

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

KEMIKA D.D. ZAGREB

si dovoli priporočati gg. zdravn. svoje preizkušene dom. preparate

KALMOPYRIN

Najpopolnejši, v vodi topljivi preparat acetilosalicilne kisline. Odlikuje se po izvanredno brzem in sigurnem učinku in pomanjkanju katerihkoli škodljivih posledic ter ga bolniki izborno prenesejo. Tabl. z 0,5 gr. (orig. škatljice po 10 ali 20 tablet) in prašek za recepturo.

ACITOPHOSAN

Ekvimolekularna spojitev Tophosana in acetilosalicilne kisline. Združi in potencira učinek svojih komponent ter je suvereno sredstvo za zdravljenje revmatizma, kakor tudi specificum proti hripi. Originalne fiole z 20 tablet ter prah za recepturo. Doza: 3 krat po 1—2 tablete, pri hripi vsaki dve uri po 1 tableto.

TOPHOSANYL

Sterilne raztopine 0,5 gr. Tophosana in 0,5 gr. Natr. salicyl. za injekcije. Učinkuje energično in brzo, a nima nobenih škodljivih posledic. Vporablja se pri revmatizmu in raznih vnetljivih infekcijskih boleznih.

Neotophosanyl

„KEMIKA“ Raztopina 0,5 gr. Tophosana in 0,5 gr. Natr. salicylici v 10 ccm. 33%, raztopine grozdnjega sladkorja. Potencirano, a vendar blago vpliva posebno na uničenje toksinov ter na jačenje srca pri infekcijskih boleznih. Daje se intravenozno pri vseh vrstah revmatizma, posebno akutnega revmatizma zglobov, kjer dovede do hitrega ozdravljenja ob istočasnem preprečenju srčnih in drugih komplikacij. Nadalje je indiciran pri vseh infekcijskih boleznih, predvsem pri angini, pneumoniji itd. Doza: vsaki drugi dan ali vsaki dan po 1—2 ampuli intrav.

Dajte prednost domačim preparatom!

Naslov uredništva in administracije:
Zdravniški vestnik • Golnik.

VSEBINA:

Stran

Dr. B. Lavrič:	Absolutne indikacije za operativno zdravljenje želodčnega in duodelnega čira	1
Dr. Sonc Anton:	Nekaj o adisonovi bolezni	8
Dr. Boža Merljak:	Diferencialno dijagnostične težave	13
J. Kallay:	Značenje mlečnih zubi u medicini	19
Dr. Černič Mirko:	Ljubljanski kirurški oddelek, sepsa spomladi 1933 in še kaj	24
Iz zdravniških društev		29
Iz medicinskih časopisov		32
Nove knjige		35
Drobne novice		37
Iz uredništva		38

Tej številki sta priložena prospekta trvdke Mag. J. Hoffmann — Zagreb, Mošinjskoga 5 ter trvdke Kemika, Zagreb.

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH ORGANOV IN PREOSNOVE

ROGAŠKA SLATINA

ima v svojih treh vrelih „TEMPEL“ „STYRIA“ in „DONAT“ izvanredno lekovito slatino, ki s svojo silno trans-mineralizacijo organizma najugodnejše upliva na organske funkcije, njih ve-getativno in hormonalno regulacijo. Indikacije: Vse bolezni želodca, čre-vesa, jeter, žolčnih kamnov, ledvic. Sladkorna bolezen in giht. Sezona 1. maj—30. september. - Gospodje zdrav-niki! Zahtevajte prospekte in vzorce vode pri direkciji zdravilišča
ROGAŠKA SLATINA!



ILON EXPORT A.-G.

ZÜRICH-SCHWEIZ

ILON-MAST ZA ČIREVE

Sastav: Ilon-mast za čireve je sintetičan preparat iz smola bogatih na kisiku, ekstrakata konifera, sa dodatkom karbolne kiseline (2%) i podlogom za masti.

Indikacije: Sve piodermije i njihovo konzervativno lečenje.

Učinak i dejstvo: Ilon-mast za čireve je tipična mast, koja izvlači gnoj. Ona otvara gnojno ognjište te ga iščisti, ubrzava pa isto tako epiteliziranje i izdejstvuje, da se rana bez ružnih ožiljaka brzo i lijepo pokrije s kožom. Ilon-mast isto tako brzo i promptno olakša svake bolove.

Način upotrebe: Kod čireva, upaljenih infiltrata i slično namažemo bolesno mesto 2—3 mm debelo, pokrijemo s jednostrukom gazom, preko nje pa položimo gutaperku ili billrothbatist tako, da svojom širinom prelazi nekoliko namazano mesto, krajeve pa prilepimo Leukoplastom zračno-tesno na kožu (princip vlažne ćelije). Prevez menjamo 1—2 puta dnevno. Te zatvorene preveze pa takođe u mnogim slučajevima usled raznih lokalnih prepreka više puta ne možemo napraviti. U takvom slučaju napravimo prevez po vlastitom uviđevanju. Najčešće si pomažemo s običnim lakim prevezom (s gazom i zavojem). U takvim slučajevima je potrebno malo deblje i češće mazati, jer gaza dosta jako upija mast. Preporučuje se isto tako gazu najpre namazati s vazelinom, da postane nepropustna i da se upijanje umanjuje. Obično upotrebljavamo zatvoren prevez, dokle se čir ne otvori, zatim pređemo na lahak prevez. Posle očišćenja je više puta na mestu produženje lečenja s indiferentnim mastima (bor-vazelin i slično), naročito, ako se posle očišćenja znaci upale ne izgube. Za retke slučajeve idijosinkrazije pa se nalazi u prometu i Ilon-mast bez karbolne kiseline.

Kod hordeola namažemo trepavicu nekoliko puta dnevno sa staklenim štapićem. U oko mast ne sme doći.

U ustima metnemo komadić namazane vate, koju s većim komadom vate dobro pokrijemo. Tragovi masti u pljuvački neka se ispljunu, jer inače lako nadražuje stomak.

Kod furunkula u sluhovodu metnemo u njega lako i polagano komadić namazane vate, možemo pa isto tako mast malo pogreti u kašici te je ulijemo u uho, počekamo 5 minuta, te na to zatvorimo sluhovod s vatom. To ponavljamo dnevno. Svaki put pa najpre isperemo sluhovod s toplom vodom.

Flegmonozne afekcije pokrijemo s kompresom namočenom sa 70% alkoholom i namazanom s *Ilon-mašću*.

Kod gonorojičnih epididimitida mudo dobro namažemo, primerno vatramo i suspenzorijum tesno pritegnemo.

Kod goleničnih ulceracija pokrijemo okolinu s cinkovom mašću. Kod dugotrajnog lečenja i kod prevelike osetljivosti upotrebljavamo radije Ilon-mast bez karbolne kiseline.

U pedijatričnoj praksi Ilon-mast nam vrlo dobro služi, jer brzo olakša bolove i prihrani nam inciziju.

Nečiste rane isperemo i pokrijemo s namazanom gazom; to po mogućnosti dva puta na dan obnovimo.

Ubod insekata: Dotično mesto natremo s Ilon-mašću. Eventuelno napravimo zatvoren prevez.

Početne furunkule kupiramo takoreći sa sigurnošću, ako ih pokrijemo s komadićem Leukoplasta, na koji damo i kapljicu Ilon-mast; Leukoplast pustimo na mestu sve dotle, dokle furunkul ne iščezne.

Kod forunkula na licu (usnicama), gde su incizije vrlo opasne, se Ilon-mast ne može s ničim drugim zameniti; bez ožiljaka, bez komplikacija najlepše se izleče ti opasni furunkuli!

Trgovački oblik: Ilon-mast nalazi se u prodaji u manjim i većim tubama. Na njima se nalazi popis aplikacije u slogu, koji je za lajika nepojmljiv.

Ilon-mast za čireve spada samo u ruke lekara. Mi je rezerviramo isključivo za lekara i ne pravimo za nju nikakve reklame med lajicima. Ilon-mast je sigurna i dobra. Vrlo mnogi lekari je upotrebljavaju dnevno već godinama i godinama u svoje potpuno zadovoljstvo. U 90% sviju slučajeva furunkula postane nož nepotreban.

Ilon-mast ubrza ozdravljenje. Poprečno snižava nesposobnost za rad za 40%.

Ilon-mast brzo i tačno olakša bolove, je idealno sredstvo za decu kao i za pacijente, koji se boje noža. *Kod forunkula lica se ne može z ničim drugim zameniti te je neophodno potrebna.*

Ilon-mast je ekonomična. Lekari javljaju, da su sa samo jednom tubom lečili najedanput do 20 čireva i furunkula.

SONDERABDRUCK

aus

Allgemeine Medizinische Zentral-Zeitung Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Bezug durch alle Postanstalten.

1. 8. 1925 // Medizinische Verlagsges. m. b. H., Kolberg // 92. Jahrg.

Bei allen Originalarbeiten behält sich der Verlag das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung vor.

Aus der Poliklinik des Herrn Prof. P. Heymann, Berlin NW.

Ueber Thyangol-Tabletten

Von San.-Rat Dr. E. Littaur,
Charlottenburg.

Die Ursache der Schluckbeschwerden kann eine recht mannigfache sein; sie kann bedingt sein durch einfach entzündliche Veränderungen der Rachenschleimhaut, wie bei den verschiedenen Formen der Pharyngitis. Andererseits kommen in Betracht die anginösen, meist infektiösen Erkrankungen der Tonsillen und der umgebenden Bezirke: Angina follicularis, Diphtherie und Mischinfektionen.

Den größten Anteil an den Schluckbeschwerden nehmen die ulzerativen Prozesse des Pharynx ein, teils tuberkulöser, teilsluetischer Natur. Die Schmerzen bei der Nahrungsaufnahme sind in diesen Fällen meist unerträglich, sie steigern sich noch beim Trinken und bei dem sogenannten Leerschlucken. Abgesehen von der Behandlung des Grundleidens, die naturgemäß meist längere Zeit und den Facharzt in Anspruch nimmt, müssen wir vor allem bemüht sein, den Patienten die im Vordergrund des Krankheitsbildes stehenden quälenden Schmerzen bei der Nahrungsaufnahme zu lindern und jene möglichst vom Arzt unabhängig zu machen.

Die Erkrankungen an sich reduzieren die Kräfte der Leidenden in hohem Maße. Die erschwerte, manchmal fast unmögliche Nahrungsaufnahme bringt sie der Erschöpfung nahe. Wenn es gelingt, durch symptomatische Behandlung Linderung zu verschaffen, so ist jedes Mittel, welches diesem Zweck gerecht wird, mit Freuden zu begrüßen; ganz besonders, wenn der Kranke ohne Hilfe des Arztes in den Stand gesetzt wird, die Mittel an Ort und Stelle selbst zu applizieren.

Bisher waren es die Narkotika, welche die meiste Anwendung fanden und auch in gewisser Weise ihren Zweck erfüllten. P. Heymann in dem „Handbuch der speziellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege“ im Abschnitt „Lokale Anaesthetie“ schreibt: „Cocain und die anderen

leicht löslichen Anaesthetika bringen hier nur vorübergehende Erleichterungen. Diese Fälle bilden das Hauptanwendungsgebiet anderer un- oder richtiger sehr schwer löslicher Mittel". Einhorn und Heinz stellen als Forderung für ein Anaesthetikum zur Schmerzbehebung folgende Eigenschaften auf: es muß erstens ungiftig, zweitens schwer, d. h. langsam resorbierbar sein. Cocainsalze erfüllen diese Bedingungen nicht. Wegen ihrer Giftigkeit können sie nur in beschränktem Maße angewendet werden und, da sie leicht löslich sind, werden sie nach kurzer Zeit resorbiert, so daß ihre Wirkung bald verschwunden ist.

Die chemische Industrie ist bemüht, durch Kombination mehrerer reiz- und schmerzlindernder Mittel, nicht eigentlich narkotischer Art, Präparate herzustellen, deren Konsistenz und Lösungsweise ein längeres Verweilen der wirksamen Stoffe auf den erkrankten Partien ermöglicht.

P. Heymann empfiehlt die Gruppe des Orthoforms sowie das Antipyrin und ihre Derivate, z. B. Tolpyrin. Anaesthesinbonbons werden in ähnlicher Weise verwandt.

Die Firma Dr. Thilo & Co., Mainz, hat ein Präparat unter dem Namen „Thyangol“ in Form von Tabletten in den Handel gebracht, die zusammengesetzt sind aus Anaesthesin, Phenacetin und kleinen Mengen von Menthol, Thymol, Ol. Eucalypti.

Anaesthesin, ein p-Amidobenzoesäureäthylester, ist ein in der Laryngologie schon lange bekanntes Schleimhaut-Anaesthetikum, welches auch in der inneren Medizin bei Magengeschwüren und in der Dermatologie bei Pruritus der Haut gute Dienste leistet. Phenacetin wirkt wie das giftigere Antipyrin schmerzstillend und zugleich günstig auf das Allgemeinbefinden. Die ätherischen Öle, in geringen Dosen angewandt, wirken antibakteriell und zugleich sekretionsanregend.

Die Firma Dr. Thilo & Co., Mainz, hat alle diese Mittel kombiniert und in Pastillenform gebracht. Diese Pastillen haben sich mir als ein sehr brauchbares Präparat erwiesen zur Linderung der Schluckbeschwerden, gleichviel durch welches Grundleiden die Schmerzen veranlaßt waren.

Ich habe diese Tabletten einige Monate in der Poliklinik des Herrn Professor P. Heymann und in der eigenen Praxis in einer ziemlich großen Reihe der verschiedenartigsten Fälle angewendet und damit recht gute Erfolge erzielt. Zunächst bei den verschiedenen Fällen von fieberhaften Anginen, in denen die Patienten durch reichliche Schleimabsonderung zu anhaltendem Leerschlucken gezwungen waren. Hier erwiesen sich die Thyangol-Tabletten als außerordentlich wirksam gegen die gesteigerten Schluckschmerzen; auch betonen die Kranken wiederholt eine Besserung des Allgemeinbefindens, welches vielleicht als Wirkung des in dem Präparat enthaltenen Phenacetins anzusehen ist, vielleicht nur eine Folge der besseren Nahrungsaufnahme nach Fortfall der Schluckschmerzen.

Bei trockenen Pharyngitiden mit festhaftenden Borken, deren Lösung nur unter den heftigsten Anstrengungen gelang, empfanden die Patienten die sekretionserleichternde Wirkung des Mittels als etwas sehr Angenehmes.

Die besten Erfolge hatten die Thyangol-Tabletten bei den heftigen Schluckschmerzen infolge ulzerativer

Prozesse im Pharynx und Larynx, wie dieselben sich bei den verschiedenen Infektionskrankheiten, namentlich bei der Tuberkulose, finden. Zur Zeit hatten wir in der Poliklinik eine ungewöhnlich große Zahl zum Teil recht schwerer Tuberkulosefälle zu beobachten. Ob diese Häufung auf die schlechten Ernährungszustände während und nach dem Kriege zurückzuführen ist, oder ob andere Ursachen vorliegen, möchte ich hier nicht entscheiden.

Ohne daß die Patienten wußten, welche Wirkung die ihnen verabfolgten Tabletten haben sollten, betonten alle ganz besonders deren schmerzstillenden Einfluß beim Schlucken und die auffallende Herabsetzung des quälenden Hustenreizes.

Kurz nachdem die Tabletten zergangen waren, konnten die Kranken meist ungestört ihre Mahlzeiten zu sich nehmen; ebenso wurde der den Schlaf störende Hustenreiz wesentlich gemildert.

Die Tabletten wurden ein- bis zweistündlich genommen, jedenfalls kurz vor der Mahlzeit; sie zergehen langsam. Ihr Geschmack ist zum Schluß etwas beißend, beeinträchtigt aber nicht das Schmecken im Munde. Auch hält das taube Gefühl in der Mundhöhle nach der Lösung der Thyangol-Tabletten nicht sehr lange an. Irgendwelche unangenehme Folgen habe ich nicht beobachtet. Das Präparat ist sehr brauchbar und leistet alles das, was man bezüglich der symptomatischen Behandlung verlangen kann, es ist besonders in den einschlägigen Fällen bei Tuberkulose der oberen Luftwege mit Vorteil anzuwenden.

Amphotropin- otopina

za intravenozno injekcijo

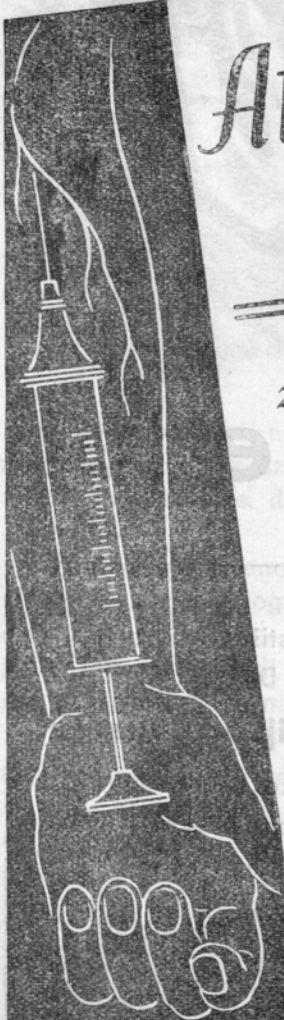
Najmočnejša desinfekcija ledvič-
nega meha in sečnih poti. - Ne-
pričakovano hitro izboljšuje celó
kronične cistitide in pijelitide, ki
so se dosedaj upirali vsaki terapiji.
Indikacije: kronična vnetja in
akutna febrilna obolenja uropoetič-
nega sistema, obolenja žolča, sepsa
in meningitis.



Originalni zavitki:
1 amp. po 20 ccm.
5 amp. po 20 ccm.

Bayer-Meister Lucius

ZASTOPSTVO ZA JUGOSLAVIJO
„JUGEFA“ K. D. Zagreb Gajeve ul. 32



Protiv
Kašlja

Dicodid-Tabletten

«Knoll»

Kao sretstvo koje stišava kašalj i
dejstvuje sedativno, Dicodid »Knoll«

daleko je podesniji od Codeina.

Dicodid »Knoll« ako se ispravno
dozira ne izaziva gotovo nikakvih
nuzpojava (Nausea).

Vrlo retko uzrokuje opstipaciju.

Rp. Dicodid-Tabletten »Knoll«

Cevčice sa 10 i 20 tableta po 0,005 g.

Cevčice sa 10 tableta po 0,01 g.

Odrasli uzimaju: 2-3 puta dnevno 0,005-0,01 g.



KNOLL A.-G., kemičke tvornice, Ludwigshafen a. Rh.

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. 1.

31. januarja 1934.

Leto VI.

**Iz kirurgičnega oddelka banovinske bolnice v Mariboru.
(Šef dr. Božidar Lavrič).**

Absolutne indikacije za operativno zdravljenje želodčnega in duodelnega čira.

(Nekatere metode tega zdravljenja).

Dr. B. Lavrič.

Velike in obširne debate, ki so se vodile zadnja leta med predstavniki raznih klinik z ozirom na kirurško zdravljenje ventrikulo-duodenalnega ulkusa so pokazale, da niso niti indikacije niti različne metode popolnoma enotne.

Še vedno ni enotnega naziranja o kirurgičnem zdravljenju te bolezni sploh, še bolj pa pogrešamo enotno klasično metodo, ki bi v vsakem slučaju bila na mestu. Postoperativne težave in bolečine najdemo tako po paliativnih, kakor tudi po radikalnih metodah. Recidivi in jejunalni čiri se pojavljajo pri obeh načinih kirurškega zdravljenja.

Dokler nam ne bosta znani etiologija in patogeneza čirne bolezni, tako dolgo ne bo idealne terapije in zadovoljiti se moramo s tem, kar nam danes kirurška terapija nudi.

Ker niso niti metode zdravljenja ustaljene, ne smemo pričakovati, da bi indikacije bile bolj sigurne in stalne. Indikacije, relativne in absolutne, so nihale od Billrotha in Hackerja naprej med skrajno konzervativnostjo in najbolj širokogrudno radikalnostjo. Res je, da danes še nimamo potrebne meje, katera bi ločila pri vsakem slučaju datum internega zdravljenja od momenta, kadar je potrebna laparotomija. To polje je še vedno sporno med kirurgi in internisti, pa si ga vsak od njih nekoliko prisvaja čez mejo.

Kljub temu imamo slučaje, pri katerih je samo kirurgična terapija učinkovita, potrebna in absolutno indicirana.

Taka absolutna indikacija nastopi v teh le štirih slučajih:

- 1.) Pri perforaciji;
- 2.) pri močnih in čestih krvavitvah;
- 3.) pri kompletni stenozi;
- 4.) pri sumu na maligno alteracijo čira.

1. Perforacija.

Da je pri perforaciji želodca edino uspešna laparatomija in šiv perforacije, je od vseh strani dokazano. Toda tudi tej terapiji je uspeh zasi-guran le tedaj, če je operacija izvedena hitro po perforaciji. Čim kasnejša operativna terapija, tem slabša je prognoza. Teoretični sklep bi bil, da je pri difuzni peritonitidi nekaj dni po perforaciji operativna terapija brezupna in radi tega nepotrebna. Zato tudi nekateri avtorji svarijo pred laparato-mijo pri takih peritonitičnih, skoraj moribundnih slučajih, ker so brezupni in samo diskreditirajo operativno terapijo. Vendar pa so poznani in ob-javljeni številni slučaji, ki so kljub difuzni peritonitidi in zelo slabem stanju bolnika uspešno operirani in ozdravljeni. Odkloniti operacijo je mogoče in dovoljeno samo tedaj, če je bolnik moribunden in če se je bati, da bo izdihnil in tabula.

Najpovoljnejši čas za operacijo je prvih 6 ur po perforaciji; tedaj je prognoza najboljša.

Manassewitsch navede v svoji statistiki pri 30 prostih perforacijah sle-deče uspehe :

V prvih 6 urah po perforaciji je bilo operirano 12, od katerih je umrl 1. 8 jih je bilo operirano 7 — 12 ur po perforaciji; od teh so ozdraveli. 4, umrlo jih je 6. V 14. — 20. uri je bilo operirano 8, ki so vsi umrli. Ta statistika je približno enaka vsem drugim.

Imamo pa tudi perforacije, pri katerih je laparotomija v svežem stanju kontraindicirana. To so tako imenovane pokrite perforacije. Počasna in sukcesivna penetracija čira v sosedne organe ne spada v to grupo. V red-kih slučajih perforacije se zgodi, da bližnji organ (najbolj pogosto so to jetra ali pa pečica) pokrije perforacijsko odprtino, ga s fibrinom zalepi tako, da na tem mestu nastane lokalizirani peritonitični proces. Pri takih slučajih se priporoča konzervativna metoda toliko časa, dokler znaki lo-kalne peritonitide ne popuste; še-le tedaj je indicirana laparotomija. Ni vedno lahko prevzeti odgovornost in čakati, da se pomirijo znaki perfora-cije, vendar pa imamo klinične pripomočke iz katerih lahko sklepamo, če je proces lokaliziran. Seveda pri najmanjšem sumu, da je perforacija prosta in proces difuzen, se mora odpreti trebuh.

Pri prosti perforaciji imamo razen cele vrste kliničnih še poseben, zelo važen, včasih odločujoč znak, ki ga pa ne upoštevamo vedno, kakor bi zaslužil. To je pneumoperitoneum, ki nastane pri perforaciji vollega in-traabdominalnega organa, ki spada h gastrointestinalnemu traktu. Plin se zbira izpod diafragme na obeh straneh. Klinična posledica tega je, da nam pri perkusiji zgine zamolklna jeter, ter imamo med poklepom pljuč in črevesja pas timpanitičnega zvoka. Rentgenološko se ta pneumoperitoneum že pri diaskopiji z lahkoto ugotovi. Med diafragmo in desnim jeternim lo-busom na desni strani in pa med diafragmo in želodčnim mehurjem na levi strani vidimo svetlo polje, ki deli ostro orisane organe. Pri pokriti perforaciji v največjih slučajih tega simptoma ni. Važno je tudi to, da pri

perforaciji želodca ali dvanajstaika pri diaskopiji ne moremo vedno ugotoviti kupole in konture želodčnega mehurja ker je plin skozi perforacijo ušel v prosto trebušno votlino.

Soupault omenja, da je bilo mogoče, s pomočjo prehepatičnega, timpanitičnega poklepa po Küdleku perforacijo sigurno dokazati v 21 primerih. Promptowa pa pravi, da je pri vseh slučajih proste perforacije mogoče pneumoperitoneum rentgenološko dokazati in da je to najbolj zanesljiv simptom.

Tudi pri vseh naših slučajih proste perforacije smo ta simptom mogli dokazati in smo ga večkrat uporabili tudi za diferencijalno diagnostiko.

Guaraldi je opazil, da takoj po prosti perforaciji čira nastane močna kontrakcija diafragme radi draženja frenikusa. Posledica te kontrakcije je zelo težko in sunkovito dihanje.

Da je pri pokriti perforaciji mogoča difuzna peritonitida v kasnejšem času, je tudi opisano. Kakor pri peritiflitičnem abscesu čakamo resorpcije in incidiramo samo tedaj, če to zahteva mogočen obseg abscesa in pa dolgotrajno težko stanje bolnika. Ravno tako postopamo seveda tudi pri lokalnem peritonitičnem procesu po perforaciji. Znano je, da imajo perforacije za posledico sekundarna obolenja, kakor subfrenični absces, Douglas-absces, pleuritis in empiem. Terapija je ista kot pri sličnih obolenjih druge etiologije.

Katere so metode, ki jih uporabljamo pri kirurškem zdravljenju perforiranega duodenalnega in želodčnega čira?

Najenostavnejša metoda je šiv odprtine. Nekateri avtorji dejansko zastopajo to stališče. Gotovo je to edino pravilna metoda pri onih slučajih, ki so časovno zapuščeni, ki so v stadiju difuzne peritonitide in pri katerih moramo z obzirom na njihovo stanje izbrati in uporabiti najkrajšo in najnežnejšo metodo. Po šivu perforiranega duodenalnega ulkusa se često bojimo, da ni radi šivanja nastopila stenoza. Ravno tako je tudi pri kaloznem perforiranem ulcusu težko perforacijsko odprtino tako pokriti, da je šiv siguren. V takih slučajih pride v poštev seveda še gastroenteroanostomija (GEA). Lahko je to posebno onemu, ki zastopa sploh konservativno stališče pri operativnem zdravljenju želodčnega in duodenalnega ulkusa. Nekateri avtorji, ki so tudi drugače pristaši radikalnih metod, priporočajo in propagirajo primerno resekcijo želodca, zlasti tam, kjer je stanje bolnika dovoljno in kjer od perforacije ni preteklo dolgo časa. Časovno se tudi tukaj ne more postaviti stroga meja, ker mora odločati splošno stanje bolnika. Kakšni so statistični uspehi teh različnih metod?

Gibbon ima pri 67 perforacijah 26,8% mortalitete; 43 krat je perforacijo samo zašil, 24 krat pa je priključil tudi GEA.

Finney ima pri konservativni metodi mortaliteto od 23,6%.

Judin ima pri 123 zašitih perforacijah, katerim je včasih priključil tudi GEA mortaliteto od 22,5%.

Promptowa priporoča samo zašitje perforacije eventualno tudi GEA.

Neller priporoča na podlagi 80 perforacij z 32% mortaliteta šiv in eventualno GEA.

Kunz ima pri šivanju perforacije 25,2% mortalitete.

Zielke ima 17% mortaliteta; zašije samo perforacijo brez GEA.

Puglissi-Allegra priporoča šiv perforacije nato pa široko GEA.

Isto priporoča Semb-Carl.

Böhm z mortaliteto 29% in Braun priporočata isto konservativno metodo.

Rezultati pri primarnih resekcijah niso slabši, mogoče celo povoljnejši, vendar moramo pomisliti, da se resekcije izvršijo navadno pri bolnikih, ki so v najpovoljnejšem stanju.

Wohlleben priporoča na podlagi svojih iskušenj primarno resekcijo.

Judin ima pri 56 primarnih resekcijah mortaliteto od 22,3%.

Neller svetuje samo v najpovoljnejših slučajih resekcijo.

Kunz ima mortaliteto pri 37 resekcijah 7,4%, Eicheller pa pri 41 resekcijah 17%.

Za primarno resekcijo pledirajo tudi Küchel, Henle in Fürst.

Interesantna je statistika Hoche in Marangos-a: Pri 21 perforacijah sta 18 krat napravila primarno resekcijo z mortaliteto od 22,4% in samo tri sta konzervativno (zašitje odprtine) operirala z mortaliteto od 100%.

Böhm ima pri primarni resekciji (19 slučajev) 21% mortalitete torej za 8% manj, kot pri konzervativni metodi.

Pauchet priporoča resekcijo v povoljnih slučajih ravno tako tudi Neuber, ki ima pri resekciji mortaliteto 17,3%.

Salzmann ima 84 slučajev perforiranih ulkusov; 78 krat šiv in eventualno GEA: umrlo 21. Od 6 primarnih resekcij so umrli 4. Računa pa trajne rezultate po resekciji na 96%, GEA pa samo na 66,7%.

Kakor vidimo iz statistik, je mortaliteta konservativnega in radikalnega zdravljenja perforiranega ulkusa zelo visoka in se vrti okrog 20%. Katero metodo je uporabiti pri perforaciji, to je odvisno od posameznega slučaja in pa od stališča operaterja.

Ni moj namen razpravljati kirurško zdravljenje ulkusa in extenso, to bo kasnejša tema, vendar pa lahko že danes fiksiram načelno stališče.

Pri svežih, časovno povoljnih slučajih, pri mladih ljudeh, ki so v dobrih kondicijah, naj se izvede primarna resekcija. Kjer je le malo suma, da je resekcija za bolnika pretežka, naj se napravi samo šiv perforacije. Le tam kjer je upravičena bojazen za stenozo, naj se priključi GEA. Pokazalo se je, da je po šivanju perforacije bolnik izgubil vse težave in da se mu iste niso več vrnille. Boljše je tudi samo šiv radi tega, ker je pri ponovnih težavah lažja sekundarna resekcija. Pri GEA ki jo nekateri autorji sploh odklanjajo, moramo računati z eventualnim jejunalnim ulkusom.

Vprašanje jejunalnega ulkusa, kakor tudi konservativne in radikalne metode pri zdravljenju ventrikulo-duodenalnega ulkusa ne spada k temi; radi tega je debata cdveč.

Še eno važno vprašanje. Dali je potrebno po operaciji perforiranega ulkusa trebušno votlino drenirati? Pri difuzni peritonitidi se priporoča na eni strani lavacija trebušne votline, drugi autorji zopet priporočajo samo izsušitev in odstranitev eksudata. Tudi drenaža Douglasa s suprasimfizer-

nim rezom se priporoča, vendar pa mislim, da je boljše drenirati Douglas per rectum ali per vaginam, ker je odtok mnogo boljši. Drenaža nikdar ne škoduje in če se vtakne dren za 48 ur v trebušno votlino, se ga brez daljnih posledic lahko izvleče, če to lokalni izvid dopušča.

Od 7. 2. do koncem septembra 1933 je bilo operirano na kir. oddelku 7 slučajev s prosto perforacijo duodenalnega ulkusa. Umrli so 3 na peritonitisu. Pri vseh je bila napravljena samo sutura perforacije, pri dveh pa tudi drenaža trebušne votline. Pri posameznih slučajih je preteklo od perforacije do laparatomije 6 do 8 ur. V vseh treh slučajih ki so umrli je operacija izvršena po 10 urah.

1 slučaj pokrite perforacije duodenalnega ulkusa je bil operiran z dobrim uspehom 8 dan po perforaciji. Ker je v tem slučaju radikalna operacija bila nemogoča radi prevelike kalozne penetracije v pankreas, je napravljena samo GEA in pa sutura perforacije.

V vseh slučajih, razen zadnjega, smo mogli klinično in rentgenološko dokazati pneumoperitoneum.

2. Krvavitve iz želodčnega in duodenalnega ulkusa.

Hematemeze, ki nastanejo dostikrat pri ulcusu ventriculi et duodeni nam delajo velike preglavice. Redkokdaj je krvavitev tako obilna, da je vzrok takojšnjega eksitusa. Seveda je vsaka hematemeza vzrok močni anemiji in kolapsu, stadij anemije in kolapsa je odvisen od količine izgubljene krvi.

Pačet svetuje — in z njim se strinjajo skoraj vsi avtorji — naj se ne operira za časa krvavitve, ampak še-le kasneje, ko se je bolnik popravil. Akutne krvavitve zaustavljamo s konzervativnimi sredstvi, v prvi vrsti z gladovanjem, lokalno aplikacijo ledu, z intravenoznimi hipertoničnimi raztopinami, z hemostiptičnimi sredstvi (želatina, Coagulen, kalcium).

Izgubo krvi skušamo nadomestiti s subkutanimi in intravenoznimi infuzijami sladkornih in fizijoloških raztopin.

Najvažnejše pa je, izgubljeno kri nadomestiti s transfuzijo. Ne samo da je transfuzija krvi direktni nadomestek istovredne tekočine, marveč je tudi transfuzija najbolj uspešno hemostiptično sredstvo.

Nastane vprašanje, kdaj naj operiramo? Ko je krvavitev prenehala in ko se je bolnik popravil, moramo pustiti časa hematopoetskim organom, da regenerirajo potrebne elemente. Nikakor ni priporočljivo operirati, ako je Sahli izpod 30%.

Od operativnih metod pri krvavitvi pride v poštev samo resekcija. Vse druge palijativne metode ne dajejo dovoljne garancije, da se krvavitev ne ponavlja. Tudi resekcije pri katerih se ulkus pusti v trebuhu, ne zadovoljujejo.

Nissen je imel od 18 resekcij po Finstererju eno naknadno krvavitev iz ulkusa, ki je končala letalno. Isto je doživel Börger, ki je tudi na ta način izgubil enega bolnika. Tudi Heberer svari pred to metodo.

Balfour je doživel v 9% po GEA krvavitev iz ulcusa, z enim smrtnim izidom.

Elanski je imel 6 krat močno krvavitev po 326 GEA.

Iz tega lahko sklepamo, da samo radikalne resekcije definitivno odstranjuje nevarnost ponovne krvavitve. Da so tudi po operaciji večkrat potrebne infuzije in transfuzije krvi je jasno.

Moritsch je objavil 3 resekcije želodca katere je izvedel radi krvavitve in od katerih sta dva umrla na difuzni peritonitidi. On je mnenja, da so anemični in izkravavljeni bolniki zelo malo resistantni in priporoča posebno striktno asepso pri teh slučajih.

Na kirurgičnem oddelku smo v času od 2. VII. — 30. IX. 1933 operirali en slučaj radi močne krvavitve. Pred operacijo smo napravili transfuzijo, nakar je krvavitev prenehala, bolnik se je tako popravil, da je že 6 dni kasneje mogla biti izvedena resekcija želodca. Uspeh je bil popoln, histološko so ugotovljeni multipli čiri na mali kurvaturi želodca.

3. Kompletna stenoza pilora.

Pod kompletno stenozo razumemo tako obstrukcijo pilora, da ali prav ničesar ne prepušča ali pa, da je prehod tako minimalen, da za vzdrževanje organizma ne pasira dovolj hrane, radi česar imamo znake inanicije. Pri takih slučajih je seveda samo kirurgično zdravljenje uspešno. Posledica te stenoze je silno dilatiran, ohlapen želodec, čegar stena je odebeljena, sluznica pa hipertrofična in kronično kataralično vnetá. Bolnik je silno izsušen, turgor tkiva je zmanjšan, bolnik izgleda kahektičen. Seveda je operativna priprava bolnika posebno važna in koristna. Subkutane in intravenozne aplikacije sladkorne raztopine deloma nadomestijo zgubljeno tekočino. Izpiranje želodca, ki se mora skozi nekaj dni ponavljati, bolniku močno olajša bolečine in ob enem očisti želodec od ostankov stare hrane ter znatno zmanjša nevarnost peritonitide pri kasnejši operaciji.

Da je pri takih slučajih potrebno operativno zdravljenje, sem že omenil. Metode so seveda odvisne od principielnega stališča operaterja. Nekateri forsirajo resekcijo, drugi se zadovoljijo z GEA. Pripomniti moram pa, da je ravno pri teh atoničnih in ptoičnih želodcih, kjer je napravljeno GEA, posledica circulus vitiosus in to ne toliko radi mogoče napačno napravljene anastomoze, marveč radi atonije želodca.

V našem materialu kompletne stenoze pilora ni bilo, pač pa je bilo več slučajev relativne stenoze, vendar ti slučajji ne spadajo sem.

4. Sum na maligno alteracijo ulkusa oziroma na maligni proces.

Da je pri najmanjšem sumu na maligni proces na želodcu potrebna laparatomija, leži na dlani. Kolikokrat se zgodi, da nam tumor klinično izgleda neoperabilen, pri laparatomiji pa se pokaže možnost radikalne operacije. Znano je tudi, da želodčni čiri dostikrat maligno degenerirajo. Pri

inspekciji želodca dostikrat ne moremo diferencirati, če je proces malignen, ali ne, kljub temu da držimo želodec in tumor v rokah. V vseh teh slučajih odločuje seveda mikroskop, mi pa moramo pri operaciji postopati vedno tako kot da bi imeli maligni proces pred seboj.

Hartmann je ugotovil pri 128 želodčnih čirih, 21 krat maligno alteracijo. Horsley trdi, da ima večina malignih procesov v želodcu svoj začetek v ulkusu.

Kakor hitro je ugotovljeno, da je tumor še v stadiju operabilite je potrebna in edino pravilna samo resekcija, z ekslirpacijo povečanih bezgavk vzdolž male in velike krivine.

Če je proces dosegel tako stopnjo, da mehanično ovira pasažo (stenoza) in če ni operabilen, priporočajo GEA. V vseh drugih slučajih, kjer smo inoperabilnost ugotovili, je najbolje z revizijo trebušne votline zaključiti operacijo. Ker maligni procesi želodca navadno metastazirajo v jetra, je treba tudi ta pregledati in v slučaju metastaze opustiti misel in poskus na radikalnost. Ta ispekcija je seveda malo zanesljiva, ker vidimo samo del površine jeter, medtem ko sredine parenhima ne moremo kontrolirati.

Na kirurškem oddelku smo radi suma na maligni proces želodca laparotomirali 5 krat. (v času od 2. VII. — 30. IX. 1933). V 3 slučajih je bil tumor operabilen ter je napravljena resekcija želodca. Eksitusa ni bilo nobenega. Pri vseh treh se je histološki izvid glasil: Ca. ventriculi (scirrhus, adeno-carcenoma). Eden od treh se je javil po 6 mesecih z metastazami v jetrih in z lokalnim recidivom. V enem slučaju inoperabilnega karcinoma je napravljena samo laparatomija, v drugem slučaju inoperabilnega a silno stenozirajočega karcinoma jejunostomia. Ta bolnica je 4 dni po operaciji umrla.

Rezultati niso najpovoljnejši, vendar je tudi material premajhen, da bi mogli sklepati na pravilnost indikacije in operativnih metod.

Zusammenfassung.

Absolute Indikationen zur operativen Behandlung des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs. An Hand des umfangreichen Schrifttums über diese Frage bespricht Autor die 5 absoluten Operationsanzeigen: Perforation, starke und wiederholte Blutungen, vollständige Stenose und Verdacht auf maligne Alteration des Geschwürs. Zum Vergleich werden die persönlichen Erfahrungen des Autors an der chirurg. Abteilung des Mariborer Krankenhauses herangezogen (Feber bis September 1933). Verfasser bekennt sich zu einem möglichst schonenden Standpunkt.

Literatura:

Balfour: Ann. Surg. 92 (558).

Bauer: Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 235 (45).

Bloch: Revue de Chirurgie 51/X (1932).

Boehm: Der Chirurg 1931 (257).

Borger: Zentralblatt f. Chirurgie Nr. 34 1932.

Braun: Der Chirurg 1931 (491).

Eicheller: Archiv f. klin. Chirurgie 161 (400).

Elansky: Zil. nach Zentralblatt f. Chirurgie 1931.

- Finney: Ann. Surg. 92 (620).
 Fürst: Čas. lek. česk. No. 27 (31) 1932.
 Gibbon: Ann. Surg. 92 (616).
 Guaraldi: Policlinico Sez. prat. 1930 No. 22.
 Haberer: Zentralblatt f. Chirurgie Nr. 22 1933. Deutsche med. Wochenschrift No. 16 1933. Zentralblatt f. Chirurgie No. 50 1931.
 Hartmann: Gaz. des Hôpitaux No 69 1930. Ga, d Hôpitaux Nr. 79 1930.
 Henle: Der Chirurg 1930 (626).
 Hoche-Marangus: Zentralblatt f. klin. Chirurgie Nr. 16 (1932). Arch. f. klin. Chirurgie 169 (626).
 Horsley: Jour. amer. med. associat. 92 (1813).
 Judin: Arch. f. klin. Chirurgie 161 (517).
 Kunz: Arch. f. klin. Chirurgie 160 (390).
 Küchel: Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 227 (505).
 Manassevitch: Zitirano po referatu Zentralblatt f. Chirurgie.
 Moritsch: Arch. f. klin. Chirurgie 160 (420).
 Neller: Arch. f. klin. Chirurgie 161 (244).
 Neuber: Zentralblatt f. Chirurgie Nr. 26 (1933).
 Noetzi: Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 234 (782).
 Niessen: Zentralblatt f. Chirurgie Nr. 9 1933.
 Pauchet: 55. Tagung d. d. Gesellschaft f. Chirurgie. Gaz. d. Hôpitaux Nr. 17 1831. Gaz. d. Hôpitaux Nr. 10. 1931.
 Promptowa: Bruns Beiträge z. kl. Chirurgie 149 (297).
 Puglisi-Allegria: Policlinico Sez. prat. Nr. 47 1930.
 Salzmann: Bruns Beiträge z. kl. Chirurgie 157 (47) 1933.
 Semb-Carl: Acta chirurg scandin. 66.
 Soupault: Presse médicale Nr. 9. 1830.
 Wohlleben: Der Chirurg 1930 (922).
 Zielke: Der Chirurg 1930 (1073).

Iz internega oddelka obče državne bolnice v Ljubljani.
 (Šef primarij: **dr. Ivan Jenko.**)

Nekaj o Adisonovi bolezni.

Dr. Sone Anton, volonter.

V zbirki žlez s tako imenovanim notranjim izločevanjem ali — kakor jih še označujejo — „inkretornih, endogenih, krvnih“ žlez, je pač vredna vsestranskega premisleka nad ledvicami počivajoča, drobna, vendar navzlic neznačnosti prepotrebna žleza — suprarenalka.

Ona je zgrajena iz dveh genetično, anatomsko in fiziološko popolnoma različnih plasti. Zunanji, skorji pripadajoči del sestavljajo na lipo-idih bogate epitelialne celice, notranji del pa vsebuje mnogo hromafinih elementov in mnogoštevilne po svojem postanku simpatiku pripadajoče čutnice (čutnice = živec). Obe plasti izhajati iz različnih embrionalnih osnov, skorja je prodrta iz mezoderma, sredica pa hkrati s simpatikom iz ento-derma. Življensko važnejša je prva, ki nekoliko vpliva na delavnost spolov in na telesno rast; vendar ne vemo za nikakšno kemično posebnost

(lipini. cholin, neurin) ali pa za povsem gotov način delovanja njenega soka. Živali z odstranjeno suprarenalkino skorjo poginejo hitro.

Kolikor nam je pomen skorje še malo znan, toliko bolj vemo za značaj in vpliv ekstrakta sredice, ki ga označujemo z izrazi: sphymogenin (Oliver, Schäfer), paranephrin, epinephrin (Abel), epirenan, suprarenin (Fürth), adrenalin (Takamine). Živali brez suprarenalkine sredice ne poginejo takoj, marveč šele čez čas, ker jo lahko nadomeste v nje delovanju drugi akcesorni adrenalni organi (hromafine celice ob abdom. aorti, ob levi koronarki, žlezi karotid), ki v primeru potrebe kompenzatorno hipertrofirajo.

Adrenalin ($C_9 H_{13} NO_3$) je mogoče dobiti tudi sintetično, vendar je tedaj slabši in ni — za razliko od naravnega adrenalina — optično aktiven. Zanj je značilno vse polno kemičnih in barvnih reakcij, ki pa jih vsled njihove pestrosti nočem na drobno omenjati. Vsekakor ne vemo kako adrenalin nastaja v telesu, kje se izčrpava in kam spet zgine.

Na končne dele simpatičnega sistema čutnic deluje vzburjajoče. Najbolj znana in najvažnejša njegova lastnost je precejšnje zvišanje krvnega pritiska, kar doseže na eni strani s pomočjo preko vazokonstriktorjev povzročenega krčenja perifernih žil (z izjemo pljučnih, možganskih žil in koronark, ki jih širi!), na drugi strani pa preko nerv. accelerant. s povečanim in pospešenim delovanjem srca. Adrenalin spreminja napetost gladkega mišičja v smislu simpatičnega oživljanja, zatoorej zmanjšuje gibljivost želodca, črevesja in scalnega mehurja, adrenalin širi preko vratnega simpatika zenico, veča očesno poko in rine oko navzven (protrusio bulbi), vzburja po simpatiku oživljane muscul. areclores pilarum, povečuje sekrecijo nekaterih žlez (solznic, slinovk), povzroča krčenje noseče matrice, mobilizira v jetrih in mišičju nabran glikogen in zabranjuje prestop krvne plazme kakor tudi levkocitov iz kapilar ter tako zavira vnetje.

Iz naštetih, mnogoštevilnih lastnosti adrenalina, razumemo velik pomen njegovega pomanjkanja v telesu pri destruktivnih spremembah suprarenalke, pri njeni hipofunkciji, pri tako imenovani Adizonovi bolezni, ki je bila prva opisana (leta 1855) izmed obolenj endokrinih žlez.

V novejšem času je dognano, da so žleze z notranjim izločavanjem navezane več ali manj druga na drugo, da delujejo deloma skupno (sinergično) deloma pa nasprotno (antagonistično). Če oboli le ena teh žlez, odgovore ponavadi nato slejkoprej še druge, bolezni postane pluriglandularna in hoče tako vzdržati potrebno ravnovesje ali korelacijo endokrinega sistema. Spremembe ne neposredno bolnih žlez so sprva le funkcionalne, kesneje pa tudi organske in jih histološko lahko dokažemo.

Kar velja za motnje interglandularnega ravnotežja v obče je važno tudi za Adizonovo bolezen, kjer pa le prevladuje — kar je čisto razumljivo — slika izgube adrenalina. Najvažnejši njeni znaki so: rahla utrujenost (adynamia muscul.), lenivost, duševno mrtvilo, zaspanost (adynamia psych.), čimdalje večja pigmentacija kože (že sicer pigmentiranih mest n. pr. areola

mammae, anus, genitalia — ali pa podraženih mest n. pr. pas) in sluznic, prebavne motnje, zaprtje in driske, ki se menjajo, nizek krvni pritisk (pod 90 mm Hg), znižan krvni sladkor, semintja subnormalna telesna toplota, večkratna eozinofilija v krvni sliki, končno močna izčrpanost, kaheksija in nervozni znaki kakor glavobol, zehanje, bruhanje, slabovidnost, nezavest. Kot sem že omenil bi bili vsi ti znaki dovolj razloženi s pomanjkanjem adrenalina v telesu, le večjemu nabiranju pigmenta v koži ne moremo priti do dna, bržkone ima adrenalin tudi vpliv na stvarjanje melanina.

Etiološki vzroki Adizonove bolezni so najčešče tuberkuloza, večkrat lues, bule, idiopatična atrofija, amiloidoza in embolije ter tromboze žil suprarenalke. Prognoza je vsekakor, če že ne slaba, vsaj dvomljiva. Močno nevhvaležno je tudi zdravljenje, ki je vseskozi simptomatično. Poiskovali so sicer z organskimi preparati, z injekcijami adrenalina, vendar brez uspeha. V zadnjem času priporočajo bogato hranitev pacienta s sladkorjem (injekcije glikose!).

Kakor pa izgleda celotna slika Adizonove bolezni kaj enostavna in jasna, tako jo je večkrat le prav težko prepoznati. Ta ali oni njenih znakov (pigmentacije kože!) lahko manjka in nam otežkočuje diagnozo. V diagnostične svrhe ji zamoremo priti do živega edinole s pomočjo doslednih in jako natančnih preiskav. Samo tako bomo dognali glavni izvor navadno precej težkega bolnikovega stanja.

Vse preje povedano pa naj osvetlé trije v mnogočem zanimivi primeri Adizonove bolezni bolnikov, ki so prišli v zadnjem času iskat zdravja na interni oddelek bolnišnice v Ljubljani.

I. D. A., 28 let, služkinja, prišla v bolnico 11. 3. 1932.

Družinska anamneza je brez posebnosti. Otroških bolezni se ne spominja. Večkrat je imela influenco, bolel jo je vrat in je težko požirala. Drugače je bila do sedaj zdrava. Menarehe s 17. l., menses zelo neredne, izostanejo po 6—7 mesecev, kadar nastopijo trajajo po 1—1 $\frac{1}{2}$ dneva, so slabe. Zadnje perilo maja 1931. Rodila ni, splavila ni, ne kadi, spolne bolezni nima.

Sedaj boleha že 1 leto. Takrat je postajala semintja zaprta na blato, hitro se je utrujala pri delu in je bila precej zaspana. Obča slabost zlasti pa v rokah se je nato čedalje večala, utrujenost se je kar naprej slopnjevala, vrlelo se ji je v glavi. Močno je hujšala, koliko ne ve. Uživala je samo kislo hrano, vsaka druga jed se ji je uprla. Od tedna do tedna je vidno slabela. Kasneje so nastopile še močne, zavijanju podobne bolečine in sicer pol ure po vsaki jedi ter so trajale eno uro, lokalizirane so bile v levo stran pasa in so se širile tudi v desno stran in hrbet. Zadnje 3 mesece izbruha vsako hrano zlasti mlečno in masno. Bruhanje se pojavlja eno uro po jedi in ni v zvezi z nobeno bolečino, edino v želodcu čuti težino, ki pa se ji čim izbruha poleže. Peče jo v želodcu, dvigajo se ji kisle sline, peha se ji. Na blato hodi zelo neredno, menja se zaprtje, ki traja včasih po 14 dni, z diarejami, ki nastopajo nenadoma in prav tako hitro prenehajo. Na vodo hodi redno. Vse bolj postaja utrujena, nima več prav nobene moči v rokah, za vsako malenkost zardi, zelo lahko se polti, ima vedno vlažno kožo. včasih ji iznenada začno močno izpadati lasje.

Status praesens: Majhna, gracilna, shujšana, koža vlažna, bleda. Na ustnicah lahka primes cianoze. Na čeku, pred ušesi in nad zgornjo ustnico blede rumeni pigmentirani madeži. Pregled oči normalen. Zobovje defektno, jezik vlažen, čist, tonzili nekoliko povečani. Žrelni refleks oslavljen. Vrat dolg, suh.

PUHLMANN ČAJ



znamke „RIPON“

več kot 25 let priznan pri

akutni in kronični bronhiti,
ker izvanredno omiljuje draženje h kašlju, zlasti pri
asthma bronchiale

ker lahko razsluži.

Doziranje: Pri odraslih 10 — 15 g = 2 navadni
žlici na 1 l vode, vkuhati na pribl. $\frac{2}{3}$. Prvo
polovico je izpiti zjutraj gorko, ostalo 2—3 ure
predno ležemo spat, pravitako segreto.

Odobreno od Ministarstva narodnega
zdravstva z. Br. 18269., 29. IX. 1931.

Originalni omot ca 125 g za 6 dni . Din 30.—
Originalni omot ca 500 g za 3 tedne Din 100.—

Literatura in poskusne količine pošilja:

Puhlmann & Co., Berlin O. 171, Müggel-Strasse 25—25 a
"Glavno" skladište za Jugoslavijo: PH. MR. TICHY BÉLA-HORGOS (Dunavska Banovina)

QUADRONAL

se je tekom let izborna obnesel kot analgetikum
ter posebno pri

HRIPI

in vseh njenih pojavih.

**NAJBOLJŠI TERAPEVTIČNI UČINEK JE V
POČASNEM ZNIŽANJU VROČINE,**

vsled česar ne more
priti do komplikacij
radi prehitrega padca temperature. Po končani
hripi, v rekonvalescenci pa preskrbimo svo-
jim bolnikom blagodejno spanje — brez vsakih
škodljivih posledic — če jim dajemo hipnotikum
QUADRO-NOX

QUADRONAL
10×0,5 g tabl.

QUADRO-NOX
10×0,6 g tabl.
10×0,25 g kaps.

Vzorci in literatura na razpolago pri

„ISIS“ D. D. ZAGREB, HATZOVA ULICA 14.

Pri kolapsu najrazličnejše
etiologije injicira se najpreje

CORAMIN

SUBKUTANO

INTRAVENOZNO

Pri kroničnih motnjah dihanja in krvotoka
naj vzame bolnik trikrat na dan po 30

CORAMIN-kapljic

Gesellschaft für Chemische Industrie
v Basel-u (Švica)

Zastopnik za Jugoslavijo:

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



EFETUSIN

UBLAŽI KAŠELJ

ODLIČNO SREDSTVO

PRI VSEH KATARALNIH OBOLENJIH DIHAL

GOMENOL, SAPONINI, MENTOL, EFEDRIN, KODEIN.

Originalne steklenice z 115 gr. sirupa.

3 žlice na dan.

„Kaštel“

tvornica kem.-farm.
proizvodov d. d.

Zagreb

JUGOSLAVENSKO SIEMENS D. D.

oddelek za šibki tok

LJUBLJANA, Tyrševa cesta 1a/II - Palača Ljub. kred. banke

TERAPIJA S KRATKIMI in ULTRA KRATKIMI VALOVI. Vrste aparatov:

UNIVERSAL-RADIO THERM, obratovanje z ultra-kratkimi valovi, dolžina valov 6 m, terapija s kratkimi valovi 30 m dolžine. - ULTRATHERM-SPEZIAL. - ULTRA-PAN-DOROS aparat za končinske učinke, terapijo ultra kratkih valov 3-6 m dolž. terapijo kratkih valov 15 m dolž. PYROTHERM za dosego umetne vročine v celem telesu.

ZAHTEVAJTE PROSPEKTE ODN. OSEBNI OBISK SPECIJALISTA.

Thorax et pulmo: brez posebnosti.

Cor: meje norm., toni čisti, akcija ritmična. Puls 82, dobro polnjen, ekvalen. RR: 75, Temp: 36.3° C.

Abdomen: pod ravnino prsnega koša, stene napete, nad želodcem na pritisk rahla občutljivost.

Ekstremitete: refleksi normalni.

Rektalni pregled: brez posebnosti.

Preiskave: rentgenski pregled pljuč, srca, želodca in rentgenska slika sellae turcicae brez posebnosti. Okulist. izvid: fundi norm. Neurol. pregled ni drugih nobenih sprememb. Ginekol. izvid: uterus retrovertiran, izredno majhen, parametriji in adneksi brez posebnosti. WaR in drug. reakc. krvi neg. Sahlí 61%. Sedimentacija eritrocitov po Westergreenu 17—28, krvni sladkor 65, RR 75-85. Haemogramm: zmerna nevtrofilija, več mladih form, paličasti nekoliko pomnoženi, limfopenija, eozinofilni manjkajo. AT (Altuberkulin, provokacijska doza) reakcija lokalno in obče pozitivna. Diureza 300—1600 ccm, analiza urina: spec. teža 1010, alb., sacchar., urobilinog.: neg. Sediment seča: posamezni levkociti, nekaj ledvičnih stanic. Celotna kislina želod. soka 42. Retencijski poiskus brez posebnosti. Pregled blata na kri neg. Pregled blata z ozirom na obolenje pankreasa po tri dnevni Schmidtovi dieti: mnogo dobro prebavljenih mišičnih vlaken, nekaj rastlinskih celic, jajčeca ascaris lumbric.

Therapia: simptomatična (tinct. valeriana, tinct. amara, sp. st. Germain, slani kaplalni klyst., Ovarial in Proginon tabl.).

Bolnica je bila ves čas na oddelku afzbrilna, telesna teža je ostala neizpremenjena (36 kg), 10 dni po prihodu v bolnišnico se ji je pojavil, kmalu nato pa zgnojil in zacelil za oreh velik furunkel nad levo ključnico (spec. limfom?). Po eno mesečnem bivanju na oddelku je na poziv prof. Radoničić-a odšla zboljšana na zagrebško interno kliniko z diagnozo: morbus Addisoni incipiens.

Kako naj razumemo, spopolnimo in ocenimo res pestro in zapleteno sliko bolezenskega stanja naše pacientke? Ves njen izgled, anamneza in preiskave govore prav gotovo za motnje v endokrini sekreciji.

Amenoreja nastopajoča v različnih časovnih razdobjih, dismenoroične bolečine, perilo, ki traja, kadar sploh nastopi samo po 1—1½ dne in je še takrat prav slabo; pa tudi ginekološka preiskava, ki je ugotovila hipoplazijo uterusa in ovarijev, dajo misliti na hipofunkcijo spolnih žlez.

Vlažna koža, potenje izpadanje las, zardevanje, duševna labilnost in izmenične diareje govore za nepravilno delovanje gland. thyreoideae.

Polagoma vendar stalno se čedalje bolj razvijajoča utrudljivost, hipotonija mišičja, apatija, vrtoglavice, delna pigmentacija kože, ahilija, prebavne motnje v smislu bruhanja, zaprtosti in drisk, močno hujšanje (v enem letu od 56 kg na 34½ kg), nizek krvni pritisk (75—80), kakor tudi mala količina krvnega sladkorja (65) so nam pa brezdvomen dokaz hipofunkcije suprarrenalke.

Iz vsega je potemtakem sklepati, da gre v našem primeru za pluriglandularno obolenje s primarnim žariščem v suprarrenalci, bržkone, kakor je pokazala alergija, po tuberkulinski reakciji tuberkuloznega značaja.

Naj sledi drug pravteko zanimiv primer.

II. G. B., 14 let, hči davčn. uprav., prišla na int. odd. 7. 6. 1933.

Familiarno brez posebnosti. Otroške bolezni: ošpice, dušljiv kašelj. Drugače vedno bolj slabotna.

Sedaj boleha že nekaj mesecev. Domači so opazili, da je pričela vedno bolj hirati, hujšati, zgubila je apetit, hitro se je utrujala vsled slabosti, ni mogla opravljati nobenega dela, se ni hotela učiti, čimdalje bolj je bila nemirna, se je pričkala, tepla je tuje ofroke, večkrat je bruhalo, driske so se ji menjavale z zaprtostjo, v blatu so se pojavljale gliste, hudo jo je žejalo, koža ji je kar naprej vse bolj temnela. Pred nekaj dnevi je dobila močne bolečine v obeh kolkih, ni več mogla slegniti nog, vsled česar je bila poslana na tuk. kirurški odd. in odtod k nam.

Status praesens: Gracilna, slabočna, adinamična. Koža glave, vratu in ekstremitet močno temno-rujavo pigmentirana. Zobovje dobro, jezik vlažen, obložen, tonzili veliki, razorani, faring. refl. izvablji. Oči brez posebnosti.

Thorax el pulmo: brez posebnosti.

Cor: meje norm., toni čisti, akcija ritmična nekoliko pospešena.

Puls ni tipljiv. RR: 40. Temp.: 36°C.

Abdomen: pod prsn. košem, trebušne stene elastične, povsod občutljivo na pritisk posebno desno spodaj. Jetra in vranica brez sprememb.

Ekstremitete: Obojestransko komaj naznačen Kernig.

Preiskave: rentgen. pregled pljuč in srca: brez posebnosti. Okulist. izvid: fundi norm. WeR in drug. reakc. krvi neg. Histološki pregled na hrbtu ekscidiranega koščka kože: močna pigmentacija bazalnih celic. Sahli 49—54%. Sedimentacija eritrocitov po Westergreenu 71—52, krvni sladkor 75, RR: 40—85. Haemogramm: močna monocitoza, zmerna limfocitoza, malo nevtrofilnih. Analiza urina: spec. teža 1017, alb. v sedovih; urobilinog.: neg., saccharum: neg.; aceton: sledovi., acet-oetna kisl.: sledovi. Analiza scalnice je bila od tretjega dne dalje vsestransko negativna. Sediment iste: 2—3 levkocili, 1—2 eritrocita v polju. Pregled blata na jajčeca parasitov: jajčeca ascaris lumbricoid.

Therapia: Cardiazol liquid., adrenalin (po katerem se je dvignil RR v enem dnevu od 40 na 70) in injekcije glukose.

Bolnica je bila vseskozi afebrilna, se je v 14 dneh zredila za 3½ kg (od 31¾ kg do 35¼ kg) in je živahna. Po 20 dneh je sama precej zboljšana zapustila naš oddelek.

Tretji primer ni nič manj upoštevanja vreden.

III. G. E., 56 l., portir, prišel v bolnišnico 3. 5. 1935.

Familiarno nič posebnega. Otroških bolezni ni imel. L. 1903 je prebolel v neki dunajski bolnici vnetje reberne mreže na levi strani. Sicer je bil do zdaj zdrav. Pije, kadil malenskostno, spolne bolezni nima.

Sedaj je bolan en mesec. Tedaj je zgubil apetit, začel je močno hujšati (v 2½ mes. 20 kg) in bruhati ¼ ure po zavžilju vsake hrane, zdaj izbruha večkrat neke rujave sline, po jedi ga tišči pod žličko, driske se menjavajo z zaprtostjo, žeja ga; odkar je bolan opaža, da je po koži zlasti po tistih delih, ki so izpostavljeni zraku, vedno bolj temno barvan; zelo je slab, nima v rokah nobene moči. Zanimivo je, da ga je zdravnik poslal v bolnišnico pod diagnozo: Carcinoma ventriculi.

Status praesens: Srednje velik, suh, koža povsodi, zlasti pa na glavi, spolovilu in ekstremitetah močno črno-rujavo pigmentirana.

Thorax: asimetričen, leva stran je bolj izbočena kot desna in zastaja pri dihanju, poklep na levi hipersonoren, na desni 2 prsta ad basim zamolklna, dihanje levo spodaj oslabileno po vsej desni strani pa močno poostreno, brez hropcev.

Cor: meje norm., toni komaj slšni, čisti, akc. ritmična, bradikardna.

Puls 60, mehak. RR: 75. Temp.: 37°C.

Abdomen: pod ravn. prsn. košo, stene mehke. Pod levim rebarnim lokom v smeri proti žlički je tipati v globini tumorozno rezistenco, ki je boleča in ki je ni mogoče točneje opredeliti (obdukcija je pozneje pokazala, da je bila to le semkaj potisnjena trebušna slinavka). Jetra sega o en prst čez rebarni lok. Vranica brez posebnosti.

Ekstremitete: Oslabljeni refleksi.

Preiskave: rentgenski pregled: Concretio pleurae dex. bas. lat. sicer pulmo, cor et ventr. brez posebnosti. Okulist. izvid: pigmentacija desn. roženičnega limba, fundi norm. WaR in drug. reakc. krvi neg. Histološki pregled v sakralni regiji ekscidiranega koščka kože: močna pigmentacija bazalnih celic. Punctio prob. thor. dex.: neg. Sahli 50%. Sedimentacija eritrocitov po Westergreenu 60, krvni sladkor 60, RR: 76. Haemogram: zmerna eozinofilija (7%). Diureza 500—900 ccm. Analiza urina: spec. teža 1016, alb., sacchar., urobilinog.: neg. Sediment istega: 1—2 levkocita v polju, posamezne zamaščene celice, mnogo hialinih cilindrov. Celotna kisl. želod. soka: 38. Pregled blata na kri in jajčeca parazitov negativna.

Therapia: grelnik, vroči obkladki na trebuh, redilni klistiri, papaverin cardiazol, liquid, hexeton in glykose injekcije.

Bolnik je bil ves čas v bolnišnici afebrilen, je bruhal, imel je driske, večinoma je bil somnolenten, apatičen. 11. 5. se je, ko je vstal, pri polni zavesli vsled slabosti zgrudil na tla. 12. 5. zjutraj je umrl.

Obdukcija je pokazala: morbus Addisoni. Tuberculosis glandul. suprarenal. V pljučih oziroma pleuri na desni spodaj za jabolko velik prostor poln nekrotičnih mas. Za pol centimetra debele brazgotine na pleuri. Pleuritis adhaes. bil. total. Myodeg. cordis, acretio et concretio pericardii. Močna pigmentacija kože, posebno na glavi in v genitalni regiji.

Tako je bila potrjena naša vsekakor pravilna diagnoza: morbus Addisoni ex tuberculosi gland. suprarenal.

Zusammenfassung:

Dr. A. Sonc: Über den morbus Addisoni.

Autor bespricht die Pathologie dieser immerhin seltenen Krankheit, die er an drei Fällen zu studieren Gelegenheit hatte. Die Krankengeschichten dieser Fälle sind kurz wiedergegeben. Es handelt sich, was schon nach dem Ergebnis der eingehenden Untersuchung zu erwarten war, um Tuberkulose der Nebennieren.

Literatura.

Fürth: Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie I.

Bergman: Lehrbuch der inneren Medizin II.

Domarus: Grundriss der inneren Medizin.

Meyer-Gottlieb: Experimentelle Pharmakologie.

Iz internega oddelka obče drž. bolnišnice v Ljubljani.

Predstojnik: šef-primarij **dr. Ivan Jenko.**

Diferencijalno dijagnostične težave

Dr. Boža Merljak.

V letošnji pomladi in poletju nastopajoči primeri tifoznega in paratifoznega obolenja so večjidel malignega značaja. V zadnjih mesecih se nam je treba kar zaporedoma boriti s težkimi komplikacijami, saj se je dogadilo, da je bolniku, že v rekonvalescenci nenadoma odpovedalo srce. Kljub vsej negi in vsem razpoložljivim srčnim sredstvom smo ga izgubili. Pri štirih so nastopile težke krvavitve iz nosa, trije so ozdraveli, eden je izkrvavel. Stiptika in tamponada nosa so zmanjšale krvavitev, še isti dan so se pa pokazale kapilarne krvavitve na koži in melaena najtežjega značaja. Bolnik, ki je baje že doma več dni krvavel iz nosa in je prišel k nam v

petem tednu bolezni, je tekom 4 dni umrl, potem ko je padel haemoglobin na 14%.

V enem primeru je nastopila tako težka črevesna krvavitev, da je bila potrebna takojšnja transfuzija krvi.

Pri neki mladi bolnici so bili prvi znaki tifusa uterine krvavitve, ki so znatno znižale haemoglobin.

V dveh primerih se je razvil pneumotyphus. Pri enem bolniku se je na mestu pljučnice pokazal absces, ki ga je zazdravila narava sama s pomočjo spontanega pneumothoraxa. Drugega bolnika smo izgubili potem, ko je prebolel najtežje komplikacije; po vrsti so si sledile: pneumonia l. inf. sin., iritis o. dex., panophthalmitis dex. (enucleatio očesa po okulistu), multipli abscesi na bedrih in nadlahteh, otitis media dex., ponovne obojestranske pljučnice in končno exitus letalis.

Primer pa, ki ga bom skušala natančneje obravnavati, nam je pokazal vse težave diferencialne dijagnostike.

Dne 8. junija t. l. je bila sprejeta na kirurški oddelek obče drž. bolnišnice v Ljubljani 17 letna delavka M. A.

Na kirurškem oddelku je izpovedala, da je neradoma zbolela dne 3. VI. t. l. Začela je bruhati, bolečine je imela po vsem trebuhu. Dva dneva jo je gnalo na blato, nakar je postala zaprta. Bolečine so se 2 dneva stopnjevale do neznosnosti, kasneje so popustile. Bruhala je še tik pred prihodom v bolnišnico.

Odvajanje na vodo je v redu. Zadnje perilo je imela pred 1 tednom, kot običajno.

Status praesens ob prihodu na kirurški oddelek: Temp. 38,50 C, puls 96, jezik suh, obložen, oči halonirane.

Pljuča: desna osnovnica manj premakljiva, bazalno je slišati hropce, drugače brez posebnosti.

Srce ne kaže izprememb.

Trebuh je meteoristično napet in posebno občutljiv desno spodaj, kjer je čutiti apendikalno v globini za jabolko veliko, netočno omejljivo, nepremakljivo rezistenco, nad katero je poklep timpanitičen.

Seč ima v sledovih pozitivno beljakovino.

Bolezen se razvija na kirurškem oddelku v sledeči smeri:

9. VI. je beljakovina v seči pozitivna, v njenem sedimentu je dobiti eritrocite in levkocite. Rezistenca apendikalno se manjša. Maksimum občutljivosti prehaja proti epigastriju desno.

11. VI. nastopi zbadanje v pljučih desno spodaj, kjer je slišati atelektatične hropce.

13. VI. je aglutinacijska reakcija krvi po Gruber-Widalu izvršena v Hig. zavodu negativna, praviako haemokultura. V konzilij je poklican specialista iz internega oddelka ki ugotovi desno spodaj v pljučih trenje ter na podlagi celotne preiskave izrazi sum na tifozno obolenje.

16. VI. na dan, ko je bolnica premeščena na interni oddelek, je sledeč kirurški izvid: abdomen meteoristično napet, resistance apendikalno ni več mogoče tipati. Največja občutljivost je v desnem epigastriju in ob desnem rebernem loku. Nad pljuči je izvid enak onemu z dne 13. VI.

V takem bolezenskem stanju dobimo bolnico na interni oddelek dne 16. VI. pod diagnozo: Abscessus perityphliticus. Paratyphus?

Anamneza, ki jo izpove bolnica na našem oddelku, se ujema z ono na kirg.

Status praesens je sledeč: Bolnica je srednje velika, močnega okostja, dobro rejena, zenici reagirati na luč in akomodacijo, skleri sta subikterični, jezik je obložen, tonzili sta povečani, razorani, žrelni refleksi je izvajljiv, žrelo je injicirano.

Prsni koš je simetričen, poklep nad pljuči sonoren. Desna osnovnica je manj gibljiva, dihanje je čisto, vezikularno, desno spodaj je slišati rahlo pleurilično trenje.

Srce ne kaže izprememb, Puls je dobro polnjen, ekvalen. 102 v min. Temp. 38.6° C, RR: 90.

Trebuš: je nad ravnino prsnega koša, mehek. Jetra in vranica sta brez posebnosti. Na pritisk je precejšnja občutljivost pod desnim rebarnim lokom. Patoloških resistenc ni tipati. Zadaž paravertebralno na desni strani je bolnica na pritisk močno občutljiva. Vidnih izprememb na tem mestu ni.

Extremitete so brez posebnosti. Vsi refleksi so normalno izvajljivi.

Pri rektalni in vaginalni preiskavi ni ugotoviti izprememb.

Tekom pet dni se slika bolezni že močno izpremeni. Desna pljučna osnovnica leži precej višje ter je odločno manj gibljiva kot leva. Jetra so povečana in napravljajo vlis kot da so potisnjena navzgor. Muskulatura nad njimi je rahlo napeta. Največja občutljivost je na mestu, kjer preseka paramamilarna črta rebarni lok. Pri tipanju ni tudi v globini najti nobenih posebnosti. Vsa slika govori za izpremembe v jetrih odnosno v žolčniku.

Kljub skrbnemu zdravljenju se bolezen še kar naprej zapleta.

Med drugimi preiskavami (navedla jih bom kasneje) so ponovno gledane krvne slike. Dne 26. VI. je zasleden v krvnem razmazu v klopčič zvit črviček z ovojnico, močno podoben trichini spiralis. Na podlagi tega sumimo na trichinosis V syrho ugotovitve izrežemo košček musculi recti abd. Preiskave izvršene v domačem internem laboratoriju in v patološko-anatomskem institutu so tozadevno negativne. Med tem časom je drugič (prvič na kirg. odd.) poslana kri na preiskavo na typhusbacile. Izvid ostane negativen (16. VI. 1933). Temp. je stalno visoka 38°C—39.9°C. Puls je bradikarden. Vranica zččenja otekati in postaja boleča. V krvni sliki so močno pomnožene paličaste oblike. Vse to in še izgled bolnice je vzrok, da pošljemo dne 26. VI. tretjič v Hig. zavod kri na bakterijološko in serološko preiskavo. Tokrat je potrjena klinična dijagnoza, zakaj izvid, ki ga poda specialist-bakterijolog se glasi: „V haemokulturi smo izolirani bac. paratyphi B.“ Aglutinacijska reakcija po Gruber-Widalu ostane še nadalje negativna. Med tem se pa bolničino stanje kar naprej izpreminja. Dne 3. 7. nastopi obojestranska pleuritis, ki pa tekom 5 dni izg'ne. Ostane pa oteklina vranice, ki je ves nadaljni čas tipljiva. Pojavijo se močne bolečine po vsem trebuhu. Tem. naraste do 40.8°C ob izraziti bradikardiji (96-104). Jetra so v vseh smereh povečana in boleča. Površina je gladka. Pleuritis, ki je že izginila, se ponovno razvije na desni strani. Tekom treh dni segajo jetra 3 prste čez rebarni lok in so čedalje bolj boleča. Muskulatura nad njimi je vedno bolj napeta. Desni suhi pleuritis se pridruži

še leva. Dne 8. VII. je aglutinacijska reakcija krvi pozitivna v smislu typhus abd. 1:200, paratyphus B 1:800, v nadaljnjih 4 dneh se pojavi dobro izražen ikterus. Bolnica, ki je bila doslej živahna in je še relativno dobro izgledala, začne hitro propadati. Oči so močno halonirane, jezik je, kljub skrbni negi, kar naprej obložen. Pleuritis narašča in sega desno že do roba lopatice, levo 2 prsta nad osnovnico. Dihanje nad pljuči je oslabljeno. Jetra vse bolj zatekajo in segajo 14. VII. v desni parasternalki 5, v mamilarni črti pa 4 prste čez rebarni lok. Rob je top, težko tipljiv in močno občutljiv. Površino je težko iztipati, napravlja pa vlis gladkega mehkejšega organa. Nad žolčnikom ni posebne občutljivosti. Vranica je povečana.

Hkrati z izpremembami v jetrih se razvija dalje tifozno obolenje. Dne 20. VII. je haemokultura negativna, pač pa je pozitiven typhus abd. 1:400 in paratyphus B. 1:800. Istočasno se pojavi folikularna angina obeh tonzil.

Propadanje bolnice je skoro vidno. Nad pljuči se pleuritično trenje zgoščuje, desno je vedno bolj izraženo kot levo. Dne 21. VII. sega že do spinae scapulae. Jetra so izbočena ter segajo desno do sredine lakotnic, levo do leve parasternalne črte, navzdol do popka. Površina je gladka, v globini je tipati na več mestih trdo-elastično fluktuacijo. Ves ostali trebuh je mehek brez patoloških izprememb. O ikterusu ni več sledu.

Ves izvid potrjuje že od 15. VII. obstoječi sum, da so se razvili mnogoštevilni abscesi v jetrih ob istočasnem obstoju tifoznega obolenja. Klinične preiskave, ki so se vršile na bolnici, nam to dijagnozo potrjujejo: Dne 16. VI. preiskana seč ne kaže izprememb. Tudi urobilinogen je negativen. Že 4 dni kasneje vidimo prve levkocite v sedimentu. 31. VI. se jim pridružijo še zamaščene celice in 7. VII. je močno pozitiven tudi urobilinogen. V sedimentu, ki je pregledan vsak drugi dan, je čedalje več belih krvnih telesc, 27. VII. pa prvič ugotovimo, na vsakem mikroskopskem polju, po večjo množino eritrocitov. Diureza je ves čas primerna, giblje se med 500 in 1500 ccm dnevno. Preiskave krvi se vrše sistematično. Sahli pokaže ob prihodu višino 58%, merjen je vsaki teden po enkrat ter znaša 25.7. 40%. Razpad haemoglobina je hiter, tedensko zaznamujemo izgubo 2-4%. Sedimentacijska reakcija (SR) po Westergreenu stalno narašča. Prvi dan zdravljenja na našem oddelku znaša 90, tekom enega tedna skoči na 108, ter se nato zviša preko 110 in 140 na 160. Katakteristični sta krvni sliki: prva z dne 17. VI. pokaže močno pomnoženo število paličastih levkocitov in rahlo monocitozo. Skupno število belih krvnih telesc znaša 5.700. Druga, gledana točno mesec dni kasneje, je močno izpremenjena. Od 5.700 so poskočili levkociti na 12.500. Haemogramm kaže močno pomaknjenje v levo, posebno so pomnoženi paličasti (33%), eozinofilke ni nobene, monocili so zmerno povišani, reduciran haemoglobin znaša 66%.

Reakcija krvi po Wassermannu je negativna.

Krvni pritisk je do 25. VII. stalno 90, teden dni pred smrtjo pade na 75.

Preiskava soka dobljenega iz žolčnega črevesa s pomočjo duodenalne sonde nam potrjuje sum na obolenje jeter odnosno žolčnih potov. Dne

19. VI. da prva frakcija moten rujavkast sok, v čigar sedimentu je le nekaj bakterij. Druga frakcija (po injekciji 1 amp. pituitrina) pokaže že motno olivno zelen sok, ki vsebuje precej levkocitov. Po olju (3. frakcija) pa pride gost, umazano, rujavo-zelen sok, ki naplavi še večjo količino levkocitov. Mesec dni kasneje ponovljena preiskava žolčnika nam ne pokaže nič novega. Rezultati so enaki gori opisanim.

Sistematično smo 5 krat poslali kri na preiskavo v Hig. zavod. Dne 13. VI. in 17. VI. je izvid negativen. 26. VI., to je 23. dan po začetku bolezni, je pozitivna haemokultura na paratyphus B, 8. VII. je haemokultura že negativna, pozitivna je pa Gruber-Widalova aglutinacijska reakcija v smislu typhus abd. 1:200, paratyphus 1:800. Dne 20. VII. se aglutinacija zviša na typhus abd. 1:400 in paratyphus 1:800. Duodenalni sok, ki ga 2 krat pošljemo na preiskavo, ostane vedno sterilen za typhusbacile.

Odvajanje je več čas v redu, le zadnji teden se pojavijo tenezmi in driske. Blato je vedno rujavkasto, smrdeče, bolj ali manj gosto, brez vidnih izprememb in primesi krvi. Tudi kemičnim (benzidin) potom je ne moremo nikoli dakazati. Teža, ki je ob prihodu 61 $\frac{3}{4}$ kg, stalno pada. Točna kontrola je nemogoča.

Temp. je ob prihodu 38.6°C in ima večerne remisije do 36.0°C, 11. dan se dvigne na 39.8.0°C (mrzlica) ter ostane na tej višini do 26. VII., od časa do časa pade zvečer na 36.0°C. Od 26. VII. dalje vidimo temperaturni kolaps. Zadnja 2 dneva doseže vročina komaj 36.0°C. Puls je bradikarden dokler se dne 26. VII. — začetek temperaturnega kolapsa — ne dvigne preko vročine in doseže pred smrtjo višino 146 v minuti komaj tipljivih udarcev.

V zadnjem tednu bolezni izvršena poiskusna punkcija desne plevralne votline ostane negativna.

Rana po eksciziji miškulature na trebuhu se brez komplikacij zaceli. Röntgenološke preiskave pljuč in srca so 3 krat negativne. Okulistična preiskava oči pokaže normalne prilike.

Bolnica je z vso skrbjo negovana in dobiva vsa razpoložljiva sredstva, ki naj bi zajezila nadaljni tok bolezni, vendar je ves trud zaman. Po 24 urni agoniji umre dne 1. avgusta 1933.

Pod dijagnozo: Abscessus hepatis. Paratyphus B., je izvršena obdukcija, ki pokaže naslednjo sliko. Tumor hepatis. V sredini za dve pesti velik holangilični absces s številnimi konfluirajočimi votlinami. Jetra so temno-rudeča, lisaste barve. V portli hepatis so bezgavke povečane, mehke. Močan subakuten gastrointestinalni katar posebno v spodnjem delu ilea. Tumor lienis. Appendix leži retrocoecalno zajet v brazgotinah. Srce je čez mero majhno. Anaemia. Kachexia.

S tem patološko-anatomskim izvidom je potrjena klinična dijagnoza. Čim krajše naj sedaj povem v kakšnih smereh vse se je gibala naša dijagnostika.

Ko je bila bolnica še na kirg. oddelku predstavljena internistu, ni bilo več znakov za oboljenje slepiča. Takrat obstoječa slika bolezni je opravičevala na eni strani klinično dijagnozo typhus, na drugi strani pa dijagnozo: pleuritis basalis dex. Vprašanje je bilo le, odkod in zakaj se je razvila bazalna plevritis in kaj je primarno: appendicitis, ki je tekom dveh dni prešla v eksudativno formo ali typhus. Dopuščali smo obojno možnost, in to tem bolj upravičeno, ker sta bili prvi dve preiskavi krvi na ty-bacile negativni. Ko so se začeli pojavljati znaki obolenja na jetrih, smo sprva mislili, da gre le za cholecystitis — mimobežen pojav v pestrosti typhusa — iznenadilo nas je le to, da se dolgo niso pojavile izpremembe v barvi kože, seči in blata. Ker je bil med tem časom tudi bakteriološko potrjen typhus, smo začeli misliti, da je bolnica bacilonoska ter da je obolel slepič oslabil organizem v toliko, da so mu postali nevarni doslej v žolčniku mirno počivajoči bacili ty. Da bi potrdili to domnevo, smo preiskovali sok žolčnega črevesa (duodenalna sonda), proti pričakovanju je ostal obakrat sterilan. Še predno so bili bacili ty. bakteriološko dokazani smo doživeli novo iznenadenje. Naš zdravnik, ki se že leto dni bavi samo z laboratorijskim delom, je pri preiskavi krvi videl v preparatu trichini spiralis podobnega črvička. Vest o tem smo sprejeli z veseljem, dasi celotna slika ni govorila za trihinozo. Ekscidirali smo košček mišične mase in jo poslali v preiskavo v patološko-anatomski zavod g. prof. dr. Janezu Plečniku. Izvid je ostal negativen. Vse bolj so se zapletali simptomi. Levkociti v urinu, močna občutljivost v desni lakotnici, mrzlice in septične vročine so bile vzrok, da smo mislili na para — odnosno perinefritični absces. V smeri tifusa so nas pa vedno vodile bradikardija, tumor lienis, febris in izgled bolnice. Čim je bila haemokultura pozitivna, smo si oddahnil, češ: zapletkov bo konec. Bilo je pa ravno narobe. Kar naprej se je izpreminjala slika na jetrih. Nekaj časa so prevladovali znaki za cholecystitis, nekaj časa za cholangitis, v vse to se je ujel še ikterus v dneh, ko še ni bilo nošenega simptoma za absces (bolnica je bila ikterična v prvi polovici bolezni in ob koncu, ko so bili abscesi že konfluirani). Vsled krčevitih napadov bolečin v predelu žolčnika in vsled zlatenice smo se izgubljali celo v misel na žolčne kamne, a le mimogrede. Do kraja nismo te diagnoze nikoli izdelali, saj je govorilo več proti nji kot za njo.

Visoko segajoča zamolkline na pljučih desno zadaj spodaj (jetra!) nas je izzvala za poiskusno punkcijo zlasti zato, ker nad zamolkline nismo slišali dihanja. Mislili smo na simpatično plevritis, ki je tudi obstojala, a je bila suha.

Tenezmi in driske, ki so nenadoma nastopile, so nas prisilile bolnico ponovno rektalno preiskati v prepričanju, da bomo dosegli absces v Douglasu. Dosegli nismo ničesar, oziroma vse kar smo, ni kazalo nobenih patoloških izprememb.

Čim so pa jetra začela otekati in je njih konzistenca posajala nekam testeninaslo mehka, smo si bili eni v diagnozi: razvija se absces. Vpra-

šanje je bilo le: ali je samo eden ali jih je več. Dokler je naraščala suha plevritis samo na desni strani, smo še vedno upali, da je le eden. Čim se je pa pojavila tudi na levi strani in je tam trajno ostala, smo bili prisiljeni misliti na več, bržčas holangitičnih, abscesov v jetrih.

Vprašanje je le nastalo, odkod abscesi. Razlagali smo si njih postanek na dva načina. Prvotno je obstajalo vnetje slepiča. Možnost je tedaj, da je infekcija od slepiča romala mezgovnim ali pa krvnim potom v jetra in se tam razbohotila do abscesov — to je bila ena — ali pa so abscesi čisto tifoznega značaja — to je bila druga razlaga.

Z gotovostjo moremo reči le to, kar nam je pokazal patološki anatom. Abscesi so bili multipli, konfluirujoči in holangitičnega značaja, kar bi govorilo za typhus. Slepič je pa bil zapleten v zarasline in žleze v porti hepatis so bile mehke in zatečene, — kar bi govorilo za infekcijo s plati slepiča.

Dnevno smo imeli spričo bolnice pred očmi izrek: ubi pus, ibi evacua. A če povem, da je v tistem času, ko je bilo z gotovostjo možno postaviti diagnozo: Abscessus hepatis, bila reakcija po Widalu še vedno pozitivna typhus abd. 1:400 in paratyphus B. 1:800, da so bile temperature septične, da je bila bolnica do skrajnosti izčrpana in da je klinični izvid govoril za multiple abscese, potem nam bo menda oproščeno, da se nismo mogli in hoteli odločiti za operacijo.

H koncu smo morali ugotoviti še sveže žariščno vnetje ledvic, kar je pač bilo izraz vseobče sepse, katera je do dna izčrpala organizem dekleta, ki je vdano in z naravnost nečloveško potrpežljivostjo prenašalo gorje svojega sedemnajstega in zadnjega poletja.

Zusammenfassung:

Dr. B. Merljak: Differentialdiagnostische Schwierigkeiten. Beschreibung eines Falles von multiplen Leberabscessen, die sich allmählich entwickelnd, ein ausserordentlich vielfältiges und irreführendes Symptomenbild darboten. Der Fall wird allseitig analysiert und alle differential-diagnostischen Schwierigkeiten und Fehlerquellen werden angeführt. Der obduktionsbefund bestätigte die intra vitam gestellte Diagnose.

Literatura:

Toldt: Lehrbuch der normalen Anatomie.

Bergmann: Lehrbuch der inneren Medizin I, II.

Domarus: Grundriss der inneren Medizin.

Matthes: Lehrbuch der Differenzialdiagnose innerer Krankheiten.

G. u. F. Klemperer: Neue d. Klinik. VI.

Značenje mlečnih zubi u medicini

J. Kallay, Ljubljana.

Kao u laičkim tako i u lekarskim krugovima nije još razvilo dovoljno razumevanje važnosti mlečnih zubi. Da bi pobudio što veći interes i pažnju na ovo pitanje, hoću da navedem o tome sve što je najnužnije i najvažnije znati.

Zato ćemo početi najpre sa njihovim nicanjem (prva denticia):

incisivi cen. inf.	u 6—8 mj.	molari I. sup.	u 13—17 mj.
„ „ sup.	u 7—9 mj.	canini inf.	u 15—20 mj.
„ lat. inf.	u 7—9 mj.	„ sup.	u 16—21 mj.
„ „ sup.	u 8—10 mj.	molari II. inf.	u 20—30 mj.
molari I. inf.	u 12—16 mj.	„ II. sup.	u 21—30 mj.

Da bismo odmah videli koliko vremena ostaju mlečnici u čeljusti, navesti ću odmah i vreme, kada nicaju stalni zubi (druga denticija), jer neposredno pred tim ispadaju mlečnici.:

molari I.	u 5—6 god.	canini inf.	u 11—12 god.
incisivi cen. inf.	u 6—7 god.	„ sup.	u 11 god.
„ „ sup.	u 7—8 god.	praemolar. II. inf.	u 12 god.
„ lat. inf.	u 8—9 god.	„ sup.	u 12—13 god.
„ „ sup.	u 9 god.	molar II. inf.	u 13—14 god.
praemol. I. inf.	u 10 god.	„ sup.	u 14 god.
sup.	u 10—11 god.	molar III.	u 16—24 god.

i kasnije.

Dakle iz ovog pregleda se vidi, da većina mlečnika ostaje u čeljusti skoro do 12. godine, pa odatle i njima velika važnost. Zato moramo nastojati, da mlečnike sačuvamo do njihova normalna ispadanja iz sledećih razloga: Mlečnik čuva mesto nasledniku te time služi kao podražaj za normalni rast čeljusti. Ako je mlečnik kariozan, može se i od njega stalni zub inficirati. Oni obavljaju istu funkciju, kao i stalni zubi odraslih t. j. služe za žvakanje hrane, za govor i drugo. Za normalno ispadanje mlečnika, važno je da je on živ, jer tek živa pulpa uz organ resorpcije pospešuje njegovu rezorpciju. Konačno bezpulpni mlečnici su važan faktor kod oralne sepse, od koje su najčešće artrilide, endokarditide i nefritide, kao i nerazjašnjene vrućine.

Kako vidimo ovi su nabrojani uzroci vrlo upadljivi, te držim da je jednom već došlo vreme, pa da lekari prestanu omalovažavati zube pa i posebice mlečne, s time da su mlečnici prolazni, a na njihovo će mesto stupiti drugi stalni zubi.

Deliti savete, da ih nije potrebno lečiti, je posve laičko te bez ikakve znansivene podloge, stoga posve nerazumljivo, da se ipak takovi saveti još dele.

Da bi zadržali mlečnike žive, jer je samo živ zub punovredan, treba dete već u trećoj godini staviti pod pasku lekara, pa i najmanju rupu zatvoriti, a uz to dobro čišćenje. Samo na taj način će se sačuvati zdravi zubi, a u mnogom pogledu i zdrav organizam. Kako se nažalost ovo pravilo još nije udomačilo radi nerazumevanja roditelja i lekara, dolazi se često u priliku da nademo karicne ili već i bezpulpne zube. Kod ovih poslednjih radi se već o gangreni sa svim njenim posledicama. Pod gangrenom zuba razumevamo svako stanje devitaliziranog zuba a inficirane pulpe.



**BIOLOŠKA BAZA
ODUPIRANJA**

TUBERKULOZAMA Cholibiol

CHLORHIDRAT CHOLINA R. & C. ZA PODKOŽNE INJEKCIJE

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

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

JEDINI PREPARAT POD FIZIOLOŠKOM I KLINIČKOM
KONTROLOM AUTORA.

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

Glavni depo za Jugoslaviju Laboratorium francuskih farmaceutskih specijaliteta

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



Popolnoma reaktivni gastrični encim

NOVOCHIMOSIM

zedini značilna svojstva himaze in peptaze,
peptonizira beljakovino, učinkuje energično
baktericidno in antitoksično.

Pri vseh želodčnih in črevesnih motnjah. Gastroenteritis, posebno
pri **dojenčkih**. Toksična **albuminurija**. Anoreksija, rekonvalescenca.

Profilaktično pri hripi!

Fijole z 25 in 50 tablet. po 0,25 gr.

3—5 krat na dan po 1—2 tabl. z vodo, otrokom polovico.
Biohemijsko preizkušeno v medic.-kem. zavodu zagreb. univerze.

Industrie Chimique — Lugano (Suisse).

Zastopnik za Kralj. Jugoslavijo:

Mr. Ph. Milan Berkeš — Zagreb, Medveščak 14.

Vzorci in literaturo na razpolago!

ROBOR M. i. K.

za ojačenje živčne in telesne moči. Jako posrečena kombinacija glicerofosfata, arsena, mangana, oreha Kola in strihnovega oreha. Orig. stekl. 140 gr. Sirup prijetnega okusa.

SKALIN M. i. K.

proti kašlju in pljučnim boleznim. Sigurno in zanesljivo zdravilo proti vsem obolenjem dihal. Orig. steklenica 150 gr. Sirup prijetnega okusa.

REAL M. i. K.

kroglice — kombinirani rastlinski in organski laksans. Izbo-
ren regulator prebavil. Orig. zavitki: škatlja z 25 kroglicami.

Na zahte vo gg. zdravn. pošilja
brezplačno literat. in vzorce

**Kemijsko-farmaceutski laboratorij
MISKOVIĆ in KOMP. Beograd, Sarajevska 84.**

Telefoni: 24695, 24694, 23360

Radio=Therma Laško



Najučinkovitejše zdravljenje išiasa, revmatičnih obolenj, ženskih bolezni, znižanje krvnega tlaka, rekonvalescenca itd. = Sezona traja od 15. junija do 15. septembra. = V posezoni t. j. od 15. septembra do 15. junija se nudi popolna oskrba 20 dni za Din 1.100—, 10 dni za Din 600— (štirikrat dnevno hrana, stanovanje, kopel, dve zaravniški preiskavi. Vštete so tudi vse takse). Prospekte in informacije na zahtevo od uprave zdravilišča.

Njene posledice su periodontitis, periostitis, granulom sa bakterijama, fistula, osteomielitis, oralna sepsa i drugo. Time dolazimo na pitanje lečenja takovih zubi, kao i njihova ekstrakcija. Svaka rupica se plombira, a dodje li se do živca kod čišćenja kavitete, tada se u anesteziji i sterilno izvadi pulpa komore, a preostali dio pokrije se implantatom dentina (Hellner, Neuwirth, Feldman) ili kalcium-vitamin pastom (Muench), te preko toga pokrije fosfatnim cementom. Ovaj način lečenja zove se kirurška amputacija pulpe na biološkoj podlozi. Ovo se temelji na vlastitoj snazi pulpe, da stvara sekundarni dentin te zatvori ulaz u kanal kao i sam kanal, a odgovara najmodernijem načinu lečenja.

Drugo je pitanje, kada je zub već gangrenozan ili pače imade navedene posledice. U prvom slučaju je najbolje ostaviti zub sa provizornim plombama, a u svim ostalim slučajevima valja ga ekstrahirati. Sumiramo li indikacije vadenja, to ćemo tada vaditi, kada se je već pojavio stalni zub, ako je mlečnik toliko uništen da se već ne može popraviti, kada je uzročnikom oralne sepse, kod periostitida sa apscesima i fistulama, ako su korjeni mlečnika izašli iz alveola, te prouzrokuju gnojenja i upale, kod dece rodjene sa prednjim zubima, kod ostataka korena.

Kontraindikacije su date, ako mlečnik ostaje u čeljusti dulje nego je normalno, a stalni zub nije moguće rentgenom pronaći u čeljusti ili stalni zub leži na krivom mestu u čeljusti; kod hemoragične diateze, hemofilije, trombogenetične purpure, leukemije, perniciozne anemije, hemolitičnog ikterusa, diabetes mellitusa, za vreme angine, tonzilitide i stomatide. Kod označenih bolesti treba nastojati stanje bolesti poboljšati, pa tek tada izvesti ekstrakciju. Apsolutna kontraindikacija ne postoji.

U savezu sa ekstrakcijama pokazati ću razliku izmedju stalnih i mlečnih zubi.

Dešava se kojiputa da postoji iza prednjeg reda zubi i još jedan red na unutarnoj strani nepca. Jedan red je suvišan, jer u jednom su mlečnici a u drugom su stalni zubi. Ovdje ćemo najlaglje ovako razlikovati jedne od drugih. Stalni sekutići su mnogo veći, dulji i širi od mlečnih, koji su kraki i uski. Mlečni očnjak je mnogo manji, nizak i širok bez naročitog šiljka, nego stalni očnjak. On je obično još jedini od sviju mlečnika u čeljusti posle 12. godine. Iza njega odmah dolazi prvi mlečni kutnjak, koji je sa svojom četverouglatom krunom na bazi širjom nego na vrhu, vidljivo različan od stalnog premolara. Zatim još to, da premolari pokazuju svoju krunu na površini, dok se mlečni kutnjaci nalaze iznad njihove visine te su već vrlo često i u raspadanju. Drugi mlečni kutnjak je mnogo veći od premolara, a manji od stalnog kutnjaka. Tu je najlakša ova razlika, da mlečnika imade samo 20, dakle u svakoj polovici čeljusti 5. Ako sada brojimo od sredine 1 do 5, to će peti zub biti veliki mlečni kutnjak, a ev. šesti zub je već prvi stalni kutnjak izrasao u 6. god., koji je opet veći i jači od drugog mlečnog kutnjaka. Dakle na mesto mlečnih kutnjaka dolaze dva premolara, kojih nema u među mlečnim zubima.

Mogu još postojati prekobrojni zubi, koji su za razliku od ostalih izvan vrste a najčešće u obliku čunjeva.

I nade još jedno važno pitanje, koje osobito zanima pediatre i praktičare. Do pred kratko vreme postojalo je mišljenje, da nicanje mlečnika kao jedna fiziološka pojava ne čini nikakvih direktnih štetnih posledica po zdravlje deteta. Česte bolove i vrućine, koje su se javljale kod toga, pripisivale su se većinom drugim uzrocima.

Pogledajmo dakle kakove promene opažamo kod nicanja mlečnika. Najprije se opazi na alveol. grebenu lagana izbočina, koja u glavnom odaje konture nicajućeg zuba, što se može i pipati. Boja sluznice je ista, kao i ostale sluznice. Kroz kratko se vreme opazi da je boja sluznice na tom mestu postala svetlija od okoline t. j. anemična usled pritiska koji čini zub iznutra na sluznicu. Ovaj proces se nastavlja, te stalnim pritiskom zuba, biva sluznica sve tanja, dok ju zub ne probije. Kojiput se desi, da se između zubne krune i sluznice stvara serozna tekućina, koja je u stanju tako brzo stanjiti sluznicu, da ova postane posve prozirna, a cela slika čini utisak mehura napunjena tekućinom. Iz toga sledi, da su sve promene izazvane posve mehanički, bez ikakvih vanjskih uzroka.

Kojiput se dešava, da okolina na kojoj niče zub, pokazuje znakove alteracije, što se može svesti na vanjski mehanički utecaj kada deca usled neugodnog osećaja, grizu sve do čega dodju. Ovo nam i lumači katkada nastale lokalne stomalide — gingivitide.

To su sve promene, koje u normalnim prilikama ne mogu da čine ni vrućinu, kao ni razne grčeve.

Ovdje je interesantno napomenuti po Brajlowsky-Lunkoviću, da se ustna flora momentom nicanja mlečnika menja dolaskom novih vrsta bakterija a pretežno anaerobnih.

Mlečni zubi niču u većini slučajeva bez komplikacije. Nije li taj slučaj tada imamo razne popratne simptome kod nicanja. Ovi simptomi idu paralelno zadnjem stadiju nicanja, da nadju svoj vrhunac pred samim probijanjem sluznice. Može se reći da neki simptomi kao pad temperature kritički prestaju. Najpre se zapaža, da deca počnu više sliniti, nego običajno, turaju prste u usta, traže tvrde predmete koje grizu, postaju nemirna, slabo spavaju, plaču preko reda, postaju osetljivija. Kratko rečeno čine utisak jako alteriranog organizma. Ovi simptomi mogu da se povećaju u tako velikoj meri, da su deca u krevetu toliko nemirna, da se bacaju ovamo onamo, plaču, viču imaju toničnoklonične grčeve (verovatno na bazi spasmodofilije) i konačno temperaturu. To su sve pojave, koje mnogo zabrinjuju roditelje dok pediatři objektivno obično ništa ne nalaze. Pače dešava se da roditelji to već i znadu, da je opet jedan zub u akutnom nicanju.

Kod toga je najinteresantnije to, da svi ovi simptomi u najkraćem vremenu prestanu, čim je zub sa jednim rubom probio sluznicu.

Što je uzrokom ovih pojava?

Pitanje na koje nije nadjen još zadovoljavajući odgovor. G. Stein se je izrazio o tome tako: Budući da se za vreme nicanja mlečnika prvi puta javljaju vrečice zubnoga mesa, koje daju mogućnost razvitka anaerobnih bakterija, to da je moguće time dan predpogoj, te da bi se nekako rasvetlilo pitanje obolenja dece za vreme nicanja zubi. J. Ibrahim drži, da su zubni grčevi eklamptični napadaji na spasmofilnoj podlozi, te da je veliko pitanje da li ih uopće može izazvati nicanje zubi. Sa druge strane posve se negira mogućnost veze između raznih popratnih simptoma i nicanja zubi. (Pollitzer, Kassowitz, Hochsinger). Kratko rečeno, mišljenja su još uvek podeljena, da li nicanje zubi uzrokuje neka obolenja ili ne.

Držim, da se ove pojave ne mogu smatrati kao neka obolenja sui generis, nego samo kao popratni simptomi nicanja zubi.

Pogledamo li vreme, kada niču prvi zubi, to ćemo videti, da je ono između 6. i 12. meseca, kao najkritičnije za ove simptome. U ovo vreme nije još centralni živčani sistem posve razvijen, njegove funkcije nisu još ustaljene, on je u nekom stanju „labilnosti.“ Dakle nije daleko pomisao, da sve ove promene ili simptomi baziraju na živčanoj podlozi. Ako tome pridodamo, da su svi ovi simptomi osobito razviti kod dece, koja su već konstitucijski živčano manje vredna, tada ćemo velikim postotkom verovatnosti moći svesti sve te popratne simptome na živčani sistem.

Ja si to tumačim tako — i opet posve mehanički — da zub sa svojim rubom draži okrajke živaca na sluznici — iako je nad labialnim delom zuba sluznica donekle mlohava — koji živci reflektornim putem prenose nadražaje na pojedine moždanske centre. Tako si možemo lako rastumačiti i povišenu temperaturu, nadraživanjem centra za ispu, jer čim prestane pritisak zuba na sluznicu makar i samo na jednom šiljku — popusti napetost — t. j. onim časom kada se je pokazao zub napolju, odmah prestaje i temperatura, kao i svi ostali simptomi, da se opet pojave kod novog zuba.

Da bi ova teorija imala svoju podlogu baš u labilnom živčanom sistemu, dokazuje to, da nicanje kutnjaka u drugoj godini obično ne pokazuje tih popratnih simptoma, kao ni kod druge denticije. U ovo je vreme je već živčani sistem uravnotežen, na njega ne deluju više tako lako razni podražaji, pa zato i nema tih pojava.

Ove popratne simptome mogli bismo sravniti sa popratnim pojavama t. j. bolovima kod poroda, fiziološkog procesa. Ti pojavi su na granici patologije a ipak nisu patološki.

Time sam htio da bacim malo svetla na ovo polje, koje još nije u svima pojedinostima jasno, jer postoje još uvek dva tabora: negativisti i pozitivisti.—

Zusammenfassung:

Dr. J. Kallay: „Die Bedeutung der Milchzähne in der Medizin“.

Autor betont mit Nachdruck die Bedeutung einer ärztlichen Bewachung und rechtzeitigen Behandlung der Milchzähne, die volle Beachtung von Seiten des Arztes und

der Eltern verdienen. Im 2. Teil des Artikels kommt Autor auf die erste Dentition und die sie begleitenden Schmerzen usw. beim Säugling zu sprechen. Er vermutet als Ursache eine Reflexneurse, ausgelöst durch die Reizung des empfindlichen Zahnfleisches beim nervös noch sehr labilen Säugling. Dies sei bewiesen durch das Fehlen aller Beschwerden bei der Dentition des schon etwas älteren Kindes.

Dr. Černič Mirko

Ljubljanski kirurški oddelek, sepsa spomladi 1933 in še kaj.*

(Poročilo in opozorilo — nadaljevanje.)

IV. Po prevratu se je pri nas vse preveč pozabljalo, da so bile, so in bodo po vsej priliki tudi v bodoče bolnice matice vsega zdravstva. Kdor hoče karkoli v zdravstvu res doumeti in praktično uveljaviti, mora v bolnici prestati svojo praktično šolo. Kako nazorno se včasih vidi v življenju, na katerem štadiju razvoja je ostal ta ali oni, ki ima v medicini oblast v rokah! Nikjer dozdej še nisem videl izjeme: v vsakdanji medicini, v kurativni in preventivni — gremo kar za-povrstjo — prvi ukrepi plahi, potem domišljavi, češ vse zmorem, in nazadnje primerno skromni v zavesti, toliko in toliko znam in izpeljem, a toliko in toliko gre preko mojega hotenja in moje moči.

Bolnice so matice vse medicine in kirurgija je poleg interne steber vsake bolnice!

Kako je ljubljanski kirurški oddelek zbohotal v 10 letih na številu sprejetih za 138% in na številu operiranih za 512%, nam govore številke pod II. Da vsled prevelike obremenitve nastajajo motnje in nevarnosti in nesreče, nam pričajo pojavi, ki sličejo onim drugod v podobnih neprilikah in katere, za mojega službovanja, sem opisal pod III., za dobo pred menoj moj prednik primarij dr. Derganc v šte. 12 Zdr. v. 1933 („Žrtve kirurškega oddelka.“)

Kako temu odpomoči?

Že dr. Zalokar je zapisal v Zdravniškem vestniku 1932 št. 6-7, da je kirurški oddelek velike bolnice, ki ima več kot 150 postelj, jako trd oreh za šefa in da bi se tak oddelek moral razdeliti v dva. Če naj velja to za drugače normalen oddelek, koliko bolj za ljubljanski z njegovimi abnormalnostmi!

Že zadnjič sem postavil zahtevo, da je treba najprej ljubljanski kirurški oddelek normalizirati, t. j. reducirati njegovo kapaciteto na 147 postelj, ker je za oskrbo tega števila bolnikov še za silo sposoben.

In kam z drugimi kirurškimi bolniki?

Preko tega ne moremo: ustvariti je treba nov oddelek in ga opremiti tako, kot to zahteva sodobna kirurgija!

* Vsestransko odgovornost za ta članek prevzame pisec.

Popolnoma se zavedam, da je to zahtevo lahko izreči in zapisati, da jo je pa v današnjih dneh sila težko realizirati. Vendar težkoče se mi ne zdé nepremagljive, zlasti še, če pomislimo, da je v medicini — kakor menda marsikje drugod tudi — vsako krpanje dražje od novega. Razen tega je pripravno zemljišče že prisvojeno in tudi fondi za javna dela se ustanavljajo. Da ne bo oddelek mahoma ustanovljen, vem, toda če ne bomo začeli, ga sploh nikdar ne bo.

Druga možnost bi bila, da zraste na deželi ustanova, ki bi razbremenila Ljubljano. Ali ni čudno, da ima kirurški oddelek v Ljubljani vedno po več zanohtaic in podobnih lahko doma odpravljivih bolnikov v oskrbi, pri tem pa leže bolniki po dva v postelji?! Tam izza Gorjancev, iz daljne Bele Krajine pridejo bolniki v Ljubljano, Gorenjcev pa je Ljubljana itak polna. Za one kakor za te je prav, kadar gre za velike stvari, za male pa je njihova pot v Ljubljano potrata. Za Belo Krajino ima Novo mesto dve bolnici, mi bo kdo odvrgel. Toda ta ugovarjač ne pomisli, da se ravno Beli Krajinec težko odloči od doma, če pa se, tedaj hoče to, kar je po njegovem zanj najboljše — in to je v zdravstvu Ljubljana. Tudi na Gorenjskem na Javorniku imamo bolnico, ki je privatna last Bratovske skladnice Kranjske industrijske družbe, z internim in kužnim oddelkom. Ta bolnica, ker je samo za člane bratovske skladnice in brez kirurškega oddelka, pa v našem današnjem konceptu sploh ne šteje.

Pomanjkanje podeželskih bolnic v južni Sloveniji se kaže tudi v tem, da prihaja v Ljubljano toliko slučajev zakasnelih. Rakov na dojki n. pr. — torej na organu, kjer je pravočasna operacija najuspešnejša! — dà, celo kožnih rakov na obrazu, ki pridejo h kirurgu že prepozno, sem videl samo še v Galiciji toliko kot v Ljubljani. Relativno zelo veliko je v Ljubljani tudi število vnetih slepičev, ki pridejo že komplicirani. Koliko prej bi se ljudje odločili za operacijo, če bi imeli za to priliko doma, v domačem kraju, kjer so v stalnem stiku s svojci. Bolnica v Beli Krajini in na Gorenjskem je že zdavna nujno potrebna in s tem bi bilo obenem v prvem štadiju rešeno najpereče vprašanje v ljubljanski bolnici.

Poglejmo število bolnic v Sloveniji severno od Save: Maribor, Celje, Slovenjgradec, Ptuj, Ormož, Murska Sobota, Brežice pa jih primerjajmo z onim južno od Save: Ljubljana, Novo Mesto s Kandijo, Krško — pa uvidimo, da je tu velika diskrepanca, in nam bo tudi v zdravstvenem pogledu marsikaj jasno, kar se zdi na prvi videz zagonetno.

Seveda s podeželskimi bolnicami ne mislim razkošnih bolnic z ne vem koliko oddelki, ne, marveč zgolj take z internim in kirurškim oddelkom, vsak s približno 30-40, skupno torej s 60-80 posteljami in naravno z možnostjo, da se razširijo, če bi bilo treba. Pod ti dve strehi se bi dalo namestiti vse, kar ne zahteva posebnih reči, torej pred vsem kile, slepiči in vsakdanje poškodbe, ki duše danes na ljubljanskem kirurškem oddelku

vsak razmah. Vse navedeno bi zlahka obavila razmeroma majhna bolnica na Gorenjskem in v Beli Krajini za svoje okrožje.

Program za sanacijo razmer na kirurškem oddelku v Ljubljani si po-femtakem predstavljam sledeče: v najkrajšem času in brez posebnih cere-monij se dajo postaviti primerne barake, ki bi prevzele vse poškodovance, — nekaka nezgodna štacija — s čemer bi kirurški oddelek prišel na svoje normalno stanje. Tudi drugod, n. pr. na Dunaju si pomagajo z barakami, ki čisto dobro služijo že lépo vrsto let. Druga etapa bi bila ustanovitev primerne bolnice na Gorenjskem in v Beli Krajini in tretja, da se medtem pripravi vse potrebno za drugi kirurški oddelek v Ljubljani. Da se pri tem ne sme pozabiti na stomatologijo, ki je Slovenija sploh še nima, ortope-dijo, urologijo in na posebni kirurški Roentgen, je jasno. To so pa že podrobnosti, ki za zdaj ne spadajo sem.

Možnosti torej je več, samo ena je po mojem najtrdnjšem prepričanju skrajno nesrečna: v takem tešnjaku, kjer doslovno pri vsakem premiku drug drugemu stopa na prste, postavljati pod eno streho še enega gospo-darja, to je unikum! To je pa tudi popolnoma zgrešeno pojmovanje pro-blema, ki ni v tem, da se dobé novi kirurški šefi, Ljubljana vendar ima novega klinično izšolanega šefa kirurgije, marveč v tem, da se abnormalni in nesodobni kirurški oddelek, ki povzroča nesreče, normalizira in spravi v sklad s sodobnimi zahtevami kirurgije.

Tako prihajam na osebne zadeve, ki se zanje zavedam, da so sila kočljive in da lahko dirnem v nemilo. A javni splošni interes mi je slej-koprej prvi, potlej pride šele osebni!

Če dobi Ljubljana drugi kirurški oddelek, bo treba tudi glede kirurgov — zlasti šefov — gotovih smernic. Povesod je nesreča, kjer se goji incest, in kirurgija ni v tem nikaka izjema. Sveža kri — novo življenje! Na enem izmed dveh oddelkov mora biti vsikdar nova sila od popolnoma kod drugod na vsak način s kirurške klinike, dočim se drugi oddelek magari rezervira za domačo moč, ki je svoja mlada leta žrtvovala samo Ljubljani in je ne-kako nadaljevanje lokalnih tradicij.

Takoj za tem pride asistentsko vprašanje. Asistent je ne le šefov po-močnik, marveč tudi njegov zaupnik — asistent je takorekoč šefovo oko in uho in njegovi prsti. Asistenta si bi moral izbirati že po naravi stvari same samo šef, če naj bo delo res uspešno in brez osebnega trenja. Na asistentsko vprašanje se gleda navadno samo z dveh vidikov: bolnici so potrebni starejši, izvežbani, zanesljivi zdravniki — na drugi strani je treba zdravnikom, ki so letá in leta garali na oddelku, dati eksistenco — po-zablja pa se pri tem, da je treba ljubljanski bolnici izvežbati mlade sile tudi za podeželje, pred vsem za podeželske bolnice. Kako daleč smo v Sloveniji že prišli, kaže dejstvo, da so se morali podeželski primarijati po-novno razpisati, ne da bi se oglasil kvalificiran prosilec, in to v teh težkih dneh! To so nenaturni pojavi, ki dokazujejo, da nekje nekaj ni prav.

Za privatno prakso asistentov bi jaz določil karenco najmanj 5 let, t. j. šele po petih letih asistenstva sme šef svojemu asistentu dovoliti privatno prakso in tudi šele po tej dobi sme asistent v nočeh dežurstva spati izven bolnice — eno kakor drugo pa bi dovolil samo prvemu asistentu, ki je tudi namestnik šefa, dočim imajo vsi drugi dolžnost, vse svoje zdravniške moči dajati samo bolnici in se ne pehati za privatni zaslužek, ker tako mora priti do kolizije s šefom na škodo bolnikov in ne v korist ugleda bolnice. Seveda je treba obenem revidirati predpise o bolnicah tako, da asistentsko mesto ni vezano na uradniško lestev — spel nesrečno enostransko pojmovanje zdravnika kot uradnika! — marveč na osebno specialno sposobnost, katero ocenjuje šef oddelka.

Pri vsem tem pa sem slejkoprej mnenja, da je potreba po privatni praksi bolničnih zdravnikov prokletstvo, in radostno bi pozdravil zarjo, ki bi prinesla temeljito izpremembo: da bi namreč bolnična služba sama dajala svojim zdravnikom sredstva za eksistenco, strokovni napredek in za družino. Le konziliji bi se morali pustiti šefu in njegovemu namestniku, ker marsikateri bolnik sicer noče v bolnico, zahteva pa na vsak način bolničnega zdravnika — če ne dobi takega doma, gre pač v tujino, kar bi se moralo preprečiti. Tega dejstva ni upošteval tisti, ki je hotel zabraniti vse označbe v privatni praksi: profesor, primarij itd. Zdravniško službo je temveč treba urediti takó, da bo ne le na sodobni višini, marveč tudi odgovarjala psihološkemu razpoloženju ljudi. V inozemstvu n. pr. v Avstriji, kjer imajo v zdravstvu strokovne izkušnje in tradicije, so rešili to takó, da so ustvarili v bolnicah nekake bolnične sanatorije za plačila zmožne bolnike (takozvani „Zahlstock“), ki zahtevajo, da jih oddelni šef prevzame osebno v zdravljenje.

To bi bile nekako smernice zdravstvene politike v Sloveniji glede kirurgije. Vendar na eno še ne smemo pozabiti — na to namreč, da mora ostati Ljubljana tisto središče, iz katerega izžarevajo sodobne ideje na vse strani, poslati mora iz lokalnega nekak univerzalen faktor za vso Slovenijo. Tu imam v mislih stvari, ki še čakajo oračev in sejalcev, predvsem zavod za kirurško tuberkulozo. Slovenija je kakor ustvarjena s svojimi planinami za to. Taka postojanka bi bila ne le za bolnike uspešna, marveč tudi za narod gospodarsko koristna, ker bi privedla toliko in toliko ljudi od drugod v naše kraje. O tem nisem iz Ljubljane do zdaj zasledil še nikake inicijative. Drugo je postojanka kakršnegakoli imena za zločesta obolenja, predvsem za raka.

V. Poglejmo še, kaj pravi glede ustanovitve novega oddelka zakon* (Dolžan Janko „Nova zdravstvena zakonodaja,“ v Ljubljani 1931).

* Zakon o bolnicah glej Službene novine z dne 6. marca 1930 št. 52/XVIII in z dne 20. marca 1930 št. 64/XXIII.

Pravilnik o organizaciji, notranjem delu in vzdrževanju službe v drž. bolnicah gl. Službene novine z dne 19. junija 1930 št. 136/LI.

Uredba o številu in vrsti oddelkov v drž. bolnicah gl. Služb. nov. z dne 19. avgusta 1930 št. 188/LXIX.

Uredbe o številu in vrsti oddelkov v državnih bolnicah:

„Čl. 3. Državne bolnice na sedežu kraljevskih banskih uprav imajo te-le oddelke: 1 za kirurgijo itd.

Čl. 8. Oddelek se lahko otvori in za njegovo delovanje postavi potrebno osebje samo, ako so za njegovo pravilno delovanje na razpolago zadostni prostori, ki omogočajo delo, ustrezajoče medicinski znanosti.

Čl. 9. Novi oddelki se morejo osnovati in otvoriti v državnih bolnicah z odločbo ministra za socialno politiko in narodno zdravje po zaslišanju glavnega sanitetnega sveta in v soglasju s predsednikom ministrskega sveta in samo tedaj, kadar se za nove oddelke zgrade potrebni prostori.

To velja tudi za povečanje števila oddelkov, določenih s to uredbo.

Osnovanje novih oddelkov sme predlagati svet šefov oddelkov po bolnični upravi.“ —

In kaj se je ukrenilo na kirurškem oddelku po mojem odhodu oziroma prihodu novega šefa?

Ker ima kirurški oddelek v Ljubljani med svojimi zdravniki tudi enega titularnega primarija, ki je pod mojim prednikom za njegove bolezni kot najstarejši pomožni zdravnik oddelek vodil, za mojega službovanja pa bil ves čas sam na dopustu, je nastala pod mojim naslednikom zadrega: kam ž njim?

In rešilo se je na sledeči način:

Da prevzame eno stran vsake bolniške sobe šef, drugo primarij; v operacijski sobi dela tri dni na teden šef, ostale tri dni primarij!

S tem se je via facti razdelil kirurški oddelek na dva. Pa ne tako, da se razbremenijo za 47% preobremenjeni prostor, marveč da se obremenijo še z novim gospodarjem pod istim krovom!

Da ta oblika rešitve ni v skladu z jasnimi določili zakona, je razvidno iz zgoraj ciliranih postavnih določb. —

Glede primarijev določa Pravilnik o organizaciji, notranjem delu in vzdrževanju službe v državnih bolnicah v čl. 28:

„Primarni zdravniki so šefi odsekov, ki se osnujejo za posamezne sorodne skupine bolezni v bolničnih oddelkih. Oni imajo v svojem področju pravice in dolžnosti šefov oddelkov, kolikor njihovo delo in naloga nudi za to prilike (§ 15., odst. III. Zak. o bolnicah).“ In § 15 III. odst. Zakona o bolnicah se glasi:

„Na bolničnih oddelkih se smejo ustanoviti odseki za poedine sorodne skupine bolezni s primarnim zdravnikom kot šefom odseka.“

Pot, kako in kam s titularnim primarijem, je potemtakem v zakonu jasno predpisana, kadar je možnost. Če pa te možnosti ni, tedaj je titularni primarij pomožni zdravnik pod svojim šefom brez samostojne funkcije. Z zgoraj omenjeno rešitvijo pa se je okrnil delokrog in se ohromilo delo

šefa kirurgije. V bistvu stvari namreč je, da mora biti služba v kirurgiji urejena centralistično.

Čl. 24 že zgoraj omenjenega pravilnika to tradicionalno neugibnost sankcionira v sledečih besedah:

„Šef oddelka bolnice je starešina poverjenega mu oddelka in oddelkove ambulance. Njemu je neposredno podrejeno vse bolnično osebje v oddelku, v katerem po svojem preudarku vrši razpored strokovne zdravniške službe, pa tudi ostalega celokupnega dela.

Za red in delo v oddelku je odgovoren šef.“

Namesto jasnih enostavnosti, ki so podlaga in pogoj uspešnega dela, torej nova težkoča: k preobremenitvi oddelka za 47% še funkcionalna komplikacija v razdelitvi službe in okrnitev postavno določenih šefovih pravic!

Kdo bo odgovarjal za posledice?

Da zaključim! Urediti in normalizirati najprej stvarne in osebne razmere na kirurškem oddelku ljubljanske bolnice, potem ustvariti čimprej v Sloveniji štacijo za kirurško tuberkulozo, pri čemer sta mi lebdeli pred očmi ona na Stolz-Alpe na Štajerskem in v Leysinu v Švici, pospešiti kakršenkoli življenski znak ljubljanskega društva za pobijanje raka — to sem si bil začrtal za prvo nalogo v Ljubljani. Naletel sem na vsestranske težkoče že pri prvih korakih, bolezen in privatne nevšečnosti so me prisilile k umiku — bodi vsaj mojemu nasledniku sreča milejša!

IZ ZDRAVNIŠKIH DRUŠTEV

Prvi jugosl. protituberkulozni kongres 10. do 13. maja 1934 v Ljubljani.

Jugoslovenska protituberkulozna liga in Jugoslovensko društvo ftizeologov priredita v času od 10. do 13. maja prvi jugoslovanski protituberkulozni kongres. Kongres bo organizirala Narodna protituberkulozna liga v Ljubljani skupno z zastopniki zdravnikov-specialistov. Kongres bo obenem tudi proslava 25. letnice otvoritve prvega sanatorija za tuberkulozne na Brestovcu pri Zagrebu. Kongres se bo pričel na Brestovcu 10. maja ter nadaljeval v Ljubljani 11. in 12. maja. Dne 13. maja se bo vršil v tem okviru občni zbor ter zborovanje Jugosl. društva ftizeologov v Topolšici.

Program kongresa je razdeljen na dva dela: Na socialno-propagandni del ter medicinsko znanstveni del. Oba dela kongresa se bosta vršila deloma istočasno v dvoranah Okrožnega urada za zavarovanje delavcev in Delavske zbornice v Ljubljani. Program je deloma izdelan že detaljno in prinašamo glavni obris kongresnega sporeda:

V četrtek, 10. V. 1934 na Brestovcu: Ob 9. uri: otvoritev in konstituiranje kongresa; ob 10. uri: svečana proslava 25. letnice otvoritve sanatorija Brestovac; ob 11.30 uri: svečana seja Jugosl. društva ftizeologov in medicinsko-znanstveno predavanje: Prof. dr. A. Radosavljević, Beograd: Klasifikacija pljučne tuberkuloze.

Popoldne ob 17. uri se vrši v Zagrebu slovesna otvoritev zdravstvene razstave Šole narodnega zdravlja.

V petek, 11. V. 1934 se kongres nadaljuje v Ljubljani. Ob 9. uri se vrši občni zbor Narodne protituberkulozne lige; ob 10. uri: pričetek nadaljevanja kongresa in event. občni zbor Jugoslovanske lige proti tuberkulozi.

Popoldan se vrše od 15. ure dalje v Delavski zbornici predavanja: Jugoslavenska zakonodaja v borbi proti tuberkulozi. Sredstva in pota v borbi proti tuberkulozi. Socialno zavarovanje v borbi proti tuberkulozi.

Istočasno ob 15. uri se vrši v dvorani OUZD znanstvena predavanja: Sodobno zdravljenje tuberkuloze.

V soboto, 12. V. 1934 ob 8. uri izroči ministru za socialno politiko in narodno zdravje posebna deputacija iz zastopnikov protituberkuloznih lig, zdravniških korporacij in zastopnikov mest ter banovin resolucije glede organizacije borbe proti tuberkulozi v naši državi.

Ob 9.30 uri se vrše v dvorani Delavske zbornice predavanja s temo: Šola in tuberkuloza.

Istočasno nadaljevanje znanstvenega dela kongresa: Sodobno zdravljenje tuberkuloze (dvorana OUZD).

Popoldan se vrši izlet na Golnik (ogled zdravilišča) in na Bled.

V nedeljo, 13. maja 1934: Odhod zdravnikov v Topolšico, kjer se vrši občni zbor Jugosl. društva flizeologov in zborovanje specialistov flizeologov. Predava: dr. V. Savić: Kolapsterapija v splošnem.

Ob priliki protituberkuloznega kongresa se bodo pod okriljem Jugosl. lige proti tuberkulozi organizirali po vsej državi propagandni protituberkulozni dnevi.

Iz poljske medicinske literature.

Doc. H. Gromadzki objavlja svoja izkustva v lečenju nerazvitih ženskih genitalij (hypoplasia predvsem notranjih) s folikulinom v slučajih, kjer je indiciran ta jajčnikov preparat. Nedovoljno razvita spolovila s hypofunkcijo jajčnikov z vsemi svojimi posledicami: infantilna maternica, izostajanje in zapoznenje perila, debelenje pacientk, sterilnost in celo rast brade ter rast crin. pub. v smeri moškega tipa in t. d., ostanejo tudi po najvztrajnejšem zdravljenju s folikulinom, ki bi na prvi pogled popolnoma odgovarjal potrebam pacientk, povsem nespremenjena. Pač pa izginjajo vsi ti, mnogokrat usodni pojavi, po lečenju s polivalentnim organo-preparatom (ovarium, gl. thyreoidea, hypophysis, gl. suprarenalis). Po petih serijah zdravljenja s tem polivalentnim preparatom se pojavlja poleg izboljšanja ostalih bolezenskih pojavov redno perilo in celo nosečnost, ki vodi v nekaterih slučajih po dvajsetletnem sterilnem zakonu, do normalnega in zdravega poroda. Nasprotno pa deluje folikulin skoraj vedno tam, kjer je pri infantilnih organih bila sicer možna nosečnost, nastopa pa vključno temu po 5. do 9. tednih njenega trajanja spontani splav. Takšen grozeči splav s krvavenjem in še zaprtim materničnim usljem zadržuje Gromadzki s folikulinom tudi, ko odpovedo vsa druga maternične krče odstranjujoča sredstva. Ti uspehi in številna spoznanja raznih raziskovalcev, ki so mnenja, da je za nastop nosečnosti neobhodno potrebna zadostna množina ščitničnega hormona, so privedli avtorja do domneve, da je ta hormon nekakšen katalizator za produkt jajčnikov-folikulin, ki povzroča v pričujočnosti thyreoidina v materinem telesu potrebno rast maternice. — Medycyna, štev. 14, 1932.

Dębicki in Lipka (Warszawa) opisujeta slučaj kirurškega lečenja pljučnega abscesa s pomočjo phrenicoexhairesis. 48 letni poljski delavec je prebolel pred 3 tedni pljučnico, ki ji je sledilo težko obolenje z visoko vročino, izvan-

NOVI ZEISS PHOTOMETER

„POLAPHOT“

(POLARIZACIJSKI PHOTOMETER)

Pri vravnavanju na enakost se izgubi, oziroma izgine obmejna črta.

PRECIZNI INSTRUMENT za

1. kolorimetrijska in absorpcijska merjenja,
2. merjenje počrtnitve,
3. merj. odbojnega žarenja,
4. fotometrično merjenje svetlobnih virov.

Prospekti in natančnejša obvestila brezplačno pri



CARL ZEISS JENA, ali
M. PAVLOVIĆ, gen. zastopstvo
za Jugoslavijo, Beograd Mil. Drašk. ul.

OB PREHLAJENJIH

angini, bronchitis, gripi, pljučnici

„Calcium Sandoz“

Parenteralno: 10 in 20₀/o raztopina se injicira brez najmanjših motenj intravenozno in intramuskularno.

Peros: Prašek 100%, tablete po 1'3 gr in penečih tablet („Brausetabletten“) po 4 gr Calcium—Gluconat

Ipecopan

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

Literaturo in
vzorce pošilja:



Chemische Fabrikpreje
Sandoz, Basel (Svica).

OKROGLI KOTIČEK

Rogaške improvizacije*).

(9. – 19. avgusta 1933).

MOTTO:

Boj je s slepiči pojenjal,
z liro skalpel sem zamenjal.
S petjem krotil kot Orfej
bodem zverine poslej!

1. Rogaški scherzo

V Slatini naši Rogaški
čuvajo hrasti orjaški,
v srcu kipi ji vulkan,
v vrelcih vre moč mu na dan.

Hodi poleti v Rogaško,
vrelce tam stebaj junaško,
spodnji ti pol je vulkan,
zgornji je v solncu prižgan.

Kar se nabralo čez zimo
strupov je v tebi, gre mimo.
Strupov izoleče ti sok
solnčno-vulkanski obtok.

Potlej z mladeniško kretnjo
mahni jo v gozde na šetnjo,
solnce očisti tvoj trup,
z znojem izpere ves strup.

2. Aleksandrov Dom

V sobo na postelj ob osmih
v zlatih pramenih in kosmih
solnce se mi prismehtlja,
godba odspod zaigra.

Dokler se brijem, krtačim,
dokler se mižem, oblačim,
svira orkester mehko,
solnčni mi žarki plešo.

Klič me, solnce, le klič,
pridem dol k Templu pri priči,
trudno izpere telo,
vlije življenje novo.

3. Ljudski Dom

Krasno! Premalo domače,
same le vile, palače!
Tujih bogastev, lepot
množica zbira se tod.

V nji se ko tujec jaz mešam,
„Ljudskega Doma“ pogrešam,
naših pogrešam besed,
naših žena in deklet!

Zemljo to krasno — kdo brani?
Žulji — v čigavi so dlani?
Črpajo boji moči,
zdravje v naporih trpi.

Naši junaki in kmetje
v „Domu“ dobe naj zavetje,
da jih za delo in boj
vrelcev osveži napoj!

Sava Radič-Mirt.

*) Opomba uredništva. Še nikoli ni bil zdravnik tako potreben razvedrila, kakor v težkih časih današnje krize. V ta namen je začel že pred leti objavljati nemški časopis „Münch. med. Wochenschr.“ veseli „otoček“ (Die Insel). Tudi „Liječnički Vjesnik“ priobčuje drobšč za „razonodu“. Zato prosimo vse gg. tovariše, znane po dovtipnosti in šegavnosti, po humorju in satiri, prispevkov iz njih duhovite torbe. Danes otvarja zabavni „Okrogli kotichek“ naš pesnik in kolega Sava Radič-Mirt.

redno pogostimi gnojnimi pljunki ($\frac{3}{4}$ l dnevno), bolečinami na pravi strani prsnega koša i. t. d. Obupno stanje bolnika zahteva energično zdravljenje. Zato je upoštevati v prvi vrsti radikalno kirurgično lečenje, pred dolgotrajnim in nesigurnim internim. Dan po operaciji pade temp. na normalo, subjektivno naglo zboljšanje, v 3 tednih porast teže za 6 kg, objektivno še majhen infiltrat v desni spodnji pljučni krpi.

Phrenicoexhairesis bi v slučaju, da ti dosegla namena, mogla biti uvod v nadaljni postopek — delno torekoplastiko ali celo pneumotomijo ali lobektomijo. Vse to pa radi izvanredno ugodnega poteka zdravljenja (poleg operacije samo še expectorantia in strychninum) odpade. Ta postopek bi odpovedal 1.) če zadržujejo pleurine zrastle pljučno bazo, ki bi ne dovolile preponi, da se v dovoljni meri dvigne in 2.) v slučaju, da onemogoči slisenje pljuč prosti odvod nagromadenega gnoja. — Medycyna, šte. 14, 1932.

O diagnozi pleuritis mediastinalis ac razpravlja Wl. Krotow (Wilno) na podlagi sledečega slučaja. Krepak 51 letni možak je težko obolev pred 6 dnevi. Temp. 40, v desni polovici prsnega koša zbadanje, ki se pri kašljanju in dihanju stopnjuje, kašelj s sluzasto gnojnimi pljunki, ki so včasih rjavordečkasto pobarvani. Na ustnicah herpes. Gibljivost desne polovice prsi zmanjšana, fremitus pod desno lopatico bližje hrbtenici slabjši. Perkusijski zvok pod desno lopatico zamolkel, začenja se pod pazduho na 9. rebro, pod lopatico na 8. rebro, ob hrbtenici pa sega do 7. vrelenca. Gibljivost dolnih mej desnih pljuč nekoliko zmanjšana. Po vsej desni površini pljuč mehurčasto dihanje, v obsegu zamolkline oslabiljeno, nad zamolkino pleuritico trenje in nekoliko krepičij. Leva stran pljuč zdrava, srce zdravo. Jetra ostro obrobjena, mehka, občutljiva in segajo 2 prsta izpod rebrnega loka. Bilo 96. RR 115/60, Fiänkl in Koch neg. Punkcija na običajnem mestu brez rezultata, v sredi med lopatico in hrbtenico nad 8. rebrom pa odkriva svello rumeno, motno tekočino. Rivalta poz. V vsedlini je mikroskopično polje pokrito z leukociti, do 30 eritrociti in nekaj epitelijami. Pod roentgenskimi žarki se pojavlja senca na desni v obliki trikotnika, ki se zliva na levi z gibljivo in temnejšo srčno senco, na desni se dotika preponinega konca in sega navzgor do 4. rebrnega hrustanca, bazo pa tvori prepona, ki je na desni popolnoma negibljiva. Senci obeh hilov sta povečani, v senci levega je opaziti izrastek v obliki polkroga. Presvellenje v poševni poziciji kaže senco srediprsja v dolnjem predelu med hrbtenico in srcem. Koli med rebri in prepono so pri presvellenju v vseh smereh brez patoloških znakov. Po 8 dneh zdravljenja pri presvellenju ni več sledu o opisanih sencah, le pravi hilus je nekoliko povečan in od njega vodijo v jasnih pljučih tanke črte navzdol proti preponi. Diagnoza: pleuritis exudativa mediastinalis serosa posterior inferior.

Po anatomske obrisih prsnih organov in poteku obeh pleurinih listov loči avtor pleuritis med. superior, inferior, anterior, posterior, sinistra in dextra. Poedine oblike loči natančneje z roentgenskimi žarki. Diferencialna dijagnoza mora upoštevati predvsem pericarditis, novotvore, absces, pneumonije, posebno tretje desne kipe, ki pa ne kažejo tako intenzivne sence. Tako prihaja avtor do sledečih zaključkov: 1. Tudi klinično (ne samo pri sekcijah) eksistira malo znana oblika porebričnega vnelja-pleuritis mediastinalis exudativa acuta. 2. Izločujemo to vnelje kot samostojno obolenje s pomočjo roentgenovih žarkov. 3. Definitivno dijagnozo nam potrjuje poskusna punkcija, ki jo je izvršiti desno od sternuma pri pl. med. anter. in ob hrbtenici pri pl. med. posterior. 5. V kolikor poskusna punkcija ni bila izvršena odloča s časom o dijagnozi: a) izginjenje sence v kotu na desno od srca in med prepono, b) izginjenje polkrogaste sence na levi strani srčne sence na visokosti hilusa. c) zjasnenje predela za srcem. Medycyna, šte. 8, 1932.

Zanimiv donesek k poglavju o vasoneuropskih motnjah prinaša J. Fridman (Wilno). Snov mu dajejo enaka obolenja troje različno starih potomcev neke židovske rodbine. 24 letna trgovska nastavljenka čuti od časa do časa na koncih II., III., IV. in V. prsta simetrično na obeh rokah neko zbadanje, ščipanje in kljuvanje, pri čem postanejo zadnji členi teh prstov kakor mrtvi, voščeno pobleddijo in se močno ohladijo. Bolnica ne more v tem času pisati, ker sta ji roki kakor mrtvi. Po teh napadih, ki trajajo

do 1 ure, nastopa polagoma modrikasto barvanje teh prstov, ki traja 10-15 minut. Na to se včasoma običajna barva prstov, ki je ravno tako rahlo modrikasta. Bolezen se je pričela pred 10 leti, radi žalosti po nenadni materini smrti, 1 in 1/2 leta pozneje pa se pojavljajo enaki znaki ravno tako simetrično tudi na nogah. Napadi so pogostejši v mokrih letnih časih in ob slabem vremenu. Pred 2 letoma je bila apendektomirana. Slepič je bil nekrotičen. Objektivno je najti poleg malih sprememb v pljučih in nekaj anemije v času opisanih napadov z aparatom Bourguignon-Walter močno zmanjšano občutljivost vaskokonstriktorov, povečano delovanje vasodilatatorov in zmanjšano občutljivost za površinske dražljaje (dotik, bolečina, toplota), vse to pa samo na napadenih mestih. Mlajši brat in sestra trpita na sličnem obolenju, oba sta bila operirana na slepiču, ki je bil v obeh slučajih ravno tako nekrotičen, kakor pri sestri. Ostali v rodbini so bili in so še zdravi.

Po izključitvi morbus Morvan (Paresoanaesthesie a panaris des extremités supérieures), polyneuritis (pri beri-beri), endarteriitis obliterans, zastrupljenja z ergotinom, acroasphyxia chronica, erythromelalgia, acroparaesthesia in sclerodactylia, postavlja avtor diagnozo morbus Raynaud. To bolezen opisuje takole. Začenja se z napadi, ki so početku označeni z dobo, nazvano syncope locale, ko nastopa bledica in ohlajenje enega ali več prstov simetrično na obeh rokah-bolj redko na nogah, na koncu nosu in robovih uhljev. Bledica more biti različno intenzivna, po večini je podobna barvi mrliških prstov. Ohlajenje dosega 15 C° in traja do nekoliko ur. Napadi se morejo ponavljati tudi večkrat dnevno. Perijoda syncope locale se more nadaljevati z drugim delom napada, nazvanim asphyxie locale, ki ga označuje modrikasto siva barva obolelih delov in nekoliko manj intenzivno ohlajenje kakor v prvem delu. Pojavljajo se tudi pred hodne otekline. Običajno je ta perijoda daljša od prve. S časom nastopajo ti napadi bolj pogosto, postajajo daljši, obenem se pa kažejo na površini nekrotične spremembe kože. Mehurčki napolnjeni z različno barvano tekočino, na to krasle, odpad gornjih kožnih plasti, rane, brazgotine in končno tudi neposredno suha gangrena. Nekroza nastopa skoraj vedno simetrično, polasča se pa tudi nosu, uhljev, očesnih, vek, prsnih bradavic in celo jezika ter genitalij. Avtor izraža mnenje, da je tudi nekroza slepiča v opisanih treh slučajih posledica tega obolenja. Pojavi v spremenjeni občutljivosti niso stalni. Spremembe motoričnih živcev so zelo malenkostne ali jih pa sploh ni. Enotnih pogledov glede etiologije morbus Raynaud danes še ni. Radi tega tudi mnogobrojna pota v njenem zdravljenju. Avtor priporoča amylum nitrosum, trinitrium, sol. alcohol. nitroglycerini, drugi se poslužujejo kinina, broma, insulina, angioxyla, pristajši hormonalne etiologije pa uporabljajo thyreoidinum, jodothyryn, extr. gl. hypophysis, extr. gl. suprarenalis. Poskušalo se je tudi s padulinom, myosriatolom i t. d. Najvažnejše pa je fizikalno lečenje. Tople kopeli, vroč zrak, masaža, galvanizacija, faradizacija, diatermija, kremenčeva luč, solne kopeli in končno Röntgenovi žarki, ki prinašajo znatne olajšave (osvetljevanje odgovarjajočih segmentov in živčnih debel). Pri nastopajoči nekrozi dobi besedo tudi kirurgija, vendar samo v slučajih infekcije. Toda tudi tu jo izpodriva v poslednjih časih insulin od 5 enot navzgor podkožno. Profilaktično je vsžno toplo oblačilo v mokrih in mrzlih časih ter prepoved uživanja nikotina in alkohola. Medycyna, štev. 23. 1932.

Nadaljevanje sledi.

IZ MEDICINSKIH ČASOPISOV

Glasnik centralnog higijenskog zavoda — knjiga XV. Sveska 1—3.

Dr. Božidar Bajič — Skopje: Prilog poznavanju izmene tvari kod besnila. Avtor nam skuša podati sliko kemičnih sprememb v krvi zajčka, ki je okužen z virus fix.

Dr. Julije Rogina Zagreb. Što liječnik treba da zna o vakcinalnom imunitetu. V tem članku nam podaja pisac v 10 stavkih vse ono kar naj bi vedel vsak praktičen zdravnik o imuniteti po cepljenju proti kozam.

Dr. Marijan Banič. Poliomyelitis i njegovo liječenje.

Dr. Bojan Pirc — Beograd — Epidemiologija poliomyelitisa. — To je študija 201. slučajev poliomyelitisa v letu 1932 v Jugoslaviji. Iz te lahko razvidimo, da pride pretežno večina tih obolenj na severne dele države in to posebno na Slovenijo. Samo 11 primerov je bilo južno od Beograda. To prepisuje autor dejstvu, da ste imeli v letu 1931 Austrija in Ogrska hudo epidemijo te bolezni. Od tam se je tudi razširilo v naše kraje. Smrtnih slučajev je bilo samo 84%. Na koncu svojega, s tabelami in drugimi štatističnimi podatki bogato opremljenega članka, obdela še način razširjenja in pobijanja te bolezni.

Dr. Branimir Maleš — Beograd, piše „O metodu izpitivanja kompleksije“.

Dr. Božidar Vajić — Skoplje — Bogomilske slane vode. Pri naša analize bogomilske slane vode v južni Srbiji.

Inž. Vel. Tomašević — Beograd. Snabdevanje vodom varošice Kuršumlje.

Primer asanacije vasi

Simoniti Lojze.

Vojno-sanitetski glasnik No. 2 — 3. IV.

Dr. Ruvidić Žarko, sen. brig. gjenral i dr. Milovanović B. Žarko:

Merenje krvnog pritiska kod čoveka — uloga narukvice eksperimentalna kritična studija.

Pojam srednje-dinamičnog pritiska nema nikakve veze sa aritmetičkom sredinom maksimalnog i minimalnog pritiska. O tome treba uvijek voditi računa. Odpor koji daje sredina između arterije i vazduha, može da povisi maksimalni pritisak krvi. Tako na pr. eden može da povisi pritisak za oko dvadeset mm žive. Doumer je dokazao eksperimentalno, kakav udeo imaju na pritisak: sam pritisak, otpor arterije, koju izpitujemo, kako i otpor okolnih nekih delova. A naročito je važan uticaj veličine i širine narukvice i načina na koji se ona primenjuje. Narukvica treba da obuhvati savršeni deo, koji se izpituje, a srednji deo narukvice, da bude prema glavnim krvnim sudovima. Narukvica ne sme biti nedovoljno zategnuta, ne sme biti previše uzana, jer u koliko je uža, u toliko daje veći pritisak. Za određivanje sistoličkog pritiska osilo-metrijskom metodom najbolja je dvostruka Gallavardinova narukvica.

Dr. Davidović S., klin. asistent: O masivnim krvavljenima kod stomahnog ulcusa.

Uzrok krvarenja ne more biti neka vidljiva erozija, već ponekada mogu biti tako male patološko-anatomske promene, koje se čak golim okom i ne vide, a nekada mogu biti difuzne, kongestivne promene, koje daju jaka krvarenja. Po Finsslerer-u mortalitet je 30 — 50% svih ulcusa, ili 5% od celokupnog broja ulcusa.

Što se tiče terapije, najveća veličina autora su pristalice internog, konservativnog lečenja kod ukulnih masivnih krvarenja, a tek docnije kada se bolesnik oporavi, pristupiti kirurškom lečenju. Samo kod sasvim težkih slučajeva, gde je krvarenje već jednom bilo i gde je bolesnik u neposrednoj opasnosti, mora se operisati. Po Clairmocu i Zweigu mortalitet kod težkih krvarenja pri konservativnem lečenju iznosi 30 — 50%.

Zatim opisuje razne hirurške pothvate, pri krvarenju i iznosi pet operisanih i pet neoperisanih slučajeva.

Docent dr Vladimir Spužić: Kolapsoterapija.

U kratkim potezima pisac ovih redova iznosi vrednost kolapsoterapiji za praktičnog lekara. Prelazeći u kratko, preko tuberkiloterapije, koja za praktičnog lekara ne dolazi u obzir, zatim vakcinoterapije, koja nema terapijsku vrednost, već samo imunizatornu i auroterapiju, koja još ne može biti predmet interesa praktičnog lekara, zadržava se na veštačkom pneumotoraksu.

Veštački pneumotoraks nije specifično sredstvo, i on se ne može primeniti kod svih slučajeva. Indiciranje kod pretežno jednostranih tub-procesa koji imaju nameru, da

brzim širenjem i razpadanjem (fibrocisteosa) kod kazeoznih jednostranih bronhopneumonija i kazeoznih pneumonija, kod težih krvarenja, i kod obostranih procesa, gde bolja strana nije mnogo aktivna. Veštački pneumotoraks nije iniciran kod stacionarnih afektivnih procesa, kod svih fibroznih procesa, kod abortivne tuberkuloze i d'skretnih milijardnih tuberkuloza, koja imaju povoljan tok, zatim kod težkih tuberkuloza, koje imaju rđavu prognozu. Milijardna tuberkuloza, desperatni bilateralni oblici, teška tuberkuloza grla, kao i tuberkuloza kod staraca. Zatim govori o tehnici vođenja pneumotoraksa, kao i komplikacijama pri njemu. Najzad nekoliko reči o hirurškim metodama i (frenicotomy, frenicoexstirpation, torakoplastika, apicolysis), o njihovim indikacijama i kontraindikacijama. Članak je praćen sa nekoliko slučajeva i kratkim statističkim podacima.

Prof. Dr. K. Šahović: Povodom jednog slučaja lymphangitis pulmonum carcinomatoza.

Ovde iznesen jedan slučaj primarnog carcinoma želudca, sa sekundarnim metastazama malignih ćelija u celokupni limfni aparat pluća, dajući sliku (histološku), difuznog carcinomatoznog limfangitisa. Ovaj je slučaj davao kliničku i rentgenološku sliku submilijardne tuberkuloze pluća. I postavlja pitanje, zašto se ne bi mogli Kochovi bacili rasejati limfnim putem u pluća iz kakve mezenterijalne limfne žlezde.

Dr. Miljković Adam: Jedan slučaj aftoznog stomatitisa (šapa) kod čoveka.

Slučaj je u toliko interesantan, što se javlja kod čoveka, koji je već jednom pre tri godine imao isto obolenje. Velike prostrane bele bule nisu bile samo pustulae, već i hiperestemite i baš time pisac tumači moćnu eozinofiliju, koja je predhodila samom obolenju. Inače u literaturi nije opisan ni jedan slučaj aftoznog stomatitisa praćen eozinofilijom u krvi.

Dr. Djure Novaković, šef higijensko-epidemiološkog odeljenja Gl. Vojne bolnice: Kretanje zaraznih bolesti u našoj vojsci.

Statistični podaci odnose se na 1931. g. i cela studija je na široko obradjena. Mi ćemo se zadržati samo na nekoliko zaraznih bolesti, koje nam se čine da imaju najviše interesa. Tako malarija po broju obolelih (3879) dolazi na prvo mesto kod zaraznih bolesti sa 34,2%. Ali kako podaci nisu tačni i kako svi ambulatorni slučajevi nisu prijavljivani, znači, da procenat mora biti još veći. 70% obolelih pada na III. arm. oblast (Južna Srbija) što znači, da je procenat obolelih u toj oblasti upravo poražavajući. Od tih svih bilo je pet smrtnih slučajeva i to svi iz III. arm. oblasti. Mali procenat smrtnosti pokazuje, da je malarija kod nas ipak benigno obolenje.

Zapaljenje pluća (krupozna i kat. pneumonija) sa brojem obolelih (1410) dolazi na treće mesto, ali sa brojem smrtnosti (83 ili 8,32%) zauzima prvo mesto među заразним bolestima. Znači, svaki dvanaesti bolesnik završi letalno. Tuberkuloza po broju obolelih dolazi na deveto mesto. Pošto je to bolest, koja se ne leči u bolnicama dugo, već se vojnik odmah otpušta, nije moguće dati tačne podatke o njoj. Ipak približno se može reći, da svaki 25 vojnik boluje od tuberkuloze, a svaki osmi oboleli umire u bolnicama. (154 lica ili 13,15%). Ovaj broj iz nedostatka tačnih podataka mora biti mnogo veći. Među crevnim i infektivnim obolenjima prednjači dizenterija, koja je na osmom mestu, a zatim tifus zauzima jedanaesto. Broj obolelih i umrlih je dosta veliki, uzimajući u obzir, da je u našoj vojsci obavezno vakcinisanje protivu ovih bolesti. Najzad iznosi statističke podatke u ostalim zaraznim bolestima, koje imaju mnogo manje obolelih i umrlih.

Ako se pogleda celokupna slika obolelih od zaraznih bolesti, izlazi, da je u toku 1931 g. svaki sedmi vojnik u našoj vojsci preležao koju zaraznu bolest.

Sem ovih članaka, u časopisu (od oko 250 strana) nalaze se prilozi, među kojima je interesantno tretiranje pitanja o ishrani vojnika naše vojske. Najzad dolaze referati, pregled časopisa i literature,

M. Grujić.

S t e n j e v e c

Državna bolnica za duševne bolesti.

Spomenica povodom pet decenija rada.

Izdalo društvo za socijalnu pomoć duševnim bolesnicima u Stenjevcu.
Zagreb 1933.

Prije konca ove godine nemožemo, a da ne spomenemo barem sa nekoliko riječi napore i borbu, koju vodi desetina ljudi, sakupljenih u našem najvećem zavodu za duševno bolesne — Stenjevcu.

O težini njihovog rada i o neprilikama, u kojima se nalaze najbolje svjedoči činjenica, što sama spomenica izlazi iz štampe čitave 4 godine kasnije nego je to bilo predviđeno. Nije bilo finansijske mogućnosti!

Otvoreno moram priznati, da su za ovih 15 godina od oslobođenja, nadležni pokazivali vrlo mali interes za pitanje duševnih bolesnika uopšte. Teškom mukom uspjelo je za sve to vrijeme doći po par stotina novih kreveta, ali to nije samoj stvari donijelo gotovo nikakve koristi. Pitanje je ostalo otvoreno. Tri naše banovine nemaju uopšte svojih zavoda za duševno bolesne. Od ostalih banovina najbolje stoji Dravska sa cca 1⁰/₀₀ kreveta, dok sve druge imaju daleko manji broj. Kad ne bismo htjeli, da se povedemo za Njemačkom i stvorimo 25⁰/₀₀ kreveta, nego htjeli, da u cijeloj državi dodjemo do razmjera kakav je u Dravskoj banovini (1⁰/₀₀) — trebali bismo ni manje ni više nego 14.000 kreveta. Mi ih imamo nažalost samo cca. 4.000.

Pored nadležnih — treba istinu kazati — psihijatri nailaze na veliko nerazumijevanje širih narodnih slojeva. U našem narodu vladaju još uvijek zastarjeli pojmovi o duševno bolesnim. Kad bolesnik nije više ničemu vrijedan, dižu ruke s njega i odvođe ga u duševnu bolnicu, gdje po njihovom mišljenju treba da ostane do smrti. O Pinel-a i njegovim nazorima u nas gotovo nitko ništa neznade.

Obzirom na sve to moramo priznati, da su bile potrebne upravo nadčovječanske sposobnosti, neizmjerni samoprijegor, požrtvovanje i ljubav za svoj rad — pa da načine od Stenjeveca, tog malog „zakloništa za mirne i slaboumne duševne bolesnike“, naš prvi i najveći zavod za duševno bolesne.

Zavod broji danas više od 1200 kreveta. Ne zaostaje u nijednom pogledu za najboljim svjetskim zavodima te vrste. Stenjevec je u stanju, da nam danas u potpunosti stvara i odgaja naše mlade psihiatre, na kojima toliko oskudijevamo.

U njemu se nalazi i škoda za bolničare, jedina u našoj državi, odakle se regrutuju izučeni i izvježbani bolničari naših duševnih bolnica.

Stenjevec je pored terapije radom u samom zavodu, uspio, da osnuje prvi u našoj državi „Društvo za socijalnu pomoć duševnim bolesnicima.“ Vgledajući se na velike zavode u inostranstvu i Stenjevec je poveo borbu za popravak socijalnog položaja svojih duševnih bolesnika. Borba je vrlo velika, jer je treba voditi sa našim neukim i neobaviještenim širim narodnim slojevima, ali ima nade, da će s uspjehom biti okrunjena.

Spomenica je pisana tako, da bi pored ljekara mogla, da uputi o stanju duševnih bolesnika kod nas i svakog našeg običnog gradjanina.

Pisana je lakim stilom. Svi članci hez razlike vrlo su dobri dokučljivi kako lekaru tako i laiku. Nažalost ostaje nam samo toliko mesta, da ih redom nabrojimo:

Žirovčić Ivo: Uspomene starog psihijatra.

Herceg Rudolf: Zavod za umobolne „Stenjevec“ od 1879 do 1933.

Ryšlavy Josip: Ekonomski rad u bolnici „Stenjevec“ kroz poslednje tri godine.

Kulženko Aleksej: Statistika bolnice Stenjevec kroz posljednjih pet godina.

Nikolić Božidar: Lekarski urad u našoj bolnici.

Horetzky Oto: Nekoji noviji smjerovi u psihijatričkoj terapiji.

Berglas Bernard: Terapija radom u našoj bolnici.

Geralović Milan: Psihijatrijsko vanzavodstko staranje i njegovo uvođenje u Stenjevecu.

Župić Stanislav: Kako da pristupimo duševnom bolesniku i čim da ga okružimo.

Maksimov Simeun: Somatična obolenja kod duševnih bolesnika u Stenjevecu.

Stern Oskar: Liječenje zubi kod duševno bolesnih.

Gostil Branko: Psihijatrija praktičnog liječnika.

Herceg Rudolf: Prijava i doprema bolesnika u bolnicu.

Knjiga izašla iz štampe Zagrebačke privredne štamparije. Cijena je knjizi 30— dinara, u korist društva za socijalnu pomoć duševnim bolesnicima u Stenjevecu.

Dr. K. B.

Vrućizrak, diatermija i ultraviolettne zrake u službi praktičnog lekara sa 12 slika. Dr. Edo Deutsch, ortoped OUZOR v Zagrebu. Med. biblioteka, zvezek 41; 45 strani; cena Din 11.—

Po kratkem uvodu o tehničnim in fizikalnih predpogojih teh metod takozv. fizikalne terapije podaja avtor precej sumarično glavne indikacije in kontraindikacije. Zdi se mi, da bi tak način podajanja lahko zavedel v polipragmazijo, ki jo mora vsak pravi zdravnik mrziti prav iz srca. Odločno moram ugovarjati poglavju o tuberkulozi pljuč. Tu bi hotel iz stotere slabe skušnje vsakemu klicati: pri vsaki pravi tuberkulozi pljuč, razen v nekoliko redkih slučajih, proč z ultraviolettno terapijo. Kadar „se temperatura diže“ je ponavadi že prepozno. Bojim se, da bo slično tudi pri eni ali drugi indikaciji.

R. N.

Carl Erich Schutermann: Die Lungenentzündung (Pljučnica). Vlg d. Aerzt. Rundschau-München. 140 strani, broš. RM. 7.50, vez. RM. 9.—

V obliki izčrpne monografije obravnava avtor stari in vendar vedno novi in zanimivi problem pnevmonije. Nehote se pri tem spominjam Strümpel-a, ki citira v svojem znanem učbeniku stari Gerhard-ov izrek: „Pnevmonija ozdravi vključ vsaki terapiji.“ Tudi avtor citira ta izrek in takoj pristavi: Moderna klinika je spoznala, da je prognoza krupozne pneumonije močno odvisna od smotrene nege in zdravljenja.

Te besede tvorijo pravzaprav geslo cele knjige. V temeljiti, pa nikoli ne utrudljivi razpravi nas vodi avtor skozi bakterijologijo, patolologijo in simptomatologijo do dijagnoze in prognoze in vse to z glavnim namenom, da nam predoči, v čem obstoja smotrenost nege in zdravljenja. Kajti terapija zavzame če že ne najobširnejši, vendar pa vidno najvažnejši del monografije.

Ne samo mož splošne prakse, tudi vsaki drugi zdravnik z internistom vred bo z zanimanjem in veseljem ugotovil, da se iz te male knjige lahko marsikaj koristnega nauči. Posebno podučna je navedba vseh v poštev prihajajočih farmaka z natančnimi kemičnimi in farmakodinamičnimi podatki. Avtor navede kininsko terapijo pljučnice med kavzalnim zdravljenjem, stališče, ki ga vsestransko utemelji.

Monografijo, ki je opremljena z dobrimi rentgenološkimi slikami ter številnimi tabelami in diagrami, lahko najtopleje priporočam, uverjen, da bo čitatelje prepričala o važnosti terapije in jim bo ravno v težkih slučajih kašipot do uspeha.

R. N.

Dr. Maks Marcuse: Der Präventivverkehr in der medizinischen Lehre und ärztlichen Praxis. Verlag Ferd. Enke Stuttgart. Cena R. M. 9.—

Knjiga, ki obsega 173 strani, je druga izdaja istega avtorja: „Der eheliche Präventivverkehr“. Snov, ki je prav toliko zanimiva s sociološkega stališča, kolikor z medicinskega, se je pri nas največ razpravljala z verskega vidika (glej papeževa „Enzyklika Casti Connubium“ od 31. dec. 1930 in vsa literatura, ki jo naideš iz večine v katoliških obzornikih!) Pa tudi z zrelišča zakonodavca. Pisatelj je razdelil knjiго v 13 poglavij. Referent se sicer ne strinja z vsemi podrobnostmi z avtorjevo širokogrudnostjo, vendar pa smatra za nujno, da se vsak zdravnik spozna tudi na tem kočljivem polju, ki ga pač srečava na vsakem koraku.

M. K.

DROBNE NOVICE

Koncem lanskega leta sta praznovala v Zagrebu svojo **70 letnico** znani in priznani kirurg prof. dr. Wickerhauser ter svojo **50 letnico** prof. kemije na zagrebški univerzi prof. dr. Bubanović. Tudi mi se pridružimo — čeprav malo pozno — številnim prijateljem obeh učenjakov z najpristržnejšimi čestitkami.

Kakor nam poroča g. doc. dr. I. Matko, je ministrstvo za narodno zdravje in socialno politiko definitivno sklenilo ustanoviti **inšpektorat za tuberkulozo**. Ta silno koristna in potrebna ustanova naj stopi v veljavo že začetkom prihodnjega proračunskega leta. Iskreno želimo, da bi postala inšpektor za tuberkulozo osebnost, ki ima vso potrebno znanstveno, praktično in osebno kvalifikacijo. Kajli ustanova sama ni nič, vse je mož, ki jo bo vodil.

V mestu **Regensburg**, ki ima med 32.000 prebivalci 88 nepopoljšljivih pijancev, je mestna uprava sedaj poslala 5 od njih v koncentracijsko taborišče — v svarilo drugim. Posebno umestna pa se nam zdi naredba, po kateri bodo najstrožje kaznovani gostilničarji, ki bi dali pijače že pijanim osebam.

Nemčija je v znamenju **sterilizacijskega zakona**. Povsod se ustanavljajo sodišča za izvajanje tega zakona („Erbgesundheitsgerichte“). Povsod se pa tudi štejejo osebe, ki bi prišle v poštev za sterilizacijo. Sodišč bo po poročilih nemških časopisov 1700, ki bodo morali soditi o 400.000 nesrečnikih. Po boleznih so šteli: 200.000 ljudi s prirojeno slaboumnostjo, 80.000 shizofrenikov, 20.000 bolnikov z drugimi duševnimi boleznimi, 60.000 epileptikov itd. itd. Izračunali so, da bi sterilizacija vseh 400.000 bolnikov zahtevala skoraj 300 milijonov dinarjev. Seveda moramo vpoštovati silne stroške, ki jih povzroča njihova oskrba sedaj državi in družbi. Gotovo pa ne gre tukaj za preprost račun. Radi bi videli, ako bi se kdo od naših strokovnjakov oglasil v Z. v. s stvarno kritiko nemškega zakona.

Tudi Švedska in Angleška pripravljata zakon o obvezni sterilizaciji po nemškem vzorcu.

V **Halle-u** so obsodili neko nezakonsko mater na 20 mesecev ječe, ker je obložila očelovstva moža, ki po krvni skupini ni mogel biti oče. Ona in od nje obdolženi moški pripadata namreč isti skupini, otrok pa drugi.

V **opijskem uradu Zveze narodov** v Ženevi je ameriški delegat javno obložil japonsko vlado, da izkorišča svoj položaj v provincah Džehol in Mandžukoz to, da je vpeljala monopol na opij, ki ji je do danes baje prinesel 200 mil. dinarjev. Neizogibna posledica mora biti uničenje domačinov, ki neovirano zapadejo tej nevarni strasti.

V **Italiji** nameravajo na vseh železniških postajah ustanoviti lekarne, ki naj bi bile odprte neč in dan. Manjše postaje naj bi imele same ročne lekarne, čijih ključ je shranjen pri načelniku postaje.

Umrli: V Sarajevu dr. Pero Ivanović, eden najstarejših bosanskih zdravnikov. Bil je soustanovitelj „Prosvete“, ki se je je spomnil tudi v svoji oporoki s tem, da ji je zapustil svojo enonadstropno hišo.

Na Dunaju prof. sodne medicine A. Haberda, ki bo vsem dunajskim medicincem še v dobrem spominu. V München-u sloviti internist prof. E. v. Romberg, znan posebno po svojih delih o srčnih boleznih. V Orazu internist prof. W. Scholz.

Vodstvo mednarodnih nadaljevalnih tečajev dunajske medicinske fakultete nam je poslalo program 51. tečaja, na katerem bodo obravnavali bolezni želodca, čreves in preosnove. Glede podrobnosti vprašati: Kursbüro der Wiener Medizinischen Fakultät, Wien IX, Alserstrasse 4.

IZ UREDNIŠTVA

Za tiskovni sklad Z. v. so prispevali:

Dr. Pucelj — Kamnik din 40.—, dr. Volavšek — Ljubljana din 60.—, dr. I. Zajec Ljubljana in dr. A. Novoselsky — Kranj po din 100.—. **Prisrčna hvala!**

Ostale gg. kolege prosim, da ob začetku novega letnika mislijo na tiskovni sklad, ki naj pomaga zjamčiti obstoj Z. v.

Vljudno prosim, da se vsi gg. tovariši poslužujejo priloženih dopisnic za to, da nam sporočijo svoj natančni naslov, kar je neobhodno potrebno radi kontrole kartoteke.

Obenem pa naj služijo dopisnice, ki jih je treba opremiti samo z znamko 25 p., za naročilo platnic za letnik 1933.

Ponovno prosim, da mi kolegi odstopijo nekaj **jubilejnih številok o 10 letnici zdravilišča Golnik** iz leta 1932.

Se vedno je približno **120 zvezkov Matkove „Stigmatizacije“ neplačanih**. Gotovo ni bil nihče prisiljen obdržati to knjigo. Kdor jo je pa obdržal dosedaj (ca. 9 mesecev) je **nujno naprošen**, da bi knjigo končno vendarle plačal. Začetkom februarja bo uprava Z. v. vsem zamudnikom še enkrat poslala urgenco z vljudno prošnjo za poravnavo gotovo ne previsokega zneska. **Prihraniti pa bi nam mogli znatne stroške, ako bi gg. kolegi plačali knjigo še pred tem ponovnim opominom.**

Sledeče časopise prejema uredništvo v zameno za Z. v.:

Lječniški Vjestnik — Zagreb.	Jugosl. veterinar. glasnik — Beograd.
Srpski arhiv — Beograd.	Apolekarski vjesnik — Zagreb.
Medicinski pregled — Beograd.	Farmaceutski vjesnik — Zagreb.
Lekar — Beograd.	Arhiv za hemiju i farmaciju — Zagreb.
Vojno-sanitetski glasnik — Beograd.	Zdravje — Ljubljana.
Glasnik centr. higijen. zavoda — Beograd.	Razprave prirod. sekcije muz. društ., Ljubljana.
Radnička zaštita — Zagreb.	Novi život — Zagreb.
Medycyna — Warszawa.	Glasnik stomatoloških društva — Ljubljana.
Československá Oftalmologie — Praga.	Razprave Zgodovinskega društva — Maribor.

Urednik in izdajatelj: Dr. R. Neubauer — Golnik.

Tiskarna „Sava“ d. d. v Kranju — Odgovoren: Nikola Stokanović, 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%

Orig. zav. z 25,50 in 100 gr.

Tablete po 0,5 gr.

Orig. zavilki z 20 in 50 tabl.

E. MERCK, Darmstadt

Zastopstvo za Jugoslavijo:

Mr. Dr. Leo Neumann Zagreb Molins. 14

E. MERCK

Knjigarna Kleinmayer & Bamberg, Ljubljana

Miklošičeva cesta 16 - Telefon 31-33

priporoča gg. zdravnikom medicinsko

in farmacevtsko slovstvo, ki jo ima

vedno v zalogi. Novosti, kakor tudi

druge knjige pošilja radevolje na

ogled. Vse v „Zdravn. vestniku“ na-

vedene medicinske knjige in časopise

dobavlja najhitreje. Prosimo gg.

zdravnike, da se obračajo v slučaju

potrebe na nas. Dragevolje dajemo

vse infor. in nasvete glede knjig. Ne naročajte pri inozem. tvrdkah in pot-
nikih temveč vedno le pri dom. tvrdki, ki Vas bo znala v vsakem oziru zadovoljiti.

GG. ZDRAVNIKOM, BOL- NICAM, SANATORIJEM

NUDI

male okvirje za
röntgenslike

s celuloidnim vložkom lastne
izdelave, servijete, toaletni
papir, Oleatne papirje, der-
mograph-svinčnike, receptne
bloke, trgovske knjige, mape

trgovina s papirjem in pisarniš. potrebščinami

Iv. Bonač

Ljubljana, Šelenburgova št. 5

za odlaganje, indekse, pisma in kuverte s tis-
kom, kartoteke itd. po nizkih cenah.

„SPHINX“

Mr. Ph. JOSIP BEMSKI

zastopstvo in skladišče farmacevtskih in sanitetnih potrebščin, elektromedicinskih aparatov za preskrbo bolnic in higijskih ustanov.

Zagreb I., Mesnička ulica 7.

dobavlja vse sanitetne potrebščine za nego bolnikov.

Zahlevajte ponudbe!

KOLEGI!



Vaša dolžnost je, da agitirate za protituberkulozno ligo, da sami pristopite in da ji pridobite čim več članov. Organizirajmo borbo zoper to ljudsko kugo, ki je pri nas najbolj razširjena in najbolj zavratna bolezen.

GOSPOD TOVARIŠ!

VI STE POROČENI?

Ali se mislite še-le poročiti?

Vaša prva skrb naj bo, da pristopite

**POKOJNINSKEMU SKLADU
ZA ZDRAVNIŠKE VDOVE
IN SIROTE**

Prijave sprejme in
informacije daje

Dr. E. Dereani, Ljubljana
Kongr. trg 14

SANABO - CHINOIN

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

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

HOGIVAL

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

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

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

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

Vzorci in literatura na zahtevo.

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

ERIGON-SYRUP Dr. WANDER

Sirupus hypophospho-sulfoguaiajolicus comp.

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

DOZIRANJE: Odrasli 3 krat na dan po 2 mali polni žlici, otroci 3 krat na dan po eno malo žličko. Cena za občinstvo: Din 37.—

ARTIN-DRAGÉES

Dr. WANDER, idealno in blago sredstvo za čiščenje.

Deluje popoln. sigurno, brez neugodnih posledic. Navada na Artin je izključena.

VSAKA DRAŽEJA VSEBUJE:

ALOID	0,01 gr.
PHENOLPHTHALEIN	0,05 „
EXTR. BELLADONNAE	0,005 „
EXTR. NUC. VOMICAЕ	0,008 „
PULV. IPECAC.	0,004 „

Doziranje: Pred spanjem jemljejo odrasli 1—3 dražeje, otroci nad 10 let 1—2 dražeje. Cena za občinstvo Din 8.—

Vzorci in literaturo pošilja:

Dr. A. Wander d. d. Zagreb.

Predpisujte domače proizvode!

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

Vse informacije daje uprava zdravilišča Golnik.

Pošta — telefon — brzojav: Golnik.

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