek injiciral subkutano ali intramuskularno. Ni opazil nikakih kvarnih vplivov radi velikih doz Cardiazola. Le v enem slučaju, pri nekem operirancu na možganih so se pojavili po Cardiazolu krči, ki pa so kmalu izginili po dodatku sladkorja.

Dr. Hans E. Dietrich: Vitaminsko zdravljenje motenj tiroidne funkcije z Voganom. (M. med. Wchschaft. 1936, 8, str. 313). — Avtor je zdravil šest slučajev hipertireos z Voganom pri treh z zelo dobrim uspehom. Pri treh bolnikih je opazil slabše delovanje preparata. Dajal je več tednov po trikrat na dan 30 kapljic Vogana, nakar je nastopilo precejšnje izboljšanje vseh bolezenskih znakov. Pri natančnejšem primerjanju slučajev in uspehov z Voganom in jodom zdravljenih slučajev, pade v oči, da je Vogan uspešen le pri soliternih hipertireozah. V teh slučajih preparat očividno boljše deluje kot jod. Važno je, da je zboljšanje z Voganom ostalo trajno v dveh slučajih tudi brez nadaljnega zdravljenja. Dosedanji uspehi opravičujejo nadaljevanje poskusov in opazovanj.

Dr. J. Skursky: „O Coraminu". (Wiener med. Wchschft. 49,1934). — Coramin uporabljamo že več let na našem oddelku kot analeptikum. V večini slučajev per os, 25 kapljic dva do trikrat na dan. Uporabili smo ga v visokih dozah pri dveh zastrupljenjih

z Veronalom, pri dveh kompliciranih zastrupljenjih in pri enem slučaju zastrupljenja s Somnifenom. A. povdarja takojšnji vpliv Coramina na dihanje in na delovanje krvnega obtoka, kakor tudi na senzorij. Nismo opazili nikakih škodljivih pojavov, dasiravno smo dali tudi 10 do 20 ccm Coramina intravenozno in v slučaju potrebe tudi 5 do 15 ccm intramuskularno. Uspelo nam je celo na ta način rešiti en slučaj Hyoscin-Luminal zastrupljenja, ki smo ga dobili v zdravljenje šele 19 ur po zastrupljenju samem.

Dr. W. Klinke: „Zdravljenje neuralgičnih in podobnih bolečin s Cibalginom“ (Med. Klinik. 1934 štev. 49). — Pri neuralgičnih bolečinah ali pri parestezijah radi obolenj hrbtenice ali pri še ne pojasnjenih organskih obolenjih centralnega živčevja se moramo pač zadovoljiti le s simptomatičnim zdravljenjem bolečin. A. uporablja za to pri neuritidah, neuralgijah, pri bolečinah pri tabesu, pri postoperativnih težavah, pri encefelografijah in punkcijah možgan že več let Cibalgin kot nadomestek morfija. Imamo Cibalgin v tabletah, kapljicah in v obliki injekcij. V zadnjem času pa tudi kot supozitorija od 0,25 in 0,5 g. Pri velikem glavobolu po encefelografijah učinkujejo zelo pomirjevalno dve do tri ampule ali supozitorije Cibalgina pro die.

Eulaksin „Kaštel“ novi sintetski laksans. — V večini slučajev je vzrok opstipaciji lenivost debelega črevesa Treba je bilo najti tako sredstvo, ki deluje samo na debelo črevo in je obenem neškodljivo. Eulaksin „Kaštel“ je tako sredstvo. To je triacetil-difenol-isatin, beli kristalinični prašek, ki nima nikakega okusa ali duha in ga bolniki lahko brez vsakih motenj jemljejo dalje časa. Preparat se ne rezorbira, ter tako ne pride v obtok, temveč deluje samo lokalno v debelem črevesu. To je torej sredstvo, ki ima elektivno delovanje na sedež bolezni. Čim pride v debelo črevo, ojači intenzivno njegovo peristaltiko. Po 8 — 10 urah se javi normalna kašasta stolica. Ojačenje peristaltike se razvija postopoma ter ne pride do nikakih krčev. Eulaksin deluje torej blago brez bolečin, ter nima nikakih škodljivih vzporednih pojavov, ker se takoj s stolico izločuje. Ravno radi tega lahko Eulaksin jemljejo tudi žene v graviditeti in dojenju, ker sestavni deli tega preparata ne preidejo niti v kri niti v mleko. Stolica po Eulaksinu ni diaroična kakor po drugih sličnih sredstvih, temveč kašasta in normalnega izgleda. Preparat se nahaja v prometu v obliki drobnih tablet, v škatljicah s 40 komadi, a jemlje se individualno po jakosti slučaja 1 — 3 tablete zvečer pred spanjem.

Eucistin „Kaštel“, antiseptikum sečnih poti. Eucistin spada po svoji kemijski konstituciji (3-fenilazo-2, 6-diaminopiridin monohidrohlorid) v skupino onih barv, ki se zelo hitro rezorbirajo in pokažejo posebno afiniteto napram uropoetičnemu aparatu. Eucistin pokaže pri poskusu odlične antiseptične sposobnosti in to specialno proti onim klicam, ki obetajo izzvati razna vnetja v urogenitalnem traktu. Klinična opazovanja so v vsem potrdila eksperimentalne rezultate ter je Eucistin v vseh slučajih pokazal terapevtske uspehe. Eucistin, vzet peroralno, preide že po nekaj urah v urin in tu izvede svoje terapevtsko delovanje. Temperatura pada, bolečine in disurija prenehajo, a znaki vnetja hitro izginejo. To hitro delovanje lahko tolmačimo samo tako, da ima Eucistin razen antiseptičnega tudi še neko anestetično delovanje na sluznico sečnih poti. Indikacije so mu: cistitis, pijelitis, cistopijelitis, koliinfekcije, gonoreja in gonoroične komplikacije, metritis, kolitis, salpingitis itd. Daje se peroralno in parenteralno. Peroralno priporočamo trikrat dnevno po 1—2 tableti, dočim se dajejo injekcije po potrebi pri težjih slučajih cistopijelitide in to 1—2 ampuli 1—2 krat dnevno intravenozno. V prometu se nahajajo tablete (po 0,10 g) v stekleničicah po 25 in 50 komadov ter injekcije (po 0,01 g) v škatljah z 10 amp. po 1 ccm.

NOVE KNJIGE

Dr. A. Brecelj: Mladinsko skrbstvo in zdravstvo v Sloveniji. Ljubljana 1936. Izdala in založila kralj. banska uprava Dravske banovine.

Takoj po imenovanju dr. Brecelja za člana banskega sveta mu je g. ban poveril posebno nalogo, da pregleda zdravstvene naprave in zavode v Sloveniji ter da o stanju

zdravstva in socialnega, predvsem mladinskega skrbstva poroča na zasedanju banskega sveta. Poročevalec je za to kočljivo nalogo bil gotovo prav posebno kvalificiran kot bivši dolgoletni načelnik invalidskega odseka, predvsem pa kot bivši načelnik zdravstvenega oddelka oblastne uprave ljubljanske oblasti. Od takrat še je podrobno podučen o vseh zdravstvenih problemih biv. ljubljanske oblasti in — po številnih skupnih posvetovanjih z zastopniki mariborske oblasti — tudi o problemih severne polovice naše banovine. Zato je bilo poročevalcu razmeroma lahko dobiti pravilno sliko o stanju zdravstva in o napredku zdravstvene politike v zadnjih osmih letih.

O vseh svojih opazovanjih je dr. Brecelj poročal na zasedanju banskega sveta objektivno in z možato odkritosrčnostjo. Ta duh objektivnosti in odkritosrčnosti preveva celo brošuro. Dobro je, da je tudi širša javnost enkrat podrobno obveščena o stanju našega socialnega skrbstva in zdravstva. To je pač mogoče samo možu, ki ni vezan na uradniški zakon in razne druge predpise. Čitatelj bo našel v poročilu verno sliko razmer na socialnem in zdravstvenem polju v Dravski banovini, brez statističnih podatkov sicer, toda zato tem lažje razumljivo. Videl bo, s kakimi ogromnimi težavami se mora boriti oddelek banske uprave, ki sta mu poverjeni zdravstvo in socialno skrbstvo, tesno vezani z vsemi vejami narodnega gospodarstva in javnega življenja sploh. — Naše kolege, banovinske zdravnike, bo posebno razveselil energičen nastop v njihovo korist.

Od srca želimo, da bi to poročilo članom banskega sveta in vsej javnosti odpiralo oči o nujno potrebnih nalogah, ki jih brez razumnega in uvidevnega sodelovanja merodajnih činiteljev ne more rešiti še tako inicijativno vodstvo zdravstvene uprave že zaradi tega ne, ker mu brez te uvidevnosti ne bodo dana neobhodno potrebna gmotna sredstva. Brez teh pa ostanejo najlepši in najplodovitejši načrti samo kos popisanega papirja.

Dr. Neubauer

Franz Prešeren (1800—1849). Gedichte. Auswahl und Uebertragung von Lili Novy, Ljubljana. Akademska založba 1936.

Tako se glasi knjižica v formatu lastne Prešernove izdaje l. 1847. Razkošno opremljena, skoraj le bibliofilsko gurmanska izdaja z ročnim tiskom na izredno luksuznem papirju in za omejeno število ljubiteljev: 200 primerkov s tekočo številko.

Na posebnem japonskem papirju je Prešernova slika umetnika Božidarja Jakca, vsaka knjižica je vezana v ovčji pergament, ki ga je poslala tovarna Wildbrett iz Mühlhausena v Nemčiji. Naslovne črke v pestrih barvah so ročno delo umetnika St. Gladnika.

Res v vsakem oziru „akademska" izdaja! Žal, prav žal, da vsebuje ta knjižica samo izbor iz Prešernovih „Poezij". Saj je ta prevod izbranih Prešernovih pesmi lep dokument o prevajalkini samotvorni pesniški moči zlasti tam, kjer je prisiljena Prešernov verz po ritmu in vsebini prilagoditi zahtevam nemškega izraza, ne da bi bil smisel Prešernovega besedila preveč oškodovan. Prevod pa je tudi postal marsikje precej prosto preoblikovanje v nemški kot slovenski poetiki verzirane pesnice.

NEMŠKE KNJIGE ZNATNO CENEJŠE

KNJIGARNA KLEINMAYR & BAMBERG, LJUBLJANA

Miklošičeva cesta 16, vljudno naznanja, da so se **knjige iz Nemčije pocenile** za inozemstvo **za celo četrtino** in da se do nadaljnega preračunava **nemška marka** (torej osnovna cena po katalogih) z Din 14·— Poslužite se našega posredovanja in **ne naročajte pri inozemskih tvrdkah in potnikih.** Novitete so vedno na razpolago na ogled. Vsa naročila se izvršujejo najhitreje.

Poučno bi bilo primerjati Prešernov original in njegov lastni prevod s prevodom pesnice Novy, n. pr. pesmi „Kam?", „Zgubljena vera", „Mornar".

Priznati moramo, da Novy obvladuje v nenavadni meri nemški poetiški jezik in da je založnica vedela dobro, zakaj je ravno njeno zbirko tako razkošno opremila ter riskirala založbo v 200 s številko označenih izvodih.

Vkljub veliki ceni prevoda bi si želeli vendarle tu in tam bolj točnega izraza. Tako n. pr. začenja Prešeren svojo veleumetnino „Sonetni venec" z verzom „Poet tvoj nov Slovencem venec vije", dočim Novy prevaja „Als dein Poet leg ich den Kranz dir nieder." Premedla vsebina v verzu Novy-jeve! „Nov venec" ali, kot se v starejšem besedilu glasi, „nove cvetlice", ima prav svojski naglas in pomen. Tu gre za prevažno poetovo izjavo o novem vencu v nasprotju z nekim prejšnjim. Za novo umetnino z novo zunanjo obliko, za novo „posodo" v čast imena Julije Primicove, za nov način nove hvale Prešernovega srca „gospoda". Gre pač za razliko dveh vencev, posvečenih slavi istega imena, vkljub nekim Lavram, ki bi morda prišle pri „Gazelah" v račun po najnovejšem domnevanju prešernoslovcev, izločajočih „Gazele" iz vrste Juliji Primitz posvečenih umetnin. Naj bo ta pripomba le opozorilo, da treba stokrat premisliti, predno se kaj izpusti iz besedila Prešernovih najlepših umetnin. In vendar, kdor moreš, kupi vse hvale vredno delce z željo, da bi nam pesnica — prevajalka podala prevod „Poezij" v celoti!

Golnik, 9. julija 1936. Dr. Puntar Josip

Dr. med. habil. **Karl Haug: Die Störungen des Persönlichkeitsbewustseins und verwandte Entfremdungserlebnisse."** Založba F. Enke, Stuttgart 1936. 211 strani; cena kart. RM 12·—, vez. RM 13·60.

Obširna knjiga obravnava oni zanimivi psihični fenomen, ki ga poznamo pod imenom depersonalizacije. Ta pojem označuje motnjo osebnostne zavesti, odtujitev jaza oziroma občutek odtujitve jaza.

V prvem poglavju svoje klinične studije nas autor pobliže seznanja s problemom samim in z dosedanjimi teorijami depersonalizacije. Te se mu zde enostranske, ker so samo statično-psihološke; uspešno pa more biti po njegovem mnenju samo dinamično-biološko motrenje problema. Nujna je tedaj teorija, ki bo v skupni formuli družila patopsihološko s patofiziološkim odnosno neurološkim ter moderne psihološke sisteme o bistvu jaza in njegovi zaznavni dejavnosti.

Glavni del knjige nas pouči o pogostnosti, nozološkem mestu in pomenu depersonalizacije ter o njeni patogenezi v psihopatološkem in fiziopatološkem oziru. Ta sistematični del prinaša obilno lastno in tujo kazuistiko o depersonalizacijskih pojavih pri grobih organskih možganskih okvarah, pri simptomatičnih psihozah, nervoznih in duševnih izčrpanostih, histeriji ter endogenih psihozah.

Sledeči odstavek razmotriva klinični pomen depersonalizacije ter njene patopsihološke in patofiziološke temelje. Pri tem se avtor poslužuje Kretschmerjeve razdelitve psihofizičnega dogajanja ter ugotovi, da morejo izzvati doživetje depersonalizacije načeloma motnje vseh psihičnih centralnih funkcij kakor tudi motnje onih psihizmov, ki spajajo jaz z zunanjim svetom: motnje v dejanju zavesti, motnje v področju afektivnosti, motnje vzgona in psihomotoričnih aktov, bilo endogenega, funkcionalnega ali psihogenega izvora.

Zaključno poglavje govori o psihološko-spoznavnoteoretični razlagi depersonalizacijskih fenomenov, ki naj bo dinamično in vitalistično usmerjena. Kot taka baza ustreza avtorju predvsem Palágyi-jev neovitalistični nauk o zavesti in zaznavi. Po Palágyi-ju bazira koncem konca zavest jaza na duhovni zvezi naših duhovnih aktov; nujen pogoj za to pa je vitalna zveza intermitirajoče si sledečih duhovnih aktov. Doživetje depersonalizacije, to se pravi motnje jazove zavesti, bo nastopilo le pri motnjah vitalne zveze naših duhovnih aktov, ne pa pri motnjah njih specifično duhovne zveze.

Skrbno podana opazovanja autorjeva morejo Palágyi-jeve nazore v veliki mer podkrepiti. Na podlagi njegovega studija o depersonalizacijskih doživetjih je pa tudi jasno razviden pomen biološko-dinamičnega opazovanja glede postanka duševnih motenj. Po-

sebno dokazilna so njegova opažanja depersonalizacijskih fenomenov pri somatičnih obolenjih in pri shicofreniji, kjer pojavna psihoza ne more biti izraz primarnega obolenja ali premene duhovne zveze med zavestnimi psihičnimi akti. Ne pomenja torej motnje duhovnih deležev jaza, ampak mora biti posledica motenih vitalnih procesov.

Namera, da s tem delom ne poda samo izčrpnega orisa o mestu in pomenu depersonalizacijskih fenomenov z današnjega zdravniško-kliničnega zrelišča, ampak da mimo tega še prispeva k spoznavno-teoretičnim problemom, je piscu gotovo uspela.

Dr. Kamin

R. Fau: Régimes (Diete) Zal. Librairie Maloine — Paris. 110 str. 8⁰ karton. frfr. 12.

Mala knjižica v žepnem oktavu je izšla v znani zbirki „Les petits précis", ki hoče o posameznih poljih medicine podati v jasni in točni obliki praktičnemu zdravniku neobhodni minimum znanja. Ni dvoma, da je med najmanj priljubljenimi poglavji medicine ravno dietetika. Tu manjka zdravniku običajno vsaka skušnja. Dietni predpisi, ki jih prejme bolnik so večinoma vse drugo kot jasni in lahko vporabni. In vendar, koliko več uspehov bi imeli, ako bi se potrudili, da dajemo svojim bolnikom točne, jasne in lahko vporabne predpise, kaj, koliko in kedaj sme jesti in piti. Onim, ki čitajo francoski, bo Fau-ova knjižica prav izboren pripomoček v teh vprašanjih, ker res precizno daje osnovo vsake diete in sicer pri vsaki bolezni a) splošne predpise, b) dovoljene, prepovedane jedi in pijače, c) tipičen jedilnik za 24 ur in d) splošne higienske predpise.

Dr. Neubauer

Questions Cliniques d'actualite, 5e série. Masson et Cie Editeurs, Paris, 306 str. broš. cena 50 frfr.

Že enkrat smo imeli priliko opozoriti na odlične publikacije „aktualnih kliničnih vprašanj", ki izhajajo v znani pariški založbi. Tudi najnovejši zvezek je na vsaki strani potrdil dobro mnenje, ki smo ga izrazili že o prejšnjih zvezkih. Vsebina je od začetka do konca izredno zanimiva in podučna. Coqvelet poroča o ekonomičnem zdravljenju pleuralnih empiemov, G. Dumas o psihofiziologiji smeha, N. Fiessinger o kazuistiki limfatične leukemije. J. Génévrier podaja zelo zanimivo in za francoske razmere gotovo karakteristično mnenje o tuberkulozi kot socialni bolezni. Ni mogoče iz ostalih člankov izbrati enega ali drugega in ga prikazati kot posebno zanimivega, ker so vsi prispevki v resnici na isti višini. Zato naj sledi še nadaljni seznam člankov: H. Hartmann: „Kaj je treba misliti o želodčnem raku na podlagi čirov." A. Jouset: „Diagnoza in zdravljenje tuberkulozne meningitide." L. Langeron: „Kirurgija gl. parathyreoideae." C. Lian: „O perikardijalnih šumih." M. Marfan: „O rahitidi." E. Michon: „Urogenitalna tuberkuloza po nefrektomiji." D. Paulian: „Raziskavanja o miopatijah." J. Ignot: „Profilaksa kuge v Parizu in okolici." P. Pruvost: „Pneumotoraks in radiološka presenečenja." Ch. Richet: „Vročinska terapija gotovih infekcijskih bolezni." E. Sergent: „Sanatorijsko zdravljenje mora ostati fundamentalna osnova zdravljenja pljučne tuberkuloze." A. Siredey: „Krvavitve v klimakteriju." R. Turpin: „Patološka alkaloza." A. Vaudremer: „Lepra in njen bacil." — Tudi to knjigo vsem kolegom, ki čitajo francoski, najtopleje priporočamo.

R. Neubauer

Dr. F. Jaeger: „Gesundheitslehre des Weibes." (Vlg. d. Aerzt. Rundschau, München, 106 strani, cena: broš. RM 3·—

Ref. nima nikakor namena podati globlje strokovne ocene te poljudne brošure, temveč ugotovi samo, da je po svoji vsebini in načinu podajanja prav odlično porabna za poljudna predavanja in za tako važen zdravstveni pouk ženskega sveta.

R. Neubauer

Dr. A. Heisler: Aus meinen Krankenblättern. (Vlg. d. Aerzt. Rundschau, München, 68 strani, cena: broš. RM 2·20, vez. RM 3·—

Čitateljem lista Münchener med. Wochenschrift je pisec te zanimive brošure dobro znan po svojih jedrnato spisanih člankih iz praktične medicine. Spominu Erwina Lieka

je knjižica posvečena, in v duhu svojega prijatelja Lieka pisec obravnava vsa mogoča poglavja iz praktične medicine, vedno pa iz obmejnega področja med takozvano šolsko in naravno medicino. Pestra, zanimivo spisana vsebina malega zvezka bo prinesla mnogo tudi onim, ki se ne strinjajo v vseh podrobnostih z mnenjem avtorja.

R. Neubauer

Naša kupališta, lječilišta i oporavilišta. Izdala Lječnička štednja i pripomočna zadruga u Zagrebu.

Obširen, izredno dobro opremljen album prinaša kratke, toda dovolj instruktivne opise vseh naših zdraviliščnih in letoviščnih krajev, zdravilišč in sanatorijev v treh jezikih. S tem je napravila tudi sicer izredno agilna zdravniška hranilna in pomožna zadruga tujskemu prometu v Jugoslaviji izredno važno uslugo in to tembolj, ker je knjiga zelo dobro opremljena (kar je med sličnimi publikacijami prava redkost) in se bo baje brezplačno razdelila zdravnikom, turističnim uradom in sličnim ustanovam v tu- in inozemstvu v velikem številu.

R. Neubauer

Dr. M. Č.:

Ljubljanski bolnici in tudi drugim v memento!

„Naravna zahteva danes ta dan je, da se postavi bolnica v lepo in zdravo okolico, kjer ne ovirajo oskrbe bolnikom hrup in prah, saje in pepel, izpuhtine tvornic in železnic. Takisto naravno je, da ne spada bolnica v močvirnato, megleno ozemlje ali na kraj, kjer so sicer slabe talne razmere; da je treba skrbeti za izdatno obsevanje s soncem in za dovoljno količino svežega zraka.“

Hubert Ritter

„Der Krankenhausbau der Gegenwart im In- und Auslande“

DROBNE NOVICE

Kongresi:

Od 1. do 7. septembra III. mednarodni kongres za raziskovanje svetlobe v Wiesbadenu.

Od 4. do 8. sept. I. kongres avstrijske družbe za rentgenologijo na Dunaju.

Od 9. do 12. sept. t. l. VI. kongres mednarodne družbe za urologijo na Dunaju.

Od 20. do 26. sept. t. l. II. mednarodni kongres za znanstveno in socijalno borbo proti raku v Bruxelles-u.

Dne 28. in 29. septembra t. l. XII. sestanek zdravnikov iz alpskih dežel na Semmeringu.

Od 30. sept. do 13. oktobra 58. nadaljevalni tečaj dunajske medicinske fakultete o napredkih medicine s posebnim ozirom na terapijo (tečaj za podeželske zdravnike).

Od 19. — 23. jula t. l. se je vršilo v Atenah **„mednarodno zasedanje o zdravstveni službi za studente.“** To zasedanje je v vezi s kongresom sportnih zdravnikov v Berlinu. Glavne teme, ki so jih obravnavali so: atletika in zdravstvena služba v antiki, današnje zdravstveno stanje in skrbstvo za akademsko omladino vseh držav ter skupno delo akademskih organizacij posameznih držav v povzdigo zdravja akademikov.

Mednarodni kongres za jetrno insuficienco, ki se bo vršil od 16. do 18. sept. **1937.** v Vichy-u, bo imel dve sekciji: medicinsko-biološko in terapevtsko-kirurško-hidro-

loško. Ogromno število strokovnjakov iz vseh dežel sveta bo referiralo o vseh vprašanjih, ki so v zvezi z glavno temo.

Nemški zdravniki imajo posebno blagajno za izenačenje bremen, ki jih povzročajo številni otroci („Familienlastenausgleichskasse"). Ta blagajna je v poslovnih letih 1934/36 razdelila, kakor poroča Münchner mediz. Wchschft 10,000.000 RM zdravnikom s številno družino. Neki zdravnik s 13 otroci je prejel vsako leto 6.600 RM.

Sovjetska unija namerava temeljito reformirati stališče glede zaščite otrok, umetnega splava itd. V bodoče ne bo več od volje matere odvisno, ako hoče izvršiti umetni splav, samo zdravnik bo moral odločati, ali je splav indiciran ali ne. Obenem hoče vlada nagraditi s posebnimi premijami družine z več kot sedem otrok.

Nujno potrebna bi bila reforma **mednarodne medicinske terminologije.** Kakor pravi v nekem članku o čiščenju jezika v medicini dr. Coelho (Presse méd.), se zmeda v medicinski terminologiji od dneva do dneva veča. Pisec je sestavil nič manj kot 45.000 medic. izrazov. Ni dvoma, da je med njimi mnogo nepotrebnih. Obenem pa se pritožuje čez furor scribendi. Saj je bilo leta 1935 objavljenih več kot 10.000 medic. člankov v 1246 časopisih.

V Milanu so otvorili novo bolnico, ki je baje najmodernejša in največja na svetu. V 17 paviljonih je prostora za 1.500 bolnikov. Bolnica stoji na zemljišču od 328.000 kv. m. ter je stala 70 mil. lir. (M. med. Wchschft.).

Nemškim zdravnikom je prepovedana udeležba na mednarodnih tečajih, ki jih prireja vsako leto g. Tomarkim iz Bruxelles-a.

Na Kitajskem nameravajo baje oživotvoriti socialno zavarovanje za bolezen in nezgode. Ta ogromna dežela ima blizu 450 mil. prebivalcev.

IZ UREDNIŠTVA

Za tiskovni sklad Z. v. so prispevali:

Din 500·— Organizacija banovinskih zdravnikov Dravske banovine.

Po Din 60·— Dr. Gregorc A. — M. Sobota.

Po Din 50·— Dr. Merčun L., dr. Pompe J., dr. Brenčič L. — Ljubljana; dr. Levec A., dr. Toplak F., — Maribor; dr. Omahen G. — Metlika; dr. Puc F. — Dobrova; dr. Ukmar P. — Litija; dr. Weixl B. — Sv. Trojica; dr. Jagodic S. — Slov. Bistrica; dr. De Gleria J. Bled.

Po Din 40·— Dr. Sokolov P. — Sv. Jurij ob Ščavnici

Po Din 30·— Dr. Logar F., dr. Rant J. — Ljubljana; dr. Arko J. — Št. Vid; dr. Potrata J. — Griže; dr. Volbank J. — Kranjska gora.

Po Din 25·— Dr. Škof M. — Rajhenburg.

Prisrčna hvala!

Seznam zaključen dne 31. VII. 1936.

Urednik in izdajatelj: Dr. R. Neubauer — Golnik.
Tiskarna „Sava" d. d. v Kranju — Za tiskarno: Vilče Pešl, Kranj.

MAGNESIUM-PERHYDROL

za interno terapijo s kisikom pri **hiperaciditeti, dispepsijah vsled vrenja, kroničnem zaprtju, acetonuriji**

Ugodni splošni učinek pri avtointoksikacijah, kakor tudi pri angina pectoris dyspeptica

OBLIKE IN ZAVOJI:

PRAŠEK 25%
Original. zav. s 25,50 in 100 gr.

Tablete po 0·5 gr.
Original. zavitki z 20 in 50 tabl.

E. MERCK, Darmstadt

Zastopstvo za Jugoslavijo:
Dr. LEO NEUMANN
Zagreb, Mošinjskoga 14

E·MERCK

PHILIPS

JUGOSLOVENSKO TRGOVAČKO A. D.
MEDICINSKI ODDELEK

Za kratkovalovno terapijo priporočamo aparat

Thermidion A:

Velika učinkovitost (200 W pri valovni dolžini 12 m)

Enostavna regulacija, ekonomičen obrat

Gibke kondenzatorske elektrode, ki se dobro prilegajo vsakemu delu telesa.

Poseben odcep za elektrokirurgijo

Oglejte si in preizkusite aparat v našem lokalu

PODRUŽNICA LJUBLJANA
NEBOTIČNIK (GAJEVA UL. 1.) - TEL. 35-79

VSEBINA:

		Stran
Doc. dr. Matko Ivan:	Avskultacija trebuha	281
Dr. Heferle Henrik:	Klinika in diferencialna diagnoza desnosrčnosti (2 sliki)	294
Dr. Bajc Oton:	Nov način uspešnega zdravljenja medialnih prelomov stegneničnega vratu (4 slike)	299
Dr. Guzelj Vladimir:	Naša izkustva z novimi sredstvi za kratko narkozo	303
Dr. Šavnik Leo:	O Ogino-Knaus-ovi teoriji (konec)	305
Dr. Šerko Alfred:	Sigmund Freund	313
Dr. Bajc Oton:	Vtisi s kongresa nemških kirurgov v Berlinu	316
Iz zdravn. društev:	Jugoslovensko kirurško društvo, sekcija Ljubljana, sestanek z dne 10. februarja 1936	318
	Znanstveni sestanki Mariborskih zdravnikov, I. sestanek dne 21. februarja 1936	319
	II. sestanek dne 13. marca 1936	321
Iz medicinskih časovisov		322
Nove knjige		323
Drobne novice		327
Iz uredništva		328

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!

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! — Higijeničnodijetetično zdravljenje, tuberkulin, avroterapija, pneumothorax artefi-cialis, 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.

ODDELEK
„SANABO-KAŠTEL"

TESTOSAN FORTE

HORMONSKI PREPARAT IZ MOŠKE SPOLNE ŽLEZE

Injekcije (vodena raztopina) vsebujejo spermatogenetski del spolne žleze.
Tablete in **želat. kapsule**

TESTOSAN FORTE OLEOSUM

Injekcije vsebujejo ekstrakt intersticijelnih stanic

PREPARAT BIOLOŠKO STANDARDIZIRAN

NOVOST V TERAPIJI
ŽELODČNEGA IN DUODENALNEGA ULKUSA
INTRAMUSKULARNE INJEKCIJE

GERULCIN

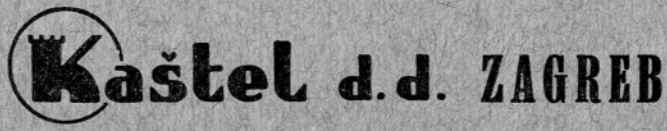
4%-na raztopina histidina **„KAŠTEL"**

PREDNOSTI GERULCIN-TERAPIJE:

1. hitro popuščanje bolečin,
2. prestanek povračanja,
3. zmanjšanje hiperaciditete,
4. rentgenološko dokazano ozdravljenje,
5. relativno najbolj praktična terapija, ker ni treba stroge dijete in popolnega mirovanja

Način terapije:
Dnevno 1 intramuskularna injekcija skozi tri tedne.

Omoti:
Škatle s 5 ali 10 ampulami á 5 ccm.



„Zdravniški Vestnik" izhaja 10krat na leto (meseca julija in septembra ne izhaja).
Naročnina za nezdravnike Din 90·— celoletno, Din 50·— polletno;
za medicince Din 50·— celoletno, Din 25·— polletno.