

# ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

## KEMIKA D. D. ZAGREB

za kemično in farmacevtično industrijo.

Priporoča svoje preizkušene preparate

### Živalskega oglja

za zdravljenje vseh motenj prebavnega trakta posebno pa sledeče:

**Carbo animalis** tablete a 0,40 g. in prah za recepturo najčistejše živalsko oglje z zanesljivim adsorptivnim učinkom. Originalne škatlje a 50 tabl.

**Carboacid** „Kemika“ tablete po 0,40 g. Carbo animalis impregnirano s 2% solno kislino (H CL) Orig. steklenica z 50 tabl.

**Carbopepsin** tablete z vsebino 0,25 g. Carbo animalisa in 0,25 g. pepsina.

**Tannocarbon** „Kemika“ tablete z 0,25 g. Carbo animalis in 0,20 g. Tanin. albuminat. Orig. škatlje po 50 tabl.

**Carbolax** „Kemika“ tablete z 0,25 g. Carbo animalis in 0,05 g. Extract Sennae sicc. Orig. škatlje po 50 tabl.

**Magnocarbon** „Kemika“ tablete s 0,025 g. Carbo animalis 0,25 g. Magnozón-a in 0,005 g. Extract. Belladonae. Orig. škatlje po 50 tabl.

Imenovani preparati živalskega oglja omogočajo izvrševati uspešno in hitro individualno terapijo vseh obolenj prebavnega trakta. Blagovolite dati prednost dobrim domačim preparatom in se jih vedno poslužujte.

Naslov uredništva in administracije:  
**Dr. R. Neubauer - Golnik.**

## VSEBINA:

	Stran
Dr. Božidar Lavrič: Neurofibromatosis Recklinghausen (2 slike) . . .	323
Dr. Boža Merljak: Odpravljanje trakulje z duodenalno zondo . . .	327
Dr. Rajner Bassin: O očesni refrakciji (2 diagr.) . . . . .	335
Dr. Sonc Anton: Lipoidi in njih pomen v seči . . . . .	343
Dr. Viktor Čerček: IV. Slovanski zdravniški kongres v Poznanju . .	347
Iz zdravniških društev . . . . .	350
Vprašanja in odgovori . . . . .	354
Iz medicinskih časopisov . . . . .	355
Nove knjige . . . . .	356
Referati . . . . .	359
Drobne novice . . . . .	361
Iz uredništva . . . . .	362

Tej številki sta priložena prospekta:

Tvrdke R. Dunod — Beograd, Bačvanska 6 ter tvrdke Mag. J. Hoffmann,  
Zagreb, Mošinskog ul.

# Rogaška Slatina

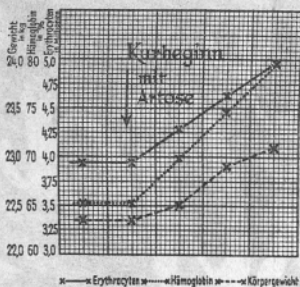
Zdravilišče želodca in  
črevesja, jeter in žolčnega  
mehurja (kamni), sladkorne  
bolezni in protina poseduje



# 3

ZDRAVILNE  
VRELCE:

„TEMPEL“  
„STYRIA“  
„DONAT“  
PRIČETEK SEZONE:  
1. MAJ



## porast Premačrtni

števila eritrocitov  
odstotka hemoglobina

označi učinek  
sodobnega zdravljenja anemije

s pomočjo

bakra  
+ železa } = **ARTOSE**

Originalna steklenica zadostuje za teden dni.

Doza: 3 krat na dan po 1 čajno žličko.

Vzorce in literaturo pošilja na zahtevo:

**C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G.m.b.H., MANNHEIM-WALDHOF.**

Zastopstvo za kraljevino Jugoslavijo:

"I S I S" D. D. Zagreb — Beograd — Ljubljana.

## HORDENZYM

Dr. Wandrov hranilni sladkor.

Idealna stalna hrana za zdrave in bolne dojenčke po načelih prof. Soxletha.

Indikacije: Pri zdravih dojenčkih za povečanje teže in pospešenje rasti namesto sladkorja. Kot dodatek k zelenjavi pri prehodu na mešano hrano, pri mojnih prehrani dojenčkov, ki trpijo na driski. Za otroke in odrasle, ki rabijo naglo in stalno zboljšanje svoje hrane.

## ALCOPHEN

Dr. Wander.

(Alucol-Acetylparaphenetidin-Coffeincitrat-Dimethyl-Aminophenyldimethyl-Pyralozon).

## ANALGETICUM-ANTIPYRETICUM

Doziranje: po potrebi 3—4 krat na dan po 1—2 tableti. Tableto moramo raztopiti v žlici vode ter na to požreti s požirkom vode.

Vzorce in literaturo pošilja:

**Dr. A. WANDER d. d. Zagreb.**

# Protiv Kašlja

## Dicodid-Tabletten

«Knoll»

Kao sredstvo 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. NEUBÄUER — GOLNIK

Štev. 10. 31. oktobra 1933. Leto V.

**Iz kirurškega oddelka banovinske bolnice v Mariboru.**

## Neurofibromatosis Recklinghausen.

Šef oddelka **Dr. Božidar Lavrič.**

Ko je leta 1882 Recklinghausen opisal posebni simptomni kompleks, ki je po njem dobil tudi svoje ime, tedaj so bili vsi avtorji njegovega mnenja. Karakteristika tega kompleksa je bila fiksirana in kod baza so služili multipli mali fibromi, sestoječi iz vezivno-mesenhimalnega tkiva, ki se nahaja v ozki zvezi s perifernimi živci. K tej patološko-anatomski sliki spada tudi še abnormna pigmentacija kože na različnih mestih in v zelo različnih dimenzijah. Razen tega je ugotovljena še posebna dispozicija za različne druge anomalije, kakor na skeletu tako tudi na vseh organih, nelvzemski intelekt.

Kasnejše študije kompleksa so precej v drugi luči razbistrile ta problem, vendar ne definitivno. Medtem ko je Recklinghausen vzel za patološko bazo fibrom, torej mesenhimalni derivat, skuša Verocay leta 1910 dokazati, da je bistvo tumorja specifično-živčnega, torej ektodermalnega izvora. Verocay trdi, da tvorbe, ki jih imenujemo neurofibrozne niso iz veziva, ampak da izhajajo iz predstopnje Schwannove celice, ki je v svojem razvoju doživela to alteracijo. Posebno je to dokazoval na podlagi barvanja živčnih elementov, v teh tvorbah. Tudi morfološke dokaze je podal. Na podlagi teh raziskovanj je zahteval, da se te neurofibrome imenujejo neurinome.

S tem predlogom se pa niso strinjali vsi avtorji. Na 16. sestanku bavarskih kirurgov lanijskega leta, je Bürkle de la Camp referiral, da je imel priliko pregledati nekoliko takih bolnikov. Pri histološki preiskavi ni nikakor mogel najti specifično-živčnega tkiva, marveč vedno le nespecifično vezivo.

Antonini je ubral srednjo pot, ker trdi, da poedini fibromi perifernih živcev istotako eksistirajo kod neurinomi, da pa zato vsi skupaj ne kvarijo simptomni kompleks, ki ga je opisal v. Recklinghausen.

V našem slučaju tudi ni bilo mogoče dokazati ektodermalnega izvora marveč samo vezivno tkivo.

Skupaj moremo zaključiti samo to, da definitivne odločitve v tem vprašanju še ni.

Da je bolezen kongenitalna je zelo verjetno in od večine avtorjev priznana.

Hereditarnost ceni Adrijan na 20%. Tucker dvomi, ni li cela patološka slika te boleznici posledica disharmonije žlez z notranjo sekrecijo; v prvi vrsti misli na obolenje hipofize in nadledvične žleze.

Če je tudi bolezen kongenitalna vendar se dostikrat pojavijo prvi znaki kasno. Kjerkoli imamo periferne živce, povsod se pojavljajo ti tvorci, ki so v časih zelo velikega obsega. Najbolj pogosto je izhodišče med najtanjšimi živčnimi vlakni v koži. Tudi v bližini globoko ležečih živcev so ti fibromi pogosti.

K tej diseminirani fibromatozi se pridruži vedno tudi pigmentacija kože, ki je karakterizirana s tem, da je razširjena na različno velike distrikte, včasih pa je formirana od temnih majhnih otokov, ki so ostro omejeni od normalne okolice.

Tak fibrom ima včasih za posledico tudi parestezije in motorične težkoče odvisne od lege in pritiska na živec, s katerimi je v zvezi. Ravno radi tega se je skušalo dokazati, da je postanek vezivnega razvoja fibromov iz endo- oziroma perineuriuma. Vendar tudi tukaj dokazi niso zadovoljivi.

Pri neurofibromatozi najdemo dostikrat tudi deformitete na skeletu in v različnih organih. Taki ljudje nas spominjajo na kretine, zlasti še v neredkih slučajih, če je zaostal tudi intelekt.

Na okončinah in na hrbtu se ti fibromi tako povešajo, da imponirajo kod elefantiaza, katero je Bruns imenoval Elephantiasis nemomatodes. Razen neoformacij igra tukaj tudi motnja cirkulacije krvi in limfe veliko vlogo.

Borchardt misli, da je fibromatoza benignega značaja, kar je vseobče priznano, vendar pa ceni maligniteto pri tej bolezni na 8 — 12%. Ravnotam, kjer smo prisiljeni na ekstirpacijo posameznih tipično neugodno ležečih neurofibromov, često doživimo recidive in maligno degeneracijo v smislu sarkoma.

Izvemši možnost maligne degeneracije, je potek te bolezni kroničen. Bolniki nimajo bolečin često pa posledice radi elefantize (erisipel, ulcus cruris itd.)

Terapija je paliativna. Ascher priporoča ekstirpacijo samo onih fibromov, kateri delajo velike težave; tudi elefantiaza te vrste se priporoča plastično zmanjšati.

Z ozirom na Truckerjevo hipotezo priporoča se tudi organoterapija (hipofiza in suprarenalis).

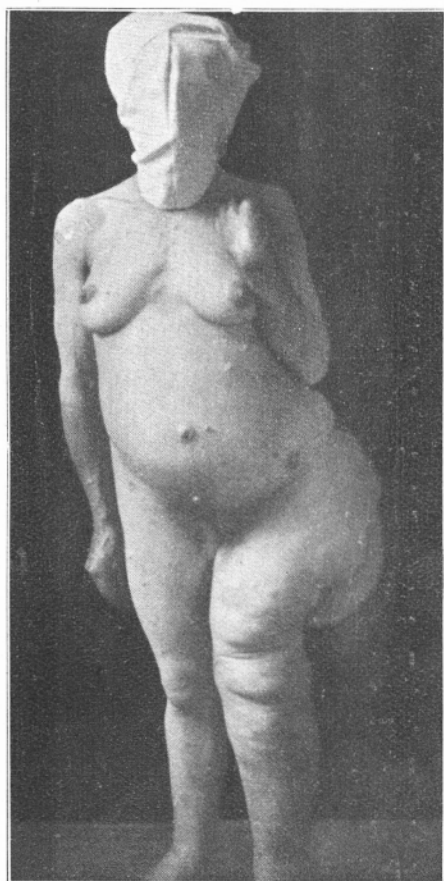
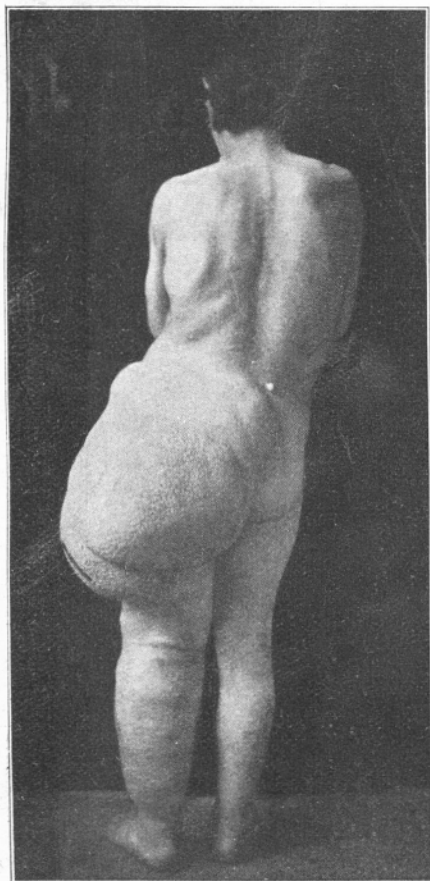
**Naš slučaj:**

32 let stara delavka iz Sv. Lovrenca na Dravskem polju sprejeta 24. 6. 1933 na kir. oddelek, kjer se še danes nahaja.

Familijarna anamneza je v toliko važna, ker nihče v družini in tudi v prejšnjih pokolenjih ni imel podobne bolezni. Njena mati je umrla radi pljučne bolezni, verjetno jetike. Bratje in sestre so normalno razviti in zdravi. Bolnica je že v zgodnji mladosti šepala na levo nogo. Istotako dolgo ima po telesu male okrogle izrasline, ki jo niso nikdar bolele. Leva dolnja

K článku Dr. B. Lavrič-a:

# NEUROFIBROMATOSIS RECKLINGHAUSEN



okončina je tudi od tedaj bolj debela, zlasti je bil levi kolk močno razvit in je tekom časa dosegel  $\frac{1}{2}$  današnjega obsega. Vedno je bila zdrava in kljub temu, da je od narave slabejša, je mogla opravljati vsa poljska dela.

Približno pred mesec dni je začela izraslina na levem kolku rapidno rasti tako, da je v tem času dvakrat tolikšna kot preje. Od takrat občuti tudi močne bolečine v levem kolku, zlasti če dolgo stoji ali pa hodi.

V februarju t. l. je imela zadnjo menstruacijo. Ve, da je v 4. mesecu noseča, prvič, a do sedaj ni imela nikakih težav.

**Stat. Praes:** Srednje visoka. Podkožno tkivo je slabo razvito.

Iatelekt je nekoliko slabši, kot bi odgovarjal njenemu socialnem položaju.

Pupile so enako velike, okrogle ter reagirajo promptno na svellobo in akomodacijo.

Kranijalni živci v redu.

Sluznica v ustih in konjunktiva na očeh so zelo blede.

Zobje defektni.

Vrat je brez vidnih patoloških sprememb, razen neznatno povečane tireoidalne žleze.

Na prsnem košu je koža bolj pigmentirana kot na glavi. Pigment je tu v večjih in manjših otokih razsejan, spredaj med dojkami pa imamo bolj širok pas temno rjave barve. Dojke visijo, so primerno velike in na pritisk izločujejo kolostrum. Bradavice so zelo temno pigmentirane.

Pljuča: Bazalni zobje pri dihanju dobro gibljivi. Perkusijski zvok je povsod sonoren. Dihanje čisto, vezikularno.

Srce: Meje so normalne. Ictus v V. interkost. prostoru v mamilami črti. Toni so jasni, čisti. Akcija je ritmična. Puls ekvalen, polnjen, 80 v minuti.

Trebu h: Razen pigmentacije na trebuhu, ki je tudi neenakomerna ima bolnica na levi strani dve mali izraslini v velikosti lešnika. Koža je nad temi izrastki vzdignjena, zelo tanka in ohlapna. Sam izrastek je trde konsistence, proti globočini je popolnoma gibljiv.

Gasrointestinalni trakt, kakor tudi parenhimatozni organi v trebušni votlini so brez patoloških sprememb.

Vaginalna preiskava je dognala povečan, mehek uterus, ki odgovarja graviditeti od 4 mesecev.

Wa R v krvi negativen

Urin: beljakovina negat., sladkor negat.

Ehrlichova aldehydreak: neg.

Sediment: b. p.

Ekstremitete: Gornje okončine so normalno razvite. Refleksi v redu.

Dolnje okončine: Leva stran: Okončina se nahaja v mirnem položaju v valgus poziciji. Od kolka pa do prstov je okončina silno odebeljena. Odebeljenje ni enakomerno, marveč se pod kožo nizajo večje in manjše izbokline, ki dajejo okončini neravno, valovito površino. Koža je sicer močno pigmentirana, vendar pa povsod intaktna.

Na kolku je odebeljenje tako ogromno, da moremo govoriti le o velikem tumorju, ki visi bolnici skoro do kolena. Vsled te teže je bolnica prisiljena spremeniti normalno stališko in se nagniti popolnoma na desno stran. (Glej slike!)

Koža nad izraslino je silno elefantiačno zdebeljena, napeta in temno pigmentirana. Okrog te vreče je več manjših formacij, ki vse ležijo pod kožo, so iste konsistence in ne presegajo velikost pomaranče.

Desna okončina je normalno razvita. Tudi tukaj je nekoliko manjših podkožno ležernih izraslin, katere spremlja bolj temna pigmentacija.

Refleksi so na obeh okončinah normalni. Röntgenogram leve polovice medenice je pokazal močne destruktivne spremembe na sramni kosti. Na gornji in dolnji vezi te kosti, takoj pod simfizo je destrukcija tako močna,



da bi skoro mogli govoriti o patološki frakturi. Periostitične apozicije so slabe.

Glava in vrat levega femorja sta deformirana v smislu valgus pozicije. Rob glave in acetabulum je oster in se na sliki jasno vidi. Ilijakalna kost je mnogo manjša kot bi se moglo pričakovati vendar je struktura popolnoma normalna.

Radi sigurne dijagnoze je napravljena predvsem poizkusna ekscizija manjšega fibroma iznad levega kolka.

**Patološki izvid (Dr. Hribar).**

**Mikroskopski:** Bula jajčaste oblike 7 : 5 cm v pravokotnih premerih, trdoelastična, bela, hrapave površine. Na prerezu se vidi, da je bula obdana od tenke, bele, trde, fibrozne ovojnice. Rezna ploskev gladka, vlažna, transparentna, enakomerne bele barve, fibrilarno grajena. Za histološko preiskavo se izrežejo koščki iz različnih delov in globin bule. Rezi parafinskega vložka se barvajo z haematoxinom, eosinom, van Gieson, Bialschowsky-Banda (zmrzli rezi).

Mikroskopsko sestavljajo tumorozno gmoto prasketajoča se, vznak, podolžno in poševno v rezih zafeta poresma vretenastih, ozkih, nežnih, vzvalovanih in edematozno zrahljanih vitrec dokaj gosto jedrčastega veznega tkiva z bogatim ožiljem, podoba, ki se enakomerno ponavlja v rezih.

Barvanje na živčne elemente izpada negativno.

**Histološka diagnoza:** fibroma molle.

Ker je bolnica imela vsled velikega, vrečastega tumorja nad levim kolkom velike bolečine, je sama prošila za ekscipacijo.

Dne 6. 7. 1933 je v eternarkozi (Aubredanne) odstranjen 7 kg težki tumor in sicer tako, da je defekt bilo lahko plastično zopet pokriti. Pri ekscipaciji je bila krvavitev iz velikih zevajočih žil zelo velika. Elefantiačno spreminjena edematozna koža in podkožno tkivo je pri reženju dajala močen odpor. Poizkus, da se preparira celi tumor od fascije late ni uspel, ker je tumorozno tkivo na tem mestu raslo infiltrativno. Ravnotako je infiltriran velika glutealna mišiča, ki je zelo atrofična. Cel čas teče iz zaostale kože krvava tekočina v taki meri, da je potrebno rano široko drenirati.

Danes je bila bolnica brez temperature, rana je zarasla per primam, razen na spodnjem polu, kjer je imela odprfino, skozi katero se še vedno cedi sokrvava tekočina.

Ekstirpirani del je patološko anatomsko pregledan.

**Patološki izvid:** 4 dni pozneje ponovno vpošlje od iste bolnice operativno odstranjen tumor, zagozdaste, na koncih ošiljene oblike : 70 : 20 : 10 cm makro in mikroskopsko jednakega tumorja.

Na podlagi patološko-anatomskega izvida moramo reči, da je to prava neurofibromatoza Recklinghausen, pri kateri ni bilo mogoče niti s specialnim barvanjem dokazati elementov živčnega tkiva. To bi govorilo za mesenhimalni nastanek.

Razen fibromatoze imamo klinično še težke spremembe na skeletu z pojačano pigmentacijo kože.

Čeprav histološko ni dognana maligniteta, imamo vendar nekoliko momentov, ki opravičujejo sum na maligniteto.

V prvi vrsti naglo povečanje tumorja v zadnjem mesecu, kjer bo nosečnosti tudi gotovo igrala veliko vlogo.

Infiltrativni karakter tumorja, kakor sem že omenil, zlasti proti fasciji lati in veliki glutealni mišiči.

Iz navedenih razlogov smatramo za upravičeno indikacijo za artefičjalni abortus, katerega se bo moralo izvesti takoj, ko bo bolnica za to sposobna.

### **Zusammenfassung.**

Autor bespricht vorerst die Theorie der Entstehung der Recklinghaus'schen Neurofibromatose, wobei er hervorhebt, dass es noch unentschieden ist, ob es sich um ein aus mesenchymalen oder aus ektodermalen (Nerven-) zellen bestehendes Gebilde handelt.

Folgt die ausführliche Beschreibung eines Falles einer Schwangeren (IV. m.), die seit ihrer Kindheit mit einer Geschwulst der linken Oberschenkel und vielfacher kleiner Hautgeschwülste jedoch völlig ohne Beschwerden-behaftet, seit sie in andere Umstände kam, ein bedeutendes Wachstum der Geschwulst (s. Abbildungen) wahrnahm bei gleichzeitigem Auftreten ziemlich heftiger Schmerzen.

Excision der 7 kg schweren Geschwulst. Genaue Angabe des histol. Befundes. Nervenzellen wurden keine gefunden. Verf. hält abortus artef. für dringend angezeigt.

### **Literatura:**

Adrian: Die multiple Neurofibromatose citirano po Aschnerju.

Aschner: Chirurgie der Haut und des Unterhautzellgewebes (Kirschner-Nordmann).

Borchardt: Klinische Wochenschrift 1926.

v. Bruns: Bruns Beiträge z. Kl. Chirurgie Bd. VIII. 1892.

Bürkle-de la Camp: Referat auf der XVI. Tagung der Vereinigung der bayerischen Chirurgen 1932 Zblatt für Chirurgie No. 42.

Strümpell: Lehrbuch der spez. Pathol. und Therapie der inneren Krankheiten.

Tucker: Ref. forg. f. Chirurgie XXX.

Verocay: Ziegler's Beiträge 48/1910.

### **Z internega oddelka obče drž. bolnice v Ljubljani.**

(predstojnik: primarij Dr. I Jenko.)

## **Odpravljanje trakulje z duodenalno zondo.**

### **Dr. Boža Merljak.**

Ker je podal zadnji čas kaj pogoste neuspehe privatnih zdravnikov v odpravljanju tenij, naj na kratko obrazložim razvoj, kliniko, zlasti pa način zdravljenja trakulje in to še posebno z ozirom na tozadevne razveseljive uspehe našega oddelka. Po opisu v knjigi: Braun — Seifert: „Die Tierischen Parasiten des Menschen“, prištevamo trakuljo med Plathelminthe, v razred Cestod, red Cyclophyllidea, družino Taenidae, kjer spada taenia solium v prvo, taenia saginata v drugo vrsto; poleg teh imamo še 7 drugih pri nas nenastopajočih vrst (kakor taenia africana, braemneri, philippina, nana i. dr.)

Cestodi so večjidel makro — in mikroskopsko enako ustvarjeni. Anatomsko imajo: glavico — scolex, vrat in trup sestojč iz niza (ride) proglofid. Navzven so obdani z elastično, precej odporno kožico, ki sega mestoma tudi v globino. Na nekaterih mestih je zunanja kožica še posebno zadebeljena; na teh delih je opaziti ozke poke, segajoče v globino parazitovega telesa. Površina kožice je porasla — vendar ne pri vseh iz vrste

cestod, kakor n. pr. *taenia solium* in *saginata* ne — z nežnimi, negibljivimi dlačicami. Biološka pomembnost dlačic in špranj še ni točno dognana, mislijo pa, da služijo sprejemanju hrane. Pod površno kožico je razvrščeno pravo tkivo — parenchym — z vsemi parazitovimi organi. Parenhim je za vse telo enoten, v njega sega v treh plasteh muskulatura. Prva tik pod površno kožico ležeča plast mišičevja poteka longitudinalno, druga jo prepleta v dorso-ventralni smeri, tretja pa je zakopčana v parenhimu samem. V glavici prehaja muskulatura v še prav posebne, za življenje tenije precej važne formacije. Glavice nekaterih tenij so namreč obskrbljene s posebnimi organi za pričvrščanje, vsesanje, ali obešenje na površino črevesne sluznice. Ti organi, ki jih imenujemo sesalne ponvice in s krepeljčki oborožen rilček (rostellum), so duplikature tik pod zunanjo kožico ležečega mišičevja.

Tenije imajo tudi prav dobro razvit živčni sistem. Živčna vlakna začno v glavici ter potekajo združena v 10 povezok vzdolž celega telesa. Povezki so med seboj spojeni s komisurami, katere so posebno bogato razvite v glavici. Od komisur ali veznih nitk se odcepijo v glavici še nežnejša živčna vlakna, ki oživljajo (inervirajo) sesalne ponvice in oborožen rilček. V prav točno urejenem sistemu dajejo torej živčni elementi življenje parazitovi muskulaturi kakor tudi ostalim organom.

Cestodi nimajo nobenih prebavil. Njih prehranitev zavisi od ozmotičnega pritiska okolice. Snovi, katere so organizmu odveč, izločajo na prav svojski način. Na površini telesa in v pravem tkivu leže takozvane terminalne celice, ki so začetek ekskrecijskega aparata. Iz teh celic izvirajo kapilarne cevke, ki se polagoma združujejo v 4 glavne odvodne cevi. Ob vsaki strani telesa potekata po 2 takšna kanala v smeri krajne, to je najstarejše proglotide, se razširita, združita in preideta v hruškast mešiček, kateri komunicira z zunanjim svetom približno v sredini zadešnjega robu krajne proglotide. Kadar odpade krajna proglotida, se z njo vred odcepi tudi zbiralni mešiček. Odvodne cevi se nato v vseh ostalih delih odpirajo ne da bi bile preje združene v nov mehur. Nekatero vrste trakulj imajo na vratu še drobne piške (piška — odprtina), skozi katere iztrebljajo ekskreme. Te piške imenujemo pridodane piške ali foramina secundaria.

Spolno so vse trakulje hermafroditi. Glavica in vrat sta brez spolnih organov, pravtako najmlajše, torej glavici bliže proglotide. Takole v razdalji 1 metra od glavice so šele prve spolno zrele, one vsebujejo hkrati moške in ženske spolne organe, ki so odprti navzven z navadno obrobno ležečo spolno zijavko (porus genitalis). Uterus je pri posameznih vrstah različno razvejen. Oplojena jajčeca obleže še nakaj časa v njem. Zavarovana so z zelo odporno kožico. Pri večini parazitov iz vrste cestod se razvija embrio še iz v uterusu ležečega jajčeca. Pri nekaterih razvojno nižjih vrstah pa mora parazit jajčece najprej izločiti, nakar se šele razvije mladič. Embrio zraste iz večine zametnih celic jajčeca, manjši del teh celic pa sledi samostojnemu razvoju, katerega namen je ustvariti mladičku 2 odporni kožici. Tako zbrste zametne calice v mladička — oncosphaera — in 2 kožici.

Mladič je res kaj visoko razvit, nima sicer spolnih organov, je pa vendar prav dobro poskrbljen za življenje. Oborožen je s 3—5 pari krepeljčkov z maloštevilnimi terminalnimi celicami in z muskulaturo. Ko pride onkosfera izven organizma, katerega zajeda parazit, ni več zmožna samostojnega razvoja. Za svoje nadaljnje življenje potrebuje prehodnega rednika. Onkosfere skrite v jajčecu, ostanejo žive še več mesecev, čeprav leže med odpadki. Ako se prihodni rednik slučajno okuži, bodisi, da zavžije jajčece ali pa proglotido, se prične takoj živahen nadaljni razvoj onkosfere. Rednikov želodčni sok prebavi obe embrionalni kožici, onkosfera postane svobodna. Sledé mezgovnemu žilju (Lymphsystem) zaide najčešče v krvni obtok, ki jo šele zanese v pravi organ, navadno v muskulaturo. Kjer jo naseli kri, začne nanovo kliti embrionalna kožica. Organ, v katerem se je vgnezdila onkosfera, se je prične braniti, ker je pa le ne more uničiti, jo tesno obraste z bujnim vezivnim tkivom. Tako je dosegla onkosfera novo razvojno stopnjo, postala je ikra ali *cysticercus* (Finne). Kot taka ostane lahko desetletja sposobna za nadaljnje brstenje, zato pa mora priti v prebavni trakt organizma, ki mu nudi vse potrebne razvojne možnosti. Z uživanjem mesa ali pa organa, v katerem je *cysticercus*, pride slednji v črevo. S hrano se prebavijo in odluščijo tudi vse njegove kožice, scolex se s krepeljčki poprime sluznice, običajno v ozkem črevesu. Nespolno, z brstenjem, se prično razvijati nežni zvezni deli, vrat in proglotide. Kakšno dolžino doseže trakulja, zavisi od vrste h kateri pripada.

*Taenia solium*, ena najčeščih trakulj naraste do dolžine 3—4 m., vendar utegne biti še daljša. Glavica je oblata, velika kot zrno maka in ima včasih temnopigmentiran rilček, ki je oborožen z 22—32 krepeljčki redoma se menjajočimi v svoji velikosti. Lateralno od teh leže 4 sesalne ponvice. Vrat je droben, nežen, proglotide so podolgovate, po številu jih je 800—900. Približno tristota števí od glavice je spolno zrela. Uterus je dendritično razvejen. Spolna zijavka leži ob robu, vendar je v tem neenakost, enkrat na levi, drugič zopet na desni strani. Jajčece ima rujavkasto radiarno progasto ovojnico. Prehodni rednik je v naših krajih najčešče domači prešič (včasih tudi srna), pri katerem se naseli onkosfera najraje v muskulaturo. V teku 2—4 mesecev se razvije kot leča velik mehurček: *cysticercus cellulosa*e (uniči ga samo temperatura 37°C—48°C). S surovim ali premalo kuhanim ikravim (pšenčavim) prešičjim mesom zaide v ozko črevo človeka, kjer se razvije v trakuljo.

Semintja pa ne potrebuje *taenia solium* nobenega prehodnega rednika, kot pravi in prehodni ji je človek. V tem, da se tudi pri človeku lahko razvije *cysticercus cellulosa*e, leži pravzaprav največja nevarnost. Da pa pride do ikre ali *cisticerka*, se mora človek okužiti z mladičem, kar se zgodi lahko na različne načine. Ali užije z nečisto hrano jajčece, z že razvito onkosfero ali se z nečistimi prsti inficira z jajčeci trakulje, ki jo redi v svojem lastnem ozkem črevesu, ali pa pride pri bruhanju s pomočjo retrogradne peristaltike proglotida v želodec. Od tu dalje je razvoj prav

takšen kot pri prehodnem redniku živalske vrste. V toliko je pri človeku opasnejše, ker se s pomočjo krvi zanese mladič najčešče in najraje v oko, lobanjski mozeg, kožo in srčno mišico, kjer se razvije *cysticercus cellulosae*. Druga vrsta trakulje, ki je pri nas tudi zelo pogosta, vendar ne tako kot *taenia solium*, je *taenia saginata* ali *mediocanellata*. Dolga je 10 m. in še več. Glavica je kubična ter nosi poloblaste, običajno pigmentirane sesalne ponvice. Mesto s krepeljčki oboroženega rilčka (*rostellum*) ima poseben pigmentiran organ, s katerim se poprime sluznice. Vrat je daljši kot pri *taeniji solium*, proglofide sličijo bučnemu semenu, po številu jih je preko 1000. Izloča se jih po več hkrati, samostojno, ne v zvezi z defekacijo, dočim gredo pri *taeniji solium* običajno z blatom vred. Uterus je še bolj razvejen kot pri *taeniji solium*, jajčeca so okrogla ali ovalna. Prehodni rednik je goveja živina. *Cysticercus bovis* rabi za popoln razvoj največ pol leta. Pri človeku se navadno ne razvije, vendar je v literaturi opisanih nekaj slučajev, ko je bil dobljen v človeškem lobanjskem mozgu.

Skoraj vedno je bilo mogoče pri naših bolnikih dognati klinične znake za parazita. Pacijenti so tožili, da jih ščiplje in peče v drobovju, da dobivajo vrtočglavice, imajo velik apetit, hujšajo, semintja so nastopale tudi driske.

Diagnostika je bila skozi vsa leta enaka: Makro — in mikroskopska preiskava blata. Nekaj časa sem preiskujemo tudi krvno sliko v svrhu ugotovitve eosinofilije. Bistveno se je pa izpremenil v zadnjih 3 letih način zdravljenja.

Da bosta umevanje in presoja novejšega načina zdravljenja lažja, posegam nazaj v leto 1928, ko je veljala še stara terapija. Tedaj je prišlo na oddelek 18 bolnikov, pri katerih je bila ugotovljena *taenia solium*. Med njimi je bilo že zdravljenih 8, — 5 v bolnici, drugi pa privatno, — pri vseh je bila terapija brez uspeha. Vseh 18 bolnikov je bilo podvrženih enaki terapiji. Bila jim je predpisana lakotna dijeta, dobivali so le male količine črne kave in čiste juhe. Istočasno jim je bilo ordinirano dnevno: po 3 žlice 0l. ricini, 1—2x sp. St. Germain, k svemu temu pa še vsak drugi dan čistilni klistir. Izvajalo se je to skozi najmanj 5 in največ 8 dni. Zadnji dan je dobil vsak bolnik naenkrat 11 gr. extr. *filicis maris* per os v kapsulah. Po zavžitju zdravila je moral 2—3 ure mirno ležati, nakar je začel ponovno dobivati odvajalna sredstva. Ako se trakulja ni iztrebila na čistilni klistir, je dobil še 0l. ricini (do 200 gr.). Uspehi so bili sledeči: V času od 2—6 ur po zavžitju zdravil je prišla trakulja z glavico pri 10 bolnikih, dočim je pri 8 glavica zaostala. Uspehi torej niso bili baš najboljši. Kljub temu se je nadaljevalo s stariim načinom zdravljenja še leta 1929, ko je prišlo 14 bolnikov s trakuljo, izmed katerih se jih je 9 že zdravilo. Do 13. oktobra je bilo zdravljenih po gori opisanem načinu 10 ljudi. 6 glavice se je iztrebilo, 4 so pa ostale.

15. oktobra 1929. pa je bila po oddelkovem asistentu dr. Lj. Merčunu, ki se je ravno takrat vrnil s študijskega potovanja v Berlinu, prvič preis-

kušen nov način odpravljanja trakulje. Pri bolnici R. F., 23 let stari, je bila ugotovljena taenia solium. V svrhu terapije je bilo treba bolnico po gori omenjenem načinu stradati in čistiti, vendar je bil tozadeven rok, ki je doslej trajal vedno 5—8 dni, skrajšan na 4 dni. 3. dan po prihodu je bila uvedena takozvana poizkusna duodenalna zonda, ki je imela namen dokazati ali je prehod v duodenum prost. Čim je pritekel zlato-rumen duodenalni sok, je bila zonda odstranjena, bolnica je ostala na lakotni dieti še ves dan. Prihodnji dan smo duodenalno zondo ponovno uvedli, po njej je dobila pacientka emulsio extr. filic. maris po receptu: Extract. filic. mar. aeth. 7,0, infus. foliae sennae 5,0 : 100,0, Gummi arab. qu. s. ut fiat emulsio, nakar je bila zonda defenitivno odstranjena. Bolnica je 1 uro mirno ležala. Po tem času je dobila še čistilni klistir, kateremu je takoj sledila trakulja z glavico vred.

Uspeh je bil popoln, dasi je bila doba zdravljenja skrajšana od 8 na 4 dni.

Od tistega časa dalje se na internem oddelku stalno uvaja emulsio extr. filic. mar. s pomočjo duodenalne zonde. Še isto leto so prišli 3 bolniki, ki so zapustili bolnico ozdravljeni, to se pravi, pri vseh je bila dobljena glavica. V letu 1930 je bilo zdravljenih 12 bolnikov, 10 s popolnim uspehom, 2 brez uspeha. Dejstvo, da sta v 2 slučajih zaostali glavici je bilo neprijetno, zato mu je bila posvečena kar največja pažnja. Kmalu se je izkazalo, da ni bila emulzija pravilno pripravljena. Zdravniku, ki je iz lekarne naročil zdravilo, se je v obeh slučajih zapisalo; mesto extr. filic. mar. je napisal nek drug infus. Drugače je bil recept pravilen. Čim je bila ta napaka odstranjena, je bilo zdravljenje v vsakem slučaju zopet uspešno.

V letu 1931 je bilo zdravljenih 8 slučajev. Pri 5. je bila glavica dobljena, pri 3. ne. Vsem trem bolnikom je bilo naročeno, naj se vrnejo po 2. mesecih, vrnili se ni nobeden. Zato je opravičljiv sum, da so se iztrebile pri njih tudi glavice, ki so pa bile spregledane. Prav to leto je namreč odšla z oddelka sestra-usmiljenka, ki je skozi 18 let opravljala med drugim tudi ne baš lahko delo iskanja glavice. Seveda je pa tudi mogoče, da je bila pogrška v dovajanju emulzije, čeprav ni nobeden izmed bolnikov kazal nikakih znakov za to: niti jim ni bilo slabo, niti niso bruhal.

Pestro glede odpravljanja trakulj je leto 1932. Število bolnikov je naravnost rekordno: 25. Med njimi samo 3 slučaji, ki še niso bili privatno zdravljeni (eden izmed teh niti ni vedel, da ima trakuljo, zdraviti se je prišel radi diabetes mellitus). Vsi bolniki so se pripravljali 3 dni, 4. dan je bila uvedena duodenalna zonda z odgovarjajočim zdravilom. Popoln uspeh je bil pri 23. Glavica je zaostala v 2 slučajih. V enem slučaju je šlo za bolnico, ki je 2 mes. preje doma dovršila že 4. kuro v svrhu odpravljanja parazita.  $\frac{1}{2}$  ure po ubrizganju emulzije so nastopili lahki znaki intoksikacije z filix mas. Začela je bruhati, tožila je, da ji je slabo. Takoj je bilo izvršeno energično čiščenje, bolnica se je tekóm 1 ure opomogla in je bila že 2. dan odpuščena z naročilom, naj se po 3 mesecih vrne. Po

tem času je res prišla, kura se je ponovila, to pot s popolnim uspehom. V drugem slučaju je začela bolnica bruhati že med uvajanjem emulzije, pač najboljši znak, da je zonda zdrknila iz duodena v želodec. Zdravljenje je bilo prekinjeno, do danes se bolnica še ni javila v svrhu ponovne kure.

Edinstven uspeh je bil pri bolniku K. F., rojenem 1906. l. mesarskem pomočniku, ki je ležal na oddelku pod diagnozo: *Taenia solium*, *Trychocephalus dispar*. Makroskopsko in mikroskopsko je bil dokazan parazit. Bolnik je stradal in je bil čiščen. Izvajalo se je to skozi 2 dni. 3. dan je bila uvedena takozvana poizkusna duodenalna zonda, po kateri je pritekel čist duodenalni sok. Še isto noč se je iztrebil 12 m dolg niz trakuljnega trupa. Prihodnji dan mu je bila v svrhu terapije ponovno uvedena duodenalna zonda. Bolnik je  $\frac{1}{2}$  ure hodil po sobi, nakar je bil odstranjen pean, ki je zapiral lumen. Proti običaju ni pritekel duodenalni sok. V veri, da se je morda lumen zamašil z sluzjo, je bilo poizkušano insufilirati v zondo s 100 ccm brizgalko zrak; ker tudi to ni bilo mogoče, je bil potrjen sum, da je zonda popolnoma zamašena. V svrhu odstranitve ovire je bil z isto brizgalko aspiriran zrak. V največje začudenje se skozi lumen pokažejo proglotide v skupini do  $\frac{1}{2}$  m. Brezdvomno je bilo, da je vsa ronda polna koščkov trakulje. V namenu, da se je bo očistilo, je bila odstranjena. Ko je prišla na dan zondina oliva, ji je v nepretrganem traku sledilo še 10 m proglotid. Zonda je bila z njimi vsa zamašena, olivo je bilo treba odrezati, ker je bilo sicer čiščenje cevke nemogoče. Pol ure nato je bila znova uvedena, sedaj je bilo možno aplicirati zdravilo brez ovir. Eno uro potem je dobil bolnik 15 čistilnih klistirov in 200 ccm ol. ricini. V blati je bilo najti več proglotid in 2 exemplara *trychocephalus dispar*. Glavice ni bilo, pač pa se je držala olive ter se izločila takorekoč skozi usta.

To je bil edini slučaj na oddelku, ko je duodenalna zonda segla naravnost do trakuljine glavice, jo zajela v odprtino olive in potegnila na dan celo trakuljo, kar per os.

Drug zanimiv slučaj se je dogodil letos spomladi.

Mlada kmetica je prinesla s seboj proglotide. Doma se je zdravila, a brez uspeha. Po vseh predpripravah ji je bila 3. dan uvedena poizkusna duodenalna zonda, ko je pritekel duodenalni sok, je bila zopet odstranjena. 2 uri nato, ne da bi bilo bolnici aplicirano zdravilo, so prišle 4 glavice *taenije solium* in 4-traki proglotid. Dolžina vseh je znažala 53 m. Kljub temu je dobila pacientka po zondi 2. dan še zdravilo, seveda brez uspeha.

Ako primerjamo števila iz leta 1928, ko je samo v tem letu od 18 slučajev zaostala glavica pri 8 (44%) s številom v letih 1929, 1930, 1931 in 1932, ko je v vseh 4 letih prišlo na odd. 59 bolnikov in odšlo neozdravljenih ali pa dvomljivo ozdravljenih samo 7 (12%) moramo pač priznati dober uspeh. To tembolj, ker sta dobila od teh 7 bolnikov 2 nepravilna zdravila. Ostane torej 5 (9%) neozdravljenih slučajev v dobi 4 let. To menda res ni veliko. Predvsem moramo biti zadovoljni z ozirom na naše kraje, kjer je živinoreja (prešičjereja) tako zelo razvita.

Zdravljenje se torej vrši po sledečih principih: Bolnik strada 3 dni. Dobiwa samo: čaj, črno kavo in enkrat dnevno čisto juho. V svrha čiščenja mora izpiti vsak dan zjutraj, opoldne in zvečer po veliko skodelo čaja sp. St. Germain, razen tega dobiva izmenoma en dan 3 žlice ol. ricini, 1 dan čistilni klistir. Tretji dan zjutraj mora biti tešč, ker mu uvedemo takozvano poizkusno duodenalno zondo. Duodenalna zonda mora biti na 2 mestih zaznamovana. Prvo znamenje znači razdaljo od zob do vstopa v želodec — cardia, drugo razdaljo od zob do žolčnega črevesa — duodenum. Bolnik sede požira zondo do prvega znamenja. Ko leži slednje med njegovimi zobmi, zapremo cevko s peanom; bolnik vstane in začne počasi hoditi približno 30 minut. Za časa hoje mora prav polagoma požirati cevko dokler mu ne pride drugo znamenje med zobe. Med tem, ko je bolnik hodil, je želodec z njemu lestnim gibanjem potisnil zondino glavico v žolčno črevo. Bolnik nato leže postrani na postelo, katera je pri nogah dvignjena. S cevke, ki smo ji podstavili koničast kozarec, odstranimo pean. Zlatorumeni, neutralni duodenalni sok ima prosto pot, običajno začne prav kmalu teči. Vendar ne vselej. Kadar ne priteče, vpihamo v cevko s 100 ccm brizgalko zrak. Oviro — kosmič sluzi ali mehurček zraka — izrinemo na ta način iz cevke, skozi katero nato kaj kmalu priteče duodenalni sok. Včasih se dogodi, da tudi to ne pomaga, tedaj je treba dognati, ali leži zondina oliva v želodcu ali v žolčnem črevesu. V ta namen aspiriramo z veliko brizgalko iz cevke zrak. Ako leži oliva v želodcu, potegnemo pri tem v brizgalko kisli želodčni sok, brizgalkin bat težko in trdo teče. Kadar pa leži oliva v žolčnem črevesu, aspiriramo v brizgalko, ki teče gladko in lahko, zgolj zrak.

Ko smo prepričani, da je zonda dosegla duodenum, jo odstranimo. Bolnik se mora nato še ves dan ravnati po istih navodilih kot preje. Četrtri dan mu je na tešče ponovno uvedena zonda. Ko smo trdno uverjeni, da leži zondina oliva v žolčnem črevesu, pripravimo zdravilo. Steklenico z medikamentom postavimo v toplo vodo, da se emulzija nekoliko segreje, nakar jo dobro pretresemo in s 100 ccm brizgalko počasi ubrizgamo skozi zondo v črevo. Cevko nato odstranimo. Bolnik mora še 1 uro mirno ležati, sedaj na hrbtu. Po tem času dobi čistilne klistire in po potrebi še ol. ricini. Tekom 2—3 ur se iztrebi trakulja. Iskanje glavice je, kakor že omenjeno, jako zamudno in težko, kar je pač v zvezi z njeno velikostjo. Bolnika, ki je preстал zdravljenje z extr. filic. mar. je treba še nekaj dni skrbno negovati.

Razen enega slučaja bruhanja se ni nikoli pripetilo, da bi nastopile kakršnekoli komplikacije, kar je razumljivo, saj je pri novem načinu zdravljenja skrajšan rok stradanja od 5—8 na 3—4 dni in količina zdravil znižana od 11 na 7 gr. Vrednost skrajšanega roka stradanja je važna radi eventuelne resorbcije zdravila.

Rhizoma filicis sestoji iz: filix kisline (filicin  $C_{35}H_{88}O_{12}$ ), filmarona, tanina (Filixgerbsäure) in nekega gostotekočega temnozelenega olja (ex-



tract. filic.). Vse te sestavine so strupene ter delujejo na črevesje in centralno živčevje. Posrka jih črevesna sluznica; jakost resorpcije zavisi od njene odpornosti; odpornost je pa vedno manjša, čim dalje traja stradanje. Treba je zato paziti, da ne trajajo dnevi stradanja predolgo.

Kakor hitro bi se utegnili pri bolniku, ki je dobil extr. filic. mar. pokazati znaki kakor: slabost, vrtoglavice, bruhanje, bolečine v drobju, krči, driske, nezavest, je treba misliti na zastrupljenje. V tem slučaju moramo bolnika temeljito izčistiti. Ako pa je prišlo že tako daleč, da so nastopili cyanosa, icterus ter slabovidnost (neuritis optica), je pacient običajno izgubljen.

Farmakološko je ugotovljeno, da je količina 7—8 gr. extr. filic. mar. kakor jo upotrebjavamo na našem oddelku, popolnoma neškodljiva. Omenili je treba, da mora biti emulzija vsakokrat sveže pripravljena, ker sicer izgublja na svoji učinkovitosti. Extr. filic. mar. deluje na tenijo v smislu znižanja muskularnega tonusa. Trakuljo, ki je na ta način otrpnila, z navedenimi drasiliki iztrebimo.

Dolžna sem, da se na tem mestu najtopleje zahvalim gosp. prof. dr. Plečniku, ki mi je radevolje dal nekaj besednih pojasnil iz svojega bogatega in pojočega domačega jezika.

### **Zusammenfassung:**

Dr. B. Merljak: Bandwurmabtreibung mittels der Duodenalsonde. Besprechung der biologischen Eigenschaften der Taenia solium, sowie der bei uns ebenfalls ziemlich häufigen T. saginata. Diagnose wird immer mikroskopisch und makroskopisch gestellt. In letzter Zeit regelmässige Untersuchung des Blutes auf Eosinophylie.

Die früher übliche Behandlung ergab nur sehr spärliche Resultate (z. B. 928 18 Kranke, alle ohne Erfolg behandelt!) Seit Oktober 1929 Behandlung mittels der Duodenalsonde. Genaue Beschreibung der Methode, die in der Hauptsache in der duodenalen Instillation einer Emulsion von Extr. filic. mar. aeth. und inf. foliae sennae besteht, dies natürlich nach entsprechender Vorbereitung.

Durch Einführung dieser Methode sind die Erfolge ausserordentlich gewachsen und Misserfolge der Behandlung äusserst selten geworden. In 7 Jahren 59 Kranke, davon nur 7 ohne Erfolg behandelt. Beschreibung eines Falles, bei dem der Kopf und ein grosses Stück des Bandwurmes mitsamt der Sonde herausgezogen wurden. Komplikationen oder Schädigungen des Kranken wurden niemals beobachtet.

### **Literatura:**

- Aschoff: Pathologische Anatomie, Erster Band: Allgemeiner Teil,
- Kaufmann: Spezielle Pathologische Anatomie, I. Teil.
- Braun-Seifert: Die Tierischen Parasiten des Menschen, I. Teil.
- Brehms: Tierleben, X. Band,
- Bergmann: Lehrbuch der inneren Medizin, I. Teil.
- Poullsson: Lehrbuch der Pharmakologie,
- Tappeiner: Arzneimittellehre.
- Dr. Merčun: Praktična uporaba duodenalne zonde (Zdr. vestn. leto 1929).

## O očesni refrakciji.

**Dr. Rajner Bassin**, vodja očesnega oddelka državne šolske poliklinike v Ljubljani.

Za odločitev očesne refrakcije imamo dvoje načinov: objektivni in subjektivni. Naloga zdravnika je, da se natančno pouči o zanesljivosti bolnikovih izpovedi na ta način, da določi jakost vida. Subjektivno določimo število dioptrij onih stekel, s katerimi pacient najbolje vidi. Pri objektivnem načinu pa zdravnik samostojno določi refrakcijo, neodvisno od pacienta. To je važno radi tega, ker zahteva subjektivni način natančno opazovanje, neko stopnjo inteligence, pažnjo in dobro voljo opazovanega, kar je izključeno pri otrocih, duševno bolnih in analfabetih. Nasprotno je subjektiven način važen pri sposobnih odraslih ljudeh, ker odrasli dostikrat ne prenese polne korekcije, ki je dobimo pri objektivni določitvi refrakcije. Tako ostane še vedno odločilen stari Dondersov način, da ugotovimo refrakcijo v dvomljivih primerih z določevanjem vidne jakosti.

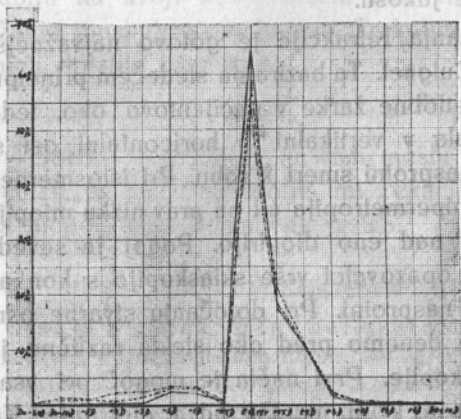
Med objektivnimi načini določanja refrakcije je gotovo najvažnejša skiaskopija, ki jo je uvedel l. 1873. Caignet. Ta bazira na sledečem principu: Če vržemo s ploščatim zrcalom svetlobne žarke v pacientovo oko, tedaj zažari zenica rdeče. Pri gibih zrcala v vertikalni in horizontalni osi se premika svetloba v zenici v isti ali nasprotni smeri k robu. Pri istosmernem gibanju svetlobe obstoji emetropija, hipermetropija ali pa prav nizka miopija, pri nasprotnosmernem kratkovidnost nad eno dioptrijo. Pogoji je seveda, da je opazovalec emetrop. Nekateri opazovalci vrše skiaskopijo s konkavnim zrcalom; rezultati so tu seveda nasprotni. Pri določanju stvarne osne refrakcije očesa postopamo tako, da denemo pred oko stekla različne jakosti ali pa menjamo razdaljo skiaskopije. Prvi način je mogoč pri vsaki refrakciji, drugi samo pri kratkovidnosti, ki ni manjša od 1 dioptrije. Ker vršimo običajno skiaskopijo v oddaljenosti 1 metra, moramo dodati pri računanju refrakcije k izbranemu steklu še  $-1$  dioptrija, pri oddaljenosti pol metra od pacienta  $-2$  dioptrije itd. Pri čisto sferičnih refrakcijskih steklih je gib senice v vseh meridijanih enak. Pri astigmatizmu je stvar drugačna. Tu nam ob začetku preiskave niso znane osi, vendar spoznamo iz tipičnih gibov svetlobe v vertikalnem ali horizontalnem meridijanu, ali obstaja astigmatizem in v kateri osi je. Pri astigmatični refrakciji se pokaže pred pacientovim očesom astigmatično deformiran snop žarkov, tako da rezultira v različnih poljih ovalna slika ozadja in se pojavijo pri tem gibi svetlobnih trakov.

Te svetlobne zrake sta uporabila Linder in Kraemer pri metodi cilindrične skiaskopije, ki sta jo uvedla tudi v prakso. Pri tem načinu dosežemo z vstavljenimi cilindričnimi stekli popolno korekcijo astigmatizma že med skiaskopijo: pri končani izravnani refrakciji se pokaže enakomerna rdeča luč v zenici. Ta metoda se opira na princip, da smatramo vsako refrakcijo za kombinacijo dveh križanih cilindrov. Pri tem najprvo korigiramo sferično ametropijo in nato iz smeri nastopajočih svetlobnih trakov določimo lego

osi. Pri napačni korekciji osi ostane spremenjena lega svetlobnega traka toliko časa, dokler nimamo natančno korigirane osi. Ta pojav imenuje Linder vrtilni astigmatizem. Uporabljamo ga za kontrolo polne korekcije na ta način, da premaknemo cilindar iz že korigirane osi, tako imenovani vrtilni poiskus po Lindnerju. Pri tem je treba upoštevati različno lomno jakost celega optičnega sistema očesa v perifernih delih in v centru. Korekcijo lahko vršimo brez izključene akomodacije. Pri akomodacijskem spazmu in cilindrični skiaskopiji smo vedno prisiljeni izključiti akomodacijo.

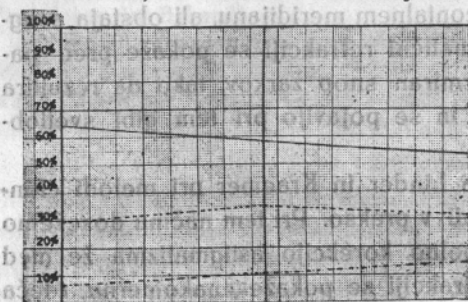
Poleg teh dveh objektivnih metod imamo še možnost določitve refrakcije v pokončni in zvrnjeni sliki. Pri emotropiji opazovalca in opazovanega je slika ozadja ostra. Če pa je eno ali drugo oko ametropno, moramo

**Procentualni razpored refrakcijskih stopenj učencev osnovnih, meščanskih in sred. šol.**



Osn. šole: ————— Mešč. šole: - - - - -  
Sred. šole: ······

**Procentualni razpored treh refrakcij učencev osnovnih, meščanskih in srednjih šol.**



Osnovne šole      Meščanske šole      Srednje šole  
Emmetropia: —————      Myopia: - - - - -  
Hypermetropia: ······

šele z vstavljenjem odgovarjajočih stekel doseči jasno sliko. Rezultat nam kaže potrebno korekcijo. Za ta način določitve imamo še posebne aparate kot je paralakсни refraktometer po Henkerju.

Subjektivnih načinov določanja refrakcije je več. Radi popolnosti naj mimogrede omenim Trantasjevo velonoskiaskopijo, ki se opira na Scheinerjev poizkus: Če postavimo pred zenico zaslonko z dvema ozkima odprtinama, nastopi le pri emotropni refrakciji enotna slika. Pri ametropiji se pojavita dva razpršilna kroga, ki vodita do monokularnega dvojnega vida in sicer pri krotkovidnosti do istosmernege, pri daljnovidnosti do križanega. Naposled lahko določimo subjektivno refrakcijo s pomočjo stekel. Pri tem načinu določanja moramo upoštevati, da zlasti mlajši pacienti npenjajo cilijarno mišico. Pri pojačanju akomodacije in zoženi zenici kratkovidnih dosežemo s prekomerno korekcijo povečano jakost vida, kar bi moglo pov-

zročiti predpis prejakih stekel. To preprečimo tako, da izvršimo poleg monokularnega še binokularni pregled vida in pri tem dodamo slabo konveksno steklo.

Težko je odgovoriti na vprašanje, koliko primerov normalne vidnosti, kratkovidnosti in daljnovidnosti odpade na sto očeš. To je odvisno od natančnosti preiskave in od izbire preiskanih. Definicija normalne vidnosti je v splošnem težka, ker tvori le nekako mejo med kratko- in daljnovidnostjo. Čim bolj natančno preiskujemo, tem manjše število emotropih najdemo. Oči novorojenčka so v pretežni večini daljnovidne. V teku prvih razvojnih let se ta refrakcija spreminja v škodo daljnovidnosti. Del oči postane približno normalno viden, le majhen del kratkoviden. V ljudskih šolah moramo opazovati precejšen odstotek kratkovidnosti, ki se tekom let stopnjuje tako, da velja pravilo: cim višja je šola, tem večji je odstotek kratkovidnosti.

Preiskal sem zadnji dve leti 5334 učencev in učenk ter statistično obdelal material, kakor je razvidno iz spodnjih tabel:

### Kratkovidni:

Šole	- 0.5 D		- 1 D		- 2 D		- 3 D		- 4 D		- 5 D		do -10 D		do -20 D	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Osnovne	7	0.6	26	2.1	29	2.4	6	0.5	4	0.3	2	0.2	2	0.2	—	—
Meščan.	1	0.1	54	2.9	56	3.1	28	1.5	15	0.8	18	1.0	12	0.7	7	0.4
Srednje	13	0.6	77	3.4	81	3.5	54	2.4	48	2.1	23	1.0	31	1.3	4	0.2

### Daljnovidni:

Šole	+ 0.5 D		+ 1 D		+ 2 D		+ 3 D		+ 4 D		+ 5 D		do +10 D	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Osnovne	210	17.3	126	10.4	17	1.4	3	0.2	3	0.2	1	0.1	—	—
Meščan.	398	21.2	194	10.6	41	2.2	6	0.3	5	0.3	1	0.1	—	—
Srednje	420	18.4	240	10.5	41	1.8	13	0.6	6	0.3	3	0.1	2	0.1

### Skupen rezultat:

Šole	Normalnovidni		Kratkovidni		Daljnovidni		Skupaj
	n	%	n	%	n	%	
Osnovne	780	64.20	76	6.25	360	29.60	1216
Meščanske	1008	58.50	191	10.40	635	34.60	1834
Srednje	1228	53.70	331	14.50	725	31.80	2284
Skupaj	3016	56.80	598	11.20	1720	32.00	5334

V teh tabelah so razvidne različne refrakcijske stopnje učencev osnovnih, meščanskih in srednjih šol. Dočim se giblje stopnja daljnovidnosti od 30 do 35%, nam pade v oči rastoči odstotek kratkovidnosti, ki napre-

duje z leti, Visokih stopenj kratkovidnosti na primer sploh pogrešamo v osnovnih šolah. Še višji odstotek kratkovidnosti kot pri nas je našel V. Reuss na Dunaju. Med srednjošolci je tam približno 44,5% kratkovidnih. Dubois je izsledil, da ostanejo normalno vidni odrasli celo življenje emetropi; le majhen odstotek doseže v šestdesetem letu starosti  $+0,5$  D. Nasprotno se pa pri večini daljnovidnih hiperopija pojača in to približno do petinsedemdesetega leta starosti. Zanimiv je pojav, da najdemo pri duševno manj razviti deci večji odstotek srednje in visoke daljnovidnosti, kot pri enako stari normalno razviti. Velika je tudi razlika v refrakciji kulturnih narodov, kjer obstoja visok odstotek kratkovidnosti, ki je skoraj popolnoma pogrešamo pri naravnih narodih. Primitivni narodi obdržijo dalje od kultiviranih svojo daljnovidno osnovno refrakcijo.

Za nauk o postanku refrakcij si je pridobil največ zaslug Steiger, ki je z natančnimi in zamudnimi preiskavami dognal, da dednost veliko odločuje. Skozi desetletja so skušali znanstveniki izslediti le vzroke kratkovidnosti, smatrajoč za odgovorne poleg dedne dispozicije še vnanje vplive na vid. Steiger je nasprotno smatral miopijo le za delni pojav v celokupnem refrakcijskem sestavu, posamezne refrakcije pa za posledico rasti. Po njegovi razlagi leži refrakcija, ki doseže oko po končani rasti že v kali in je podana v lomni jakosti in dolžini očesa. Vsiluje se nam vprašanje, zakaj se refrakcija pri novorojenčkih, ki so večinoma hipermetropi, tekom prvih let spreminja v smeri normalnega vida in kratkovidnosti? Opazovanja nas uče, da je pri mladem daljnovidnem očesu akomodacija v trajni funkciji ter vpliva to natezanje kot dražljaj na rast očesa v dolžino. V trenutku pa ko doseže otrok normalni vid, odpade akomodacija pri gledanju v daljavo in je potrebna le pri delu iz bližine.

### Daljnovidnost.

Kot že omenjeno, je daljnovidnost prirojeno stanje, ki se ne veča, temveč tekom prvih let celo zmanjšuje; prej ali slej pa obstoji na gotovi stopnji. V poznejših letih nastopajoča daljnovidnost je brezdvomno obstojala že poprej, le da ni bila ugotovljena. Običajno smatramo hipermetropijo od treh diotropij pri odraslih za visoko stopnjo; pet, šest ali sedem diotropij je že redkost. Pri močni daljnovidnosti vidimo kakor pri visoki kratkovidnosti nekake očesne spremembe. Očesno zrklo je majhno, roženica bolj sploščena, prednji očesni prekat splitven. Vidni živec je nekoliko nejasnih mej, bolj rdečkaste barve, radi izbočenosti potekajo žile vijugasto. To sliko lahko dostikrat zamenja izkušen okulist s sliko vnetja vidnega živca ali celo zastoje papile. Spominjam se na slučaj soproge nekega zdravnika, kjer mi je slično ozadje sprva vzbujalo vtis zastoje papile. V resnici pa je obstojala takozvana pseudoneuritis, kjer so manjkale krvavitve in bele lise, ki bi potrdile diagnozo zastoje papile. Sem ter tja najdemo v papili tudi conus temporalis. Najtežja sprememba, ki nastopa pri visoki daljnovidnosti, je ambliopija enga ali obeh oces. V ozki

zvezi s to slabovidnostjo nastopa strabismus convergens. Primerjajoč prednosti in neugodja daljnovidnih s kratkovidnimi najdemo važno vlogo starosti in stopnje daljnovidnosti. V mladih letih izboljša daljnoviden s svojo akomodacijo napako ter je v prednosti pred kratkovidnim. V starosti pa zamenjata oba svoji vlogi. Pri korekciji daljnovidnih opažamo, da ne akceptirajo v gotovih življenjskih dobah svoje polne korekcije. Vzrok je v tem, da ne opusti hiperop popolnoma svoje akomodacije. Zato imenujemo listi del daljnovidnosti, ki jo lahko korigiramo, manifestno; ostali del, ki ga prikriva akomodacija, latentno. Obe skupaj tvorita totalno daljnovidnost. Vidna jakost je odvisna od višine hipermetropije. Seveda so povsod izjeme in dogaja se, da imajo normalno vidno jakost celo hipermetropi od +10 dioptrij. Obratno opažamo, da je navzlic korekciji vidna jakost minimalna pri popolnoma normalnem objektivnem izvidu. To se dogaja zlasti pri različnih stopnjah daljnovidnosti obeh oči. Iz tega rezultira škiljenje, ker ima organizem tendenco izključiti nejasne slike. Dogaja se dostikrat, da se oglasi bolnik, ki toži o glavobolu, utrujenosti pri delu, napetosti v čelu in meglenem vidu. Vzrok leži v tem, da akomodacija ne more več paralizirati daljnovidnosti. Slabovidnost se pojavi pri tem sprva v bližini, kasneje tudi v daljavi. Celokupnost teh težav imenujemo akomodativno astenopijo, ki je izražena v pomankljivi vztrajnosti pri delu v bližini. Daljnovidnost je torej treba korigirati. Če vidi hiperop v daljavo in v bližino dobro brez stekla, ne potrebuje očal; pri eventualnih težavah mu pomagamo s korekcijo. Nasprotno naj slabovidni in škileči stalno nosi naočnike, da se tako korigira manifestna daljnovidnost. Slednja raste vedno bolj ter moramo temu primerno povečati dioptrije stekel. Čimprej bomo predpisali naočnike, tem manjša je možnost razvoja ambliopije. Zelo hvaležen posel je zdravljenje daljnovidne škileče dece. Osnova tega zdravljenja naj bo izključitev akomodacije pri pogledu v daljavo s primernimi konveksnimi stekli. Akomodacija stoji narmreč v ozki zvezi s konvergenco. Korigirali ne bomo samo manifestne hiperopije, ampak totalno. Z vkapavanjem atropina enkrat tedensko skozi več mesecev ohromimo akomodacijo in olajšamo otroku nošenje naočnikov.

### Kratkovidnost.

Miopija se tekom starosti spreminja. Kot sem že poprej omenil, prehaja v splošnem hiperopično oke novorojenčka v emetro po ali pa celo v miopo. Slednja faza nastopa predvsem v šolski dobi, odtod ime „šolska kratkovidnost“. Ta se običajno ustali okoli dvajsetega leta; le pri visokih stopnjah progredira še v poznejših letih. V prvih letih nastopajoča visoka kratkovidnost dosega običajno maksimalne stopnje, ter jo tudi imenujemo „prirojeno“. Kratkovidnost raste predvsem pri otrocih v šolski dobi. Tako sem našel pri učencih osnovnih šol 6,25% kratkovidnosti. Ta odstotek se poveča pri učencih meščanskih šol že na 10,40% in doseže pri srednješolcih 14,50%. Vendar zaostajamo, hvala Bogu, v odstotkih kratkovidnosti za drugimi narodi. Tako navaja Cohn pri srednješolcih v Nemčiji 26,20%.

Natoliczka v Gradcu 33'45% do 35'20%. Najvišja do sedaj priobčena kratkovidnost se od B. Oliverja, in znaša — 60 dioptrij.

Visoko kratkovidno oko je navadno povečano, nekoliko izbuljeno ter ima večjo trepalnično razpoko. Prednji očesni prekat je poglobljen. Zenica je večja kot pri emetropih. Važne so predvsem spremembe očesnega ozadja. Najčešče najdemo pri kratkovidnih konus ob papili. Seveda ni prisotnost konusa še noben dokaz miopije, ker nastopa lahko tudi v normalnih in daljnovidnih očeh. Konus ima obliko polumeseca različne širine, je bele ali rdečkaste barve ter leži tik ob temporalnem robu papile. Pri višjih miopijah obdaja conus dostikrat celo papilo v obliki prstana ali pa sega celo v okolico v nepravilnih oblikah, sličen zemljevidu. Pri tem se lahko razprostre čez makulo in povzroča obširno atrofijo žilnice. V makuli sami nastopajo nežne pregrupacije pigmenta, razpoke, slične razpokam laka in male atrofije, posute s črnim pigmentom. Povod tem spremembam je skleroza horiodalnih žil za makulo. Posebnost je črna Foerster-Fuchsova packa v makuli, kjer se zbere ravno v sredini črn pigment. Ta packa dosega velikost papile, je okrogle oblike in vodi do močnega poslabšanja vida z velikim centralnim skotomom. Pri visoki kratkovidnosti opazamo na ozadju ob papili veliko ostro omejeno vzboklino beločnice-staphyloma posticum verum.

Kratkovidno oko se polagoma veča. Istočasno se pomnoži tudi tekočina steklovine, ki počasi zvodeni. Ta pojav spremljajo motnjave, ki jih opazamo z zrcalom v obliki malih kepcev ali pa finega prahu. Pri očesnih gibih se premikajo sem ter tja. Razvijajo se iz razpadajočega ogrodja steklovine. Dogaja se pa celo, da se steklovina v svojem zadnjem delu odloči, tvoreč takozvan odstop zadnjega dela steklovine-*ablatio corporis vitrei posterior*.

Teorij o genezi miopije je polno. Naj omenim le najvažnejše. Davno smo že opustili teorijo, da se razvije kratkovidnost na podlagi umetnih procesov ozadja. Weiss in drugi so bili mnenja, da povzroča vidni živec spremembe na očesnem ozadju na ta način, da poteza pri očesnih gibih očesno zrklo. Ta teorija je iluzorna, ker bi po njej morali imeti pri vsakem nystagmusu miopijo. Levinsohn pa je mnenja, da leži vzrok kratkovidnosti v težiščni sili, ki povzroča pri vpognjeni glavi povse zrkla naprej. Pri tem se natezajo vnanje očesne mišice in očesni živec, ter s tem povzročajo spremembe na zadnjem očesnem polu. Svojo teorijo opira na poizkuse z opicami. Mlade emetrope opice je dalje časa dnevno po več ur pustil ležati na trebuhu z navzdol obrnjenimi očmi. Tekom časa so te opice kratkovidne.

Menim, da polagamo veliko premalo pažnje na razvoj kratkovidnosti pri delu iz bližine. Iz moje tabele kratkovidnih je razvidno, v kakem tempu raste procentualno kratkovidnost v višjih šolah, kjer so učenci vedno bolj zaposleni z delom iz bližine. Škodljiv učinek je pri tej vrsti dela v pojačani akomodaciji in konvergenci. Pri akomodaciji se skrči in skrajša cil-

jarna mišica, povzročajoč natezanje žilnice. To ima zopet za posledico razvoj miopičnega konusa ob papili. Vpliv konvergenčé si razlagamo na več načinov. Po Arltu pritiskajo pri konvergenci stranski ravni in spodnja poševna očesna mišica na vertikalne vene ter otežkočajo pri tem njih odtok. Iz tega se razvije hiperemija uvealnega trakta z izločanjem seruma v zadnji del steklovine. Posledica je zvišan pritisk na zadnji del očesa. Graefe pa dolži pri konvergenci pritisk mišic na sklero. Ne moremo si pa s tema teorijama razložiti vprašanja, zakaj nastopa kratkovidnost le pri enem delu učencev, dočim ostane večina normalno vidnih? Saj so vendar vsi izpostavljeni enakim zahtevam, vplivom in pomankljivim napravam današnjih šol. Pri tem problemu iščemo zaman rešitve, dasi nas je spravil Steiger s teorijo o dednosti na pravo pot. V koliko, bo pokazala bodočnost.

Posledica kratkovidnosti je zmanjšana jakost vida predvsem v daljavo. Mnogi kratkovidni si pomagajo s tem, da stisnejo trepalnice kar bi odgovarjalo gledanju skozi soženo zaslonko. S tem si nekoliko povečajo vidno jakost. Obratno je pa slednja tudi pri visokih miopijah v bližini razmeroma zelo dobra. Opažamo le, da visoko kratkovidni zelo približujejo predmete svojim očem radi kratke razdalje ležišča.

Zdravljenje kratkovidnosti je lahko dvojno: Skrajšanje očesa in pa zmanjšanje njegove lomne jakosti. Nizke stopnje miopije so zdravili tako, da so po več ur na dan obteževali očesna zrkla s peščenimi vrečicami. Uspeh je bil le malenkosten, ker se kratkovidnost vrne prej ali slej v prvotno stopnjo. Enako so priporočali pri nizkih miopijah očesno masažo. Ker niso bili doseženi rezultati zadovoljivi, so skušali zdraviti kratkovidnost operativnim potom. Tendenca je bila zmanjšati očesno zrklo v ekvatorju z izrezovanjem dela beločnice. Tako je Holthu uspelo v par slučajih zmanjšati kratkovidnost od 1 do 11 dioptrij. Najuspešnejša je pa odstranitev prozorne leče po Fukalovi metodi. Pri tem zelo zmanjšamo lomno jakost očesa in s tem njegovo kratkovidnost. Edini minus je izguba akomodacije. Operacija sama ni brez nevarnosti, ker se ji poleg navadnih pri odstranitvi leče pridružijo še druge. V poštev pride izpad šarenice v rano, ki se nato cistično zaceli. Dostikrat je posledica sekundarni glaukom, izpad steklovine in pa infekcija rane; najnevarnejši je odstop mrežnice. Indikacija za ta poseg je le visoka kratkovidnost od 18 do 20 dioptrij.

Najsigurnejši od vseh načinov je gotovo poprava kratkovidnosti z naočniki. Tu se mnenja zopet dele: Polna in delna korekcija. Polno korekcijo bomo predpisali tedaj, kadar smatramo konvergenco za glavni vzrok kratkovidnosti. S tem dosežemo, da vrši kratkovidni vsa dela iz bližine v primerni razdalji. Pri izključitvi škodljive akomodacije bomo predpisali polno korekcijo za daljavo in nepopolno za delo iz bližine. Drugi so zopet mnenja, da zabranjuje polna korekcija porast kratkovidnosti. Gotovo pa je, da ji ne škodi, prej koristi; saj tudi nepopolna korekcija ne ovira povečanje miopije. Radi tega nismo nikakor upravičeni zabraniti kratkovidnim optične prednosti polne korekcije.



Kratkoviden 1 do 2 dioptrij ne potrebuje naočnikov, ker mu skoraj zadostuje njegov vid. Pri mladini z nizko miopijo predpišemo naočnike takrat, če mislimo, da se bo slednja povečala. Naočnike 6 do 8 dioptrij predpišemo za vid v daljavo in bližino, če ne obstoja že presbiopija. Pri visoko kratkovidnih, ki še niso nosili naočnikov, predpišemo najpoprej slabjšo in šele čez par mesecev polno korekcijo. Imam pacientko, ki nosi 28 dioptrij brez vseh težav.

Pri spremembah ozadja in motnjavah steklovine vbrizgavamo raztopino kuhinjske soli različnih koncentracij ali pa dionin pod veznico zrkla. Odpočit k je kratkovidnim očem ravno tako potreben kot febrilnemu bolniku postelja. Opozoriti moramo kratkovidne, da vrše delo v bližini pri dobri razsvetljavi in pokončni drži glave ter telesa.

Prognoza miopije je težavna. Opirati se moramo na daljša opazovanja pacienta, upoštevati dednost in eventualne spremembe ozadja. Mnogo zahvale smo dolžni Cohnu, ki je na podlagi preiskav o razvoju kratkovidnosti, skušal izboljšati delovne pogoje v šolah. Slaba razsvetljava pri učenju povzroča, da se učenec bolj približuje delu; s tem poveča konvergenco in akomodacijo. Posledica slabe razsvetljave je torej, da učenec dalje časa izvršuje svojo nalogo in se s tem podaljša škodljivi vpliv. Zahtevati moramo tedaj najmanj zadostno in pravilno razsvetljavo posameznih klopi, kar omogoča pravilno držo učenca. Tudi učni načrt naj bi tako prikrojili, da bi zmanjšali delo v bližini. Trdno sem uverjen, da bodo pri pravilnem izvrševanju šolske higijene, moji rezultati čez nekaj let procentualno nižji.

### Zusammenfassung.

Dr. Rajner Bassin: Über Augenrefraktion. Bericht über 5334 augenärztliche Untersuchungen der Refraktion bei Schulkindern, Die Fälle waren skiaskopisch genau untersucht und beweisen, dass die Kurzsichtigkeit mit den Schuljahren gefährlich zunimmt. Bei Kindern in den Volksschulen fand der Verfasser 6,25%, in den Bürgerschulen 10,40%, in den Mittelschulen 14,50% Kurzsichtige. Dringende Aufforderung zur Verbesserung der hygienischen Zustände in den Schulen.

### Literatura:

- Arlt, F.: Ueber die Ursachen und die Entstehung der Kurzsichtigkeit.  
Bassin, R.: Hygiene der Augen. Zdravniški vestnik IV. 1. št. 4 1932.  
Krožni odstop zadnjega dela steklovine. Lječniški Vjestnik br. 9. 1932.  
Brückner, A.; Franceschetti, A.: Myopie im Kindesalter. Arch. Augenheilk. 105.  
Fukala, V.: Operative Behandlung der höchstgradigen Myopie durch Aphakie. Graefes Arch. 36.  
Germann, Th.: Beitrag zur Kenntnis der Refraktionsverhältnisse der Kinder im Säuglingsalter sowie im vorschulpflichtigen Alter. Graefe Arch. 31.  
Jablonski, W.: Ein Beitrag zur Vererbung der Refraktion menschlicher Augen. Arch. Augenheilk. 91.  
Levinsohn, G.: Zur Frage der künstlich erzeugten Kurzsichtigkeit bei Affen. Klin. Mbl. Augenheilk. 62.  
Sattler, C. H.: Erfahrungen über die Beseitigung der Amblyopie und die Wiederherstellung des binokularen Sehaktes bei Schielenden. Z. Augenheilk. 62.  
Steiger, A.: Die Entstehung der spärlichen Refraktionen des menschlichen Auges.  
Wibaut, F.: Statistische Untersuchungen über das Entstehen und die Vererbung der Refraktionszustände. Arch. Augenheilk. 105.

**Iz internega oddelka splošne bolnice v Ljubljani.**

(Šef-primarij **dr. J. Jenko**).

## **Lipoidi in njih pomen v seči.**

**Dr. Sone Anton**, volonter.

Poglavje o lipoidih je eno najbolj zanimivih hkrati pa tudi zelo važnih in še ne docela znanih za klinika kakor tudi za patološkega anatomu, kemika in biologa.

V prirodi so precej razširjeni, dobimo jih v protoplazmi živalskih in rastlinskih celic, za katerih obstoj in življenje so poleg drugih snovi (voda, proteini, nukleinska kislina in drugo) nujno potrebni. Posebno jih tudi cenimo kot vitaminom podobno hranivo. Znano je njih antirahitično delovanje. Dobimo jih v veliki množini v organizmu novorojenčka, ki mu služijo za njegovo rast.

Ime lipoidi imajo odtod, ker prištevamo k njim različne maščobam podobne in sorodne snovi, ki so topljive v istih medijih (alkohol, eter, benzol, kloroform) kakor maščobe same. Nekateri avtorji jih tudi imenujejo „tekoče kristale“ (Lehmann).

Kemični historijat lipoidov je dokaj pester. Prvotno so prištevali med nje celo navadne neutralne maščobe, ki so jih pa morali pozneje vsled tolikanj različnih fizikalčnih in optičnih lastnosti, kakor tudi radi po rebnosti v barvanju ločiti od neutralnih maščob. Med lipoide spadajo v splošnem amorfni, brezbarvni ali rumenkasti, pri segrevanju topljivi in gorljivi, nasičeni fosfatidi, izmed katerih so najbolj znani lecitini (po Erlandsenu  $C_{43}H_{80}NPO_2$ ). Z biološkega, nikakor pa ne s kemičnega vidika lahko štejemo k lipoidom tudi belkasto se svetlikajoče holesterine ( $C_{27}H_{46}O$  ali  $C_{27}H_{44}O$ ), ki so med drugimi prvinami znatna primes živalskih celic. Poznamo pa še lipoide najrazličnejših drugih imen, kakor cerebrosidi (cerebron, nervon, torasin), kephalin, cuorin, leukopoliin, myelin, protagon i. t. d., vendar so to končno samo imena vredna bolj fizikalne kakor pa kemične razlage. Del kemikov je namreč mišljenja, da bi bilo izraz lipoidi najboljše črtati, češ, da ni prikladen, ker označuje nikakšne enotne kemične skupine. Vsekakor je kemična oblika večine lipoidov še zamotana in nejasna.

Naj omenim nekaj medicinsko važnejših lastnosti glavnih lipoidov, v kolikor so bila tozadevna razmotrivanja in preiskave sploh uspešne.

Dognano je, da vplivajo holesterini in lecitini na avtonomni živčni sistem, kjer dražijo prvi simpaticus, drugi pa parasimpaticus. Holesterini povzročajo v krvi relativno limfocitozo in zmanjšujejo število eozinofilnih, lecitini pa ravno obratno. Lipoidi pospešijo sedimentacijsko reakcijo rdečih krvnih teles. Našli so jih v krvi bolnikov z zvišanim krvnim pritiskom, z diabetesom, jeternimi boleznimi, aterosklerozo in nosečnostjo holesterine v večji meri kakor pri zdravih. Znano pa je tudi, da delujejo lecitini zdravilno prav tako kot fosfor in arsen, celo še močnejše: vzpodbujajo preosnovno, olajšujejo asimilacijo in pospešujejo nastanek eritrocitov. Vsled

teh lastnosti jih priporočajo kot hranivo ravno pri težkih boleznih, n. pr. pri tuberkulozi, luesu, anemijah, malariji in diabetesu. Pri tuberkulozi so uporabljali lipoide tudi za povečanje nespecifične, menda pa tudi specifične imunitete.

Lipoidi so bili prvi nebeljakovinski antigeni s katerimi sta zamogla Bang in Forssmann izzvati v krvi tako zvana „antitelesa“. V problematiki Wassermannove kakor tudi drugih krvnih reakcij so bili in so še predmet pogostih, dolgotrajnih, včasih precej živahnih (Munk) diskusij. S pomanjkanjem lipoidov v organizmu posebno v krvi se zmanjšuje njegova odpornost. Zanje je namreč značilno, da utegnejo nakopičeni v večjih množinah zadrževati razkroj beljakovin v telesu. S pomočjo parenteralne terapije z beljakovinskimi snovmi kakor na primer z injekcijami mleka, konjskega seruma i. sl. lahko pomnožimo lipoide v krvi, ki delujejo baje tudi baktericidno.

Ne majhen je tudi pomen afinitete med lipoidi in narkotiki pri narkozi, važna pa je tudi topljivost nekaterih zdravilnih sredstev in strupov v lipoidih; saj je od tega odvisna učinkovitost teh sredstev. Naj opozorim samo na primer delovanja joda, ki radi svoje velike lipoidne topljivosti kaj kmalu pronicne v globino celice in deluje zato hitrejše baktericidno kakor druga podobna sredstva.

Kakor vidimo so bili lipoidi že v najrazličnejših oblikah in prilikah predmet bioloških, kemičnih in patološko-fizioloških poizkusov, kar jasno dokazuje njih pomen v živalskem in rastlinskem svetu.

Fiziološko se nahajajo lipoidi v večji množini v možganih, jetrih, v kortikalnih celicah suprarenalke, v epitelu žolčnika, v testisu, placenti in ovariju, kjer imajo verjetno — mimo svojega hormonalnega vpliva — še vpliv na kontrakcije (Feminin) in hiperemizacijo (Menstruin) ženskih spolovil.

Patološko je dobiti lipoide navadno v dolgotrajno, kronično obolelih organih, kjer propadajo celice polagoma. V teh primerih so večinoma v družbi z neutralnimi maščobami, radi česa jih tam precej težko odkrijemo. S proniknjenjem lipoidov v celico pričanja v njej regresivni proces, to je njena morfološka desorganizacija; zato ne smemo govoriti ob takih prilikah o masni „degeneraciji“, ampak o masni „infiltraciji“. Napačno je bilo mnenje starejših avtorjev, da gre tu za direktni kemični prehod beljakovin v maščobe, pač pa je pri navedenih spremembah poleg lipoidne in masne infiltracije važen še pojav takozvane „Fettphanerose“. „Fettphanerose“ je autolitičen proces (poleg nabreknjenja, koagulacije in okisanja), ki napravi že preje v celicah počivajoče nevidne maščobe vidne in barvilom dostopne. Kasneje, po razpadu celice nas često iznenadijo lipoidi v mezgovju njene okolice.

Znano je, da se lipoidi kaj radi nabirajo v tumorjih zlasti v rakastih, posebno pa še v onih slepiča; povsod se nahajajo deloma v še dobro ohranjenem tkivu večjidel pa v že nekrotičnih žariščih. Bogate na lipoidih

so aterosklerotične žile, alveolarni epitel bolnih pljuč, ostenja starih abscesov, endotel mezgovnic žolčnika in epitel bolnih ledvic.

Anizotropne elemente opazamo tudi v krvi pri lipidemiji diabetsične kome, nefroze, eklampsije, amenoreje in nosečnosti. Prav tako so bili ugotovljeni lipoidi v večji meri v krvnem serumu neurosifilitikov, kjer izgleda sokrvca, ki vsebuje mnogo lipoidov mlečnato gosta, svetlorumena. Dobljeni so bili tudi v pseudohiloznih tekočinah pleuralne in abdominalne votline nefrotikov.

Niso pa lipoidi izključno domena propadajočega, degeneriranega tkiva, marveč se pojavljajo tudi v smislu običajne, progresivne lipidne infiltracije brez desorganizacije ali destrukcije tkiva samega. Kot take so jih opazili v Grawitzovih tumorjih ledvic, adenomih suprarenalke in ksantomih kože ter periosta.

Praktično klinične važnosti pa je predvsem — poleg njih vrednosti pri serobioloških reakcijah — pojav lipoidov v seči. Treba je, da si skušamo razjasniti odkod, kako, kje in kdaj pridejo lipoidi v ledvice in v seč.

Lipoidi so vezani na ostale dele beljakovin bolj fizikalno kot kemično. Naravno je, da oslabi, ako pride iz kateregakoli vzroka do razkroja (desintegraciji) beljakovin v nižje, preprostejše kemične enote, tudi že itak rahla in krhka vez lipoidov do ostalih beljakovinskih prvin. Lipoidi postanejo takorekoč prosti in jih kri lahko med drugim prenese tudi v ledvice. Da-li se oni pri tem kemično razdele in se po vstopu v novo celino spet združijo (sintelizirajo) — kakor se to po mnenju nekaterih dogaja pri ostalih maščobah — nam ni znano.

Če je ledvični epitel iz kakšnegakoli vzroka oslavljen, neodporen, bolan, kaj rad sprejme vase lipoide. Oni torej niso ledvicam lasni, marveč so tja prinešeni iz svojih izvenledvičnih ležišč (podkožje). Tako patološko stekanje lipoidov in maščob moremo ugotoviti na vseh mogočih sestavnih delih sekretornega sistema ledvic. S pojavom lipoidov v renalnem epitelu pričanja, kakor sem že omenil, njegova degeneracija.

Lipoidi, ki so se tako nabrali v ledvicah, preidejo lahko v manjši meri v urin in sicer, ali hkrati z gmote odpadlega ledvičnega epitela, ali v obliki tako zvanih lipidnih cilindrov, ali pa splavajo vanj posamič kot drobne svetlikajoče kapljice, v večji meri pa izginejo v intersticielnem tkivu, pri čemer večkrat zadobe tudi drug kemičen značaj.

V seči jih dokažemo s pomočjo dveh Nicolovih polarizacijskih prizem, ki smo jih vstavili v optični sistem mikroskopa. Tedaj so lipoidi v temnem polju plavajoča, prozorna, srebrno blesketajoča se, dvojno lomeča, anizotropna telesa. Treba pa je precejšnje izkušnje in obvladanja podrobne tehnike mikroskopiranja, da označimo prave elemente za lipoide, kajti v urinu so lahko tudi najrazličnejše soli, ki prav tako dvojno lomijo svetlobo.

Barvna tehnika za dokaz lipoidov ni prav nič drugačna kot je ona za barvanje neutralnih maščob (Sudan III., Schärlach — Rot, Osmium).

Seč zdravih ledvic nima nikdar lipidov, ako smo jih pa zasledili so nam neposredni znak degenerativnega procesa v ledvicah. Najpogostejše in v največji meri jih dobimo pri čistih tubularnih degeneracijah, pri nefrozah (Lu., Tbc., i. t. d.). Poplavljenje urina z lipoidi pa je tem večje, čimbolj narašča degeneracija parenhima. Vendar ne smemo pozabiti, da ne zavisi bogatost urina na lipoidih samo od degenerativnega procesa, ampak tudi od kakovosti hrane. Možno je pa, da pri težkih degeneracijah epitela (nefroze) ponekod ni dobiti prav nobenih lipidov v seči. Nasprotno pa je v literaturi objavljenih nekaj slučajev navadne akutne glomerulonefritide, pri katerih so bili dokazani lipoidi v urinu, štirinajst dni po začetku bolezni. Jasen nam je ta pojav, če pomislimo, da se lahko pridružijo pri akutnih glomerulonefritidah vnetljivemu procesu vsled slabe prehrane tudi degenerativne spremembe. Vendar so lipoidi akutnih nefritid tako redki in izjemni, da praktično sploh ne moramo z njimi računati. Njih stroga, šolska, patološko-anatomska delitev ledvičnih obolenj v izključno vnetje — glomerulonephritis in v zgolj epitelialno degeneracijo tubulov — nephrosis pa itak že zdavnej ni več povsem točna.

Razen pri že gori navedenih boleznih se pojavljajo lipoidi lahko tudi pri subakutnih, predvsem pa pri kroničnih, kakor tudi pri sklerotičnih (maligna skleroza) in nefrotično amiloidnih spremembah ledvic. V zadnjih primerih sta odvisna pojav in množina lipidov v vodi od soudeležene degeneracije epitela, od takozvane nefrotične komponente. Podčrtati je namreč treba, da so omenjena obolenja mnogo pogostejša kot popolnoma čiste nefroze, ki so same po sebi izredno redke. Prav zato bi bilo priporočati, da iščemo lipoidne pri vsakem količkaj dvomljivem ledvičnem procesu.

Izločanje lipidov po seči smatra del avtorjev za čisto naravno in nujno potrebno. Pri obolenjih, ki so zčrružena z lipidurijo, gre namreč po mnenju teh le za neke vrste zastrupljenja z anizotropnimi, denaturiranimi lipoidi, ki se jih skuša rešiti organizem s pomočjo urina.

Kakor sem že omenil, kemična opredeljenost ledvičnih lipidov še ni popolnoma jasna; vemo le toliko, da so večinoma holesterinestri.

Iz vsega je torej razvidno, da so lipoidi v seči le zunanji znak degeneracije ledvičnega epitela. Skoraj redno so spremljevalci nefrotičnega obolenja, vendar sami po sebi ne morejo biti in tudi niso zanj edini znak; marveč so le pomemben člen v vrsti vseh drugih simptomov. V zamotani diferencialni diagnostiki ledvičnih bolezni in v spoznavanju dalekosežnosti patološkega procesa so nam pač dobrodošel in vpoštevanja vreden prispevek k ostalim preiskavam.

### **Zusammenfassung.**

Dr. A. Sonc: Lipoidne und ihre Bedeutung im Urin. Autor bespricht einleitend, was uns bisher von der Chemie und Pathologie der Lipoidne bekannt ist. Das Auffinden der Lipoidne im Urin, sei es durch Färbemethoden oder im Dunkelfeld empfiehlt Autor als wichtige Untersuchungsmethode zur Klärung der Diagnose bei Nierenerkrankungen. Lipoidurie ist immer ein Zeichen von Schädigung des Nierenepithels durch degenerative Vorgänge.

## Literatura.

- Deutsche medizinische Wochenschrift 1907—1933.  
Münchener medizinische Wochenschrift 1907—1933.  
Bergmann: Lehrbuch der inneren Medizin II.  
Klemperer: Neue deutsche Klinik 8.  
Eppinger Hirsch: Die Nephritisfrage.  
Brugsch-Schittenhelm: Lehrbuch klinischer Untersuchungsmethoden,  
Lüdke-Schlayer: Lehrbuch der pathologischen Physiologie.  
Meyer-Gottlieb: Die experimentelle Pharmakologie.  
Pfeifer: Experimentelle Pathologie.  
Fürth: Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie I. II.  
Hammarsten: Lehrbuch der physiologischen Chemie.  
Aschoff: Pathologische Anatomie I. II.  
Ribbert: Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie.  
Schmaus-Herxheimer: Grundriss der pathologischen Anatomie.

**Dr. Viktor Čerček, Ljubljana.**

## IV. Slovanski zdravniški kongres v Poznanju.

### Spomini s potovanja.

Misel in prva zasnova za zблиžanje slovanskih zdravnikov je izšla že leta 1910 na takratnem internacijonalnem zdravniškem kongresu v Parizu. Plod te ideje je bil slovanski kongres, ki se je vršil leta 1910 v Sofiji. Naslednji kongres bi se imel vršiti pred svetovno vojno v Rusiji, do njega pa ni prišlo radi odpora posebno Poljakov proti zahtevi Rusov, ki so hoteli, da bi se vse razprave vršile v ruskem jeziku. Po svetovni vojni je izšla inicijativa za ustanovitev odn. obnovitev Zveze slovanskih zdravniških društev iz naše države. Glavni pobornik te ideje je bil takratni predsednik Saveza jugosl. zdravniških društev dr. Momčilo Ivković. Povabil je na kongres jugosl. zdravnikov, ki se je vršil leta 1925 v Dubrovniku, zastopnike zdravniških društev svoje delegate v Dubrovnik. Odbor novo ustanovljene zveze slovanskih zdravniških društev je bil sestavljen iz delegatov Poljske, Čehoslovaške, Jugoslavije, Bolgarije in zastopnikov ruske emigracije. Poljake sta že takrat zastopala med drugimi senior poljskih zdravnikov prof. A. Gluzinsky in prof. Adam Karwowsky, Jugoslavijo pa je zastopal v tem odboru kot predsednik dr. M. Ivković, slovenske zdravnike pa dr. Fr. Derganc in dr. Iv. Pintar. Naloga slovanske zdravniške zveze naj bi bila osamosvojitve na strokovnem polju, medsebojno zблиžanje slovanskih narodov, spoznavanje slovanskih dežel, študij kulturnih in družabnih razmer ter učenje slovanskih jezikov.

Tukaj že na jugoslovanskem kongresu v Dubrovniku in potem na beograjskem kongresu leta 1926 je vodja poljske delegacije prof. Gluzinsky povabil slovanske zdravnike na I. Vseslovanski zdravniški kongres, ki naj bi se vršil v maju 1927 v Warszawi. Na ta prvi slovanski zdravniški kongres, ki se je vršil pod protektoratom predsednika poljske republike, so v Warszawo prispele poleg mnogoštevilnih poljskih zdravnikov tudi delegacije

Bolgarov (47), Čehov (72), Jugoslovanov (67) in ruskih emigrantov (9) Glavne teme tega kongresa so poleg številnih drugih razprav bile: 1. Skleroza v slovanskih zemljah, 2. Obramba cepljenja in obvarovanje pred škrlatinko, 3. Najboljše oblike in metode zdravstvene administracije v slovanskih deželah.

Drugi kongres slovanskih zdravnikov se je vršil pod protektoratom Masarykovim v dneh 25. do 28. maja 1928 v Pragi. Ta drugi kongres se je vršil v še veliko večjem obsegu kot prvi; predsednik republike Masaryk in zunanji minister Beneš sta pokazala največje zanimanje za kongres in sta osebno stopila v stik z delegati posameznih držav.

Tretji slovanski zdravn. kongres pa se je vršil na našem Jadranu jeseni leta 1930 v Splitu. Protektorat nad kongresom je prevzel Nj. V. Kralj Aleksander I., ki ga je na kongresu zastopal general Naumović. V kako dobrem in prijetnem spominu je Čehom in Poljakom ostal ta kongres, smo se imeli priliko prepričati letos v Poznanju: saj so vsi, ki so se takrat udeležili splitskega kongresa še sedaj navdušeni nad lepoto naše zemlje, nad krasoto našega morja, prijaznostjo našega naroda in njega kulturnim napredkom.

Četrty kongres slovanskih zdravnikov je zboroval letos 11. do 15. septembra v Poznanju, združen s kongresom poljskih prirodoslovcev. Udeležilo se ga je silno veliko število poljskih zdravnikov ter delegacije: Češka (250), jugoslovanska (70), bolgarska (10), ruskih emigrantov (5) ter Sovjetske Rusije! (5). Poznanj se je ob tej priliki odel v praznično razpoloženje. Slovanski zdravniki in poljski prirodoslovci so napolnili vse mesto, poljske belo-rdeče zastave so plapolale raz vsako hišo: Poznanj je svojim slovanskim gostom priredil najsvečanejši sprejem. Protektor kongresa, predsednik poljske republike prof. Moszicki, ki je prispel iz Warszawe, je otvoril kongres in sprejel slovanske zdravnike v Poznanjskem gradu Zameku.

Med neumornimi voditelji tega kongresa smo mogli zopet opaziti kongresnega predsednika prof. Karwowskega in sivolasega a čilega prof. Gluzinskega. Zato pomeni tembolj neprecenljivo škodo nenadna smrt, ki je doletela tretji dan kongresa zaslužnega prof. Karwowskega. Pokojnega so visoko cenili ne samo Poljaki, temveč vsi slovanski udeleženci kongresa, izredno velika je bila tudi njegova popularnost pri poljskem narodu.

Ti veliki dnevi v Poznanju, tem centru predvojne rajhovsko-nemške Poljske so imeli odličen propagandni pomen, tako v narodnem, kakor v naučno strokovnem oziru. Tu je Poljska pokazala, da je v polni meri vredna svoje svobode: izkristaliziral je poljski narod tekom teh petnajstih let narodne in državne neodvisnosti svojo kulturo in znanost, ter jo postavil na solidno samostojno podlago, neodvisno od tujega, predvsem od nemškega vpliva. Izraz tega dejstva je bil tudi letošnji kongres zdravnikov in prirodoslovcev v Poznanju. Pred ta slovanski forum znanosti so Poljaki iznesli sadove svojega dela, pred tem forumom so pomerili svoje sile s sinovi drugih bratskih slovanskih narodov. Dobro so mi še v spominu besede:

izgovorjene ob otvoritvi kongresa: „Mi Slovani ne bomo odvisni več od germanskih, romanskih in drugih kultur, ker bomo sami imeli svojo veliko slovansko kulturo“. To je značilno za Poljake, ki se samozavestno in dosledno drže svoje ravno začrtane linije kvišku k narodovemu napredku. Kako veliko delo je bilo dovršeno na tem kongresu naj nam osvedoči samo par števil: Kongresa se je udeležilo 17.000 zdravnikov in prirodoslovcev. Delo na kongresu je bilo porazdeljeno na 350 sekcij, ki so predstavljale posamezne panoge medicine in naravolsovja. V teh sekcijah je bilo v kongresnih dneh nad 1900 samostojnih predavanj, referatov odn. demonstracij.

Ta kongres, prirejen v velikem stilu, je gotovo v polni meri dosegel svoj namen tako v strokovno naučnem, kakor v slovanskem, narodno-propagandnem oziru.

Pravzaprav je v Beogradu dne 8. septembra t. l. pričelo naše potovanje na kongres. Tu so se iz cele naše države zbirali tega dne delegati in zvečer se nas je odpeljalo okrog 70 udeležencev z večernim brzovlakom proti Madjarski. Vsakdo je imel svoje določeno mesto v spalnih vozovih, ki nam jih je naša železniška direkcija dala na razpolago in ki so nam služili tekom celega potovanja tudi kot stanovanje.

Legli smo kmalu k počitku in ne da bi vedeli, kdaj smo prekoparčili madjarsko mejo, — saj o kaki reviziji na celi poti nismo ničesar opazili, — smo se zjutraj bližali Budimpešti. Velikanska predmestja, tvornice, kolodvori, dim in megla so nam pričali, da se bližamo velemestu. Od Budimpešte proti severu smo se v najlepšem vremenu vozili ob prekrasnem obrežju Donave.

Pokrajina nas je zadivila: mirno in dostojanstveno teče tu v svoji strugi Donava, sem in tja na kaki obrežni vzpetini razvaline starih gradov drugod zopet obširni, lepo urejeni vinogradi ogrskih velikašev. Skoro da nismo opazili kdaj smo prestopili mejo in že smo bili na bratskih čehoslovaških tleh. Brzovlak, katerem so bili naši vozovi priključeni je drvel dalje proti severu po lepi in plodoviti slovaški ravnini. Povsod vzorno urejena polja ter lične in prijazne slovaške vasice. Tudi tu kot sledovi, v zgodovini obrambno važne „Ostmarke“, številne razvaline starih mogotcev, postavljene na strme skale ob bregovih rek in na krajih, ki zapirajo dostop v dolino. Lep je pogled na slikovito slovaško pokrajino s svojim delavnim kmetiskim narodom.

Vožnja pa je bila tudi v drugem oziru izredno zabavna, saj smo si sami krajšali čas. Naša mala petčlanska slovenska družina se je zbirala navadno v prostranejšem kupeju, ki sva ga imela s prof. Zalokarjem. Oddelek je bil namenjen prvotno za štiri ležišča, pa sva po naključju ostala sama. Podnevi se nas je navadno zbralo tu vseh petero. V prav vroče polemike sta vedno znova zašla iz namerne različnosti naziranj in hudo-mušne kljubovalnosti doc. Matko in prim. Jug; doc. Matku je pomagal navadno tudi dr. Rus. Med razburjene duhove je potem s svojo pomirjevalno



besedo posegel prof. Zalokar in ju navidez res spravil, dokler se ni vsa igra iz drugih prav neznatnih početkov nanovo razvila. Tako nam je hitro mineval čas. (Dalje prihodnjič).

## IZ ZDRAVNIŠKIH DRUŠTEV

### Kongres JLD (Jugoslovanskega zdravniškega društva) v Crikvenici 3. in 4. septembra 1933.

Od zedinjenja sem se vrše jugoslovanski zdravniški kongresi vsako leto v drugem mestu. Medtem ko se je lani vršil v Vrnjački banji, je bil za letošnji kongres izbran biser severne jadranske obale, krasna Crikvenica. Crikvenica je izvrstno urejeno morsko kopališče, ki ima okrog 5000 prebivalcev, razpolaga z mnogimi dobro urejenimi hoteli in pensioni ter divno plažo.

Kongres se je vršil v velikem hotelu Therapia, v katerem je bilo za zborovanja na razpolago več dvoran. Tudi precejšen del udeležencev kongresa je stanoval v tem hotelu, ostali pa so bili razmeščeni v drugih hotelih in pensionih. Kongresa se je udeležilo okrog 300 delegatov in drugih zdravnikov iz cele države, iz dravske banovine je bilo 29 zdravnikov. Cela Crikvenica je zdravnike izredno lepo sprejela in bila vse dneve kongresa v zastavah.

Istočasno s kongresom JLD so se vršila zborovanja blagajniških zdravnikov, zobozdravnikov in občinskih zdravnikov.

Na predvečer kongresa dne 2. X. zvečer se je vršila seja širšega odbora JLD in medsebojno seznanjenje delegatov.

Kongres je otvoril 3. IX. ob 9. uri dopoldne pred polno dvorano delegatov in drugih zdravnikov predsednik JLD g. prof. dr. A. Zalokar. Otvoritvi kongresa je prisostvoval zastopnik Nj. V. Kralja pukovnik g. Despot Damjanović, zastopnik Ministra za Soc. politiko in Narodno zdravje načelnik g. dr. Vojislav Milovanović, zastopnik Ministra Prosvete direktor gimnazije na Sušaku g. Brgić in zastopnik bana Savske banovine sreski načelnik g. dr. Kočović. S kongresa sta bila poslana pozdravna telegrama Nj. V. Kralju in Ministru za Soc. politiko in Narodno zdravje.

V svojem zanimivem uvodnem govoru se je predsednik g. dr. Zalokar bavil s problemi naše mlade generacije zdravnikov. Vprašanje mlade generacije je bilo prej, v normalnih razmerah, skoro izključno pedagoško, sedanja doba pa mu je dala značaj eminentno politično-ekonomskega problema. Kriza, ki je nastopila v vrstah zdravnikov, je zadela predvsem zdravniški naraščaj. Naša je naloga, da ta problem proučimo in poizkušamo rešiti.

Govor g. dr. Zalokarja je cela dvorana burno pozdravila.

Nato se je predsednik spomnil umrlih zdravnikov v minulem letu, od katerih je posebej omenil primarija dr. Vinka Gregorič-a, ustanovitelja zdravniških zbornic, in dr. Čeda Mihajlovič-a, bivšega Ministra. Udeleženci kongresa so umrlim tovarišem izkazali spoštovanje z vzklikom: „Slava jim!“

Pukovnik g. Damjanović je v imenu Nj. V. Kralja pozelel kongresu uspešen potek, v imenu ministra za Socijalno politiko in Narodno zdravje je v lepih besedah pozdravil kongres načelnik g. dr. Milovanović, dalje v imenu Ministra Prosvete direktor g. Brgić, v imenu bana Savske banovine pa sreski načelnik g. dr. Kočović.

Sledila so poročila tajnika, blagajnika, predstavnika Nacionalnega komiteta vseslovenske zdravniške zveze, delegata v APIMU-u (Mednarodnem združenju zdravnikov) in revizorjev. Nato je bil dan absolutorium staremu odboru.

Po kratki pavzi je bil novim predsednikom JLD izbran g. dr. Svetislav Stefanović iz Beograda, za podpredsednika pa g. dr. Čulumović iz Zagreba in g. dr. Valentin Meršol iz Ljubljane. Tajnik je g. dr. Nikola Naunović, blagajnik g. dr. Miodragović. Delegata v APIM-u sta gg. dr. Jevremović in dr. Geratovic.

Za častnega člana JLD je bil izbran g. dr. Wickerhauser iz Zagreba. Za mesto kongresa v l. 1934 je z navdušenjem izbran Bled. Ena glavnih tem bodočega kongresa bo: Zdravstvo na selu.

Članarina v tekočem letu znaša 10 Din po članu.

S tem je bilo zaključeno dopoldansko slavnostno zborovanje.

Kongres je imel obširen stanovski in znanstven program. Predvsem je bilo popoldne na sporedu vprašanje:

I. Problemi medicinskega pouka.

Uvodni govor k tej razpravi je imel g. dr. Svet. Stefanović. Omenil je, da so se v drugih državah po vojni v medicinskem pouku izvršile velike spremembe. Tudi pri nas se bode končno-veljavno treba odločiti za marsikakšne spremembe, ki so potrebne z ozirom na razmere v naši državi. Pri nas potrebujemo predvsem praktične zdravnike na deželi in šele v drugi vrsti teoretike in znanstvenike. Važno je tudi vprašanje zdravniške etike. Tudi glede privatne prakse bi bilo potrebno marsikaj ukreniti. Mišljenja je, da bi mogoče kazalo, da naj bi vseučilišni profesorji imeli samo konziliarno prakso. Seveda bi morali biti materialno dobro plačani.

Prof. dr. Pliverić iz Zagreba je govoril o temi: Reforma medicinskega pouka po načrtu fakultetne uredbe zagrebške medicinske fakultete v zvezi z občo vseučiliščno uredbo. Omenja, da načrt uredbe predvideva povečanje števila semestrov za medicince (od 10 na 14), opustitev staža in delitev diplome od doktorata, tako da bo absolvirani medicinec po dovršenih izpiti dobil samo naslov zdravnik, za doktorat bi pa moral napraviti disertacijo.

Prof. dr. Arnovljević iz Beograda je predaval o medicinski propedeutiki kot zvezi med teoretično in praktično medicino.

Odpadlo je predavanje prof. dr. Buriana radi odsotnosti vsled bolezni.

Zanimivo je, da so se kongresa udeležili, kolikor mi je znano, samo 3 vseučilišni profesorji, čeprav je bila glavna tema: Medicinski pouk. To je slabo vplivalo na vse prisotne.

Zelo lepe misli sta podala v svojih govorih gg. dr. Oto Müller iz Zagreba: Medicinski pouk in zdravniška praksa, ter dr. Bašić Mirko, občinski zdravnik v Vinici: Reforma medicinskega pouka z ozirom na potrebe sela.

G. dr. Neubaer Robert, šef-zdravnik zdravilišča Golnik, je v svojem predavanju: Ftizeologija v medicinskem študiju, poudaril važnost obveznega sistematičnega pouka ftizeologije kot posebnega predmeta in obžaloval, da ftizeologija ni bila omejena v nobenem od prejšnjih predavanj, ki so se tikala reforme medicinskega pouka.

O raznih vprašanjih medicinskega pouka se je razvila živahna debata, katere so se udeležili: Gg. dr. Vranešić, dr. Olga Palić, dr. Smiljanić in dr. Meršol, ki je omenil, da je v zvezi s slabimi izkušnjami, ki nam jih je dal zakon o zobozdravnikih in zobotehnikih neobhodno potrebno, da zobozdravništvo ostane zdravniška veda. Radi tega naj se zobozdravništvo uvede v medicinski študij kot obvezen predmet z izpitom, naj se na vseh medicinskih fakultetah osnujejo stomatološke klinike, pri vseh večjih bolnicah pa stomatološki oddelki. V zobozdravništvu naj se zdravniki praktično vadijo poleg tega še za časa staža, tako da bode vsak zdravnik izvežban v konservativnem zdravljenju zob.

Sledila je zanimiva II. tema: O higijenskem pregledu vode in preskrba z vodo v naši državi.

Napovedana predavanja so radi kratkega časa morala biti skrajšana. Predavala sta: 1. dr. Tadić Radoje: Prigotavljanje pitne vode. 2. dr. Protić Djordje: Lokalni pregled pri ocenjevanju vode za pitje.

Po obeh predavanjih se je vršila kratka debata.

III. Proste medicinske teme so prišle na vrsto šele 4. IX. dopoldne.

Predavali so: 1. Prof. dr. Arnovljević: Uporaba žvepla v terapiji diabeta.

2. Dr. Hudak Albert: Vena cava superior v radiologiji.

3. Dr. Živković Ljubomir: Simptomi in terapija kroničnih boleznih nog.

Zelo zanimivo predavanje, ki uvaja novo polje specialne medicinske delavnosti. Pomislimo samo na mnogoštevilna ulcera cruris, crux medicorum.

4. Dr. Palić Olga: Doprinos k zdravljenju oftalmije simpatike.

5. Dr. Marijo Krmpotić: Kala-azar v Primorju.

6. Dr. Djuro Orlić: O talaso-terapiji na južno-dalmatinski obali.

7. Dr. Valentin Meršol: Nedostatki izolacije in nege bolnikov z infekcijskimi boleznimi v naših bolnicah.

(Vsa predavanja bodo izšla in extenso bodisi v Liječničkem Vijesniku, bodisi v Srpskem Arhivu).

Po predavanjih se je razvila kratka debata. Opaziti pa je bilo, da je v splošnem med delegati le malo zanimanja za znanstvene teme.

IV. Vprašanje organizacije borbe proti mazaštvu.

Predavali so: 1. Dr. Bazala Vladimir: Mazaštvo, njegovi vzroki in organizacija borbe proti mazaštvu.

2. Dr. Hudak Albert: Pojem rentgenologije in položaj rentgenologov pri nas. Predavatelj napada zdravnike, da okrog 80% zdravnikov nespecialistov, ki imajo Roentgen-aparate, ne zna aparatov pravilno uporabljati, tako da njihovi aparati nikakor ne služijo v korist bolnikom.

3. Dr. Kermes Aca: Mazaštvo v zobni medicini.

Po vseh predavanjih se je razvila živahna debata, v kateri se je večkrat omenjalo, da se z mazaštvom mnogokrat bavijo tudi lekarnari.

V. Vprašanje nezaposlenosti zdravnika v zvezi s splošno nezaposlenostjo intelektualcev.

1. Kot prvi je govoril dr. Smiljanić, Beograd: O zdravniškem sindikatu. (Osnovni pojmi in uvajanje pri nas.)

2. Dr. K. Jovanović v svojem nenajavljenem predavanju predlaga uvedbo obdavčenja zdravniških receptov in zdravniških spričeval v korist fonda za pokojninsko zavarovanje zdravnikov. Debate o tem vprašanju se udeležita dr. Stefanović in dr. Vranešević.

Popoldan sledi predavanje:

3. Dr. Miroslav Schlesinger: Obvezno zavarovanje celega naroda — ljudsko zavarovanje za slučaj bolezni, iznemoglosti, nesreče, starosti in smrti.

Ta predlog je sestavil s sodelovanjem dr. Šlajmerja. Namen njegovega predavanja je samo, da vzbudi zanimanje pri zdravnikih za ta problem, zato prosi, naj se danes o tem ne debatira, ampak naj bode to eno glavnih vprašanj na prih. kongresu.

VI. Spremembe v Zakonu o bolnicah.

O tem je referiral dr. Brahus Gedeon. Naj omenim nekaj predlaganih sprememb:

Vsak oddelek ima pravico na sistematiziranje mesta primarnega zdravnika brez ozira na to, ali obstoja na oddelku poseben odsek ali ne.

Vsem bolniškim zdravnikom razen pripravnikom naj se dovoli izvrševanje zdravniške prakse.

Vsi zdravniki na infekcijskih oddelkih naj imajo epidemijski dodatek k plači, ki odgovarja dodatku osebja higijskih ustanov.

Položaj zdravniškega osebja v bolniški službi:

Upravnik (grupa IV—III), šef oddelka (V—III), primarni zdravnik (VI—III), asistent (VII—II), sekundarni zdravnik (VIII—III), pripravnik (IX).

Za popolno penzijo naj bo vsem bolniškim zdravnikom potrebno samo 30 let službe. O tem vprašanju se je razvila živahna debata pro in contra. Do definitivnega zaključka se ni moglo priti.

Nato so bile sprejete sledeče resolucije:

1. Kongres JLD na podlagi referatov in po resni diskusiji o vprašanju spremembe medicinskega pouka predlaga upravi JLD, da izdela svoje pripombe k predloženemu načrtu Uredbe o medicinskih fakultetah, ali pa da izdela svoj načrt uredbe, pazec pri tem, da pouk ne bode preobtežen, da se večja pažnja posveti praktični nego teoretični medicini in da se trajanje študija ne podaljša preko 5 let.

2. Glede zatiranja mazaštva smatra kongres, da je potrebno narediti sledeče: pojačati delo za ljudsko prosveto in zdravstveno izobrazbo, povečati število zdravnikov in bolnic, zdravila poceniti, dalje sprejeti novelo in uredbo o mazačih v zvezi s paragrafom 262. kazensk. zakona.

3. V svrhu zaščite ljudskega zdravja kongres enoglasno in najenergičnejše protestira proti odredbam zakona od 25. novembra 1930. in njegovi noveli z dne 4. julija 1933, s katerimi se dovoljuje in uzakonjuje mazaštvo na polju zobne medicine, med tem ko kazen. zakon Kraljevine Jugoslavije mazaštvo prepoveduje, preganja in kaznuje. S stališča ljudskega zdravja protestiramo, da se ljudem brez potrebnih kvalifikacij, da celo brez šole in strokovne izobrazbe daje pravica zdravljenja in skoro vse pravice, katere imajo zdravniki specialisti za bolezni zob in ust. Kongres zahteva, da se stavi nov in poseben zakon za zobotehnike, s katerim se bo pravica in obseg njihovega delokroga spravil v sklad z njihovo izobrazbo, zakon o zdravnikih specialistih drugih strok pa naj se dopolni z novelo o specialistih za bolezni ust in zob.

4. Glede Zakona o bolnicah kongres prosi, da naj Ministrstvo za Soc. politiko in Narodno zdravje ne predloži novega zakona o bolnicah, dokler predhodno ne zasliši mnenja ankete, sestavljene iz Saveznega sveta in predstavnikov društva bolniških zdravnikov.

5. Na podlagi sklepa kongresa društva psihiatrov Kraljevine Jugoslavije zahteva kongres JLD, da se položaj zdravnikov psihiatrov regulira s posebnim pravilnikom v okvirju zakona o duševnih bolnicah.

Po sprejetju resolucij je predsednik dr. Stefanović zaključil kongres.

Za časa kongresa je bila v posebnih prostorih izložba jugoslovanske povojne medicinske literature (slovenskih medicinskih knjig in brošur ca 80).

4. septembra ob 9. uri zvečer je bil v veliki dvorani hotela Therapia slavnostni banket, ki ga je zdravnikom-udeležencem kongresa priredila zdraviliška komisija v Crikvenici obenem z mestno občino. Banketa se je udeležilo okrog 300 zdravnikov in drugih gostov. Na banketu so govorili mestni župan, dalje dr. Sobol, ki je kot predsednik zdraviliške komisije velezaslužen za dobro organizacijo kongresa, v imenu JLD predsednik dr. Stefanović, dalje predstavnik zdravnikov mesta Crikvenice, a v imenu Slovencev g. dr. Dereani, katerega krasni latinski govor so udeleženci kongresa napeto poslušali in burno aklamirali.

V torek dne 5. IX. je priredilo mesto Crikvenica brezplačen celodnevni izlet na parniku okrog otoka Krka s pristajanjem v Baški, Krku, Malinski, Omišlju in Kraljevici. Izleta se je udeležilo veliko število zdravnikov.

Kongres v Crikvenici je zelo dobro uspel: Bil je na višini g'ede organizacije, na programu so bile zanimive teme, udeležba od strani zdravnikov je bila zadovoljiva. Od strani mesta Crikvenica in Zdraviliške komisije je bilo podvzeto vse, da bi bilo zdravnikom bivanje v Crikvenici čim prijetnejše, kar je tudi uspelo, tako da je vsakdo po kongresu le nerad zapustil gostoljubno "ubavo" Crikvenico in v duhu obljubljal, da jo zopet obiše.

Dr. V. Meršol.

**Jugoslovansko ftizeološko društvo.** Dne 1. oktobra t. l. se je vršil v Beogradu ustanovni občni zbor J. F. D. Sprejela so se pravila v definitivni obliki. Odbor, ki je bil izvoljen, sestavijo sledeči gospodje:

Predsednik: prof. dr. Radosavljević,

Podpredsedniki: dr. Nemanić, doc. Matko in dr. Kušan;

Tajnik: doc. dr. Spužić;

Odborniki: prof. Čepulić, dr. Vračević, dr. Tomašić, dr. Čirić, dr. Neubauer; namestniki: dr. Okokolukak, dr. Dujmušić, dr. Samardžija.

Nadzorni odbor: predsednik: dr. Savić, člani: dr. Delić in dr. Debevec.

Po pravilih se sprejemajo v društvo vsi specialisti ftizeologi, ne-ftizeologi tudi, toda s priporočilom dveh članov ftizeologov. Članarina je določena na din 60.—

Vabimo gg. kolege, da v čim večjem številu pristopijo društvu, ki mu pripade v borbi proti tuberkulozi v naši državi, kakor tudi pri znanstvenih raziskavanjih na tem polju zelo važna naloga.

Na občnem zboru J. F. D. se je tudi dosegel sporazum glede **kongresa**, ki ga priredita jugoslovanska profittuberkulozna liga skupaj z J. F. D. **od dne 10. do 13. maja 1934.** Radi 25 letnice najstarejšega jugoslovanskega zdravilišča za bolne na pljučih na Brestovcu se začne kongres dne 10. maja v Zagrebu oz. na Brestovcu. Nadaljuje se potem drugi in tretji dan v Ljubljani ter zaključi dne 13. v Topolšici.

Natančni spored prihodnjč.

Upravni odbor **Mednarodne unije proti tuberkulozi**, ki ji načeljuje sedaj prof. Nolan (Nizozemska), je imel dne 22. junija t. l. svojo letošnjo plenarnosejo. Seji so prisostvovali zastopniki 14 držav. Na njej sta bila določena čas in kraj prihodnjega kongresa Unije. Kongres se bo vršil dne 4. do 6. septembra 1934 v Varšavi.

Po pretresu vseh do takrat dospelih tem je upravni odbor sklenil, da stavi na dnevni red kongresa sledeče teme z sledečimi glavnimi referenti:

1. Biološka tema: Biološke variacije tuberkuloznega virusa, glavni referent prof. Karvancki (Poljska);

2. Klinična tema: Medikalne in kirurške oblike kostne tuberkuloze in njihovo zdravljenje, glavni referent prof. Puti (Italija);

3. Socialna tema: Dispanzer pri zdravljenju tuberkuloze, glavni referent prof. Leon Bernard (Francija).

Ob tej priliki bo imel g. John Kingsbury (Zed. države) predavanje o temi: Dopolnilne metode profittuberkulozne borbe v neki vasi, kjer je umrljivost za tuberkulozo majhna.

Po dosedanjem običaju bo določenih za vsako temo po 10 koreferentov in to iz vsake države članice Unije po eden.

Znanstvena seja je bila posvečena referatu g. dr. A. Saenz-a o tuberkulozni bacilemiji. Predavanju je sledila živahna in zanimiva diskusija, katere so se udeležili med drugimi gg. prof. Leon Bernard (Paris), prof. Vallis (Grška), prof. Bezancon (Paris) ter docent dr. Levrem Nedeljković (Beograd).

## VPRAŠANJA IN ODGOVORI

K vprašanju št. 10: Katera je najboljša novodobna metoda za določevanje krvnega sladkorja, ki bi prišla v poštev za praktičnega zdravnika?

Odgovor: Mikrometoda po Hagedorn-Jensen-u kakor tudi ona po Kowarski-ju so bolj primerne za manjše zavode, za praktičnega zdravnika pa pridejo manj v poštev.

Temu bi na podlagi lastnihkušenj mogel priporočiti le kolorimetrično metodo, ki je zelo enostavna in zahteva le par minut časa, pri tem pa je dovolj precizna. To je metoda po Crecelius-Seifert-u. Tvrška Zeiss je izdelala v to svrhu kolorimeter, ki stane ca. RM 40,—, pri nas nekaj nad 1000,— Din, navodila so priložena. (Zeiss-ovo zastopstvo: M. Pavlović, Beograd, Mil. Draškovića ul. 9.) Asist. Dr. H. Lutman, Maribor.

## IZ MEDICINSKIH ČASOPISOV

### Medicinski pregled (Juni 1933).

K. Šahović i V. Kušar (patološki zavod beogradskega vseučilišča): Prilog izučavanju Langerhans-ovih ostrvaca u pankreasu sa ili bez anatomopatoloških promena. Eksperimentalno sta pisca članka ugotovila, da se eksokrini del pankreasa lahko pretvori v endokrini negain sicer pri normalnem kakor tudi patološko spremenjenemu pankreasu. Langerhansovi oločki nastajajo najpogosteje iz epitelijalnih stanic ekskretorni cevi, zelo redko iz acinoznih stanic in to tekom celega življenja.

Dr. Čedomil Plavšić (asistent int. propedeut. klinike v Beogradu): Študija o žuči i njezinim sastojcima. III. saopštenje: Ostale osobine žuči. Posledice dugotrajnog odvodjenja žuči. Članek prav zanimive vsebine, ki zasluži, da se celega prečita.

Katarina Ribkin: Izveštaj o radu centralnog rentgenološkog instituta u Zagrebu 1932. V uvodu povdarja prof. Dr. Popović potrebo dobre vzgoje naraščaja za profesorske stolice naših univerz. Na podlagi statističnih tabel podaja avtorica pregled dela na omenjenemu zavodu. Število bolnikov je znašalo l. 1932 preko 11.500. Sledi alfabetski pregled vseh jugoslovenskih znanstvenih del, ki so bila publicirana l. 1932.

Docent Dr. Vl. Spužić (int. klinika beogradske univerze): Seroterapija u putridnim pljučnim apscesima. Terapija pljučnih abscesov prehaja čimdalje bolj v kirurško domeno. Kljub temu je potrebno poprej poiskusiiti medikamentozno zdravljenje. Arsenobenzol in emelin sta znana in priznana, deljeno pa je mišljenje glede vrednosti seroterapije. Pisec je imel s seroterapijo prav lep uspeh pri abscesu, kjer so bili v izpljunku najdene spirile, bacillus fusiformis in perfringens.

### Medicinski pregled (Juli 1933).

Pitović Dimitrije, stud. med. (institut za radij med. fakult. v Beogradu): Auto-histo-radiografija sa složenim radioaktivnim telima. Radioaktivna telesa imajo svojstvo, da dajejo na fotografski plošči sence, ako se nahajajo v njeni bližini. In na tem dejstvu bazira auto-histo-radiografija. Njen osnivač je bil Curie l. 1904 in skoro ob istem času sta delala poskuse Bouchard in Baltazard. Avtor si je zastavil nalogo dognati, kako in kje se fiksirajo radioaktivna telesa (Ra, Th in Po) v organizmu. Eksperimente je delal na žabeh, katerim so bile vbrizgane radioaktivne snovi v Ringerjevi rastopini. Takoj po aplikaciji je večji del radioaktivne snovi fiksiran v jetrih in vrenicah in je ostala fiksirana še po 24 urah, ter se le počasi izločuje — se torej akumulira. V tkivu nastanejo patološke spremembe, poškodovan je endotel krvnih žil, nastopajo krvavitve. Opažena je parenhimalna in hijalna degeneracija skeletne miškulature. Radioaktivna telesa niso fiksirana kot pojedini ioni in atomi, temveč v grupi atomov.

Dr. St. Dedić (rentg. laboratorij int. propedeutične klinike v Beogradu): Upravno merenje aorte. Dasiravno je še skoraj povsod uzuelno indirektno merjenje aorte to je merjenje po artodiagramu, ker je lahko, avtor vendar priporoča klasično metodo po Holzknechtu in Kreuzfuchsju. Imá sicer tudi svoje senčne strani, vendar se pa na njene mere lahko povsem zanesemo.

Dr. Milivoj Sarvan: Lečenje akutnih poremečaja ishrane dojenčeta u praksi. Dispepsija in intoksikacija. Motnje v prehrani dojenčka so prav pogosti pojav. Pisec obravnava terapijo akutnih motenj z diarejami in sicer dispepsije kot lažjega in intoksikacije kot težkega obolenja dojenčka. Glavni znaki dispepsije: diareje, bruhanje, povišana temperatura, izguba na teži; vsi ti simptomi v težji obliki postoje tudi pri intoksikaciji. Izguba tekočine vsled diarej nadoknadimo z lahkim ruskim čajem, ki ga dajemo dojenčku, pri intoksikaciji so potrebne infuzije Ringerjeve raztopine. Važen je post, ki pri intoksikaciji traja do 48 ur. Kot hrana je najbolje materino mleko, ki ga je treba točno dozirati. Proti temperaturi ovilke, ne antipireze! Pri kolapsu frotiranje, subkutano coffein.

V. Jakovljevič i D. Mikić (kirurški oddelek drž. bolnice v Novem Sadu): Tri slučaja akutne nekroze pankreasa. Autorja opisujeta 3 slučaje akutne nekroze pankreasa, kjer je bilo šele po laparatomiji mogoče postaviti pravilno diagnozo. Prvi je bil pripeljan v bolnico s simptomi želodčnega čira, ostala dva sta kazala znake paraličnega ileusa z peritonitido. Pri prvem po operaciji ozdravljenje, drugi exitus, tretji ima po 6 mesecih fistulo.

## NOVE KNJIGE

Dr. I. Matko: Perkusija in avskultacija I. del. Perkusija ali poklep. Zal. Tiskarna Merkur — Ljubljana. 408 str., 268 slik, cena 150 Din. vez. izvodu.

Pred nami leži prva knjiga o klinični medicini v slovenskem jeziku. Tak dogodek ne sme iti mimo nas, ne da bi našel globljega odziva, obenem pa nam nalaga dolžnost, da se s knjigo podrobno bavimo, da se ne zadovoljimo s sumarično pohvalo, temveč da skušamo priti delu z objektivno kritiko do dna.

Predvsem pa naj bodi povedano: knjiga je znak izrednega poguma, ki ga je pokazal avtor, da je vkljub vsemu pesimizmu, ki vlada danes — ne samo na slovenskem — knjižnem trgu, izdal knjigo tega obsega in to še povrh v slovenskem jeziku.

Poguma pa je bilo treba tudi za izbiro teme. Danes v času mehanizacije medicine, ko marsikateri zdravnik misli, da sploh ne more ordinirati brez rentgena in pol tucata drugih aparatov, danes se bo morda temu ali onemu zlela snov zastarela. Toda ravno v tej izbiri leži ogromna zasluga avtorja. Kajti bolj kot kedaj poprej moramo z vsem poudarkom povedati, da ni diagnoze notranjih bolezni brez fundamentalnega obvladanja perkusije, avskultacije, inšpekcije in palpacije, teh stebrov notranje diagnostike.

Že bežen pregled vsebine pa nam dokazuje to-kar nam postaja pozneje, ko knjigo prečitamo, od strani do strani bolj jasno, — da je avtorjeva marljivost občudovanja vredna. Vsaj ga menda ni spisa, posebno v nemškem ali češkem medicinskem slovstvu o dijagnostiki notranjih obolenj, niti avtorja, ki bi bil kedaj pisal o tej temi, da ga nam doc. Matko v svoji knjigi ne bi navedel. V tem oziru je knjiga skoraj leksikon tkzv. fizikalnih preskovalnih metod.

Pa še v nekem drugem oziru je avtor imel celo namen, podati nam nekaj leksikonu podobnega. Mislim na slovensko klinično-medicinsko terminologijo, ki jo že toliko časa pogrešamo. Imamo sicer sijajno anatomsko-fiziološko terminologijo prof. Plečnika, klinične izraze pa si je v splošnem koval vsak sam. Doc. Matko je s to svojo knjigo sedaj ustvarjal podlago za tako terminologijo. Nadaljno delo na tem polju pa je še posebno olajšal s tem, da je vsakemu slovenskemu izrazu — pod črto — dodal izraze v vseh drugih slovanskih jezikih poleg nemške in večinoma tudi francoske ter sempatja celo angleške označbe. Slejkoprej bo nujno potreben medicinski slovar, ki na lahko pregleden način prinese vse važne izraze iz vseh panog zdravilstva. Referent pa je mnenja, da bi se to delo čimpreje začelo najbolje s pomočjo javne ankete v Z. v. Vse najboljše izraze

bi potem posebna komisija strokovnjakov (zdravnikov in filologov) izbirala in v obliki slovarčka objavila.

Zakaj marsikateri izraz, ki se danes še rabi in ki ga prinese v svoji knjigi tudi doc. Matko, se mi še ne zdi dovolj utrjen za splošno rabo. Tako n. pr. avtor gotovo sam ni posebno zadovoljen z izrazi kakor „zračnost (vdušnost) prsnjaka“ za pneumotoraks, drugače ne bi dosledno rabil tujega izraza. Sličnih pojavov pa je več, kar — pa naj bo tukaj še enkrat povedano, — ne more zmanjšati izredne zasluge, ki si jo je dr. Matko pridobil s svojo terminologijo.

Poglejmo sedaj bogato vsebino knjige! Po uvodnih besedah predsednika ljubljanske osrednje profiltuberk. lige, ki je izdajanje knjige denarno podpirala s prispevkom za klišeje ter predgovoru avtorja sledi poglavje o „zgodovinskem razvoju perkusije in avskultacije“. Kratke biografske podatke o pionirjih na tem polju bo z veseljem pozdravil vsak, ki se malo zanima za zgodovinski razvoj naše vede.

Nato sledijo „vrste poklepa“, „poklepni pripomočki“ ter „tehnika poklepa“. Že preje omenjeno dejstvo, da je avtor navedel vse, karkoli je bilo kedaj napisano o tej temi, bo kakor je tudi zanimivo za strokovnjaka — vendar-le neizvežbanemu medicinu in mlademu zdravniku, za katere je knjiga gotovo tudi namenjena, malo zmedlo pregled. Morda bi bilo tu praktičnejše, — ako je hotel avtor obdržati vse —, manj važne stvari kot take označiti z manjšim tiskom, najvažnejše pa posebno podčrtati. Na ta način bi bilo ustrezno vsem. Prav gotovo pa ne more nihče zanikati, da spadajo nekateri načini perkusije že v zgodovino medicine, nekateri drugi zopet se do danes nikakor niso mogli praktično uveljaviti (n. pr. Grgurina).

Očitno preobširno je izpadlo tudi poglavje o „fizikalni podlagi poklepa in prisluškanja“, ki ga najdemo v vsaki boljši knjigi o fiziki.

Tembolj na mestu in intenzivnega študija vredna so poglavja, ki sedaj sledijo (VIII do XVI) in ki nas uvedejo v podrobnosti praktičnega izvedenotnja perkusijskih izvidov. Kajti tu leži jedro celega dela. Tehnika se, če sploh, nikdar popolnoma ne priuči iz knjige, razen tega v knjigi je to večkrat z vsem poudarkom povedano — enotne tehnike perkusije sploh ni. Od najmanjših, imponderabilnih podrobnosti subjektivnega značaja so često odvisne odločilne razlike v dobljenih izvidih. Koliko in kaj smemo od perkusijskega izvida prevzeti kot gotovo dejstvo v našo diagnozo, to se je treba zopet in zopet učiti. Tu ne bi vedel boljšega vodiča kot Matkovo knjigo in tu je izobilje blagoslov. (Gl. n. pr. izredno podučne skice na strani 164 in mnogo, mnogo drugega).

Da najdemo med omenjenimi poglavji enega in — mislim — celo najobširnejšega o poklepu pljučnih konic, morda ni čisto v skladu z novejšimi dognanji o ftizeogenezi, ki so pomen pljučne konice vendar-le znatno omejila. Iz stališča praktične vporabljenosti bi mogli ugovarjati tudi še kaki drugi metodi, kakor n. pr. od večine internistov skoraj že zapuščeni „menji zvoka“, s katero se avtor opetovano in extenso bavi. Tudi tukaj bi morda bilo priporočljiva ločitev važnega od manj važnega, samo zavoljo popolnosti prevzetega.

Med raznimi patološkimi stanji, ki se z izredno temeljitostjo navajajo, pogrešamo jasno besedo o pomenu gotovih terapijskih metod tkzv. kolaps-terapije, ki običajno povzročajo bistveno spremembo perkulornega izvida in so v stanju voditi ne posebno izvežbanega zdravnika v zmoto (operacije frenika, umetni pneumotoraks).

Z XVIII. poglavjem začne takorekoč drugi del knjige. V njem avtor — kakor v predgovoru pravi — namenoma prekorači okvir razprave o preiskovalnih metodah, podati nam hoče obsežno klinično propedeutiko. Kakor je ta namera sama na sebi hvale vredna in bi odgovarjala splošni potrebi, se hoče objektivnemu čitatelju dozdevati, da bi bila druga razdelitev knjige morda bolj in tudi bolj upravičena.

Obravnavati posamezne bolezenske slike samo s stališča perkusije je nemogoče. To avtor tudi sam vidi in je prisiljen pomagati si s krajkimi podatki o avskultatornih, pa tudi laboratorijskih in celó rentgenoloških metodah preiskave dotične bolezni. Morda bi



bilo vendar-le bolje, najpreje obravnavati avskultacijo in potem v drugi knjigi propdevtiko notranjih bolezni ali celo njihovo kliniko. Naj bi bile te dobromišljene besede namenjene za drugo izdajo, ki jo delu toplo želimo.

Po teh splošnih predpostavkah pa lahko rečemo, da so posamezna poglavja o bolezenskih slikah jako dobra, kar velja posebno za tako važne bolezni kakor so to obolenja pleure in razne oblike pljučnice. Gotova redka obolenja manjše praktične važnosti pa so dobila primerno manjši prostor, posebne redkosti kot hernia diaphragm. bi se lahko še krajše obravnale.

Posebno pozornost zasluži gotovo poglavje o jetiki pljuč. Za njega velja v posebni meri, kar smo gori omenili. Nemogoče je obravnati tuberkulozo pljuč, ne da bi se p-eje bavili prav s vsemi preiskovalnimi metodami, najmanje pa z avskultacijo, ki je v svojem pomenu zaenkrat brezdvomno silno prikrajšana. Vendar pa o tem v pričakovanju druge knjige sploh ne bi govorili, ako ne bi izgledalo po gotovih znakih (na pr. poglavje o „spoznavi nejasnih zamolklin nad pljuči, zlasti nad konico“), da je poglavje mišljeno definitivno. Še enkrat pa bi hotel tu poudariti, da ne smemo diagnoze pljučne konice postaviti v ospredje, ker mora enkrat za vselej veljati zlogalsni „apicitis“ naša energična borba.

V obširnem in zelo lepem XVIII poglavju obravnava avtor nato „poklep srca“, z vsnjemu lasno temeljitostjo. O tem poglavju velja v polni meri vse to, kar smo omenili o poglavjih VIII do XVI. Zasluži polno pozornost in intenzivni študij.

Zanimiva izvajanja o poklepu trebušnih organov — ter radi popolnosti — lobanje zaključijo knjigo, ki se odlikuje še preko posebno po svoji vzorni opremi.

Doc. Matko je s tem svojim delom podaril slovenski medicini knjigo, ki bo temeljni kamen vsega kar mora še slediti. Njej in njemu čestitamo!

R. Neubauer.

Dr. A. Radosavljevič: Absces in gangrena pluća sa 79 slika.

Izdanje Vojno-medicinske biblioteke — Beograd 1933. 125 str. Cena Dia 40.—  
Zanimanje zdravnika in socijologa, ki mora pri nas še vedno v največji meri veljati tuberkulozi pljuč, koristi čisto naravno študiju vseh drugih patoloških pojavov na respiracijskem traktu.

Med gotovo najzanimivejše in pred nedavnim še najmanje diagnosticirane bolezni pa spadata absces in gangrena pljuč, ki ju obravnava na podlagi razmeroma ogromnega materiala predvsem pa z izredno bogato osebno skušnjo predstojnik III. interne klinike beogradske univerze prof. A. Radosavljevič.

Knjižnica je vzor monografije, kakor bi se jih želeli prav mnogo. Izčrpno pa vendar brez vsakega balasa nam podaja avtor vse, kar nam je treba vedeti in kar je v svoji veliki praksi sam ugotovil o obeh boleznih. Etiologija, patogeneza, klinična slika, komplikacije, potek bolezni, diagnoza in prognoza, vse je v lepem, lahko čitljivem slogu podano kar najbolj pregledno.

Terapija obeh sorodnih bolezni obravnava avtor skupno v obliki kratkih in jasnih smernic tako, da ostanejo vsakemu čitatelju že po prvem čitanju trajno v spominu.

Prav posebno pohvalno moramo omeniti nesorazmerno veliko število slik. Anatomske in histološke slike so skozi prav odlične, rentgenogrami večinoma jako dobri, samo prvi eni ali drugi bi si želeli malo jasnejšo reprodukcijo. Vse slike skupaj predstavljajo pravi mali atlas o obeh boleznih.

Ko knjigo vsem, pa prav vsem kolegom najtopleje priporočamo, bi hoteli vseeno izraziti svojo obžalovanje, da ni tiskana v latinici, kar bi vsekakor pospešilo njeno razširjenje.

R. Neubauer.

H. Ulrici: Diagnostik und Therapie der Lungen- und Kehlkopftuberkulose Verlag. J. Springer, Berlin 1933.

Kdor zasleduje sodobno slovstvo o tuberkulozi, bo mogel z zadovoljstvom ugotoviti, da dokazuje veliko število res dobrih učnih knjig in monografij vseh jezikov na tem polju rastoče zanimanje širokih krogov zdravnikov za probleme te bolezni. Med vsemi

sličnimi deli pa zasluži našo posebno pozornost knjiga enega izmed prvih nemških fizio-  
logov dr. H. Ulrici-a.

Da uživa avtor po vsej pravici najodličnejši sloves daleč preko mej svoje ožje do-  
movine, nam zopet dokaže s svojo knjigo, ki leži pred nami v 2. izdaji. Ta knjiga je pa  
več kot samo predelava v marsičem že zastarele prve izdaje. Vsak odstavek, da celó  
vsak stavek nam pokaže stremiljenje avtorja, da nam poda sliko o najnovejšem stanju  
našega znanja o patogenezi, kliniki in terapiji tuberkuloze pljuč in grla.

Praktični zdravnik ne bo iskal zaman niti enega odgovora na probleme, ki mu jih  
stavlja dan za dnem ta toliko razširjena, pa žal še vedno mnogo premalo znana bolezen.  
Patogeneza in patol. anatomija tuberkuloze odraslega in otroka, preiskovalne metode,  
rentgenologija, bakteriologija, klinika, diferencijalna diagnoza, terapija s posebnim ozirom  
na kolaps-terapijo, komplikacije pljučne tuberkuloze, tuberkuloza kot socialna bolezen,  
to so naslovi glavnih poglavij, ki brez vsega nepotrebnega balasta v jasnem, lahko čit-  
ljivem slogu prinašajo izredno mnogo. V knjigi bo tudi strokovni zdravnik našel mnogo  
zanimivega. Pravi zaklad lepih slik (269 po številu) — večina sama rentgenogramov — še  
olajša razumevanje povedanega.

Kratko: Ne poznam novejše knjige o tuberkulozi, ki bi jo z mirnejšo vestjo in več-  
jim veseljem dal vsakemu zdravniku v roke. Oprema knjige je odlična.

R. Neubauer.

Dr. Julius Weiss: Seminar der gesamten praktischen Physi-  
kotherapie S 158. Vlg. Ferd. Enke, Stuttgart, broš. RM 6'40, vez. 7'70.

Danes postaja fizikalna terapija važna pomožna veda že za vsakega praktikusa.  
Saj vidimo že skoro v vsaki ambulanci višinsko solace, visokofrekvenčne in druge slične  
aparate. Zatorej bo ta knjiga dobrodošla vsakemu praktičnemu zdravniku, ki se peča s  
fizikalno terapijo. V njej bo dobil nazorno opisan instrumentarij in njega uporabo. Po-  
sebnost obširno se bavi pisatelj z elektroterapijo, ki gotovo nudi največ težkoč. Zelo dobro  
so obdelana poglavja hidro-termo-helio- in mehanoterapije. Lažje umljivo napravijo vse-  
bino številne, lepe slike. Knjigo lahko toplo priporočamo.

A. Simoniti.

## REFERATI

St. Puglisi - Allegra - Messina: Patognomonični znak za čire  
želodca in dvanajstnika. Policl. Sez. prof. 40/33.

Po osemletni kontroli na 500 slučajih opiše avtor znak, ki je baje absolutno za-  
nesljliv. Ako namreč pritisnemo tangencialno na rebri lok, tedaj čuti bolnik v približno  
za dinarski novč velik con izrazite bolečine. To cono najdemo pri čirih dvanajstnika v  
desni mamilarni črti, v desni parasternalni črti pri čirih pilora, v levi parasternalni pri čir-  
ih male kurvature. Znak manjka baje samo pri zelo površnih in malih ulceracijah sluznice.

K. Mumme — Hamburg: K prognozi pleuritis exudativa idiopa-  
thica (Iz seje zdravniškega društva Hamburg ref. po M. med. Wchfl.)

Avtor je zasledoval usodo 184 (od 216) bolnikov interne klinike, ki so se tam zdra-  
vili s pl. ex. Kakor znano je etiologija skoraj vedno tuberkulozna, kar potrjuje tudi na-  
daljna usoda bolnikov. Od teh je namreč 31% obolel večinoma že v prvem letu za eks-  
trapulmon. formami tuberkuloze. Avtor je mnenja, da ima ta bolezen raje slabo kot  
dobro prognozo. Glede terapije je ekspektativna najbolj priporočljiva. Le pri manifestnih  
pljučnih ognjiščih kaže pravočasno napraviti umetni pneumotoraks.

Guthmann-Stähler: Rentgenološko prikazanje drobne strukture maternične dupline Fortschr. Rtgstr. 47/2.

Avtorja sta poiskusila uporabiti metodo reliefne diagnostike želodčne sluznice za rentgenologijo maternice. Rabila sta zato preparat fe. Heyden, ki je podoben Umbrothoru ter mešan z glukozo. Maternica se napolni s pomočjo posebno skonstruirane zonde ter bimanuelne masaže. Slika se najbolje na film, ki ga v specijelni kaseli uvedemo v rektum. Patološke spremembe se dokumentirajo na sličen način kakor pri rentgenogramih intestinalnega trakta.

F. Winkler, Wien: Akinetični učinek eupaverin-a Med. Klin. 3/33

Vpliv eupaverina na spasme gladkega mišičevja je znan. Avtor pa je preiskal, čemu nima preparat morda sličen vpliv tudi na prečnoprogaste mišice. Pri tem je mogel kmalu pokazati, da je dejansko n. pr. energija, s katero se sklepa pesti, po injekciji eup. manjša. Nadalje je bil eup. koristen tudi pri krčih meče (crampi). Bolniki, ki pogosto trpijo za temi napadi, so prejeli profilaktično supos. Eupaverin-a. Še učinkovitejša je bila kombinacija eupaverina, atropin, methylbrom. ter dimethylaminophenazon, ki jo izdeluje fa. Merck pod imenom eupaco v obliki tablet in supositorijev. En eupaco-supos. zvečer prepreči baje s sigurnostjo krče, kakor tudi bolečine v mečah ali nožnih sklepih starih ljudi. Eupaco pa se je pokazal kot izboren antispasmodicum tudi v terapiji postencefalitičnega parkinsonizma ter se je obnesel tudi pri zdravljenju neutešljivega kašlja, aortalgijah ter v zvezi s teobrominom celo pri migreni.

P. Müller-K. Livadas, Bamberg: O zdravljenju Basedowove bolezni z jodom in arsenom. M. med. Wchft. 38/33.

Kombinacija arsena z jodom (običajno 2x0,5 kal. jod. ter 2x5 kapljic Sol. Fowleri na dan) je avtorjem dala odlične rezultate pri zdravljenju Basedowove bolezni in to celo v slučajih kome pri tej bolezni. Uspeh nastopi baje nepričakovano naglo in sigurno.

Laubernihal-Bonn: K zdravljenju miastenije z Harminom. Psych. neur. Wchschrft. 3/33.

V zvezi z opazovanji Beringerja in Wilmannsa opisuje avtor slučaj miastenične paralize, ki ga je zdravil z harminom. Iz njegovih izvajanj izhaja, da je preparat ugodno vplival na subjektivne in objektivne bolezenske pojave. To zdravljenje je povzročilo ali vsaj pospešilo remisijo, vsled česar se pri tej prognostično tako slabih bolezni priporoča vedno poskus z Harminom.

U. Rebaudi, Genua: Nova profilaktična metoda proti intolerance napram salvarsanu. Riforma med. 49/33.

Intoleranca napram salvarsanu nikakor ni posebno redka. Zato je bila dana potreba za sredstvo, s katerim bi bilo mogoče preprečiti te nevarne incidente. Avtor misli, da je sredstvo našel vaminskih kislinah jeter, ki se dobijo danes že v ampulah kot „Hepatomin Piam“. Salvarsan se raztopi — mesto v vodi — v 1—2 ampulah tega sredstva. Injicira se intravenozno, pa zelo počasi. Slično samo v manjši meri vplivajo tudiaminske kisline iz mozgan ter iz hrbnega mozga.

G. Hopf, München: Skušnje z ephedralinom pri zdravljenju pojavov prevelike občutljivosti (Ueberempfindlichkeit). M. med. Wchft 7/33.

Avtor opisuje učinek ephederalina Merck, ki vsebuje v 1 ccm. 0,03 g. ephetonina ter 0,0003 paranephrina. Avtor ga je uporabil predvsem pri številnih slučajih kolapsa po injekciji salvarsana. Injicira preparat subkutano. Pri slučajih, pri katerih se je moglo pričakovati pojavu preobčutljivosti napram salvarsanam je avtor dal ephedr. 5 minut pred injekcijo salvarsana. V vseh slučajih so postali bolniki neobčutljivi in zdravljenje se je moglo nadaljevati brez težkoč. Dobro vpliva preparat tudi na dermatitis po salvarsanu. Obnesel se je pa tudi pri slučaju hyperemesis gravidarum ter pri kolapsu razne geneze.

L. Ciarrocchi, Roma: O terapiji psoriasis z lasnimi in tujimi luskinami. Tehniko tega zdravljenja, ki ga je prvi priporočal Toma, je avtor poenostavil. Od kože bolnika se vsakih 8—15 dni strgajo luskinе, ki se potem v možnarju zmeljejo

v droben prah. 10 0,08 gr. tega prahu se daje na 8 ccm. vode, ki vsebuje 0,5% formola. Čevke s to emulsijsko se dobro zmešajo ter postavijo poleg zaprte v termostati, kjer ostanejo en teden pri 37° (med tem treba večkrat dobro zmešati). Po tem pridejo za eno uro v vodno kopej pri 58° ter v ledenico. To se ponavlja dva dni zaporedoma. Raztopina je nato gotova za injekcijo, ki se vrši intraglutealno vsak drugi dan. Reakcije so baje zelo blage, bolečine malenkostne, uspehi prav dobri.

**Korach, Hamburg:** O epilepsia vertiginosa in njenemu zdravljenju s prominalom. Fortschr. Ther. 24/32.

Avtor najprej opisuje že od Trousseau-a opazovane napade vrtoglavosti pri epilepsiji. Te pojave je avtor zdravil s prominalom, preparatom fe. Merck in Bayer-Leverkusen. Kemično je soroden luminalu, toda razlikuje se od tega po svojem izrazito anti-epileptičnem učinku, medtem ko v malih dozah skoraj sploh ne vpliva hipnotično. Posamezna doza je 0,1, dnevna nikdar čez 0,5. Pri ne preveč zastaranih slučajih zadostuje zdravljenje skozi 4-6 tednov. Kakor luminal se tudi ta preparat ne sme naenkrat opustiti, temveč ga je treba polagoma reducirati. Vsekakor predstavlja epileptična vrtoglavost eno najlažjih form te bolezni ter ima popolnoma dobro prognozo. Avtor svari pred prevelikimi dozami, ker se poslabša bolezen v tem momentu, ko pride do izrazito hipnotičnega učinka.

R. N.

## DROBNE NOVICE

**V Mandžuriji** zopet divja kuga (pljučna in hubonska). Kriva epidemije je najbrže trgovina s kožami. Vlada je odredila stroge ukrepe, da se bolezen ne širi iz severa, kjer se je epidemija začela, na jug.

**Prof. Gg. Minot**, izumitelj jetrne terapije perniciozne anemije je prejel od kr. zdravniškega kolegija v Londonu zlato Maxonovo kolajno.

**Direktorju javne higijene v Le Havre** se je posrečila dresura mačk za lov na podgane. Na ta način je mogel baje v kratkem skorajda iztrebiti podgane v tem pristaniškem mestu.

**V Tripolis-u** so otvorili veliko bolnico za tuberkulozne z 750 posteljami.

Letos je poteklo **ravno 200 let** odkar je **anglež Hales**, po poklicu duhovnik, prvič objavil v knjigi „*Statistical Essays*“ svoje poskuse o merjenju krvnega tlaka.

Tudi v **Franciji** so **akademični poklici obupno prenapolnjeni**. Neumesno in smešno častihlepe staršev, ki hočejo imeti študiranege sina, je glavni vzrok, da šteje oficijelna statistika danes preko 85.000 dijakov srednjih in visokih šol (leta 1814 vsega 4.300). Najbolj natrpana je juridična fakulteta. Prav posebno obupne pa so razmere za dijakinje, ki ne vidijo pred seboj sploh nobene možnosti uveljavljati v šolah pridobijeno znanje v praktičnem poklicu. Pri medicini niso nič boljše razmere kot pri ostalih akademskih poklicih. Vendar pa je še vedno dejstvo, da so mala mesta in podeželje, prav posebno pa kolonije premalo preskrbljene z zdravniki. Zlasti slednje ne morejo privabiti zdravnikov, kar daje povod za predlog vladnih krogov, da bi se v kolonije poslali vsi oni zdravniki, ki so kot emigranti prišli v Francijo, kjer ne morejo otvoriti prakse. (Po Münchn. med. Wochschft. 38/35.)

**Umri:** v Hamburgu prof. dr. Friedr. Fülleborn, ravnatelj zavoda za tropske bolezni. V Berlinu znani urolog Maks Zondek.

Najkrasnejši kraj za jesenski dopust. Višinske kure, dijetne kure. Oddih. Sport. Cene 18 — 27 S. za stanovanje, normalno hrano in normalna zdravilna sredstva.

**KURHAUS SEMMERING**  
VIŠJI med. svetnik Dr. FRANC HANSY

**Prednaznanilo za „Farmaceutski godišnjak“.** Začetkom decembra t. l. bo izšel drugi letnik našega priročnika „Farmaceutski godišnjak“ za leto 1934 s povsem spremenjeno in izpopolnjeno vsebino. Tudi ta letnik bo sestavljen in obdelan z isto pozornostjo v vsakem oziru tako, da bo zopet mogel zadovoljiti vse interesente, kakor že prva izdaja leta 1933, ki je našla sijajen sprejem pri vseh strokovnjakih ter eno-  
dušno pohvalo celega našega strokovnega časopisja.

Razen lekarniških zakonskih predpisov, objavljenih tekom leta 1933, bo ta letnik vseboval tudi mnoge druge zakonske predpise, važne za lekarnarje in pripadnike sorodnih strok, nato pa organizacijo naše vojaške farmacije, popravljen seznam lekaren in lekarniških sodelavcev, seznam naših kopalšč, zdravilišč, zdravstvenih zavodov, ročnih lekaren zdravnikov in drogerij na drobno, nato recepte za humano in veterinarsko prakso, navodila za prvo pomoč v nezgodah, seznam novih reagensij itd. itd.

Posebno poglavje bo zopet določen za farmacevtska podjetja; v tem poglavju bomo prinesli razvoj naše farmacevtske trgovine in industrije v zadnjih 2 do 3 letih, pa ravnotako podatke o novih podjetjih in o onih, ki lani niso bila uvrščena.

Prosimo, da se pošljejo event. predlogi, pripombe in želje uredništvu najkasneje do 15. novemb. a t. l. Do tega roka sprejmemo tudi oglase.

Cena „Farmaceutskega godišnjaka“ za leto 1934 bo znatno znižana, kar bo njegovo razširjenje med lekarnarje, drogiste, zdravnike itd. samo pospešilo.

Pripominjamo, da se preostali izvodi „Farm. godišnjaka“ za leto 1933 še lahko dobijo za ceno din 60— Dijaki plačajo za isti letnik samo Din 40—

Uredništvo in uprava „Farmac. godišnjaka“ Zagreb, Medveščak 14/II.

Kakor vsako leto priredi **Sredozemsko zdravniško društvo** o Božiču in po Novem letu potovanja po francoski rivieri in v Francoske alpe. Potovanj se lahko udeležijo zdravniki in medicinci z družinami. Cena 1000 Fr. fr., plačljiva v mes. obrokih po 200 fr. Podrobna obvestila daje: Société médicale du Littoral méditerranéen à Nice — Francija.

## IZ UREDNIŠTVA

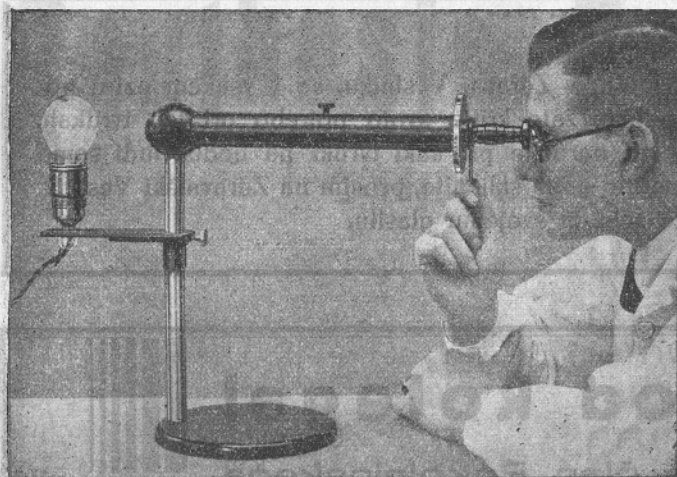
**Za tiskovni sklad Z. v. so prispevali:** Dr. Z. Fišer, Bled din 50—, dr. M. Černič, Maribor din 50—, dr. J. Peček, Brežice din 30—, dr. M. Muric, Beograd din 100—, prim. dr. Černič, Maribor din 50—, dr. J. Peček, Brežice din 30—, dr. E. Eržen, Kranj din. 150—.

### Prisrčna hvala!

Tovariši, prosim **javite vsako spremembo naslova takoj.** Zlasti pa prosim gg. **bolniške zdravnike**, da mi javijo svoj točen naslov, ker se je izkazalo, da se mnogo Vestnikov zgubi radi netočnega naslova. Kdor Z. v. redno ne sprejema, naj to javi upravi lista.

**Kolegi, ki hočejo kupiti ali prodati knjige, instrumente i. sl. naj se poslužujejo inseratnega dela Z. v. Računali jim bomo samo minimalne, dejanske režijske stroške.**

Urednik in izdajatelj: Dr. R. Neubauer — Golnik.  
Tiskarna „Sava“ d. d. v Kranju — Odgovoren: Nikola Stokanović, Kranj.



## ZEISS-ov krožni polarimeter.

Specijalen instrument na stebriču za bolnice in lekarne za določanje sladkorne koncentracije v diabetičnem urinu (določa tudi količino beljaka) ter sučnega kola, odn. koncentracije vseh oficinelnih optično aktivnih snovi. Trodelno, izredno občutljivo vidno polje. Bistveno zvišana svetloba optične opreme tako da je poleg električne svetlobe uporabna tudi natrijska celo v slučajih, kadar je bilo to doslej nemogoče. Nova uravnava okulerja in leč, s katerim čitamo rezultate. Obseg merjenja do 360°, točnost pri merjenju do 0.05°, ozir. 0'05%.

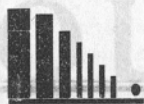
# ZEISS

Tiskovine brezplačno pri  
Carl Zeiss, Jena ali

M. Pavlović, zastop. za Jugoslavijo, Beograd, Sremska 9



# RENGTEN FILME



vse znamke  
vse velikosti  
(tudi mae 3x4 in 4x5 cm)  
vse kemikalije

potem vse kar  
spada k fotografiji v

Drogeriji Gregorič, Ljubljana, Prešernova ul. 5

## „SPHINX“

**Mr. Ph. JOSIP BEMSKI**

zastopstvo in skladišče farmacevtskih in sanitetnih potrebščin, elektromedicinskih aparatov za poskrbo bolnic in higijenskih ustanov.

**Zagreb I., Mesnička ulica 7.**

dobavlja vse sanitetne potrebščine za nego bolnikov.

**Z a h t e v a j t e p o n u d b e !**

## GOSPOD TOVARIŠ,

tvrdke, ki oglašujejo v Zdravn. Vestniku, so v vsakem oziru posebno priporočljive, zato krijte svojo potrebo pri teh tvrdkah.

Vedno pa, ko kaj naročite pri kaki tvrdki pa bodisi tudi samo vzorce in literature — se sklicujte, prosim na Zdravniški Vestnik.

S tem koristite sebi in svojemu glasilu.

## Gospod kolega!

Vi še niste član Pokojninskega sklada za zdravniške vdove in sirote?

Kdo nam bo pomagal, če si sami ne pomagamo?

Zato javite takoj svoj pristop in naslov

**Dr. E. DEREANI**

LJUBLJANA, KONGRESNI TRG ŠT. 14.

In priložite krstni, odn. poročni list.

## KOLEGI!

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

# Panthesin Balsam

odpravi bolečine  
in vnetja

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

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



Chemische Fabrik vorm. Sandoz, Basel, Švica

## POPOLNOMA JASNO

se pokaže zdravilni učinek:

analgelično in antipiretično pri prehlajenjih, angini, revmi, sploh pri bolečinah vsake etiologije, profilaktično in kupirajoče pri gripi:

# QUADRONAL

1—2 tableti 3—4 krat na dan. Quadronal

ima potencirani učinek fenildimetilpirazolona, fenacetina, laktofenitidina in kofeina.

Predpiše se: v notranji medicini, kirurgiji, ginekologiji (dismenorea, klimakterium) zobni medicini. — Tablete po 0,5 gr. v cevčicah po 10 in 20 in v kliničnih zavitkih.



Vzorci in literatura na željo.

Zavitki so v uporabi in v ceni jako ekonomični.

„ISIS“ — ZAGREB 169.



# Radio=Therma Laško

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

Rave

Br. 584

## VENUS

antikoncipiens in vaginalni desinficiens.

V vseh slučajih, kjer zdravnik ugotovi, da žena ne sme priti v drugi stan, bodo Venus-tablete najboljše in najsigurnejše odgovorjale.

Venus-tablete se odlikujejo po čistosti vsebine tako, da niti najmanje ne dražijo sluznice in niso škodljive za zdravje niti pri vsakodnevni rabi.

Učinek tablet temelji na jako izdatnem in hitrem, vprav burnem razvoju aktivnega kisika, čigar lastnosti so nam dobro znane.

Cena za bolnike: 6 tablet Din 15—, 12 tablet Din 20—

Vzorke pošiljamo na zahtevo brezplačno:

**Rave kemijsko-farmaceutsko d. d. Zagreb.**

Najnovije in največje medicinsko znanstveno delo v slovenskem jeziku.

Docent Dr. Ivan Matko:

## PERKUSIJA in AVSKULTACIJA

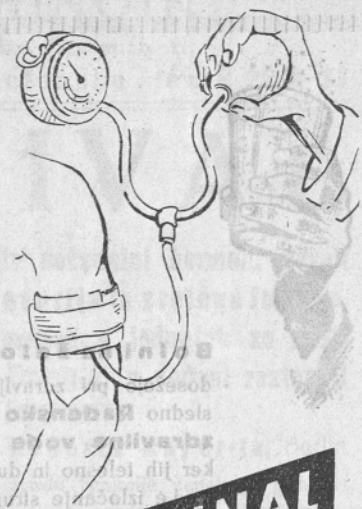
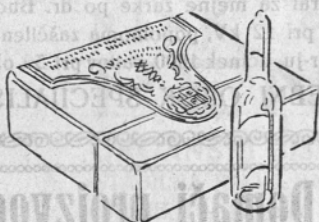
I. Del: Perkusija ali poklep.  
268 slik, 2 razpredelnici. Cena  
Din 150—

Glavno  
mesto, kjer  
deluje

**Salyrgan**

se nahaja v tkivu.  
Zato je diureza ta-  
ko močna in tole-  
ranca izvrstna.

ORIGINALNO PAKOVANJE:  
škafčica s 5 in 10 ampul. po 1  
ozioroma 2 ccm.



**THEOMINAL**

dominantni preparat za  
lečenje hipertonijske in  
spastične motnje v krv-  
nih žilah. Prepreči krče  
krvnih žil, izboljšuje ob-  
tok krvi skozi organe,  
regulira krvni tlak. Ubla-  
žuje očitno hitro in  
trajno subjektivne te-  
žave.

ORIGINALNO PAKOVANJE:

Cevi z 20 tablet. po 0,33 gr.

**Bayer-Meister Lucius**

**Leverkusen ob Ranu**

Zastopstvo: "JUGEFA" k. d. Zagreb, Gajeva ul. 32.



**Bolni na želodcu, ledvicah, črevesju in preosnovi** dosežejo pri zdravljenju izredne uspehe, ako pijejo redno in dosledno **Radensko zdravilno vodo**. **Uživanje Radenske zdravilne vode** pa je priporočljivo tudi **zdravim ljudem**, ker jih telesno in duševno osvežuje in krepi, istočasno pa **pospešuje izločanje strupenih snovi iz telesa**.

**JUGOSLAVENSKO SIEMENS D. D.**

oddelek za šibki tok

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

Tuto-Ventilheliodor z učinkom 150 mA pri 100 kV za röntgendiagnostiko kakor tudi za težke posnetke gibajočih se organov, kratki časi obsvetljanja pri veliki obtežbi cevi, tudi za površinsko terapijo prikladen. Aparat za mejne žarke po dr. Bucky-ju z velikim učinkom 25 mA pri 10 kV ali 20 mA pri 12 kV, popolnoma zaščiten proti visoki napetosti. Elchir-Thermofleuy po dr. Keysser-ju, učinek 1000 wattov pri 30 ohmih

**ZAHTEVAJTE PROSPEKTE ODN. OSEBNI OBISK SPECIJALISTA.**

**CHINOFERRIN** Domači proizvod

Vinum chinae ferratum cum  
et sine arseno

**Pilulae CHINOFERRINI**

cum arseno (00·1 pro dosi).

Preizkušeni domači preparati, cenejši od sličnih tu- in inozemskih proizvodov. Dobe se v vseh lekarnah. Gg. zdravnikom so vzorci brezplačno in frakno na razpolago.

Proizvaja: **Mr. Mirko Klešič**, Ijekarnik  
**SAMOBOR kraj Zagreba**

# SANABO - CHINOIN

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

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

## HOGIVAL

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

Zaloga pri „KAŠTEL“ d. d. Zagreb, Cankarova 28.

**TRIJE** „Kaštelovi preparati sigurno zdravijo **LUES**

## NEO-PENTABI

**PENTABI V POPOLNOMA BISTREM VEHIKLU**  
NAJIDEALNEJŠI BISMUTSKI ANTILUETIKUM.  
DOZIRANJE IN OPREMA KAKOR PRI PENTABI.

N I Z K A C E N A I

## PENTABI

ORGANSKI BISMUTSKI ANTILUETIKUM  
STABILNA RJAVA RAZTOPINA. ZA ENO Z RAV-  
LJENJE 10-12 ccm STEKL. z 15 IN 30 ccm.  
ŠKATLJICE Z 10×1 ccm.

## ALJODAN

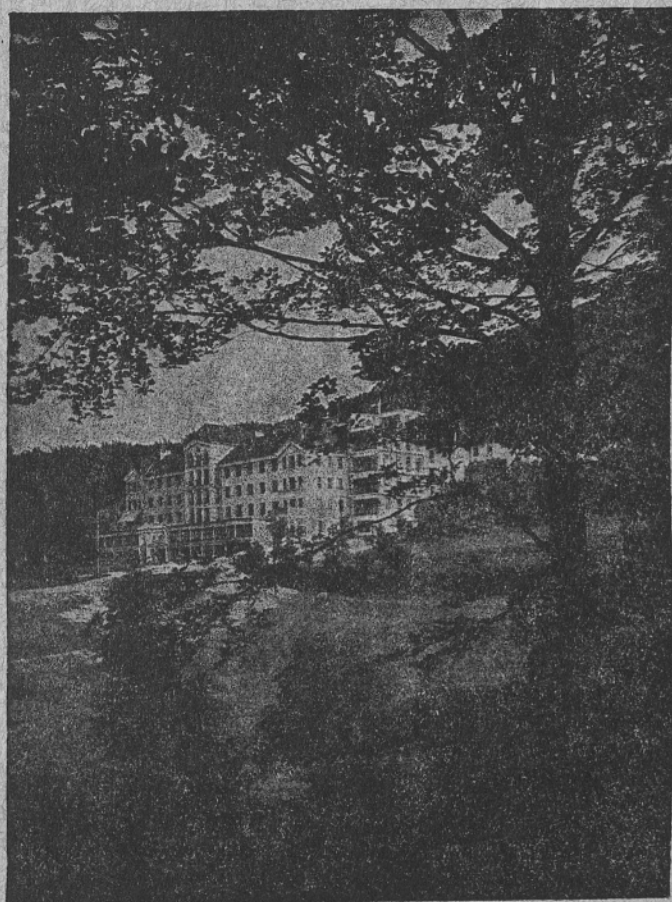
ORGANSKI LIPOTROPNI JOD V TABLETAH  
5×1-2 tabl. na dan. Orig. fiole z 10 in 20 tabl.

„KAŠTEL“ tovarna kemijsko-farmaceutskih proizvodov d. d. ZAGREB

---

---

# Zdravilišče Golnik



za bolne  
na pljučih.



Sprejem a  
odrasle bolni-  
ke (moške in  
ženske) s tu-  
berkulozopljuč  
in grla v še  
ozdravljivem  
stadiju.



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.

---

---