

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

KEMIKA D. D. ZAGREB

Prirodni vitamini ribjega olja ojačeni z dobrimi rezorptivnimi dodatki se nahajajo v preizkušeni

Oleosan-preparatih

Posebno priporočamo:

Oleosan cum Kreosoto vsebuje kreozot v delujoči formi s potenciranim delovanjem.

Oleosan cum Jodlecithino vsebuje org. fosfor in jod. Razvija intenzivno delovanje joda brez vsakih vzporednih pojavov.

Oleosan cum Guajacolo vsebuje guajakol v delujoči formi.

Oleosan eum Arseno vsebuje arsen v delujoči formi.

Oleosan in njegove kombinacije ostanejo vedno vodeči preparati na področju ribjega olja. Za zdravljenje prehlada, revmatizma i. t. d. priporočamo preizkušene

Tophosan preparate

Tophosan (phenylchinolinkarbonska kisl.) Tabl., prah in amp. specifično sredstvo proti protinu (gihl) artrizmu, reumat. neuralgiji in sličnim obolenjim.

Acitophosan (spoj Tophosana in acetilosalicilne kisline). Vsebuje potencirano delov. obeh sestavnih delov, posebno pa je specifično zdravilo proti gripí, influenci in sl. Pri akutnih in kroničnih formah artritid deluje zanesljivo in hitro.

Tophosanyl pro inject. Sterilna raztopina Tophosana in Natr. salicyl. V ampulah po 10 ccm za intravenozne in po 5 ccm z dodatkom Novocaina za intramuskularne injekcije. Deluje energično in hitro in nima nikakega vzporednega ali slabega delovanja. Uporablja se pri vseh vrstah revmatizma, posebno za preprečenje srčnih komplikacij, pri mialgiji, raznih vnetjih, infekcijskih in sličnih obolenjih, 1-2-3 ampule dnevno.

Neotophosanyl raztopina Tophosana in Natr. salicylic. v 10 ccm. 10% 33% Sol. Sacchari uvae. Ima potencirano delovanje brez kakršnih-koli vzporednih pojavov. Odlično se prenaša, deluje hitro in energično. **Daje se samo intravenozno.**

Tophamid

Spoj ciklohexatrien-phenylpyridin-karbonske kisline in amidopyrina.

Deluje antipiretično, analgetično in antiflogistično ter se posebno priporoča pri akutnih infekcijskih boleznih, gripí in njenih komplikacijah, revmatizmu, mialgiji in neuralgiji.

Orig. cevčice z 20 tabletami. Doziranje 3-4 krat po 1-2 tableti.

Izvolite dati vedno prednost domačim preparatom.

Naslov uredništva in administracije:
Zdravniški Vestnik - Golnik.

Vsebina: Glej stran X.

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 razsluzi.

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 narodnoga zdravlja z. Br. 18260., 29. IX. 1931.

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

Literaturo in poskusne količine pošilja:
Puhmann & Co., Berlin O. 171, Müggel-Strasse 25—25 a
Glavno skladišče za Jugoslavijo: PH. MR. TICHY BÉLA-HORGOS (Dunavska Banovina)

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH
ORGANOV IN PREOSNOVE

ROGAŠKA SLATINA

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

ROGAŠKA SLATINA!

AMPHOTROPIN

raztopina

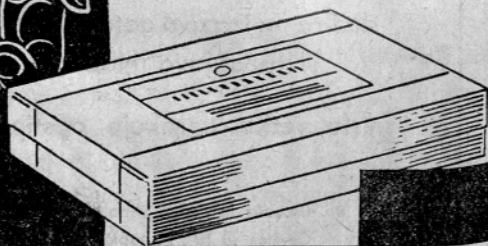
za intravenozno injekcijo

Najmočnejša des- infekcija ledvic in sečnih poti

Nepričakovano hitro zboljšuje celó kronična vnetja ledvic in mehurja, ki so se dosedaj upirala vsaki drugi terapiji.

INDIKACIJE: kronična vnetja in akutna febrilna obolenja uropoetičnega sistema, obolenja žolča, sepsis in meningitis

ORIGINALNI ZAVITKI: 1 in 5 amp. po 20 ccm
stekleničice po 50 ccm



Bayer

I.G. Farbenindustrie A.G.
LEVERKUSEN NA RAJNI



Zastopstvo za Jugoslavijo:

„JUGEFA“ K. D.
BEOGRAD ZAGREB

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 1935.

Leto VII.

DR. FEDOR MIKIČ, šef odseka za vitalno statistiko Šole za narodovo zdravje v Zagrebu

Slovenija v luči tablice redosleda umiranja

„Dolgost življenja našega je kratka,
a dneva ne pove nobena pratka“.
Prešeren.

Na gornje vrstice me je nekoč spomnil prof. dr. Zarnik, ko sem mu javil têmo svojega predavanja: o dolžini človeškega življenja. Odtlej se vedno spominjam navedenih verzov, kadarkoli sestavljam novo tablico redosleda umiranja.

Če analiziramo pesnikove besede biometrično, bi mu mogli deloma pritrditi, a deloma bi morali njegove besede odkloniti. Kaj bi storili in kedar to in kedar drugo, bi bilo odvisno od stališča. Naš odnos napram pesniškim besedam je torej čisto relativen.

„Dolgost življenja našega je kratka . . .“?

Če vzamemo, da kot narod Slovenci še nismo dosegli meje fiziološko mogoče najdaljše dolžine življenja, potem ima pesnik prav. Če pa to dolžino primerjamo z enakimi vrednotami drugod, posebno v Jugoslaviji, potem bi to dolžino morda vendar lahko označili relativno kot primerno dolgo.

Tudi ima pesnik prav, ko trdi, da „ . . . dneva ne pove nobena pratka“. S tem hoče reči, da zavisi dan smrti poedinca od slučaja. Kdor bi hotel iz tega deducirati, da je v prirodi vse slučaj ter da vlada zaradi teh slučajnosti v prirodi nered in nezakonitost, bi se kruto prevaril. Biometrija ali statistika, ki se bavi ravno s temi slučajnostmi v prirodi, nam pove, da so slučajnosti prav tako strogo podvržene zakonom prirode kakor ostali znani in razjasnjeni kontinuirani pojavi v mrtvi ali živi prirodi. V tem zadnjem slučaju bi morali pesnikovo mišljenje odkloniti — kar bo postalo tekom nadaljnje razlage jasno in razumljivo.

Pot do pravilne ocene dolžine življenja je dolga in mučna. Kljub temu jo je treba radi razumevanja prehoditi do kraja. Ocenimo jo lahko s pomočjo tablice redosleda umiranja.

Pomen takšne tablice je velik. Sodimo, da je metoda tablice redosleda umiranja najpogolnejša med danes znanimi metodami, ki merijo umiranje. Tudi Freudenberg¹⁾ se je nedavno izrazil podobno. Ako želimo primerjati umiranja v raznih dobah ter v raznih deželah, se bomo zanesljivo izognili mnogim pogrešnim zaključkom, če bomo za to uporabljali dele imenovanih tablic. Eno izmed funkcij te vrste tablic uporabljajo tudi zavarovalne družbe za življenje za svoje kalkulacije. V medicino uvajajo te tablice šele v zadnjih letih. V epidemioloških in bakterioloških raziskavanjih se je metoda tablic redosleda že precej udomačila. Posebno mi je v spominu serija tablic redosleda umiranja za miši.²⁾ Za naše medicinske prilike je metoda novost.

Obrnimo se predvsem h glavnim principom tablice. Metodo njihovega sestavljanja sem svoječasno že opisal³⁾. Zaradi strogo matematičnega stila pa delo ni našlo onega splošnega odmeva, kakršnega metoda zasluži. Zato jo bom na tem mestu v kratkih potezah ponovil na način, ki bo omogočil tudi povprečnemu zdravniku, ki se ne bavi rad z matematiko, da bo razumel principe sestavljanja tablice in jih bo poslej vsaj lahko čital.

Za osnovo tablice redosleda umiranja imamo dve skupini. Prva skupina je srednje število prebivalstva. Druga skupina je število umrlih. Iz teh dveh vrednot izračunamo tretjo, relativno vrednoto umiranja, tertium comparationis.

Splošni obrok umiranja je znan pojem ter tudi zdravništvu ne dela preglavic. Če pravimo, da umira 18⁰/₁₀₀ prebivalcev, potem nam ta izraz pove, da umira na (konstanto) 1000 prebivalcev (brez ozira na spol in starost ali poklic) povprečno 18 ljudi.

Toda splošni obrok umiranja nam ne zadostuje. More nam samo pripomoči za orijentacijo na splošno. Nikakor pa ni dovoljeno, da bi iz dveh splošnih ali več obrokov smeli nekaj zaključiti. Karkoli bi zaključili, bi moglo biti napak. Veličina splošnega obroka umiranja zavisi od strukture prebivalstva glede na starost. Potrebno je torej eliminirati vpliv dobne strukture. To storimo po navadi s standardiziranjem. O tem pa v tej razpravi ne bomo govorili, četudi nam morejo tablice redosleda umiranja služiti za osnovo računanja standardiziranih obrokov umiranja.

Povrnimo se za trenutek k računanju splošnega obroka umiranja. Izhodišče računanja je enačba:

število živih napram številu umrlih je enako
številu živih napram številu umrlih.

¹⁾ Freudenberg, Klin. Wchft. 49/1933, stran 1911/12, Medizinalstatistische Übersicht, pravi med drugim: „... Im Zusammenhange mit den Sterbetafeln, welche gemäss der endlich immer weiter eindringenden Erkenntnis der alleinige wirklich adaequate Ausdruck der tatsächlichen Sterblichkeitsverhältnisse sind, steht auch die exakte Beantwortung anderer Fragen aus dem Gebiete der Sterblichkeitsstatistik. . . .“

²⁾ Greenwood-Topley, A further contribution to the experimental study of epidemiology, The Journal of Hygiene XXIV/1925, str. 75—91.

³⁾ Mikič, Vitalno-statističke metode za ispitivanje sela, Liječnički Vjesnik, 1932.

Sa poliklinike gospodina profesora P. Hajmana,
Berlin NW

o Thyangol - tabletama

od sanit. savetnika dr. E. Littaur, Šarlotenburg

Uzrok teškoća pri gutanju može biti vrlo različit, on može biti prouzrokovan jednostavnim promenama usled zapaljenja sluzokože, ždretra, kao kod različitih oblika Pharyngitis-a. Na drugoj strani dolaze u obzir anginozna, većim delom infekcijsna obolenja tonzila i njihove okoline: angina, follicularis, difterija i mešane infekcije.

Najveći deo teškoća pri gutanju zauzimaju ulcerativni procesi Pharynx-a, delom tuberkulozne, delom luetične prirode. Bolovi pri uzimanju hrane su u ovim slučajevima većinom nepodnošljivi, oni se povećavaju još pri piću i pri takozvanom gutanju na prazno. Nezavisno od lečenja glavne bolesti, koje sasvim prirodno zahteva duže vremena i stručnog lekara, mi se moramo truditi, da pacijentima ublažimo mučne bolove pri uzimanju hrane, koji se pojavljuju u toku bolesti i da te bolove učinimo po mogućnosti nezavisnim od lekara.

Bolesti same po sebi reduciraju snagu bolesnika u velikoj meri. Otešeno, više puta skoro nemoguće uzimanje hrane dovodi bolesnike do potpune iscrpljenosti. Ako se uspe simptomatičnim lečenjem postići ublaživanje (olakšanje), onda se mora svako sredstvo, koje taj cilj postizava s veseljem pozdraviti; a naročito, ako je bolesnik u stanju, da bez pomoći lekara, sredstvo na licu mesta sam aplicira.

Dosada su to bile Narkotika, koja su se najčešće upotrebljavala i do gotove mere postizavala svoj cilj. P. Heymann u knjizi: »Handbuch der speziellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege« u poglavju »Lokalna anestezija« piše: Kokain i druga lako rastopiva anaestetika izazivaju ovde samo prolazna olakšanja. Ovi slučajevi sačinjavaju glavno polje upotrebe drugih netopivih, ili bolje rečeno, jako teško topivih sredstava.

Eihorn i Heinz zahtevaju od jednog anestetikuma za otklanjanje (odstranjanje) bolova: 1. da mora biti neotrovan, 2. težak, t. j. da se polako resorbira. Kokainove soli ne ispunjavaju ove uslove. Radi njihove otrovnosti one se mogu samo u ograničenoj meri upotrebljavati i pošto su jednako topive u kratkom vremenu se resorbiraju tako, da se njihov učinak brzo izgubi.

Kemična industrija se trudi, da kombiniranjem više sredstava, koja ublažuju nadražaje i bolove, ne dakle narkotične prirode, napravi preparate, kojih konzistencija i način topljenja omogućava duže ostajanje delotvornih materija na obolelim delovima.

P. Heymann preporučuje grupu Orthoforma kao i Antipyrin i njegove derivate n. pr. Tolypyrin; Anaesthesinbonbone, koji se na sličan način upotrebljuju.

Tvrtka dr. Thilo & Co. Mainz je donela na trg preparat pod imenom »THIANGOL« u obliku tableta, koje su sastavljene iz Anaesthesina, Phenacetina i malih množina Menthola, Thymola i Ol. Eucalypti.

Anaesthesin, jedan p- Amydobenzoësäureäthylester, je već dugo u Laryngologiji poznat Anestheticum sluzokože, koji je u internoj medicini kod ćireva želuca i u dermatologiji kod Pruritusa kože činio dobre usluge. Phenacetin deluje kao otrovniji Antipyrin, ublažujući bolove a u isto vreme ugodno na opće osećanje. Eterična ulja, upotrebljena u malim dozama deluju antibaktericidno a u isto vreme pospešuju izlučivanje (sekretio).

Tvrtka dr. Thilo & Co., Mainz je sva ova sredstva kombinirala i donela ih u obliku pastila. Ove pastile su se pokazale kao vrlo upotrebljiv preparat za ublaživanje bolova kod gutanja, bez obzira na to, kojom glavnom bolešću su bili bolovi prouzrokovani.

Ja sam upotrebljavao ove tablete nekoliko meseci na poliklinici gospodina prof. P. Heymanna i u svojoj vlastitoj praksi u dosta velikom broju najrazličitijih slučajeva i postigao jako dobre uspehe. Najpre u različitim slučajevima grozničavih angina, u kojima su pacijenti obilnim lučenjem sluzokože prisiljeni, da stalno na prazno gutaju. Tu su se iskazale Thyangol tablete kao izvanredno delotvorne (Iekovite) protiv povećanim bolovima pri gutanju; bolesnici naglašavaju ponovno poboljšanje opšteg osećanja, koje se može smatrati moguće kao učinak u preparatu sadržanog Phenacetina, ili moguće samo kao posledica boljeg uzimanja hrane kad otpadnu bolovi.

Kod suhих Pharyngitida, kod kojih se tvrdo drže osušeni komadići sluz, čije izbacivanje uspeva tek posle teških napora, osećali su bolesnici olakšanje sekrecije, a učinak sredstva delovao je vrlo ugodno.

Najveće uspehe imale su Thyangol tablete kod teških bolova pri gutanju usled ulcerativnih procesa u Pharynxu i Larynxu, kao što se nalaze kod različitih zaraznih bolesti a naročito kod tuberkulose. U to vreme imali smo na poliklinici izvanredno veliki broj delom vrlo teških slučajeva tuberkulose na posmatranju. Dali je ovo učestvovanje (umnožavanje) pripisivati rđavim prilikama prehrane za vreme i posle rata ili su tome drugi uzroci, ne bih hteo ovde odlučiti. Bez da su bolesnici znali kakav učinak treba da imaju tablete, koje su dobivali, naglašavali su svi naročito njihov učinak pri ublaživanju bolova pri gutanju i uočljivo snižavanje nadražaja mučnog kašlja.

Kratko vreme posle rastapanja tableta, mogli su bolesnici većinom nismetano uzimati obroke hrane a isto tako je i nadražaj na kašalj, koji je smetao spavanju, izvanredno bio ublažen.

Tablete su se uzimale svakog sata ili svaka 2 sata pre jela. One se polako rastapaju. Njihov ukus na kraju nekoliko peče, ali ne ograničuje ukus u ustima. Istotako ne traje vrlo dugo posle rastapanja Thyanol tableta drvenasti osećaj u ustima. Neprijatnih posledica nisam nikako mogao opaziti. Preparat je vrlo upotrebljiv i nudi sve ono, što se od njega s obzirom na simptomatično lećenje može zahtevati. Naročito se može upotrebljavati kod izrazitih slučajeva tuberkulose gornjih vazdušnih puteva sa prednošću pred drugima.

Tabela 1.

Tablica redosleda umiranja za Slovenijo s Prekmurjem za oba spola 1921—1922

Starostne skupine	Število let v skupini	Število prebivalstva 31—1—1921, distribuirano po starostnih skupinah ¹⁾	Povprečno letno število umrlih v letih 1921/22	Na 1000 živih (prebivalcev) iste skupine je umiralo 1921/22	Število ostalih živih na začetku vsake starostne skupine od začetnih 100 000 živorojenih	Vsota umrlih v vsaki starostni skupini od 100 000 začetnih živorojenih	Srednje štev. živih iz kolone (6) _x	Vsota srednjega števila živih v vsaki dobni skupini = težini	Odnosaj srednjega števila živih nasproti štev. umrlih, reduciran na eno leto	Obrok umiranja na 1000 oseb iz skupine preostalih živih	Koliko let povprečno se lahko pričakuje oseba, ki se nahaja na začetku starostne skupine
$x/x+m$	m	D_x	Pp_x	$1000q_x$	l_x	$d_x \cdot m$	L_x	T_x	L_x/d_x	$1000l_x/T_x$	e_x
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
$0_0 - 0_9$	1	28 670 ²⁾	5 095	160,14 ⁴⁾	100 000	16 014	91 993	4 276 102	5,74	23,38	42,76
$1_{10} - 4_{19}$	4	60 392	1 927	31,90	83 986	10 717	76 331	4 184 109	28,49	20,01	49,82
$5_{20} - 14_{29}$	10	241 917	1 121	4,63	73 269	3 395	71 232	3 878 784	209,80	18,89	52,94
$15_{30} - 29_{39}$	15	286 335	1 812	6,33	69 874	6 633	66 084	3 166 460	149,45	22,07	45,32
$0_{40} - 49_{49}$	20	230 928	2 167	9,38	63 242	11 869	57 307	2 175 198	96,57	29,07	34,40
$50_{50} - 69_{59}$	20	164 874	4 489	27,22	51 373	27 971	43 585	1 029 057	31,16	49,92	20,03
$70_{60} -$	30 ³⁾	41 197	5 339	129,58	23 401	(90 974) ⁵⁾	20 392	157 361	6,73	14,87	6,72
Neznano		606									
Vsota ali povprečno		1 054 919	21 199 ³⁾	20,81							

1) Izračunano iz knjige „Definitivni rezultati popisa stanovništva od 31. I. 1921“ — publikacija Opšte državne statistike u Beogradu; Sarajevo 1932, str. 375.

2) Število živorojenih je znašalo 1921/22 povprečno 31816 na leto (izračunano iz podatkov prof. Marolla; v. opazko 3).

3) Če bi vpoštevali decimale, bi vsota glasila 21198,5. — Podatke za to kolono smo črpali iz „Letnih izkazov o zdravstveno-statističnih razmerah v letih 1921 in 1922“, ki jih je sestavil prof. Nande Maroll, a izdal jih je higienski zavod v Ljubljani.

4) Izračunano na temelju povprečnega števila živorojenih 1921/22 (v. opazko 2). Če bi vzeli za temelj prebivalstvo 1. leta po popisu, bi znašala umrljivost v 1. letu ($1000q_{x=1}$): 177,71^{5/100}.

5) Število 100 000 se izčrpa po 77,72 let. Namesto $m=30$, bi morali postaviti 7,72.

To zares ni posebno duhovito, vendar je potrebno, da izhodišče poznamo. Vzemimo namesto besed simbole. Žive označimo z „ž“, umrle z „u“. Gornja enačba izražena s simboli bi se glasila :

$$\text{ž} : u = \text{ž} : u \quad (1)$$

Prva sprememba enačbe naj bo ta, da nam leva polovica ostane rezervirana za absolutna števila, a desna za relativna. N. pr.

$$1225 \text{ (živih prebivalcev)} : 8 \text{ (umrlih od skupine živih)} = 1000 : x \quad (1a)$$

Odnosaj na levi strani enačbe je, razume se, empiričen. Na desni strani vzamemo konstanto 1000, a relativni odnosaj napram konstanti se računa. Ako iz formule (1) zadržimo levo polovico enačbe, namesto njene desne polovice vzamemo desno polovico enačbe (1 a), dobimo splošen izraz

$$\text{ž} : u = 1000 : x \quad (2)$$

Iz tega sledi, da ima splošni obrok umiranja s konstanto 1000 formulo

$$x = \frac{1000 \cdot u}{\text{ž}} \quad (2a)$$

t. j. da je enak 1000-kratnemu številu umrlih deljeno z odnosnim številom živih. Formulo (2a) si moramo dobro zapomniti, ker je splošnega značaja.

Vzemimo sedaj, da razpolagamo s srednjim prebivalstvom, ki je distribuirano po enoletnih starostnih skupinah. Recimo, da imamo na enak način, po enoletnih starostnih skupinah, razdeljeno tudi število umrlih, ki se nanaša na srednje prebivalstvo raziskavane skupine. Postopek bi bil analogen kot prej, namreč, po formuli (2a).

Imenujmo prebivalce v starosti od 0,0 do 0,9 (= 1,0) leta (dojenčki) „ž₁“, število umrlih dojenčkov u₁. Dobili bi enačbo

$$\text{ž}_1 : u_1 = 1000 : x_1$$

ali

$$x_1 = \frac{1000 \cdot u_1}{\text{ž}_1}$$

V nadaljnjem točtu bi dobivali formule:

$$x_2 = \frac{1000 \cdot u_2}{\text{ž}_2}, \quad x_3 = \frac{1000 \cdot u_3}{\text{ž}_3}, \quad \text{ali splošno: } x_n = \frac{1000 \cdot u_n}{\text{ž}_n} \quad (3)$$

kjer nam indeks n označuje katerokoli enoletno starostno skupino.

Če bi izračunali celo vrsto kontinuiranih enoletnih starostnih obrokov umiranja — imenujemo jih sedaj *specifične* obroke umiranja, za razliko od splošnih obrokov — bi dobili celo sklenjeno verigo obrokov. Narisana veriga specifičnih obrokov bi nam dala v Descartovem koordinatnem sistemu parabolo. Na abscisi parabole so nanešene starostne skupine, a na ordinati vrednosti specifičnih obrokov. Ta parabola oz. veriga specifičnih obrokov nam daje pravico za ime „redosled umiranja“, ker nam kaže, kako si sledijo verjetnosti umiranja od poroda t. j. od leta nič do leta 100—120. Leto 120 smo vzeli kot verjetnostno najdaljše mogočo človeško starost.

Bilo bi napak, če bi mislili, da je redosled umiranja enak tablici redosleda umiranja. Ne! Redosled umiranja je samo prva in osnovna funkcija

tablice redosleda umiranja. V internacionalnih publikacijah dobiva simbol „1000q_x“. Tablica redosleda umiranja ima pri raznih narodih razne nazive. Tako govore Nemci o „Tafel der Absterbeordnung“ ter je tudi naša skovanka sestavljena po vzoru nemškega termina. Drugi narodi, n. pr. Angleži, operirajo rajši z nasprotnim pojmom. Zato govore oni o „življenskih tablicah“, ki jih imenujejo „life tables“.

Prvo funkcijo redosleda umiranja, 1000q_x, bi mogli imeti za zakon umiranja. Ta zakon o umiranju seveda ne velja za vse večne čase, temveč se spreminja. Zависи od mnogih faktorjev ter se s časom menja. Ako se boljša ekonomski in zdravstveni standard naroda, potem se poedine vrednote zakona o umiranju zmanjšujejo, dočim se življenski izgledi povečujejo.

Izračunani zakon o umiranju velja za prebivalstvo, ki je po svojem sestavu heterogeno. Nas bi zanimalo, kakšne so posledice, če bi imeli homogeno prebivalstvo ter bi ga eksponirali nekemu izračunanemu zakonu o umiranju. Razume se, da bi prišli do novih in eksaktnejših spoznanj. Vzemimo torej kot homogeno maso samo prebivalstvo ene generacije ter jo spremljajmo od rojstva do smrti. Recimo, da se je istočasno rodilo 100 000 otrok. Generacijo teh 100 000 otrok eksponirajmo nekemu zakonu o umiranju = 1000q_x.

Pa začnimo!

Recimo, da znaša specifični obrok umiranja dojenčkov 160,14 ‰ (Slovenija 1921/22). Koliko bi umrlo dojenčkov v masi 100 000 novorojenčkov tekom vsega prvega leta, če bi jih umrlo 160,14 na 1000? Pomagajmo si z že znano formulo (2), namreč

$$\checkmark : u = 1000 : x$$

Število živih \checkmark je znano ter znaša 100 000. Število u umrlih je neznano ter se išče. Konstanta 1000 se ne spreminja. Število x je znano in znaša 160,14. Če navedeno vpoštevamo, bi dobili enačbo

$$100\,000 : u = 1000 : 160,14 \quad (4)$$

$$u = \frac{100\,000 \cdot 160,14}{1000} = 16\,014$$

V začetku leta je bilo 100 000 otrok. Od teh 100 000 jih je umrlo tekom leta 16 014. Ostalo bi torej za začetek 2. leta

$$100\,000 - 16\,014 = 83\,986 \text{ otrok.}$$

Daljnja naša naloga je, da ostalih 83 986 otrok eksponiramo nadaljnjemu umiranju v drugem letu. Specifični obrok umiranja naj znaša na pr. 48,57 ‰. Uvedimo v formulo

$$\checkmark : u = 1000 : x$$

nove vrednote, s številom živih $\checkmark = 83\,986$, s številom $x = 48,57$. Dobili bi, da je

$$83\,986 : u = 1000 : 48,57 \quad (4a)$$

V tem slučaju bi bil

$$u = \frac{83\,986 \cdot 48,57}{1000} = 4\,079$$

ter bi v začetku tretjega leta ostalo še živih $83\,986 - 4\,079 = 79\,907$.

Na ta način lahko računamo stanje leto za letom (= števila ostalih živih članov) z odgovarjajočim številom umrlih v poedinem letu, dokler se število 100 000 v zadnjem letniku popolnoma ne izčrpa. Tako bi dobili dve koloni. V eni bi imeli vrsto števil ostalih živih v začetku leta, v drugi vrsto števil umrlih v posameznih letih. V internacionalni nomenklaturi se zove prva kolona l_x (od angleške besede living = živ), a druga kolona d_x (od angleške besede death = umrli).

Zamenjajmo izraze v formuli (4), s splošnimi in internacionalnimi simboli!

Vzemimo namesto 100 000 izraz l_x in sicer l_{x_1} , namesto u raje d_x in sicer d_{x_1} , namesto 160,14 raje $1000q_x$ in sicer $1000q_{x_1}$. Formula (4) bi se potem glasila $l_{x_1} : d_{x_1} = 1000 : 1000q_{x_1}$,

ali

$$d_{x_1} = \frac{l_{x_1} \cdot 1000q_{x_1}}{1000}$$

Dalje bi sledilo, da je

$$l_{x_2} : d_{x_2} = 1000 : 1000q_{x_2} \text{ itd., oziroma, da je } d_{x_2} = \frac{l_{x_2} \cdot 1000q_{x_2}}{1000}$$

Splošna formula bi se glasila

$$l_{x_n} : d_{x_n} = 1000 : 1000q_{x_n}, \text{ oziroma, } d_{x_n} = \frac{l_{x_n} \cdot 1000q_{x_n}}{1000} \quad (4b)$$

Če prevedemo v internacionalni jezik simbolov enačbo

$$100\,000 \text{ (živih)} - 16\,014 \text{ (umrlih)} = 83\,986 \text{ ostalih živih,}$$

dobimo novo enačbo, nemreč,

$$l_{x_1} - d_{x_1} = l_{x_2}, \text{ in dalje: } l_{x_2} - d_{x_2} = l_{x_3}, \text{ ali splošno } l_{x_n} - d_{x_n} = l_{x_{n+1}} \quad (5)$$

V statističnem merjenju v splošnem nismo zadovoljni s početnim številom živih, kakor nam to predstavljajo števila funkcije l_x . Zato si moramo izračunati srednja števila živih, to se pravi, število živih v sredini leta t. j. n. pr. 0,5. Najenostavnejši način računanja srednjega števila prebivalcev je aritmetična sredina. Če nam pomeni izraz L_x srednje število prebivalcev, potem bi bil na pr.

$$\frac{l_{x_1} + l_{x_2}}{2} = L_{x_1}, \text{ ali splošno: } \frac{l_{x_n} + l_{x_{n+1}}}{2} = L_{x_n} \quad (6)$$

Doslej so nam znane sledeče 4 funkcije tablice redosleda umiranja: $1000q_x, l_x, d_x$ in L_x . Iz njih si lahko izračunamo peto funkcijo t. j. L_x/d_x . Ta funkcija nam kaže razmerje srednjega števila ostalih živih proti številu umrlih iste starosti. Anglosaška literatura imenuje kolono izračunanih odnošajev $L_x : d_x$ kot „vitality“. Vitaliteta poedinega letnika je toliko večja, kolikor je srednje število ostalih živih (L_x) večje, a število umrlih (d_x) istočasno manjše.

Prehajamo v nov, nekoliko zapletenejši del razprave o principih metode sestavljanja tablice redosleda umiranja.

V prirodi se skoraj nikoli ne dogajajo izolirani pojavi, kjer bi mogli opazovati odmiranje posameznih generacij. To je mogoče samo v eksperi-

mentu. Zato se skušajmo približati naravnim pojavom. Vzemimo namesto ene generacije serijo generacij n. pr. okoli 100--120, ki se razlikujejo med seboj za eno leto. Vzemimo dalje, da gledamo z razširjenim horizontom člene funkcije L_x . Namesto da bi gledali v redosledu števil funkcije L_x eno generacijo, glejmo v njej serijo generacij, ki so vse odmirale po danem enakem zakonu o umiranju $1000q_x$. Zato bi bilo seštevanje redosleda števil funkcije L_x čisto upravičeno. Vzemimo zadnji člen kolone L_{x_n} t. j. srednje število ostalih živih zadnje generacije ter dodajmo srednje število ostalih živih predzadnje generacije ($L_{x_{n-1}}$). Dobili bi vsoto ostalih živih zadnjih dveh generacij. Formula bi se glasila

$$L_{x_n} + L_{x_{n-1}} = T_{x_{n-1}}$$

Če dalje seštevamo, v smeri proti prvemu členu, bi dobili:

$$L_{x_n} + L_{x_{n-1}} + L_{x_{n-2}} = T_{x_{n-2}}$$

$$L_{x_n} + L_{x_{n-1}} + L_{x_{n-2}} + L_{x_{n-3}} = T_{x_{n-3}} \quad \text{itd.}$$

ter bi prvi člen kolone T_x dobili iz formule:

$$L_{x_n} + L_{x_{n-1}} + \dots + L_{x_3} + L_{x_2} + L_{x_1} = T_{x_1} \quad (7)$$

Označba novo dobljene kolone z izrazom T_x , se v slovenščini prav lepo vjema z besedo težina ter bo tudi matematičar z njo zadovoljen.

Zaključni člen reda T_x je v našem slučaju prvi člen ter predstavlja „idealno prebivalstvo“. To idealno prebivalstvo je važen izraz za primerjanje. Enako tudi za pravilno merjenje racionalnega gospodarstva s porodom.

Ko imamo izračunano funkcijo T_x , lahko preidemo na računanje ostalih funkcij tablice redosleda umiranja, namreč, na funkcije $\frac{1000 l_x}{T_x}$ in $\frac{T_x}{l_x}$.

Poskušajmo primerjati računanje funkcije $\frac{1000 l_x}{T_x}$ s formulo (2), to je:

$$ž : u = 1000 : x$$

V tem slučaju bi se formula glasila :

$$T_x : l_x = 1000 : x \quad (8)$$

ali z besedami :

vsota srednjega števila ostalih živih vseh generacij, proti številu ostalih živih ene generacije, je enako razmerju konstantnega števila 1000, proti neznanemu številu x . Tako dobimo v specijalnem slučaju formulo:

$$T_{x_1} : l_{x_1} = 1000 : x_1 \quad (8a)$$

Vsota preživelih je stavljena v razmerje s številom generacije, ki je eksponirana umiranju. Razmerje je isto kakor razmerje števila živih proti številu umrlih. To nam bo jasno, če izrazimo ves opisani proces v formulah. Število $l_{x_1} = 100\,000$ je enako vsoti števila umrlih vseh raznih enoletnih generacij t. j.

$$l_{x_1} = d_{x_n} + d_{x_{n-1}} + d_{x_{n-2}} + \dots + d_{x_3} + d_{x_2} + d_{x_1} \quad (9)$$

Formula je torej čisto analogna formuli težine (7). Razlika je samo v tem, da smo v formuli (7) operirali izključno s preživelimi, dočim operiramo v formuli (9) izključno z umrlimi. Upravičeno je torej, če rečemo, da je

$$\begin{aligned} T_{x_1} : l_{x_1} &= \check{z}_1 : u_1 = 1000 : x_1 \\ T_{x_2} : l_{x_2} &= 1000 : x_2 \\ &\vdots \\ &\vdots \\ &\vdots \\ T_{x_n} : l_{x_n} &= 1000 : x_n \end{aligned} \quad (10)$$

Sledi, da je

$$x_n = \frac{1000 \cdot l_{x_n}}{T_{x_n}} \quad (11)$$

Formula (11) je analogna formuli (2a). Gre torej za obroke o umiranju stalnega (= standardnega) prebivalstva. Ker merimo na idealnem prebivalstvu, imenujemo gornji obrok $\frac{1000 \cdot l_{x_n}}{T_{x_n}}$ „idealni obrok umiranja“.

Za razumevanje zadnje funkcije, to je $\frac{T_x}{l_x}$ ki je bolj znana pod simbolom \hat{e}_x , se moramo malo ustaviti pri terminologiji verjetnostnega računa.

Formula

$$\check{z} : u = 1 : x \quad \text{odnosno} \quad x = \frac{u}{\check{z}}$$

bi nam ugotovila, kolika je verjetnost, da bo nekdo iz skupine živih (\check{z}), umrl (u). Verjetnost je velika $\frac{u}{\check{z}}$. N. pr.

$$1000 \text{ (dojenčkov)} : 200 \text{ (umrlih dojenčkov)} = 1 : x$$

$$x = \frac{200}{1000} = \frac{1}{5}$$

Verjetnost, da bo dojenček v skupini 1000 dojenčkov umrl, je $\frac{1}{5} = 0,2$. Kakšna je nasprotna verjetnost?

Če je celotna verjetnost, to je verjetnost, da bo slučaj umrl, plus verjetnost, da slučaj ne bo umrl = 1 ali v formuli

$$V_u + V_{\check{z}} = 1,$$

potem je verjetnost (V), da slučaj ne bo umrl enaka

$$V_{\check{z}} = 1 - V_u,$$

ali v konkretnem slučaju:

$$V_{\check{z}} = 1 - \frac{1}{5} = \frac{4}{5} = 0,8$$

Dočim smo z obrokom $\frac{l_x}{T_x}$ merili verjetnost umiranja standardnega prebivalstva, merimo z recipročnim obrokom $\frac{T_x}{l_x}$ obraten pojav, namreč verjetnost* dožitja.

* Pojem verjetnosti v tem drugem slučaju ni istoveten s pojmom, ki je v rabi v klasični matematiki.

Preje smo imeli razmerje

$$T_x : l_x = 1 : x,$$

a sedaj bi imeli

$$T_x : l_x = x : 1, \quad \text{ali} \quad \checkmark : u = x : 1.$$

Izraženo z besedami, bi se glasilo vprašanje : koliko živih pride na gotovo število umrlih? Glede na to, da imamo enoletna razdobja in v vsakem enoletnem razdobju po eno generacijo, bi mogli iz formule

$$T_x : l_x = x : 1$$

izvesti vprašanje : koliko generacij živih iz (T_x) prihaja na eno generacijo, ki je eksponirana umiranju (l_x^{**}). Vzemimo radi razumevanja sled. primer.

$$T_{x_1} : l_{x_1} = x_1 : 1$$

$$3\,496\,295 : 100\,000 = x_1 : 1$$

$$\text{Po računu je } x_1 = \frac{3\,496\,295}{100\,000} = 34,96$$

To se pravi, da bi enoletna generacija potrebovala povprečno okoli 35 enoletnih generacij, da bi se popolnoma izčrpala, oziroma, da bi novorojenček mogel povprečno računati na 35 let. Kakor smo že prej omenili, je \checkmark_x simbol za izgled na dolžino življenja.

S tem smo v glavnih obrisih izčrpali opis principov in postopkov pri računanju raznih funkcij tablice redosleda umiranja.

V uvodu smo omenili pomen tablice redosleda umiranja in govorili o njeni uporabi. V nekaterih naših raziskavanjih smo poskušali, da uporabo opisanih principov razširimo na dele epidemiološkega področja, ki jih dosedaj niso uporabljali. Tako n. pr. pri tbc., pri študiju prekuženja prebivalstva in pri poskusu računanja dolžine epidemiološke ére (konkretno na gibanju zagrebške tuberkuloze), nadalje pri študiju prekuženja Savske banovine z golšavostjo ⁴⁾. Posebno važna se nam zdi specialna metoda redosleda letalitete, ki smo jo sestavili po vzorcu opisanih principov (konkretno pri zagrebški difteriji) ⁵⁾, ker jo lahko uporabljamo ne samo v epidemiologiji, temveč tudi pri študiju na kliničnem materijalu v bolnicah.

Radi važnosti metode redosleda s pravico pričakujemo, da si bo metoda tekom časa priborila pripravno mesto v krogih onega zdravniškega naraščaja, ki se namerava posvetiti znanstvenemu raziskavanju, dočim bo vsak napreden, praktičen zdravnik stremel, da si prisvoji metodo v toliko, da bo s pridom čital izračunane tablice redosleda.

Nadaljevanje sledi.

** $l_x = \sum (d_x) =$ vsota umrlih

4) V rokopisu

5) V rokopisu (študiju je nagradila 1931. leta zagrebška medicinska fakulteta)

Solnčne in senčne strani slovenske zdravstvene literature, zlasti revijalne¹⁾

Dobrih 200 let je minulo od onega časa, ko je Primož Trubar, zanešen od versko-reformatorske gorečnosti, apeliral na slovenski narod kot prvi s tiskano knjigo, pa do izdanja prve slovenske znanstvene medicinske knjige, ki je, kolikor je meni znano, l. 1780 izdano delo Antona Makovica, kirurga v Ljubljani pod naslovom: „Poduzhenje sa Babize — Unterricht für Hebammen“. Doba prosvetljenega absolutizma v času pred veliko francosko revolucijo — Jožefinska era — je zasegla tudi slovensko ozemlje. Meščanstvo se je začelo dramiti, vzcvetela je znanost in umetnost. Da Slovenci v tem času ne moremo zabeležiti večjih del kakor je „Poduzhenje sa Babize“ je krivo dejstvo, da je bilo meščanstvo po večini nemško ali vsaj nemško orijentirano in za slovenščino ni imelo smisla, z edino častno izjemo mentorja in mecena barona Zoisa. Le ker babiškimi učenkam ni bilo mogoče predavati drugače kakor v materinem jeziku, je bilo treba začeti z uporabo do tedaj literarno komaj poznanega jezika. Literarna tradicija reformacije je bila že do dobra pozabljena, še posebno radi nasilne ugonobitve celotne reformacijske knjižne produkcije, sledeča protireformacija pa je uživala prednosti politične zaščite v lagodnem brezdrlju. Zato se ni čuditi dvestotim neplodnim letom. Da je ravno na polju porodništva izšla prva naša znanstvena knjiga, nam je dokaz, kako silo so imele ideje enciklopedistov 18. stoletja in v kako velikem radiju so se širile te ideje, da so razmeroma že jako zgodaj zasegale tudi naše kraje. Saj so Hrvati dobili svoje „Babištvo“ že tri leta pred nami v l. 1773. Od Makovca pa do nastopa Jugoslavije smo doživeli 11 izdaj „Babištva“ po sedmih različnih avtorjih. Slovenska predavanja so se vršila razen v Ljubljani še v Trstu, Celovcu in v Gradcu. V Gradcu od l. 1828 do 1849 pod profesorjem Ivanom Nep. Kömmom²⁾. Z babištvom je izčrpana predvojna zdravstvena literatura v strogem znanstvenem smislu. Drugih del ni bilo mnogo. Zanje ni bilo niti potrebe niti trga. Slovenska inteligenca se je še v čitalniški dobi posluževala nemščine kot občevalnega jezika in se nekako paradokсно sliši, kako so se zborovanja narodno-navdušenih čitalničarjev vodila v nemščini in kako so narodni prvaki uradovali nemško po svojih advokatskih pisarnah. Po vsem tem je razumljivo, da se znanstvena knjiga ni mogla razvijati v istem tempu kot

¹⁾ Razprava je bila nagrajena z nagrado g. Dr. Fr. Debevca.

²⁾ Dr. Ivan Pinter; Slovenska babiška literatura, L'eč. Vjesnik 1933/2.

literarna. Zanje ni bilo prav nobene potrebe. Ne moremo si predstavljati takega idealista in bogataša, ki bi n. pr. l. 1860 izdal slovenski repetitorij anatomije. Takrat je obstojala ena sama potreba: Predavati učenkam ba-biške šole v Ljubljani, Trstu, Celovcu in Gradcu v slovenskem jeziku, ker niso razumele nemškega. Za te učenke je bilo treba sestaviti učbenike, po katerih se je predavalo in po katerih so se učenke učile. Da se revolucija v Avstriji 1848 ni razblinila v nič, bi omenjeni repetitorij izšel mesto leta 1924 gotovo že 1860 in da ni Napoleon zgorel v zimski Moskvi, bi dobili ta repetitorij že recimo l. 1815, tako pa je morala slovenska zdravstvena knjiga počakati rojstva Jugoslavije ali političnega osvobojenja. Koliko mnogo-obetajočih početkov je bilo in koliko neuspehov, da se človek ustraši, če sedaj ne doživljamo morda tretjič in zadnjič mnogo obetajočega a neuspelega začetka.

Vse drugače se je razvijala poljudno-znanstvena zdravstvena literatura. Knjigotržni sezname obsegajo že lepe kopice knjig. V prvi vrsti so zaslo-pane nalezljive bolezni, samo o jetiki so pisali že trije avtorji. Mohorjeva družba je v vseh časih svojega obstoja posvetila mnogo pažnje ljudskemu zdravju. To je pomembno dejstvo, ker so njene knjige zašle v vse kotičke naše domovine in se imamo za relativno visoko stopnjo higijenskega stanja pri Slovencih zahvaliti temu dejstvu. Spominjam naj samo na knjigo župnika Kneippa, čigar hidroterapevtične metode predstavljajo še danes v mnogih slovenskih hišah domnevno velik zaklad. Gotovo ni bilo v namenu razpisane naloge obdelati ljudi poljudno-znanstveno literaturo. Omenim pa naj na tem mestu veliko opasnost, ki je skrita v naših malih slovenskih razmerah. Razumljivo je, da bo hotel vsak sposobnejši znanstvenik izdati knjigo iz svoje stroke, kakor si to lahko dovoljujejo kolegi pri drugih narodih. Pri slovenskih razmerah je pa to skoraj nemogoče, ker mora vsak pisatelj računati, da bo njegovo knjigo, če bo namenjena samo znanstvenim krogom, kupilo in čitalo le par desetina ljudi. Da pa vkljub neugodnim razmeram vsaj delno nekaj dosežemo, radi napravimo kompromis med poljudno in strogoznanstveno smerjo knjige, pač z namenom dvigniti število odjemalcev. Prav gotovo se strinjam, da je nekaj boljše kot nič, vsebuje pa vendar imenovani jako praktični kompromis med poljudno in strogo znanostjo veliko opasnost, da nam uniči kvaliteto obeh vrst zdravstvenih knjig. To je senčna stran slovenske medicinske literature, senčna tembolj, ker jo bo težko odpraviti pri obstoječih političnih razmerah v Srednjih Evropi, da skoraj nemogoče, če ne premostimo to nemogoče brezno izdajanja strogoznanstvenih knjig z brežhibno organizacijo, o čemur bi si usojal na koncu tega dela staviti svoj predlog. Naslanjam se na vzgled Mohorjeve družbe, ki je uspela razviti se v reprezentativno knjižno organizacijo slovenstva na.

izborni organizacijski bazi. Ona nam daje vzgled, kako bi se z dobro organizirano in premišljeno produkcijo dalo rešiti tudi problem strogoznanstvene medicinske knjige.

Zdelo se mi je umestno napraviti mal historičen uvod, čeprav ni ta v razpisu zapopaden. Gotovo je imel avtor razpisa isto misel kot jo imam jaz, ki se udeležujem tekmovanja — kako dvigniti, izpopolniti in zasigurati obstoj slovenski zdravstveni reviji, ko je v naslovu položil posebno važnost na revijalno literaturo. Naprej lahko ugotovimo, da je izdajanje take revije pri Slovencih tudi v tako zmanjšani domovini, kot nam jo je dalo l. 1918 čisto lahko mogoče in celo tudi potrebno. Število slovenskih zdravnikov je preseglo znamko 500. To je za obstoj revije popolnoma zadostno število, saj tudi druga literarna glasila ne izhajajo v mnogo večjih nakladah. Eno pa je potrebno, da se vzbudi v vseh slovenskih zdravnikih resna volja do izdajanja svojega lastnega glasila in sicer pod vsakim pogojem. Lahko trdimo, da je šestletni obstoj Zdrav. Vestnika mnogo premlad z ozirom na 70-letnico Slov. zdravniškega društva, ki moralno odgovarja za čast slovenskega zdravništva, čigar vrhovni predstavnik brezdvomno je in mora kot tak ostati. Vse kar bi se protivilo tej nalogi se mora že vendar enkrat umakniti. Hrvati izdajajo 56 letnik Lječ. Vjesnika, ko so z nami vred začeli istočasno orati ledino pri babištvu. Napredek Hrvatov je razumljiv iz poznanja političnih razmer. Hrvatska in Slavonija v Avstro-ogrski monarhiji sta bili za Hrvate ono, kar bi bila za Slovence „Združena Slovenija“ po l. 1848, slovenski politični nikdar doseženi ideal. Slovenstvo, razvito v štiri kronovine pod vladu tujega plemstva in nemškega ali vsaj nemštvu-prijaznega meščanstva se je le počasi in trudoma osamosvojilo. Prav težko si moremo predstavljati postanek slovenskega zdravstvenega glasila pred zmago slovenske stranke v deželnem zboru na Kranjskem. Od tistega trenutka pa je bila dana možnost, toda prilika se ni izrabila. Ljubljana kot nosilka univerzitetne ideje bi morala pripravljati teren za univerzo ne samo z zbiranjem denarja, ampak tudi z izdajanjem znanstvenih del, da bi pripravljala svoje moči za uresničitev nacijonalnih zahtev na znanstvenem polju. Še posebno se pa čudim, da ni niti l. 1918 prineslo onega, kar je v razmerah že pripravljene. Mi smo pa vendar morali čakati še polnih 10 let do prve številke Zdrav. Vestnika.

Pri današnji hiperprodukciji inteligence se danes marsikak ozkogrudni praktičar veseli neuspeha slovenske medicine l. 1918 pri ustvarjanju lastne fakultete. Označiti moramo tako stališče za ozkogrudno, sebično in brezskrbno, ker nikakor ne vemo, če se ne bomo kedaj ob spremenjenih razmerah bridko pokesali, da nismo bili v stanu v najugodnejšem trenutku ustvariti celotne fakultete. Ljubljana se je polagoma poleg Dunaja porajala kot samostojni kulturni center na jugu. Ta razvoj je bil v marsičem močno oviran po Dunaju samem, posebno pa še po Gradcu, ki pa po svoji

pomembnosti spada mnogo bolj med provincionalna mesta kot Ljubljana. Ni samo geografski položaj, ki predestinira Ljubljano za važen center, ampak je volja živega naroda, ki dviguje Ljubljano iz vrst provincijalnih mest. Ob premišljevanju teh in podobnih dejstev se vedno čudim, kako se je mogla v Ljubljani postaviti celotna tehniška fakulteta, ki zahteva gradnjo poslopij, dragih strojev, veliko število učnega osebja, medtem, ko je vse to za medicinsko fakulteto že dano v glavnem z obstoječo bolnišnico in primarijskim zborom. Nobenih mož nismo imeli na tujih univerzah, ki bi jih poklicali v domovino, kakor so to storili na tehniški fakulteti, ki je imela čez noč zasedene katedre z evropskimi kapacitetami. Dobro vem, da moramo iskati vzroka za precejšno odpoved slovenskega zdravništva v usodnem momentu v privatni praksi, ki utesnjuje interese in delokrog zdravnikov v precej ozke meje. Vso to zgodovino razvoja naše univerze sem povedal zato, da bo postalo nam vsem jasno precej porazno dejstvo, da sedaj naenkrat niso krivi zunanji pogoji za anemičen razvoj slovenske medicine, pač pa je krivo pomanjkanje kvalitete, namreč pomanjkanje tiste kvalitete, ki nam danes še enako grozi, da se že zgrajeno zopet uniči. Kot najusodnejše pogrške smatram, da se ni v dobi kranjskega deželnega odbora izdajalo nobeno znanstveno zdravniško glasilo. Kar je bilo kvalitetnih mož, so pisali v nemške revije in s tem množili nemški kulturni zaklad. Kako vse drugače so bili Hrvati pripravljeni na prevrat, ker so v odločilnem trenutku že imeli svojo znanstveno-literarno tradicijo. Pri nas pa še danes doživljamo delni bojkot nad Zdrav. Vestnikom in sicer od onih, ki so poklicani po svoji poziciji, da vodijo in dajejo znanstveni vzgled mladi generaciji. Je obupno dejstvo, da edina naša znanstvena revija še do danes ni od vseh strani priznana kot naše najdragocenejše imetje, je obupno, da se ravno danes zopet bori za svoj duhovni in materijelni obstoj. Nadalje je žalostno, da ta uboga revija nima lastnika v združenem slovenskem zdravništvu, ker to zdravništvo še danes ni združeno razen po sili zakona, da je njen lastnik lahko oni dobrovoljec, ki si upa prevzeti brigo za listovo eksistenco na svoje rame, medtem ko se celotni zdravniški kolektiv skoraj nič ne briga za svojo najvažnejšo nalogo. To niso samo senčne strani slovenske revijalne zdravniške literature, to se že lahko imenujejo sramotne strani slovenskega zdravništva. Smatram, da je za uspeh slovenske zdravstvene revije v prvi vrsti odgovorno zdravniško društvo, v drugi vrsti pa ravno tako naša medicinska fakulteta in zbor primarijev. Kar ne morem si predstavljati večje bolnice kakor n. pr. ljubljanska bolnica, koje naloga ni samo zdraviti bolnike po že priznanih metodah, pač pa mora delovati tudi na izpolnjevanju zdravniškega naraščaja, da bi taka bolnica mogla resno opravljati svoje naloge brez dobrega znanstvenega glasila. Sicer pa postaja po šestih letih obstoja Zdrav. Vestnika prilično jasno, da tako lahko izdajamo znanstveno revijo, kakor težko izdajamo znanstveno knjigo. Toda kako daleč se še nahajamo od tislega časa, ko bomo lahko rekli, da imajo Slovenci poleg svoje medicinske fakultete tudi svoj popo-

len znanstveni list. Kako se sklada z veseljo in častjo večine slovenskega zdravništva, da se njihov list takorekoč vtihotaplja v njihove roke in da je iz lajatelj menda vesel, če ga prejema vsaj z enako dobro voljo kot kak Bayerov zlatoplatničasti „Terapevtski Vestnik“. Ne moremo nazvati te besede pretiravanje, saj je komaj ena petina vsega zdravništva dala svoj vidni pristanek na list. Kaj bi pa storile ostale štiri petine, če bi uredništvo postavilo enako zahtevo kot jo ima Lječn. Vjesnik (200 Din), ne moremo reči, lahko si pa mislimo. To niso več sence, ampak to je absolutna tema naše zdravniške, stanovske in racionalne zavednosti. Opravičila ni nobenega! Kdor je storil mnogo, je kriv, da ni storil več.

Tako je sedanje stanje stvari. Vprašanje nastane kako si zamislimo bodoči in popolni Zdrav. Vestnik in kaj sodimo po današnjem. Skoraj bi se mi zdelo, da nisem upravičen do ostre sodbe sedanjega stanja, če bi poleg te sodbe ne izrazil tudi smernic, ki naj vodijo v boljše. List se nahaja v kljub vsemu v najlepšem razvoju, še dolgo pa ne bo ono, kar moremo od njega zahtevati in kar lahko postane, če ga prevzame vse slovensko zdravništvo v svojo skrb. Tekom zadnjih par let se je vsebinsko izčistil, da ne prinaša več člankov, ki spadajo v druge naravoslovne liste. Pridobil je na obsegu ca. štirikratno, otvoril je mnogo rubrik, ki pa niso doživele pravega razmaha, vestno poroča o zdravniških sestankih, referira iz jugosl. medicinske literature itd., torej razvoj v smeri, da postane neobhodno potreben vsakemu slovanskemu zdravniku, njegov učitelj in informator, skratka: nekako centralno glasilo, da postanejo vsaj za nespecialista odveč vsi drugi časopisi. Huda zmoča bi bilo misliti, da je mogoče doseči začrtani razvoj s požrtvovalnim delom posameznikov. Dokler ne postane medicinsko znanstvena revija naloga, ponos in veselje vsakega zdravnika, se bomo morali spričo naše maloštevilnosti zadovoljevati s polovičarskim in nedovršenim delom. Kako smo danes še oddaljeni od onega stanja, ko bo z vsako novo številko občutil vsak slovenski zdravnik izraženo tudi svoje hotenje!

Kakšna pota moremo predlagati, da se postavljenemu cilju čimbolj približamo? Vso moralno in materijelno odgovornost za list mora prevzeti Slovensko zdravniško društvo. To društvo se mora reorganizirati kot vrhovna instanca za vsa vprašanja izven stanovskega okvirja. Pravzaprav je reorganizacija nepotrebna, potrebno je samo priznanje takega društva od vsega zdravništva. Za čisto stanovsko službo obstojajo poleg zbornice še tri druga stanovska društva, zato ni potrebno niti pametno Zdravniški zbornici kot ostalim društvem natovarjati naloge, ki prekoračijo njihove delokroge in ki na drugi strani slabijo našega glavnega reprezentanta, to je Slov. zdravniško društvo. Odbor Sl. zdrav. društva skrbi za urednika oziroma za uredniški odbor. To so naloge, ki same že polno desetletje vpijejo po rešitvi, rešilo se pa ni niti eno vprašanje, komaj da smo si dovolili praznovati 70-letnico društvenega obstoja. Drugi predlog bi bil ta, da prominentnejši znanstveno

delujoči kolegi prevzamejo odgovornost, kakor je običaj pri Nemcih. Za naše razmere je po mojem mnenju primernejša prva zamisel, ker zainteresira dosti večji krog.

Druga naloga je organizacija strogo-znanstvene zdravniške knjižnice. Že preje sem omenil, da je to vprašanje spričo naše maloštevilnosti rešljivo ugodno le ob izborni organizaciji. Kadarkoli pomislim na prepotrebno organiziranost slovenskega zdravništva, se spomnim na staro Mohorjevo družbo, ki je postala ponos slovenske kulture pred širnim svetom in ki je dosegla svoje uspehe le na sijajni organizacijski bazi. Naj iščemo to organizacijsko osnovo kjerkoli hočemo, vedno nam ostane Slovensko zdravniško društvo. Na prvi pogled je dosti nerazumljivo, da ravno zdravniški stan pri Slovencih ni sposoben za nikako organizacijsko napredovanje. V tem oziru smo dosti zaostali za Hrvati in Srbi. Trdoglavo individualiziranje uničuje smisel za subordinacijo skupnosti ter redi bohotno rast lokalnega patriotizma. Saj živimo že dosti dolgo v kulturnem sožitju zapada, ki je izobrazil organizacijo družbe, ter dodelil vlogo posameznikom. Ni pretiravanje, če trdim, da igrajo slovenski zdravniki kot stan vlogo statista med ostalimi stanovi. Novi časi, ki neizbežno prihajajo, nas bodo temeljito pretresli. Privatna praksa, jedro in ključ do razumevanja sedanjega zdravnika bo kmalu zgodovina. Imamo razlogov dovolj, da se kot stan vsaj malo vpravimo in postrumimo. Prvi znak zboljšanja v tem pogledu med zdravniki bo prostovoljna strnitev v strumni in reprezentativni organizaciji Slov. zdravniškega društva ter v dobri fundaciji izdajanja zdravstvene literature.

Vsa slovenska medicinska literatura ima svojo veliko senčno stran v neveselem dejstvu, da te literature skoraj ni in ima svojo malo solnčno stran, da se iz srca veselimo tega, kar je bilo vendar ustvarjeno v kljub neprijaznosti sil in časov.

PLATNICE

! NUJNO !

ZA ZDRAVNIŠKI VESTNIK 1934

Din 20.-



PRI UPRAVI ZDRAVN. VESTNIKA — GOLNIK

Biermer-jeva anemija in njeno zdravljenje z izvlečki jeter in želodca.*

Malokrvnost (anemija) je zelo pogost pojav in precej zaposluje zdravnika v praksi. Prešla pa je tudi kot neka diagnoza v lajične kroge in se zato ne smemo čuditi, če zalagajo farmacevtske tvornice, razni laboratoriji, da celó posamezni lekarnarij trg s preparati — predvsem železa, arzena, kina-skorje itd. — z lepo donečimi imeni in z več ali manj duhovito reklamo. Da se teh preparatov troši mnogo, vam lahko potrdi vsak lekarnar in kar je glavno: izdajajo se brez recepta. Mimogrede povedano je cena teh tvorniških proizvodov neprimerna, tuptam celo pretirana, prinaša pa seveda producentom lep dobiček. Koliko koristijo bolnikom, to vemo sami najbolje. Toda to še ni vse. Koliko teh tinktur predpisuje zdravnik sam, zlasti v hitrici blagajniške prakse. Problem malokrvnosti seveda s tem ni rešen, vendar je bolnik že s svojim „železnim vinom“ zadovoljen.

Vzrok tem nedostatkom leži na dlani. Za diagnozo in diferenciranje anemij je potrebno v prvi vrsti, da ima zdravnik za bolnika čas. Drugič: da razpolaga s potrebnimi laboratorijskimi pripomočki in da obvlada tehniko krvne preiskave. Kjer ti pogoji manjkajo, naj napoti zdravnik bolnika v svrhu konstatacije in klasifikacije malokrvnosti k specialistu ali v zavod.

Anemija je pojav zelo različne geneze, ki je danes le malo znana ali pa — kakor je to pri težjih vrstah — še popolnoma nejasna. Razlikovanje posameznih vrst anemij ni vedno lahka naloga. Pri poiskusu opredeliti te anemije v sisteme, je prišlo nehote do gotove chematizacije, ki pa je s kliničnega, še bolj pa s terapevtskega stališča bila potrebna. Tako poznamo danes več vrst delitev, iz raznih vidikov.

Ehrlich je kot prvi delil anemije v *embrijonalne* in *postembrijonalne* oblike, kar bi odgovarjalo hiper- in hipohromnemu tipu. K prvemu bi pripadala Biermer-jeva perniciozna anemija (a. p.), k drugi pa večina ostalih. Ta princip delitve pa ni obveljal, ker premalo loči posamezne oblike. S patogenetskega stališča je na to skušal Pappenheim deliti malokrvnosti v dve skupini: I.: anemije, povzročene po večji potrošnji krvi. K tem je prišteval take, ki so posledica krvavenja, toksične (sstrupi industrije in obrti, svinca itd.) parazitarne obolenja, luetične, postmalarične, anemije v nosečnosti itd., končno še napredujoče perniciozne in kronične hemolitične anemije (icterus haemoliticus).

II. skupina pa bi obsegala hipoplastične (tbc., carcinom, nefritis, kronični infekti) in aplastične, končno mielopatične pri novotvorbah kostnega mozga in osteoskleroze. Pozabiti pa ne smemo tudi na danes že bolj redko hlороzo.

* Predavanje na XV. referatnem sestanku mariborskih zdravnikov



ARCANOL *je najboljšo*
jemati pred in za časa
GRIPE *s toplim ČAJEM*

Originalni zavitki z 10 tabletami

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

Radio=Therma Laško



Najučinkovitejše zdravljenje išiasa, revmatičnih obolenj, ženskih bolezni, znižanje krvnega tlaka, rekonvalescenca itd. = Sezona traje od 15. junija do 15. septembra. = V sezoni 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, kopalnica, dve zdravniški preiskavi. Vštete so tudi vse takse). Prospekte in informacije na zahtevo od uprave zdravilišča.

ALUCOL (Koloidalni aluminijev hidroksid)

Pri zdravljenju hiperaciditete in ulcus ventriculi et duodeni ne veže na kemični način solne kisline in ne tvori z njo nevtralnih soli, temveč absorbira kislino v obliki koloidalne gelerte, ki pokriva sluznico želodca.

ALUCOL cum belladonna

se rabi v slučajih, v katerih želimo istočasno doseči zmanj. supersekrec. želod. soka.

INDIKACIJE: hiperaciditeta, ulcus ventriculi et duodeni, dispepsija, napenjanje želodca in vsi procesi patološkega vrelja v crevesih.

DOZIRANJE: pred in po jedi 1—2 tableti z zobni zmleti v prah. Prašek je treba jemati pol ure pred in po jedi in sicer polno noževo konico z malo vode.

Cena za publiko:	Alucol:	Alucol c. belladonna:
	prašek 100 gr Din 36.—	Din 42.—
	" 25 " " 15.—	" 18.—
	" 48 x 1 gr. 20.—	" 24.—

Predpisujte domače preparate!

Vzorce in literaturo pošilja

Dr. A. WANDER D. D., Zagreb

K A T G U T

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

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

Ta princip delitve je dober in nam pové že mnogo več kot prejšnji, je pa za praktičnega zdravnika — in temu je predvsem namenjeno to predavanje — žal malo prikladen. Točna delitev glede potrošnje krvi je vsled nezadostnih tehničnih pripomočkov (omenjam samo vitalno barvanje rdečih krvnih teles, kvantitativno določanje izločenega urobilinogena) nesigurna in za sedaj malo pregledna.

Najstarejši princip, ki se ga poslužujemo ob bolniški postelji še danes, je delitev v *primarne* in *sekundarne anemije*. Teoretski ta delitev sicer ni dobro osnovana, ker je končno vsaka malokrvnost sekundarnega značaja. Kri je produkt raznih organov in različnega tkiva. Lečeči zdravnik pa ima pri tej delitvi nekako vodilno nit, ki ga vsmerja v njegovem zdravljenju.

Med primarne anemije bo prišteval praktični zdravnik — pri tem mislim zdravnika, ki se je posvetil zdravljenju, ne pa raziskovanju — predvsem Biermerjevo perniciozno anemijo ali pa kakor jo Brugsch imenuje a. gravis, danes še nekoliko nejasne etiologije, nadalje hlorozo, ki jo pa kakor omenjeno bolj redko srečujemo. Toda tudi pri tej delitvi bo zdravnik često tipal v temi in se bo mogel končno odločiti za eno ali drugo skupino ne le na podlagi krvne preiskave, marveč bo moral pritegniti na pomoč tudi ostali arzenal zdravniške vede, anamnezo, klinično preiskavo itd.

V Papeenheimovi delitvi vidimo, koliko faktorjev je na delu, ki povzročajo malokrvnost. Kako raznoliki bodo tudi terapevtski posegi pri teh raznih oblikah. Pomislimo nekoliko na okultna krvavenja pri želodčnih in črevesnih čirih, pri raku, in krvavečih hemoroidalnih vozlih, tuberkulozi pljuč, parazitarah boleznih (bartonele, ankilostomijaza), na malarijo, lues, posledice zastrupljenja s svincem, vse oblike tkzv. pseudoanemij, dolgotrajni vpliv röntgenovih in radijevih žarkov, končno vse tropske in polarne bolezni itd. Kako pogubno je, če smatra zdravnik tako anemijo za primarno in s tem zamudi pravočasno in učinkovito vzročno zdravljenje. H temu le par primerov iz prakse: dekle s tuberkuloznim infektom se zdravi za hlorozo, oboleli na raku s preparati jeter, medtem pa zamudi pravočasen operativen poseg; bolnik z luelično a. pa dolga leta vživa vse mogoče preparate in tinkture z železom, ne da bi se mu izboljšali bolezenski znaki. Takih in podobnih primerov je nešteto.

Ni pa vsak človek anemičen, ki dela po svoji zunanosti vtis malokravnega. Prozornost kože, polnjenje kapilar, nevropatska razpoloženost bolnika in mnogo drugih faktorjev pride tu v poštev. Edino objektivna preiskava krvi more biti tu odločilnega pomena. S temi svojimi izvajanja sem se sicer nekoliko oddaljil od prvotne naloge, vendar pa mislim, da je bilo to z ozirom na razumevanje problema malokrvnosti, posebno še a. p. potrebno.

Sedaj si pa oglejmo napredujočo *perniciozno anemijo* ali kakor jo tudi imenujejo *anemijo Addison-Biermerjevega tipa*. Brugsch je predlagal z ozirom na to, ker je a. p. z uvedbo jeterne terapije precej izgubila na svojem pernicioznem značaju, tudi ime *anaemia gravis*. Prištevamo jo k primarnim in jo označimo po Papeheimu kot anemijo vsled večje

potrošnje krvi, po Ehrlichu kot embrijonalno ali hiperhromno. Med težjimi anemijami je ena najpogostejših.

Je-li a. p. tudi pri nas tako pogosta? Spomnil bi vas na izrek prof. Morawitza, ki je dejal, da je a. p. povsod tam pogosta, kjer jo zdravniki poznajo. Kaj je hotel s tem povedati, nam je jasno. V Ameriki beležijo veliko slučajev a. p., na Japonskem manj. V srednji Evropi se pojavlja približno v vseh deželah enako. Tudi statistika je v skladu s tem spoznanjem. Klinika v Lipskem n. pr. zaznamuje pred letom 1921 8—10, po tem letu pa kakih 16—18 bolnikov z a. p. letno. To porast spravljajo nekateri v zvezo s svetovno vojno, vendar za to domnevo sigurnih podatkov ni. Naša statistika je malenkostna v primeri z inozemskimi zavodi; saj sprejme naša bolnica le 3—4 slučaje letno v svojo oskrbo. Prepričan sem pa, da se nahaja enako, če ne večje število bolnikov izven zavoda v oskrbi zasebnih zdravnikov oz. blagajn. Kljub razmeroma malemu številu obolenj v primeri z drugimi vsakodnevnimi bolezenskimi pojavi pa je dolžnost vsakega praktičnega zdravnika, da pozna a. p. in njene pogloblitve znake, v slučaju nejasnosti pa napoti bolnika na specialni pregled k internistu.

Po statistikah večjih inozemskih zavodov bi sklepali, da ne igra spol nobene vloge. Naši bolniki so bili večinoma moškega spola. Doba obolenja v razvitem stadiju niha med 4. - 6. desetletjem, vendar moramo iskati začetke mnogo prej in smo beležili med našimi bolniki tudi mlajše letnike, vendar ne izpod 25 let. V detinstvu je a. p. zelo redek pojav, poteka navadno v perakutni obliki, je prognostično slaba ter je nje razpoznava napram anemica pseudoleukemia zelo težavna.

Če pogledamo historijat a. p., ga moremo deliti v tri periode, ki nam jasno pokažejo razvoj te zanimive in težke bolezni. Prva se pričinja z letom 1855, ko jo je prikazal Addison kot zaokroženo celoto in jo imenoval idiopatsko anemijo v nasprotju s sekundarno. Sicer pa jo je že leta 1822 anglež Combe poznal in opisal. L. 1860 jo je Cazenave imenoval esencijelno anemijo, l. 1868 pa jo je označil Biermer za perniciozno radi njenega običajnega letalnega izida.

Druga perioda je že plod morfološko-znanstvenega dela, zlasti po Ehrlichu, ki je ugotovil njene hematološke posebnosti in dokazal, da je bolezen primarna, idiopatska in esencijelna, torej bolezen sama kot taka in ne posledica kake druge bolezni, ki sekundarno anemizira organe. Anemija je prvi in vodeči simptom.

Tretja perioda pa je plod dela najnovejšega časa in se pričinja z letom 1926, ko je Whipple preizkušal krvnoregeneratorično sposobnost jeter in ko je Minot in Murphy-u s Hawardske univerze uspelo z jeterno dijeto normalizirati krvno sliko pernicioze.

Etiologija bolezni pa tvori poglavje zase. Pokazala je vse hematologe na plan in problem a. p., dasi še vedno nerešen, se je vendar začel nekoliko bistriti. Kakor povsod drugod v medicini, tako vidimo tudi tu povsem si nasprotujoče izsledke in tem primerne hipoteze. Gotov konstitucionalni

Za zdravljenje **perniciozne** in drugih **anemij**
predpisujte močno delujoči domači preparat

Perhepar

vsebuje učinkoviti ekstrakt jeter v koncentrirani obliki

Perhepar tabl.

1 tabl. po 0.5 g odgovarja 50 g svežih jeter.

Perhepar inj.

1 ampula à 1 ccm odgovarja 500 g svežih jeter.

Škallja s 6 ampulami. Dnevno 1-2 ccm intramuskularno.

Predpisujte z zaupanjem dobre domače preparate!

KEMIKA D.D. ZAGREB

ROBOR M. i K.

..... za ojačenje živčne in telesne moči. Jako posrečena kombinacija glicerofosfata, arsena, mangana, oreha Kola in strihninovega oreha. Orig. stekl. 150 gr. Sirup prijetnega okusa.

SKALIN M. i K.

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

REAL M. i K.

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

CAMPHOSOL M. i K. injekcije

..... 10% in 20% - vodena raztopina sulfoniranega preparata japonske kafe. — Subkutano, intravenozno in intramuskularno. V ampulah a 1,1; 2,2; 5 in 10 ccm.

CAMPHOSOL M. i K. draže

..... sulfonirani preparat naravne japonske kafe v subst. Orig. zavitki: škallja z 20 draž. jami a 0.10.

HIDROGEN M. i K. tablete

..... Hydrogenium hyperoxidatum v moćnem stanju vsebuje 35% H₂ O₂. Pakirano v cevkah po 10 in 20 tablet a 1 gr.

Kemijsko-farmaceutski laboratorij
MIŠKOVIĆ in KOMP. Beograd, Sarajevska 84.

HEPATOPSON

LIQUIDUM IN PRO INJECTIONE

Izredno **ekonomični**
in zares **efikasni** preparati

za terapijo perniciozne anemije

2.1 ccm hepatopson pro injectione
odgovarja oca 600 gr svežih jeter
škatlje po: 10x2.1 ccm, 100x2.1 ccm, 3x5.3 ccm



Zastopstvo za Jugoslavijo:

MR. JOSIP HOFFMANN
ZAGREB, Mošinskoga ul. 5

Röntgen

Röntgen

FILMI — PLOŠČE — PAPIRJI

Cene nizke, postrežba točna!

Zahtevajte ponudbe:

DROG. ADRIJA — LJUBLJANA — ŠELENBURGOVA

KLIŠEJE

vseh vrst izdeluje po slikah in rizbah

JUGOGRAFIKA, d. z o. z.
v LJUBLJANI, Sv. Petra nasip št. 23

in nasledstveni moment danes večina avtorjev priznava. Predstavniki tega mnenja so predvsem Martin, Schaumann in Gänsslen, v Ameriki Ladd in Lewine. Po ameriškanih avtorjih se pojavlja bolezen familijarno v ca. 6%. Tudi Morawitz se temu pridružuje dasi mu a. p. s svojim nastopom in potekom ne dela vtisa konstitucionalnega obolenja, marveč ga spominja na infektivne oz. toksične procese. V tem smislu zagovarjajo tezo Hunter, Grawitz, Nägeli in dr. Predvsem je predmet vseobčnih preiskav gastrointestinalni trakt od usne dupline preko ahiličnega želodca do tankega črevesa, kjer se patološka flora pri a. p. bohotno razvija. Brugsch pa prišteva a. p. med alimentarne anemije, t. j. malokrvnosti, ki so povzročene po nepravilnem hranjenju, oziroma, ki se dajo odstraniti s pravilno dieto. Ta njegova trditev se ne ozira na morfološki princip, ki pa mu ni merodajen, ker je morfologije odvisna od preosnove in ne narobe. Za to njegovo trditev govori tudi uspešno zdravljenje z izvlečki jeter in želodca, jetrna dieteta, tako da njegova „anaemia gravis“ nosi pečat čiste avitaminose, kakor n. pr. pellagra, skorbut in rachitis. Brugsch pa kljub temu ne odklanja možnosti, da bi bil poleg pomanjkljive hrane kriv lahko še kak drug moment, ki nam je danes še neznan.

Literatura raznih tozadevnih raziskovanj in eksperimentov postaja skoro nepregledna; prednjačijo predvsem Nemci, Angleži in Amerikanci. Gänsslen (Tübingen), ki je avtor znanega jetrnega preparata Campolona (Bayer-Meister-Lucius) opozarja, da igrajo v patogenezi a. p. veliko vlogo motnje v normalnem poteku prebave in resorpcije, in vsled teh motenj prehrane ne dobiva organizem za krvno tvorbo potrebnih regulativnih snovi. Ta manjkajoča snov se nahaja po njegovem mnenju v zdravi sluznici, mogoče tudi v mišičju želodca, predvsem pa v jetrih. Res nam je znano, da nastopajo motnje gastrointestinalnega trakta mnogo pred začetkom a. p. in so često familijarnega značaja. Želodčni sok normalnega zdravega človeka ima za posledico povišanje števila retikulocitov, medtem ko sok bolnega na a. p. tega ne zmore. Tudi črevesna flora je pri a. p. v tankem črevesu patološko spremenjena, kar je verjetno v zvezi z vedno ahiličnem želodcem. Gutzeit poroča o posledicah totalne resekcije želodca pri živalih. Po operaciji se razvije predvsem slika katara tankega črevesa z dispepsijo in vrenjem, nato z gnitjem (indikanurija).

Po več tednih ali mesecih pa nastopi v velikem številu slučajev napredujoče oškodovanje eritro-in leukopoetičnega sistema. Pred seboj imamo tedaj sliko močne aplastične, hipohromne (neperniciozne) anemije, toda brez povečanja razpada krvi. Anemije si ta avtor ne zna razlagati, misli pa, da je kriva resorpcija neznanih toksinov, ali pa pomanjkanje gotovih snovi, ki so potrebne za orgaizem slično kateri vitamini. Toda o tem še pozneje.

Večina avtorjev si je danes v tem edina, da je gastrična ahilija močno disponirajoč moment in verjetno tudi primarno obolenje, iz katerega se šele razvija a. p. Grawitz je bil prvi, ki je opozoril na ta dominantni znak

a. p., ki pri gotovi, sedaj še malo znani dispoziciji povzroča anemijo, ki pa ima s svoje strani zopet za posledico megalocitično reakcijo kostnega mozga.

Dernig poroča o sličnih posledicah po resekciji želodca pri človeku, samo s to razliko, da imajo te anemije često značaj pernicioze. Ahilični bolniki, ki ne kažejo klinično nobenih znakov a. p., imajo često malo povišan barvni indeks in megalocitozo v velikem odstotku.

Da igra želodčni sok veliko, če ne odločujočo vlogo v patogenezi a. p., nam bo jasno iz neštevilnih poizkusov Meulengrachta, Castlea, Hecht-Johannsenena in Isaacs a z različnimi preparati in izvlečki želodca. Pa ne samo ti, marveč navadni želodčni sok zdravega človeka sam vpliva uspešno na remisije a. p., torej se mora v njem nahajati isti antianemični princip, kakor v preparatih sluznice želodca. Nekateri smatrajo ta princip za novi vitamin ali celo hormon. V zadnjem času poroča Kühnau celo o uspešnem delovanju duodenalnega soka, medtem ko je ostala pulverizirana sluznica žolčnega in ozkega črevesa brez učinka. Meulengracht, ki se že dolgo bavi s temi poizkusi, je mnenja, da antianemični princip ni preformiran ne v želodcu in še manj v črevesju, marveč se stori (sprosti) šele tedaj, ko pride želodčni sok v dotik s prebavilnimi fermenti. Zadevnih poizkusov je nešteto in mirno lahko trdimo, da nam bodo prinesli še marsikaka razkritja, vendar bi nas dovedlo predaleč, če bi se na tem mestu hoteli z njimi podrobneje pečati.

Dasi smo danes zahvaljujoč številnim pionirjem vede zadnjih osem let tako daleč, da nam ne predstavlja a. p. več tiste strašne neozdravljive bolezni kakor pred dobrim desetletjem, vendar ne smemo pozabiti, da ta problem še ni povsem rešen in da je tu še precej neznanih faktorjev. Ravnotako tudi naša umetna delitev anemij v primeri z veliko pestrostjo v krvni sliki ne izdrži popolne znanstvene kritike.

Koliko je n. pr. težkih malokrvnosti, ki sličijo perniciozi s prosto kislino v želodcu in ki jih često najdemo po težki malariji, pri raku ali pri infekcijskih poliartrihah: saj je tudi simptomatologija a. p. precej menjava in ne tvori vedno enotnega kompleksa bolezenskih znakov.

Izrazito progredientno a. p. ne bo težko razpoznati, če predpostavljamo, da zdravnik to bolezen dobro pozna. Stojimo pa danes na stališču, da je potrebno ugotoviti a. p. v zgodnjih stadijih, kar ne bo vedno tako lahko. Z dobro anamnezo se je prišlo do spoznanja, da segajo začetki take anemije daleč nazaj, po deset in več let. Ta „začetni“ stadij traja lahko po več let in prehaja čisto ne opazimo v pravi anemični stadij z vsemi svojimi težavami, ki privedejo šele bolnika k zdravniku, da si poišče pomoč.

Med zgodnje znake bolezni spadajo predvsem motnje gastrointestinalnega trakta, dispepsije, enteritide i dr., pozneje se pa razvije pri pravi Biermerjevi bolezni 100% ahilija. Za to jo lahko imenujemo tudi konstitucionalno a. p., medtem ko ločimo drugo skupino (strikture, botriocfal itd.) kot kondicionalno a. p. Tako najdemo pogosto v družinah, kjer boluje kak

član na a. p., druge člane z ahilijo brez drugih znakov ali samo latentno a. p. Kondicionalno a. p. pa smatramo kot posledico črevesne intoksikacije.

V ahiličnem želodcu najdemo vedno koli-bacile. Tudi v tankem črevesu se je razbohotila nenavadna flora, ki potem povzroča patološke spremembe na sluznici, to pa vsled pomanjkanja laktericidnega faktorja proste solne kisline v želodčnem soku. Te patološke spremembe na sluznicah nam pojasnjujejo, zakaj je otežkočena ali celo onemogočena resorbcija oz. pretvarjanje hranilnih tvarin, ki so krvi potrebne. Že radi tega moramo ceniti prednost, ki nam jo daje parenteralna aplikacija preparatov mesto peroralne, kjer mora biti doza 15—20 krat večja, da dosežemo iste zdravilne učinke. Če ne najdemo pri bolniku ahilije želodca, lahko upravičeno podvomimo, da gre tu za anemijo perniciozo. Začudilo pa nas bo dejstvo, da ne povzročuje ta gastrična ahilija pri velikem številu bolnikov nobenih težav. Tek je dolgo ohranjen, bolnik izgleda dobro rejen, sicer malo napihnen in ima pogoste diareje, vendar navadno brez subjektivnih želodčnih bolečin. V gastrointestinalnem traktu torej bi našla svojo razlago tako teorija o avitaminozi kakor tudi ona o toksičnem izvoru. V tem tkzv. dispeptičnem stadiju bolnik ne mora biti anemičen in krvna slika nam ne pove mnogo. Treba se bo tedaj ozirati na druge znake, ki nam vzbude sum na a. p.

So to predvsem spremembe na jeziku, ki jih je prvi opisal Hunter in ki se pa njem imenujejo *glossitis Hunter-i*. Levine in Ladd trde, da manjkajo te spremembe le v 16% slučajev. Kljub temu torej, da je ta znak tako pogost, so polagali nanj premalo važnosti in pozornosti, kar nam dokazujejo zelo pomanjkljivo in nasprotujoče si statistike. Bolnik sam si te znake zapomni in anamnestično to lahko še pozneje ugotovimo.

Te spremembe na jeziku so lahko dvojne vrste: poleg mehurčkov in malih rdečih pekočih čirov, zlasti na sprednjem delu sluznice jezika, ki bolnika pri jedi zelo ovirajo, najdemo tudi gladko, atrofično površino jezika, kjer so papillae filii in fungiformes degenerirale in je jezik svetel in gladek kakor bi bil poliran. Ta atrofija sluznice lahko prehaja v ostalo ustno duplino in celo v nos (gingivitis, paradentoze, močno gnitje zob itd.)

S temi zgodnjimi spremembami prehaja bolnik polagoma v anemični stadij, kjer poišče navadno šele zdravniško pomoč. V tem stadiju prevladujejo predvsem znaki malokrvnosti, kakor jih najdemo tudi pri vseh ostalih nepernicioznih oblikah: glavobol, utrujenost, palpitacije srca, šumenje v ušesih, drugi pojavi splošne slabosti, omotičnost, ki se pokaže najprej pri delu in telesnem gibanju, pozneje tudi pri popolnem mirovanju. Slične pojave najdemo tudi pri drugih boleznih. Pogosto sem jih mogel opazovati pri terciarnih fihazah, deloma pri raku in težjih srčnih napakah, tako endokarditah kakor tudi toksičnih miokarditah. Te znake si razlagamo s pomanjkljivo preskrbo organizma s kisikom tkzv. anoksemijo, ki pa ni specifična.

Anamneza nam tu mnogo pomaga. Že ritmična menjava med dobrimi in slabimi časi, ki jo najdemo v anamnezah bolnikov z a. p. govori proti anemiji po raku ali drugih težkih boleznih. Izgled bolnika ima nekaj poseb-

nega. Kolorit kože je zelenkastorumen in spominja nekoliko na barvo slame ali citrone, je često tako izražen, da smo mnenja, da imamo pred seboj ikteričnega bolnika. Ta tipična barva je res povzročena po lahkem ikterusu, ki pa ni tako izrazit, da bi se mogel takoj zaznati v seči ali na beločnicah. Pač pa dobimo povišan bilirubin v serumu, (nad 0,6 mg%) ki je zlate barve, torej precej temnejši od normalnega, (bilirubinemija po H. v. d. Berghu z alkoholično reakcijo pozitivna.) Kožne pigmentacije in krvavitve vidimo le redko.

Bolj zanimive in raznolike so pa spremembe v smislu živčnih motenj. Brez kakih objektivnih znakov nam tožijo bolniki o parestezijah na prstih in neuritičnih bolečinah v okončinah (akroparestezije). Kasneje se pa tem znakom pridružijo še tako paralitično — kakor spastično — ataktični pojavi. Kitni odzivi oslabe, spomin ga zapušča, potencia se zmanjša in bolnika se poloti razdražljivost. Pred nami imamo torej znake, ki nas močno spominjajo na tabes. Tudi Babinskijev odziv je tupatam pozitiven in govori tedaj za degeneracije v stranskih svežnjih hrbtne mozga. Slični pojavi tkzv. funikularne mieloze (mieloza Henneberg) so se pokazali tudi pri drugih malokrvnostih, vendar ne v taki prevladujoči vlogi, kakor jo opazimo pri a. p. Te pojave so posebno dobro proučili neurologi Nonne in Schröder, ki so ugotovili, da gre za sklerotične spremembe v zadnjih in stranskih svežnjih hrbtne mozga. Važno je znati, da reagirajo te spremembe le malo ali prav nič na kako substitucijsko zdravljenje z ekstrakti (Seyderhelm), le Franke trdi, da je videl zboljšanje funikularne mieloze pri dodatku večjih doz reduciranega železa (ferr. reduct.) poleg jetrne terapije, dasi si tega ne zna razlagati. K sreči ti pojavi niso tako pogosti, ker nastopajo le v kakih 10—12% a. p.

Bolj znan znak je boleestnost prsnice pri poklepu ali pritisku. Rebra so mnogo manj občutljiva, cevaste kosti so neboleče (po Morawitzu, dasi Strümpell omenja tudi boleestnost teh.)

Na srcu ne opazimo nikakih lipičnih sprememb. Prevladuje slika, ki je lastna vsem anemijam: tahikardija, zlasti pri hidremiji, palpitacije, anemični šumi, predvsem sistolični, ki pa so akcidentalne narave. Spremembe v trebuhu so malenkostne. Tupatam najdemo povečana neobčutljiva jetra, pogosto (celó do 50%) povečano vranico. V piloričnem delu želodca otipamo tuintam trdo bulo, ki nas lahko zavede do diagnoze želodčnega raka. Ker pa gre tu za pilorične hipertrofije, ki so pri a. p. kaj česte, je opreznost tem bolj na mestu.

Drugih telesnih sprememb ni; torej je telesni status sam — kakor vidimo — za sigurno diagnozo le malo vporabljiv. Tudi telesna toplota je neznačilna. V času remisij, ki nastopajo tudi spontano brez zdravljenja, je sploh ni; v času poslabšanja pa lahko naraste do 38,5° C in je navadno remifirajočega tipa. Seč je temna in v času večjega krvnega razpada precej bogata na barvilih, kar kontrastira z obstoječo anemijo.

Po vsem tem smo torej prisiljeni poiskati še drugi način, da pridemo do nesporne, sigurne diagnoze, kar je tem večjega pomena, ko je vendar zdravljenje a. p. danes bistveno drugo, kakor pred kakim desetletjem.

To sigurnost nam končno poda — seveda z vpoštevanjem vsega ostalega kliničnega kompleksa — hematološka preiskava, krvna slika še posebej.

Nadaljevanje sledi.

Uporabljivost pernoktona v privatni praksi

O pernoktonu sem imel že dvakrat priliko poročati ko sem bil še sekundarij v državni bolnici za ženske bolezni (glej: „Zdrav. vest.“ let. III. (1931) „Naše skušnje s pernoktonom“ in letnik V. (1933) „Skušnje s pernoktonom pri eklampsiji“. Tokrat bom na kratko povedal, kako sem zadovoljen z njim v privatni praksi.

Če sem klican k porodu, ne grem nikoli brez pernoktona. Zdi se mi, kakor da bi šel brez puške v boj. Pernokton se druži z morfijem in preparati hipofize. Vsi trije morajo pomagati porodnici, v kolikor stadij poroda zahteva in seveda tudi dopušča.

Takoj ko pridem k porodnici, oziroma po končanem pregledu, povem in razložim, da se more na bolečine blažilno vplivati, ne da bi to škodovalo popadkom, materi ali otroku. Če pri prvem pregledu ugotovim ali vsaj posumim na patološki porod, potem te skrivnosti ne izdam. Injekcija pernoktona bi bila mogoče kontraindicirana radi nejasne situacije, a porodnica bi pa vsled bolečih popadkov le vsiljivo prosila zanjo, ravnotako seveda tudi navzoče sorodstvo.

Strah, bojazen, negotovost zlasti pri prvorođnicah po taki tolažbi izginejo in žena mirnejše pričakuje težke ure.

Sicer morem poročati o skušnjah pri komaj šestih slučajih iz povsem razumljivih razlogov. Porodnice često ne vedo, da jim more zdravnik bolečine zmanjšati ali celo popolnoma odvzeti in ga pač ne kličejo. Denar igra zopet svojo važno vlogo. Zdravnika kličejo le k patološkim porodom; redkejše zaradi močno bolečih popadkov, preje še zaradi zavlačevanja poroda ali še hujših komplikacij.

Štirje mojih slučajev so bili taki :

1. K. D., primipara, žena zdravnika; podrobnosti si nisem zabeležil. Morem samo navesti, da je bila porodnica zadovoljna; amnezija delna. Delovanje zadovoljivo.

2. I. M., 26 let stara, žena profesorja, primipara, zadnjična lega, prezgodnji razpok mehurja. Začetek rednih popadkov ob 18. uri. Rektalno: Mat. ustje za dva prsta odprto. Injekcija pernoktona 4.75 ccm štiri ure po začetku popadkov. Bolnica se vleže na desno stran in vztraja cele tri ure v tej legi, ne da bi se premaknila. Ob popadku stoka, tudi govori. V presledkih spi ali dremlje.

Čez točno tri ure ponovna intravenozna injekcija pernoktona (2ccm); zanjo je porodnica nekaj časa prosila, potem ko je začelo znatnejše popuščati delovanje prve. Zaspi za kake pol ure.

Porod je trajal dvanajst ur; pospešil se je z injkcijami pituitrina (majhne količine).

Porodnica je bila z doseženim ublaženjem bolečin zadovoljna; jaz ravnotako, četudi ni bil 100% uspeh. Amnezija je bila delna.

3. Ž. M., 29 let, primipara, žena tesarskega pomočnika. Ko pride zdravnik, trajajo popadki že 32 ur. So kratki, na dve minuti, silno boleči. Rektalno se najde glavica v medeničnem vходу še premakljiva; maternično ustje je za dober prst odprto. Injicira se morfija 0.02. Popadki postanejo redkejši in manj boleči, nastopi znosno stanje. Čez dve uri maternično ustje odprto za tri prste.

Ob 5. uri 13. min. (šest ur po morfiju) se injicira radi zopet močno bolečih popadkov 5 ccm pernoktona v 6 min. Porodnica zaspi. Ob popadkih malo stoka, se preobrača; v presledkih spi, zlasti če se nanjo pomirjevalno vpliva. Ob 6. uri se mat. ustje manuelno razširi; nato injekcija pituitrina 0,2, 0,4 v presledkih po eno uro. Ob 8. uri 15. min. se rodi otrok, ki takoj zakriči. Mat. amnestična za kaki dve uri po injekciji. Čula in razumela je poziv naj pritiska.

4. Š. F., 27 let, primipara, žena sodnega sluga. Popadki trajajo 19 ur. Mat. ustjo za majhno dlan odprto. Glavica se tiplje v medenični sredini. Žena vpije od bolečin; zato se ob 2. uri 35 min. injicira 4,5 ccm pernoktona. Zdi se, da premalo; točna teža ni bila prava. Proti koncu injekcije bruha, pa je bruhala tudi že preje. Vleže se na stran in zaspi. Popolno nasprotje med prejšnimi velikimi bolečinami in njim sledečim stokanjem in nastopivšim mirom. Žalibog, da traja to prijetno stanje le nekaj čez eno uro. Počasi začenja porodnica zopet tožiti čez bolečine in prositi za polajšanje. Ponovna injekcija 2 ccm pernoktona tri ure po prvi; učinek sicer manj izrazit, vendar se pokaže vidno zboljšanje.

V pavzah spi; ob popadku malo nemirna, se skuša grabiti za genitale; nemirna z nogami, jih drgne drugo ob drugo. Ob 6. uri 32. min. porod živahnega otroka (štiri ure po prihodu zdravnika). Delno amnestična.

Glede tehnike injiciranja in drugih podrobnosti, da preveč ne ponavljam, opozarjam na svoje prejšnje poročilo o pernoktonu.

Skušnje s pernoktonom pri bolečih popadkih v privatni praksi se v ničemer ne razlikujejo od onih v zavodu. Vendar je zunaj toliko lažje, ker se zdravnik ukvarja samo z eno porodnico in tudi drugi pogoji za globlje spanje (mir, osebnost zdravnika, ki mu porodnica zaupa) so idealnejši.

Z mirnim prigovarjanjem in lahnimi pritiski z roko porodnico lahko pomirimo, če je nemirna. Še vedno je nemir znosnejši za vse, za zdravnika in domače, kakor pa vpitlje, stokanje in stalne prošnje za pomoč. Treba je pač paziti, da se žena ne grabi za spolovilo (nevarnost infekcije).

Otroci so se rodili živahni. Popadki so bili dobri; mogoče, da je bila frekvenca nekoliko manjša, vendar sem pituitrin injiciral zato, ker sem hotel pač porod pospešiti, torej le iz komaj relativne, ne absolutne indikacije.

Porodnice so na poziv vedno smotreno sodelovale s pritiskanjem.

Ostala dva slučaja sta ginekološka, splava pri eni in isti bolnici. Potrebna je bila kiretaža, ki sem jo izvršil v pernoktonovem spanju.

Prvič sem injiciral 5,5 ccm v več kot šestih minutah. Bolnica je bila jako sprejemljiva za sugestijo. Koncem injekcije je zaspala. Tekom cele, sicer kratke operacije, je bila popolnoma mirna. Nobenega bruhanja. Popolna amnezija za operacijo; kmalu po operaciji se je prebudila, bila pa je somnolentna še dolgo časa (čez dvanajst ur). Tako dolgo trajajoče somnolentnosti po injekciji pernoktona še nisem opazil.

Drugič, čez pet mesecev, sem pri isti bolnici zopet kiretiral vsled incompletnega abortusa (habitualnega?). Izučen po prvi injekciji pernoktona (dolga somnolentnost) sem dal 4 ccm pernoktona; tokrat pa je nasprotno bila premajhna doza. Spanje ni bilo tako globoko; govorila je, klicala moža, ležala pa je mirno. Vprašana pozneje, kako je bilo, je izjavila, da se ne spominja, kaj je govorila.

Zusammenfassung:

Dr. V. Kocjančič: Die Verwendbarkeit des Pernoktons in der Privatpraxis. Autor, praktischer Arzt in einer kleinen Stadt, berichtet über seine Erfahrungen mit Pernokton in der geburtshilflichen und gynäkologischen Praxis. Er gab P. bei 4 Geburten, 2 Fehlgeburten (Auskratzung). Der Erfolg war immer zufriedenslellend. A. geht nie ohne P. zu einer Geburt. Dies käme ihm vor, als ob er „ohne Gewehr ins Gefecht ginge.“

POMENEK

K članku DR. BASSINA:

„Primer operiranega tumorja hipofize“

(v štev. 11/34)

Gospod doktor!

V Vašem sestavku so sledeče netočnosti, ki jih je treba popraviti: Vaš bolnik F. V. se ni dne 25. 9. 30. predstavil „Vam“, temveč je bil tega dne sprejet na okul. oddelek. Tam je bil preiskan klinično, serološko, nevrološko, otološko in rentgenološko.

Anamneza, ki jo podajate v prispevku, je drugačna, kot pa je zapisana v bolniškem protokolu.

V Vašem statusu od 25. 9. naveden vid, campus in refrakcija se ne ujemajo z onimi v bolniškem protokolu.

Zamolčali ste rentgenogram radiološk. zavoda bolnišnice, ki je že takrat, t. j. točno 9 mesecev pred zagrebškim, ugotovil destrukcijo sedla.

Zamolčali ste nevrološki izvid, ki opozarja na hiazmo.

Dr. L. Ješe, šef okul. odd.

„O primeru operiranega tumorja hipofize“

Odgovor na prednjo pripombo dr. L. JEŠE-a

Gospod doktor!

Na Vašo željo izjavljam:

Ad 1) Bolnik F, V. je bil res sprejet na očesni oddelek splošne bolnice 25. IX. 30, kateri dan sem ga v resnici tudi jaz preiskal še dopoldne in se mi je pri tej priliki predstavil.

Ad 2) Anamneza, ki je v mojem članku, je res obširnejša in natančnejša kot v bolniškem protokolu ter sem jo natančnejše vzel radi tega, ker me je primer pač zanimal. Radi tega sem pacienta za svojo uporabo natančneje pregledal in si napravil za sebe privatno natančnejše beležke o celotnem stanju. Imam pa tudi prepis anamneze iz bolniškega protokola, ki sem si ga isti dan naredil, ker me je primer znanstveno zanimal in je samo nisem objavil, ker se mi ni zdela tako popolna kakor moja.

Ad 3) Enostaven račun nam razjasni, da je $\frac{3}{9}$ enako $\frac{5}{15}$ ($=\frac{1}{3}$) in $\frac{3}{36}$ enako $\frac{5}{60}$ ($=\frac{1}{12}$). Priznavam pa, da sem spregledal iz bolniškega protokola, da je bil pri levem očesu zapisan vid $-3D \frac{3}{36}$. V stvari pa

ni tako važno, ker je —3D samo akceptiral, ni pa prineslo zboljšanja vida. Kar se tiče kampus-a, sem ga zase vzel natančno po metodi g. prof. Lauber-ja (tedaj na Dunaju). Ta se tudi bistveno prav nič ne razlikuje od kampus-a v bolniškem protokolu, kar lahko vsak čas dokažem. Da je v bolniškem protokolu notirana za levo oko le miopična refrakcija in ne miopičen astigmatizem, je pač pomota.

Ad 4) S tem, da nisem priobčil tudi rentgenograma ljubljanskega radiološkega zavoda, ki je res ugotovil destrukcijo sedla, nisem seveda hotel omalovaževati dela tega zavoda; vendar sem se raje poslužil rentgenograma in encefalograma zagrebške klinike, ker se mi je zdel izvid po 9 mesecih za mojo diagnozo in zdravljenje udarnejši, kot je bil oni prvi. Razven tega je bil pacient službeno prestavljen v Zagreb in se je dal tam sprejeti na kliniko. Izvid s fotografijo sem dobil po prijaznosti g. kolege dr. B. iz zagrebške klinike. Poleg tega sem se bal, da bi z objavo tudi še tega, 9 mesecev starejšega rentgenograma po nepotrebem izrabil že itak veliko uslužnost g. urednika.

Ad 5) Očividno sem pomotoma čital pri bolniškem popisu chiasma za trauma. Ker pa trauma za ta primer ni bistven, sem ga izpustil.

Dr. R. Bassin

ALBERT KRECKE

Zdravnik in bolnik*

Mož pri 40-tih letih nenadoma zboli z vročino, mrzlico, zbadanjem v prsih, lahkim kašljem in izmečkom. Temperatura 39°. Pokličejo zdravnika dr. H. Natančna preiskava, zamišljen obraz zdravnika: „Določenega bolezenskega ognjišča ne morem najti, obstoji pa nevarnost pljučnice, ki jo moramo vzeti jako resno. Poskusil bom s primernim protistrupom zatreti bolezen v kali, injiciral bom serum.“ — Injekcija omnadina.

Bolnik kakor tudi njegova družina, vsi so zelo potrti in s skrbjo čakajo drugega dne.

Drugo jutro temperatura 36,8°, brezpomembna bronhitida. „Lahko ste srečni, da ste poslali takoj po mene, tako sem mogel preprečiti pljučnico“. Bolnik in njegovi se oddahnejo: „Kako izbornega, sposobnega zdravnika vendar imamo“. Po mestu pa govore: „Gospod N. je zbolel za težko pljučnico, več dni je bil v največji življenski nevarnosti. Takojšnjim energičnim ukrepom g. dr. H. gre hvala, da je bolnik tako hitro premagal nevaren napad“.

Ista bolezen: Pokličejo dr-ja. J. Ta natančno preišče bolnika: „Dragi g. N., preiskal sem Vas zelo natančno in mislim, da ste lahko Vi in Vaša družina brez skrbi. Imate sicer nocoj malo povišano temperaturo, toda vročina izvira le iz navadnega prehlada. Naj Vam napravijo moker ovitek, pijte čašo lipovega čaja in videli boste: jutri bo vse v najlepšem redu“.

* Prevela A. Neubauer s prijaznim dovoljenjem založbe Lehmann — München iz knjige: „Vom Arzt und seinem Kranken“, ki jo na tem mestu vsem čitateljem vnovič najtopleje priporočamo. Pričujoče poglavje se imenuje v nemščini: „Die zuversichtliche Krankenbehandlung.“

G. N. je potolažen in noč dobro prebije. Zato pa dr-ja J. teži misel, ali se bo njegova prognoza uresničila, ker ni mogel s sigurnostjo izključiti možnosti pljučnice. Na vse zgodaj zazvoni telefon: „Tukaj N. Gospod doktor, jako sem Vam hvaležen za hitro pomoč, počutim se čisto dobro. Ni se Vam treba več potruditi k nam. „Svoji ženi pa dè: „Da moraš pošiljati za vsako malenkost po zdravnika, račun za obisk bi si bili lahko prihranili“.

Drug primer: Gospa M., žena 40 let, odkrije nekega jutra v levih prsih nekaj trdega. V strahu, da bi bil rak, gre k zdravniku dr. A. Ta kaže zaskrbljen obraz: „Nočem Vas preplašiti, ali v prsih nastanejo lahko nevarne tvorbe. Svetujem Vam nujno, dajte se takoj jutri operirati“. Žena se silno prestraši. Pri operaciji pa izrežejo čisto nedolžen fibrom.

Gospa H., ki je isto odkrila, pride v svojem strahu h dr-ju B. Po natančni preiskavi pravi zdravnik s prijaznim obrazom: „Imate nekaj čisto nedolžnega, to naj Vas nikar ne skrbi. Je samo navaden vozlič v vezivu, ki nima ničesar skupnega z rakom. Samo radi pomirjenja Vam svetujem, da si daste o priliki odstraniti drobno otekline. V 4 dneh bo mala rana zaceljena“. Popolnoma potolažena zapusti ga. H. ordinacijo.

Kako je mogoče, da sta dva zdravnika v istem slučaju tako različno pojmovala svojo nalogo, biti bolniku svetovalec in pomočnik? eiko gleda zdravnik na svoje delovanje samo z vidika, kako odpraviti bolezen, tedaj je najenostavnejše, da objektivno preišče dejansko stanje in ukrene vse potrebno brez ozira na bolnikove občutke. Brez veliko besedi daje potrebna navodila in čaka mirno na nadaljnji razvoj stvari. Žalibog ali hvala Bogu ta metoda v praksi ni izvedljiva. Ker ima človek poleg svojega bolnega telesa tudi še dušo z mislimi, občutki in skrbmi, zato zahteva od zdravnika natančno pojasnilo o načinu in pomenu svoje bolezni. Žal si zdravnik ne zna vedno pravilno predstavljati razburjenosti, v kateri se nahajajo bolniki, ki ga sprašujejo za svet, čeprav je voljan, ozirati se na potek njihovih misli. Znanje o različnih obolenjih je prodrlo dandanes tako daleč med laike, da prav mnogo ljudi že pri najmanjših znakih bolezni takoj misli na najopasnejše možnosti.

Da zadobi zdravnik pravilno sliko o tem načinu mišljenja, naj le enkrat premisli, kakšna bojazen se pollašča njega samega pri najmanjši motnji zdravja. Saj so ravno med našimi kolegi v velikem številu zastopani tipi plašljivega in razburljivega bolnika. Ne govorim samo o mladih medicincih, ki mislijo v vedno novi premembi najti svojo lastno bolezen v bolezenskih slikah, ki jih jim učitelj pokaže. Tudi nad izkušene in včasih ravno nad najbolj izkušene praktike pridejo pri kakršnihsibodi težavah misli na težko obolenje. Vsak naj samo pomisli, s kakšnimi možnostmi je že sam računal pri malenkostnih motnjah svojega zdravja.

Kaj še-le medicinsko samo na pol naobraženi laik. Čul je toliko o vseh mogočih obolenjih, da si naslika najhujše pri vsaki rahli slabosti. Da se boji pljučnice pri vsakem lahnem zbadanju v prsih, vnetja slepiča.

pri bolečinah v trebuhu, to je še precej nedolžno. Na slabšem so že tisti ljudje, ki mislijo pri vsakem utripanju srca, pri vsakem tiščanju v osrčju na srčno hibo in tiste ženske, ki rade spravljajo bolečine v križu v zvezo s težko trebušno boleznijo. Najhujše skrbi pa trpinčijo te, ki gredo k zdravniku, ker mislijo, da imajo raka. Peče jih malo na jeziku, zbada jih malo v dojki, nedolžna zlata žila, vse mora biti v zvezi z rakom. Dalj časa trajajoče želodčne težave, motnje v črevesju, nenavadno napenjanje lahko tudi mlajšim bolnikom vzbuja sum na rakasto obolenje. Mlad zdravnik niti ne pomisli na to, kako obupne misli prekladajo taki bolniki v svojih glavah pri čisto brezpomembnih motnjah, in se močno začudi, ko ga vpraša bolnik ob koncu preiskave: „Torej le nimam raka, g. zdravnik“?

S čisto vestjo lahko pomirimo v takem slučaju bolnika. Z leti postajamo pametnejši. Poznamo svoje ljudi in po preiskavi pravimo načelno: „Raka prav gotovo nimate“. Vedno iznova bomo videli, kakšno olajšanje se pokaže tedaj na obrazu bolnika: „Torej res ne, hvala Bogu“. Ga. Zelnikova me je tako zastrašila. Ali se spomnite, g. zdravnik? Lani ste operirali gv. A. na raku, pri njej se je prav tako začelo“. (Seveda je bilo čisto drugače.) Ali: „Moj stari oče in moj stric sta umrla za rakom. Sedaj se govori toliko o podedovanju, pa sem mislil pri sebi na isto“.

Z možnostjo raka računa danes mnogo bolnikov. Velik del teh bolnikov napram zdravniku ne govori o svojem sumu. Da pa ga imajo, vidi zdravnik potem, ko jim sam od sebe vzame skrbi in načeloma izreče pomirjevalne besede o raku. V tem oziru se zdravnik ne sme čutili oviranega. Mnogokrat misli pri sebi: „Bolnik se vendar ne bo bal raka, morda samo plašljiv postane, če o njem govorim“. Nasprotno je pravilno, bolnik je preplašen in *hoče*, da ga zdravnik pomiri.

Ali je postalo človeštvo v zadnjem času *bolj plašljivo* napram boleznim? Težko je soditi o tem. Dokazov za ali proti ni moči doprinesiti; čuvati se moramo govoriti o starih dobrih časih. Nekaj pa lahko rečem. V moji mladosti niso lajiki toliko govorili o boleznih kakor danes, osobito pa ne o raku. Prosvitljevanje človeštva, ki so ga začeli na vseh straneh, naraščajoče število zdravnikov, operacije skoraj v vsaki družini in ne nazadnje socialna zakonodaja s svojim skrbstvom za vse mogoče, silijo človeštvo bolj in bolj, da se podrobno ukvarja s svojim zdravjem.

Ali je takozvani napredek dober, s tem vprašanjem se tu ne bomo bavili. Mnogo je zdravnikov, ki vidijo v razvoju socialne zakonodaje v poslednjih desetletjih vzrok pomehkuženja našega* ljudstva, zmanjšanje čuta odgovornosti in varčnosti in vedno naraščajoči pohlep po rentah.

Razvoj teh razmer je vzrok, da se mnogi ljudje vedno več *bavijo z različnimi možnostmi bolezni* in da trajno raste *nemir med laiki*. Pri sedanjem stanju stvari ne moremo kmalu pričakovati zboljšanja. Možno bi bilo tudi to s temeljito preureditvijo socialne zakonodaje, ali s tem pri miselnosti pretežne večine nemškega ljudstva ni računati. Pač pa smo mi

*Mišljeno je nemško ljudstvo. Bo-li pri nas bistveno drugače? (Opomba urednika.)

zdravniki v stanu vzeti bolniku skrbi, če se zaupljivo bavimo z njegovimi stiskami. Zdravnik naj ne reče samo: „Imate pljučnico, priporočam Vam to in to zdravljenje“. Ne, brati mora v duši človeka in ne sme ga prepuščati lastnemu mukepolnemu premišljevanju.

Današnji zdravnik se mora ozirati na duševno stanje svojega bolnika, če hoče biti res zdravnik in noče ostati samo medicinec. „Kar ne občutite sami, nikdar ne boste ulovili“. Eden pač zna, drugi ne. V šoli se tega nihče ne nauči; z razumom lahko marsikdaj pridobi, kar mu je odrekla narava; treba mu je le odprtih oči in ostrega opazovanja, potem bo že našel pravo pot do zaprte notranjosti bolnika.

Toda zdravnik mora imeti tudi dobro mero nesebičnosti, ako hoče bolnika pomiriti in tolažiti. Žal tudi ta lastnost ni dana vsem ljudem, gotovo pa tudi ne vsem zdravnikom.

Postati nesebičen je mnogo težje kakor uživljati se v dušo bolnika, o čemer smo ravnokar govorili. Zdravnik, ki zdravi v začetku navedenega bolnika z vročino, ne misli vedno: „Kako naj odvezam bolniku skrb za njegovo zdravje“, ampak v prvi vrsti premišljuje: „Kako naj ravnam, ne samo da ne bi trpel moj zdravniški ugled, temveč da bi ga po možnosti še povečal?“

Če reče bolniku z malo povišano temperaturo: „Nič ne bo hudega, jutri boste popolnoma zdravi“, in ima ta drugo jutro izrazito pljučnico, je to težak udarec za zdravnikov ugled, kar ni ravno priporočljivo niti za položaj zdravnika, niti za duševno stanje bolnika. Če pa govori o nevarnosti pljučnice in možnosti, da jo prepreči že v kali z neko injekcijo, tedaj zdravnik bolnika sicer hudo prestraši, rešil pa je svoj ugled in je zavarovan za vsak slučaj. Če ima potem bolnik pljučnico, pravijo: „Naš zdravnik jo je takoj pravilno spoznal;“ ako je pa nima: „Čast in hvala našemu sposobnemu zdravniku, nevarnost je takoj v kali zatrl“.

Misel, da ne bi škodovali svojemu ugledu, žal preveč vpliva na naše zdravniško ravnanje. Gotovo, zdravnik naj pazi, da bo stal pred bolnikom vedno kot izkušen, siguren in previden mož, ki predvsem pri razlagi bolezenskih znakov ne pozna nobenih težkoč. To je vsaj ravno tako važno, kakor čutiti z bolnikom, ga pomiriti in duševno dvigniti.

Le zdravnik, ki samozavestno nastopa, si pridobi in obdrži zaupanje bolnika. Ta samozavest zdravnika pa ne sme živeti na stroške duševnega miru bolnikovega. Nil nocere pomeni tu predvsem: Ne begaj bolnika, ne govori mu o nevarnostih, na katere moraš kot zdravnik pač misliti, temveč mu jih prikrij!

Pri otroku z vročino, pri katerem objektivni pregled ni pokazal ničesar, pride lahko vse mogoče v poštev. Poleg navadnih otroških bolezni ima lahko pljučnico, meningitis, osteomyelitis, sepso. Ali naj sedaj govorimo preplašenim staršem o vsem tem? Samo da pokažemo svoje sposobnosti? Veliko bolje je, da rečemo materi: „Otrok ima hud prehlad, ki ga bomo že odpravili s primernimi sredstvi“. Pameten, preudaren in samozavesten

zdravnik bo vedno izbral besede tako, da ne bo prestrašil matere, pa mu vendar ne bo treba pokazati presenečenja radi morebitnih motenj v poteku zdravljenja.

Mora li biti bolnik natančno poučen o vsaki motnji v svojem telesu? Gotovo ima polno pravico, da izve kaj mu je, toda samo s pridržkom, da *ne trpi njegovo duševno ravnotežje*. Koliko ljudi boleha na srcu radi razburjenja in skrbi v poklicu in gre v strahu k zdravniku po nasvet. Mora li ta takoj najti *srčno napako* in ubogemu bolniku s strogim obrazom priporočati največjo previdnost? Vedno in vedno me preseneti veliko število bolnikov, ki pravijo, da imajo srčno slabost, srčno hibo, poapnitev žil ali napako srčne zaklopnice. Ne pretiravam, ako trdim, da vpraša polovica privatnih bolnikov, ki pridejo k operaciji: „Ali jo bo izdržalo moje srce? Že zdavnaj so pri meni ugotovili srčno hibo“. Ne cenim ravno visoko svoje umetnosti v srčni diagnostiki, zato dam vse bolnike preiskati po izkušenem asistentu. Redko, data konstantira kedaj kako pravo organsko hibo. V večini slučajev gre za nervozno utripanje srcā, ki ima svoj vzrok v poklicu, družinskem življenju, v prekomernem uživanju nikotina, v telesni konstituciji in podobnem.

Mnogo ženā boleha za *majhnim miomom*, ki jim pa ne dela nobenih težkoč. Pri neki preiskavi so jim ga slučajno odkrili. Pokojni Karl Schröder nas je učil že pred štiridesetimi leti, naj ne govorimo ženi o takšnem izvidu, da je ne prestrašimo. In vendar, koliko jih pride v ordinacijo in pripoveduje, da imajo mali miom. Le nekaterim je to dejstvo ostalo brezpomembno. Večinoma so stalno potrte in žive v skrbi, da se bo tvorba povečala in dobila zli značaj.

Zdravnik, ki prvi odkrije miom, mora imeti pogum zatajiti bolnici pravo diagnozo. Ne sme mu biti samo to pred očmi, da bi lahko prišel v sum, da je prezrl miom; misliti mora, da ne sme bolnica pod nobenim pogojem dobiti povoda, neprestano tuhtati o svojih trebušnih organih.

Zdravnik pravilno ravna, ko izjavi bolnici: „Vaša maternica je malo povečana, kar Vas pa ne sme niti najmanj skrbeti. V ostalem so Vaši trebušni organi popolnoma zdravi“. Če pa hoče biti še prav posebno previden, tedaj svetuje bolnici, naj pride vsako leto k ponovni preiskavi.

Teh primerov bi lahko navedli še mnogo več. Najrazličnejše funkcionalne motnje prebavil, lahki katarji maternice, nekomplicirane spremembe v legi maternice, lahko vnetljive spremembe adneksov, vsi so potrebni v prvi vrsti pomirjenja kot edinega zdravljenja. Zdravnik mora videti svojo glavno nalogo v tem, da bolnike pomiri glede morebitnih težav in ne, da jih razburja s prenatalnim razlaganjem dotičnih sprememb. Še manj pa sme škodovati živcem bolnika z dolgotrajnim nepotrebnim zdravljenjem.

Drugačna je stvar pri res *hudi boleznih*. Tedaj je dolžnost zdravnika, da skrbno razloži bolniku resnost obolenja, a mu pri tem *ohrani nado in pogum za življenje*. Radosten optimizem naj sije iz zdravnikovih besed in dejanj. Večkrat je to najtežja naloga, pokazati bolniku, da motrimo njego-

vo bolezen z vso *skrbjo*, ki jo zahteva njegova narava, ob enem pa tudi z golovim *zaupanjem* na popolno ozdravljenje. Kdor zna tako voditi svoje bolnike z neko *vedro resnostjo* preko nevarnosti dolgotrajne infekcijske bolezni, težke poškodbe, globoko segajoče duševne depresije, kdor zna dalje uvaževati vse možnosti, ki bi mogle priti v poštev, a bolniku z neomajnim optimizmom ohrani vero na povrnitev zdravja, ta zasluži dejansko ime pravega zdravnika (*ιατρίρ*).

Ohraniti bolniku upanje in zaupanje mora biti naša glavna naloga tudi pri tisti bolezni, ki navdaja človeka prav v zadnjem času s čimdalje večjo grozo — pri *raku*. Rakasto obolenje posega v življenje skoro vsakega zdravnika tako, da si mora biti vedno na jasnem, kako stališče naj zavzame napram njemu. Po predavanjih, po člankih in časopisih, po številnih poljudnih spisih, po mnogih operacijah je prodrlo znanje o raku med mlajši svet tako, da se je polastila človeštva neka *nervozna bojazen* pred njim. Kmalu ne bo več bolezni, za katero ne bi lajik vsaj sempatja vohal raka. „Nun ist die Luft von jenem Spuk so voll, dass man nicht weiss, wie man ihn meiden soll“. (Goethe). Če se bojujemo s polno pravico proti raku, ne bo kmalu manj važen *boj proti bojazni pred rakom*. Kakor je pomembno, pospešiti z vsemi sredstvi rano diagonozo raka, tako je tudi bistveno, vzeti človeku skrb, da trpi na raku. K temu spada poleg primerne duševne usmerjenosti zdravnika, velika mera medicinske naobrazbe, da niti majhnega znaka ne prezre. Težavna je naloga, dognati, če rak obstoja, ravno tako težavna pa je lahko tudi naloga, izključiti raka. V takem primeru pomirjevalno vplivati, je lep del medicinske in zdravniške umetnosti.

Še težje, pa tudi še lepše je *pomagati bolniku preko grozote resničnega raka*. O tej nalogi sem že opetovano govoril drugje. Tu bi hotel povedati samo to, da po mojem občutku zdravnik nima niti pravice niti dolžnosti razodeti bolniku diagnozo: „Rak“. Beseda „rak“ sproži tudi pri najmočnejšem možu takšen duševni pretres, da od tega trenutka izgubi veselje do življenja in do svojega dela. Tudi žena na raku obolelega moža izgubi od takrat, ko izve pravo naravo bolezni, vse upanje in zaupanje, ki ga brez-pogojno potrebuje, da je možu v predstoječem težkem času opora in tolažba.

Zakaj sporočé še danes zdravniki tako pogostoma bolnikom in njihovim svojcem diagnozo „rak“? Ali je to samo resnicoljubnost? Ali je *samo* težnja, hoditi v praksi vedno po ravnih potih in biti odkrit na vse strani?

Rad bi poznal zdravnika, ki pride brez — recimo — neiskrenosti skozi mnogotere težave v praksi. Bolniku, ki leži v zadnjem stadiju vnetja trebušne mreže, se ne bo upal reči noben zdravnik, da bo jutri mrtev. Bolniku v zadnjem stadiju jetike, ki dela še velike načrte za prihodnost, ne bo hotel nihče vzeti upanja na izboljšanje. Za večino ljudi pomeni beseda „rak“ isto kakor konec življenja ali najmanjše konec veselja do življenja.

„Ewiges Düstere steigt herunter,
Sonne geht nicht auf noch unter,
Bei vollkommenen äussern Sinnen
Wohnen Finsternisse drinnen“.

Kljub vsemu našemu napredku je in ostane rak nevarno obolenje. Zakaj naj pomnožimo bolniku skrbi, če je v naših močeh, ga s pomirjevalnimi izjavami spraviti iz mračnega razglabljanja.

Ni pa samo resnicoljubnost, ki sili zdravnika, izgovoriti napram bolnikom in njihovim svojcem besedo „rak“. Kolikokrat so mi povedali kolegi: „Moram sporočiti bolniku in njegovi družini diagnozo. Sicer pri drugih kolegih zvedo pravo ime bolezni in jaz stojim tu kot ignorant“. Kolikokrat sem doživel to-le: Pisal sem kolegu: „G. X. boleha po naših preiskavah na začetnem raku pilora. Da ga ne prestrašim, sem zamolčal pravo bolezen in govoril samo o zožitvi želodčnega izhoda. Za ozdravljenje bolezni smatram operacijo za neobhodno potrebno“. Kot odgovor na to pismo, v katerem so bili izvidi preiskave in diagnostična vprašanja temeljito obravnani, je prišel bolnik čez nekaj časa zopet k nam. Pripravljen je bil, podvreči se operaciji in je rekel: „Moj zdravnik mi je prebral Vaše pismo in na to sem takoj prišel, da me operirate“.

Brezdvomno so robustni ljudje, ki besede karcinoma ne vzemo pretežko. Velika večina pa je drugačne narave in je izročena za vedno potrnosti in obupu, čim izve o raku.

Še iz enega razloga je komodno, izreči diagnozo rak, ker smo s tem takorekoč odvezani dolžnosti, da bi bolezen tudi zdravili. Tu se ne dá pomagati, tako se glasi sodba družine in javnosti in tako bolnika lahko prepustimo njegovi usodi.

Seveda je ta metoda bistveno enostavnejša kot da s prijaznim prigovarjanjem vzamemo bolniku skrbi, da mu previdno razložimo nujnost operacije ali pa mu pomagamo — pri inoperabilnih primerih — preko vseh grozot neozdravljivega raka. Pač najtežja vseh zdravniških nalog je, obiskovali dan za dnem neozdravljivega bolnika, si izmišljati vedno nove izgovore, zakaj se stanje ne izboljša in iznajti vedno nova sredstva za olajšanje naraščajočih težav. To ravnanje ne velja samo nasproti bolniku samemu. Koliko žena sem pustil v nejasnosti o pravi naravi raka njihovih mož. Po moževi smrti sem jim seveda povedal pravo diagnozo. Vse so mi izjavile, kako so hvaležne, da sem jim zamolčal bolezen; samo radi tega jim je bilo mogoče ohraniti napram možu sigurnost in vedrost.

Priznati moramo, da se sempatja očita zdravniku, češ ni pravilno spoznal raka. Kdor je pravi zdravnik, bo znal prenesti ta očitek v svesti, da je storil svojo dolžnost. Ako pa hoče biti zavarovan za vsak slučaj, naj razodene stanje dobremu prijatelju ali družini bolnika. Velika previdnost v izbiri je tu na mestu. Ljudje so nepreručunljivi, posebno še dobri prijatelji.

Poleg nastopa, ki vzbuja neomajno zaupanje naj si prisvoji zdravnik v težkih položajih neko *radostno vedrost*. Neverjetno je, kako natančno

A dark grey background featuring a white outline of a human figure. The digestive tract, including the esophagus, stomach, and small intestine, is highlighted in a lighter grey color. The text is overlaid on this figure.

LECIN

wird

erst im

alkalischen

Dünndarm

resorbiert!

LECIN

enthält die beiden
Katalysatoren des menschlichen Körpers: Eisen und Phosphorsäure

Die neuesten Forschungen der Eisentherapie

beleuchten die Schwierigkeiten der peroralen Aufnahme von Mineralstoffen mit aller Deutlichkeit. Nach Starkenstein wird nur Ferro-eisen resorbiert. Ferri-eisen wirkt als Ion eiweiß-fällend innerhalb der Zelle und entzieht sich daher der Resorption; und doch gibt es Komplexbindungen des Eisens, die diese Eiweiß-fällung nicht vornehmen und sich tatsächlich der Einwirkung der Magensalzsäure und der Verdauungssäfte im Darm entziehen, sodaß das Eisen auch nach tryptischer Verdauung nicht als ionisiertes Eisen vorliegt. Im Körper selbst ist der Übergang vom dreiwertigen zum zweiwertigen Eisen (vom Ferri- zum Ferroeisen) die Grundlage für die Oxydationsvorgänge, denn hierdurch wird der Sauerstoff transportiert.

Der zweite Katalysator, die Phosphorsäure, ist nur in löslichen Verbindungen resorbierbar, denn schon bei Hinzutritt von Kalk scheidet sich unlösliches Calciumphosphat aus. Durch Phosphorsäure aber wird der Abbau der Kohlehydrate über hexose phosphorsaure Salze innerhalb der Zellen ermöglicht. Diese Mineralstoffe, Eisen und Phosphorsäure, dem Körper ohne Schädigungen oder Nebenwirkungen auf peroralem Wege zuzuführen, ist ein Problem, das seit Jahrzehnten der Lösung harhte.

Im Lecin fand ein neuer Gedanke Verwirklichung:

Die Mineralstoffe werden nicht mehr in ionisierter oder ionisierbarer Form zugeführt. Lecin, nach den Patenten von Prof. Dr. Ernst Laves hergestellt, ist das einzige Eisenpräparat, dessen Eisenkomponente bei der Zufuhr ohne jede Mageneinwirkung aufgenommen wird. Es enthält Eisen, das mittels Phosphorsäure an Milcheiweiß angelagert ist. Im Laufe des Fabrikationsganges hat das Eiweiß einen Verdauungsprozess durchgemacht, so daß es den Magen und sauren Dünndarm ohne jede Einwirkung passiert. Selbst nach tryptischer Verdauung im alkalischen Dünndarm ist das Eisen und die Phosphorsäure nur in Spuren ionisiert nachzuweisen. Daher wird mit dem Eiweiß das Eisen und die Phosphorsäure restlos resorbiert.

Einen einheitlichen kolloidalen Mineraleiweißkomplex

stellt Lecin auch selbst nach der Verdauung dar. Während sonst die Mineralsalze im Speichel, im Magen und im sauren Dünndarm den Einwirkungen unterliegen, — ja selbst im liquor ferri albuminati wird das Eisen von der Eiweißkomponente gespalten, woraus Magenbeschwerden resultieren — wird Lecin auch von empfindlichen Magenkranken glänzend vertragen. Es zeigt keine Schädigungen an den Zähnen, keinen Reiz auf Mund- und Magenschleim-

häute, ja, selbst bei Magengeschwüren und von Diabetikern wird Lecin gern genommen und gut vertragen.

Durch die ausgiebige Resorption des Eisens und der Phosphorsäure

führt Lecin dem Körper für die Synthese des Hämoglobins sowohl wie für die Oxydationsvorgänge innerhalb der Zelle die so notwendigen Mineralstoffe zu. In der Rekonvaleszenz nach großen Blutverlusten sind Hämoglobinsteigerungen von 30 — 50% nach 14 tägiger Gabe oft bestätigt. Durch den hohen Gehalt an Phosphorsäure bewährt sich Lecin bei Erschöpfungs- und Schwächezuständen und hat seit Jahren in vielen Kliniken eine Sonderstellung unter den Roborantien behauptet. Da die Resorption der Mineralstoffe auch unabhängig von der Magensalzsäure ist, ist Lecin gerade geeignet, bei mikrocytären, hypochromen Formen der Anämie, bei achlorhydrischer Anämie, nach post-hämorrhagischen Anämien, ja, selbst bei perniziöser Anämie, bei der sich die Lebertherapie so glänzend durchgesetzt hat, wird eine zusätzliche Eisen- bzw. Eisen-Arsen-Therapie sich empfehlen. Lecin sowie Arsa-Lecin in flüssiger Form werden bei empfindlichen Patienten bevorzugt und sind therapeutisch durch die feine Verteilung der Wirkstoffe vorzuziehen. Die wirtschaftlichste Verordnung sind Lecin-Tabletten, Arsen-Lecin-Tabletten, Jod-Lecin-Tabletten.



LECINWERK DR. ERNST LAVES · HANNOVER 1 S



LECIN

ist die neutrale, zuckerfreie Lösung von Eisen-Eiweiß-Metaphosphat mit 0,55% Fe und 0,3% P₂O₅.

Anwendungsgebiete: Appetitmangel, Entkräftung, nach großen Blutverlusten, in der Rekonvaleszenz, zur Vermeidung von Entwicklungsstörungen, Nervosität, Anämien jeder Art.

Packungen: Weinflaschen zu 600 g RM 3.60 · Flaschen zu 250 g RM 1.80.

Dosierung: 3 mal täglich 1 Kinderlöffel voll bei den Mahlzeiten, Kinder die Hälfte.

arsa

LECIN

ist Lecin mit 0,01% As₂O₃ an Eiweiß gebunden, und ist für solche Fälle bestimmt, bei denen zugleich Arsen-Zufuhr zweckmäßig erscheint.

Anwendungsgebiete: Bei Erschöpfungs- und Schwächezuständen, zur Kräftigung besonders in der Schwangerschaft und Stillzeit, sowie bei und nach Tuberkulose, bei nervöser Abspannung, Anämie, Chlorose, Hysterie, Neurasthenie, sowie in der Rekonvaleszenz, ferner bei Hauterkrankungen, Pruritus usw. Neben der Leberbehandlung bei perniziöser Anämie.

Packungen: Original-Flaschen zu 400 g RM 2.70 · Flaschen zu 250 g RM 1.80.

Dosierung: Wie bei Lecin, auch als spezifische Arsenkur, innerhalb 3-4 Wochen ansteigend von 2 mal 1 Kinderlöffel auf 4 mal 1 Kinderlöffel täglich und absteigend.

Wo flüssige Präparate nicht erwünscht sind, verordne man die gleich wirksame Tablettenform.

LECIN Tabletten

enthalten pro Tablette 0,3 g Lecin sicc. und 0,1 g Tricalcol (kolloides Kalk-Eiweiß-Phosphat).

Packungen: Original-Röhre zu 40 Stück 0,5 g RM 1.10.

Dosierung: 2-4 mal täglich 1 Tablette langsam auflutschen, Kinder die Hälfte.

arsen

LECIN Tabletten

enthalten pro Tablette 0,3 g Lecin sicc, 0,1 g Tricalcol und 0,001 g As₂O₃.

Packungen: Original-Röhre zu 40 Stück 0,5 g RM 1.10.

Dosierung: 2-4 mal täglich eine Tablette, Kinder die Hälfte, oder in 3-4 Wochen von 2 mal täglich 1 Tablette aufsteigend auf 5 mal täglich 1 Tablette und absteigend, Kinder die Hälfte oder weniger.

jod

LECIN Tabletten

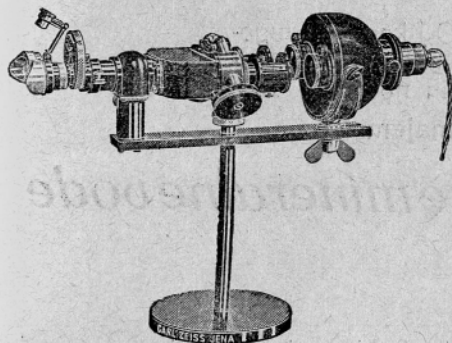
enthalten pro Tablette 0,3 g Lecin sicc., 0,1 g Tricalcol und 0,025 g Jod an Eiweiß gebunden.

Packungen: Original-Röhre zu 40 Stück 0,5 g RM 1.55.

Dosierung: Wo Jodtherapie erwünscht, besonders bei Skrofulose, Arteriosklerose, Augenentzündungen, luetischen Erkrankungen usw., auch für Kinder sehr geeignet (Mandelhypertrophie usw.), 2-4 mal täglich 1 Tablette, Kinder die Hälfte oder weniger.

ZEISS

PULFRICH-PHOTOMETER



ostane za vse kolorimetrično-analične
določitve v medicini

← **preizkušeni
standardni
instrument**

Pri najnovjšem modelu
se lahko vidi ekstinkcijski
koeficient
naravnost na merilnem bobnu.

Tiskovine in nadaljna obvestila
brezplačno



CARL ZEISS - JENA

Zastops vo za Jugoslavijo:
M. PAVLOVIĆ - BEOGRAD
M. Draškovićeve (Sremska) 9

Pri kolapsu najrazličnejše
etiologije injiciramo 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 :

Mr. Ph. Dragutin Kaiser, Zagreb

Preradovićeve 40



ZDRAVILIŠČE IN KOPALIŠČE



SLATINA RADENCI

Kraljevski dvorski dobavitelji

najmočnejše prirodne oglj.-kisle (CO₂) kopelji v Jugoslaviji. Izredni uspehi pri zdravljenju boleznj srca, ledvic, želodca, jeter, gihta, kamnov in notranjih žlez

Sezona se prične s 1. majem

Radenske prirodne mineralne vode

Zdravilna,
Kraljeva,
Gizela,

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

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

Prospekti, brošure gratis!

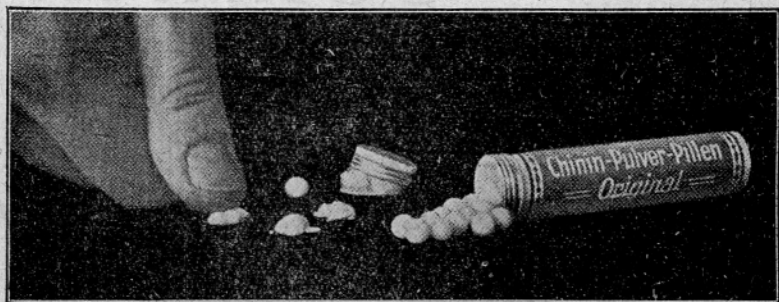
ZA PROFILAKSO IN TERAPIJO

HRIPE INFLUENCE

PREHLADA

staro preizkušeno sredstvo
v učinkoviti obliki

KININ



CHININ-PULVERPILLEN „ORIGINAL“

Vporaba: ugodna

rezorbcija: sigurna

učinek: popoln

Amsterdamsche Chininefabriek
HOLLAND (Nizozemska)

Zastopstvo za kralj. Jugoslavijo:
„KAŠTEL“ d. d. Zagreb

Casil-Vaginal-Tabletten

zur physiologischen Behandlung des

Fluor vaginalis

(insbesondere unspezifischen Fluor)

Orig.-Röhre 12 Tabl. 1,0 Mk. 1.— Klinik-Packung 120 Tabl. 1,0 Mk. 6.80

Abends eine Tablette möglichst tief in die Vagina einführen.

Nicht zum innerlichen Gebrauch.

Die Casil-Vaginal-Tabletten verbinden die desinfizierende Wirkung des Casil mit der physiologischen Wirkung der Milchsäure.

Nach Heurlin, v. Jaschke, Salomon*) u. a. ist die Scheidenflora ein Maßstab für die Beurteilung des physiologischen und anatomischen Zustandes des weiblichen Genitalapparates; andererseits kann aus der Bakterienwelt der Vagina auch auf eine ev. Pathologie extragenitaler Organe geschlossen werden.

Das normale Scheidensekret ist schwach sauer. In saurem Nährboden gehen pathologische Mikroben (Anaerobien) zu Grunde, während die nichtpathologischen Vaginalbazillen (Stäbchen) in richtig eingestelltem sauren, besonders in milchsäurehaltigem Nährboden wachsen und die Anaerobien unterdrücken. In neutralem oder alkalischem Nährboden werden aber die Vaginalbazillen abgetötet, während die pathologischen Keime gedeihen. Heurlin spricht von 4 Reinheitsgraden der Scheidenflora.

Umgekehrt ist es möglich, durch Casil-Vaginal-Tabletten das Wachstum der Vaginalbazillen künstlich zu fördern, die Entwicklung der pathologischen Keime zu hemmen und dadurch bei vorhandenem Fluor wieder physiologische Scheidenverhältnisse zu schaffen.

Die chemisch nicht gebundene Milchsäure (pro tabl. 0,1 g) ist bei den Casil-Vaginal-Tabletten adsorbiert an hochvoluminöses Kieselsäure-Gel und wird im Gegensatz zu anderen Präparaten, die durch schnelle Bildung der Milchsäure in der Vagina auf chemischem Wege die Flora schädigen, nur ganz langsam ausgelöst, entsprechend den jeweiligen Erfordernissen der Vagina (je saurer das Sekret ist, desto langsamer). Durchschnittlich werden innerhalb der ersten 3—4 Stunden ca. 25% und innerhalb 24 Stunden insgesamt ca. 75% frei, sodaß eine Übersäuerung in jedem Falle vermieden wird.

Das Kieselsäure-Gel besitzt außerdem infolge seines Volumens eine starke Saugkraft für Streptokokken usw., sodaß im Verein mit der kiesel-essigsäuren Tonerde eine weitgehende Reinigung von pathologischen Keimen erfolgt, ohne Schädigung der Vaginalbazillen. Eine ätzende Wirkung wie bei Spülungen wird also vermieden.

Tritt nach Anwendung der Casil-Vaginal-Tabletten spontan wieder Fluor auf, ohne daß eine spezifische Genitallerkrankung nachweisbar ist, so ist die Ursache meist in einer extragenitalen Erkrankung zu suchen. Hier gibt das Präparat also einen Fingerzeig für die Diagnose.

Auch bei spezifischem Fluor sind Casil-Vaginal-Tabletten, eventl. mit anderen Medikamenten zusammen, zumindest ein wertvolles Hilfsmittel, zumal sie auch desodorisierend wirken.

Der praktische Vorzug der Tabletten besteht auch darin, daß die Patientinnen die Tabletten nach Anweisung des Arztes selbst einlegen können, da das Präparat infolge eines Zellulosequellstoff-Zusatzes leicht zerfällt. Dies ist vor allem auch für die Kassen-Praxis von Bedeutung, um Zeit und Kosten zu sparen.

Literatur über Casil-Vaginal-Tabletten auf Wunsch

Lecinwerk Dr. Ernst Laves / Hannover

*) Zeitschrift für Konstitutionslehre XI. Band, Heft 2/5 u. a.

proučuje bolnik dušo zdravnika in kako pazi na vsako spremembo v izrazu, pogledu in glasu govora. Ni treba, da postane zdravnik igralec. Mora pa vedeti, kaj dolguje bolniku, da ga ne prestraši s potrfitim obrazom. Če najdemo bolnika s pljučnico hipno v nevarnem kolapsu, če ugotovimo pri tifoznem pretečo krvavitev iz črevesa, če doživimo pri bolezni na požiralniku predor v mediastinum, tedaj ne smemo pokazati bolniku, da nas je ta stvar presenetila ali celó pretresla. Pri vsej resnosti, primerni težkemu položaju pa ne smemo pustiti bolniku nikakega dvome, da se ne bi mogle te motnje zopet z lahkoto odstraniti.

Ta trdna nada, spojena z radostnim izrazom obraza in govora, naj odseva na bolnika in vso okolico. Kdor si zna kot šef to lastnost vedno ohraniti in jo tudi pri svojih sodelavcih vedno znova vzbujati, ta bo mogel dati bolnikom, ki so se mu zaupali, tudi v težkih časih najboljše in bo znal širiti v bolniških sobah radosten optimizem.

IZ SOCIALNEGA ZAVAROVANJA

Umrljivost zavarovanih delavcev in nameščencev v mesecu novembru 1934

V mesecu novembru l. 1934 je po dospelih prijavih umrlo 178 delavcev in nameščencev, od teh 141 moških in 37 žensk.

Za nalezljivimi boleznimi je umrlo 77 oseb, od teh 57 za pljučno tuberkulozo 32%, 6 za trebušnim legarjem, 5 za piemijo, 3 za dizenterijo, 2 za gripo, 2 za tbc. peritonitis, 1 za difterijo in 1 za tbc. meningitis.

Za ostalimi boleznimi je umrlo 76 delavcev in nameščencev. Samomor je izvršilo 9 delavcev, ponesrečilo se jih je pri delu 11, izven posla 5.

Z ozirom na poklic je bilo od umrlih 22 uradnikov, 61 kvalificiranih delavcev, 15 vajencev in 80 nekvalificiranih delavcev. Največje število umrlih odpade na delavce gozdno-lesne industrije (21), zatem sledijo trgovski nameščenci (20), delavci industrije oblek (15), tekstilne industrije (13), kovinski in strojne industrije (12) ter hišna služinčad (11).

Delavci ostalih strok so zastopani z manjšim številom umrlih pod 10 (n. pr. grafični delavci 3).

Največje število umrlih je bilo zavarovanih z — mezdo — Din 48 — in to 37 delavcev in nameščencev.

Rodbina umrlih delavcev in nameščencev v mesecu novembru 1934 je bilo izplačano za pogrebne skupaj Din 138.056. O te vsote odpade na bolezensko zavarovanje Din 129.680, a na zavarovanje za slučaj nesreče Din 8.376.

Naknadno so prijavljeni še 3 umrli delavci in nameščenci iz meseca julija (2 moška in 1 ženska), 4 umrli delavci iz meseca avgusta (4 moški), 16 umrlih delavcev iz meseca septembra (13 moških in 3 ženske) in 30

umrlih delavcev iz meseca oktobra (20 moških in 10 žensk). Rodbinam teh umrlih delavcev je izplačano za pogrebne Din 30.969'50.

Število naknadno prijavljenih umrlih delavcev v novembru bo objavljeno v naslednjem poročilu za mesec december 1934.

Suzor.

IZ ZDRAVNIŠKIH DRUŠTEV

Podelitev nagrade g. dr. Fr. Debevca — Ljubljana

V 4. številki Zdravniškega Vestnika za l. 1934 je bila razpisana nagrada dr. Fr. Debevca v znesku Din 1500 za najboljšo razpravo o temi: „Solčne in senčne strani slovenske zdravstvene literature, zlasti revijalne.

V določenem roku (do 30. sept. 1934.) je poslal v oceno tozadevno razpravo **samo en zdravnik**, in sicer **dr. Tomaž Furlan**, asistent zdravilišča Golnik.

Ocenjalni odbor, v katerem so se nahajali univ. prof. Dr. A. Šerko, docent dr. Ivan Matko, predsednik Slov. zdrav. društva dr. V. Meršol in poklonitelj nagrade dr. Fr. Debevec, je ugotovil, da poslana razprava ustreza v razpisu predpisanim pogojem in sklenil, naj se dr. Tomažu Furlanu nagrada v celoti podeli, kar je bilo tudi izvršeno.

Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani čestita dr. Furlanu k prejeti nagradi, stočasno pa obžaluje, da za nagrado ni tekmovalo več zdravnikov, posebno mlajših, ker glavni namen razpisa nagrade je bil, vzbuditi med zdravniki medicinsko literarno delavnost, kar se žalibog ni posrečilo.

Slov. zdravniško društvo v Ljubljani.

Sestanek Jugoslovenskega radiološkega društva Beograd 5. in 6. maja 1935

Dragi in velecenjeni g. kolega!

Po dogovorih s kolegi iz Beograda smo sporazumno določili, da se 5. in 6. maja 1935 v Beogradu vrši II. sestanek Jugoslovenskega radiološkega društva.

Prevzeli smo nalogo organizacije tzv. znanstvenega dela samega sestanka. Razven znanstvenega dela bo na sestanku predmet pogovorov načrt zakona, s katerim bi se ure dilo stanje naše rentgenologije. Kot tretji del sestanka so predvidena predavanja priznanih tehničnih strokovnjakov iz Nemčije in Holandske in to o poslednjih znanstvenih rezultatih na tem polju.

Kot organizatorji nam odrejenega dela imamo predvsem čast, da Vas pozovemo, da na sestanku sodelujete. V pričakovanju Vašega pristanka Vas prosimo, da nas o tem čimpreje pisмено obvestite.

Obenem Vas prosimo, da sodelujete na sestanku tudi s kakim predavanjem ali poročilom iz naše stroke. Glavne teme za znanstveni del nismo odredili in mislimo, da bo ravno ta raznolikost komunikacije zanimiva. Bilo bi nam posebno drago, ako se Vaše delo ne bi nanašalo samo na kazuistiko. V slučaju, da ste se odločili, da pri znanstvenem delu sestanka sodelujete s predavanjem ali poročilom, Vas prosimo, da nam najkasneje do 15. februarja javite naslov Vašega dela, ter da nam tudi sporočite na kratko njegovo vsebino.

Vam vedno na razpolago z informacijami se Vam zahvaljujemo v naprej za vse ter oslajamo z odličnim spoštovanjem in kolegijalnim pozdravom.

Prof. dr. Laza Popović l. r.
predsednik Jugosloven. radiol. društva

VABILO

na redni občni zbor Pokojninskega zaklada za zdravniške vdove in sirote
ki se vrši v nedeljo 24. febr. 1935 ob 2. uri popoldne v restavraciji „Zvezda“ v Ljubljani.

Dnevni red:

1. Poročilo odbora
2. Poročilo revizorjev
3. Določitev letnega prispevka in pokojnine
4. Volitev dveh revizorjev
5. Eventualia.

Ljubljana, 3. februarja 1935.

Dr. Ernest Mayer
t. č. predsednik

VABILO

na redni občni zbor Zveze blagajniških zdravnikov, ki se vrši v nedeljo, dne 24. fe-
bruarja 1935 ob pol 9. uri dopoldne v dvorani OUZD, Miklošičeva cesta 20 v Ljubljani.

Dnevni red:

1. Poročilo odbora
2. Poročilo revizorjev
3. Volitev odbora
4. Eventualia.

Ljubljana, 3. februarja 1935.

Dr. Ernest Dereani
t. č. predsednik.

Jugoslovanski zdravniški kongres na Bledu od 8.—10. septembra 1934.

Letošnji kongres Jugoslovanskega zdravniškega društva (JLD) je bil po redu šestnajsti, odkar obstoja Jugoslavija. Kongresi so se do sedaj vršili v raznih krajih naše domovine, v zadnjih letih predvsem v zdraviliščih, tako predlani v Vrnjački banji, lani pa v Crikvenici. Za Ljubljano in Rogaško Slatino je bil to tretji kongres, ki se je vršil na ozemlju dravske banovine. Kongresa se je udeležilo okrog 500 zdravnikov, ki so prihiteli iz raznih krajev Jugoslavije, da deloma sodelujejo pri zborovanjih, deloma, da se navžijejo prirodnih lepot Bleda in okolice. Razmeroma največ je bilo zdravnikov iz Beograda in dunavske banovine, pa tudi iz drugih banovin je bila udeležba dovolj številna. Slovenskih zdravnikov je bilo o priliki kongresa na Bledu okrog 80. Kongres je bil sicer namenjen jugoslovanskemu zdravništvu, dobil pa je slovanski značaj s prihodom delegatov iz Bolgarije (4), Čehoslovaške (3) in Poljske (1).

Glavna zborovanja kongresa so se vršila v lepi kazinski dvorani Park-hotela, ki se odlikuje po tem, da je direktno iz dvorane razgled po jezeru ter da ima premakljiv steklen strop, ki je bil ob lepem vremenu odprt, tako da so se vršila zborovanja na svežem zraku pod milim nebom. Ravno radi tega pa obstoja pomanjkljivost dvorane, da ni dovolj akustična.

Večina zdravnikov, posebno iz oddaljenejših krajev, je prišla na Bled že v petek 7. IX. Predvečer kongresa je bil namenjen predvsem medsebojnemu seznanjenju gostov. Poleg tega se je pozno zvečer po prihodu predsednika dr. Stefanovića vršila seja širšega odbora.

Kongres je otvoril v soboto 8. septembra ob pol enajsti uri predsednik JLD dr. Stefanovič. Prečital je naprej vdanostno brzojavko Nj. Veličanstvu kralju Aleksandru, na to pa je pozdravil zastopnike oblastev, goste in zdravnike. Nj. Vel. kralja je zastopal pri otvoritvi kongresa njegov ordonančni oficir kapetan I. kl. Jovan Petrovič. Posebno toplega pozdrava so bili deležni zastopniki zdravnikov iz bratskih slovanskih držav. Bolgarske zdravnike so zastopali tajnik bolgarske zdravniške zveze dr. Čipev, dalje dr. Rosenfeld, dr. Jankov, in g-a dr. Vasiljeva; zvezo čehoslovaških zdravnikov predsednik dr. Kotynek, tajnik dr. Malik in dr. Jesensky; kot poljski delegat pa se je udeležil zborovanja prof. dr. Mogilnicki.

V svojem zanimivem uvodnem govoru je predsednik dr. Stefanovič orisal pomen in namen kongresa: zdravje naše vasi, našega podeželja, socialno in zdravstveno zavarovanje najširših plasti naroda ter problem preosnovanja medicinskega študija so tri glavne točke kongresa.

Po uvodnih besedah dr. Stefanoviča je pozdravil kongres — sam toplo pozdravljen — zastopnik čehoslovaških zdravnikov dr. Kotynek, ki je naglasil potrebo po tesnejšem sodelovanju čehoslovaških in jugoslovanskih zdravnikov. Za njim je po prisrčnem pozdravu vseh zborovalcev spregovoril bolgarski delegat dr. Čipev, ki je povdarjal, da mora vezati bolgarske in jugoslovanske zdravnike ne samo medicina, ampak tudi srce. Razumniki obeh narodov bodo preko vzajemnih strokovnih interesov najlažje našli pot do tistega globljega duhovnega zblizanja, za katerim težimo. Dalje je pozdravil zborovalce zastopnik poljskih zdravnikov prof. dr. Mogilnicki, ki je zlasti naglašal uspehe, dosežene z zamenjavo zdravnikov med slovanskimi državami.

Za predstavniki gostov je dobil besedo zdravstv. inspektor banske uprave g. dr. Mayer, ki je pozdravil zborovalce in jim želel popoln uspeh v imenu ministra za socialno politiko in narodno zdravje, v imenu ministra za notranje zadeve in v imenu bana dravske banovine. V kratkem, globoko občutenem govoru je povdarjal veliko poslanstvo, ki je namenjeno zdravniku med narodom. Zdravniški poklic je tako prežet z idealizmom in tako tesno spojen z nesebičnim človekoljubjem, da mora biti v-akdo, ki se posveti temu poklicu, v prvi vrsti človek, poln ljubezni do bližnjega in pripravljen na vse mogoče žrtve za dobrobit onega, ki išče pri njem pomoči in utehe. Samo dober človek more biti dober zdravnik. Tak idealen zdravnik naj bo vsem pred očmi pri reševanju vprašanj materialnega značaja, pri katerem naj jih vodi načelo. „salus aegroti suprema lex medici.“

V imenu prosvetnega ministrstva je pozdravil kongres prosvetni šef prof. Breznik, ki je naglašal potrebo sodelovanja med prosvetnimi delavci in zdravniki. Ljubljanski mestni fizik dr. Rus je izrazil v imenu ljubljanskega župana dr. Puca zborovalcem željo, da bi poleg znanstvenih dobrin ponесли tudi obilico lepih vtisov iz Slovenije. Za Rdeči križ je pozdravil kongres inspektor dr. Wester, ki je naglašal, da naj bi bil vsak zdravnik tudi član te humane institucije. Za Zvezo zdravniških zbornic je v lepih besedah pozdravil kongres predsednik zdravniške zbornice za dravsko banovino dr. Košir. Nadalje so pozdravili zborovalce še sreski načelnik v Radovljici dr. Vrečar, blejski župan Anton Vovk, v imenu blejskih zdravnikov dr. Češarek, prof. dr. Matija Ambrožič pa kot predsednik Združenja jugoslovanskih pediatrov.

Pozdravne brzojavke so poslali: Ministrski predsednik Nikola Uzunović, minister socialne politike in narodnega zdravja dr. Novak, minister za telesno vzgojo dr. Andjelinović, Zveza poljskih zdravnikov, ljubljanski župan

dr. Puc, predsednik zveze apotekarskih zbornic g. Zimmermann, načelnik sanit. oddelka g. dr. Milanović in Glavna zveza zdravstvenih zadrug.

Po teh pozdravih se je častni predsednik Jugoslovanskega zdravniškega društva in predsednik Jugoslovanskega odbora Vselovanske zdravniške zveze senator dr. Ivković v prisrčnih besedah obrnil na bolgarske, čehoslovaške in poljske delegate z željo, da bi se med nami ne počutili samo kot gostje, marveč kakor pravi bratje.

S tem je bil oficialni del otvoritve kongresa zaključen.

Po kratkem odmoru so podali društveni odborniki pregled društvenega delovanja v preteklem letu, na kar je dobil odbor na predlog dr. Dereanija absolutorij.

Pri volitvah v novi odbor je bil soglasno izvoljen za predsednika dr. Svetislav Stefanović, za podpredsednika dr. Pavel Čulumović in dr. Valentin Meršol, za tajnika dr. Župić iz Zagreba in dr. Naunović iz Beograda, za blagajnika dr. Miodragović.

Nato se je predsednik spomnil umrlih članov v minulem letu, od katerih je posebej omenil sledeče: Dr. Mihajlo Petrović, prof. kirurgije, Beograd; Dr. Fran Jankovič, minister na r., Maribor; Dr. Praunseis Alojzij, zobozdravnik, Ljubljana; Dr. Vladimir Jelovšek, urednik Liječniškega Vijesnika, Zagreb; Dr. Julije Domac, bivši predsednik Zbora in Lekarske komore v Zagrebu; Dr. Aleks. Kuhar, bivši mestni fizik v Zagrebu; Dr. Fedor Heinz, primarij kirurgije v Zagrebu.

Udeleženci kongresa so umrlim tovarišem izkazali spoštovanje z vzklikom: Slava jim!

Društveni tajnik je na to prečital listo članov Jugoslovanskega narodnega odbora Vseslovanske zdravniške zveze. V odboru so med drugimi iz dravske banovine dr. Rus, dr. Šlajmer, dr. Zalokar in dr. Meršol.

Za svoje častne člane je imenovalo Jugoslovansko zdravniško društvo prof. Stroganov-a in Leningrada, prof. Kirov-a iz Sofije, prof. Mogilnickega iz Lodza, dr. Kotynek-a iz Prage, prof. Faurea in Sergent-a iz Parize, in prof. Szentgyorgyija iz Segedina. Za dopisna člana pa sta bila imenovana dr. Čipev iz Sofije in dr. Malik iz Prage.

V članstvo JLD sta bila sprejeta: Društvo jugoslovanskih pediatrov in Zdravniško društvo v Sarajevu.

Glede članarine se je določilo, naj posamezna društva vplačajo za vsakega člana po 10 Din na leto.

Kot mesto prihodnjega kongresa je bil določen Beograd. Glavni temi bodoča: 1. Rak; 2. Vprašanje bolnic.

Med samostojnimi predlogi je treba omeniti predlog odbora, da naj bodoči kongres traja 4 dni in sicer: 1. in 4. dan v plenumu, 2. in 3. dan pa zborovanja sekcij. Predlog je bil sprejet.

Po kratkem odmoru se preide na znanstveni del kongresa.

Predvsem so bili na programu referati, ki so razpravljali o glavni temi:

A. Zdravstvo na deželi.

Uvodno predavanje je imel dr. Stefanović, ki je orisal žalostne zdravstvene razmere po mnogih naših vaseh. Dočim so mesta še dokaj dobro preskrbljena z zdravniki in zdravstvenimi zavodi je pa naša vas, zlasti v nekaterih delih države, skoraj brez zdravniške pomoči in to navzlic temu, da se neprestano govori o nadprodukciji zdravnikov.

Profesor dr. Zalokar je govoril o temi: Porodništvo na deželi. Naglašal je, da je prvi pogoj za napredek naroda higijena ob rojstvu. Število

babic je mnogo premajhno. Jugoslavija ima danes isto število babic kot pred 15 leti, dasi se je prebivalstvo pomnožilo. Da bi se število babic povečalo, bi bilo treba ustanoviti več babiških šol in skrajšati učno dobo. Predavatelj je dalje podal glavne smernice za doseg pravih higijene ob rojstvu posebno za prebivalstvo na deželi.

Zanimivo je bilo predavanje zdravstvenega inspektorja dr. Lapajneteta o „Higijeni kmetske hiše“. V svojem referatu se je poglobil v nepraktičnost in nehygieničnost današnje kmetske hiše, ki bi se morala v doglednem času do temeljev preurediti.

Zelo lepe misli je podal v svojem predavanju dr. Marko Bašić, občinski zdravnik v Vinici: O pospeševanju zdravstva na vasi.

Z največjo pozornostjo se sledili udeleženci kongresa izvajanjem dr. Simonovića, občinskega zdravnika iz Sombora, ki je v svojem predavanju „Zdravstvo na vasi“ povdarjal, da je nesmiselno in za narodno zdravje škodljivo pospeševati razvoj velikih mest na škodo zdravega in gospodarsko trdnega podeželja.

Predavanja so se nadaljevala v nedeljo 9. IX.

Prvi je predaval v češkem jeziku dr. Formanek: Skrb za zdravstvo na deželi na Čehoslovaškem.

Direktor Higij. zavoda dr. K. Petrič je na podlagi mnogoletnih izkušenj zavoda podal glavne smernice za izvajanje asanacijskih del na podeželju, ki se posebno v dravski banovini vrše z veliko vneto.

Sledilo je zanimivo predavanje dr. Vaclava Haza iz Prage: Ekonomska misija jugoslovanskega zdravnika.

V svojem predavanju „O delu občinskih zdravnikov“ je dr. Sava Vuković podal glavne smernice za zdravniško delo po kmetskih občinah, dr. Milan Mišić pa se je pečal s splošnimi principi epidemiologije in zatiranja nalezljivih bolezni na deželi.

Dr. V. Meršol je v referatu „Problem difterije na deželi“ ugotovil, da v zadnjih letih število slučajev in smrti vsled difterije pri nas raste, ter je za svrhu preprečevanja difterije predlagal potrebne mere.

Zelo važno je bilo predavanje šef-zdravnika senatorija na Golniku dr. R. Neubauerja, ki je povdaril važnost vprašanja tuberkuloze na deželi in omenil najvažnejše smernice protituberkulozne borbe.

Dalje so predavali: Dr. V. Fuksa: Higijenske razmere v bilogorskih vaseh. Dr. Edo Fišer: Zdravstvene razmere na dobrovoljskih kolonijah v Podravini. Dr. M. Zelić: Iz higijene ruske vasi.

Omeniti je treba važno predavanje dr. Vladimira Vrečka, sreškega san. referenta iz Ptuja: Pouk o higijeni v osnovni šoli.

Polno zanimivosti je bilo predavanje dr. Milenka Berića: Žena na vasi in v mestih.

B. Proste medicinske teme:

Radi projekcij rentgenogramov sta v blejskem kinu predavala:

1. Dr. S. Kadrnka: Napredek v diagnostiki bolezni prebavnih organov s pomočjo rentgenološkega pregleda sluznice.
2. Dr. Slavčič Davidov: Aktualnosti iz zobozdravništva.

Zvečer dne 9. IX ob 9. uri je bil v kazinski dvorani banket, katerega je priredila udeležencem kongresa Zdraviliška komisija na Bledu. Banketa se je udeležilo okrog 400 zdravnikov in gostov. Na banketu so govorili: V imenu JLD je prvi govoril dr. Stefanović, ki je nazdravil Nj. Vel.

kralju Aleksandru, bolgarskemu kralju Borisu, predsedniku čehoslovaške republike Masaryku in predsedniku poljske republike Mościskemu; dalje so pozdravili udeležence blejski župan g. Vovk, zdravstv. inspektor dr. Mayer, dr. Kolynek, dr. Čipev, dr. Mogilnicki, dr. Ambročič, dr. Brdlik, dr. Klisič dr. Vučević in dr. Dereani (v latinščini).

V ponedeljek 10./IX. so se predavanja nadaljevala.

Predavali so:

1. Dr. Ljub. Živković: Patologija pokončnega človeka civilizacije.

2. Dr. B. Berger: Bolezni ust in zob z ozirom na organe in splošne bolezni.

3. Prof. Stein (Dunaj): Novejša naziranja v vprašanju fokalne infekcije.

4. Dr. M. Zelić: Sredstva proti spočetju v cilju omejevanja porodov. V daljšem predavanju je predavatelj povdarjal, da so vsa sredstva proti spočetju nesigurna in za ženski organizem škodljiva, zato bi se ne smela prodajati niti priporočati v dnevnem časopisju.

5. Dr. Svet. Stefanović: Problemi medicinskega pouka. Predavanje je bilo globoko zasnovano, samo škoda, da se ni mogla razviti obširnejša debata radi pomanjkanja časa.

Popoldne je referiral dr. Klisič o temi: Spremembe v zakonu o bolnicah. O tem predmetu se je vodila daljša debata. Važnejši zaključki so bili pozneje sprejeti v resoluciji.

O zdravniškem sindikatu je referiral dr. Kuskutis. Povdarjal je posebno važnost zdravniške sindikalne zadruga, ki ima za cilj medsebojno pomoč v slučaju nezaposlenosti, iznemoglosti in invalidnosti. To je treba ločiti od sanitetne kreditne zadruga, v kateri so lahko člani tudi nezdravniki.

Dr. Miroslav Šlezinger je govoril o temi: Splošno zavarovanje prebivalstva. Predlagal je, da naj bode zavarovanje obvezno za vse osebe od 16 do 65 leta in podal podroben načrt v ta namen.

Kongres je sklenil, naj se načrt odstopi Ministrstvu za socialno pol. in narodno zdravje, da ga prouči in skliče anketo zastopnikov raznih uradov in organizacij, ki so na tem vprašanju zainteresirane, da o njem razpravljajo in sklepajo.

Nato so bile sprejete sledeče resolucije:

I.

Na podlagi mnogoštevilnih referatov o glavni temi kongresa: Zdravstvo na deželi smatra Jugoslovansko zdravniško društvo za potrebno:

1. *Da se skrb za zdravstvo na deželi sprejme v program državne politike. Za podlago naj služi gospodarska zaščita kmetskega prebivalstva. Predvsem naj se izvaja zaščita mater in otrok na kmetih. Potrebno je, da se vsaj v treh letih izvede zakon o zdravstvenih občinah po celi državi in tudi po kmetskih občinah nameste zdravniki.*

2. *Kot temelj zdravstvene kulture na kmetih naj se vzame družina.*

3. *Naj se zagotovi obvezna zaščita zapuščenih otrok, brez obzira na zakonsko stanje staršev.*

4. *Ustanavljajo naj se dispanzerji za tuberkulozo in za zaščito mater in otrok, zgradijo v oddaljenih krajih male bolnišnice in zdravstveni domovi.*

Da se ta program izvede, naj se izvrši sledeče:

a) *Pri Ministrstvu za socialno politiko in narodno zdravje naj se ustanovi poseben oddelek za zdravstveni napredek podeželja s posebnim odsekom za zaščito mater in otrok.*

b) V vseh banovinskih središčih naj se ustanove zdravstveni odbori, v katerih naj bodo zdravniki in zastopniki prosvetnih in drugih ustanov, ki naj se brigajo za to, da se ta program izvrši.

c) Zdravniki, ki hočejo stopiti v državno službo, morajo biti pred tem vsaj dve leti zdravniki na deželi ali v banovinski službi. Ta služba se jim mora pri vstopu v drž. službo računati za napredovanje in penzijo.

d) Naj se ustanove nove in razširijo dosedanje šole za pomožno sanitetno osebje, tako za zaščitne sestre, za babice, bolničarje itd. Upravniki vseh teh ustanov morajo biti zdravniki.

e) V gradbeni zakon naj se sprejme odredba o zgradbi kmetskih hiš, v komisije za dovoljenje in nadzor hiš pa dodele poleg drugih zastopnikov oblasti tudi zdravniki.

f) Za izvajanje navedenega programa naj se ustanovi poseben fond socialne zaščite. V ta fond bi spadal poleg drugih davščin in doprinosov tudi obstoječi davek na samce, ali poleg tega naj se obdavčijo tudi družine, ki nimajo svojih ali adoptiranih otrok.

II.

Medicinski pouk.

Kongres je pooblastil Izvršni odbor JLD, da izdela svoj načrt uredbe o medicinskem pouku v smislu resolucije lanskega kongresa in da ga na sledečem kongresu da na dnevni red.

III.

Glede sredstev proti spočetju in za kontrolo rojstev kongres zahteva, da se prepove prosta prodaja takih sredstev. Ravnotako naj se prepove publikacija popularnih spisov o teh sredstvih kakor tudi inseratov.

IV.

Glede zakona o bolnišnicah kongres zahteva:

1. Da se izvrši popolna administrativna ločitev klinik od državnih bolnišnic.

2. Da oddelki v bolnišnicah ne smejo imeti več kot 60-100 postelj.

3. Da se zdravnikom volonterjem prizna čas, ki ga prebijejo v bolnišnicah, za napredovanje in penzijo, ako pozneje stopijo v državno ali banovinsko službo, ter da se jim ta leta štejejo za specializacijo in konkurs.

4. Da se vsem zdravnikom, ki so državni uradniki, prizna stalnost v službi. Za popolno penzijo naj se jim prizna 30-letna služba.

5. Ministrstvo soc. politike in narodnega zdravja naj osnuje fond za zgradbo bolnišnice za zdravljenje in proučevanje raka v Beogradu.

V.

Resolucija občinskih zdravnikov.

1. Zahteva se, da se tekom prihodnjega leta popolnoma izvede zakon o zdravstvenih občinah.

2. Ministrstvo za notranje zadeve naj zapove vsem občinam, da se pri določanju položaja, dohodkov etc. občinskih zdravnikov vse občine ravnajo po zakonu o občinah, pa zakonu o zdravstvenih občinah in finančnem zakonu od 1. 1927/28.

3. Zdravniki v občinski in mestni službi naj napredujejo po grupah kakor zdravniki v drž. službi.

4. Sefi oddelkov za socialno in zdravstveno skrb po mestnih občinah naj bodo zdravniki.

*Resolucija Zveze jugoslovanskih stomatoloških društev**Kongres zahteva:*

1. Da se v novem zakonu o zdravnikih jasno označi, da zobozdravniki spadajo pod pojem zakona o specialistih in da se izločijo iz zakona o specialistih za bolezni ust in zobovja ter zobnih tehnikov, ker Jugoslovansko zdravniško društvo nikakor ne more pristati na to, da se posamezne medicinske stroke razpravljajo z nezdravniki in izven zakona o zdravnikih.

2. Ministrstvo soc. politike in nar. zdravja naj objavi vsem društvom in ustanovam, da je dogovor za zdravljenje ust in zobovja svojih članov dovoljen samo s specialisti zobozdravniki, ker edino oni imajo pravico na vse zdravljenje v ustih.

3. Zahteva se, da Ministrstvo strogo pazi, da se redno izvršuje ona določba v zakonu, ki pravi: „Dentistom in dentistom-tehnikom prepovede dana vsaka krvava operacija v ustih razen izdiranja zob.“ Pod krvavo operacijo se razume vsako prekinjenje tkiva, torej tudi vsaka injekcija v srhho anestezije ali s kakšnim drugim namenom, ekstrakcija pulpe, zdravljenje pulpe, incizije, excizije na zobnem mesu itd. Podrejeni organi naj izvedejo kontrolo v delavnicah dentistov tehnikov in naj zaplenijo ves tozadevni instrumentarij. Pri ponovnem prestopku proti zakonu naj postopajo po onem paragrafu zakona, ki predvideva kazni radi kršitve zakonskih predpisov.

4. V zadnjem času se krivo tolmači in zloupotrebljava izraz ordinacija, pod katerim se od nekdanj razume samo delo zdravnikov, ne pa delavnica kakšnega laika. Zato prosimo Ministra za soc. pol. in nar. zdravje, naj odredi, da podrejeni organi strogo pazijo na to, da se ne bi izraz ordinacija uporabljaj tudi za prostore, v katerih delajo zobni tehniki in dentisti.

5. V novi zakon o zdravnikih naj se sprejme tudi odredba o ustanavljanju obrambnega sodišča pri zdravniških zbornicah.

Po sprejetju resolucij je predsednik dr. Stefanović ob 19. uri zaključil kongres.

Istočasno s kongresom JLD se je vršil na Bledu I. Pediatrijski kongres, kateremu je predsedoval prof. dr. Ambrožič. Na kongresu je bilo mnogo zanimivih predavanj, le škoda, da se jih mnogi zdravniki, ki so morali sodelovati pri kongresu JLD ali v sekcijah, niso mogli udeležiti.

Poleg tega so za čas kongresa zborovali zobozdravniki, blagajniški zdravniki, bolniški in občinski zdravniki. Dalje se je vršilo zborovanje Zveze zdravniških zbornic, ki je prineslo važne zaključke.

Kongres JLD je v vsakem oziru dobro uspel. Bil je velik po važnosti glavne teme in po številu udeležencev. Udeleženci so odnesli najlepše vtise tako o kongresu kakor še posebno o lepotah Bleda in okolice, k čemur je mnogo pomagalo lepo vreme prva dva dneva kongresa. Zadnji dan kongresa pa je bil dež, ki je na drugi strani pripomogel k živahnijemu delu na samem kongresu, ker se ga je udeleževalo veliko zdravnikov, ki bi bili sicer odšli na izlete. Od zdravnikov drugih držav, zastopnikov Bolgarov, Čehoslovakov in Poljakov smo dobili izjave, da se na Bledu počutijo kakor doma in da so nad vse zadovoljni.

Da je kongres mogel tako dobro uspeti, je pripomogla mnogo vsestranska pomoč in podpora Zdraviliške komisije na Bledu z županom g. Vovkom na čelu in ravnateljem g. Lettis-om. Ravnotako je treba izreči vse

priznanje hotelirju g. Kendi za vso uslužnost ves čas kongresa. Omeniti je treba tudi vsestransko pomoč blejskih zdravnikov, kakor tudi izreči zahvalo drugim činiteljem, ki so dali na razpolago dvorane za zborovanje sekcij ali drugače pomagali. In tako ni čudno, da so udeleženci kongresa pri odhodu rekli ne samo zbogom, ampak na svidenje še večkrat na našem Bledu.

Dr. V. Meršol.

IZ MEDICINSKIH ČASOPISOV

Medicinski pregled — decembar 1934.

Prof. dr. D. Antič: O dijagnostički vrednosti anamneze. — U novije vreme sve se manje poklanja pažnja anamnezi, oslanjajući se jedino na tekovine današnje tehnike. Pisac iznosi važnost anamneze i želju da se ovoj pokloni veća pažnja, jer nam ona mnogo više koristi pri stavljenju diagnoze, nego što se to, izgleda, misli.

Dr. Goslimirović i dr. Miranda: Biološka studija sistomenzina. — Iz corpus luteuma su Seitz, Wintz i Fingerhut izolovali luteolipoid, koji ima tu sposobnost, da kod žena, koje boluju od genitalnih krvarenja benignog karaktera, hemostiptički dejstvuje. Autori su pravili probe na životinjama i došli su do sledećih rezultata: luteolipoid (sistomemin) ne dovodi do trejnog izlečenja kod svih genitalnih krvarenja kod žena, već samo kod jednog dela, te bi trebalo pokušati sa jačim dozama tretirati neizlečene, da bi se videlo dali bi tada bilo potpunog uspeha.

Dr. Radojević: O anatomskim uzrocima češće pojave varikokele na levoj strani. — Postoje mnoge teorije za objašnjenje ovoga pitanja, koje, po piscu, nikako ne mogu zadovoljiti. Za to autor daje sledeće objašnjenje: da bi se stvorila varikokela, potrebna je predispozicija samog organizma u tom smislu i drugo, što je varikokela skoro uvek na levoj strani, leži uzrok u topografsko-anatomskom odnosu, a naročito prisustvo reno-azigo-renalnog luka koji katkad otežava oticaj krvi iz leve spermatične vene.

Dr. M. Valjavec: O uzrocima rahitizma. —

M. G.

NOVE KNJIGE

Dr. Ivan Matko: Higijena in oko. Ljubljana 1934. Barovinska zaloga šolskih knjig.

G. Dr. Matko je obogatel naše pičlo medicinsko slovstvo z novo knjigo. V predgovoru pripominja, da je to le del knjige o celotni šolski higijeni, ki bo v doglednem času izšla izpod njegovega peresa.

Obdelal je v njej anatomijo in fiziologijo očesa, anomalije v refrakciji in kratko patologijo. Obširneje se peča s kratkovidnostjo in njeno profilakso.

Knjige sem se lotil z veseljem in neko radovednostjo, žel sem jo razočaran odložil. Našel sem v nji toliko tudi bistvenih pogršk, da je prav, če g. pisatelja nanje opozorim.

Najprej nekaj pripomb k terminologiji. „Die hintere Kammer“ se pravi po naše „zadešni“, ne „zadnji“ prekat. Prekata sta dva, oba pred lečo. Prostor, ki je napolnjen s steklovino, ni prekat. Zonula Zinnii imenuje avtor enkrat vesilo, drugič žarno ploščico, corpus ciliare pa enkrat žarno telo, drugič žarkovno elo. To molit, in razun tega označbe niso točne. Mislim, da se nam latinskih tujk ni treba tako zelo otepati.

Vidni škrlat imenujmo rajši škrlatovino.

Izraz vidnik za vidni živec je nov in se mi ne zdi primeren, ravno tako ne vidnikovo nitje za „Sehnervenfasern.“ Faser ni nit, temveč vlakno.

Chiasma imenuje enkrat križ, drugič presečišče. Tractus opticus imenuje ne rimerno vidnikovo snopje, „Sehbahn“ pa vidno žarkovje.

Oznacba obkrajni za temporalni in srednji za medijalni se mi ne zdi srečna. Izraz škripčev trnek (trochlea) je kar nemogoč.

S strelno osjo hoče pisatelj izraziti sagitalni premer zrkla. Os je (neskončna) premica, premer pa je (na obeh koncih omejena) daljica. Na drugem mestu imenuje avtor ta premer vidino os, kar je čisto napak. Tudi ne more biti „os prekrajka.“ Os je premica, ne kratka ne dolga, temveč neskončna.

Meibomove žleze niso znojnice, temveč lojnice.

Za saccus conjunctivae ne vem dobrega izraza, a izraz žepiček ni dober. Deminutivum od žep je žepček. Na drugem mestu imenuje saccus vrečico.

Namesto strop očnice bi se boljše reklo svod ali obok.

Črti, ki tvorita zorni kot, ne gresta skozi križišče očesa, temveč skozi žarišče ali gorišče njegovega optičnega aparata.

Delitev kratkovidnosti v srednje hudo in zelo hudo obliko ni dobra. Boljše je taka srednje in taka višje stopnje.

Melastazam vendar ne moremo reči odtenki!

Izraza prekrvavljen za hiperemičen ne odobravam.

Flikten, infiltratov in čirov na veznici in roženici ne kaže imenovati mozolčke in mehurje, To je malo preveč po domače.

Pri trahomu berem, da sličijo zrnca žabjim krakom!

„Ausgedehnte Narben“ niso razširjene, temveč obsežne brazgotine.

Izraz veka (Lid) se je udomačil in bo najbrž ostal. V svoji terminologiji (Liječ. Vjes. 1920.) sem rabil za „Lid“ trepalnico, za „Wimper“ pa vejico. Ker pravijo tudi naši sosedje veka, izgleda, da bo tudi pri nas prišla v rabo.

K obdelavi snovi pripomnim sledeče

Zdi se mi odveč, da obravnava knjiga, namenjena lajnikom, histologijo mrežnice.

Pri opisu funkcije očesnih mišic bi se reklo pravilnejše, da preme mišice sukajo, obračajo zrklo, poševni mišici pa ga vrtita okoli sagitalne osi.

Definicija za zorno polje ni pravilna, ker zorne osi ne moremo fiksirati. Velikost in oblika zornega polja pa tudi pri zdravih očeh ni vedno enaka in je odvisna od anatomske prilike okolice, obrvi, nosu itd.

Poglavje o akomodaciji ni jasno. Pograšem primerjave s fotografičnim aparatom. Dandanes že vsakdo fotografira in večina amaterjev, vsaj iz srednjih šol, pozna dobro optični stroj aparata. Primerjava z zrkлом bi se dala izpeljati prav nazorno.

Pojma bližišče in daljšiče nista dovolj jasno definirana. Da ima normalno oko bližišče pri 10—12 cm, ni res. Lega bližišča normalnega očesa je odvisna od starosti. Tudi ni res, da je bližišče kratkovidnega očesa 5—8 cm. Tudi lega bližišča kratkovidnega očesa je podvržena starostnim spremembam leče. Pojma akomodacijski obseg (drugič „okoliš“) in akomodacijska širina ne bode ta nikomur jasna.

Akomodacija je pri gledanju na daljavo nepotrebna le pri normalnem in kratkovidnem očesu, ne pa tudi pri daljnovidnem. Kratkovidno oko ne potrebuje akomodacije pri delovni (ne „zorni“) razdalji. A to velja samo za kratkovidno oko, ki ima daljšiče v delovni razdalji, za nižjo kratkovidnost pa ne.

Proti številkam o gibanju kratkovidnosti na ljubljanskih srednjih šolah, ki jih navaja pisatelj po dr. Bassinu, imam zelo tehtne pomisleke. Kdor dosti dela z refrakcijo pri mladini, ve, kako pogost je spasmus akomodacije. Kratkovidnost izgleda dostikrat višja kot je v resnici, oziroma je sploh ni, kjer izgleda, da je. Tudi to se zgodi, da najdemo kratkovidnost, kjer je oko v resnici daljnovidno. Pravilne številke o razširjenosti in stopnjah kratkovidnosti na šolah (pri mladini) je mogoče dobiti le, če se preiskuje pri umelno ohromeli akomodaciji. Tega pa dr. B. ni delal in zato njegovi rezultati niso pravilni. Tudi njegova event. nadaljna opazovanja o porasti kratkovidnosti ne bodo pravilna, ker bodo

slonela na napačni podlagi. Taka pomankljiva dognanja zato ne spadajo v knjigo, ki hoče biti tudi znanstvena.

Med svarilnimi znaki kratkovidnosti navaja avtor tudi vnetje zrkla in prekomerno solzenje. Oboje mi je neznano. Izraz vnetje zrkla vrh tega ne pove nič in ni znanstven. „Kratkovidni vidi slabo predmete tudi v bližini in si nopenja oči, da bi bolje videl“, piše pisatelj. Oči nopenjati ne pomeni nič. Kratkovidni nopenja orbikularno mišico (mežika), da pripre zenico in dobi tako ostrejšo sliko. Akomodacijske mišice n. pr. pa ne nopenja, ker bi potem še slabše videl.

Da bi se kratkovidno oko že nazunaj dalo spoznati po mežikanju, široki zenici in izbuljenosti, tega bi g. pisatelj lajiku ne bil smel napisati.

Pri kratkovidnih zorno polje ni zmanjšano. „Pri najvišjih stopnjah kratkovidnosti se doseže zorna razdalja (razdalja jasnega vida) še le, ako se približajo oči predmetom na 5 cm“, bi se glasilo pravilno: ako se predmet približa do daljšiča (ne baš na 5 cm).

V točki 43. priporoča avtor krepitev očesnih mišic; priporoča jih zlasti kratkovidnim, „kajti naočniki oproščajo mišice naravne funkcije in jih zaradi tega slabe.“ Res je nasprotno: očali prisilijo akomodacijsko mišico kratkovidnega, da normalno dela. Ta trditev bo vrh tega rodila med lajiki nasprotnike očal in bo zato v kvar prizadevanju očesnih zdravnikov. Vaje, ki jih predlaga za okrepitev, so odveč. Očesne mišice, gibalne kot akomodacijske, so ves božji dan „na nogah“ in bi se „čezurnemu“ delu uprle.

Istega mnenja sem o umivanju oči s hladno ali mlačno vodo in masažo večkrat na dan. Nikar ne priporočajte stvari, ki jih nihče delal ne bo, kvečjemu kak penzionist! Pa še to: vse ni dobro za vsakogar.

„Izravnava kratkovidnosti mora biti popolna“ (točka 45). Tako kategorično to ni. V gotovih primerih je treba postopati drugače.

Kakor kratkovidnega, tako lajik tudi daljnovidnega očesa ne bo mogel spoznati že na zunaj po manjši obliki, plitvejšem prekatu, ožji zenici itd. Smelo trdim, da ne bo spoznal nobeden lajik — pa naj je prebral še toliko takih in podobnih knjig — kateri od dveh prekatov je (in vivo) globlji. Tak pouk ne spada v knjigo za lajike in bo le pomagal vzgajati tisto zoperno sorto bolnikov, ki vse bolje ve kot zdravnik.

Naštevjanja različnih vrst astigmatizma lajik ne bo razumel. Poglavje bi bilo lahko izpadlo krajše. Zadostovalo bi popolnoma, če bi pisatelj nazorno razložil pojem astigmatizma vobče. Pri sestavljenem astigmatizmu ni oko v enem meridijanu daljnovidno, v drugem pa slabovidno, temveč v obeh meridijanih daljnovidno ali kratkovidno, le v različni meri. Astigmatizem se določa danes z oftalmometrom in ne s keratoskopom.

Pri pouku o motnjah svetlobnega čuta bi se bil g. pisatelj rajši omejil samo na opis takozvane idiopatične hemeralopije (kurje slepote). O njej res velja, da je njena prognoza dobra, o drugih vrstah pa ne.

Nasvela šklečim (str. 201) „naj gledajo na predmete, ki so najmanj 9 m oddaljeni od očesa. Kajti daljnovidno oko more še na to daljavo akomodirati, kar zmore človek z normalnim vidom le na razdaljo 6 m“, ne bo nihče razumel, jaz ga tudi ne.

Pisateljstvo stališče, naj se škilavega otroka ne operira pred 12. letom, ni pravilno. Dandanes stremimo za tem, da otroka po možnosti operiramo pred šolsko dobo.

V poglavju o preiskavi vidne ostrości je avtor napravil hudo pogreško. Steklo, s katerim se vidi najboljše, ni korekcijsko.

K poglavjem o očesni patologiji imam te-le pripombe:

Ječmenček ni prav nedolžna bolezen in ne brez nadaljnih posledic.

Blepharitis squamosa et seborrhoica imenuje avtor običajno vnetje roba vek in svetuje odstranitev trepalk s koreninami. Oboje, izraz običajno vnetje in zdravljenje z odstranitvijo vejic, je pogrešno.

Poglavja XIII—XVII bi lahko izostala, ali bi se k večjem prav na kratko obdelala. Obolenj mrežnice, žilnice in vidnega živca lajiku pač ne morete raztolmačiti. Osobito je poglavje o gliomu (živčnjak!) odveč.

Nasvel, naj se pri insolaciji kopa v oči kokain, je poceni in kvaren.

XX. in XXI. poglavje, ki obravnavata običajni in zrnati katar in trahom, sta nejasna. Diferencialna diagnoza med trahomom in folikularnim katarjem je celo za strokovnjaka često težka in pri prvi preiskavi dostikrat nemogoča. Zato ni prav, da se v knjigi opisuje lajiku klinične znake. Navadno se dogaja, da se diagnosticira (od zoravnikov!) trahom tam, kjer ga ni. Bojim se, da bo lajik, ki bo z zanimanjem prebiral knjigo, „imel“ kmalu trahom. Jaz bi opis folikularnega katarja izpustil in omenil rajši pri opisu trahoma, da eksistirajo trahomu podobna obolenja, ki pa jih more pravilno ločiti le strokovnjak.

K tej stvari še nekaj popravkov: „običajno“ vnetje veznice ni kužno in ne prenosno. Po opisu sodim namreč, da misli pisatelj conjunct. simplex. Če pa je menil opisati conjunct. catarrh., povzročeno od mikroorganizmov, tedaj pa ne bi bil smel napisati, da bo lezen „nahajamo pri kmetih in voznikih“.

K XXII. odstavku pripominjam, da je odveč, če se zahteva, da se mora otroka s kapavico in davico veznic izločiti od obiska šole. Vsled težkih bolezenskih znakov se taki otroci sami „izločijo“. še predno je diagnoza postavljena. Razen tega sta obe obolenji v šolski dobi prava redkost.

Naslednje poglavje o poškodbah bi bil g. avtor prav brez škode lahko omejil na tujke v veznici in roženici. O ostalih poškodbah bi zadostovalo, da bi zabičil poškodovanecem in učiteljem, da poškodovanega takoj pregleda strokovni zdravnik. Odveč je zlasti preveliko polaganje važnosti na poškodbo s tintnim svinčnikom, ki je redka in le izjemoma tako resna, kot jo opisuje avtor v nekem primeru.

Prav je, da se v knjigi opozarja učitelje in stariše na važnost izbire poklica pri slabovidnih. Ne strinjam pa se z naštevanjem vseh mogočih in nemogočih poklicev. Kajti poklicev kot n. pr. gosposki kočijaž, izdelovatelj steznikov, jahač, pahljačar, predstojnik kovnice, suknostrizec, zlatorezec, izdelovatelj smodk, odvozač (?), strizec ovac, šofar, pri nas dandanes ni več. Imajo jih mogoče še Nemci, a še ti nekatere od teh le še v slovarjih.

Te opazke k novi knjigi so se mi zdele potrebne. Odstavkov o higijeni se nomenoma nisem dotaknil.

Knjiga ima lep in razločen tisk, risbe in slike, ki so deloma barvane, so dobro izpadle, posrečene in nazorne. Nekaj tiskovnih napak bo čitatelj lahko sam našel in popravil.

G. pisatelj je z veliko marljivostjo zbral potrebno gradivo in gotovo z ljubeznijo spisal knjigo. Pozna pa se delu, da ga je spisal zdravnik, ki v stroki ni podkovan in nima lastnih izkušenj. Predno pride knjiga v rabo na šolah, je na vsak način potrebno, da se iz nje odstranijo vsaj načelne napake. Škoda je, da pisatelj ni dal svojega dela pred tiskom kakemu strokovnemu zdravniku na vpogled.

Na konec knjige bi spadala literatura, iz katere je pisatelj črpal.

Dr. L. Ješe.

Priv. doc. F. Mandel: Theorie und Praxis der Krebskrankheit. — Založba W. Maudrich Wien IX. — je izdala l. 1932. za praktičarja prepotrebno monografijo o rakastih obolenjih. — Jasno in brez vsakih hipotez nam referira autor, kar sta dognali klinika in experimentalna patologija do najnovejših časov, tako da služi knjiga v najboljšo informacijo tudi medicincem in takim gg. kolegom, ki si želijo razbistriiti in poglobiti znanje tudi na tem važnem polju človeške patologije in terapije. — V splošnem delu se prav pregledno vrstijo članki o statističnem in socialnem problemu te bolezni, kakor tudi o teorijah nastanka raka, o zdravljenju po operaciji (Nachbehandlung) in končno še o recidivih in metastazah. — V specijalnem delu je zelo pregledno podana razdelitev po organih in povsod izčrpno obdelana patognostika, diagnostika in diferencijalna diagnostika.

Prognostika in metoda izbora zdravljenja vsakovrstnih form raka sta razvidni še posebej iz specijalne tabele (s. 37). Vsako poglavje je kratko, jedrnatost in izredno poučno. Pohvaliti je treba tudi tekoč in lahko umljiv slog, kakor tudi dober tisk na prvovrstnem papirju. Vrednost knjige povečuje naposled še 28 instruktivnih slik. Knjiga stane RM. 8.— in jo toplo priporočam vsem zainteresiranim kolegom, predvsem pa bolnicam.

Dr. Jos. Cholewa

Dr. Josef Siegl: Bauchschmerzen im Kindesalter. — Archiv f. Kinderheilkunde, Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart 1935, broš. RM 3.50. Otroški zdravnik obravnava trebušne bolečine v otroški dobi s stališča praktičnega zdravnika, podaja pregled o simptomatologiji in semiotiki tega poglavja otroške patologije. Čeprav je preiskava trebuha pri otroku nekoliko lažja, ker ne pride v pošev toliko boleznii kakor pri odrasli osebi, je vendar zelo otežkočena radi otrokovega odpora in — ker ni zanesljivih subjektivnih navedb — tolmačenje simptomov skrajno nesigurno.

Avtor razlikuje 3 velike skupine trebušnih bolečin:

I. pri obolenjih v trebuhu.

II. pri obolenjih izven trebuha

III. neurogene trebušne bolečine, kakor na primer recidivirajoče popkovne kolike, kjer ni organskega izvida.

Simpatično je povdaranje konkretnih simptomov, kakor jih lahko opazuje vsak zdravnik, ne da bi pozabil na njih znanstveno razlago; tudi v tehniki preiskave se je omejil na to, kar je vsakemu zdravniku dostopno. Važna je opazka, da manjkajo refleksi trebušne stene v vsakem primeru akutno vnetljivega procesa v trebuhu (ampak tudi pri furunkulozi trebušne stene) in sicer odgovarjajoči lokalizaciji ognjišča n. pr. pri apendicitidi obojestransko.

Skratka dober pregled in analiza poedinih simptomov v tem sicer zelo nepreglednem in samotnem poglavju — a nič bistveno novega. V. Stacul

Knjigarna Kleinmayr & 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

vske informacije in nasvete glede knjig. Ne naročajte pri inozemskih tvrdkah in ponikih, temveč vedno le pri domači tvrdki, ki Vas bo znala v vsakem oziru zadovoljiti.

DROBNE NOVICE

Rockefellerjeva ustanova je v letu 1935 izdala še 9.890.000 amer. dolarjev za dobrodelne, večinoma zdravstvene namene. To je sicer precej manj kot prejšnja leta, toda še vedno ogromna vsota, od katere odpade več kot en milijon na medicinska raziskovanja.

Začetkom 1933 je bilo v Sovjetski Rusiji 76.000 zdravnikov. To število je seveda mnogo premajhno za ogromno deželo. Zato je vlada sklenila, da se mora število dijakov, ki se posvetijo medicini, povečati na 103.000 do leta 1937 (leta 1928 26.000). Posebno hočejo pridobiti za ta študij moške, medtem ko pripada že sedaj 74% vseh medicincev nežnemu spolu. Obenem pa hoče vlada podaljšati študij medicine od 2 in pol na 5 let.

Slavni prof. Röntgen je svoj vsakoletni dopust večinoma preživel v Engadinu. Občina Pontresina je učenjaku na čast imenovala najlepše sprehajališče „Röntgenovo pot.“ Tam je sedaj nemška Röntgenova družba postavila spominsko ploščo enemu največjih raziskovalcev vseh časov.

Tvrška Siemens in Halske je izdelala merilo za šume, ki dovoljuje popolnoma objektivno, od vseh subjektivnih vtisov neodvisno merjenje šumov.

Visoka duhovščina anglikanske cerkve v Angliji se je pred kratkim zelo energično izjavila proti kontroli porodov. Birminghamski škof je celo zahteval, da bi morali biti v vsakem zakonu vsaj 4 otroci. Čisto drugače v Ameriki, kjer so protestantski duhovniki s precejšnjo večino glasovali za kontrolo porodov. V Zedinjenih državah štejejo letno 1 do 2 milijona splavov, pri čemer izgubi svoje življenje 15.000 do 30.000 mater. (Münchn. med. Wchschrift.)

Dne 1. decembra 1934 so v Rimu slovesno otvorili Istituto Mussolini, ki ima zavod za raziskavanje tbc. in obenem najmodernejšo kliniko za to bolezen s 1.400 posteljami.

V Italiji so v proslulih Pontinskih močvirjih delali poskuse z novim sredstvom za iztrebljenje Anopheles. Sredstvo so imenuje „Antilarval“ in ga pridobijo iz starega obrabljenega olja od strojev in avtomobilov. Poskusi so baje dali popolnoma zadovoljiv rezultat. Cena tega sredstva je zelo nizka.

Tudi v Mesianu pri Trentu so pred kratkim otvorili zdravilišče za bolne na pljučih z 200 posteljami.

Neki angleški zdravnik je sporočil listu „British medical Journal“ primer superfeciacije: Neka multipara je baje rodila s presledkom 56 dni dva popolnoma normalno razvita, zdrava otroka.

Na Ceylonu je v zadnjem času zahtevala malarija, ki je nastopila v obliki hude epidemije, 3000 žrtev, med temi posebno mnogo malih otrok.

Univerzitetna klinika v Kumamotu (Japonska) je postala žrtev požara, ki jo je popolnoma vpepelil. Škoda znaša 5 mil. Yenov.

Umrli: Dr. Vinko Gregorič v Novem mestu. Slava njegovemu spominu. Na Dunaju znameniti ortoped prof. Hans Lorenz. V Lausanni v starosti 75 let znani kirurg César Roux. V Heidelbergu anatom prof. Kallius. V Hallu a. S. eden največjih nemških fiziologov K. H. Blümel.

Medicinska fakulteta na Dunaju priredi od 11. do 24. febr. t. l. svoj 54. nadaljevalni tečaj, ki bo veljal „otročkim boleznim s posebnim ozirom na terapijo“. Informacije daje: Kursbüro, Wien IX. Alserstr. 4.

Popravki:

V spominih na svetovnovno vojno:

- str. 655: vrsta 10 odop. — mesto: „izstrelki topov iz aeroplanov“ čitaj: topov in aeroplanov (jedna napačna črka je napravila nesmisel, — aeroplani nimajo topov). —
str. 658: vrsta 17. mesto: prof. Škrbinom — čitaj Skrbinskem. — Gospod urednik je (res okorno besedo) spoprijatelj premenil v sprijaznil. A to ni isto. Prijazen sem bil z vsakim in z nobenim skregan, torej se nisem sprijaznil, — pač pa sem z marsikom postal prijatelj. —

*
*
*

Znani preparat tvrške Mišković & Komp. se imenuje Skalin in ne Skalim, kakor ga je tiskarski škrat v inseratnem delu našega lista krstil.

IZ UREDNIŠTVA

VII. letnik Z. V. je začel. Smer in cilj lista ostaneta nespremenjena. Pri tem računamo na nadaljno naklonjenost vseh gg. tovarišev in na njih sodelovanje v še širšem obsegu.

Preželi z optimizmom, ki ga upravičuje dosednji razvoj lista, upamo, da nam bo letos mogoče uresničiti marsikateri načrt, ki je bil dosedaj neizvedljiv. Še vedno iščemo sodelavcev zlasti za stanovsko in socialno-higiensko rubriko Zdravn. Vestnika.

Tudi gmotno stanje lista čaka še na nujno potrebno ureditev. Do tedaj pa bomo še vedno navezani na dobro voljo in uvidevnost naših čitateljev, predvsem gg. kolegov.

Urednik

Evgenika

Mesto rubrike „Iz Evgenike“ bo izhajala od februarja t. l. dalje v dvomesečnih presledkih „Evgenika“, nova priloga Zdravn. Vestnika, pod uredništvom priv. doc. dr. Božo Škerlja.

To prilogo bodo lahko naročevali tudi nezdavniki za malenkostno naročnino din 20.— za celo leto.

Gg. tovariše in druge čitatelje Zdravn. Vestnika prosimo, da na „Evgeniko“ opozarjajo interesente iz krogov razumništva, predvsem pa, da sami krepko sodelujejo.

Urednik.

Navodila gg. sodelavcem.

1. Rokopisi naj bodo čitljivo pisani, če le mogoče na stroju, vedno pa brez pogojno enostransko.

2. Z. V. je bolj kot drugi listi prisiljen k največji varčnosti. Zato bomo v bodoče morali odkloniti objavo vseh predolgih člankov, razen če prinašajo res važne izsledke.

3. Tudi največji listi odklanjajo preobsežne tabele in slike. Plačilo za klišeje prevzame pisec sam, razen ako se je z urednikom v posebnem slučaju drugače dogovoril. Slike, skice in diagrami morajo biti narisani s tušem ali brezhibno fotografično reproducirani.

4. Znanstvena poštenost zahteva, da navede pisec na koncu članka medicinsko slovnstvo, iz katerega je črpal. Rezimé v kakem svetovnem jeziku pa dvigne ugled članka in lista.

5. Korekture bo v bodoče prejel avtor sam s prošnjo, da jih nemudoma, to je najkasneje v 48 urah vrne, sicer bi se jih ne moglo vpoštevati. Kdor ne zna korigirati — tudi to se je treba naučiti — naj prosi uredništvo, da prevzame korekture.

6. Uredništvo bo bolj kot doslej gledalo na brezhiben jezik in enotnost tehničnih izrazov in bo vse nepotrebne tujke brez nadaljnjega črtalo.

7. Posebne odtiske dobijo gg. avtorji samo, ako to željo najkasneje do korekture sporočijo upravi Z. V. 10 posebnih odtiskov lahko vsak avtor dobi brezplačno, za cenó večjega števila naj pravočasno vpraša.

8. Del, ki so bila že objavljena drugod, ne sprejmemo. Uredništvo.

Za tiskovni sklad Zdravn. Vestnika so prispevali:

Din 150.—: Dr. Iv. Eržen — Kranj;

po din 100.—: Dr. J. Cholewa — Brežice, Dr. A. Novoselskij — Kranj, Dr. Fr. Pestotnik — Novo Celje;

din 90.—: Dr. Klara Kukovec — Maribor;

din 60.—: Dr. A. Gregorc — M. Sobota;

po din 50.—: Dr. P. Avramović — Ljubljana, Dr. L. Brenčič — Ljubljana, Dr. J. Malerič — Črnomelj, Dr. J. Sekula — Maribor, Dr. J. De Gleria — Bled, Dr. Švajger — Ljubljana;

po din 30.—: Dr. Ign. Pavlič — Novo mesto, Dr. J. Rebernik — Celje, Dr. Sl. Grum — Zagorje;

po din 20.—: Dr. Ad. Zorec — Ruše, Dr. Lukman — G. Lendava.

Prisrčna hvala!

HEPRACTON „Merck“

Visoko vredni, koncentrirani preparat jeter.
Za terapijo vseh vrst **anemij**, posebno
perniciozne anemije

PAKIRANJE:

Za peroralno terapijo:

HEPRACTON-pulvis
stekleničica s 50 g
HEPRACTON-tablete
omot z dvema cevčicama
a 12 tabl. = 24 tabl.

Za intramuskularno terapijo:

Hepracton pro injectiore

ampule a 1 ccm
škallje po 10, 25 in 100
amp.
ampule a 2 ccm
škallje po 5, 25, 100 amp.

E. MERCK, Darmstadt

znanstveni oddelek za Jugoslavijo
ZAGREB, Mošinska 14

E. MERCK

PANTHESIN BALSAM

odpravi bolečine
in vnetja

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

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



Chemische Fabrik vorm. Sandoz, Basel, Švica

Vsebina:

	Stran
Dr. Mikić Fedor:	Slovenija v luči tablice redosleda umiranja 1
Dr. Furlan Tomaž:	Solnčne in senčne strani slovenske zdravstvene literature, zlasti revijalne 10
Dr. Lutman Stane:	Biermer-jeva anemija in njeno zdravljenje z izvlečki jeter in želodca 16
Dr. Kocjančič Viktor:	Uporabljivost pernoktona v privatni praksi 23
Pomenek:	
Dr. Ješe L.:	K čl. dr. Bassina: Primer operir. tumorja hipolize 25
Dr. Bassin R.:	Odgovor na prednjo pripombo dr. L. Ješe-a 25
Albert Krecke	Zdravnik in bolnik 26
Iz soc. zavarovanja: 33
Iz zdravn. društev: 33
	Podelitev nagrade g. dr. Fr. Debevca — Ljubljana 34
	Sestanek Jugosl. radiol. društva Beograd 5. in 6. maja 1935 34
	Vabilo na redni občni zbor Pokojninskega zaklada za zdravniške vdove in sirote 35
	Vabilo na redni občni zbor Zveze blagaj. zdravnikov 35
	Jugosl. zdravniški kongres na Bledu od 8.—10. sept. 1934 35
Iz med. časopisov: 42
	Medicinski pregled — december 1934 42
Nove knjige:	
	Dr. Matko Ivan — Higijena in oko 42
	Priv. doc. F. Mandel — Theorie u. Praxis der Krebskrankheit 45
	dr. Josef Siegl — Bauchschmerzen im Kindesalter 46
Drobne novice: 46
	Popravki 47
Iz uredništva: 47
Mali oglasi: X

MALI OGLASI

Kupim takoj ginekološki stol. Ponudbe na upravo Zdrav. Vestnika pod „Ginekolog“.

Prodam razne, jako dobro ohranjene zdravniške instrumente. Vprašati: Uprava Zdrav. Vestnika — Golnik.

**ADOLF
MOSTBECK**
BEOGRAD
ZA „RUSKIM CARJEM“



OBILIČEV VENAC 32/1.
TELEFON 21-9-14.

Generalno zastopstvo
specialne medicinske založne knjigarne
Urban & Schwarzenberg

dobavlja in pošilja pod najpovolj-
nejšimi pogoji vse strokovne
medicinske knjige, učbe-
nike in časopise v
vsakem jeziku

*Sa poliklinike gospodina profesora P. Hajmana,
Berlin NW*

o Thyangol - tabletama

od sanit. savetnika dr. E. Littaur, Šarlotenburg

Uzrok teškoća pri gutanju može biti vrlo različit, on može biti prouzrokovan jednostavnim promenama usled zapaljenja sluzokože, ždrela, kao kod različitih oblika Pharyngitis-a. Na drugoj strani dolaze u obzir anginozna, većim delom infekcijsna obolenja tonzila i njihove okoline: angina, follicularis, difterija i mešane infekcije.

Najveći deo teškoća pri gutanju zauzimaju ulcerativni procesi Pharynx-a, delom tuberkulozne, delom luetične prirode. Bolovi pri uzimanju hrane su u ovim slučajevima većinom nepodnošljivi, oni se povećavaju još pri piću i pri takozvanom gutanju na prazno. Nezavisno od lečenja glavne bolesti, koje sasvim prirodno zahteva duže vremena i stručnog lekara, mi se moramo truditi, da pacijentima ublažimo mučne bolove pri uzimanju hrane, koji se pojavljuju u toku bolesti i da te bolove učinimo po mogućnosti nezavisnim od lekara.

Bolesti same po sebi reduciraju snagu bolesnika u velikoj meri. Otešeno, više puta skoro nemoguće uzimanje hrane dovodi bolesnike do potpune iscrpljenosti. Ako se uspe simptomatičnim lečenjem postići ublaživanje (olakšanje), onda se mora svako sredstvo, koje taj cilj postizava s veseljem pozdraviti; a naročito, ako je bolesnik u stanju, da bez pomoći lekara, sredstvo na licu mesta sam aplicira.

Dosada su to bile Narkotika, koja su se najčešće upotrebljavala i do gotove mere postizavala svoj cilj. P. Heymann u knjizi: »Handbuch der speziellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege« u poglavlju »Lokalna anestezija« piše: Kokain i druga lako rastopiva anaestetika izazivaju ovde samo prolazna olakšanja. Ovi slučajevi sačinjavaju glavno polje upotrebe drugih netopivih, ili bolje rečeno, jako teško topivih sredstava.

Eihorn i Heinz zahtevaju od jednog anestetikuma za otklanjanje (odstranjanje) bolova: 1. da mora biti neutrovan, 2. težak, t. j. da se polako resorbira. Kokainove soli ne ispunjavaju ove uslove. Radi njihove otrovnosti one se mogu samo u ograničenoj meri upotrebljavati i pošto su jednako topive u kratkom vremenu se resorbiraju tako, da se njihov učinak brzo izgubi.

Kemična industrija se trudi, da kombiniranjem više sredstava, koja ublažuju nadražaje i bolove, ne dakle narkotične prirode, napravi preparate, kojih konzistencija i način topljenja omogućava duže ostajanje delotvornih materija na obolelim delovima.

P. Heymann preporučuje grupu Orthoforma kao i Antipyrin i njegove derivate n. pr. Tolpyrin; Anaesthesinbonbone, koji se na sličan način upotrebljuju.

Tvrtka dr. Thilo & Co. Mainz je donela na trg preparat pod imenom »THIANGOL« u obliku tableta, koje su sastavljene iz Anaesthesina, Phenacetina i malih množina Menthola, Thymola i Ol. Eucalypti.

Anaesthesin, jedan p- Amydobenzoesäureaethylester, je već dugo u Laryngologiji poznat Anestheticum sluzokože, koji je u internoj medicini kod ćireva želuca i u dermatologiji kod Pruritusa kože činio dobre usluge. Phenacetin deluje kao otrovniji Antipyrin, ublažujući bolove a u isto vreme ugodno na opće osećanje. Eterična ulja, upotrebljena u malim dozama deluju antibaktericidno a u isto vreme pospešuju izlučivanje (sekretio).

Tvrtka dr. Thilo & Co., Mainz je sva ova sredstva kombinirala i donela ih u obliku pastila. Ove pastile su se pokazale kao vrlo upotrebljiv preparat za ublaživanje bolova kod gutanja, bez obzira na to, kojom glavnom bolešću su bili bolovi prouzrokovani.

Ja sam upotrebljavao ove tablete nekoliko meseci na poliklinici gospodina prof. P. Heymanna i u svojoj vlastitoj praksi u dosta velikom broju najrazličitijih slučajeva i postigao jako dobre uspehe. Najpre u različitim slučajevima grozničavih angina, u kojima su pacijenti obilnim lučenjem sluzokože prisiljeni, da stalno na prazno gutaju. Tu su se iskazale Thyangol tablete kao izvanredno delotvorne (lekovite) protiv povećanim bolovima pri gutanju; bolesnici naglašavaju ponovno poboljšanje opšteg osećanja, koje se može smatrati moguće kao učinak u preparatu sadržanog Phenacetina, ili moguće samo kao posledica boljeg uzimanja hrane kad otpadnu bolovi.

Kod suhих Pharyngitida, kod kojih se tvrdo drže osušeni komadići sluz, čije izbacivanje uspeva tek posle teških napora, osećali su bolesnici olakšanje sekrecije, a učinak sredstva delovao je vrlo ugodno.

Najveće uspehe imale su Thyangol tablete kod teških bolova pri gutanju usled ulcerativnih procesa u Pharynxu i Larynxu, kao što se nalaze kod različitih zaraznih bolesti a naročito kod tuberkulose. U to vreme imali smo na poliklinici izvanredno veliki broj delom vrlo teških slučajeva tuberkulose na posmatranju. Dali je ovo učestvovanje (umnožavanje) pripisivati rđavim prilikama prehrane za vreme i posle rata ili su tome drugi uzroci, ne bih hteo ovde odlučiti. Bez da su bolesnici znali kakav učinak treba da imaju tablete, koje su dobivali, naglašavali su svi naročito njihov učinak pri ublaživanju bolova pri gutanju i uočljivo snižavanje nadražaja mučnog kašlja.

Kratko vreme posle rastapanja tableta, mogli su bolesnici većinom nesmetano uzimati obroke hrane a isto tako je i nadražaj na kašalj, koji je smetao spavanju, izvanredno bio ublažen.

Tablete su se uzimale svakog sata ili svaka 2 sata pre jela. One se polako rastapaju. Njihov ukus na kraju nekoliko peče, ali ne ograničuje ukus u ustima. Istotako ne traje vrlo dugo posle rastapanja Thyanol tableta drvenasti osećaj u ustima. Neprijatnih posledica nisam nikako mogao opaziti. Preparat je vrlo upotrebljiv i nudi sve ono, što se od njega s obzirom na simptomatično lećenje može zahtevati. Naročito se može upotrebljavati kod izrazitih slučajeva tuberkulose gornjih vazdušnih puteva sa prednošću pred drugima.

„KAŠTEL“ tvornica kem. farmac. ZAGREB
proizvodov d. d.
ODIO
„SANABO-KAŠTEL“

HOGIVAL

„SANABO-KAŠTEL“

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

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

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.

PRI KOLAPSU

akutni in kronični insuficijenci krvotoka
brzo in sigurno učinkuje

TONOKARDIN

derivat azo-formamidina in piridina „KAŠTEL“

TONOKARDIN draži vazomotorni center
ojača in regulira delo srca
„KAŠTEL“ poboljšuje cel krvotok

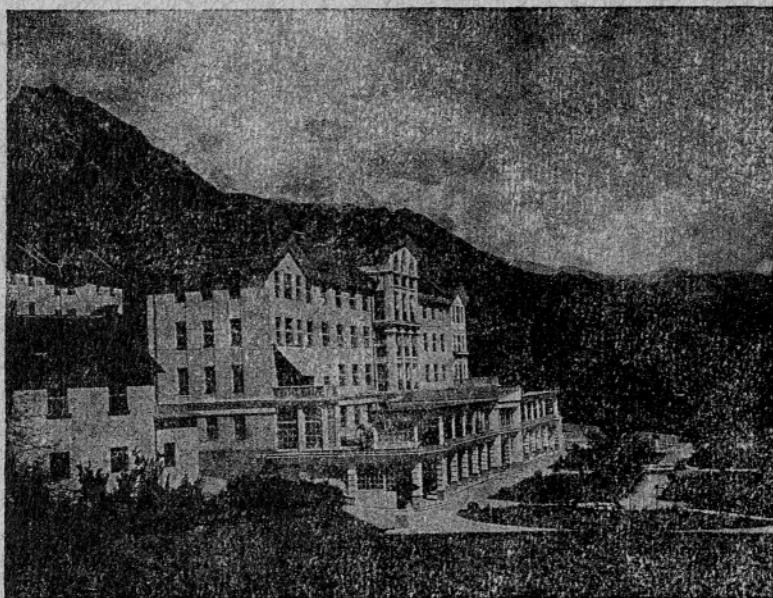
TONOKARDIN „KAŠTEL“

deluje brzo in trajno
Origin. steklenice z 10 ccm solucije,
Orig. škatljice s 5 ampulami po 1,1 ccm

„KAŠTEL“ tovarna kem.-farmac. proizvodov d. d. ZAGREB

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, pneumothorax artificialis, phrenicoexairesis, thoracoplastica, Jakobäusova operacija.

Vse informacije daje uprava zdravilišča Golnik.

Pošta — telefon — brzojav: Golnik.

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