

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 animalisa in 0,20 g. Tanin. albuminat. Orig. škatlje po 50 tabl.

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

Magnocarbon „Kemika“ tablete s 0,025 g. Carbo animalisa 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. F. Göstl:	275
Dr. V. Meršol:	276
Dr. A. Simoniti:	284
Dr. V. Stacul:	289
Dr. Ljudevit Merčun:	295
Dr. R. Bassin:	300
Dr. Albert Trtnik:	304
J. Kallay - Ljubljana:	306
Iz zdravniških društev	306
Vprašanja in odgovori	308
Iz medicinskih časopisov	308
Nove knjige	314
Referati	317
Drobne novice	319
Iz uredništva	322

Tej številki sta priložena prospekta:

Tvrdke R. Dunod — Beograd, Bašvanska 6 ter tvrdke Mag. J. Hoffmann, Zagreb.

Rogaška Slatina

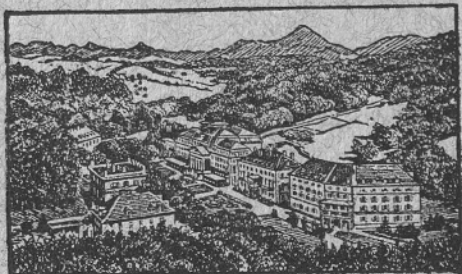
Zdravilišče želodca in
črevesja, jeter in žolčnega
mehurja (kamni), sladkorne
bolezni in protina poseduje

3

ZDRAVILNE
VRELCE:

„TEMPEL“
„STYRIA“
„DONAT“

PRIČETEK SEZONE:
1. MAJ



PYRIDIDIUM

(solnokisla sol phenylgazo- α - α -Diamino-pyridina).

bolečine ublažujoč
peroralen sečni
antiseptikum

3 krat dnevno
1—2 tableti

Originalne cevke s 12 tabl. po 0,1 g
Originalne stekl. s 25 tabl. po 0,1 g
Bolnički zavitek: stekl. z 100 tabl. po 0,1 g

Pyridium Corporation, New York

Alleinvertrieb:

G. F. Böhringer & Söhne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

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 motnjah prehrane 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.

Vzorci in literaturo pošilja:

Dr. A. WANDER d. d. Zagreb.

Protiv Kašlja

Dicodid-Tabletten «Knoll»

Kao sretstvo koje stišava kašalj i
dejstvuje sedativno, Dicodid «Knoll»
daleko je podesniji od Codaina.

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

Vrlo retko uzrokuje opstipaciju.



Dr. W. Knoll & Co. AG, U.S. Pat. 2.483.488

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, Ludwigschafen a. Rh.

Glavni zastupnik za Jugoslaviju:

Mr. Draško Vilfan, Zagreb, Ilica 204.

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA
V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO IN ADMINISTRACIJA: DR. R. NEUBAUER — GOLNIK

Štev. 8—9. 30. septembra 1935. Leto V.

† Dr. Vinko Gregorič.

(Prijatelju in kolegu v spomin.)

Po kratki bolezni je preminul 22. avgusta v Ljubljani primarij dr. Vinko Gregorič. Njegove zasluge za zdravniški stan so velike in neprecenljive. Ko je pred leti slavil svojo 70 letnico, smo mu izkazali svoje spoštovanje, priznanje in hvaležnost s tem, da smo kar najslovesnejše proslavili ta dan. V živem spominu so vsem kolegom in zato jih ni treba na drobno navajati. Bil je organizator zdravniškega stanu, ker je dobro vedel, da nas le skupna moč privede do veljave in do zmage naših opravičenih a žal le malo vpoštevanih teženj. Vedno in vedno je v svojih govorih naglašal potrebo organizacije, veljavo zdravniške zbornice (ki ga je izvolila v predsednika in pozneje mu podelila častno predsedništvo) kot naše zakonite zaščitnice. Njegovega treznega, a odločnega vodstva bomo zelo pogrešali.



Bil je dober kolega in zvest prijatelj, vselej vsakemu rad na uslugo. Bil je človekoljuben zdravnik, sočustvujoč z bolniki, katerim je rad s šaljivo besedo pomogel do dobre volje.

Udeleževal pa se je tudi z uspehom na socijalnem polju. Rojen Ljubljčan je zlasti ljubil svoje rodno mesto ter bil res vnet za njegov napredek. Njegova ideja in zasluga je moderni hotel z veliko koncertno dvorano („Union“); imel je v načrtu tudi moderno zimsko kopališče — ki pa se takrat žal ni izvedlo. Pridobil si je zasluge za tujski promet. Udeleževal se je v politiki s resnimi idejami in nasveti, — dasi ni stal v prvih vrstah. Mnogo važnega in dobrega je dosegel, obžaloval pa tudi, da dostikrat ni našel umevanja in podpore ter radi tega ni mogel uspeli z mnogimi svojih načrtov.

Možu nesebične delavnosti, pošlenega prpričanja in predvsem za čast in dobrobit zdravniškega stanu neumorno delavnemu kolegu ohranimo trajno vsi hvaležen spomin.

Dr. F. Göstl.

Glavni principi raziskavanja in zatiranja malarije s posebnim ozirom na dravsko banovino.

Dr. V. Meršol

Ena najvažnejših nalog zdravstvenega programa v naši državi je gotovo zatiranje malarije. Računa se, da v času sezone število na malariji bolnih na ozemlju Jugoslavije znaša približno en milijon. Že to visoko število je samo po sebi nekaj strašnega, še strašnejše pa je dejstvo, da je malarija kronična bolezen, ki traja v ugodnem času, ako se takoj spozna in začne sistematično zdravljenje, nekaj tednov ali mesecev. V slučaju pa, ako se sploh ne zdravi ali zdravi neredno in brez sistema, traja nekaj let. Mnogim pa je malarija celó neposredni ali posredni vzrok prerane smrti.

Malarija je v naši državi razširjena predvsem v vardarski, zetski in primorski banovini. V precejšnji meri vlada tudi v slavonskem in bosanskem Posavju ter okrog Donave in Tise. V omenjenih krajih je Ministrstvo za Socialno politiko in narodno zdravje izvršilo raznovrstne ukrepe, da se število na malariji obolelih zmanjša, da se bolniki pozdravijo in širjenje bolezni prepreči. Po zakonu o pobijanju malarije se deli država z ozirom na to bolezen na tri kategorije:

1. Zdravi kraji v katerih ni ne autohtone malarije ne anofelov.
2. Anofelične pokrajine, v katerih so anofeli, vendar ni endemične malarije.
3. Malarični kraji:

a) 1. vrste so oni, v katerih boluje najmanj 10% prebivalstva, ali oni, v katerih je ta odstotek manjši, toda je bolezen radi posebnega svojega značaja ali radi drugih krajevskih razmer občutno socialno in zdravstveno zlo.

b) 2. vrste, v katerih se pojavlja bolezen pod 10% ali se pobija tako uspešno, da ni resnejše socialno in zdravstveno zlo.

Kategoriziranje posameznih pokrajin vrši Ministrstvo za socialno politiko in narodno zdravje na predlog pristojnega higienskega zavoda.

Glede kategorizacije velja za najmanjšo edinico področje občine, ki se v tem pogledu ne sme deliti. Vendar se smejo glede na malo asanacijo in ostale ukrepe v področju občine posamezna malarična ognjišča krajevno označiti.

Ne veljajo za malarične oni kraji, v katerih se pojavljajo krajevne manjše epidemije po slučaju malarije, ki se je tja zanesla.

Kljub temu, da dravska banovina po tem zakonu v splošnem ne spada med malarične pokrajine, vendar imamo, kakor bodemo pozneje videli, dovolj vzrokov, da se z vprašanjem malarije pri nas malo obširnejše bavimo.

Pri raziskavanju malarije v nekem kraju se moramo predvsem držati določenega načrta. Kakor pri drugih nalezljivih boleznih, nam

mora biti tudi pri tako razširjeni malariji v prvi vrsti jasna njena epidemiologija t. j. znana nam morajo biti vsaj glavna dejstva in zakoni, ki upravljajo njen izbruh in širjenje. Nikdar ne smemo pozabili, da je vir novih infekcij pri malariji samo bolan človek. On je vzrok, da se anofeli okužijo. Okrog takega na malariji bolnega človeka se s pomočjo anofelov začno tvoriti malarična ognjišča. Najprej navadno zbole osebe iz iste ali sosednih hiš, („hišne epidemije“), čez par mesecev se bolezen razširi po celi ulici ali delu vasi.

Širjenje malarije pospešuje:

a) veliko število za malarijo sprejemljivih anofelov. Umevno je, da se komarji morejo razvijati samo v ugodnih razmerah, predvsem kar se tiče terena. Anofeli najboljše uspevajo v nizkih močvirnatih krajih, medtem ko bodemo redkokdaj našli pogoje za razvoj nekih vrst anofelov v visoko ležečih in suhih mestih. V tem oziru je pri nas zanimivo dejstvo, da se v nekaterih krajih vardarske banovine, v katerih vlada preko leta velika suša in ki leže relativno visoko nad morjem, kljub temu malarija v jeseni zelo razširi. Tu govorimo o tako imenovani „paradoksnii malariji“. Dalje je za razvoj anofelov kakor tudi parazitov v njih, ako so okuženi, potrebna zadostna toplota, zato se anofeli razvijajo najhitreje v toplih krajih. Znano je dejstvo, da je malarija predvsem bolezen vasi, ker tam anofeli najdejo najugodnejše pogoje za razvoj. V večjih mestih obole večinoma samo prebivalci periferije, ker v sredini mesta ni potrebnih predpogojev za dobro razvijanje anofelov. Seveda lahko obole tudi meščani iz centra mesta, ako se zvečer ali v noči nahajajo na periferiji mesta ali pa na vasi, kjer se okužijo.

b) čim večje število klicenoscev t. j. oseb, ki so bolne na malariji in pri katerih se nahajajo malarični paraziti v periferni krvi.

c) čim večje število za malarijo sprejemljivih ljudi. Sem spadajo predvsem ljudje, ki so slabo rejeni ali iz kakšnega drugega vzroka manj odporni proti malariji. Tu igrajo veliko vlogo predhodne epidemije drugih bolezni kakor na pr. gripe, ki oslabi velik del prebivalstva in ga napravi manj odpornim.

Preden začnemo raziskovati malarijo v kakšnem kraju, moramo v prvi vrsti ta kraj dobro poznati. Potrebno je nabaviti si čim detaljnjšo geografsko karto. Razen tega se moramo obrniti na kakšno osebo, kateri je dotični kraj dobro znan (na vasi je to predvsem župan, učitelj ali duhovnik), da nam poda čim točnejše splošno in specijalne podatke.

Najbolj nas morajo zanimati sledeči splošni podatki:

a) Nadmorska višina, položaj vasi (proti severu ali jugu) kakor tudi vrsta tla (peščena ali ilovnata).

b) Važno je vprašanje vode, t. j. teče-li skozi vas ali poleg nje kakšna reka ali potok? Ali se nahajajo tam manjša ali večja močvirja? Kako teče voda: počasi z zastajanjem ali hitro? Koliko je v kraju studenec in vodnjakov in kakšne vrste? Ali je v vasi dovolj vode po zimi in po leti?

c) Kakšne so agrikolturne razmere? Katere vrste žito se največ seje? Kakšno drevje prevladuje? Ali se nahajajo v bližini gozdovi in kakšne vrste? Obstoja-jo-li neobdelana polja in travniki? Skušnja uči, da se v krajih, kjer ostanejo polja neobdelana, pogosto tvorijo nova legla anofelov.

d) Ali se prebivalstvo mnogo bavi z živinorejo? Kakšna je prevladajoča pasma? Zanimivo je namreč dejstvo, da v hišah, blizu katerih se nahajajo hlevi, kjer se nahaja živina tudi preko poletja, večkrat najdemo mnogo manj ljudi obolelih na malariji, kakor pa v drugih hišah, kjer v bližini ni hlevov. Tu anofeli ubadajo in sesajo kri domačih živali (s o z o o filni), kar lahko dokažemo, ako jih vlovimo, iz njihovega želodca vzamemo kri in s pomočjo precipitacije določimo njeno vrsto (da-li je človeška, goveja, konjska, svinjska, kozja, ovčja, kokošja itd.).

e) Klimatični pogoji: Koliko je padavin, kdaj (v katerih mesecih) največ; kakšna je vročina po leti; ali vlada suša; smer in jakost vetra; je-li kraj meglen itd. ?

f) Prebivalstvo: Število; poklic, ki prevladuje; najbolj pogoste bolezni in vzrok smrti. Ekonomsko stanje. Prehrana. Da-li prebivalstvo stalno živi v vasi ali pa gre vsako leto na delo v druge kraje? Na ta način se lahko prebivalci gorskih vasi, ki začasno delajo v malaričnih nižinah, tam okužijo. Isto tako nam je dobro znano, da se vojaki in uradniki, ki služijo po malaričnih krajih, pogosto okužijo in vračajo z neozdravljeno malarijo domov, ter na ta način poslanejo klicenosci. Ako se v njihovi rojstni vasi nahajajo anofeli, tedaj obstoja možnost, da ti neozdravljeni bivši vojaki zaneso malarijo v svojo domačo vas.

g) Stanov anjske razmere: Oblika hiš in ostalih poslopij, urejenost hiš z ozirom na higijeno; oskrba z vodo, osvetljenje, ventilacija. Koliko oseb živi povprečno v eni hiši? Ali so hiše raztresene, daleč ena od druge, ali pa so ena zraven druge brez večjih vrtov? Obstoja-jo-li jame za polivanje pomij?

h) Prometna sredstva med vasjo in okolico. To je treba vedeti, da se lahko raztolmači možnost prenosa malarične infekcije iz drugih krajev. Posebno je potrebno omeniti prevčze preko rek, pristanišča itd.

Vse te podatke si moramo napisati. V nekaterih državah imajo v ta namen posebne tabele (karte), kjer se vsi podatki uvedejo. Poleg tega si moramo napraviti položajno skico z ozirom na reko ali potok. Tu je predvsem potrebno načrtati vsa močvirja in stoječe vode.

Dalje nas zanimajo specijalni podatki. Tu se moramo informirati o stanju in vrsti malarije v prejšnjih letih: vlada-li malarija v danem kraju endemično t. j. ali se pojavlja vsako leto več slučajev. Dalje nastopa-li malarija samo v obliki sporadičnih slučajev, raztresenih po vasi, ali pa se javlja v obliki epidemij, tako da skoro istočasno oboli večina prebivalstva. Kakšni so klinični znaki? Kakšne vrste napadi se javljajo (tercijana, kvartana ali tropika)? Da-li je bila malarija v zadnjih letih benigne ali maligne narave? Ali se je prebivalstvo zdravilo in na kakšen na-

čin? Ali nastopajo slučaji skozi celo leto ali pa samo v določenem času (jeseni ali poleti) kot sezonska bolezen?

Ko smo se v glavnem orijentirali glede omenjenih vprašanj, tedaj lahko preidemo k določitvi sedanjega stanja malarije v dotičnem kraju.

Ako je kraj majhen, tedaj se bodemo najlažje orijentirali, ako gremo od hiše do hiše in preiščemo celo prebivalstvo. V slučaju endemične malarije bodemo našli v glavnem tri vrste ljudi:

a) stare ljudi, ki so se trajno nahajali v vasi ali njeni bližini in malarijo preboleli v svoji mladosti. Pri njih bodemo našli povečano vranico brez parazitov v krvi in brez drugih kliničnih znakov malarije.

b) odrasle ljudi, ki so zboleli na malariji doma ali v drugih krajih in še vedno trpe na kronični malariji in na recidivah. To so v naših krajih predvsem bivši vojaki.

c) v glavnem otroke, ki žive v dotičnem kraju od rojstva in so bolni na akutni obliki malarije. Sem spadajo tudi dojenčki, pri katerih se malarični paraziti pogosto najdejo v krvi v velikem številu, vendar se malarija klinično ne spozna radi atipične slike.

Skupini b) in c) predstavljata v glavnem klicenosce, ki so predvsem važni za dalje širjenje malarije.

O priliki obiska po hišah je potrebno vzeti vsemu prebivalstvu brez razlike, zdravim kot bolnim kri za preiskavo. Istočasno je potrebno preiskati, ako imajo povečano vranico. Pogosto se v tem oziru delajo napake, ker se pri ocenjevanju razširjenosti malarije med prebivalstvom kakšnega kraja jemljejo v poštev samo podatki od oseb, ki same pridejo k zdravniku ali v ambulanto. Na ta način se ne vpoštevajo oni bolniki, ki ne prihajajo na pregled; na drugi strani se ne vpoštevata zdravo prebivalstvo, zato tudi najdeni rezultat ne more biti točen.

Ako je kraj velik, tedaj bi obhod vseh hiš vzel preveč časa. Zato naj se pregledajo samo vsi šolo-obvezni otroci, ki so tako ali tako iz vseh krajev vasi. Pri šolskih otrocih se najlažje orijentiramo o okuženosti dotičnega kraja kakor tudi o medsebojnem razmerju posameznih vrst parazitov.

Na tako sistematičen način se lahko ugotovi:

a) parazitni indeks t. j. procentualno število ljudi, pri katerih se v periferni krvi najdejo malarični paraziti. Ako preiščemo samo šolske otroke, tedaj je ta indeks navadno malo višji, ker je pri otrocih večinoma več svežih obolenj, pri katerih se najdejo paraziti v krvi. Pri tem je potrebno vzeti v poštev tudi otroke, ki so odsotni, verjetno zopet radi malarije.

b) Vranični indeks, ki označuje procentualno število najdenih povečanaj vranice. Tudi vranični indeks se najlažje ugotovi tako, da se pregleda vse prebivalstvo po vrsti in brez izjem (odrasli in otroci, bolni in zdravi, bogati in revni). Ako bi preiskali samo odrasle, tedaj bi bil ta index malo večji, ker odrasli so bolj pogosto bolni od kronične malarije pri kateri je vranica navadno povečana. Obratno je pri otrocih ta index malo

nižji, ker pri svežih obolenjih v samem začetku še ne nastopi večje povečanje vranice, ki bi se dalo opaziti in tipati. Preiskava vraničnega indexa je posebno važna spomladi (v aprilu), dokler še ni novih slučajev. Da bi dosegli čim točnejše podatke, je potrebno, da se pregled vranice vrši na en način in ako mogoče, da ga vrši ena in ista oseba (eden in isti zdravnik).

Parazitni in vranični index se ne ujemata vedno. Vranica je lahko povečana brez parazitov v krvi in obratno.

Število pozitivnih parazitnih izvidov in število pozitivnih povečanj vranice brez najdenih parazitov v krvi skupaj, preračunani na vse prebivalstvo, dasta približno index infekcije ali epidemije za posamezen kraj.

c) index anofelov t. j. procentualno število okuženih anofelov, ki so se na prirodni način inficirali. To ugotovimo s preiskavo želodca, slinivih žlez in muskulature anofela-samice, katere smo ulovili po hišah, hlevih, vodnjakih, straniščih itd.

Zelo važno je preiskati različne vrste anofelov, in sicer zato, da se zna, katera vrsta prenaša malarijo v tem kraju, ker je potrebno predvsem to vrsto uničevati. Potrebno je, voditi točno evidenco o številu ulovljenih anofelov (samcev in samic) v posameznih hišah, hlevih, kletah itd. Poleg tega je dobro vedeti, koliko se jih med samicami najde okuženih.

Dalje je potrebno sistematično nadzorovati močvirja in opazovati, ako se tam nahajajo jajčeca in ličinke anofelov, katere vrste in v kakšni množini. V tem pogledu se mora predvsem paziti na močvirja in stoječe vode, ki se nahajajo blizu hiš.

d) Klinična slika malaričnih napadov kakor tudi vrsta malarije (ali gre za tercijano, kvartano ali tropiko).

Na podlagi najdenih podatkov in dejstev se lahko zaključi, katere metode pobijanja malarije so v danem kraju najbolj primerne. Dočim v enem kraju zadostuje samo zdravljenje in profilaksa s kininom, je mogoče v drugem kraju potrebno polagati glavno važnost na boj proti anofelom, v večini krajev pa se morajo podvzeti kombinirane mere.

Čeprav so v splošnem razne metode pobijanja malarije že znane, vendar se mi zdi, da ne bode odveč, ako se jih tu v kratkem spomnimo:

Bolan človek — samica anofela — zdrav človek je pot širjenja malarije. Ako želimo malarijo zatreti, moramo to zvezo na nekem mestu prekiniti in to bodisi v človeku, bodisi v anofelu.

1. V človeku: a) Vsak malarični bolnik se mora smatrati za klicenosca. S pravilnim zdravljenjem lahko malarične parazite v krvi uničimo.

b) pri ljudeh, ki še niso bolni na malariji, lahko s primerno kininsko profilakso sploh preprečimo nastop malarije.

c) pri bolnikih in pri zdravih osebah moramo preprečevati, da ne pride do uboda anofelov (s pomočjo mrež na vratih in oknih, s pomočjo komarnikov, pod katerimi prenočujemo itd.).

2. V anofelu: Preprečevanje razvoja anofelov v vseh stadijih in njihovo uničevanje.

V ta namen služi predvsem mala asanacija ali bonifikacija, ki obstoja v sledečem:

Da se zasipajo stoječe vode in osušujejo tla v manjšem obsegu;

2. da se trebijo vodna rastlinja v stoječih in v takih vodah, ki počasi teko, ter se uravnavajo njih bregovi, da se na ta način oteže ličinkam anofelov življenski pogoji;

3. v akciji zoper komarje s fizičnimi, kemičnimi in biološkimi sredstvi.

Malo asanacijo odreja na predlog higijenskega zavoda banska uprava. Delovne moči za izvršitev male asanacije daje posestnik, na čigar zemljišču naj se izvrši mala asanacija.

V krajih, kjer obstojajo velika močvirja ali je potrebno radi pobiranja malarije regulirati tok rek ali potokov, je potrebno izvršiti takoimenovano veliko asanacijo, ki obsoja iz večjih del hidrotehničnega, gospodarskega, industrijskega ali drugega značaja. Velike asanacije so v splošnem večjega agrikolturnega pomena, za zatiranje malarije same pa večkrat ne prinašajo pričakovanih koristi.

Ko smo se na ta način orientirali o splošnih principih raziskovanja in pobiranja malarije, nam prihaja nehote vprašanje: Kaj pa naj se predvzame pri nas v dravski banovini?

Najprej se moramo vprašati: Kaj je pri nas glede malarije ugotovljenega? Priznati moramo, da se v pogledu malarije in anofelov pri nas do sedaj ni delalo prav nič sistematično.

Znano nam je v glavnem samo sledeče:

1. Iz zgodovine in pripovedovanja starejših ljudi nam je znano, da je v nekdanjih časih malarija vladala v raznih mestih dravske banovine v endemični obliki, tako v ljubljanski okolici, v Posavju, v okolici Celja, na Ptujskem polju itd.

2. V marsikaterem kraju so bili najdeni anofeli (*Anopheles maculipennis*).

3. Leto za letom se vračajo iz južnih krajev mnogi bivši vojaki z neozdravljeno malarijo in kot klicenosci predstavljajo veliko nevarnost za daljnje širjenje malarije v naših krajih. Vsako leto v zgodnji pomladi mnogoštevilni bivši vojaki iščejo zdravniške pomoči radi recidivov malarije.

4. V nekaterih krajih dravske banovine se je malarija v zadnjih letih zopet začela javljati v endemični in epidemični obliki. Zelo poučen je slučaj izbruha malarične epidemije v okolici Černomlja, ob potoku Dobličanka. V teh krajih je pred 40 leti vladala endemična malarija, potem pa je prenehala. L. 1930 je v tamkajšnji premogokop prišel delat delavec iz Št. Janža, ki je imel neozdravljeno malarijo. Še istega leta se je med drugimi delavci v premogokopu in v Ciganski vasi pojavilo okrog 50 slučajev malarije, v l. 1931 in 1932 se je število še povečalo, tako da je sedaj približno 200 ljudi bolnih na malariji. Vsi ti slučajji so se okužili doma. Ako

je tu en klicnosec povzročil malarično epidemijo, zakaj bi to bilo nemo- goče druge, kjer so tudi dani predpogoji?

Manjše število slučajev autohtone malarije je bilo v zadnjih letih ugotovljeno tudi v okolici Ljubljane (Studeneč, Dobrunje), v okolici Celja in v nekaterih drugih krajih.

Poleg teh ugotovljenih dejstev pa obstoja mnogo neznank.

1. Manjkajo nam točnejši podatki glede zgodovine malarije v naših krajih. V ta namen bi bilo potrebno pregledati stare knjige, vprašati stare ljudi, kje so v mladostni dobi vladali slučajji treslike.

Ni nam znano, koliko je neozdravljenih slučajev malarje med bivšimi vojaki. Ravnotako nam ni znano število slučajev avtohtone malarije in kje se vse nahaja.

3. Najmanj pa je preiskano vprašanje anofelizma. Tuintam je kdo slučajno našel kakšnega anofela, sistematično se pa s tem problemom, kolikor mi je znano, do sedaj pri nas ni bavil nihče. Dev. Marija v Polju in Dobrunje sta tako blizu Ljubljane, pa nam v pogledu anofelizma razen fakta, da se tam nahaja *Anopheles maculipennis*, ni prav nič znanega. Prav nič nismo orientirani, v katerih mestih, ob kateri vodi so legla tega komarja, ne vemo, kdaj se začne prva generacija itd. Tudi nam ni znano, ali mogoče tu obstoja še kakšen drug *Anopheles*, ki prenaša malarijo itd.

Ravnotako nam v tem pogledu ni znana entomologija drugih krajev. Seveda nam ne more biti znano, ali so pri nas nahajajoči se anofeli hemofilni ali zoofilni. Zanimivo bi bilo ugotoviti, zakaj je v nekaterih krajih dravske banovine, kjer je svoječasno vladala malarija, ona prenehala? Ali je zmanjkalo klicenoscev, ali so pogoji za razvoj anofelov postali slabši ali pa so naši anofeli postali zoofilni? Kolikor mi je znano, se v ljubljanskih entomoloških zbirkah sploh ne nahajajo anofeli, čeprav jih imamo gotovo na milijone.

Kaj bi bilo torej potrebno napraviti, da se prodiranje malarije pri nas zaustavi in zmanjša nevarnost od anofelizma?

1. Vsi bivši vojaki kakor tudi ostali ljudje, ki so se nahajali v službi ali na potovanju preko poletja in jeseni v malaričnih krajih, bi se morali pri prihodu v domači kraj prijaviti pristojnemu zdravniku, ki bi sam ali s pomočjo Higijenskega zavoda ali bolnice ugotovil, ali je dotična oseba prinesla seboj malarijo. Dobro bi bilo poleg tega, da bi vojaške oblasti obvestile pristojnega sreskega sen. referenta o vsakem malaričarju, ki se odpušča iz vojske neozdravljen. V tem oziru je nedavno od strani vojaških oblasti bila izdana okrožnica. Vse osebe, ki so zbolele na malariji za časa vojaške ali druge službe ali neposredno v zvezi z njo, bi se morale zdraviti na državne stroške do popolnega ozdravljenja. Le na ta način se bodo rešili klicenoscev.

2. Vsi slučajji avtohtone malarije bi se morali hematološko preiskati in v pozitivnem slučaju prijavljati pristojnemu san. referentu, ki bi od časa do časa kontroliral, ali se dotične osebe res zdravijo oziroma so že ozdravile.

3. V krajih, kjer vlada malarija endemično ali epidemično, bi se moralo naprej ugotoviti faktično stanje po predhodno navedenih načelih in nato bolnike-klicenosce zdraviti, poleg tega pa predvzeti vse druge mere, predvsem malo asanacijo, uničevanje legel anofelov itd.

V vseh v predhodni točki omenjenih krajih (pri nas prideta v poštev predvsem okolica Ljubljane in okolica Černomlja) bi se morala točno ugotoviti entomološka stran malarije: biologija tam nahajajočih se anofelov. Zato bi bilo potrebno seveda večletno sistematično raziskavanje. Seveda je treba v tem pogledu začeti delati še koncem zime (videti, kje prezimuje anopheles, kje polaga prva jajčeca, kje so prve ličinke itd.).

5. Potrebno bi bilo vsaj približno se orientirati o stanju anofelov v raznih drugih krajih, kjer je malarija nekdanj vladala in kjer se sumi, da ista obstoja. Mislim, da se bo našel še marsikakšen kraj, ki spada med anofelske kraje in kjer bi se morala izvesti mala asanacija, ki bi mnogo koristila tudi z ozirom na zatiranje navadnih komarjev-kulexov.

Da se dosežejo omenjeni cilji, je potrebno sodelovanje raznih inštitucij in raznih poklicev: entomologov, inženerjev in zdravnikov in posebno še prebivalstva samega. Edino s sodelovanjem vseh bode mogoče doseči uspeh.

Zusammenfassung.

Dr. V. Meršol, Ljubljana: Richtlinien für die systematische Untersuchung und Bekämpfung der Malaria mit besonderer Rücksicht auf die Verhältnisse in der Dravska banovina.

Vor der Untersuchung der Malariaverhältnisse in irgend einer Gegend muss man zuerst über Malaria im Allgemeinen (Klinik, Blutbild, Epidemiologie, Etimologie etc.) sehr genau unterrichtet sein. Um Erfolg erwarten zu können, muss man die Gegend und ihre allgemeinen Verhältnisse, besonders aber die speziell Malaria betreffenden gut kennen. Dann hat man einen Plan zu machen und sich an ihn zu halten. Erst dann kann man systematisch zu Werke gehen, um den gegenwärtigen Stand der Malaria in der Gegend festzustellen und dem entsprechend die richtigen Massnahmen zu unternehmen, um Malaria mit Erfolg bekämpfen zu können.

Die Malariafrage ist auch in der Dravska banovina sehr wichtig, weil wir hier einige Gegenden mit endemischer Malaria haben, besonders in der Umgebung von Ljubljana (Studenc, Dobrunje) und Černomelj. Weiters kommen hieher viele Malariaerkrankte aus den südlichen Gegenden und bedeuten eine ständige Gefahr für die Verbreitung der Malaria, weil die Anophelen in vielen Orten zu finden sind. Der Autor empfiehlt verschiedene Wege zum Studium der Malariafrage in der Dravska banovina, um dann das Richtige treffen zu können und so die Malaria loszuwerden.

Literatura.

Dr. Miloyanović: Medicinski Godišnjak 1933.

Dr. Rankov: Rad higijenskih ustanova. J. Srbije 1926 i 1927.

Rosenau: Preventive Medicine and Hygiene.

Zakon o pobijanju malarie (1931).

Iz zdravilišča na Golniku (upravnik prim. dr. R. Neubauer).

Gripa in tuberkuloza.

Dr. A. Simoniti.

Od velike pandemije iz zime 1918—19 se vsako leto ponavljajo večje ali manjše epidemije gripe. Te epidemije pa so vse bolj benignega značaja, tako, da običajno vsaj v naših krajih ne pride do onih usodnih komplikacij, ki smo jih bili vajeni videti pri zadnji pandemiji. Najbrže imamo opravili z nekako splošno, naravno, liho imunizacijo, ki običajno sledi velikim, malignim epidemijam. Morda igra neko vlogo v tem pojavu tudi zmanjšana virulenca virusa samega. Tudi v letošnji zimi smo imeli take manjše epidemije, ki so potekale, kakor smo mogli videti iz raznih poročil, brez resnih komplikacij.

Fitzeologi in internisti proučavajo že delj časa, kakšni so medsebojni odnosi gripe in tuberkuloze. Vprašanja ki si jih stavijo so mnogovrstna: kakšen vpliv ima gripa na že obstoječe tuberkulozno obolenje? Kako vpliva gripa na latentno, zaprto tuberkulozo? Kako vpliva na stacionarna, mirujoča žarišča? Ali zamore gripa napraviti iz zaprte odprto tuberkulozo? Kako vpliva na odprto tbc? Odgovori raznih avtorjev na ta vprašanja so si precej različni in do gotove mere celo nasprotujoči. Tako pravi n. pr. Georg Jürgsen, da gripa vpliva zelo kvarno na tuberkulotika. V zadnji pandemiji l. 1918—19 so opazili da se je umrljivost tuberkulotikov zelo povečala. Ista opazovanja so napravili že pri prejšnjih epidemijah. To dejstvo so si skušali pojasniti na razne načine. Tako so bakterijologi mnenja, da bacil influence izravna pot Kochovemu bacilu, da se le-ta lahko širi v pljučih. Poleg tega pa smatrajo tuberkulozna pljuča kot zelo primeren teren za delovanje bacila influence. Jürgsen trdi, da se pri tuberkulotikih za časa epidemij gripe poveča ne obolelost ampak umrljivost fitzikov in da fitzik ne umrje radi reaktivacije in lokalnega, pljučnega poslabšanja, marveč radi tega, ker njegov že itak oškodovani organizem ni kos napadom novega okuženja in njega toksičnim vplivom. Lindhagen prihaja na podlagi statističnih podatkov na Švedskem do zaključka, da se je umrljivost tuberkulotikov povečala v malih epidemijah influence v letih 1914—15 in v oni večji 1918—19 in pravi, da ima influenza pogubosen vpliv na umrljivost pri tbc. Pušča pa odprto vprašanje kavzalne zveze med gripo in tbc.

Fr. T. Lord trdi, da je influenza zelo nepovoljna komplikacija in prihaja do zaključka da sploh infekcijsna obolenja respiracijskega trakta dražijo tuberkulozna ognjišča k večji aktivnosti in da pospešijo konec.

Krause in Allen K. pri proučavanju gripe epidemij in umrljivost za tbc. v Združenih državah pravita, da se je umrljivost tuberkulotikov od 25% v letih 1900—18 povečala na 41% v sedmih letih po 1918. Baum prinaša slučaje, kateri naj dokažejo, da influenza lahko reaktivira do tedaj latentna ognjišča. Pravi, da je bil pri njegovih slučajih potek akutne influence zelo težak, recidiva tbc. pa je bila lažjega značaja. Na podlagi svojih izkustev

izvaja, da predstavljajo latentna tuberkulozna ognjišča nekak *locus minoris resistentiae* in da influenza ni vzročni ampak časovni izprožilni moment za reaktivacijo pljučne tbc. Alessio Fr. je opazil pri influenci po zimi l. 1929, da je po njej nastopila tbc. v 2% slučajev. Verjetno je, da pride bliže resnici Walder, ki poudarja zelo važno dejstvo, da se reaktivacija tuberkuloze pojavlja zelo lahko pod masko gripe. Isto potrjuje tudi Schwalm. Jessen trdi, da je pri pljučni tuberkulozi videl mnogo pljučnic in smrtnih slučajev. Nasprotno sta videla Dorn in Wiese zelo lahek poteka grip pri pljučni tbc., ravnatoko tudi Aleksander Puder. On je obdelal statistične slučaje v Elisabeth sanatoriju pri Budapestu o priliki epidemije gripe. Trdi namreč, da influenza nima nikakega posebnega vpliva na potek tuberkuloze in niti ne na reaktivacijo latentnih ognjišč. Pravi tudi, da je gripa pri epidemiji napadla hujše in v večjem številu personal zdravilišča kot pa pacijente same. Od 703 bolnikov je obolelo na gripi 78, to je 11%. Komplikacije so nastopile v 6 slučajih, to je v 7.6%, od teh so trije ozdraveli, trije (Turban II.) umrli. To bi bilo pri na gripi obolelih 3.8%, pri celotnem št. vilu 0.4%. Od 200 oseb obojba je obolelo 47, to je 23.5%. Pri negativnem pljučnem izvidu ni influenza nikjer izzvala tbc.

Oglejmo si sedaj letošnjo malo epidemijo gripe v našem zavodu. Opazovanje re epidemije je tako zanimivo posebno radi tega, ker vemo za točen izvor infekcije in poznamo skoroda bi rekli do ure natančno čas inkubacije. Tudi nam je bilo mogoče točno opazovati potek te bolezni (gripe) od začetka do konca. V soboto, dne 11. II. 33. je prišel, kot običajno v zavod brivec. Šele naknadno smo izvedeli, da je bil brivec akutno bolan na influenci, je pa kljub temu opravljal svoj posel še celi dan. Komaj je odšel iz zavoda je tudi on obležal. Bolniki sami so že ta dan opozarjali brivca, naj bi ta dan delo opustil, ker je neprestano kašljal, kihal in pljuval. Vsi naši bolniki, ki so oboleli za gripo, so razen enega, imeli opravka z brivcem. V ponedeljek 13. II. je obolel zdravnik in 8 bolnikov s tipičnimi simptomi akutne gripe. Dobili so visoko temperaturo, močan glavobol, bolečine v grlu in splošntm slabim počutjem. Pri izpraševanju smo takoj ugotovili izvor infekcije in smo poskrbeli za čim boljšo izolacijo že obolelih. Spravili smo vse na novo obolele v posebne sobe, preprečili medsebojne obiske, odredili zanje posebno obojbe. Na ta način se nam je posrečilo preprečiti razširjenje epidemije na druge bolnike. Obolel je kljub temu še eden bolnik, sorodnik enega na gripi obolelih, ker se ni držal danih navodil in je prvi dan gripe obiskal strica. Epidemija gripe v zavodu za pljučno bolne ni lahka in brezpomembna stvar, zato je umljivo, da smo se bali eventualnih zlih posledic, ki bi mogle nastopiti. Vsi ti bolniki so v našem zavodu radi odprte, večinoma zelo težke pljučne tuberkuloze. Le eden od teh je imel zaprto, a prav obsežni fibrozni proces. Opisal bom na kratko potek posameznih slučajev.

B. M. boluje na phthis. fibrocavosa sec. fibr. lobi sup. utr. c. cavern. dext. — pneum. artif. dext. S. R. 112. Koch neg. Oboli v ponedeljek 13. II.

z visoko temperaturo (39,2°), in glavobolom, ki ga zelo muči; ima tudi bolečine v grlu in nosu. Zelo sta se mu povečala kašelj in množina izmečka. Bolnik toži, da se počuti zelo slabo. Je brez apetita, bolijo ga vse kosti. Pri klinični preiskavi ugotovimo na celem pljučnem polju bronhitične simptome; grlo zelo vneto. Po par dneh mu temperatura litično pade in pride v soboto 26. II. na normalo. Cel čas boleznj je imel zelo suha usta in slab okus. Terapija simptomatična (Gardan, Codeform), Po prestani boleznj se povrne status quo ante brez vsakega lokalnega poslabšanja na pljučih.

Tr. A. phthis. fibroc. cav. sin. — Seropneu nothorax sin. S. R. 29. Koch neg. V pondeljek 13. II. dobi visoko temperaturo (39°), glavobol, močan nahod. Ima izredno močan kašelj in veliko množino izmečka. Tretji dan obolenja dobi močno epistakso, ki se ponavlja dokler se je ne vstavi s tamponado. Tudi on zgubi koncem tedna temperaturo in vse opisane simptome. Ostane mu le neka splošna šibkost in anoreksija. Terapija simptomatična (Calc. Gardan, Codein). Pljučni izvid je po prestani influenci nespremenjen.

Tr. K. phthis. cav. ulcer. lobi sup. utr. — pneux. artef. bil. S. R. 17. Koch + 3. el vl. + Tudi on oboli 13. II. z akutnimi simptomi: temperatura 39,2°, glavobol, bolečina po vseh udih. Zelo mnogo kašlja in pljuva, precejšnja dispnoe. Terapija simptomatična (Gardan, Transpulmin, cardiaca.) Po nekoliko dneh mu izginejo vsi akutni simptomi gripe in se mu vrne stanje pred obolenjem. Ostane mu le nekoliko povečana sekrecija.

Br. I. phthis. fibroulc. cav. lobi sup. utr. S. R. 20. Koch + 2. Je gotovo najtežji naš bolnik te epidemije. Oboli v pondeljek 13. II. z zelo visoko temperaturo (39,6°), močnim kašljem, izredno povečano množino sputuma. Muči ga zelo hud glavobol in bolečine po vseh udih. Nudi že na prvi pogled utis težko bolnega človeka. Težko diha, pri kliničnem pregledu imamo sliko reaktivacije že umirjenih ognjišč z močnimi bronhitičnimi simptomi. Nas skrbijo posebno izredno povečane množine sputuma. Preidemo takoj v aktivno terapijo z calc. chl. transpulminom in cardiaca. Temperatura kljub temu noče pasti na normalo kot pri drugih, ampak je nad normalo celih 14 dni. Bolnik toži o popolni anoreksiji. Po štirinajstih dneh se mu simptomi gripe počasi boljšajo, temperatura pade na normalo, kašelj in izmeček se zmanjšata, a ne dosežeta statusa quo ante. Edino pri tem bolniku vidimo stanje po gripi poslabšano tudi v lokalnem pljučnem izvidu z jasnimi znaki riakutizacije že umirjenih ognjišč.

R. M. Tbc. fibr. densa lobi sup. utr. S. R. 27. Koch neg. Tudi pri njemu se pojavijo akutni znaki gripe. V par dneh dobi zopet normalno temperaturo, ponehala mu kašelj in izmeček popolnoma, lokalni pljučni izvid je isti kot pred gripoznim obolenjem. Terapija je bila simptomatična.

Gl. B. Pri nas radi phthis. fibroas. incip. in lobo inf. utr. praecip. sin. S. R. 104. Koch neg. Oboli v sredo 15. II. Ta pacient ni bil pri brivcu, ampak se je okužil pri stricu V. K. Temperatura mu je poskočila na 38,2°.

dobil je nahod, precejšen glavobol. Bolelo ga je grlo in kosti. Kašelj je bil nekoliko povečan, izmeček nespremenjen. Pri kliničnem pregledu se ne opazi razen poostrelega dihanja nikake spremembe na pljučih. Po par dneh se povrne v stanje pred obolenjem. Ostane pa popolnoma brez vsakega apetita za dalje časa.

P. M. je v zavodu radi phthis. fibrou'c. cav. lobi sup. utr. S. R. Koch +. Oboli 13. II. z močnim glavobolom, nahodom, kašljem in povečanim izmečkom ter temperaturo do 39.3°. Boli ga tudi grlo in kosti. Pri klinični preiskavi nudijo pljuča sliko akutne bronhitide. V enem tednu se vsi ti simptoni umirijo in izginejo. Kašelj preneha popolnoma, izmeček pride zopet do običajne količine pred gripo. Po prestani bolezni pljuča nudijo isto sliko kot pred obolenjem. Ostane le neka splošna slabost in anoreksija.

V. K. je v zavodu radi stare stacionarne cav. phthis. komplicirane z emfizemom S. R. 24 Koch +. Tudi on dobi povišeno temperaturo (38.5°) z nahodom, povečanim kašljem in izmečkom. Bolnik ne občuti posebnega glavobola, le sapa mu je težka in se počuti zelo utrujenega. Ima močne bolečine v grlu in ga „lišči“ v prsih. Tudi njemu izginejo polagoma ti simptomi in je v soboto že popolnoma afebrilen. Klinična preiskava nam nudi sliko akutne bronhitide. Terapija simptomatična. Po prestani gripji ne kaže nikakega poslabšanja.

J. M. phthis. fibroc. cav. confirm. lobi sup. sin. et incip lobi sup. dent. Koch + 3 S. R. 20.

Tudi on oboli v pondeljek 13. II. z akutnimi simptomi gripe. Po nekaj dneh s precejšnjo temperaturo (39°) postane zopet afebrilen in se povrne v stanje pred gripoznim obolenjem. Terapija tudi tu simptomatična.

Obolelo je tudi večje število obojba, 3 zdravniki, 5 sester, 6 strežnikov in 3 sorodniki uslužbencev. Če torej vpoštévamo da je obolelo od 140 bolnikov 9, od 69 uslužbencev 14, vidimo, da je proporcionalno obolelo več zdravih kot pacientov samih. Po kritičnem pregledu naših podatkov lahko zaključimo, da je potekla influenza pri naših tuberkuloznih bolnikih v veliki večini slučajev zelo benigno in da ni izzvala nikakih posledic za nadaljni potek tuberkuloznega procesa. Le v enem slučaju smo videli poslabšanje procesa in to pri bolniku, ki je bil že po svojem prvotnem pljučnem izvidu zelo težko bolan. Smo tudi mnenja, da tbc. sama ni nikaka predispozicija za influenco. Nismo opazili, da bi influenza izzvala tuberkulozo pri zdravih ljudeh, čeravno so izredno izpostavljeni infekciji (sestre, strežniki). Tudi nismo videli pri našem materialu nikakih reaktivacij starih, že umirjenih ognjišč. Pri onih pacientih, ki imajo terapevtski pneumotoraks ni influenza vplivala na tega na nikak način. Po naših izkušnjah pri tej epidemiji nagibamo k mišljenju onih, ki pravijo, da nima influenza nikakega posebno slabega vpliva na nadaljni potek pljučnega procesa. Ni pa vedno tako. Vsakemu zdravniku je znano, kako ogromne razlike obstojajo med epidemijami raznih let. Te diference obstojajo, dasi ni jasno ali bazirajo na razliki v virulenci prozročitelja ali na metereoloških ali kakih drugih do

sedaj še neznanih faktorjih. Slično malo endemijo kot letos smo doživeli v našem zavodu v letu 1926; tudi takrat brez posebnih posledic za prizadete tuberkulozne bolnike. Leta 1931. pa smo opazili influenco pri nekaterih tuberkuloznih bolnikih, ki so se nahajali deloma v zdravilišču, deloma v njegovi privatni oskrbi v neposredni bližini zavoda. Pri tej seriji bolnikov je šlo za pet slučajev, od katerih so imeli štirje parcijelni pneumotorax, 1 pa oteothorax. Vsi ti bolniki so danes že mrtvi in trditi smemo, da je obolenje za gripo v treh slučajih direktno povzročilo, v dveh pa pospešilo letalni konec. Pri treh od teh bolnikov je prišlo do ruptur pljuč vsled silnega kašlja povzročeneega po gripi, potem ko so svoj tbc. kašelj že davno izgubili. Isto se je zgodilo bolniku z oleothoraxom. Leta je umrl leto nato za kroničnim, inficiranim empijemom. Prvi trije pa so podlegli svoji komplikaciji v teku 6 tednov. Te žalostne izkušnje so bile tudi povod, da smo se ob prvem pojavu gripe v zdravilišču odločili za najstrožje profilaktične mere. Čeprav se torej v splošnem pridružujemo mnenju Puder Sandorja, da gripa ni za tuberkuloznega bolnika običajno tako nevarna komplikacija, kot se pogostoma trdi in kot bi bilo teoretično razumljivo, moramo vendar priznati, da so dane možnosti prav resnih komplikacij vsled gripe.

Nesporno igra „gripa“ pri tuberkuloznih bolnikih zelo važno ulogo. Tako vidimo, da so „gripe“ v anamnezah naših pacientov zelo pogoste. Vendar ne predstavljajo te „gripe“ ničesar drugega kot reaktivacijo že obstoječe, mirujoče, kronične navadno fibrokazeozne tuberkuloze. Največkrat pa pomenijo sploh samo prvi začetek prave fibrokazeozne ftize, ki ima v obliki znanega ranega infiltrata (Redeker-Assmann) vse simptomne akutne gripi zelo podobne infekcijske bolezni.

Tudi R. Bihler prinaša tozadevno interesantno statistiko in pravi, da je od 635 pljučnobolnih obiskalo zdravnika radi domnevane influence 96 bolnikov. Če bomo torej vpoštevali ta izkustva bomo pri vsakem gripoznem obolenju, posebno pri mladem bolniku, vsaj mislili ali se morda vendarle ne skriva pod to dozdevno „gripo“ začetek prave tuberkuloze. Prav posebno nujna je ta dolžnost v vseh onih slučajih, kjer se „gripa“ večkrat ponavlja. Razumljivo je, da bomo mislili na tbc. predvsem pri onih „gripah“, ki nastopajo v času, ko ni gripoznih epidemij. Pri vseh teh slučajih je nujno, da najprvo izključimo, na podlagi klinične, predvsem pa roentgenološke in bakteriološke preiskave, obstoj tberkuloze. Če bomo vedno na to mislili bomo lahko dijagnosticirali marsikatero skrito tuberkulozo še v pravem času in ji bomo z današnjimi sredstvi, lahko preprečili nadaljni razvoj in jo privedli do ozdravljenja, za kar bi bilo lahko pozneje prepozno.

Zusammenfassung.

Avtor bespricht ausführlich die Beziehungen zwischen Grippe und Tuberkulose und kommt auf Grund eingehenden Litteraturstudiums, sowie eigener Beobachtungen zu dem Schluss, dass die Influenza gewöhnlich keinen so schlimmen Einfluss auf den Verlauf einer offenen Tuberkulose, nimmt, wie man dies gewöhnlich meint. Besonders instruktiv

war in dieser Beziehung die Beobachtung einer kleinen Grippehausepidemie in der Lungenheilstätte Golnik. Es erkrankten 9 Patienten, fast alle mit mehr oder weniger schwerer offener Tuberkulose, daneben mehrere Schwestern, Wärter und Ärzte. Die Epidemie nahm ihren Ausgang von einem von auswärts kommenden Friseur. Es war besonders instruktiv, den Beginn der Grippeerkrankung in Bezug auf Latenz- und Prodromalstadium zu beobachten, da die Infektionsquelle, sowie auch der Zeitpunkt der Infektion genau bekannt waren. Autor betont, dass keiner der Kranken dauernden Schaden nahm, die Erscheinungen waren bei allen flüchtiger Natur. Nur bei einem Patienten mit besonders schwerer Tuberkulose kam es zu einer ca. einen Monat dauernden Verschlimmerung des Zustandes, die aber dann auch ohne Folgen abklang.

Autor hebt aber hervor, dass einige wenige Erfahrungen aus früheren Jahren doch dafür sprechen, dass hier und da auch schwerere Folgen der grippösen Erkrankung nicht ausbleiben (Ventilpneumothorax, Kavernenruptur unter dem Einfluss des starken grippösen Hustens) doch gehört dies bestimmt zu den Ausnahmen.

Zum Schluss wird die Bedeutung der Grippe als Maske der beginnenden Tuberkulose besprochen.

Literatura:

- Georg Jürgsen: Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten.
Haldane: British medical Journal.
Krause: Aetiologie und Klinik der Influenza D. med. Wochenschrift Nr. 23. 1929.
Ortner: Influenza (Deutsche med. Klinik).
Mondolfi: Minerva medica 1928—1929.
Puder Sandor: Einfluss der Grippe auf die Tuberkulose. Gyógyászat 1930, I. 182—186.
Schwalm: Grippe u. Tbc. (Dtsch. med. Wochenschrift 1929, I. 97—98).
Walder: Grippe oder nicht aktivierende Tbc. (Sanat. Schönberg) Med. Klin. Jg. 22. No. 39. (S. 1490—1491) 1926.
Bamm: Über die Prädispositionen der Infl. bei latenter Lungentbc. und ihre röntgenologische Darstellung. (Beitr. z. Klinik d. Tuberkulose Bd. 69, H 1, S 117-123, 1928.)
Burgess: Influenz u. ihre Lungenkomplikationen. Eine Studie über Verlauf u. Charakter der Märzepidemie 1926 in Providence u. der Brown Univerz. (Americ. Journ. of The med. sciences Bd. 175. Nr. 6 S. 818—824 1927.)
Krause, Allen K.: Grippeepidemie und Tbc. — sterblichkeit in USA.
Lord Fr. T.: Die Wirkung von Bronchitis, Influenze und Pneumonie auf die Lungentbc. (Massachusetts med. soc. sect of Tbc Boston, 10. VI. 1929. New England J. med. 201, 410—413 1929).
Lindhagen: Grippe und Lungentbc. mortalitätsstatistische Ergebnisse — (Zeitschrift für Tbc. Bd. 46, H 4, S 321—337, 1926.)
Bihler R.: Ein Beitrag zu der Frage Grippe und Lungentbc. (Zeitschrift für Tbc. 59, 334—338 1931).
Alessio Fr.: Osservazioni cliniche sul decorso delle complicanze bronco-polmonari da influenza nell' inverno del 1929. (Giornate med. alto etdige 2, 38-71 1930).

Koncentrirana hrana pri habituelnem bljuvanju dojenčkov.

Dr. V. Stacul, pedijater (Ljubljana)

V patologiji dojenčkove prehrane je dobroznan in zaokrožen pojem habituelnega bljuvanja. Pojavlja se pri živahnejših ali celo nervoznih dojenčkih, ki izbljuvajo hrano, in sicer materino mleko ravnotako kakor ume no

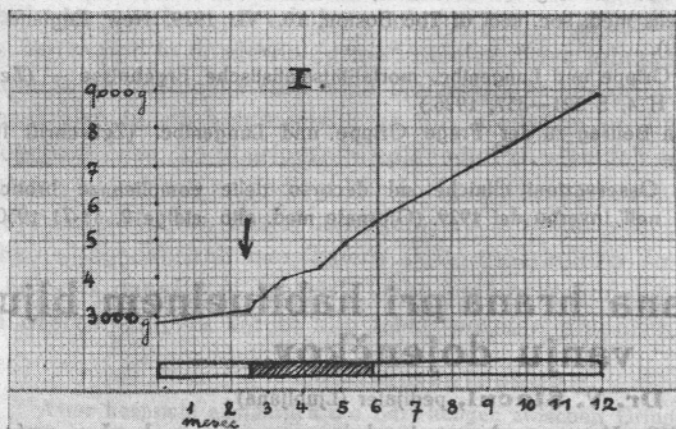
hrano. So to v ostalem fizično normalni dojenčki, pri katerih je tek trajno dober, čim pa nekaj zaužijejo, izbruhajo hrano ali takoj ali čez nekaj ur brez vidnega povoda.

Kot posledica tega se dojenčki ne redijo, ter so navadno zaprti, včasih je pa tudi stolica redna in normalna ali celo mehka in driskasla. Mora se diferencijalno-dijagnostično seveda izključiti vsako akutno obolenje, katero lahko povzroča pri dojenčku intestinalne simptome, in končno pylorospasmus, ki je jako sličen, toda pri njem obstoja vidna želodčna peristaltika in tipljiv tumor pylorusa. Zanimivo je, a ne dolgo znano, da ne reagirajo takšni dojenčki na spazmolitično sredstvo kot atropin, pač pa na visokokonzentrirano hrano kakor Dubo (polnomastno mleko s 17% sladkorja.) Czerny-Kleinschmidt-ova hrana (Buttermehlnahrung) ali Moro-jeva hrana (Buttermehlvollmilch) in sicer tako redno s takojšnjim dvigom teže, da bi se jo lahko imenovalo specifično sredstvo za tovrstno motnjo.

Ako pa dajemo to hrano iz druge nego gori omenjene indikacije, n. pr. pri atrofiji ali distrofiji, kjer ni vzrok bruhanje, temveč neugodni konstitucionalni ali prehranjevalni faktorji, doživimo prompten neuspeh.

Najbolj priporočljiva od omenjenih hran je Moro-jeva, ker je njena priprava zelo enostavna: polnomastno mleko se kuha z dodatkom 5% presn. masla, 3% pšenične moke in 7% sladkorja, ne da bi se moka pri tem prežgala; 100 g take hrane vsebuje 150 kalorij, torej več kot 2 krat toliko kakor polnomastno mleko.

Najbolje osvetljujejo tele trditve sledeči 4 primeri, ki zadevajo slučajno dojenčke najrazličnejše starosti i. s. 11 tednov (1. trimenon), 5 mesecev (2. tromesečje), 8½ mesecev (3. tromesečje) in 11 mesecev (4. tromesečja). Dočim so padli prva 2 primera in 4. primer v hladni letni čas, je bil tretji zdravljen poleti, kar je vpricho občutljivosti dojenčkov za koncentrirane hrane v vročem poletju vsekakor vredno, da se posebno omeni.



▼ = pričetek hranitve s koncentrirano hrano po Moro-ju.

Sl. 1.

Primer št. 1.
S.N. Otrok ženskega spola, star 10 tednov, porodna teža: 2900 g. dobiva dvovrstno hrano, 3 krat prsi in 3 krat mlečno mešanico (sprva $\frac{1}{3}$, potem $\frac{1}{3}$ in končno $\frac{2}{3}$ mleko) nazadnje za vsako drugo kosilce 100 g $\frac{1}{2}$ mleka — vode z 50% sladkorja:

otrok bruha od poroda sem večkrat na dan do 8 krat dnevno, neodvisno od kakovosti hrane in v različnem intervalu po uživanju in ne v curku; otrok se je od poroda sem le neznatno zredil, je jako nemiren, ima temnorjavo sluzasto stolico, 1 krat na dan, včasih je obstipiran, tako da so ga že neštetokrat klistirali, seveda brez trajnega uspeha, ker je obstipacija v tem slučaju le simptom stradanja. Poskušalo se je na različne načine ustavili bruhanje i. s. z atropinom in z dodatkom Nestle-ja, polmomasnega mleka a vse dosedaj brezuspešno.

Izvid 10. X. 1927 :

Sedanja teža: 3050 g (normalna teža bi znašala 5250 g), dojenček nudi sliko izrazite atrofije; ker ni skoro nobene podkožne maščobe, se da koža lahko dvigniti v visokih gubah, obraz je upadel, podoben starcu (Greisingesicht); razpoloženje je še dobro, pije vsako mu ponujeno hrano hlasno; organsko ne kaže nobenih posebnosti, osobito ni simptomov pylorospasmusa.

Ordinacija: 3 krat prsi (ca 80 g) in 3 krat 100 g koncentrirane hrane po Moro-ju (skupno 618 kalorij).

Prehranjevalni kvocient znaša na kilo dejanske teže 200, na kilo teže, ki bi jo dojenček moral v tej starosti imeti (Sollgewicht) pa 117. 15. X. teža: 3250 g, otrok ne bruha več tako pogosto, kvečjem 1 krat na dan, stolica je mazilasta 1 do 3 krat na dan, otrok je še vedno lačen.

21. X. teža: 3470 g, bruha le redkokdaj.

11. XI. teža: 3930 g, bruha le včasih.

1. XII. teža: 4230 g, bruha le včasih.

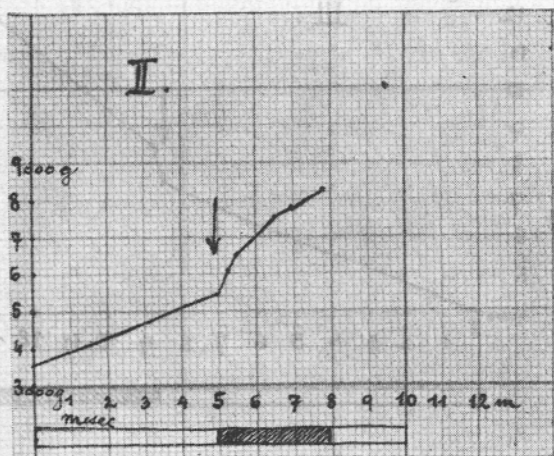
19. XII. teža: 4830 g, bruhanje prenehalo.

19. I. 1928: teža 5380 g, sedaj star 5½ mesecev.

28. VII. teža: 8800 g v starosti 1 leta.

Epikriza: bruhajoči dojenček je pridobil na težo ob koncentrirani hrani poleg dojenja v 13 tednih za 2330 g, torej za 180 g na teden povprečno.

Primer šte. 2. S. S., deček, star 5 mesecev, porodna teža neznana 11 dni po porodu tehtal 3630 g; otrok je dojen; ker je od prvih dni po porodu bruhal, je mati brezuspešno skušala z različnimi sredstvi, da bi bruhanje usta-



Sl. 2.

vila. Otrok bruha med pitjem in po pitju v velikem loku, kolca se mu mnogokrat, joka mnogo, spi malo, tek vedno dober.

Stolica mehka, brez sluzi, zadnje dni zaprt.

Izvid 30. XI. 1928.

Teža: 5420 g (normalna teža: 7300 g) bledoličen otrok z znaki kroničnega neuspevanja, panniculus adiposus je slabo razvit, koža po životu in bedrih se lahko dviga v visokih gubah. Otrok je prijazen, se smeje, se zanima za okolico in skuša sedeti, rahitičnih simptomov. ni. Organično ne pokaže nobenih patoloških sprememb, Pylorus neg.

Dijeta: 6 krat po dnevi, 1 krat po noči prsa

4 krat pred dojenjem 80 g koncentrirane hrane p. M.;

koncem prvega tedna: teža 6010 g, bruha že mnogo manj, blato mazilasto,

koncem 2. tedna: teža 6410, bruha le sem in tja malo,

koncem 6. tedna: teža 7450 g, ne bruha več,

8. " : " 7700 g, ne bruha več,

11. " : " 8180 g, ne bruha več,

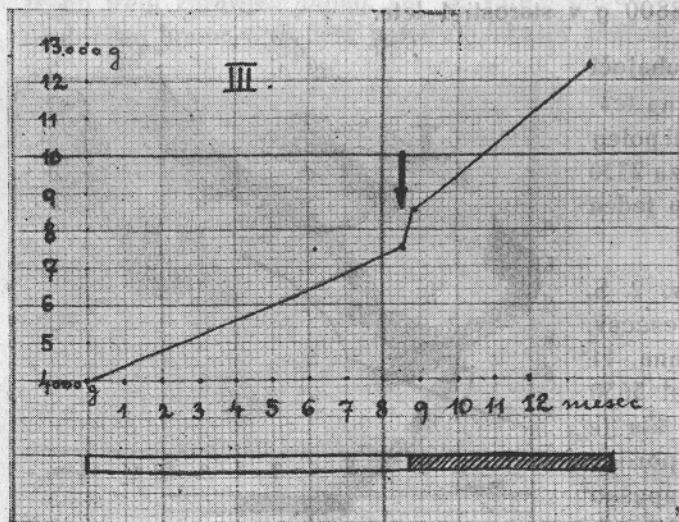
Otrok je ob koncentrirani hrani pridobil na teži že 1. teden za 590 g, pozneje manje, v 11 tednih skupno za 2760 g ali 231 g na teden kljub temu, da je zbolel 3. teden za interkurentno angino in v 7. tednu za lahko drisko, poznejši prehod na normalno prehrano je prenesel brez incidenta in se zadovoljivo zredil. Koncem opazovalne dobe je dosegel težo 8180 g (normalna teža: 8200 g) v starosti 8 mesecev.

Primer šte. 3. K. J., deček, star 8½ mesecev, porodna teža 4000 g; mati ga je skozi 3 mesece dojila, nato dolivala kravje mleko v običajnih razredčinah; v 4 mesecu imel hripo, od tedaj baje izbruha hrano kar v

loku, pogosto in mnogo i. s. 1 uro po jedi. Nazadnje je dobival 4 krat 300 g Nestle + 1 krat kosilo, kar pa je bilo brez upliva na njegovo slanje. Tek je dober.

Sedanji izvid: 22. VI. 1929:

Teža: 7680 g (normalna teža: 9000 g) živahen, suh dojenček, mehčava za ¾ prste od-



Sl. 3.

prta, tibije nekoliko skrivljene, lahko zadebeljene epifize kosti, naznačen „roženvenec“; sedi še ne. Simptomov pylorospasmusa ni. Diagn. Rahitis lahke stopnje, dystrofija vsled kron. bljuvanja.

Terapija: 3 x 200 g koncent. hrane p. M.

2 x zdrob

1 x kompletno kosilo.

Po preteku 11 dni, torej 3. VII. tehtal otrok 8470 g, torej znaša prirastek 890 g (!)

Otroka sem nato šele čez 4 mesece videl, ker mi ga niso preje pripeljali; otrok je bil vedno rad užival to gosto hrano in se je očitno zredil, bruhal je le malokdaj in le po kosilu ali mlečnem zdrobu, nikdar po Morojevi hrani. Deček je obolel z 13 mesecem za visokofebnilno lymfadenitido na vratu, ki je trajala 3 tedne. Otrok je od 22. VI. naprej, torej v poletnem času vsak dan jemal koncentrirano hrano, celo med boleznijo brez težoč in incidenta in tako dobro uspeval, da je dosegel 12. XII. t. j. po 5 mesečnem režimu ob koncentrirani hrani težo 12.500 g; fantek se nahaja v jako dobrem prehranjevalnem stanju brez rahitičnih simptomov, stoji sam in ima že 16 zobov.

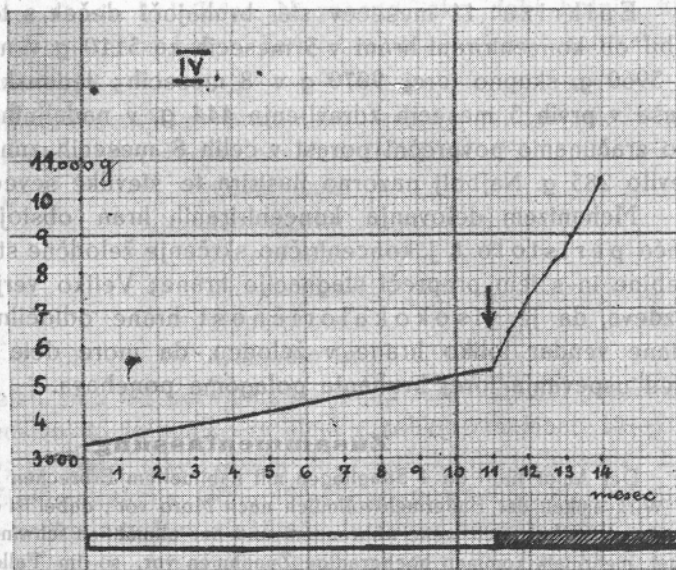
Primer števil. 4.

S. M., 11 mesecev star, otrok moškega spola, se je rodil z normalno težo 3300 g, je bil dojen samo 3 tedne, nato dobil polovično mleko, pozneje še juho in običajne prikuhe, od 3. meseca bruha otrok čimdalje hujše in ruminira (prežvekuje); ker je od tedaj vedno obstipiran, ga je mati morala vsak drug dan klistirati; otrok ima trajno dober tek, celo hlastno pije in v loku izbruha takoj ali čez $\frac{1}{2}$ — 3 ur.

Od 3. meseca do 11. meseca se drži otrok na isti teži.

Sedanji izvid: 3. III. 1831:

Teža: 5330 g (normalna teža 11 mesečnega zdravega dečka: 9900!). Obraz je upadel in bled, kakor od starčka, v celem je koža gubasta in nima nobene pod



Sl. 4. (I) im 10 Tagen im Falle + durch 2 Monate hindurch eine gleichmäßige Zunahme von 444 g (!) so dass die Körpergewicht des

kožne maščobe, trebuh je razmeroma velik (Froschbauch); skozi mehko trebušno steno so tipljiva trda sgibala. Toda o kakem tumorju pilora ni ničesar najti, niti želodčne peristaltike ni opazati.

Na licah lahek ekcem, rahitičnih simptomov ni. Tek dober, razpoloženje slabo.

Diagn. Atrophia najvišje stopnje vsled habituelnega bruhanja.

Terapija: 4 × po 100 g mleka z 1 kocko sladkorja, 4 × 100 g Moro-jeve koncentrirane hrane (944 kalorij).

Prehranjevalni kvocijent znaša na dejansko težo 178, na težo ki bi jo moral imeti, skoro 100.

10. III. teža: 5870 g, bruha manj in redkejše, po koncentrirani hrani redkejše kakor po samem mleku; iztreblje se redno 1—2 × na dan. Spi malo, kriči mnogo.

Terapija: 4 × 150 g mleka z 1½ kocko sladkorja
4 × 120 g Moro-jeve hrane; sadni sok.

17. III. 6430 g bruha malo, zelo lačen

24. III. 6880 g bruha zopet več, se poti silno po glavi

1. IV. 7280 g bruha le redkodaj

10. IV. 7850 g prežvekuje manje

18. IV. 8230 g ne prežvekuje in ne bruha več

25. IV. 8350 g bruhanje popolnoma prenehalo, silen tek

3. V. 8940 g

27. V. 10440 g sedi

21. X. 14400 g: 18½ mesecev star, stoji in hodi sam.

Epikriza: 11 mesecev star bruhaajoči deček s težo 5330 g je pridobil ob koncentrirani hrani v 3 mesecih za 5110 g v nadaljnih 5 mesecih še 3960 g, skupno torej 9070 g v 8 mesecih; tedenski povprečni porast znaša v prvih 3 mesecih zdravljenja 444 g, v nadaljnih 5 mesecih 195 g; ako zračunamo povprečni porast v celih 8 mesecih, znaša še vedno visoko število 283 g. Najbolj nazorno ilustrira te številke seveda krivulja.

Mehanizem delovanja koncentriranih hran obstoja baje v tem, da ojača peristolo t. j. koncentrično skrčenje želodčne stene okoli želodčne vsebine in s tem prepreči stagnacijo hrane; Veliko verjetneje se pa meni dozdeva, da je visokokaloričnost hrane odločilna; kljub bruhanju ostane vendar toliko hrane v želodcu, da more dete pridobiti na teži; vsled uspevanja torej bruhanja polagoma ponehava.

Zusammenfassung.

Der Autor führt an 4 Säuglingen mit habituellem Erbrechen an Hand von Kurven die Wirksamkeit der Buttermehlvollmilch nach Moro vor; dabei ist das prompte Einsetzen der Zunahme bei noch weiterwährendem und nur allmählich schwindendem Erbrechen die Regel, mehrmals kommen hochgradige Zunahmen vor, so im Falle 3 eine solche von 890 g (!) in 10 Tagen, im Falle 4 durch 3 Monate hindurch eine gleichmässige Wochenzunahme von 444 g (!) so dass sich das Körpergewicht des ursprünglich 11 Monate

alten, schwer atrophischen Säuglings in 3 Monaten von 5.330 g auf 10.440 g erhöhte. Promptes Versagen der konz. Nahrung bei Anwendung aus anderer als der angeführten Indikation.

Iz internega oddelka obče državne bolnice v Ljubljani.

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

Pet let zdravljenja z aktoprotinom.

Dr. Ljudevit Merčun, asistent oddelka.

Teorija proteinske terapije je še danes negotova in njeno delovanje nepoznano. Zato mi ni do tega, da bi razpravljajal teoretično o njenih problemih. V literaturi najdemo danes toliko nasprotujočih si mnenj, da je težko kritično presoditi taka raziskavanja. Bolj znani so nam prav za prav praktični poizkusi proteinske terapije. In res, uporabljajo danes terapijo pretvorbe telesa (Umstimmungstherapie), kakor jo imenujejo bolj praktični zdravniki kakor po klinikah.

Tudi največji sovražniki proteinske terapije, o kateri vsi priznavajo, da je nespecifična, do gotove meje priznavajo njene uspehe, opozarjajo pa pri tem na nevarnost, ki je v negotovosti te terapije: če zdravimo namreč celice telesa, tedaj nikdar ne vemo, da-li jo zdražimo v pozitivnem ali pa v negativnem smislu.

Zaradi nespecifičnosti proteinske terapije ne najdemo posebne razlike v kakovosti preparatov, ki jih danes nudijo kemične tvornice, temveč vpoštevamo lahko le kvantiteto vbrizgane tekočine. A priori pa moramo danes — kakor nas izkustva uče — odklanjati sredstva, ki povzročajo močne vročinske reakcije, oziroma pri katerih je reakcija v telesu tako močna, da se poslabša subjektivno stanje bolnikovo. Ni vseeno, ako dobi bolnik, ki je že sam po svoji bolezni težko bolan, še močne bolečine, močno lokalno in močno vročinsko reakcijo.

Na razpolago imamo danes za proteinsko terapijo mnogo sredstev tujega in domačega izvora. Najvažnejše navajam tukaj:

Serum	Cibalbumin
Caseosan	Novoprotin
Mleko	Aktoprotin
Aolan	Yatrencasein
Collargol	Hyperprotein
Dyspargen	Omnadin in sl.

Na našem oddelku smo od početka uporabljali zaradi stalnih denarnih težkoč najceneje sredstvo, to je mleko in sicer v velikih množinah 10—20 ccm intramuskularno; reakcija take, skoraj bi rekel konjske terapije, ni izostala: močne vročinske reakcije (39°—41° C) so povzročale kolapse pri bolnikih, obenem so velike množine vbrizgane tekočine bolniku povzročale bolečine, tu in tam so nastali—povečini—sterilni abscesi itd. Bolniki so se stalno pritoževali in pogosti kolapsi so nas opozarjali na nevarnost. Nehoté

smo si morali postaviti vprašanje: Ali ne bi mogli dobiti kako učinkovito sredstvo, ki bi bilo poceni—in tako v skladu z našim proračunom—in bi tudi imelo iste proteinske lastnosti, vendar pa ne bi povzročilo tako močnih reakcij, kot smo jih dobili z mlekom. Preizkusili smo navedena sredstva in ustavili smo se končno pri aktoprotinu, ki ga izdeluje tvrdka „Kaštel, d. d.“ v Zagrebu.

Aktoprotin je sterilna 4% raztopina kemijsko čistega caseina. Obenem je kazein dobro očiščen vsake maščobe in raznih drugih toksinov oziroma tomainov. Tekočina nekoliko opalescira ter jo prodajajo v sterilnih ampulah po 1, 2 in 5 ccm. Običajna aplikacija tega preparata je intramuskularna. Mogoče je pa tudi aktoprotin vbrizgati intravenozno, ker je preparat brez masti in se nam ni treba bati eventualnih maščobnih embolij. Na našem oddelku smo se navadili dajati aktoprotin intramuskularno zato, ker je ta uporaba vendar manj nevarna kakor intravenozna in ker je proteinska reakcija itak vezana na tkivo ne pa na krvni sistem. Beljakovine, ki jih dajemo intravenozno, se, predno se razkrajajo oziroma prebavljajo, odlagajo v tkivo in tam šele povzročajo reakcijo. Prednost aktoprotina je ta, da

	S t a r o s t										U s p e h					
	10-20l.		20-30l.		30-40l.		40-50l.		50-60l.		Skup. št.		ozdrav.		zboljš.	
	moški	ženske	moški	ženske	moški	ženske	moški	ženske	moški	ženske	moški	ženske	moški	ženske	moški	ženske
Ulcus ventr. et duodeni simplex et complicat.	11	5	90	26	206	43	156	68	187	43	650	195	12	2	638	193
Polyarth. rh. ac. et. subac.	52	36	67	59	20	32	12	20	12	16	153	163	114	123	39	40
Polyarth. rh. chr. prim. et sec.	3	3	10	2	7	10	5	13	11	27	36	65	4	7	32	58
Coxitis rheum. ac.	2	3	1	3	—	2	2	—	—	—	5	8	5	6	—	2
Coxitis rheum. chron.	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	2	—	1	1	1
Lumbago	—	3	2	5	8	3	3	4	3	1	16	13	7	6	9	7
Neuralgia, ischias, neuralgia n. trigemini	2	3	9	10	6	14	12	10	5	8	34	45	17	21	17	24
Herpes zoster	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	1	3	—	—	1	3
Tonsillitis, adnexitis	—	—	—	5	—	3	—	—	—	—	8	—	—	3	—	5
Malaria (provocatio)	—	—	10	—	1	—	—	—	—	—	11	—	11	—	—	—
Stomatitis aphthosa	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Pneumonia	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—

injekcija le zelo malo boli. Lokalna reakcija je minimalna: skoraj bi trdil, da je sploh ni. Tudi vročinska reakcija ne nastopi pri manjših dozah. Le tam kjer je bila ta zaželjena; smo z uporabo velikih doz po 5 ccm, oziroma še več dosegli, da je nastopila.

Aktoprotin ima vse indikacije proteinske terapije. Na našem oddelku smo v zadnjih petih letih uporabljali izključno samo ta preparat in sicer, kakor tabela kaže, v zelo veliki meri.

Ko sta Schmidt — Pribran in Grotte inaugurirala proteinsko terapijo z novoprotinom pri vseh želodčnih ozir. duodenalnih tvorih, smo poskušali tudi mi uporabljati sorodno sredstvo, to je aktoprotin. Pri vseh primerih, ki smo jih zdravili z akropotinom, smo našli v tej terapiji res dobro pomoč pri zdravljenju kljub temu, da potem nikdar nismo pustili v nemar običajne dietične in alkalične terapije. Kmalu smo spredvideli v primerih, ki smo jih zdravili samo dietično, da ima aktoprotinska terapija eminentno prednost, ker reši bolnika najhitreje neprijetnih krčevitih spastičnih napadov. Tudi splošno subjektivno stanje in apetit sta se pri teh bolnikih kaj hitro zboljšala. V bolnici, kjer morajo bolniki ležati zaradi želodčnega tvora dalj časa, smo naleteli ob sami dietični terapiji na odpor bolnikov, ki so mislili, da jih sploh ne zdravimo. Zaradi tega so bile aktoprotinske injekcije nepoučenemu bolniku tudi psihično velika uteha, saj je imel dojem, da ga zdravimo po vseh pravilih. Aktoprotin smo seveda uporabljali le pri absolutno gotovi diagnozi, prav posebno pažnjo pa smo obračali pri bolnikih, ki bolujejo na čiru, na eventualno tuberkulozne spremembe na pljučih oziroma na drugih mestih telesa. Ker pride pri tuberkuloznih procesih ponavadi zaradi proteinske terapije do aktiviranja procesa, je v vseh takih primerih, ki boleajo na specifičnem procesu, proteinska terapija kontraindicirana. V bolnici, kjer bolnika na podlagi fizikalnih rentgenoloških preiskav vsestransko preiščejo, ni taka preiskava delala nobenih težav. Ne oporekam pa, da bo praktičen zdravnik večkrat ravno pri želodčnih bolečinah v dvomu, da li nima opraviti z eventualno začetno tuberkulozo, ki — kakor vemo — pogostoma pričinja z želodčnimi težavami.

Vbrizgali smo aktoprotin previdno tipaje in stopnjevaje v manjših dozah tako, da nismo nikdar izzvali vročinske reakcije, in kakor se v bolnici polagoma vse šematizira, tako se je razvila tudi pri tej terapiji navada, ki jo danes še uporabljamo. Dajemo prve 3 dni po 2 ccm aktoprotina intramuskularno, naslednje 3 dni po 4 ccm aktoprotina intramuskularno in zadnje 4 dni po 5 ccm aktoprotina intramuskularno.

Ne morem trditi, da bi bilo zdravljenje z aktoprotinom bistveno za ozdravitev želodčnih tvorov, vendar nam daje aktoprotin možnost, da v najhitrejšem času ublažimo subjektivne težave bolnika. Za popolno ozdravljenje te bolezni bo pa dietični režim najboljša garancija, ki se ga bo bolnik tem raje oprijel, ker ne bo več imel težav.

Najbolj razširjena in najbolj znana je proteinska terapija pri revmatičnih boleznih bodisi akutnega bodisi kroničnega izvora. Naši primeri

ki smo jih zdravili z aktoprotinom, so z ozirom na razširjenost revmatičnih obolenj v naših krajih prav za prav zelo maloštevilni. To pa zato, ker smo si v začetku preveč obetali o efektih mlečnih injekcij, šele kolapsi in pa močne lokalne reakcije po takih injekcijah so nas pripravile do tega, da smo postali previdnejši, tako da v zadnjem času nismo dajali več mlečnih injekcij pri revmatičnih obolenjih, ki jih komplicirajo srčne napake. Vzrok za to so bile številne dekompenzacije srca zaradi hudih vročin, ki so jih povzročile mlečne injekcije. Tudi v svetovni literaturi so se kaj kmalu oglasili nasprotniki premočne proteinske terapije. Ravno dejstvo, da aktoprotin ne dela vročinske ne lokalne reakcije, nas je privedlo do tega, da smo pričeli posegati po tem preparatu. Razumljivo je, da smo poleg proteinske terapije z aktoprotinom pri vseh revmatičnih boleznih izvajali tudi drugo antirevmatično terapijo in sicer v prvih letih velike doze salicilovih preparatov (Aspirin, Natr. salic. v dozah 6—10 gr pro die). Splošno fizikalno terapijo: vroče kopeli, vroč zrak, faradizacija itd. V zadnjih 3 letih prevladuje na našem oddelku zdravljenje z piramidonom po Schottlerju in sicer v dozah, ki daleko presegajo maksimalno, to je 3—6 gr pro die. Zadnja terapija nas je šele osvobodila uporabe morfija, ki nam je bil preje edino sredstvo zoper hude bolečine pri sklepnem revmatizmu. Takozvanega hiperpiretičnega sklepnega revmatizma, to je sklepnega revmatizma z visoko vročino (39°—40° C) danes sploh ne poznamo več. Najboljše uspehe s piramidonom pa smo opazili pri takozvani septični polyarthritis. Akoravno smo v zadnjih letih temeljito spremenili naše mnenje o terapiji revmatizma in sicer, da se ne zadovoljujemo več s simptomatičnim zdravljenjem kot prej, temveč da skušamo doseči res kavzalno etiološko zdravljenje s tem, da skušamo najti septična ognjišča (tonzilarni absces, zobni granulomi itd.) in jih končno odstraniti, smo vendar prej ko slej v že navedenih primerih zdravili najprej simptomatično s piramidonom, proteinsko in fizikalno terapijo. In v teh primerih nam je aktoprotin kot proteinsko zdravilo pomagal v dozah 5—10 ccm do zboljšanja procesa tako hitro, da trpi pri nas bolnik le redkokdaj več nego 4 dni na akutnem procesu sklepnega revmatizma. Seveda nam je jasno, da tako simptomatično zdravljenje ne ozdravlja bolnika popolnoma, ker ga reši samo subjektivnih in objektivnih težav, ne vpliva pa na izvor bolezni. Zaradi tega ga tako zdravljenje ne osvobodi recidiv. Le z odstranitvijo tipičnega latenčnega septičnega ognjišča nam je mogoče bolnika popolnoma ozdraviti.

Najboljši uspeh aktoprotina smo zabeležili pri akutni poliarthritis, morda še bolj smo pa bili iznenadeni s terapevtskim uspehom aktoprolina pri revmatični koksitis.

Težje smo dosegli uspehe pri kroničnih obolenjih, vendar smo bili tudi tu včasih uverjeni o uspehu. Dozdevalo se nam je, da prav posebno pri že skoraj ankilotičnih procesih dobro vpliva aktoprotin, seveda smo pa pri takih močnih muskularnih atrofijah vezali proteinsko in antirevmatično terapijo (masaža, faradizacija, fiksne obveze). Nevralgije in nevritis smo

Panthesin Balsam

odpravi bolečine
in vnetja

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

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



Chemische Fabrik vorm. Sandoz, Basel, Švica

Pri kolapsu najrazličnejše
etiologije injicira se najprej

CORAMIN

SUBKUTANO

INTRAVENOZNO

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

CORAMIN-kapljic

Gesellschaft für Chemische Industrie
v Basel-u (Švica)

Zastopnik za Jugoslavijo:

Mag. Ph. Dragutin Kaiser, Zagreb,

Illica 40/II.



Radio-Therma Laško



Najučinkovitejše zdravljenje išiasa, revmatičnih obolenj, ženskih bolezni, znižanje kronnega 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 zaravniški preiskavi. Vštete so tudi vse takse). = Prospekte in informacije na zahtevo od uprave zdravilišča.

Rave

Br. 584

VENUS

antikonciptens 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—

Vzorce pošiljamo na zahtevo brezplačno:

Rave kemijsko-farmaceutsko d. d. Zagreb.

Najnovejše 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— Obširna ocena v prihodnji številki Z. V.

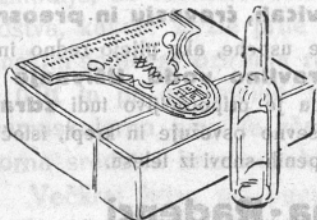
Glavno
mesto, kjer
deluje

Salyrgan

se nahaja v tkivu.

Zato je diureza ta-
ko močna in tole-
ranca izvrstna.

ORIGINALNO PAKOVANJE:
škalljica s 5 in 10 ampul. po 1
oziroma 2 ccm.



THEOMINAL

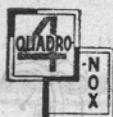
dominantni preparat za
lečenje hipertonijske
spastične motnje v krv-
nih žilah. Prepreči krče
krvnih žil, zboljšuje ob-
tok krvi skozi organe,
regulira krvni tlak. Ubla-
žuje očitno hitro in
trajno subjektivne te-
žave.

ORIGINALNO PAKOV. NJF:
Cevič 20 tablet, po 0,33 gr.

Bayer-Meister Lucius

Leverkusen ob Ranu

Zastopstvo: „JUGEFA“ k. d. Zagreb, Gajeva ul. 32.



V vseh slučajih asomnije, tudi v onih radi bolečin po operacijah, v stadiju bolezni ter v rekonvalescenci prinaša

QUADRO-NOX

okrepčujoče, normalno spanje, ki je po trajanju in globini slično fiziološkemu. — Posamezna doza $\frac{1}{2}$ — 1 tabl., v težkih slučajih do $1\frac{1}{2}$. Uspešno sredstvo tudi v psihijatriji (sedativum). Radi sestave je nevarnost škodljivih posledic in navade, ki se jih sicer bojimo, v veliki meri odstranjena. — Tablete po 0,6 gr. v cevčicah po 10 in 20 ter klinični omet. Za ljudi, ki se rano zbudijo kapsule od 0,25 gr. v školjkah po 10 in kliničnih ometih. Učinek nastopi tu ca. 4 ure potem, ko je bolnik prašek vzel. Vzorci in literatura po želji. Zdravilo je po uporabi in po ceni jako ekonomično.

„I S I S“ A. G. Zagreb 169



Bolni na želodcu, ledvicah, črevesju in preosnovi dosežejo pri zdravljenju izredne uspehe, ako pijejo redno in dosledno slavno **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**.

Zdravilišče Slatina-Radenci

ima 8 glasovitih vrelcev in edinstvene naravne ogljikovo-kisle mineralne in železne kopelji. — Sezona od 15. maja do 10. oktobra. Prospekte in pojasnila dobite pri vseh pisarnah Putnika in pri ravnateljstvu zdravilišča.

zdravili v splošnem vedno s proteinsko terapijo, najprej z aktoprotinom v dozah, ki ravno izzevejo še malo vročinske reakcije. Opažali smo ponavadi močno bolečinsko reakcijo, torej poslabšanje procesa, malo za tem pa trajno izboljšanje nevritičnih bolečin. Vse te uspehe smo videli le pri revmatični oziroma idiopatski etiologiji. Iluzorno bi bilo zdraviti simptomatično nevritis in nevralgijo (nevralgija po tumorju oziroma mrzel absces itd.) s proteinsko terapijo; zdravljenje take nevritide je možno samo z odstranitvijo primarnega procesa.

Nevritidam in nevralgijam soroden herpes zoster, katerega etiologije še ne poznamo popolnoma, tvori tudi indikacijo za proteinsko terapijo. Žal imamo le malo primerov na razpolago. Zdravili smo vse štiri slučaje z aktoprotinom (5 ccm intramuskularno) in s salicilovimi preparati (največ aspirin 6—8 gr pro die). Omenjeni 4 slučaji so bili izraziti primeri herpes zoster. V kolikor je pa nastopil herpes zoster kot simptomatičen pri drugih boleznih in smo ga zdravili z aktoprotinom, tega nisem posebej navedel. Dobili smo vtis, da so bolečine po injkcijah večinoma takoj preminile, ravno tako tudi, da mehurčki (vesiculae) kaj hitro usahnejo. Morda najboljši efekt aktoprotina pa smo videli pri stomatitis aphtosa, kjer so eflorescence (afte) po aplikaciji aktoprotina (5 ccm intramuskularno) čez noč izginile.

V državi kot pri nas, kjer se stalno meša južni živelj s severnim, ter naše vojaštvo preživlja svojo službo v krajih, ki so malarični, imamo tudi precej slučajev, ki jih malarija privede v bolnico. Ker je danes specifična terapija s kininom že precej znana, bolniki ponavadi že sami poskušajo to terapijo doma. S tem dosežejo to, da napadi za nekaj časa prenehajo, kljub temu, da niso ozdraveli. Šele sekundarne bolezni po kronični malariji (anaemija, neurasthenia, neuritis, neuralgia) jih pripeljejo v bolnico. Takrat pa ponavadi ne najdemo več plazmodijev v krvi. Če hočemo vršiti specifično antimalarično terapijo, moramo tudi najti v krvnem razmazu plazmodije, da identificiramo malarično bolezen. Zato rabimo provokatorna sredstva, kakor: mrzle prhe posebno v lienalni regiji, obsevanje vranice z višinskim solncem oziroma rentgenom, injkcije strihnina, plasmochin v dozah 0,01 in pa eventuelno proteinsko terapijo. Z aktoprotinom 5—10 ccm intramuskularno smo le včasih dosegli uspeh, ko so ostala druga provokatorna sredstva brez uspeha.

Večkrat kriza pri pneumoniji zakasni. Tu in tam obstoja nevarnost karnifikacije pljučnega tkiva, posebno pri primerih v bolnici, ki so itak težki. Nedavno smo rabili za aktivacijo takih oslabljenih reakcij telesa omnadin. Vzporedno z omnadinom smo zadnji čas poskušali aktoprotinske injkcije. Nekega res očitnega uspeha nismo videli ne pri eni ne pri drugi injkciji.

Če na kratko naštejemo še enkrat bolezni, v katerih smo uspešno rabili aktoprotin, moram ugotoviti, da so to v prvi vrsti ulcerozna obolenja želodčnega in črevesnega trakta, pri katerih aktoprotin znatno omili sub-

jektivne bolečine, revmatična obolenja bodisi sklepov, bodisi živcev in muskulature, kjer tudi objektivno vidimo zboljšanje lokalnega procesa na podlagi proteinske terapije.

Zbrali smo tiste primere, kjer je bil rabljen izključno aktoprotin. Veliko število teh primerov nam daje dovolj garancije, da se v mejah indikacije lahko pohvalno izrečemo o uspehih. Ostane pa vendar še vprašanje: post hoc propter hoc? Ako sploh priznavamo uspeh proteinske terapije, potem moramo seveda priznati tudi uspeh aktoprotina, ki ima pred drugimi preparati še to prednost, da ne dela večjih lokalnih oziroma splošnih reakcij. Nikdar tudi nismo videli, da bi se kakšna injekcija ognjojila. V sedanjih denarni krizi je ta preparat, ki se v naši državi proizvaja, tudi radi svoje nizke cene zelo priporočljiv.

Zusammenfassung:
Der Verfasser berichtet über gute Erfahrungen mit dem Präparate Akropolin der Firma Kaštel in Zegreb. Angewandt wurde das Präparat bei zirka 1000 Fällen. (Siche Tabelle!)

Primer ozdravljenega notranjega hydrocephala.

Dr. R. Bassin, vodja očesnega oddelka drž. šolske poliklinike v Ljubljani.

Pod dijagnozo „hydrocephalus internus“ razumemo prekomerno in pod zvišanim pritiskom stoječe zbiranje tekočine v možganskih ventriklih. V prejšnjih časih so razlikovali prirojen in pridobljen hydrocephalus. Vendar ne moremo striktno ločiti enega od drugega; možno je, da se razvije pridobljen hydrocephalus na podlagi kongenitalne dispozicije.

O. Foerster razločuje sledeče oblike hydrocephala:

- 1) Hydrocephalus oclusus v primerih, kjer ne obstoja nikaka komunikacija med ventrikli in subarahnoidalnim prostorom.
- 2) Hydrocephalus aresorptorius kot posledica pomankljive resorpcije likvorja po venoznem sistemu. Tu leži krivda na obolelih Pachionovih granulacijah.

Ti dve vrsti imata v glavnem svoj vzrok v meningealnih zarastlinah in obliteracijah, oziroma atrezijah resorbirajočih aparatov.

3) Hydrocephalus hypersecretorius. Njegov postanek nam razodeva že ime. Običajno je v zvezi z atrofijo žleze epifize, ki je antagonist hipofizi. Epifiza ovira produkcijo likvorja, dočim jo hipofiza pospešuje.

4) Hydrocephalus concomitans ex vacuo, ki se razvije pri kongenitalni atrofiji možgan.

5) Hydrocephalus ex vacuo rectorius nastopa pri skrčenju možganskega tkiva v zvezi s patološkim procesom (encephalitis, cirkulacijske motnje itd.). Odgovarjajoči ventrikel se pri tem vedno poveča v smeri možganske brazgojine.

Za diferencialno dijagnostično ugotovitev teh vrst hydrocephala nam služi encefalogram in pa jodov poizkus. Encefalogram sam nam pokaže

tipično sliko hydrocephala z razširjenimi ventrikli. Potek resorpcije likvorja kontroliramo z jodovim poizkusom, ki ga priporoča Foerster. Uporabljamo ga v splošnem za študij komunikacijskih prilik v možganih. Pri tem uvedemo 2 cmm 10% raztopine jodnatrija v ventrikel. V normalnih prilikah se pojavi po 15 minutah v duralnem mešičku; tekom $\frac{1}{2}$ do $\frac{3}{4}$ ure pa ga že zasledimo v seči.

Diferencialno dijagnostično pridejo v poštev sledeče bolezni, ki povzročajo zvišan intrakranijalni pritisk: Hydrocephalus, tumorji, pseudo-tumorji, guma, abscesi, parasiti, cirkumskriptne serozne meningitide in ciste. Glavna komponenta sindroma možganskega pritiska je glavobol ki ga povzroča natezanje dure. Bolečina eksacerbira od časa do časa. Pri globoki legi patološkega procesa v možganih je glavobol difuzen, pri površni se pa lokalizira dostikrat na mestu procesa.

Bolečina se stopnjuje pri gibih glave, pri bljuvanju in kašlju. Glavobol je torej eden prvih simptomov zvišanega možganskega pritiska; izjeme so pa kot povsod tudi tu. Drugi simptom je bljuvanje. Cerebralni značaj bljuvanja je tipičen, ker nastopa brez slabosti, na prazen želodec zjutraj v zvezi z glavobolom. Bljuvanje kot tako je pa izzvano po draženju bulbarnih centrov in labirinta. Tretji, za okulista važen simptom, ki spopolnjuje dijagnozo, nastopa na vidnem živcu. Dolžnost vsakega zdravnika je, da pregleda očesno ozadje v vsakem primeru glavobola z bljuvanjem. Poslabšanje vida običajno ne nastopa ob početku obolenja, temveč šele z razvijajočo se boleznijo. Oftalmoskopsko ugotovimo zastojno papilo, ki se razvije razmeroma zgoraj pri lokalizaciji procesa v zadnji lobanjski duplini. Navadno je bolj izrazita na strani afekcije. Pri dalj časa trajajoči zastojni papili pride do atrofije vidnega živca; posledica je propadanje vida. Ne zadostuje samo oftalmoskopski pregled ozadja. Naša dolžnost je, da natančno preiščemo tudi vidno polje. Slednje je običajno splošno zoženo s povečano slepo pego. Bolnik sam navaja zdravnika k očesni preizkavi z navedbami o perijodičnem zameglenju vida.

V zvezi z neuroretinitičnimi pojavi nastopa često metamorfopsija. Bolnik toži, da vidi predmete zveržene in poševno ležeče. V neposredni bližini optika nastali tumor vodi direktno do atrofije vidnega živca, brez prehodnega stanja zastojne papile. Predvsem pridejo tu v poštev tumorji sellae turcicae. Pri procesih v območju senc nastopajo razven navedenih simptomov še epileptični krči.

Za lokalizacijo procesa v možganih nam služi rentgenska slika. Na radiogramu lobanje opazamo zadebeline ali pa absorpcije lobanjskih kosti, poglobljene impressiones digitatae. itd. Radiogram izpopolnimo še potem encefalografije, ki jo je uvedel Dandy. V ta namen napolnimo še pred slikanjem ventrikle in arahnoidalne prostore z zrakom. Na podlagi takega encefalograma lahko ločimo tumor od hydrocephala.

Interesantni so diferencialno dijagnostični rezultati zastojskih papil, ugotovljeni na različnih klinikah. Tako navaja Uthoff med 220 primeri

zastojne papile tumor cerebri v 72.2% in hydrocephalus v 3.3%. Cords je našel med 73 zastojnimi papilami 34 tumorjev in 5 hydrocephalov. Iz tega sledi, da moramo pri zastojnih papilah vedno misliti tudi na hydrocephalus.

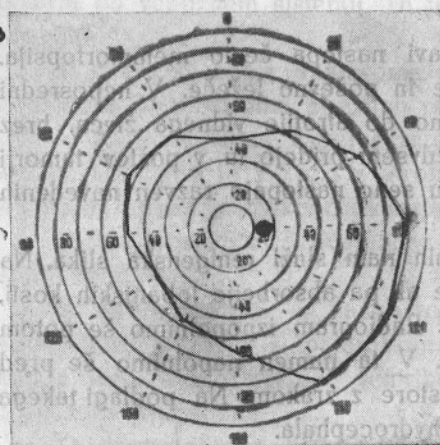
Pri terapiji ima okulist radi nevarnosti oslepitve važno besedo. V slučajih, kjer se bolnik protivi operaciji, dosežemo trenutno zboljšanje z živosrebrno kuro. Marburg priporoča globoko obsevanje horioidalnega plexusa z rentgenovimi žarki. Sgalitzer je mnenja, da se potom obsevanja z rentgenovimi žarki zmanjša tvorba likvorja in zboljša hydrocephalus. Živčna klinika v Berlinu zavrača s kliničnega vidika Sgalitzerjevo mnenje; vendar ga moj primer v celoti potrjuje.

P. Ljudmila stara 11 let.

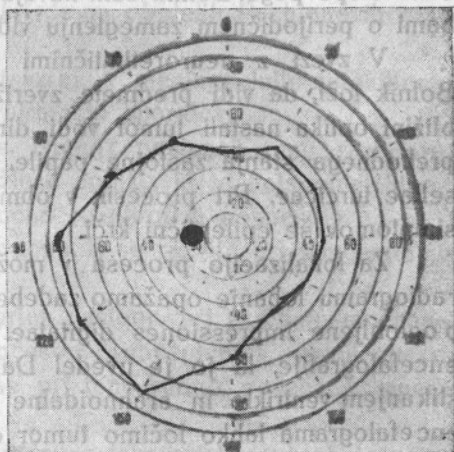
10. XI. 1932 Anamneza: Oče izpove, da ima hčerka že tri leta močan glavobol. Par mesecev po nastopu glavobola se je pojavilo bljuvanje, predvsem zjutraj na tešče. V kasnejših mesecih je bilo bljuvanje pogostejše. Temu se je še pridružilo šumenje v ušesih. Zadnji čas opaža pacientka poslabšanje in zameglenje vida. Družinska anamneza bres posebnosti.

Status praesens: Desno oko: vnanji deli so normalni. Reakcija zenice promptna. Leča in steklovina sta čisti. Na ozadju je papila rdečkaste barve radijarno progasta. Močan edem papile se razširja na okolico mrežnice. Posledica je, da je papila nejasno omejena in izbočena. Vrh Vzbokline znaša tri dioptrije. Vene so močno razširjene in potekajo vijugasto iz sredine papile. Arterije so v hiperemičnem tkivu komaj vidne. Na papili in njeni okolici so raztresene male krvavitve z radijarno lego. Vidno polje desnega očesa je v splošnem nekoliko zoženo. Slepa pega je razširjena. Vid desnega očesa znaša $\frac{5}{6}$ (šl. 4).

Levo oko: Vnanji deli normalni. Reakcija zenice nekoliko počasnejša. Na ozadju je zastojna papila bolj izrazita od desne. Vrh vzbokline na papili znaša štiri dioptrije. Radijarno razmeščene krvavitve so obsežnejše in



Vidno polje desnega očesa.



Vidno polje levega očesa.

številnejše kakor na desnem očesu. Slepa pega je močno povečana. Vidno polje je v splošnem zoženo od 10 do 15 stopinj. Vid levega očesa znaša $\frac{5}{7}$. 5.

Na levem očesu obstoje relativni centralni skotomi za rdečo in zeleno barvo. Ker je anamneza na lues bila negativna, izvid urina istotako, prihaja v glavnem v poštev tumor ali hydrocephalus. Radi natančnejše ugotovitve sem poslal bolnico na zagrebško kliniko. Prvi neurološki klinični izvid je pokazal le lahko naznačen Kernig. Iz radiograma je razviden znatno povečan intrakranijalni pritisk. Radi natančnejše ugotovitve je bila napravljena encefalografija, ki je pokazala hydrocephalus apertus. S pomočjo jodovega poizkusa so ugotovili močno hipersekrecijo likvorja. Uvedeno je bilo globoko obsevanje z rentgenovimi žarki po navedbah Sgalitzerja na obeh sencih. Deklica je bila obsevana z rentgenom šest dni zaporedoma in sicer izmenoma desno in levo sence. Prva posledica teh zaporednih obsevanj je bila, da so pacientki izpadli lasje po vsej glavi razen na temenu. Dva dni po končanem obsevanju sta ponehala glavobol in bljuvanje. Sledil pa je močan rentgenski šok, ki je trajal z malimi presledki od srede decembra do začetka februarja letošnjega leta. V tem času je še večkrat nastopilo bljuvanje. Med drugim in tretjim februarjem je bilo stanje najbolj kritično. Po 4. februarju sta glavobol in bljuvanje popolnoma ponehala in se nista do danes več pojavila. Pacientka se je rapidno opomogla, dobila je apetit ter se telesno dobro okrepila. Oče je izpovedal, da je otrok sedaj normalen tudi v vseh drugih ozirih.

Izvid z dne 15. marca 1933:

Desno in levo oko: Reakcija zenice promptna. Na ozadju je zastojna papila popolnoma izginila brez sledov.

Vid na obeh očeh znaša: $\frac{5}{5}$ do $\frac{5}{4}$ (št. 3). Centralnih skotomov nima. Vidno polje je normalno.

Iz gornjega je razvidno, da je bil uspeh obsevanja popoln. Efekt zdravljenja je bila restitutio ad integram. Želim samo, da ostane rezultat trajen.

Zusammenfassung:

Dr. R. Bassin, Augenspezialist, Ljubljana. Bericht über einen geheilen Fall von Hydrocephalus hypersecretorius mit beiderseitiger Staungspapille. Der Fall erfuhr in sechs aufeinanderfolgenden Sitzungen tiefe Röntgenbestrahlung. Nach einigen Monaten der Bestrahlung vollkommen negativer Augenbefund mit aufgehobenen Erscheinungen des erhöhten intrakraniellen Druckes.

Literatura:

Kroll, M.: Die neuropathologischen Syndrome 1929.

Sgalitzer, M.: Ueber die Art der Einwirkung der Röntgenstrahlen bei Hirntumoren. Z. Augenheilk. 64.

Schieck, F. und Brückner, A.: Kurzes Handbuch der Ofthalmologie, Band VI. 1932.

Slučaj spontane rupture simfize med porodom.

Dr. Albert Trtnik, Ljubljana.

Rupture simfise pri normalnih porodih so dovolj redke. Zato hočem tu poročati o slučaju spontane rupture, ki se je kot taka ugotovila šele dva meseca po porodu.

19. VI. 1930 se je javila v ordinaciji ga. M. F., 25 let stara. Rodila je pred 2 mesecema pravočasno. Prihaja k zdravniku, ker težko hodi, ima bolečine v križu in kolkih ter v celem spodnjem delu života.

Anamneza: Je 4. otrok v rodbini, poleg nje je še 7 drugih otrok, ki so vsi zdravi; oče in mati živa. Shodila je s 13. mesecem, prebolela ošpice, sicer ni bila bolna, tudi v šolski dobi je bila vedno zdrava. Prve menses s 14. letom, redno na 4 tedne, brez bolečin. L. 1929 je zanosila, nosečnost je potekla normalno, ne spominja se, da bi v nosečnosti imela kake bolečine; 1 teden pred porodom je baje padla na kolena. Dne 18. IV. 1930 ob 14. uri je odtekla plodna voda, okoli polnoči je dobila večje popadke, ob $\frac{1}{2}$ je bil porod. Babico je klicala ob $\frac{1}{2}$ 18 h. Ko je nastopila zadnja faza poroda, je babica položila porodnico v stransko lego ter dala desnogo porodnice sebi za vrat. Tako je nastal nekak viseči položaj, da se kolki porodnice niso dotikali ležišča. Ko je prešla glavica skozi spodnjo medenično odprtino, je bolnica takoj začutila silne bolečine v desni nogi. Po porodu je niso smeli popolnoma nič obrniti. V predelu sramnega stika je nastal otek. Prenašanje in premikanje porodnice je bilo združeno vsakokrat z velikanskimi bolečinami, ki so bile najhujše prvih 10 dni. Poskus vstati se radi silnih bolečin po 8 dneh ni posrečil. Na 4. dan poklicani zdravnik je konstatiral, da so bolečine od vnetja živcev; tekom 3. tedna poklicani medicus je bil mnenja, da gre za nevralgijo v sacroiliacalnem sklepu. Porodnica je polagoma vstala s postelje. Njena hoja pa je postala zibajoča (racajoča), ter je bila v začetku mogoča le s upiranjem na kak predmet, največ tako, da se je oprijemala stola ali se držala za voziček. Sedaj, po 2 mesecih, se premika sama toda z veliko težavo in čuti bolečine v obeh nogah.

Status praesens. Pacientka je srednje velika, primerno rejena, z dobro razvitim mišičevjem; okostje je brez deformitet; zobje so dobri, nikjer nobenih znakov kake prestane rahitide. Notranji organi ne kažejo nobenih patoloških znakov. Hoja je očitno racajoča.

Pri preiskavi medenice sem opazil, da je dotiklaj zlasti v sredini ob simfizi boleč, posebno občutljivo je stisnjenje medenice od strani, ali poskus, medenico razširiti. Pri olipanju simfize je roka našla razo.

Iz tega sem sklepal na rupturo medeničnega obroča v sramnem stiku.

Preiskava z rentgenom je mojo diagnozo potrdila. Rentgenfilm kaže: diastaza simfize za 4 cm.

Ker je prešlo od poroda že 60 dni, ni bilo od kake konservativne terapije pričakovati uspeha, kot bi bilo to mogoče pri pravočasnem diagnosticiranju. Napravil bi se bil cingulum z leukoplastom okoli kolkov ali kaka slična fiksna obveza. V danem primeru je ostal na razpolago edino operativni poseg, ki se je pa z ozirom na to, da je mati otroka dojila, odložil do jeseni. Da se zagotovi stabilnost medenice, ki je sedaj bila kot prelomljen obroč, smo se morali zateči k operativnem fiksiranju. Operacijo je izvršil po zelo originalni svoji metodi (Bolzung) 28. X. 1930 g. primarij dr. Minař v Sploš. bolnici v Ljubljani, o čemer bo sledil poseben referat.

Operacija je popolnoma uspela; bolnica hodi povsem normalno in lahko opravlja vsa svoja domača dela.

Ako pogledamo na ta v porodniški praksi precej redek pojav spontane fracture a intra partum, se nam je ozreti na te posebne okolnosti, ki tako fracturo lahko pospešijo.

Babice imajo navado, da prevržejo porodnice v zadnji fazi poroda v stransko lego, da bi se na ta način razširil izhod medenice za $\frac{1}{2}$ —1 cm. Pri tem si dajo navadno desno nogo porodnice na vrat. Ako je slučajno postelja nizka, babica pa večja od porodnice, visi pri tej nekoliko nenavadni legi vsa teža porodnice takorekoč v zraku. Če se tedaj v zadnjem trenutku še zahteva od porodnice močan pritisk, se dobi na koncu v paralelogramu sil glavni pritisk proti simfizi in je ruptura simfize na ta način mogoča. Iz pregleda otroka je bilo posneti, da so bile mere glavice normalne.

Iz navedenega slučaja bi bilo konkretno povzeti to-le: Po vsakem porodu, ki je sicer normalno potekel, kjer pa čuti porodnica bolečine v kolkih in v sravnem stiku in zlasti pri hoji, ozir. pri poskusih obračanja, je treba natanko pregledati simfizo in opredeliti vrsto bolečin in njihov izvor. Zlasti se to lahko ugotovi s poskusom stisnjenja ali razširjenja medenice. Na ta način ugotovimo, če ni mogoče na katerem mestu prekinjen medenični obroč, ozir. če je nastal v njegovem obsegu v občutljivih mestih, kakor so simfiza ali sacroiliacalni sklepi, kakšen večji hematom. Najbolj pa nam bo naš sum pojasnila rentgenova slika.

Babice bi se morale opozoriti na neumestnost zgoraj opisanega postopka ter naj ne bi spravljale porodnic v tako nevarnost s tem, da si v svoje olajšanje polagajo porodnično okončino na ramena.

Zusammenfassung.

Bericht über einen Fall einer Spontanruptur der Symphyse intra partum. 25 jährige, gesunde Primipara, ohne vorherige Krankheiten, gebärt am normalen Schwangerschaftsende, mit Hebammenassistenz. Spürte beim Durchtritt des Kopfes sofort grosse Schmerzen in der Schamfuge und im rechten Bein. Gehen war nicht möglich vor 2 Monaten und dann nur mit fremder Hilfe. Stellt sich nach 2 Monaten dem Arzte vor, der einen typischen Entengang bemerkt und eine 4 cm breite Spalte in der Symphyse konstatiert. Operative Befestigung des unterbrochenen Beckengüstels durch Bolzung mit Tibiaspan. Gueter Erfolg. Erklärung der Fraktur der Symphyse, welche wahrscheinlich dadurch entstanden ist, dass die Hebamme den rechten Fuss den Kreissenden sich um den Hals

legte, um bequemer zu assistieren, als sie den Damm schützte; dabei kam das ganze Becken in eine Schwebelage, wobei noch der Druck des Bauchpresse eine Verschiebung im Kräfteparallelogram bewirkte. Autor lenkt die Aufmerksamkeit darauf hin, dass in jedem Falle grosser Schmerzen nach der Geburt, die Symphyse genau — ev. mit Rtg. —, zu kontrollieren ist.

Na-Evipan-narkoza.*

J. Kallay - Ljubljana.

V št. 6—7 Z. v. piše dr. Červinka o pomenu Na-epipan narkoze, kakor da bi bila brez nevarnosti.

Veliko je autorjev, ki so tudi tako optimistični kakor Červinka in pripočajo omenjeno sredstvo za ambulantno prakso kot popolnoma nenevarno. Medtem imajo drugi avtorji zopet slabe izkušnje. Naj omenim samo naslednje:

Moerl (Zeitschr. f. Chir. 1933/15) je imel v enem slučaju po 3 minutah smrt vsled slabosti srca; v 14. številki istega časopisa je opisan slučaj težke in nevarne motnje dihanja. Anschuetz (D. m. W. 1933/20.) je našel pri različnih avtorjih 8 (osem!) smrtnih slučajev, 7 motenj dihanja in 5 tromboz. Dosedaj je znanih že čez 25.000 Evipan-natrium-narkoz. Obnesle so se v kirurgiji, ginekologiji, porodništvu in zobozdravilstvu. Kljub temu sredstvo še ni za ambulantno porabo, kakor je razvidno iz predstoječega. Po mojem mnenju bo dobro še malo počakati.

IZ ZDRAVNIŠKIH DRUŠTEV

5. sestanek Mariborskih bolniških zdravnikov dne 16. VI. 1933.

1. Dr. Radšel predstavi 13-letno ciganko, ki se je zdravila na medic. odd. radi malarije tercijsane. Par dni po odpustu iz bolnice so nastopili pri mladenki epileptoidni napadi, katerim je sledila monoplegija leve zgornje ekstremitete, ki pa se je kmalu povsem popravila. Ta monoplegija se je ponovno vračala in izginjala. Dasi poznamo pri malariji slične cerebralne forme, je vendar verjetno, da je monoplegija posledica epileptičnega stanja.

2. Dr. Lutman demonstira slučaj traumatične epilepsije (Jackson) pri 40-letnem šolskemu slugi. Trauma se je dogodila leta 1914 po granatnem drobcu. Takrat je imel epileptične napade, od tedaj pa do danes je bil popolnoma zdrav. Sedaj je po 18-letih dobil ponoven epileptični napad. Lokalizacija defekta na lobanji; desna precentralna vijuga. Monoplegia facialis. Vzrok napadom je brazgotina in event. sekvestri. Radi redkih napadov se operacija za sedaj odklanja in bi sledila le v slučaju pogostejših napadov.

3. Doc. Dr. Matko prikazuje slučaj akutno nastopivše motorične, deloma tudi senzorične afazije pri 64-letnem bolniku. Vaskularna hipertonija

* Da je samo tiskarski škrt kriv, če smo napravili iz ženske bolnice v Novem mestu kliniko, je bilo — upam — vsem kolegom jasno. Opomba uredništva.

(RR-230/II) Nikakih znakov hemiplegije. Predavatelj zaključuje, da gre tu za krvavenje in vsled tega delno prekiñjenje kortikalnih in subkortikalnih prog, predno zavijejo v notranjo vrzel. (caps. interna).

4. Dr. Radšel prikazuje bolnico z retropharygealnim abscesom. Lahak cervikalni gibbus. Napadi težke dispnoe. Absces se izpraznuje postopoma in se vanj injicira 2—3 cm Hamburgerjeve mešavine. Sledi debata o učinku in vrednosti imenovane mešavine, ki sestoji iz tinkt. jodi in tekočega parafina.

5. Dr. Houška demonstrira slučaj medijaslnalnega empijema na desni strani, ki je per necessitate predrl na sprednji steni oprsnika v višini 7. rebra v prednji pazdušni çrti. Prvotno je bolnica ki je stara 9 let, imela eksudativno pleurito na desni strani. Ta je po poldrugem mesecu izginila in zapustila bazalno močne adhezije. 3 tedne pozneje je nastal empijem. Subfreničen absces se izključuje, ravno tako tudi caries reber in hrbtenice. Gnoj sterilen.

6. Asist. Dr. Vrbnjak opisuje slučaj tumor testisa, ki je prvotno imponiral kod hidrokela. Pri operaciji je našel cističen tumor, ki je razmeroma redek pojav. Gre za takozv. Theratoblastoma cysticum chorioepithelioides.

7. isti: abdominalni tumor desno ob popku, ki je imponiral kot tumor colonis transversi. Pijelografija: ren v normalnem položaju. Cholecystografija: pozitivna t. j. žolčni mehur se ni napolnil s kontrastom, torej je verjetno duct. cysticus obstruiran. Pacijentica ni imela nikdar nobenih napadov (kolik). Pri operaciji se je našel velik podolgovat žolčni mehur, ki je segal v trebuhu skoro do popka. V mehurju je bilo kakih pol tucata kamnov v velikosti oreha, manjših pa več.

8. Prim. Dr. Lavrič poroča o kaznjencu, ki je priznal, da je pojedel v teku dveh mesecev več kosov železa. Pri operaciji je našel v želodcu 11 komadov 10—15 cm dolgega železja 1—2 cm debelega, med tem tudi kos litega železa debel kakor večji svinčnik. To železje je ležalo torej 8 tednov v želodcu brez posebnega kvarnega upliva.

9. isti: slučaj Lymphogranulome z infausno prognozo. V svojem kratkem pregledu teh tumorjev omenja tudi slučaj iz Radoničićeve klinike v Zagrebu, kjer opazujejo pacientko z operiranim Lymphogranulonom že enajsto leto. Pod stalno kontrolo se vsaka novoponavljajoča žleza ekstirpira in preišče. Sledi živahna diskusija.

St. L.

6. sestanek mariborskih bolniških zdravnikov dne 30. VI. 1933.

Sestanek otvarja gosp. doc. Dr. Matko z demonstracijo bolnice s tipično mitralno insuficijenco, nakar sledi kratko predavanje o srčni diagnostiki, predvsem pregled različnih oblik insuficijence. Nato predstavlja Dr. Houška slučaj tipične aortne insuficijence z pozitivnim War. Srce je nekoliko razširjeno, zlasti v levo, z glasnim sistoličnim in diastoličnim šumom decrescendo karakterja. Prvi zvok je trd z lahkim presistoličnim šumom. Durozierov fenomen je pozitiven. Puls ima značaj celer, altus.

Bolnica je v kompenziranem stadiju. Postoji tudi sum tkzv. Flintove stenoze, vendar je ta redka in se s sigurnostjo ne da določiti. Gosp. doc. cent replicira na to razpoznavo aortne insuficijence z njenimi kardinalnimi simptomi. Ker ima bolnica tudi lahko golšo, je jod kot antiluetikum kontrindiciran. V poštev pa pride antiluetična kura z bizmutom in neosalvarsanom v malih dozah in z velikimi intervali radi event. nastopa prejakih re-

akcij, predvsem radi nevarnosti zatvora venčastega ožilja (kronark) in s tem do težkih anginozoidnih napadov.

Prim. Dr. Lavrič: 1. Slučaj neurofibromatoze Recklinghausen (izide in extenso v Zdravn. Vestniku).

2. Slučaj nephrolithiasis, pri kateri je že normalni rentgenogram pokazal senco konkrementa. Diagnoza je bila še bolj sigurna po retrogradni pijelografiji, ki je pokazala, da leži kamen v pelvisu. Napravljena je pijelotomija in konkrement ekstrahiran, nato primarni šiv pelvisa. Bolnica je zdrava odšla.

3. Slučaj choledocholithiasis z obstrukcijskim ikterusom in cholangitisom. Radi visoke starosti operacija ni prišla v poštev, zlasti še, ker je ikterus že po par dneh izginil, temperatura pa padla na normalo. Intravenozne injekcije glukoze in insulina. Ko se je stanje že precej popravilo je naenkrat nastopil coma hepaticum. V tem slučaju intrav. injekcije 10% otopine acidi lactici. Eksitus. Pri obdukciji: velik kamen v choleduchusu. Fistula cholecystoduodenalis, cholangitis, abscesus multiplex hepatis.

Živahna diskusija, v kateri sodelujeta predvsem doc. Dr. Matko in Dr. Lavrič.

Kot zaključek sledi demonstracija patol. anat. preparatov prosekture.

a) Cholecystitis gangraenosa (žolčni mehur perforiral v duodenum.) supurativna cholangitis.

b) Echinokokus jeter, kot postranska najdba pri dekompenzirani napaki srca.

St. L.

VPRAŠANJA IN ODGOVORI

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

Odgovor: Metoda, ki je dovolj precizna in ki bi se vendar mogla uporabiti brez večjih laboratorijskih instalacij, je določevanje krvnega sladkorja po Hagedorn-Jessenu. Metodo bi mogel vsestransko priporočati. Potrebne reakcije se povsod dobe.

Docent dr. D. Borić, Beograd.

IZ MEDICINSKIH ČASOPISOV

Liječnički vjestnik

April 1933 — Dr. Ivo Stipičić — Sisak — Profilaksa in zdravljenje endemične golše. — Pri označki endemična golša opozarja avtor na dejstvo, da nam to ime označi samo teritorialni faktor problema, ne upošteva pa vzroke in formo, posebno pa ne funkcionalne razlike golše. Nimamo pravice imenovati golšo že vsako povečanje ščitnice. „Golša“ naj bi služila samo za one slučaje povečane ščitnice, kjer imamo tudi patološke spremembe ščitnice. Golša, ki je potrebna zdravljenja ima poleg spremenjenega delovanja v smislu prevelikega ali pomanjkljivega delovanja, tudi zelo spremenjeno anatomsko makro — in mikroskopično strukturo. Glede profilakse in zdravljenja golše moramo najprvo ločiti, s kakšno vrsto obolenja imamo opraviti. Pisec loči po Wagner Jaureggu:

1. alpsko ali hipotireotično golšo, ki se javlja v planinskih krajih in katero so v prejšnjih časih imenovali endemično golšo. Ona je združena s pomanjšano sekrecijo ščitnice (endemični kretinizem, endemično glušnostjo in miksedemom). Te vrste golš so povečini parenhimatozne golše, ki ne kažejo nikake preobčutljivosti in prenašajo dobro jod.

2. ravninsko golšo tipa Gdansko (Liek, Feldmann) ali hipertireotično, ki nastopa običajno v krajih, ki so bogati na jodu v bližini morja ali dolinah rek. Ona je bogata na koloidu in se ne javlja v parenhimotozni formi; tudi ne nastopa pri novorojenčkih in se nikoli ne javlja kot endemični kretinizem, zato pa ima izraziti tip Basedowa. Ta forma golše je zelo občutljiva na jod in je raditega nujno, točno nadzorovati količine joda, ki jih jemlje bolnik, drugače lahko nastopi jodov Basedow. Precej na dolgo se bavi pisec z vlogo joda pri delovanju ščitnice, istotako proučuje tudi možnosti upliva prisotnosti ali pomanjkanja joda v zemlji, prehrani, vodi in zraku. Na podlagi bogate literature prihaja do zaključka: Jod je brez dvoma nujno potreben za normalno delovanje ščitnice ki je tudi glavni sedež vseh patoloških sprememb pri „endemični golši“. Gre za jako male količine, ki se gibljejo v višini od 0.0001 gr. ali 1008 dnevno, ki jih dobiva organizem iz hrane, zraka, vode. Pomanjkanje teh, četudi komeopatskih količin joda je eden od direktnih ali indirektnih vzrokov naslopanja golše. Radi tega je logično, da bomo v takih slučajih dajali te minimalne količine joda v profilaktične in zdravilne svrhe.

Pisec opisuje tudi upliv joda na duševni in telesni razvoj otrok. Prehaja nato na opisovanje današnjega stališča pri zdravljenju in profilaksi golše in kako se ta praksa izvaja v raznih deželah. Končno se bavi tudi s škodljivimi posledicami joda, ki jim ne prepisuje posebne važnosti in katerim se s strogim individualiziranjem lahko izognemo. Autor izraža upanje da smo na pravem potu v borbi proti temu zlu.

Dr. Roman Mohylnyckyj — Poznan — priobčuje slučaj klinično dijagnostičiranega morbus Gaucher.

Dr. Jos. Breitenfeld — Zagreb — Doprinos k poznavanju t. zv. perijodične oftalmoplegije. V tem obširnem spisu se bavi z problemom perijodične oftalmoplegije na podlagi slučajev, ki jih je imel priliko zasledovati dalj časa. En slučaj natančno opiše. Zadeva namreč 10 letno deklico, hereditarno obremenjeno, ki že 4 leta trpi na hudi migreni. Bolečine se lokalizirajo deloma levo, deloma desno. Par dni po nastopu bolečin se pojavi (paraliza) omrtvelost abducensa boleče strani. Ta paraliza izgine v nekaj dneh oziroma tednih. Pri enem slučaju, kjer so bile bolečine obojestranske, je opazil močnejše obeh abducensov.

Natančna neurološka preiskava ni nudila nobenih posebnosti razen lahke kongenitalne atrofije desne noge. Tudi farmakološke preizkušnje so izpadle negativno; ravnotako rentgenogram možgan. Lues skoro gotovo izključena.

Autor prištevata ta slučaj v od Charcots in Oppenheima opisane grupe oftalmoplegične migrene. Pisatelj je mnenja, da nastopijo oftalmoplegični simptomi vsled motenj v krvnem obloku baze možganja. Opisani slučaj alternirajoče, perijodične paralize abducensa je v strokovni literaturi osamljen in gotovo zelo redek.

Dr. Božidar Lavrič prinaša „slučaj parcijelne hondrodistrofije“ „pri katerem so lepo izraženi mala rast, mikromelija zgornjih okončin, jaka apozicija kostnega tkiva na onih mestih, kjer imamo normalno a v ne toliki meri, ukrivljenje in zadebeljenje diafize nadlaktičnih kosti in destrukcija ter deformiranost nekih epifiz. Lepo pisani članek pojasnjuje lepi in prepričevalni rentgenogrami.

Prof. L. Bologna iz Bukuresta opisuje zgodovino in razvoj naravoslovnih ved in medicine v rumunskih šolah.

Dr. Ivan Višnjovski v članku „Moderna terapija lupus vulgaris“ prinaša praktičen slučaj, ki naj pordí, da je edina pravilna terapija vulgarnega lupusa splošna terapija, ki naj dvigne oslabele imunobiološke sile. To se najlože doseže s kombiniranim zdravljenjem s Hermannsdorferjevo dijeto, obsevanjem z ultravijoletnimi žarki in starim Kochovim tuberkulinom.

Maj 1933. — Prof. dr. M. Jagić — O srčnih bolečinah in angina pectoris. — Besedo „angina“ pectoris rabimo splošno v medicini za celo vrsto različnih bolečnih občutkov v okolišu srca. Potrebno je pa da ločimo te različne vrste bolečin ne samo iz teoretskih ampak tudi iz praktičnih prognostičnih in terapevtskih razlogov. Različna stanja, ki nam nudijo sliko angine pectoris lahko razdelimo na:

1. afekcije koronarnega ožilja; tu pridejo v poštev anatomske in funkcionalne motnje ter njihove mogoče kombinacije.
2. aortalgija, to so tipične bolečine okoli aorte, ki so neuralgičnega porekla vsled razširjenja obolele aorte.
3. akutno prekomerno razširjenje srca vsled nagle insuficijence.
4. mijokarditis vsled direktnega razdraženja srčnih živec.
5. bolezní perikarda.

Klinična diferencijalna dijagnoza teh posameznih grup včasih ni enostavna in lahka. Tu nam bo pomagala lokalizacija, način izžarevanja, intenziteta in dolgotrajnost bolečin; gotovi drugi simptomi nam bodo tudi dobro služili. Včasih bomo mogli postaviti točnejšo dijagnozo le ex iuvantibus. Tako nam bo ponehanje bolečin po zauživanju antineuralgikov kot so piramidon, antipirin, in dr., govorilo za aortalgijo. Tako nam bodo nitriti dobro služili pri krču koronarnega ožilja. Pri slučajih prekomernega razširjanja srca vsled insuficijence nam bo dobro služil digitalis in njega preparati. Autor imenuje „angina pectoris“ one bolečine ki nastopijo vsled sprememb v koronarnem ožilju in v krvnem obtoku srčnega mišičja. Bolečina je v teh slučajih povzročena od ishemije myokarda. To ishemijo lahko povzroči krč koronarij (angina pectoris simplex) ali tromboza koronarije in tedaj imamo Myocardinfarkt. Važna je diferencijalna dijagnoza teh dveh oblik. Tako imamo pri angina pectoris simplex opraviti s pacijenti, ki radi bolujejo na migrenah, so zelo občutljivi na nikotin in so sploh podvrženi vasomotoričnim motnjam. Napadi nastopijo posebno pri gibanju, pri psihičnih razburjenjih in vsled uplivov mraza. Trajajo pa zelo malo časa in imajo izrazito nagnenje do ponavljanja ter se umirijo čim neha dražljaj, ki jih je izzval. Bolečine se lokalizirajo v gornjem delu prsnice in izžarevajo proti levemu ramenu. Zelo promptno odgovarjajo na nitrite.

Nasprotno se dogaja pri trombozi koronarnih žil. Tu se napadi javljajo pri polnem mirovanju in trajajo dolgo časa (status anginosus) ter izredno bole. Tu se ne more pomagati niti z morfijem. Lokalizirajo se v spodnjem delu prsnice in izžarevanja v obeh rami. Pogosto nastopa med napadom bljuvanje. Nitriti ne pomagajo. Puls je mali, obstojata tahikardija, v teh slučajih pride do močne srčne insuficijence, ki se navačno ne da umiriti z običajnimi kardijotoni. Imamo tudi karakteristične elektrokardijografske spremembe, ki trajajo lahko po več tednov. Na koncu prinaša in opisuje avtor detajle teh elektrokardiogramov, ki se opažajo pri poizkusih na živalih katerim so podvezali koronarne arterije, in na kliniki pri obeh oblikah anginae pectoris.

Dr. M. Kamin — Ljubljana prinaša zelo interesantno študijo o „reakcijskih oblikah meskalinovega opoja pri duševno nediferenciranih“ in prihaja do zaključka, da vidimo pri duševno nediferenciranih meskaliniziranih v bistvu vse tiste elemente doživljanja, ki priličejo tej umelni psihozi.

Dr. Miroslav Delič: Principi zdravljenja kostne in sklepne tuberkuloze v državnem zdravilišču v Kraljevicu. Autor članka je proti preneglemu in izključno operativnem zdravljenju, zavzema se boj za klasično konservativno zdravljenje a polaga pri tem veliko važnost ne samo na morebitno imobilizacijo in operacijo ampak tudi na klimatično terapijo katere se v Kraljevicu zelo veliko poslužujejo.

Dr. Vl. Bazala prinaša članek: Josip Lalič v borbi proti pasji steklini. Lalič (1796—1862) je bil učitelj v Vrbovskom in se je bavil z zdravljenjem pasje stekline. To zdravljenje je obstojalo v uživanju gentianae cruciatae in v lokalnem mazanju in obliži iz rožmarinovega cveta poleg posebne diete in čistil. To metodo je baje Lalič povzel od ljucstva v Bozni 1808 in jo je izpopolnil.

Juni 1953. — Dr. Stj. Vidaković. — Zagreb: Medikamentozno zdravljenje med porodom. — Preparati hipofize delujejo na maternico in dovedejo do spastičnih kontrakcij že pri minimalnih dozah. Raditega je potrebna največja pažnja pri aplikaciji teh preparatov. Isto velja tudi za pituitrin, pituglandol in druge preparate hipofize. Kamm je napravil velik napredek s tem, da mu je uspelo ločiti preparat v dve snovi z različnim delovanjem. Na ta način je dobil pitocin z izključnim delovanjem na maternico in pitresin, ki deluje hipertonično. Tem preparatom odgovarjata Bayer-jev orasthin in tonaphin. Izgleda, da ni točno, kar pišejo o thymophysinu, kateremu pripisujejo velike prednosti nad ostalimi hipofizernimi preparati, češ, da draži in povzroča ritmične kontrakcije in da ne povečava krvni pritisk ter da ne pride do asfiksije otrok. On ima v resnici večjo prednost ali le tedaj, če se ga da po pravilnem predhodnem obdelovanju s kininom. Razni drugi ameriški preparati, kot je na pr. thytnitary nam dajo iste učinke in so enakovredni thymophysinu. V tretji peritodi poroda pridejo še v poštev preparati Segale cornut. (Cynergen). V slučajih le, kjer hočemo pospešiti porod, injiciramo lahko hipofizerne preparate intravenozno. Pisec odklanja preparate hipofize v dijagnostične svrhe.

Po-pešenje poroda po metodi Watson-Steina se je obneslo pri gotovih indikacijah. Pri spastičnih popadkih, pri katerih ne sodeluje cervikalni kanal, se je dobro obneslo uporabljenje spasmalgina v injekcijah in kombinacije papaverina, pantopona in atropina, ki delujejo bolje kot morfij. V slučajih, kjer se cervix ne odpre, uporablja lumbalno anestezijo, in nato odpre in razširi cervix z roko. To so po večini nujni slučajji. Uspehi nebolečega poroda potom različnih analgetikov, hipnotikov in narkotikov niso še zadovoljivi in se morajo še preizkusiti. Dobre uspehe imajo na kliniki v Zagrebu s perineotomom pri Eklampsiji.

Dr. Vl. Čavka — Zagreb: Pomen in doseganje uspehi rentgenskega obsevanja v področju oftalmologije. — Že pred 30. leti so obsevali z rentgenovimi žarki slučaje v oftalmologiji. V teku zadnjih 8.—9. let je ta način terapije zavzel večji obseg. Glavna zapreka je bila ravno v tem, da niso imeli še točnih predpisov glede dozacije. Šele v zadnjem času so premagali tudi to točko in s tem je bila dana možnost večje delavnosti na tem polju. Pisec opisuje slučaj blefaritide, ki je bil že brezuspešno zdravljen z vsemi mogočimi sredstvi, pri katerem je pomagala le rentgensko obsevanje. Pri zdravljenju trahoma so si vsi avtorji edini, da so imeli z rentgensko terapijo lepe uspehe. Ravno tako se je pokazala koristno r. o. pri vnetjih sklere in korneje. Pisatelj nam opisuje dva slučaja episkleritide ozdravljena na kliniki. Dobre uspehe r. o. so dali tudi slučajji keralitis parenhim., ekcematoze ter postoperativno preventivno r. o. pri pterigijumu. Pri treh slučajih horiolide je prišlo po obsevanju do takojšnje resorpcije infiltratov. Izmed 4. slučajev glaukoma sta dva ostala ne-premenjena; v 2. slučajih s hemoragičnem eksudatom v camera anterior je po obsevanju izginil eksudat, tudi bolečine so popustile in je pritisk postal normalen. Obsevali so tudi 3 slučaje ca. orbitae in 3 ca. corneae in to po operaciji z zelo dobrim uspehom, ki do sedaj niso še pokazali znakov recidiva. Najbolje reagirajo kankroidi. V vseh teh slučajih so uporabljali dozo od 150—200% HED. Ravnotežni upliv so tudi videli pri sarkomih. Pri glijomih se r. o. ni pokazalo uspešno.

Knapp je imel več sreče s kombinirano terapijo rentgena in radiuma, Fleischer z močnimi dozami rentgena od 260% HED. Pri novotvorbah hipofize posebno pri onih z izrazeno akromegalijo so dosegli lepe uspehe z r. o. Posebno lepe uspehe beležijo Heinisman, Czerny, Josefow osobito pri adenomatoznih med tem ko ne pridejo v poštev čistilni, ker spadajo v delokrog operativne terapije. Toda rentgensko obsevanje ima lahko tudi slabe posledice, ki so včasih zelo neprijetne. Potrebno je poudariti, da poleg raznih vnetij lahko večkrat nastopi glaukom kot posledica rentgenskega obsevanja. Ta terapija zahteva veliko spretnosti v doziranju, ker ni indiferentna za bolnika.

Dr. J. Kallay — Ljubljana: Proloži dolnje čeljusti. — Dr. K. prinaša lep članek, v katerem se bavi v prvem delu z načinom nastopa teh prelomov.

Bavi se še z dijagnostiko, komplikacijami in terapijo. V ilustracijo mu služijo lepe slike. Na koncu še obdela 3 lastne slučaje, ki jih je zdravi z intra in ekstroralnimi posegi s pozitivnim uspehom.

Hahn in Lušický, Zagreb: Hypohloremična stanja in dijeta brez soli. Najprvo si stavita avtorja vprašanje, katera je najmanjša količina kuhinjske soli, ki je potrebna za normalno funkcioniranje odraslega organizma, nato v kakšni obliki in kje mora biti ta kuhinjska sol in slednjič, kako delujejo na organske in anorganske snovi organizma spremembe kuhinjske soli. Za pravilno delovanje organizma mora biti točno odrejen odnos med Na, Cl in HCO_3 . Ni znano točno kolika je dnevna potreba kuhinjske soli, ali se misli da je 2:3 gr. dnevno. Veil misli, da je višina hlorida v krvi pri kulturnih ljudeh že na gornji meji znosljivosti. Resorpcija hloridov se vrši v tankem črevju in to pri koncentraciji 0,8% Na Cl. V 24 h izloči želodec v normalnem stanju 3-5 litrov želodčnega soka. A ker je koncentracija Na Cl v krvi ista kot v želodčnem soku, pomeni da se v 24 h izloči skozi slene želodca vsa količina hloridov krvi in krvne tekočine. Resorbirani hloridi se deponirajo v tkiva in kožo in koncentracija krvi je vedno ista. Samo za časa obeda ($1\frac{1}{2}$ —2 h) se koncentracija v krvi zmanjša. Pri patoloških stanjih (driski, bljuvanja, močnem potenju) zelo pade in lahko dovede do hipohloremičke krize. Isti je slučaj pri težkih diabetikih, toda tu je vzrok v potvorjenem endokrinem delovanju. V prvem slučaju pomaga nadoknada NaCl v drugem insulin, ker se tu poveča istočasno RN v krvi.

Pri dekompenziranih srčnih boleznih je indicirana dijeta brez soli, samo dokler obstoja edem. Nevarno je v teh slučajih podaljšati dijetlo brez soli če so prenehali edemi. Pri boleznih ledvic je vprašanje neslane dijele zelo komplicirano. Pri nefrozah je stanje slično kot pri kardijalnih dekompenzacijah z edemom toda bolj komplicirano je pri nefritidah. Tu je oškodovano delovanje ledvic v tem, da imamo retencijo hloridov in dušikovih spojin in zato je potrebno, da se ne daje hrano bogato na soli in R. N. Vse akutne bolezni, akutne ekzacerbacije kroničnih obolenj, nato z kompliciranimi kardijalnimi dekompenzacijami zahtevajo strogo dijetlo. Nasprotno pa v slučajih, kjer imamo omejene ležije ledvic ni potrebna tako stroga dijeta, zadostuje če držimo dnevno dozo kuhinjske soli pri 2—3 gr. Naravno je, da komplikacije, ki lako nastopijo, kot močno in opetovano bljuvanje in driska spremenijo sliko. Tedaj je priporočljiva hrana, bogata na soli. Vsled pomanjkanja kuhinjske soli lahko nastopijo pseudoureimična stanja.

Dr. Albert Hudok iz Beograda prl naša eksperimentalno radiološko študijo duodenitisa z lepimi radiogrami.

Dr. Milan Berger — Zagreb: Metastatični absces ovarija po prebolelem tifusu kot komplikacija nošečnosti.

Dr. Marija Richtmann-Schön — Zagreb piše o Oralni holecistoligrafiji. A. S.

Medicinski pregled.

(April 1933). Dr. Uroš S. Ružičić, docent (sveučilišna otroška klinika): Konvulzije u ranom detinjstvu. — Dolgo je bila etiologija krčev, ki prav pogosto nastopajo v zgodnji otroški dobi, docela nejasna. Prevladovalo je mišljenje, da otroški organizem na vsak dražljaj reagira z konvulzijami. Šele moderna pediatrija je krče po njihovi genezi razdelila v krče a) organskega, b) infektivnega in toksičnega izvora, c) epilepsijo (ki je pa v zgodnji dobi pri otroku zelo redka) in d) funkcionalne konvulzije — tetanija. Za diferencijalno dijagnozo, ki je često prav težavna, priporoča pisec Schwarzovo tabelo. Tetanija je pri otroku jako česta. Danes vemo, da je poleg aktivne tetanije tudi latentna. Aktivno zelo lahko diagnosticiramo po treh glavnih znakih: karpopedalni spazem, laringealni spazem ter konvulzije. Klinična opazovanja in laboratorijska raziskovanja so našla prav ozko vezo med tetanijo in rahitisom. Ostane pa še vedno odprto vprašanje, kakšen upliv je pripisovati hormonu paratiresidne žleze.

Dr. Čedomil Plavšić, asistent int. propedeut. klinike v Beogradu: Studija o žuči i njenim sastojcima. (Sastav žuči i njena uloga u

organizmu). — Mnogo farmakoterapevtskih in eksperimentalno farmakoloških poiskusov je pokazalo in dokazalo, kako važen faktor je žolč za organizem. Avtor si je zastavil nalogo, da v naslednjih publikacijah zajame vse, kar se je zadnja leta doznalo o žolču in njegovih sestavinah v pogledu kemije, normalne in patološke fiziologije ter farmakoterapije. Kot uvod za omenjen pregled pa obravnava normalno fiziologijo žolča.

Dr. Mihael Kamin (iz oddelka za živčne in duševne bolezni obč. drž. bolnice v Ljubljani): Donos k problemu desintegrirane telesnosti. Vse pozornosti vreden članek, prava ocena njegove vrednosti pa pripada zato bolj poklicanim.

(Maj 1933). Prof. dr. Dim. Antić i dr. R. Rubenović (int. klinika med. fakultete v Beogradu): Klinički opiti sa vrnjačkom vodom kod holelitiaze. Poskusi z vrnjaško vodo, ki je slična mineralni vodi v Wichy-u in Royat-u, so se vršili na kliniki, ne na izvoru. Vodo so dajali kot toplo, segreto, na 36°C in kod hladno od 17°C. Število bolnikov je iznašalo 6, pri 5 je bila pred in po analizi izvršena točna leukocitarna formula, vzeta kri za sedimentacijo, žolč A in B ter provociran hipeglikemični poskus.

Autora sta dognala na podlagi svojih poiskusov, da ima vrnjačka voda antiinfekcijsko in antitoksično delovanje. Zmanjšana je bilirubinemija, icterus je izginil. Pitje mineralne vrnjaške vode poveča alkalije krvi. Vrnjačka voda ima holecistokinetično delovanje (po vbrizganju vode skozi Einhornovo sondo so nastopile kontrakcije žolčnega mehurja). V kliničnem pogledu so našli po uporabi vrnjačke mineralne vode sledeče rezultate: jetra so se po kuri znatno zmanjšala, postala so manj ali celo neobčutiljiva na pritisk; lahke hepaticne krize so vedno izginile; apetit se je zboljšal, subicterus izginil.

Iz vsega sledi, da je priporočljiva uporaba vrnjačke mineralne vode zlasti pri holelitizaciji z lahkimi vnetjem žolčnega mehurja.

Dr. Čedomil Plavšić, asistent interne propedeutične klinike v Beogradu: Studija o žuči in njenim sastojcima. 2. saopštenje: toksična dejstva žuči. Že davno so toksične pojave pri icterusu in težki holemiji pripisovali žolčnim sestavinam. Avtor na podlagi poiskusov in mišljenj zaključuje, da je parenteralno aplicirana žolč strup. Efekt pa zavisi od mesta aplikacije, od čistoče in koncentracije sestavin. Toksične so samo žolčne kisline, ne vse v enaki meri. Posebno toksično delovanje kažejo žolčne kisline, ako po perforaciji žolčnega mehurja (večkrat tudi brez) dospejo v peritonealno votlino. One zmanjšajo krvni pritisk, preprečujejo koagulacijo krvi, povzročajo hemolizo, in vivo zmanjšajo število rdečih krvnih teles.

Dr. Mileta Magarašević (interna propedeutična klinika v Beogradu): O glikogenu u srcu. L. 1857 je Claude Bernard našel glikogen v jetrih. Sele približno 40 let kasneje ga je našel Cramer v srcu novorojenčkov. Po navedbi različnih piscev glikogen v srcu ni enakomerno porazdeljen, atriji ga vsebujejo več nego miokard, tudi Hisov snopič ga ima precej, Keith-Flock ga je našel mnogo v sinusovem čvoru. Za časa gladovanja ostane količina glikogena v nasprotju z ostalimi organi v srcu nespremenjena, pri diabetičnih psih celo več kot normalno. Pri tireotoksikozi je glikogena v srcu znatno manj in se ne poveča, dokler tireotoksikoza traja. Pri kompenziranih srčnih napakah je glikogen normalen.

Dognano je, da je glikogen za delovanje srca neobhodno potreben. Metabolizem srčnega glikogena se pa bistveno razlikuje od onega v jetrih in mišičju. Regularimo glikogen v srcu medikamentozno, s prehrano (masti in beljakovine) in vitamini iz vrste B.

P. C.

Spomen-knjiga o pedesetgodišnjici banovinske bolnice u Šibeniku 1893—1933. Sastavio odbor. Izdala uprava banov. bolnice u Šibeniku. 194 strani; mnogo slik.

V nizu 5 in 10-letnic, ki jih dan za dnevom praznujemo, nam že dejstvo častitljivega polstoletnega jubileja vzbuja pozornost. In tako smo s posebnim veseljem vzeli v roke knjigo, ki že po svoji zunanosti, opremljeni, papirju in tisku ter po številnih slikah dostojno reprezentira zavod, ki po vsej pravici velja za enega najboljših in najbolj urejenih v naši državi, o čemur se je mogel vsakdo prepričati, ki je imel, kakor referent—priliko bolnico v vseh podrobnostih videti.

Pa tudi vsebinsko reprezentira knjiga prav dostojno znanstveni nivo, na katerem se nahaja ta važni zavod.

Uvodoma poroča dolgoletni ravnatelj dr. Jerko Machiedo o zgodovini bolnice. Z zanimanjem čitamo o izrednih težkočah, ki so spremljali ustanovitev in nadaljni razvoj tega zavoda. Z veseljem pa tudi ugotovimo, da je bolnica že od prvih začetkov delavna na znanstvenem polju, vzor tudi v tem oziru marsikateremu sličnemu zavodu v naši ožji in širši domovini.

Posebnost šibeniške bolnice je vsekakor, da se nahaja v njenem okvirju tudi blaznica, ki je imela nekaj časa svojega lastnega ravnatelja, je pa vedno tvorila integralni del same bolnice.

Bolnica, ki je tekom 50 let oskrbovala skoraj 100.000 bolnikov, gotovo lahko o sebi trdi, „da je, iako provincijska bolnica, pored mnogih poteškoča, ipak izpunila zadacu i svojim radom pokazala da je dosegla neku visinu“.

Kdor se zanima za organizatorna vprašanja bolniške uprave bo našel obilo gradiva v članku ekonoma bolnice Mate Benkovića: Bolnička uprava — administracija i ekonomija.

V spominskem članku: „Kao mlad ljekar u šibenskoj bolnici“ od dr. B. Peričića, ki je bil asistent bolnice v letih 1889—1897, dobimo lep vpogled v splošne življenjske in materijelne prilike zdravnikov tedanjega časa. Avtor pa tu tudi obravnava vprašanje tkzv. „skrljeva“, čudne bolezni, ki je v prvih letih napolnila celo bolnico. Pokazalo pa se je, da so se pod tem imenom skrivale lues in razne nejasne kožne bolezni.

Sledi zanimiv članek profesorja brnske univerze dr. Vaclava Neuman-a v češkem jeziku: „Zvláštní případ perianalního papilomu“. Članku je priključen obsežen rezime v hrvaščini, iz katerega posnemamo, da gre za izredno redko komplikacijo amebne disenterije. (3 histol. slike).

Prof. dr. Ivan Botteri — Zagreb, ki je bil sam dolga leta direktor bolnice, je prispeval obsežen članek o „Kala-Azar“-ju. Slučaj, eden izmed 20 primerov te bolezni ki so jih dosedaj našli v Dalmaciji, je posebno zanimiv, ker je edini, ki so ga dosedaj odkrili pri bolniku, mlademu dečku, iz zaledja, ki ni bil nikdar na morju.

Ostalo bogato gradivo knjige sestavljajo sledeči članki, ki so skoraj brez izjeme vredni, da jih pazno prečitamo: Dr. F. Smolčić: Radiološka kazuistika; dr. G. Bogić: Kretanje vetrova u Jaša Tomiću 1930—32; dr. B. Lavrić: Terapija ehinokoka; dr. J. Pasini: Komplikacije amebne dizenterije; dr. Vj. Rismondo: Kožne i venerične bolesti za 50 godina bolnice; dr. F. Dražanić: Jedan slučaj primarnog abdominalnog graviditeta; dr. J. Marčelić: O dušičnom ostatku u krvi; dr. M. Žepić — dr. J. Marčelić: Nekoliko podataka o krvnom šećeru; dr. J. Lalić: Diphtheria kod nas (1928—1932); dr. J. Glaser: Konstitucija i duševne bolesti na psi-

Psihijatrijskom odjelu bolnice u Šibeniku (prilog komparativnoj psihijatriji dinarske rase); dr. N. Čosić: Prilog diskusiji liječenja ulkus ser-pensa obzirom na njegovu etiologiju; dr. K. Lalić — dr. M. Škarica: Plod domaće višnje (*Cerasus marasca*) kao sredstvo protiv amebne dizenterije; dr. M. Škarica: Naše iskustvo s malarijom; dr. B. Kurajica: Promjene psihe i karakterate mogućnost njihovog liječenja kod plućno tuberkuloznih; (članek je delo iz zdravilišča na Golniku, kjer je avtor prebival dalje časa) ter končno dr. N. Čosić: Diabetes i oko.

Knjiga je gotovo ena najzanimivejših publikacij na področju jugoslovanske medicine iz zadnjega časa že zaradi tega, ker nam podaja verno sliko specifično dalmatinskih zdravstvenih prilik v kolikor se zrcalijo na materijalu bolnice.

Odlični naši zdravstveni ustanovi čestitamo še enkrat k 50 — letnici, njenemu vodstvu pa k uspeli znanstveni publikaciji, ki ji je samo v čast. R.N.

S. Hammerschlag, Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe für Studierende und Ärzte. Mit 101 teils farbigen Abbildungen. Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart, 1933. Str. 290. Cena br. 12-R.M, rez. 13'60 R.M.

Avtor knjige „Lehrbuch der operativen Geburtshilfe“ je čutil potrebo, da izda novo porodniško učno knjigo; za razliko od tolikih drugih si je postavil nalogo, da zbere iz dosedanjih znanstvenih naziranj in raziskavanj predvsem le one rezultate, ki imajo po njegovih dolgoletnih izkušnjah vrednost za praktičnega porodničarja. — Zato menim, da se knjiga z označbo „Lehrbuch“ malo preveč pobaha.

Slike so vse povzete iz drugih učnih knjig in so razmeroma maloštevilne — znak današnjega neugodnega gospodarskega položaja. Če je pa izdajatelj z njimi že toliko skoparil, bi tudi še od teh marsikatero brez škode zavrge ali pa zamenjal z vrednejšo.

Avtor se ogiblje teorij, izpustil je tudi anatomijo porodnih potov. Operativni del podaja samo v odlomku, opisuje pa natančno tehniko in indikacije posegov, ki pridejo v poštev za praktičnega zdravnika. Tvršina je vzorno in pregledno razdeljena, izražanje je koncentrirano, a jasno; to velja zlasti za poglavja o patologiji nosečnosti, poroda in puerperija. Držec se zastavljenega cilja vpošteva avtor poglavno indikacije in ravnanja v različnih porodniških situacijah — drži se obče priznane in preizkušene smeri — in najdemo v knjigi res dobre praktične nasvete. — Škoda je, da mnogokrat poleg nemških, ne citira tudi latinskih terminov.

Knjiga ima format učnih knjig, pisana je v lahko razumljivem slogu in se čita prijetno. Za učno knjigo ne bi ustrezala, ker je snov preveč stesnjena, pač pa je jako pripravna za praktičnega zdravnika. Dr. Pehani.

Paul Mulzer — Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. 3 pre-delana izdaja. Vlg. F. Enke — Stuttgart. 700 strani (6 barv. tabel). Cena: br. RM. 36, vez. RM. 38.70.

Obsežno knjigo o spolnih boleznih znanega hamburškega dermatologa lahko toplo priporočamo. Knjiga tvori prvi del velikega dela o kožnih in spolnih boleznih za dijake in zdravnike.

Prof. Dr. C. H. Stratz: „Die Schönheit des weiblichen Körpers“ 41. izdaja. Vlg. Ferd. Enke-Stuttgart. Bogato ilustriрана, 500 strani. Cena vez. RM 20.20

Tudi to knjigo znane nemške, znanstvene založbe, ki nam je bila poslana v oceno, lahko priporočamo.

Rudolf Leskovar (Maribor) — Sport und Konstitution. (2. Chirurg. Klinik in Berlin.) Samozaložba. Tisk. Cirilove tiskarne v Mariboru. 1933.

Disertacijska razprava našega rojaka, odobrena po medicinski fakulteti univerze v Berlinu, prinaša na malem prostoru 65 strani obilo gradiva, ki bo v prvi vrsti za-

nimalo sportne zdravnike in vse one, ki se bavijo s telesno vzgojo. Gradivo je pregledno razdeljeno v posebna poglavja, ki so posvećena uplivu sporta na posamezne organe. Tako n. pr. na gibalni aparat, na srce in ožilje, pljuća in konćno na kri s posebnim ozirom na spremembo krvne slike.

Lapidarno je v predgovoru oćrtan pojem konstitucije, prićenši pri Mendel-u pa do najnovješih hormonalnih in antropoloških izsledkov. Zakljućek pa tvori kratko a zanimivo poglavje o „vagoniji“ sportnikov, ki je pa žal prekratko obdelano.

Pregledno sestavljen seznam uporabljene literature (in te je precej!) bo s pridom uporabljaj vsak, ki se peća z slićnimi vprašanji, pred vsem predavatelji.

Pri nas je sportno-medicinska literatura redka, zato moramo biti hvaležni tudi za najmanjši pokus. S t. L.

Dubrovaćki lijećnik — Izdalo dubrovaćko lijećnićko udruženje „Dulind“ — Dubrovnik Str. 88. Cena 10 Din.

Dubrovaćko lijećnićko udruženje osnovano je još 1923 god. sa ciljem da gaji medicinsku nauku i propagira snošljivost i društvenost medju lijećnicima sa teritorije ranije republike sv. Vlaha. Pored toga cilj je društvu da smanji po mogućnosti ogromnu navalu tuberkuloznih stranaca i na taj naćin saćuva lijepu dubrovaćku rivijeru onima koji uistinu trebaju.

Ovih je dana društvo slavilo 10 godišnjicu svog uspješnog rada i tom prilikom izdalo izvrsno sastavljenu i opremljenu spomenicu pod gornjim naslovom.

Spomenica služi na ćast društvu i njegovim ćlanovima i lijep je doprinos kulturnoj historiji Dubrovnika uopće, a medicinskoj napose. Nije ispunjena suhoparnim medicinskim ćlancima nego kratkim, zanimljivim crticama iz medicinskog života starog Dubrovnika. Pisana je ćistim jezikom, lećim stilom razumljivim ne samo ljeķaru nego i laiku.

Život slavnog Malpiglijega djaka Djordja Baglivija opisuje nam dr. Filip Smolćić (Giorgio Baglivi i njegovo doba). Baglivi je bio toliko poznat. da mu papa Inocentije XII. već u 28 god. povjerava katedru anatomije i fiziologije na rimskom arhileiceju „Sapientia“. Već u prvom njegovom djelu „De praxi medica“ istiće se njegovo veliko poznavanje ćovječjeg tijela i duboki smisao za opisivanje bolesti i postavljanje diagnoze. Jedan od prvih uvodi vivisekciju. Drži se u svemu ovih Hypokratovih uslova potrebitih za uspjeh jednog ljeķara: „in medico esse debet, pecuniae contemptus, pudor, modestia in vestitu, iudicium, urbanitas, mundities, recta elocutio, superstitionis odium, praestantia summa“.

Drugi ćlanak dr. Filipa Smolćića (Puća medicina u dubrovaćkoj okolicu) isto je tako vrlo interesantan.

Sa velikim marom sakupljeno je u ovome ćlanku ogromno jezićno narodno blago i stari narodni vidarski obićaji.

O naporima koje je ćinila stara republika da stane na put vrlo ćestim epidemijama kuge i gube, koji su u ono vrijeme upravo desetkovali narod — prića nam lijepo i zanimljivo dr. Marko Bibica (Guba i kuga u Dubrovniku).

Iz ćlanka dr. Riste Jeremića (Dubrovaćki ljeķari i susedni vladari) vidimo kako je veliku ulogu igrao u ono vrijeme mali Dubrovnik i kakovo povjerenje su u njega i njegove ljeķare imala sva balkanska (srpska i turska) vlastela.

Kadgod je nekome na Balkanu trebalo ljeķarske pomoći, on bi se obraćao republici sa molbom da mu ona pošalje svoje ljeķare.

Najbolje ilustruje kulturnu visinu starog Dubrovnika velika skrb oko nezakonite novorodjenćadi — ćlanak dr. Balda Marinovića (Jedna vaćna socialna ustanova starog Dubrovnika).

U glasovitom manastiru sv. Klare još od njegovog postanka; od 1290 godine primaju se nezbrinuta i napuštjena djeca na ćuvanje i odgoj.

Ne samo ovoj privatno-religioznoj ustanovi, nego i samoj državnoj vlasti leži toplo na srcu sudbina te nevoljne djece.

Dok su se novorođena djeca po velikom djelu Evrope, onoga a i mnogokasnijeg vremena, često izlagala svojoj sudbini, Veliko Vijeće republike svojom odlukom od 9. II. 1432 stvara bolnicu milosrdja, u svrhu „da se zaštite mala ljudska stvorenja“. U tu su bolnicu primana nahočad i besplatno njegovana do 6 godine, a poslije toga bi se predala čestitim obiteljima u gradu ili na selu na daljnu skrb i odgoj. Ako bi dostajalo novaca, predviđali su statuti bolnice, mora se dati 50 i više perpera kao miraz ženskoj djeci u ovome zavodu odgojenoj kada dodju do udaje.

Bolnica je imala 2 drvena kola (ruote) za tajno primanje djece. Strgo je bio kažnjen onaj koji bi se usudio da zaustavi ili identifikuje ženu koja je, obično noću, žurila da u „kolo“ ostavi svoj „sramni“ teret!

Eto takove zakone imala je država sv. Vlaha još pred pola vijeka!!

I ostali članci spomenice jednako su dobri i interesantni. Kratak je prostor da se o svakom može duže govoriti.

Dr. Vlado Poljanić (Dr. Luka Stulić-Stulli) opisuje starog Stulića koji prvi u Dubrovniku uvodi cijepjenje protiv boginja.

Dr. Risto Jeremić (Lekarsko veštačenje na sudu u Dubrovniku) govori nam o prvim lekarskim sudskim veštačenjima. Prva veštačenja u jugoslavenskim zemljama, veštačenja u današnjem smislu, vršila su se u Dubrovniku još 1600 godine, kod Nemaca oko 1689 a Francuza 1723.

Privlači pažnju članak dr. Mite Katića (Boškovićevo pismo, kako je izliječio nogu) i članek Oca Urbana Talije (Pharmacopolion) o prvoj apoteci u našim krajevima, osnovanoj još početkom XIV. stoljeća u samostanu Male Braće u Dubrovniku.

Za klimatologiju i balneologiju Dubrovnika i okoline, od osobite vrednosti su članci dr. Djure Orlića (o klimi Dubrovnika) i (Iz dubrovačkog planinarstva).

Članak dr. Marija Krmpotića (The climate of Dubrovnik as a therapeutie factor). Pisan je nažalost samo na engleskom. Moje se mišljenje ipak u nekoliko razilazi sa mišljenjem gosp. pisca u onom članku.

On kaže: „lakšim formama s prolif. cirotičnom tendenciom može biti od koristi bivanje na moru, ako veće visine nisu dale zadovoljivih rezultata.“

Ja sam naprotiv mišljenja da nijednom ftzičaru, bez obzira na formu njegove bolesti, ne bi trebalo savjetovati Dubrovnik kao mesto boravka ili oporavka.

I prof. dr. Bieli Karlo dodao je spomenici svoj članak (Der Aufenthalt am Meere und seine Wirkung auf das kranke Ohr).

Svatko, tko se interesira i malo za istoriju medicine u našim krajevima, svatko tko i malo voli Dubrovnik, taj pulcherrima et nobilis Jugoslaviae urbs, pročitace ovu interesantnu knjizicu i neće se sigurno pokajati. Dr. Branko B. Kurajica

REFERATI

C. v. Noorden—Wien: Iz prakse za prakso zdravljenja diabetesa z insulinom. Ther. d. Ggw. 3/33.

Kljub temu, da je insulinska terapija sedaj že 7—8 let znana vsem zdravnikom, se vendar vsaki dan še pojavljajo vprašanja glede njene praktične uporabe. Avtor daje zato kratek pregled o osnovnih točkah. 1. V slučajih acidoze, bodisi da je nastala radi pretežno masne hrane ali da je resnejšega značaja, je insulin vedno potreben vsaj v začetku zdravljenja. 2. Zdravljenje diabetičnega kome brez insulina je huda napaka, pa-

ziti je, da ne pride do hipoglikemičnega kome. 3. Pri neacidotičnih slučajih insulin ni vedno potreben. Na vsak način naj se skuša z omejitvijo maščobe v hrani stopnjevati toleranco za ogljikove hidrate. V isti namen naj služi tkzv. „Wechselkost“. 4. Če na ta način ne pridemo kmalu do urina brez sladkorja, tedaj moramo seči po insulin. Minimalna množina oglj. hidratov, ki jih mora prejemati bolnik je ekvivalent 100—120 gr kruha. 5. Brezpomemben je insulin v slučajih trajne hyperglykaemije pri aglikozuričnem urinu. 6. Prav gotovo je velika napaka, če vbrizgamo vsakemu bolniku, pri katerem smo ravnokar odkrili diabetes, takoj insulin. To je isto, kakor če bi vsakemu bolniku, ki pride k nam radi nekih bolečin, takoj dali morfin. 7. Tudi pri ranah in operacijah ni insulin brezpogojno potreben, potrebno pa je zboljšati preosnovo. 8. Radi insulina dijetično zdravljenje ni postalo nepotrebno, nasprotno zahteva vsako zdravljenje z insulinom tudi popolno obvladanje dijetetike. 9. Insulin se ne more nadomestiti z nikakimi „antidiabetiki“. 10. Insulin sam na sebi ni nobeno redilno sredstvo. R. N.

F. M. Meyer, Berlin: Kdaj je morfinski recept z zdravniškega stališča upravičen. Ther. d. Ggw. 3/33.

Zdravniška indikacija za dajanje morfina mora biti jako stroga. V vsakem slučaju je že pri prvi kapljici morfina na mestu največja opreznost. Previdnost je potrebna tudi napram vsem drugim morfinskim preparatom (Codein Acedicon itd.). Samo zdravnik sme dajati morfin, nikdar kak pomočnik ali pomočnica. Najbolje bi bilo, da se v bolnicah pridrži dovoljenje predpisovanja morfina samo gotovim, posebno izbranim zdravnikom. Pod temi kavteli je morfin gotovo indiciran pri bolnikih, ki težko umirajo (tuberkulozni), mnogo redkeje pa je potreben n. pr. pri holeritičnem ali asmatičnem napadu. Ti bolniki so, kakor znano, prav posebno izpostavljeni nevarnosti, da postanejo morfinisti.

P. Rosenstein — Berlin: Globinska antiseptika v rokah praktičnega zdravnika pri kirurških infekcijah. Ther. d. gw. 4/33.

Avtor ponovno najtopleje priporoča globinsko antiseptiko s kininskimi derivati, od katerih priporoča predvsem Rivanol. Abscesi naj se punktirajo ter na to napolnijo z 0,2% sol. Rivanoli. Tako se zdravi tudi pleura-empyem. V slučajih, kjer je potrebna anestezija, meša avtor enake dele rivanolove raztopine (0,1%) z novocainom (0,5%). Na ta način baje ne pride do infekcije vbojnega kanala. Difuzna gnojenja (n. pr. mastitis) se infiltrirajo z rivanolom (1 : 2000).

W. Benthin — Königsberg: Zdravljenje pruritus-a. Th. d. Ggw. 4/33.

Etijološko igrata najvažnejšo vlogo fluor in diabetes. Pri zadnjem preneha pruritus skoraj istočasno, ko izgine sladkor iz urina. Težje je pri slučajih fluor albus-a. Paziti moramo tudi na male količine fluora, če tudi pacijentka izjavi, da nima belega perila. V teh slučajih je potrebno lokalno zdravljenje. Avtor priporoča v prvi vrsti argent. nitr., event. tudi tumenol i sl. Paziti na oxyure! Pri pruritus-u med nosečnostjo injekcije seruma noseče žene. Pri nervoznih event. sprememba podnebnja. Kot zadnje sredstvo obsevanje z rentgenom.

L. H. Strauss — Köln: K zdravljenju bronhiektazij. Th. d. Ggw. 5/33.

Avtor priporoča zdravljenje bronhiektazij z ribjim oljem, najbolje v obliki „Vigantol-Lebertran-a“ ali „Ossin-Lebertran-a“. Potrebna doza 2-3 velike žlice dnevno skozi mesece. Poroča o prav znatnih uspehih. To zdravljenje nikdar ne škoduje.

A. Laqueur — Berlin: O histamin-iontoforezi. Th. d. Ggw. 9/33.
To zdravljenje — v principu nekaj jako starega — se s pomočjo galvaničnega aparata jako lahko vporabi. Služijo nam v ta namen „Katexon-folije“ tvrdke „Schering-

Kahlbaum*. Natančna navodila so priložena. Zdravljenje daje najboljše rezultate pri mijalgijah, sem pa tja vidimo uspehe tudi pri raznih nevralgijah. Dobro vpliva terapija tudi na močnje perifernega krvotoka (ozeblina, parestezije, Raynaudova gangrena). R.N.

DROBNE NOVICE

Osebnosti: Ravnateljstvo spl. bolnice ljubljanske je prevzel dr. Radman, biv. ravnatelj umobolnice v Kovinu v Banatu.

Umril je pred kratkim **Dr. Kornelij Stanković** — Szentekely, občinski zdravnik v Starem Svcu v Bački. Z njim je šla od nas plemenita duša, mož tako redke srčne kulture in nežnosti, da „ni bil za ta svet“, kakor mi je rekel skupni prijatelj. Težko tuberkulozen in svest si svoje usode, je pokojnik mnogo deloval na literarnem polju. Bil je urednik literarne revije v madžarskem jeziku, v kateri je vedno skušal približati srbski in madžarski narod. Prevajal je najboljše srbske pisatelje v madžarščino in tudi sam mnogo pisal.

Vsi, ki so ga poznali, mu bodo ohranili prijateljski spomin! R. N.

Dne 9. junija t. l. so v Zagrebu otvorili **novi paviljon za tuberkulozo** v Rockefellerjevi ulici. Gradilo je ta paviljon „Društvo za suzbijanje tuberkuloze v Zagrebu“, za njega si je pridobil največ zaslug prof. VI. Čepulić. Novi paviljon ima 60 postelj. O njegovih nujni potrebi najbolj priča, da je bil že za časa slovesne otvoritve prenapolnjen.

Paviljon bo občudoval vsak, ki ve, koliko težje pa tudi zaslužnejše in koristnejše je, z malimi sredstvi doseči veliko, kot z velikimi sredstvi postaviti luksuzno poslopje, ki se potem radi pomanjkanje nadaljnjih sredstev ne more izpolniti in uporabiti v polni meri. Obenem pa je nova ustanova dokaz, da celo v današnjih težkih časih ni vedno zastoj, če irkaš na usmiljena srca. Paviljon je bil namreč zgrajen brez vsake državne pomoči, skoraj izključno iz denarnih in naturalnih prispevkov raznih dobrotnikov, predvsem velikih trgovcev itd. Pa celo bolniki sami so pomagali pri raznih delih. Tako delo je vsega posnemanja vredno.

Eno prvih — če ne prvo **zdravilišče za bolne na pljučih** v stari Avstriji sploh **Alland pri Dunaju** stoji pred finančnim polomom. Zavod je last nekega društva, ki ga je oddalo v najem bolniškim blagajnam. Te pa so odpovedale pogodbo češ, da današnje težke gospodarske prilike ne dovoljujejo vzdrževanje tega zdravilišča. Društvo se sedaj na moč trudi, da bi našlo možnost nadaljnega obratovanja priznanega zavoda.

Čehoslovaško ministristvo pravde je predložilo skupščini osnutek zakona o prekinjenju nosečnosti. Novo v tem osnuku je priznanje socialne in evgenične indikacije. Umetni abortus pa mora izvršiti zdravnik v javnem zdravstvenem zavodu in s privoljenjem noseče žene.

V Pragi bodo v kratkem začeli z gradnjo nove bolnice za lupus, ki naj šteje 100 postelj.

Razširjenje luesa: Orszagh trdi, da ima 10% vsega prebivalstva Madžarske lues. V Madžarski umre letno 8.000 ljudi na luesu, t. j. ca. 1/3 vseh smrtnih slučajev za tuberkulozo v tej deželi.

Uprava nemških univerz bo popolnoma preurejena na ta način, da bo dobila svojevrstno ustavo, odgovarjajočo sedanjim političnim nazorom nemškega

Najkрасnejši 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

naroda. Rektor univerze bo imenovan od ministra prosvete ter bo imel vse pravice, ki jih je dosedaj imel univerzitetni senat. Rektor imenuje dekane in senatorje ter jih lahko po poljubnem času odstavlja, kakor tudi njegova službena doba konča po volji ministra. To se imenuje „Führerprinzip“.

V Charlottenburgu in Münchenu so ustanovili **državno - medicinske akademije**. Vsak državni zdravnik (naši sreski in banovinski zdravniki) bo moral dokazati, da je absolviral tromesečni kurs na eni teh akademij.

Prošnja za oprostitev v znanem **Lübeškem procesu obsojenih** zdravnikov prof. Deycke-a in dr. Altstaedta je bila te dni končno odklonjena.

Iz socijalnega stališča zelo umestno naredbo je izdala braunschweiska vlada. V bodoče bo internirala hišne posestnike, ki strankam z otroci nočejo oddajati stanovanj.

Nemški državni zdravstveni urad je odredil komisijo za preiskavo učinka Friedmannovega sredstva. Dosedanje delo te komisije je podalo popolnoma negativni rezultat, kar ne bo presenetilo nikogar, ki zasleduje vso umetno silno napihnjeno borbo za in proti temu sredstvu.

V Milanu bodo v kratkem praznovali **300 letnico rojstva Bernardina Ramazzina**, ki je l. 1700 izdal prvo knjigo o obrtni higijeni.

Najstarejša zdravnica Nemčije dr. Mathilde Theysen je praznovala te dni svoj 95. rojstni dan.

Prebivalstvo Japonske je tekom leta 1932 naraslo za več kot en milijon duš, kar je za ca. 150.000 več kot tekom leta 1931.

Po neki ameriški statistiki potroši ta država letno 20 milijonov dol. za nego duševno bolnih ter 22 $\frac{1}{2}$ milij. dol. za zdravilišča za bolne na pljučih.

Iz severne Amerike javijo, da je v državah, skozi katere teče Missisipi, nastopila epidemija **Encephalitis lethargica**. V St. Louisu je baje zbolelo 600 oseb. Tam štejejo dosedaj 75 smrtnih slučajev.

Tomarkineva ustanova, ki služi mednarodnemu sporazumu med zdravniki vsega sveta ter v ta namen vsako leto prireja kurze v Švici, bo odslej izdajala medicinski časopis v več jezikih.

Pokret proti cepljenju zoper koze, ki je obstojal v Nemčiji že od Jennerjevih časov dalje je našel sedaj svoj neslavni konec. Vsa društva protivnikov cepljenja so prepovedana, ravnotako vsaka agitacija proti cepljenju sploh. S tem je končana huda borba, ki pač ni bila v čast nemškemu narodu.

Mednarodna komisija za prvo pomoč, ki je imela meseca avgusta t. l. svoj letošnji kongres v Parizu, je predlagala, da bi dobili avtomobili zdravnikov svoj posebni znak, namreč rdečo eskulapovo palico na belem polju. Avtomobili s tem znakom naj bi imeli na celem svetu pravico voziti z večjo kot običajno brzino.

Sovjetska vlada je baje uvidela, da za vodstvo znanstvenih zavodov ni zadostna strankarska kvalifikacija. Radi tega je sklenila, vse te zavode na odločilen način preoblikovati v prave znanstvene zavode pod vodstvom prvovrstnih strokovnjakov.

Iz tujih univerz: Slavna Bierova kirurška klinika v Berlinu, ki je bila pred nedavnim odpravljena, se bo v kratkem zopet otvorila. Kot predstojniki klinike so bili predlagani: Kirschner-Tübingen, Schmieden-Frankfurt ter Haberer-Köln. Stara Chvostekova

klintka na Dunaju, na kateri so delovali Škoda, Duckek, Nothnagel in nekaj časa tudi v. Noorden, se sedaj definitivno likvidira. Njeni prostori bodo dodeljeni drugi kliniki. — Prof. Nissen, učenec prof. Sauerbrucha-Berlin, je bil imenovan za profesorja kirurgije v Stambulu. — Svoj 75. rojstni dan sta praznovala na Dunaju prof. C. H. v. Noorden, v Münchenu prof. Fr. Müller.

Umrli: V Leidenu znani raziskovalec alergičnih bolezni Prof. W. Storm van Leeuwen — V Pragi prof. Artur Biedl, slavni raziskovalec notranje sekrecije, patolog na nemški univerzi v Pragi. — V Grazu znani higijeničnik prof. W. Prausnitz.

Opozarjamo na **seznam zdravniških tečajev** v študijskem letu 1933/34 ki jih prireja kakor vsako leto medicinska fakulteta dunajske univerze. Vse podrobnosti pri: Kursbüro d. Wiener Medizinischen Fakultät — Wien IX., Alserstr. 4.

IZ UREDNIŠTVA

Za tiskovni sklad Z. v. so prispevali: Udeleženci 6. zdravniškega tečaja na Golniku Din 1850.—; dr. St. De Gleria, Kranj Din 150.—; dr. Medic St., Šoštanj Din 100.—; dr. Černe Jernej, Sl. Bistrica Din 30.—; Higijenski zavod, Ljubljana Din 300.— Prirčna hvala!

Gg. kolege, ki še niso plačali dr. Matkove „Stigmatizacije“ najvljudneje prosim, da bi to storili čimpreje, ker bo treba zaključiti račune.

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.

ZA ZABAVO

Nesramen.

— No, no, dragi moj, korajža, zaupanje in dobra volja! — pravi zdravnik pacientu po preiskavi — Jaz sem bil ravnotako bolan kot ste vi.

— Seveda — odgovori bolnik zamišljen in zaskrbljen, — toda vi niste imeli takega zdravnika.

Težka odločitev.

Mlad zdravnik sedi pred kavarno in se živahno razgovarja z prijateljem lekarnarjem. Mimo pride zelo elegantna mlada dama, ki je tudi ena izmed najbogatejših v trgu.

— Poglej, — pravi zdravnik, — to je edina žena v katero sem jaz bil kedaj zaljubljen.

— Tako? — odgovori prijatelj — zakaj je torej ne poročiš?

— Ne morem, prijatelj. Ta je moja najboljša klijentinja.

Starejši gospod, ki boleha na kronični bronhitiidi konzultira priznanelega zdravnika. Ta ga preišče in mu predpiše način zdravljenja ki ga bo gotovo rešil te nadloge v najkrajšem času.

— V resnici, gospod doktor? — vzklikne bolnik vzhičen.

— Seveda! Pomislite, da sem tudi jaz bolehal na vaši bronhitiidi celih petnajst let!

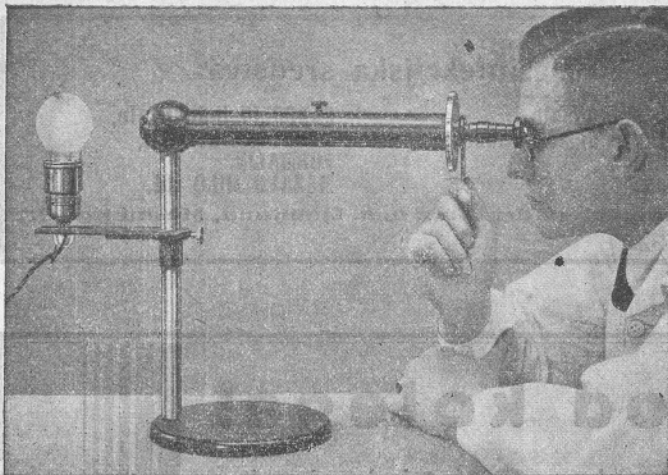
GOSPOD TOVARIŠ,

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.

Iz zapuščine kolege dr. Höhn-a je na razpolago veliko število izvrstno ohranjenih instrumentov za kirurgijo, preiskovalni stol in druga oprema za ordinacijsko sobo, poleg tega pa cela medicinska knjižnica iz vseh področij medicine. Tudi knjige so izborno ohranjene, med njimi se nahaja nekaj redkih izdaj.

Gg. tovariše opozarjamo na to redko priliko. **Natančne informacije pri gej. dr. Höhn-ovi — Slatina-Radenci,**

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 diabetsem urinu (določa tudi količino beljaka) ter sučnega kota, 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 okularja in leč, s katerim čitamo rezultate. Obseg merjenja do 360°, točnost pri merjenju do 0.05%, ozir. 0.05%.

ZEISS

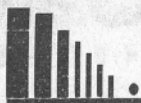
Tiskovine brezplačno pri
Carl Zeiss, Jena ali

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



RENTGEN FILME

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



potem vse kar
spada k fotografiji v

Drogeriji Gregorič, Ljubljana, Prešernova ul. 5

JUGOSLAVENSKO SIEMENS D. D.
oddelek za šibki tok

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

Tuto- terapijske naprave, Tuto-Multivolt aparat za globoko terapijo, popolnoma zavarovan proti visoki napetosti in žarkom, s prigradjeno pripravo za obsevanje z učinkom 8 mA pri 200 kV pulzirajoče istosmerne napetosti. Tuto-Stabilivolt, popolnoma zavarovani aparat za globoko terapijo proti visoki napetosti in žarkom, s prigradjeno pripravo za obsevanje in z učinkom 6 mA pri 200 kV konstantne istosmerne napetosti.

ZAHTEVAJTE PROSPEKTE ODN. OSEBNI OBISK SPECIJALISTA.

Desinfekcijska sredstva:



SANITOL medicinale,
SANITOL pro desinfekzione,
SANOFORM,
SANEOLIN,

SANEOLIN industriale,
KARBOLNE KISLINE,
FORMALIN,
MAZAVO MILO itd.

„Chemotečna družba z o. z. Ljubljana, Mestni trg 10.

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.

SANABO - CHINOIN

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

Wien, I., Johannesgasse 2 ☉ Telefonska številka 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, oligoopomenoreja, 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

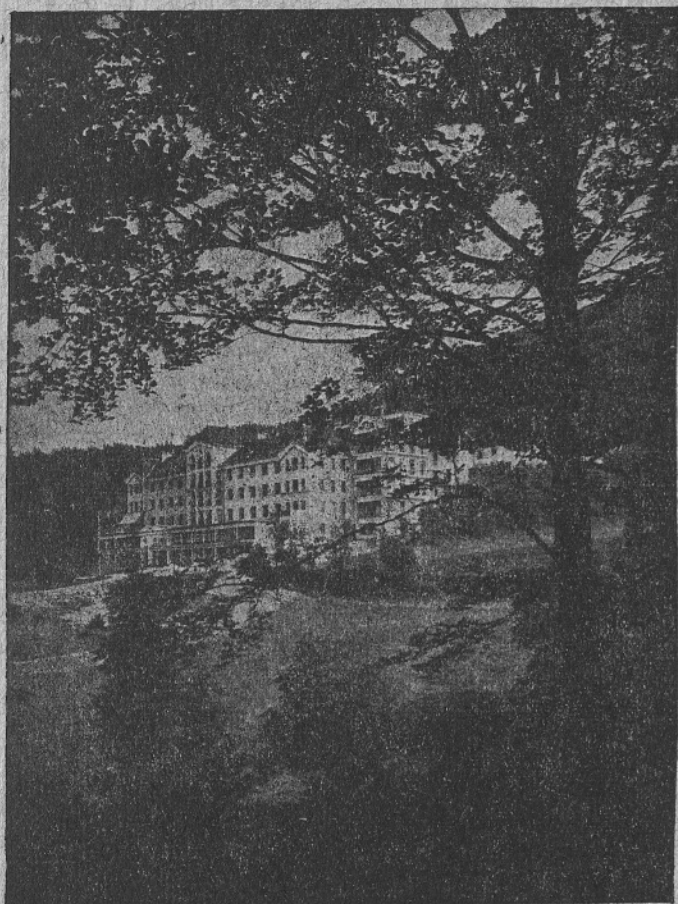
**ORGANSKI BISMUTSKI ANTILUETIKUM
STABILNA RJAVA RAZTOPINA. ZA ENO ZDRAVLJENJE 10-12 ccm. STEKL. z 15 IN 30 ccm.
ŠKATLJICE Z 10x1 ccm.**

ALJODAN

**ORGANSKI LIPOTROPNI JOD V TABLETAH
3x1-2 tabl. na dan. Orig. fiole z 10 in 20 tabl.**

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

Zdravilišče Golnik



za bolne
na pljučih.



Sprejema
odrasle bolni-
ke (moške in
ženske) s tu-
berkulozo pljuč
in grla v še
ozdravljivem
štadiju.



3 oskrbni
razredi

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

Vse informacije daje uprava zdravilišča Golnik.

Pošta — telefon — brzojav: Golnik.

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