

NEKAJ MISLI O LEVIČNOSTI IN LEVIČARJIH

Zbral dr. M. Karlin

Znani švicarski list za praktične zdravnike »Ars medici« je pred nedavnim načel vprašanje levičnosti pri otrocih. Odzvalo se je več izvedencev. Ker bo ta problem nedvomno zanimal marsikateriga naših bralcev, sem se namenil zbrati nekaj teh odgovorov tudi za naš časopis.

Šolski zdravnik iz Züricha E. Braun je govoril takole:

Paul Sarasin je med orodji iz kamene dobe našel približno enako število za uporabo z desnico kakor z levico. Izrazita enoročnost, zvečine desničnost, je pri človeku nastala šele pozneje, menda vzporedno z govorom. Težnja po levičnosti pa je še danes precej pogostna, n. pr. levičnost oči ali nog pri desničarjih, prav tako kot težnja po desničnosti pri levičarjih. Še danes ni dognano, ali je enoročnost določena že ob rojstvu ali pa se razvije šele med individualnim razvojem. Težnje po levičnosti lahko že popuste in torej niso utrjene v zasnovi, čeprav se levičnost pojavlja familiarno. Pri majhnih otrocih enoročnost pogosto še ni za trdno določena. Če dajejo prednost levi roki, jih nikar ne vznemirjajmo s tem, da bi jih prestrogo navajali na desničnost, ker jih zastran tega lahko naredimo živčne. Približno deset odstotkov šolarčkov kaže bolj ali manj izraženo levičnost. Za vse spretnosti jim raje pustimo svobodno izbiro roke: pri pisanju pa jih poskušajmo navaditi na desno roko. Pri neobveznih (fakultativnih) levičarjih gre to kaj lahko; pri 3 do 5% obveznih (obligatnih) levičarjev, med katerimi je 66% dečkov, jim spčetka kar pustimo, da pišejo z levo roko, hkrati pa jih s potrpljenjem in razumevanjem skušajmo navaditi na pisanje tudi z desnico.

To je načelno prav tako mogoče, kakor desničarje lahko naučimo pisati z levico. Sčasoma bo tudi obligatni levičar rajši pisal z desnico, ker je prilagojevanje na okolico njemu samemu v prid. Če pa je ta preobrazba za šolarčka preveč težavna, naj bi mu učitelj dovolil pisanje z levico in poskrbel za ustrezno metodo. Vsekakor ne smemo otroku dopovedovati, da s svojo desnico ne bo mogel nič pravega opraviti. Levičnost ni manjvrednost, temveč samo neka inačica (varianta). To trditvev potrjujejo tudi mnogi slavni levičarji.

Uredništvo omenjenega mesečnika je o vprašanju levičnosti zbralo naslednje podatke:

Med levičarji je bilo in je še dosti vrhunskih športnikov. Mimo tega je znanó, da je bil univerzalni genij Leonardo da Vinci (1452 do 1519) levičar; nemški slikar A. v. Menzel (1815 do 1905) pa je lahko z levico prav tako slikal kakor z desnico.

Možnost, da enakomerno izučimo obe roki, kakor je terjal že grški filozof Platon (427 do 347 pred n. št.), je vsekakor dana. Pred prvo svetovno vojno so v berlinskih šolah poskušali, da bi šolarčke vzgojili k obojeročnosti, vendar so s temi poskusi prenehali, ker so videli, da takšna izučitev ne daje nobene prednosti za duševni razvoj otrok.

Levičnost je večkrat združena z motnjami govora. Zastran tega meni R. Müller, da je priučevanje otrok k obojeročnosti nepotrebno, ker je prevlada ene možganske polovice potrebna za izobrazbo višjih možganskih centrov, zlasti središča za govor.

R. A. H. Pearce je dognal, da med normalnimi šolarčki prevladuje popolna desničnost okončin, ušes in oči samo v 49,3%; popolnih levičarjev je 4%; pri 46,7% pa sta se strani križali, največkrat

roka z očesom. Pri 70 % otrok, ki so imeli kakšne težave, zlasti pri branju, pisanju in govorjenju, sta se strani križali (lateralnost). Spretnost roke se more razviti samo v usklajevanju (koordinaciji) z očesom. Desničarja n. pr. moti prevladovanje levega očesa. Razumni otroci križano lateralnost kmalu premagajo; povprečno nadarjeni in duševno razburljivi šolarčki pa potrebujejo medicinsko-pedagoško pomoč. Nepazljivost, nemir ali nenadno odklanjanje učenja so prva svarilna znamenja. Levični otroci kažejo težnjo, da bi črkovali od desne proti levi. Če jim oko prisilimo tako, da zlogujejo od leve proti desni, kdaj pa kdaj še malo uidejo na levo, zaradi česar posamezne črke berejo v obrnjenem zapovrstju. Posledica je, da ne dojemajo smisla besede. Ta težava pa takoj mine, če črke postavimo navpično, ali če pustimo, da otrok vsako črko zasleduje z levim kazalcem. Jecljanje pri nasilnem prešolanju nekega levičarja naj bi po Pearceu nastalo zaradi spopada (konflikta) za prevlado med obema možganskima poloblama (hemisferama). Subirana pa meni, da pri levičnih otrocih ne prevladuje le desna hemisfera, marveč da prevlada (dominanca) ni v nobeni polobli povsem razvita. Levičnost po njegovem torej ni neka pozitivna lastnost, marveč le nezadostna desničnost.

K. Binder pa je povedal tole:

Na podlagi raziskovanja družin lahko rečemo, da je levičnost dedna. Vera Kovarsky je pri 72 levičarjih ugotovila, da jih je 43% levičnost podedovalo od očeta, 41,7% od matere, 15,3% pa od obeh. Od teh otrok je še 28% imelo brata ali sestro, ki so bili tudi levični.

Poleg prirojene levičnosti poznamo tudi pridobljeno, pri čemer ima zgodaj preboleno vnetje možgan (encefalitis) v mnogih primerih posebno vlogo. Ni zgolj slučaj, da je v dunajskih pomožnih šolah posebno veliko levičnih otrok.

Vprašanje levičnosti ali desničnosti je bržčas v nekakšni zvezi s telesno nesimetričnostjo.

Šele danes ta dan vidimo, da je problem drugoročnosti mnogo bolj zapleten, kot smo spočetka domnevali, in da zanj še ne poznamo pravih vzrokov in temeljev.

SKRB ZA DEFJEKTNE OTROKE

Leta 1956 smo imeli za defektne otroke 51 domov s 3410 varovanci, in to s posebnimi šolami pri teh domovih.

Najvišji odstotek slepih otrok, in sicer 45% od njihovega skupnega števila, je zajetih s specialnimi šolami.

Od gluhonemih otrok — čeprav je njih število po domovih in šolah za gluhoneme otroke naraslo od 470 v letu 1939 na 1402 v letu 1956 — pa jih je po nekaterih zadevnih popisih še vedno 5373, ki jih šola ni zajela. V večjem obsegu še nismo začeli z ustanavljanjem posebnih oddelkov pri osemletkah, kar je izvedljivo in cenejše za vsa mesta z večjim številom gluhonemnih otrok. Za zdaj so takšni oddelki samo v Beogradu in Bitolju.

Tudi za preskrbo duševno zaostalih otrok še ni storjeno dovolj. Za te otroke imamo danes 15 domov z 841 varovanci.

V zadnjih letih se čedalje več pozornosti posveča rehabilitaciji invalidnih otrok. V štirih specialnih zavodih za invalidne otroke je v letu 1956 bilo 290 otrok. Hkrati se ustanavljajo otroški oddelki po vseh večjih centrih za rehabilitacijo. Rehabilitacija invalidnih otrok se izvaja kompleksno in se ob medicinski organizira zaeno tudi socialna in poklicna rehabilitacija.

B. S.

ERITROMICIN IN SORODNI ANTIBIOTIKI

Navdušenje ob odkritju penicilina je kmalu začelo popuščati. Velika uporaba tega antibiotika je povzročila namreč nekatere neprijetne pojave. Upravičeno je izzvala val zaskrbljenosti zlasti ugotovitev, da so bolezenske klice, ki so prej

bile za novo sredstvo občutljive, proti njemu čedalje odpornejše. Zato je tudi odkritje novih antibiotikov s širokim obsegom delovanja (teramicin, avreomicin, tetracin, akromicin in drugi tetraciklini) le za kratek čas rešilo vprašanje, kako zdraviti obolenja, ki jih povzročajo bakterije, odporne za penicilin. Prav zgodaj so opazili, da postajajo bakterije bolj in bolj odporne tudi za antibiotike s širokim obsegom delovanja. To se je dogajalo prav v deželah, kjer z antibiotiki pri zdravljenju niso varčevali. In še nekaj! Pri ljudeh, ki so jih zdravili s teramicinom, se je razvila odpornost bakterij ne le za teramicin, ampak obenem tudi za avreomicin in druge tetracikline. Ta pojav so imenovali križno rezistenca.

Sledila je doba, ko so odkrili precejšnje število novih antibiotikov. Priznali so jim vrednost le, če so pri njih ugotovili povsem druge lastnosti, kot jih imajo že znani in rabljeni antibiotiki. Velik napredek je pomenilo odkritje eritromicina leta 1952. Žal so ga v ZDA takoj dali v najširšo porabo, tako da so prav kmalu zasledili visok odstotek bakterij, ki so odporne za eritromicin in tudi za vse druge antibiotike. Od vseh bakterij razvije odpornost za antibiotike najprej gnojni stafilokok. Obolenja s takimi bakterijami potekajo dandanes smrtno, ker smo kljub velikemu številu antibiotikov čisto brez moči. Da ne bi prišlo do podobnega stanja tudi drugod po svetu, so omejili uporabo eritromicina in ga priporočajo le za najnujnejše primere. Ta namembna omejitev je neprecenljive vrednosti. Tudi v naši državi je dosegla zaželeni namen. Pri nas so danes le redka stafilokokna obolenja odporna za zdravljenje z eritromicinom.

Odkritju eritromicina so sledila odkritja antibiotikov, ki učinkujejo podobno kot eritromicin. Ti antibiotiki so karbomicin, spiromicin (s tovarniškim imenom rovamicin) in oleandomicin (matromicin, imenovan tudi romicil). Sigmamicin je

tovarniški izdelek s kombinacijo oleandomicina in tetraciklina.

Eritromicin po sestavi ni soroden niti penicilinu niti tetraciklinom, čeprav je po obsegu delovanja podoben penicilinu. Karbomicin, spiromicin in oleandomicin delujejo zelo podobno kakor eritromicin, le da je njihov učinek pri zdravljenju šibkejši. Da so ti antibiotiki med seboj resnično sorodni, priča tudi križna rezistenca, ki se pred njimi ne razvije vedno, včasih pa vendarle. Če se razvije pri uporabi enega antibiotika iz eritromicinske skupine rezistenca tudi za ostale antibiotike te skupine, tedaj ni mogoče uspešno uporabljati nobenega od njih. Zato je njihova uporaba upravičena le pri tistih izjemnih obolenjih, kjer so drugi antibiotiki kontraindicirani, n. pr. penicilin zaradi bolnikove preobčutljivosti ali ker povzročitelj obolenja ni občutljiv za nobenega od antibiotikov, kar jih je na razpolago (zlasti velja to za stafilokokna obolenja).

Izjemoma je možno, da je določena bakterija odporna le za enega od antibiotikov iz eritromicinske skupine. V takem primeru mnogokrat rešimo bolniku življenje, če pravočasno ugotovimo z laboratorijsko metodo, kateri drugi antibiotiki so v njegovem primeru še učinkoviti za zdravljenje.

Takšno je stanje glede zdravljenja z eritromicinom in sorodnimi antibiotiki danes. Njihova vrednost v bodoče je odvisna od nas samih, če jih bomo uporabljali za zdravljenje samo v najnujnejših primerih, tako se da njih uporabnost ne bo mogla občutno zmanjšati.

Dr. Z. S.

SMRTNE NEZGODE PRI OTROCIH

V Evropi in v ZDA so nezgode glavni vzrok smrti pri otrocih. V raznih pokrajinah pa so otroci žrtev prav različnih nevarnosti. V Skandinaviji in Franciji se največ otrok utopi. V Španiji so otroci

izpostavljeni zlasti nevarnosti opeklín na odprtih ognjiščih. To nevarnost občutno zmanjšujejo sodobna stanovanja. Prav tako je kamin z odprtim ognjem pogosten vzrok smrtnih opeklín pri angleških otrocih. V Italiji in na Poljskem so še vedno številne nezgode ob eksplozijah razne municije iz zadnje vojne. V ZDA, Švici in na Švedskem umre mnogo otrok zaradi zastrupitve s kemikalijami, ki jih starši hranijo v stanovanju. V Franciji, Belgiji, na Danskem in Švedskem beležijo precej smrtnih primerov majhnih otrok, ki so se zadušili, ko so se igrali s torbami iz plastične snovi, vtikali vanje glave in si jih potem niso mogli pravočasno sneti.

Svetovna zdravstvena organizacija je analizirala vse te različne vzroke smrti na seminarju. Majhni otroci še ne razumejo nevarnosti, zato jih je treba nadzorovati in odstraniti z nevarnih mest. Ko pa otroci rastejo, naj se polagoma seznanjajo z nevarnostmi, ki jih obdajajo v vsakdanjem življenju. Plezajo naj in skačejo, nauče naj se ravnati z noži, vilicami in škarjami, spoznajo naj koristnost in nevarnost vžigalic in ognja in nauče naj se tudi plavati. Pravočasno se morajo privaditi hoje po prometnih cestah in vožnje z javnimi vozili. Pametni starši bodo sami presodili, kako dolgo je potrebno zaščititi otroka pred nevarnostjo, ki za otroka še ne more biti poučna. Ne bodo pa umikali otrok pred malimi nezgodami, ker jim s tem dajo priliko, da se nauče, kako se jim drugič lahko ognejo. Tako je mogoče s kombinacijo lahkih otroških nezgod kot drobnih izkušenj in z istočasno odstranitvijo smrtnih nevarnosti iz vsakdanje okolice občutno zmanjšati število nezgod. Kot se trudimo na eni strani, da bi znižali umrljivost zaradi nalezljivih bolezni, je potrebno na drugi strani, da znižujemo tudi umrljivost zaradi nezgod, saj je število smrtnih nezgod pri otrocih za sedaj še vedno večje kot skupno število vseh drugih smrtnih primerov med njimi.

Dr. Z. S.

CEPLJENJE PROTI POLIOMIELITISU V ANGLIJI

V času od leta 1956—1958 so cepili proti poliomielitisu v Angliji nad 6 milijonov otrok. Od vseh cepljenih je zbolelo v prvih 30 dneh po cepljenju 33 otrok. Od odraslih, ki so bili cepljeni, pa sta za poliomielitism zbolela dva. Cepljenje proti poliomielitisu torej ne ščiti proti obolenju stoodstotno, čeprav je odstotek obolenj po cepljenju zelo nizek.

Dr. Z. S.

CEPLJENJE PROTI OSLOVSKEMU KAŠLJU

Oslovski kašelj spremlja pri otrocih do enega leta toliko smrtnih komplikacij, da umre za oslovskim kašljem več dojenčkov kakor za davico, škrlatinko in raznimi meningitisi. Cepivo proti oslovskemu kašlju more zaščititi dojenčka pred tem nevarnim obolenjem. Dajejo ga na dva načina: adsorbirano na aluminijske soli ali pa neadsorbirano skupaj z difteričnim in tetaničnim anatoksinom.

Da bi preizkusili oba načina cepljenja, so v Parizu cepili 15 000 otrok. Ugotovili so, da adsorbirana vakcina zaščiti v 98% primerov, neadsorbirana pa v 64%. Pokazalo se je, da je najbolje cepiti dojenčke z adsorbirano vakcino in jih revakcinirati čez eno leto z neadsorbirano. Najbolje je začeti s cepljenjem med prvim in tretjim mesecem starosti. Nikakor pa ne pred prvim mesecem, ker otrok še ni sposoben tvoriti gama globulinov. Otrok, ki so bili v zadnjem mesecu cepljeni proti kozam, ni priporočljivo cepiti še proti oslovskemu kašlju. Prav tako ne otrok, ki so v zadnjem času preboleli katerokoli virusno infekcijo ali pa imajo okvare na centralnem živčevju.

Dr. Z. S.

MO-PI TUBERKULINSKI TEST

Mantouxjeva metoda z intrakutanim vbizganjem razredčenega alt-tuberkulina velja za najtočnejšo in najzanesljivejšo reakcijo pri ugotavljanju alergije na tuberkulin. Infiltrat premera 6 mm po 48—72 urah pomeni pozitivno reakcijo. Izvedba reakcije je obenem tudi najhitrejša in najbolj ekonomična.

Nekoliko slabše rezultate daje Pirquetova reakcija. Na kožno skarifikacijo (0,5—1,0 cm) kanemo kapljo alt-tuberkulina. Infiltracija premera 4 mm, ki jo beremo tretji dan, velja za pozitivno reakcijo.

Najmanj občutljiva je Morojeva reakcija: levkoplast namažemo s tuberkulinsko mastjo in ga prilepimo na kožo. Zaradi enostavne tehnične izvedbe je primerna za testiranje otrok, vendar je ne priporočajo za otroke nad 12 let starosti.

Da bi izboljšali uspešnost praktične Morojeve metode, so na inštitutu za tuberkulozo LR Srbije v Beogradu pokrili skarifikacijo po Pirquetu z obližem, namažanim s tuberkulinsko mastjo. S to metodo (Moro-Pirquet) so primerjali rezultate Mantouxjeve metode, ki so jih označili kot 100-odstotne. Z Mo-Pi testom so dobili pozitivne reakcije v 93%, z Morojem pa le v 76%.

Dr. Z. S.

OTROŠKO OKREVALIŠČE DEČJE SELO

Svedska organizacija za zaščito otrok Rädde Barnen je dala leta 1957 na razpolago sredstva, da je Komite za izgradnjo ustanov pri nas postavil v Promajni blizu Makarske naselje sedmih montažnih zgradb, namenjenih za bivanje otrokom madžarskih beguncev. Ko so madžarski otroci v letošnjem januarju zapustili Jugoslavijo, so naselje preuredili v zdravstveno ustanovo za jugoslovanske otroke. Tako je bilo že 18. maja letos otvorjeno okrevališče za rekonvalescente po obolenjih dihal, po revmatizmu, anemijah in

alergičnih obolenjih. Ker je okrevališče namenjeno otrokom od 7 do 14 let, in to skozi vse leto, bo poskrbljeno tudi, da otroci v okrevališču ne bodo zaostali v šolskem pouku. Okrevališče leži ob morški obali s prelepo plažo in sega z drugim delom v borov gozd, ki ga ščiti pred vetrovi. V sedanjem stanju lahko sprejme naenkrat 187 otrok.

Dr. Z. S.

ZAŠČITA PRED OŠPICAMI

Virusni povzročitelj ošpic ne vstopa v naš organizem skozi dihala, kot so mislili nekoč, temveč skozi očesno veznico. S tem spoznanjem je v zvezi tudi novi način zaščite otrok, ki so bili v stiku z bolniki. Prvih 10 do 16 ur po kontaktu so jim kanili v oči rekonvalescentni serum in otroci niso zboleli za ošpicami. Na isti način je mogoče zaščititi z ustreznim rekonvalescentnim serumom tudi pred noricami in mumpsom. Ta enostavna metoda je zelo uspešna in primerna za preprečevanje epidemij na otroških oddelkih v bolnicah, po dečjih domovih, zavetiščih in drugih otroških ustanovah.

Dr. Z. S.

NOVA ODREDBA O UPORABI RAČJIH JAJC V NEMČIJI

Zvezno ministrstvo za prehrano v Zahodni Nemčiji je poostrilo poprejšnjo odredbo o uporabi račjih jajc, za katera vemo, da se z njimi kaj lahko prenašajo tifusna obolenja.

Račja jajca, ki zdaj prihajajo v Nemčiji na trg, morajo imeti jasno čitljiv napis: »Račje jajce! 10 minut kuhati«. V prodajalnah morajo izvesiti napise, katerih kupce opozarjajo, da račjih jajc ne smejo uživati surovih ali mehko kuhanih. Prav tako jih ne smejo uporabiti za pripravo pudingov, majonez, raznih jajčnih jedi, tort, sladoleda itd., ker se pri tem ne razgrejejo na 100°C vsaj za 10 minut.

M. K.

VZROKI SLEPOTE PRI OTROCIH SO SE SPREMENILI

V Angliji so ugotovili, da so se v zadnjih sto letih vzroki oslepelosti pri otrocih zelo spremenili. V stoletju od leta 1790 do 1890 so slepoto v polovici primerov povzročale osepnice, ošpice in druge infekcijske bolezni. Pri sistematičnem pregledu učencev po šolah za slepe so leta 1884 ugotovili, da jih je 30% oslepel zaradi oftalmije pri novorojenčkih, ki je pa v zadnjih dvajset letih skoraj ne opažajo več. Zdaj gre za dvoje drugih bolezni, ki povzročata slepoto otrok. To sta tuberkulozni meningitis, zlasti pa retrolentalna fibroplazija. Od 164 slepih otrok nekega angleškega zavoda jih je 63 imelo prirojeno slepoto, 101 otrok pa je oslepel pozneje. Od le-teh je bilo 84 slepih zaradi retrolentalne fibroplazije. Ta bolezen od leta 1946 še stalno narašča.

M. K.

ALI MORA ZDRAVNIK PRED VSAKIM POSEGOM OPOZORITI BOLNIKA NA NEVARNOSTI, KI SE MU LAHKO PRI TEM PRIMERIJO?

Pojasnila, ki jih je zdravnik dolžan dati bolniku pred vsako operacijo, so odvisna od nevarnostne stopnje posameznih posegov. Nemški pravniki so mnenja, da je etična naloga zdravnika v tem, da bolnika poprej pouči o nezaželenih postranskih pojavih vsake operacije, ki jo operater misli na njem izvršiti. Ta dolžnost pojasnjevanja sodi po mnenju juristov k dolžnostim zdravniškega poklica. Zdravnik torej ne sme pustiti v nemar bolnikove osebnosti in integritete (neokrnjenosti) njegovega telesa. Bolnik mora tudi nasproti zdravniku načelno ostati »gospodar svojega telesa«.

Seveda zdravnik ne sme bolnika preveč strašiti s tem, da bi mu po nepotrebnem govoril o hudih nasledkih, ki jih lahko povzroči takšen poseg. Neizogiben

primanjkljaj pri tem pa je, da zdravnikova pojasnila lahko močno potlačijo bolnikovo razpoloženje in mu pokvarijo njegovo splošno počutje.

M. K.

NEKAJ O ZATIRANJU LEPRE V MEHIKI .

Število gobavih bolnikov po vsem svetu ocenjujejo strokovnjaki prav različno. Nekateri menijo, da jih je pet milijonov, medtem ko drugi cenijo število vseh »gobavcev« na deset ali dvanajst milijonov, od katerih jih je v Evropi (v Španiji, na južnem Francoskem, v Italiji in na Balkanu) le še prav majhen odstotek.

V predkolonialni dobi po vsej Ameriki in tudi v Mehiki gobavosti sploh še ni bilo. Spolne bolezni in lepro so tjakaj zanesli šele evropski zavojevalci.

Po uradni statistiki so v Mehiki leta 1938 našteali 5 000 leproznih, leta 1955 pa je ministrstvo za zdravstvo objavilo število gobavih bolnikov, ki naj bi znašalo 30 do 40 tisoč. Znani mehiški dermatolog *F. Latapi* pa meni, da je v njegovi državi nekako petdeset tisoč leproznih bolnikov. Število »gobavcev« se torej v Mehiki veča in to menda zaradi zboljšanja prometnih poti.

Največ leproznih bolnikov v Mehiki je v subtropskih in tropskih delih države, ob obali Mehiskega zaliva, zlasti pa ob Tihem Oceanu. Značaj sedanje lepre v Mehiki še zdaleč ni več tako strašen, kakor ga opisujejo v starem in srednjem veku. Današnji strokovnjaki za zatiranje lepre dobro vedo, da je nalezljivost te bolezni mnogo manjša kot pri spolnih boleznih ali pri tuberkulozi.

Nasproti poprejšnjim nazorom lepre nimajo več za dedno bolezen, temveč trdijo, da za gobavostjo lahko oboliš, samo če imaš kako individualno sprejemljivost zanjo ali pa če si večkrat

in za dalj časa v stiku z bolnikom, ki boleha za odprtimi gobavimi ranami.

Tudi staro razdelitev lepre so danes opustili. Zategadelj gobave bolnike delijo samo še v takšne s »progresivno lepromatozo«, ki je prognostično manj ugodna in relativno kužljiva, ter v bolnike s »tuberkuloidno obliko« lepre, ki ni nalezljiva in ki jo danes s sulfoni lahko ozdravimo. Preparati sulfona so pri zdravljenju leproznih bolnikov v rabi od decembra 1946.

Spričo kroničnosti in socialnega značaja lepre je kakor pri tuberkulozi danes važno, da zdravnik, ki zdravi leprozne, pozna razen klinike te bolezni tudi še okolje, v katerem bolnik živi, njegov socialni položaj, psihološko stanje, njegovo delovno razmerje itd. Leprozne bolnike po možnosti premeščajo v Mehiki iz tropskega ali subtropskega podnebja v kraje z zmerno ali celo s hladno klimo. Pri tem pazijo, da so bolniki čim več na svežem zraku in da se dobro hranijo. Sploh so sodobni strokovnjaki za zdravljenje lepre mnenja, da je treba predvsem zatirati bolezen ne pa bolnika. Zastran tega zdravijo lepro v Mehiki po humanih in socialnih vidikih, pri čemer prvenstveno skušajo odpravljati predsodke, nevednost in praznoverje. Zavoljo tega v Mehiki bolnikov s tuberkuloidno obliko lepre v splošnem ne izolirajo več, marveč jih puste na svobodi in pri svojem delu.

Največji leprozorij v Mehiki (s 500 posteljami) je ob avtomobilski cesti nedaleč od glavnega mesta države. Zdravljenje teh bolnikov je prilagojeno značaju prebivalstva. Čeprav so »izolirani«, jim dovoljujejo obiske sorodnikov, kdaj pa kdaj pa jim dajo celo »dopust«, da gredo na svoje domove. Ambulantni leprozni bolniki se v Mehiki zdravijo v 21 dermatoloških centrih, ki so sodobno urejeni.

Kakor pri tuberkulozi in raku je tudi pri lepri najvažnejša zgodnja diagnoza in čimprejšnje zdravljenje.

M. K.

ALI NAJ OTROKE OBREZUJEMO?

V Angliji se vse bolj zavzemajo za to, da bi novorojene dečke obrezovali. Že pred nekaj leti so le-tam ugotovili, da je bilo od 2428 moških otrok do četrtega leta 24% obrezanih, večina že v prvem letu starosti.

To navado so začeli uvajati Angleži, ki so živeli v Indiji in so tam primerjali izkušnje na neobrezanih Indijcih hindujske vere z obrezanimi muslimani. V ZDA so leta 1950 v neki bolnišnici od 1669 novorojenčkov obrezali kar 91,6% (žal to poročilo ne navaja števila židovskih novorojenčkov). To vprašanje so obravnavali tudi že na 10. mednarodnem kongresu v Londonu, kjer je *Marchionini* predlagal, da bi cirkumcizijo uvedli v vseh deželah kot nekak rutinski higienski ukrep.

Današnji zagovorniki obrezovanja navajajo v svoj zagovor naslednja dejstva:

1. Preprečevanje karcinoma na penisu. Razpadajoča smegma ima zlasti pri fimozii menda karcinogene lastnosti.
2. Preprečevanje balanitisa, zlasti v toplih krajih. (V drugi svetovni vojni je balanitis delal vojakom v puščavi velike težave).
3. Zmanjšana nevarnost okuženja z luesom. Spremenjeni epitel glavice je po obrezanju bolj odporen za infekcije.
4. Seksualni psihologi pa priporočajo obrezovanje zaradi zmanjšane občutljivosti glansa, kar zmanjšuje nagnjenje k ejakulatio praecox.

Seveda ima obrezovanje tudi nasprotnike, ki trdijo, da je novorojenček po naravi v vsakem pogledu popoln in da ga ni treba nič korigirati. Neki nasprotnik obrezovanja je vzkliknil: »Zakaj pa novorojenčkom takoj po rojstvu ne odrežemo tudi nebnic, slepiča in morda še kaj drugega?«

M. K.