

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

KEMIKA D. D. ZAGREB

dovoljuje si priporočati svoje preizkušene preparate, posebno pa sledeče:

Solphedrin ZA ZDRAVLJENJE KAŠLJA VSAKE GENEZE.

Sirup ugodnega okusa ki vsebuje naravni EPHE-DRIN, CODEIN in PAPAVERIN ter učinkovite snovi HERBAE THYMI. Pri tem preparatu smo polagali glavno važnost na DOZIRANJE ter nam je uspelo najti optimalne doze, s katerimi dosežemo pričakovani učinek, ne da bi prišlo do nezaželenih pojavov. Vsaka steklenica vsebuje:

Ephedrin hydrochlor.	0,25
Codein. hydrochl.	0,1
Papaver. hydrochlor.	0,3
Syr. Thymi compos. ad	125,0

Daje se odraslim 2—4 KRAT PO 1 KAVINO ŽLIČKO na dan, a otrokom 1—3 krat po $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{2}$ kavinc žličke po starosti. Izvolite paziti na SOLPHEDRIN in njegovo OPTIMALNO DOZIR. ki zajamči siguren učinek.

Diuresal Učinkoviti Theobromin-Natriosalicyl. v tabletah po 0,5 gr. ter kot prah za recept. Odlični diureticum po nizki ceni.

Calcotheobromin Tablete z vsebino 0,5 gr. Theobromin. Calciosalicyl. Ima odličen diuretichen učinak ojačen s kalcijevo komponento ter se daje z najboljšim uspehom pri boleznih ledvic, hipertenziji, kongestiji itd. Orig. fiole z 20 tabletami; doza: 3x1—2 tableti na dan.

Jodcalcotheobromin Ima isto vsebino kakor gornji preparat z dodatkom 0,10 gr. Kal. jodat. Ima potencirani učinek pri hipertenziji, arteriosklerozi, angina pectoris in abdominis ter kot prophylacticum proti tem boleznim. Se prenaša vilo dobro ter je v vsakem oziru enak dražjim inozemskim preparatom. Orig. fiole z 20 tabletami; doza: 3—4 krat po eno tableto na dan.

Izvolite se poslužiti pri vsaki priliki v prvi vrsti domačih preparatov, ker se dobijo po nižji ceni ter se proizvajajo v naši državi.

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

VSEBINA:

	Stran
Dr. Radšal Franjo: Diabetes in tuberkuloza	149
Dr. Cernelč Stanko: Ali narašča število rakastih obolenj tudi v Sloveniji? (5 tab.)	155
Dr. Peršič Ivan: Gibanje poliomyelitide v dravski banovini (4 tab.)	159
D. Kolterer Fr.: Balneoterapija nekrvavečega želodčnega in duodenalnega čira	165
Dr. Radšel Franjo: Naše skušnje s Perkainom (Ciba)	167
Iz zdravniških društev	170
Razpis nagrade dr. Matka	171
Iz medicinskih časopisov	172
Drobne novice	174
Iz uredništva	176

Tej številki sta priložena prospekta: tvrdke René Dunod — Beograd, Bačvanska ulica 6 ter tvrdke Vereinigte Chininfabriken Zimmer und Co., Mannheim — Waldhof.

Gospodje tovariši!

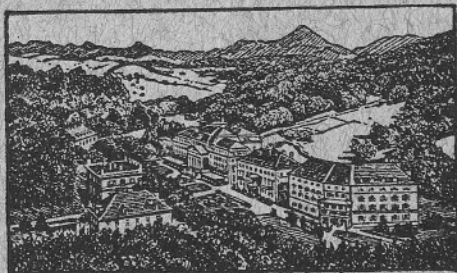
Karkoli naročate od tvrdk, ki inserirajo v Zdravniškem Vestniku, tudi če zahtevate samo vzorce in literaturo, vedno se sklicujte na Zdravniški Vestnik!

Rogaška Slatina

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

3

ZDRAVILNE
VRELCE:



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

NITI KLINIKA NITI PRAKSA
 ne moreta pogrješati za uspešno terapijo

Quadronal-a
 ki je najboljši analgeticum in antipyreticum ter

Quadro-Nox-a
 ki je spalno sredstvo brez vseh nezaželjenih učinkov

KAPSULE QUADRONOX
 za ljudi, ki se rano prebudijo

POLEG TABLET

Vzorce in literaturo pošilja:
"ISIS" d. d. ZAGREB 169

QUADRONAL

tabl. 10x0,5 g
 " 20x0,5 g

QUADRONOX

tabl. 10x0,6 g
 " 20x0,6 g
 KAPSULE 10x0,25 g

PUHLMANN ČAJ

znamke „Ripon“

več kot 20 let priznan pri

akutni in kronični bronhiti

ker izvanredno omiljuje draženje h kašlju, zlasti pri

asthma bronchiale

ker lahko razsluzi.

Doziranje: Pri odraslih 10–15 g = 2 navadni žlici na 1 l vode, vkuhati na pribl. 25. Prvo polovico je izpiti zjutraj gorko, ostalo 2–3 ure predno ležemo spat, praviako segreto.

Odobreno od Ministarstva Socijalne Politike i Narodnog Zdravlja, Sanitetsko odeljenje S. br. 4274 11. 3. 1932.

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

Literaturo in poskusne količine pošilja:

Puhmann & Co., Berlin O. 171

Müggel-Strasse 25—25 a

ПУЛМАНОВ ЧАЈ
PUHLMANN-ČAJ
PUHLMANN TEE
 (Marke Ripon)
 Warenzeichen № 8173.



Especially recommended for the treatment of acute and chronic bronchitis, asthma bronchiale, cough, cold, influenza, and all respiratory ailments. The tea is prepared from the finest tea leaves and is rich in vitamins and minerals. It is a natural and healthy beverage for all ages.

Особито препоручено за лечење акутног и хроничног бронхитиса, астме бронхијалне, кашља, грипа, инфлуенце и свих болести дисањног система. Чај је припремљен од најбољег чаја и богат је витаминима и минералима. Природно и здраво пиће за све узрасте.

Специјално препоручено за лечење акутног и хроничног бронхитиса, астме бронхијалне, кашља, грипа, инфлуенце и свих болести дисањног система. Чај је припремљен од најбољег чаја и богат је витаминима и минералима. Природно и здраво пиће за све узрасте.

Protiv
Kašlja

Dicodid-Tabletten

«Knoll»

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

daleko je podesniji od Codeina.

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

Vrlo retko uzrokuje opstipaciju.

Rp. Dicodid-Tabletten »Knoll«

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

Cevčice sa 10 tableta po 0,01 g.

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



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

Glavni zastupnik za Jugoslaviju:
Mr. Draško Vilfan, Zagreb, Ilica 204.

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA
V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO IN ADMINISTRACIJA: DR. R. NEUBAUER — GOLNIK

Štev. 4.

30. aprila 1933.

Leto V.

Iz zdravilišča Golnik (prim. upr. dr. R. Neubauer)

Diabetes in tuberkuloza.*

Dr. Fr. Radšei, asistent.

Znano je, da zmanjša sladkorna bolezen resistenco organizma in da stvari tako ugodna tla za marsikatero drugo obolenje. Po Josslinovi statistiki umre samo 51% diabetičarjev na komi, medtem ko umre ostalih 49% na drugih interkurentnih boleznih. Tuberkuloza s 6% pride tu na tretjem mestu. Drugi starejši avtorji pridejo pa do znatno višjih števil. Tako Noorden do 15.1%, Griesinger je našel med 250 diabetiki 105 tuberkuloznih, kar bi znašalo celih 42%. Pri sekcijah diabetičnih bolnikov pa so našli v. Frerichs, Naunyn, v. Noorden, West Williamson in Seegan v 40 do 50% tuberkulozo.

Verjetno pa so te številke le previsoke, kajti novejšje statistike ne pridejo več do tako visokih odstotkov. Tako je našel Fitz, ki je sestavil 3 velike statistike le 1.6 diabetičarjev, a Murphy in Moxon sta našla med 827 slučaji diabetesa le 40 tuberkuloznih, kar bi znašalo 4.83%. Britanijski pa je našel med 125 diabetiki 24 pljučnih tuberkuloz. Vsekakor pa so tuberkulozne komplikacije pri diabetesu pogoste in zavzemajo ravno radi težko izvedljive terapije in še bolj radi diametralno različnih vidikov terapije poglavje zase.

Glede medsebojnih odnosov obeh bolezni pri enem in istem bolniku so mogoč tri kombinacije (Porges): ali se srečata obe bolezni slučajno, ali ustvarja tuberkuloza ugodna tla za diabetes ali pa narobe diabetes ugodna tla za tuberkulozo.

Prva možnost ni verjetna že radi tega ne, ker najdemo obe bolezni tako pogosto združeni. Saj je našel Braeuning, da je odnos diabetikov, ki obolijo po 40 letu za odprto tuberkulozo, 28 krat večji kot pa pri ostalem prebivalstvu. Tudi drugo možnost je ovrgla statistika. Ostane nam še tretja možnost. Tuberkuloza se pridruži k že obstoječemu diabetesu, kar nam poleg drugih avtorjev prav nazorno kažejo zgorajšnje Braeuningove številke. Curschmann je šel celo tako daleč, da trdi, da je diabetes vedno prvotno obolenje in da se da z dobro anamnezo to vedno tudi dokazati.

* Članek je bil namenjen za jub. štev. Z. v.

Pri naših 20 slučajih se da v 11 slučajih anamnestično ugotoviti primarnost diabetesa. Od ostalih 9 je pri enem slučaju, ki je bil 4 leta pred prihodom v zdravilišče operiran za tuberkulozo slepega črevesa možnost, da je nastopil diabetes po tuberkulozi pankreasa. Pri bolniku so se namreč pojavljale vedno nove haematogene metastaze, zadnja na os ischii ter je mogoče, da ni prišlo samo do tuberkuloze coeci, ampak tudi do drugih metastaz drobvoja. V enem slučaju je nastopila klimakterična amenorea že s 36 letom, kar da misliti na primarni diabetes, pri katerem se to opaža. Pri preostalih 7 slučajih se pa iz anamneze ni dalo s sigurnostjo dognati, katero obolenje je bilo primarno.

Vprašanje zakaj so ravno diabetiki tako izpostavljeni tuberkulozni infekciji še ni rešeno. Starejša literatura je mislila, da ustvarja hiperglikemija ona ugodna tla za Kochove bacile, kakor tudi za druge bakterije, zato so tudi sekundarne infekcije pri diabetesu tako pogoste.

Wolfsohn je preiskoval serum diabetikov, pa ni mogel najti v njem ničesar, kar bi tolmačilo njegovo manjšo odpornost. Pač pa je našel, da je moč fagocitoze belih krvnih teles diabetika napram belim telesom zdravega organizma znatno zmanjšana. Opazoval je tudi, da je pri diabetiku pri banalnih infekcijah s koki reakcija manjša, da je manj gnoja, da je gnoj bolj redek in da se obolelo tkivo le slabo loči od zdravega. Vročina in temperatura pa nastopata v manjši meri. Vsa opazovanja, ki so po analogiji služila njemu in še množici drugih avtorjev za dokaz, da velja to isto tudi za tuberkulozo. Tako je učila in še uči šolska medicina, da je potek tuberkuloze z diabetesom atipičen, da je reven na simptomih, da je temperatura nizka, izmečka malo, znojenja in haemoptoe redke, da se dajo bacili le težko najti. Tako potrjuje K. Scholz, ki je publicirala 43 slučajev tuberkuloze z diabetesom revščino tuberkuloznih simptomov. Istega mnenja je Achard, o malih subjektivnih težavah poroča tudi Bernard. Enaka opazovanja sta objavila tudi Vasojević in Freudenfeld s klinike prof. Antića v Beogradu.

Popolnoma v nasprotju s temi dognanji so naše izkušnje. Pri pregledu našega materiala zadnjih 10 let sem našel 20 slučajev tuberkuloze komplicirane z diabetesom. Eden od teh je prihajal tri leta zaporedoma v zdravilišče in je ostal celih 38 tednov v naši oskrbi, ostalih 19 se je pa po značaju bolezni dalje ali manje časa mudilo v zdravilišču. Manj kot 4 tedne je bilo 5 slučajev. Nadaljnih 5 slučajev je bilo 5 do 8 tednov; 9 do 12 tednov 4 slučajji, po 1 po 17, 30, 37 in 39 tednov; a 1 slučaj je še v oskrbi.

Pregledna tabela vseh simptomov jasno kaže bogato simptomatologijo, ki so ga ta obolenja nudila, a za pričujočo razprava bo zadostno, če naša izkustva kratko rekapituliramo:

Kochove bacile smo dokazali v 17 slučajih (85%), v 2 slučajih so bili stalno negativni, od teh dveh je ena kavernoza tuberkuloza, katero smo zdravili z umetnim pneumothoraxom, a v 1 slučaju vsled naglega od-

hoda bolnika sputum ni bil preiskan. Po klinični sliki pa tudi tam ni bilo pričakovati, da bi jih našli.

Elastična vlakna smo našli v 11 slučajih (55%), 2 krat v izrednih množinah. Popolnoma enake številke nam nudi nočno znojenje, kjer smo med 11 slučajih nočnega znojenja 2 krat našli izredno močno izraženo. Pri temperaturi najdemo pri naših slučajih le 3 krat normalno, 3 krat subfebrilno, a 14 krat (70%) febrilno temperaturo.

Zgornjim številkam odgovarjajo popolnoma tudi klinične slike naših obolenj. Tako smo v 3 slučajih diagnosticirali sirasto pneumonijo, 8 krat bronchopneumonije z razpadom, 5 krat fibrokazeozne forme, le 4 krat fibrozne in haematogene forme. Vidimo torej, da je v veliki večini prevladovala eksudativna forma: 16 slučajev (80%), medtem ko najdemo čisto fibrozne forme le 2 krat, kajti ostali 2 haematogeni tuberkulozi sta imeli jasno izražene, četudi male kaverne. Ob prevladujoči bronchopneumonični formi tuberkuloze pri diabetesu poroča tudi Banyai, enako Bernard, ki govori o sirastih formah.

V skladu s temi klinično že samim po sebi težkimi formami tuberkuloznega obolenja je bila vedno tudi sedimentacijska reakcija. Tako smo našli 5 vrednot do 10 min., 8 do 20 min., 2 krat od 20 do 50 min., 2 krat od 50 do 100 min., le 1 krat preko 100 min., v 2 pretežkih slučajih pa je nismo naredili, verjetno pa bi tudi tam dobili zelo nizke vrednote. Tako, da smo prišli do sklepa, do katerega je prišel edino tudi Leitner, da je sedimentacijska reakcija krvi tuberkuloznega pri diabetesu pospešena.

Prav posebno vlogo pa igrajo pri našem materijalu haemoptoe. Desetkrat je bil to prvi subjektivni znak tuberkuloznega obolenja! Med preostalimi 10 slučajih pa so se v 4 slučajih pojavile haemoptoe med zdravljenjem, v 1 slučaju celo zelo težka in popolnoma nedostopna vsaki terapiji. Tako, da pridemo do 70% haemoptoj, medtem ko zavzemajo pri celotnem našem materijalu haemoptoe le 7.5% (Neubauer). O pogostih krvavenjih poroča tudi Achard, medtem ko je imel Britanijskij le 3 haemoptoe med 24 slučajih.

Zakaj in odkod ta velika razlika med tujimi in našimi izkustvi? Odkod ta razlika o tuberkulozi, ki poteka po literaturi revna na simptomih, medtem ko nam naš materijal nudi, kar se simptomov tiče naravnost porazno sliko. Odgovor na to ni ravno lahek. Res je, da predstavljajo večino naših slučajev težka, skorajda infaustna obolenja, ki se vedno manifestirajo z izrazitimi znaki; toda polovica naših slučajev ima haemoptoe kot prvi znak bolezni. V naravi haemoptoe pa že leži zagotovilo, da je bolnik ne bo niti prezrl, niti pozabil, tako da tem podatkom lahko brez nadaljnega verjamemo. Seveda še ostaja možnost, da je potekalo obolenje do krvavenja popolnoma tiho, brez subjektivnih simptomov, oziroma da je bil začetek res atipičen in reven na simptomih. To možnost bi potrjevala le dva naša slučaja, kjer se je tuberkuloza — rekel bi — odkrila le slučajno. V enem slučaju je pacientka šla k redni rentgenološki kontroli, v drugem je pa kli-

nika pri do tedaj nediagnosticiranem slučaju našla poleg srednje-težkega diabetesa še kavernožno tuberkulozo, ki dotedaj bolniku ni delala nikakih težav. Vendar pa je bil tudi pri teh dveh bolnikih klinični izvid izrazit, le pri bolnici nismo mogli kljub kaverni nikdar najti Kochovih bacilov.

Mogoče je še najbližje našemu opazovanju Banyjajevo, da so inicialni simptomi tuberkuloze pri diabetesu res nekarakteristični, da so pri vsaki že napredovani tuberkulozi izraženi. To nekarakterističnost vidimo že v nenavadnih lokalizacijah, kajti zelo pogosto najdemo subapikalne infraklavikularne in parahilerne infiltrate. V naših slučajih smo mogli to prav posebno opazovati na manje bolni strani. Ti infiltrati včasih klinično tudi niso bili preveč izraziti, tako da smo jih v prvi vrsti našli šele pri rentgenološki preiskavi. Zdi se mi pa, da tega dejstva ni mogoče tolmačiti kot nekaj svojkega za tuberkulozo pri diabetesu, vsaj se nam ne godi prav nič boljše pri diagnozi ranega infiltrata. V diagnozi tuberkuloze danes nima rentgen le nekdanje podrejene vloge, da potrdi naš izvid, danes je rentgen z eksaktno sliko najvažnejše diagnostično sredstvo, ki prekaša vse druge. Če se pridružimo Redecker-Simonu, ki vidita v ranem infiltratu — katerega lahko eksaktno dokažemo le z rentgenom — začetek flize, potem bi tudi za potek tuberkuloze pri diabetesu, ki je v začetku atipičen, našli zadostno razlago.

Nekateri avtorji pa so mnenja, da je vzrok te atipičnosti acidoza, ki je v stanju preprečiti in slabiti alergične reakcije. Vpoštevati pa je treba tudi starost bolnika, kajti pogosto najdemo obe bolezni združeni pri starejših ljudeh od 50 let navzgor. Že citirane Braeuningove številke nam bi to potrdile. Med našimi slučajih smo imeli 1 sam slučaj z 18 leti, 6 slučajev od 37 do 40 let, 8 od 40 do 50 in 5 slučajev nad 50 let. Vse že zelo blizu one meje, ki so jo začrtali različni avtorji za starostno tuberkulozo, ki poteka mnogokrat neopažena in neprepoznana ravno radi tega, ker je revna na simptomih. Hoppe-Seyler je celo mnenja, da lahko nastopa starostna tuberkuloza kot posledica diabetesa, a diabetes zopet vsled ciroze pankreasa povzročene po starostni arteriosklerozi.

Kako važno vlogo za nastop tuberkuloze pri diabetesu pa igra ekspozicija, nam nudijo dokaz zopet naše številke. V 9 slučajih najdemo v ožji rodbini tuberkulozo. Misel, da se je k obstoječemu diabetesu pridružila ravno vsled močne ekspozicije še tuberkuloza, bi našla potrdilo tudi v interesantni publikaciji Vasojevića in Freudenfelda, ki navajata slučaj diabetesa, ki se je na kliniki tuberkulozno inficiral. Toda mesto, da bi bila avtorja prišla vsled tega do sklepa, da je treba vse diabetičarje varovati kar najbolj pred tuberkulozno ekspozicijo in infekcijo, predlagata le posebne dispanzerje za diabetike. Ali pa ne bo ravno tu — ko je vendar med njimi tako velik odstotek tuberkuloznih — možnost ekspozicije in infekcije še večja?

Za presojo poleka teh obolenj in pa doseženih rezultatov je seveda važno stanje, v katerem so prišli ti bolniki v sanatorijsko oskrbo. Tako si-

raste pneumonije kot brocnhopneumonične forme predstavljajo že same posebi infaustna obolenja. Na ta način odpade 11 slučajev, a pri ostalih 9 slučajih je bil 1 slučaj haematogene tuberkuloze, ki je bil enako infausten. Pri preostalih 8 slučajih pa sta se, kar je izredno zanimivo še najbolj odrezala tista dva slučaja, ki sta bila odkrita slučajno. V enem slučaju zdravljenem s pneumothoraxom lahko govorimo o ozdravljenju (tuberkuloze), v ostalem pa govori naša statistika le o 6 zboljšanjih in to vkljub temu, da smo 9 naših slučajev zdravili z umetnim pneumothoraxom, a 1 krat s phrenicoexairezo poleg odgovarjajoče antidiabetične kure z insulinom.

Kutschera-Aichbergen misli, da je vzrok temu neugodnemu poteku tuberkuloze pri diabetesu zmanjšana rezistenca diabetika. Odklanja pa trdi, da bi bila acidoza oziroma hujšanje v vzročni zvezi z neugodnim potekom, kajti tuberkulozna infekcija poteka tudi pri dijetetično-dobrem režimu vedno slabše kot pri nediabetičarju. Vzrok zmanjšane rezistence leži po njegovem mnenju v tkivu in sicer vsled izpraznjenja glikogenskih zalog in zmanjšanja sladkorne potrošnje tkiva.

Glede zdravljenja diabetesa, ki je kompliciran s tuberkulozo, pa vlada med najrazličnejšimi avtorji precejšnja edinost. Vsi so složni v tem, da je diabetes bolj nevarna komplikacija in da leži težišče zdravljenja na diabetesu (Crow). Bernard navaja, da je znašala mortaliteta pred inzulinom 43%, medtem ko se je po inzulinu zmanjšala na 6 do 15%. Labbé, Marcel, Raoul Boulin et Justin-Besançon zahtevajo popolno odstranitev glikemije in acidoze z inzulinom in smatrajo to kot prvi predpogoj uspešnega zdravljenja. Zopet drugi (Antić, Vasojević in Freudenfeld, Kallos in Kentzler, E. Müller) pa se pri uporabi inzulina bojijo visokih doz, nekateri pravijo celo, da so po inzulinu videli poslabšanja, kar teoretično ne bi bilo izključeno. Slučaji pa, ki sta jih objavila Vasojević in Freudenfeld in ki so pri malih dozah inzulina kljub dolgemu kliničnemu zdravljenju končali letalno, se mi zdi, da govorijo bolj v prilog Labbéjevi zahtevi, da je treba glikemijo in glikozurijo na vsak način odstraniti kot pa v dokaz teze avtorjev.

Daniello in Gavrila pa se obračata proti onim, ki trdijo, da so videli po inzulinu poslabšanja. Pravita, da ne gre opazovana napredovanja procesa pripisovati na rovaš inzulina, temveč le na rovaš težkega progredijentnega tuberkuloznega procesa. Popolnoma istega mnenja sta Weskott in Davidov, vendar zadnji pripušča teoretično možnost poslabšanja pri visokih dozah.

Zdravljenje tuberkuloze pa se naj vrši po običajnih vidikih (Prado) ftizeoterapije v kolikor le-ti ne nasprotujejo dijetetičnemu režimu diabetesa. Kot najučinkovitejšo metodo priporočajo vsi pneumothorax, ki je v dani indikaciji vedno indiciran. (Blanco y Soler).

Kar se prognoze tiče, pravi Lorenzen, da nastopa smrt pri kombinaciji diabetes in tuberkuloza v treh letih. Za presojo prognoze pa je merodajna predvsem forma diabetesa. Izjemo delajo le eksudativne oblike tuberkuloze, ki imajo že same po sebi slab potek pa bilo z ali brez inzulina.

Edino rana diagnoza tuberkuloze pri diabetiku zboljša nekoliko njegovo težko prognozo. Zato je naša dolžnost, da prav posebno nadziramo vsakega diabetika, da gledamo, da ne bo izložen tuberkulozni infekciji in da ga damo kot zahteva cela vrsta novejših avtorjev (Rosenberg, Wolf, Halasz), redno rentgenološko kontrolirati. Pravilo: pri vsakem diabetiku rentgenpregled, pri vsakem tuberkuloznem pa pregled urina, nas bo tako v našem in še bolj v interesu bolnika obvarovala pred marsikaterem iznenadenjem.

Literatura:

O. Porges: Stoffwechselkrankheiten und Phthise. V Schröder-Brauer-Blumenfeld Handbuch der Tuberkulose. Band III. Leipzig 1923.

H. Braeuning: Beginn und Verhütung, der offenem Lungentuberkulose. — Beitr. Klin. Tbk. Bd. 81.

Vasojević in Freudenfeld: Odnos između diabetes mellitusa i plućne tuberkuloze. Srpski arhiv za celokupno lekarstvo god. XXXIV. Sv. 1.

Prof. Antić: O Insulinu i njegovoj upotrebi kod diabetes mellitusa. — Medic. Pregled broj 2, 1931.

Grote L. R. — Diabetes und Tuberkulose: — Schweizer med. Wschr. 1931.

Murphy, Moxon: Diabetes mellitus and its complications. — An analysis of 827 cases. — Zentralblatt f. Tbc. Forsch. 36 1932.

Scholz K. Diabetes mellitus und Lungentuberkulose. — Zentralblatt f. Tbc. Forsch. 61 1931.

Halasz A: Diabetes und Lungentuberkulose. — Zentralblatt f. Tbc. Forsch. 35 1931.

Prado S.: Diabetes und Tuberkulose. — Zentralblatt f. Tbc. Forschung 35 1931.

Blanco y Soler: Diabetes und Tuberkulose. — Zentralblatt f. Tbc. Forschung 35 1931.

Britanijskij: Klinische Angaben zur Frage des Zuckerdiabetes und der Lungentuberkulose. — Zentralblatt d. Tbc. Forsch. 33 1930.

Kutschera-Aichbergen: Über Behandlung Tuberkulöser Diabetiker. — Wien. Klin. Wschr. 1931/II.

Bernard Léon: Tuberkulosis and diabetes. — Zentralblatt f. Tbc. Forsch. 34 1931.

Achard: La tuberculose des diabetiques. — Zentralblatt f. Tbc. Forsch. 34 1931.

E. Grafe: Diabetes mellitus v Neue Deutsche Klinik (Klemperer) Bd. II.

Davidov: Diabetes und Tuberkulose. — Zentralblatt f. Tbc. Forsch. 35 1931.

Lj. Merčun: Moderno zdravljenje sladkorne bolezni. — Zdravn. Vestnik 1932, št. 1-3.

Hoppe-Seyler: Die Tuberkulose der Greise. — V Handbuch der Tuberkulose Bd. IV. Leipzig 1923.

Daniello, Gavrila: Die Behandlung der Tuberkulösen Diabetiker mit Insulin und Diät kombiniert mit künstlichem Pneumothorax. — Zentralblatt f. Tbc. Forsch. 32 1930.

Fitz: The problem of pulmonary tuberkulosis in patients with diabetes. — Zentralblatt f. Tbc. Forsch. 34 1931.

Labbé, Marcel, Raoul Boulin et Justin Besançon: Evolution de la tuberculose pulmonaire des diabetiques graves traités par la collapsothérapie bilatéral et l'insuline. — Zentralblatt f. Tbc. Forsch. 34 1931.

Leitner: Diabetes und Tuberkulose. — Zentralblatt f. Tbc. Forsch. 33 1930.

Crow: Diabetes in the tuberculous. — Zentralblatt f. Tbc. Forsch. 33 1930.

Banyai: Diabetes and pulmonary tuberkulosis. — Zentralblatt f. Tbc. Forsch. 36 1932.

Neubauer: Haemoptoe — Zdravn. Vestnik 4-6 1931.

Černe: Nespecificne krvne preiskave pri tuberkulozi. — Zdrav. Vestnik 4-6 1931.

Iz banovinske bolnice v Brežicah, Šef: primarij Dr. J. Cholewa.

Ali narašča število rakastih obolenj tudi v Sloveniji?*)

Dr. Stanko Černelč, sekundarij.

Po statistiki društva narodov živi na celem svetu 2 milijarde 13 milijonov ljudi. Od teh jih je stalno približno 6,400.000 bolnih na raku, a 2,500.000 jih letno umrje za rakom. Pri tem rak ne prizanaša ne spolu, ne rasi in ne starosti. Že v najmlajših letih se včasih pojavlja, vendar je danes še najmanj 3/4, često celo 4/5 vseh smrtnih slučajev po 50 letu, torej ravno narobe kakor pri tuberkulozi, kjer je le 1/4 smrtnih slučajev po 50. letu. Z ozirom na rase pa je tako že znano dejstvo, da je rak predvsem šiba božja bele rase. Med spoloma pa najdemo znatne razlike. Večina statistikov dokazuje, da zapada več žensk kakor moških rakastim obolenjem. Kakor je razvidno iz pariške statistike za l. 1930. je to razmerje moških: ženskam 1479: 2122. Pri tuberkulozi je to razmerje obratno, 3460: 2280. Z druge strani poroča z nemške klinike v Erlangenu (prof. Wintz) Endrös, da prevladuje ravno moški spol pri umiranju za rakom (1128: 1044) t. j. da je umrljivost pri moških za 8% večja kakor pri ženskah.

Izgleda, da zadnja leta rak v vseh državah močno narašča. E. Liek piše v svoji knjigi (Krebsverbreitung... 1932) doslovno: „Rak je razširjen po celi zemlji in prej narašča kakor pa nazaduje. Kljub vsem napredkom zdravilstva in higijene, kljub vsem statističnim modrovanjem, umira ta čas od leta do leta več ljudi za rakom.“ Ali res narašča število rakastih obolenj? Ker je statistika razmeroma še mlada veda in se zaenkrat ne morejo še nikjer pohvaliti z idealno, vsem zahtevam ustrezajočo statistiko, je razumljivo, da so statistiki glede omenjenega problema razdeljeni na dva tabora. Pristaši prvega tabora trdijo, da število rakastih obolenj le dozdevno narašča, ker razpolagamo danes pred vsem z izboljšanimi diagnostičnimi metodami, razen tega pa je danes v vseh državah z izboljšanimi higijenski in socialnimi razmerami povprečna starostna meja mnogo večja kakor nekoč in na ta način tudi več ljudi doseže takozvani „Karcinomalter“ in s tem raka. Prausnitz n. pr. piše: „Ne obstoja nobeno naraščanje umrljivosti za rakom, temveč le dozdevno naraščanje vsled izboljšane diagnostike (Ca. mesto „marasmus senilis“) in spremenjene izgradnje starosti „Altersaufbau“. Slično mnenje zastopajo tudi J. Wolff, S. Peller, Ålby in dr. Gotovo je, da ti dokazi niso brez podlage, vprašanje je le, če nam izboljšana diagnostika zadostno razlaga naraščanje umiranja za rakom. Na to vprašanje zaenkrat ne moremo še popolnoma točno odgovoriti, vendar izgleda danes po mnenju večine raznih drugih statistikov, — njim na čelu eden najboljših sodobnih poznavalcev raka Fred. Hoffman, — da to nara-

*) Članek je bil namenjen za jub. število Z. v.

ščanje le ni samo dozdevno, ampak še preveč resnično, tako da se odpira predvsem za belo raso prav žalostna perspektiva bodočnosti.

V raznih državah vidimo različno mortaliteto, tako v splošnem, kakor tudi po organih. Iz priložene tabele števil 1 in 2 je razvidno, da je splošna mortaliteta največja v švicarskih deželah, a tudi rak želodca in jeter je v teh deželah na prvem mestu. Na Angleškem, ki stoji med 16 državami na 5. mestu glede splošne mortalitete za rakom, zavzame prvo mesto zopet umiranje za rakom ženskih spolnih organov in prsne žleze, tako da umira za to vrsto Ca. v Angliji letno okroglo 150 žensk na 100.000 prebivalcev. (V Holandiji okroglo 80, a v Italiji povprečno 40). Po novejših Hoffmanovih podatkih je umrlo za rakom od 1921—1927 in sicer zopet na 100.000 prebivalcev letno v Švici 142, na Škotskem 132, v Angliji in Walesu 129.

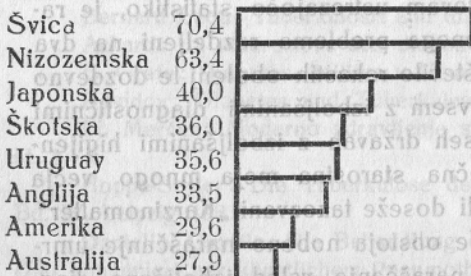
Tabela 1.

Umrlijivost na 100.000 prebivalcev na leto, izračunana za leta 1908—1912. (Po Hoffmanu.)			
Švica	124,3	Avstrija	80,0
Nizozemska	106,4	Francija	78,4
Škotska	103,0	Nova Zelandija	75,2
Švedska	98,3	Amerika	74,7
Anglija	97,6	Belgija	66,9
Norveška	95,6	Japonska	64,3
Nemčija	87,1	Španija	52,3
Irska	81,2	Ogrska	45,5

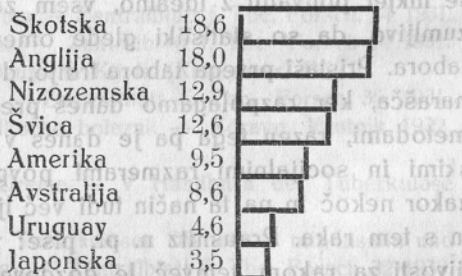
Tabela 2.

Umrlijivost na raku pri različnih organih v 8 deželah. (Umrlijivost na 100.000, po Hoffmanu.)

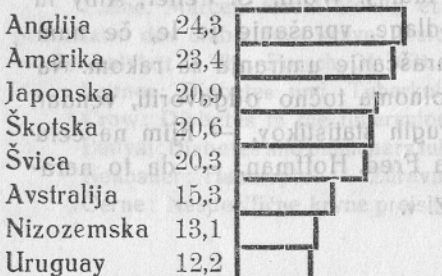
Rak želodca in jeter.



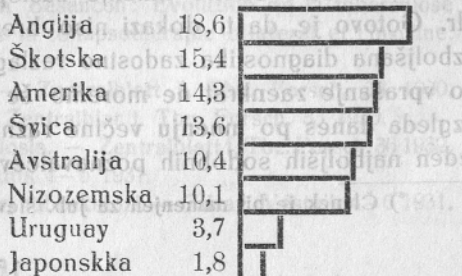
Rak črevesja, rectuma, etc.



Rak ženskih spol. organov.



Rak prsne (mlečne) žleze.



V Holandiji jih je umrlo l. 1890	83,2	} na 100.000 prebiv.	
l. 1910	121,1		
l. 1920	127,0		
V Avstriji	l. 1928	155,0	

Na prvi pogled je jasno, da tekem zadnjih let umiranje za rakom naglo narašča. Na Angleškem je naraslo to umiranje (po Ellis Barkerju) od l. 1911 do 1928 za okroglo 56%, in je tako l. 1928. zapadlo že več kakor 12%, torej vsaki 8. smrtni slučaj raku. V Ameriki je od l. 1916—1927 naraslo umiranje za rakom povprečno za 18% in je l. 1930 umrlo za Caže 111 na 100.000 prebivalcev (po Hoffmanu l. 1900 60 : 100.000!) Tudi v Nemčiji narašča umiranje za rakom absolutno in relativno, kakor nam to nazorno kaže naslednja uradna statistika.

Tabela 3.

Leto	Štev. smrt. sluč. vsled raka	Umiranje za rakom	
		na 100.000 preb.	na 1000 vseh smrt. slučajev
1905	43.334	70	36,3
1910	50.419	80	48,2
1915	50.368	80	34,7
1920	52.525	90	56,3
1925	63.564	100	85,4
1928	72.529	110	98,1
1929	74.641	120	92,6
1930	76.567	119	107,7

Danes gre v Nemčiji skoro že vsak 9. smrtni slučaj na račun rakastih obolenj. In še so v Nemčiji statistiki, ki trdijo, da je število smrtnih slučajev mnogo večje, kakor ga navaja uradna statistika. Tako trdi K. Freudenberg (D. m. W. 1932 No 30), da l. 1929. število smrtnih slučajev v Nemčiji ni iznašalo samo 75.000, nego kar 95.000 (146 : 100.000!!), kajti 1/5 smrtnih slučajev, ki se je klasificirala kot „marasmus senilis“, se gotovo lahko naprti raku. Iz vseh držav torej same strahotne številke. Ali so morda prolog k tragediji bele rase?

Kako je z rakom v Sloveniji? Takoj uvodoma moram omeniti, da bi mi bilo ljubše, če bi lahko priobčil pregledno statistiko o raku iz cele Jugoslavije, toda takšne statistike žal za enkrat ni mogoče sestaviti. Zato se moram omejiti le na podatke iz Dravske banovine. Toda tudi ti podatki so precej skromni in ne dovoljujejo široke primerjave s tujimi statistikami (ne navajajo moških in žensk posebej, ne starostne dobe, ne delitve na posamezne organe). Vendar sem na podlagi statistike Kr. banske uprave sestavil sledeči pregled tab. štev. 4.

Leto	Štev. vseh smrtnih slučajev	Štev. smrti. sluč. vsled raka*)	Umiranje za rakom	
			na 100.000 preb.	na 10.000 vseh smrtnih slučajev
1926	19.123	666	60,3	34,8
1927	19.316	651	58,6	33,7
1928	18.538	656	58,6	35,4
1929	19.381	710	62,9	36,6
1930	17.494	724	63,8	41,4

Smrtni slučajji vsled raka predstavljajo od skupnih smrtnih slučajev:

l. 1926	3,5%
l. 1927	3,4%
l. 1928	3,5%
l. 1929	3,7%
l. 1930	4,0%

Številke nam torej jasno dokazujejo, da narašča — čeprav minimalno — tudi pri nas število smrtnih slučajev vsled raka in s tem seveda tudi število rakastih obolenj, obenem pa opazamo, da kljub temu splošna umrljivost nazaduje. To nazadovanje pri nas ni tako eklatantno, medtem ko je v drugih državah, ki imajo takorekoč idealne zdravstvene in socialne razmere, razvidno že na prvi pogled in gre predvsem na račun akutnih infekcijskih bolezni in tuberkuloze, tako da je danes v mnogih državah umiranje za rakom že prekosilo umiranje za tuberkulozo. Tako stanje je n. pr. v Nemčiji že od l. 1926, ravnotako tudi na Angleškem. Izračunali so, da pokosi začasno v Nemčiji rak že 30% več ljudi kakor pa jetika. Pri nas seveda še ne bomo prišli tako hitro do sličnih rezultatov, vendar pa tudi pri nas jetika od leta do leta polagoma nazaduje. Tako vidimo, da jih je umrlo na tuberkulozi:

l. 1926	2692 t. j.	14,1%	od vseh smrtnih slučajev
l. 1927	2403 t. j.	12,4%	" " " "
l. 1928	2393 t. j.	12,9%	" " " "
l. 1929	2325 t. j.	11,9%	" " " "
l. 1930	2160 t. j.	12,3%	" " " "

Izgleda torej, da bomo tudi pri nas v doglednem času izenačili umrljivost na tuberkulozi z ono pri raku in dosegli s tem, da bo nova kuga še večji bič prebivalstva kakor je danes jetika. Kdor pozna natančnejše podatke iz tujih dežel, pa bi morda lahko pripomnil, da imajo tuje pokrajine s približno enakim številom prebivalstva kakor Slovenija že dalj časa mnogo več slučajev raka kakor mi in bi bila tako vsaj deloma opravičljiva domneva, da rak pri nas tudi v bližnji bodočnosti ne bo zavzel tako širokega razmaha kakor drugod. Radi boljšega pregleda in razumevanja navajam tudi jaz take podatke in sicer iz francoskih departementov, ki sem jih posnel po „La lutte contre le cancer“ No 27 — 1930 (tab. štev. 5)

* Mišljene so tu vse maligne novotvorbe!

Leta 1927	Število prebiv.	Štev. vseh smrtnih slučajev	Umiranje za rakom			
			moški	ženske	skupaj	na 100.000 prebiv.
Pas-de-Calais	1,171.912	16.614	456	546	1.002	85
Seine-et-Oise	1,137.524	18.517	542	718	1.260	111

Morda je res, da igrajo pri tem v našo korist kako vlogo rasni in klimatski momenti, toda ti problemi so še tako nejasni, da se zaenkrat v to ne moremo spuščati. Pribiti hočem le eno neizpodbitno dejstvo. Vse statistike, zlasti pa še vse karcinom-statistike so pomanjkljive. Glavna krivda leži v napačni diagnozi, ker se zlasti često ne diagnosticirajo interni karcinomi, kar velja v prvi vrsti za primarne pulmonalne in bronhijalne karcinome (v Nemčiji jih v 53% klinično niso prepoznali). Razen tega pa „nima velike vrednosti statistika, ki ne bazira na rezultatih pravilno izvedenih sekcij“ (Lubarsch). Vsi ti momenti veljajo predvsem za našo izredno mlado slovensko statistiko, ki bi gotovo dajala višje številke, če bi se vsaj v naših bolnicah dalo izvesti, da bi se principijelno secirali vsi mrličji. Tako bi se tudi pri nas „marasmus senilis“ pogosto izkazal kot karcinom. Zato mislim, da ni brez vsake podlage, če trdim, da je umrlo vsaj l. 1930. v Dravski banovini okroglo 1000 ljudi na raku. S tem pa smo seveda tudi mi stopili na „zavidljivo“ pot velikih števil.

Zahvaljum se Kr. banski upravi za odstopljene statistične podatke, gospodu primariju Dr. Cholewi pa za vsestranske prijazne nasvete.

**Ortopedski odsek državne bolnice v Ljubljani primarij:
Dr. Minař.**

Gibanje poliomyelitide v dravski banovini.*)

Dr. Peršič Ivan, zdravnik drž. bolnice v Ljubljani.

Poliomyelitis anterior acuta je z ozirom na svojo sorazmerno redkost v primeri z drugimi infekcijskimi boleznimi in radi kratkotrajnega poteka in pomanjkanja samo svojih simptomov v akutnem štadiju, mnogokrat neopazena. Sporadično nastopajoči slučajji prebolijo bolezen pod raznimi diagnozami, ki odgovarjajo vsakokratni sliki bolezni, dokler se ne razvije stanje, v katerem jim je potrebna ortopedska bolnica, ta nam vsled tega lahko nudi precej jasno sliko o gibanju poliomyelitide na svojem področju.

Na ortopedskem odseku drž. bolnice v Ljubljani, katerega področje je vsa dravska banovina se je zdravilo v l. 1927 — 1932 114 oseb pri katerih je bila poliomyelitis povod ohromljenja telesnega mišičja. To število daleč presega ono zdravstvenim oblastem prijavljenih slučajev. Uradno je letno prijavljenih do 12 slučajev. Ortopedski odsek sam pa sprejme do 25 bolnikov letno, katerim je bolezen v toliki meri okvarila njihova gibala, da jih ni več mogoče smatrati kot polnovredne člane človeške družbe.

*) Članek je bil namenjen za jub. številko Zdravniškega vestnika.

Koliko bi znašala mortaliteta za poliomyelitido v naši banovini, ni težko preračunati. Vsi ortopedi so složni v tem, da samo del obolelih trajno chromi, dočim drugi del ali umre ali pa ozdravi popolnoma brez posledic. To naziranje so potrdile vse večje epidemije poliomyelitide. Razlika je samo v odstotku, ki znaša za umrljivost 26% do 50%, za restitutio ad integrum do 30%. Bodisi vsled smrti, bodisi vsled popolnega ozdravljenja ali samo manjših okvar posameznih mišic, ki povzročajo le neznatne motnje gibal človeka, se odlegne našim očem velik del na poliomyelitidi obolelih. Ortopedsko zdravljene slučaje moramo smatrati samo kot oni odstotek najtežje prizadetih, dočim ostanek neopaženo preboli in prenaša posledice bolezni, ter s tem tvori vez med posameznimi slučaji in je nosilec še skoro neznanega virusa. Praktični zaključek iz vsega bi bil, da imamo v dravski banovini letno povprečno 40 slučajev obolenja za poliomyelitido, če prištejemo k 20 ortopedsko zdravljenim 25% umrlih in 25% popolnoma, brez vsakih okvar ozdravljenih. Da navedeno število ni pretirano, nam potrjuje dejstvo, da stojimo v isti vrsti z naši banovini sosednjimi deželami, ki izkazujejo odgovarajoče število zdravljenih in obolelih. Zaenkrat pri nas še ne more biti govora o kakem večjem nastopanju poliomyelitide, ker imamo že skozi 6 let vedno enako število obolelih. Pripomniti je treba, da naša država dosedaj še ni doživela niti ene epidemije poliomyelitide in da so vsi slučaji bolj endemično-sporadičnega značaja.

Namen prednjih vrstic je bil naznačiti obseg te socialno važne bolezni, ki vsako leto vstvari našemu narodu 20 novih pohabljenecv, njim samim pa vtisne za vse življenje pečat manjvrednosti. V naslednjem bi obravnaval na podlagi statistike poslednjih šestih let značaj naše poliomyelitide.

Kot znanstveno dokazan se sedaj smatra infekcijsni značaj poliomyelitide. Že pri močno razširjenih nalezljivih boleznih je često nemogoče poiskati izvor in pota širjenja infekcije. Pri naši bolezni je to skoro izključeno, ker nastopa tako posamezno in so poedini slučaji brez vsake vidne zveze med seboj časovno in krajevno ločeni. Brezuspšno delo bi bilo iskati zvezo med obolenji, ki pa po vseh naših domnevanjih mora obstajati. Poskušali smo zato ustanoviti, da li ne obstoje kraji iz katerih dobivamo več pohabljenecv. Dasi nam ti izsledki niso dali jasne slike, vendar so v gotovem oziru interesantni. Predvsem vidimo, da ni razlike med mesti z 19% in deželo z 71% zdravljenih. V mestih torej otroci ne obolevajo češče, kot na deželi. Naši bolniki so bili v veliki množini iz manjših krajev. Omeniti je treba udeležbo posameznih srezov. Srezi bivše Kranjske so nam dali 71%, bivše Štajerske samo 29% vseh bolnikov. Največ bolnikov je prišlo iz Gorenjske, Ljubljane in njene okolice od koder se je zdravilo 58% vseh bolnikov. Iz Dolenjske smo imeli 15% bolnikov. Srez Brežice nam ni dal niti enega bolnika, vzrok je najbrže zagrebški ortopedski zavod, kamor gravitirajo kraji našega Posavja. Vsekakor je omembe vredno, da smo imeli eno četrtino bolnikov iz Gorenjske, kjer

smo našli okoliše s par slučajih obolenja, kar nam lahko dokazuje neko vez med njimi. Srezi Ljubljana, Ljubljana okolica in Litija zavzamejo drugo četrtino, dočim dosežejo vsi ostali srezi komaj polovico. Vprašanje je, ali je res poliomyelitida v nekaterih krajih dravske banovine bolj razširjena, kot v drugih. Po številu zdravljenih bi lahko pritrdili. Vpoštevati je pa tudi, da je v krajih oddaljenih od ortopedskega odseka, prav gotovo še ohromelih, ki si vsled neznanja ne poiščejo eventualne pomoči. Posebno glede Štajerske, ki je dala tako neznamen del bolnikov, bi irdili, da se mora del pohabljenecv ali zdraviti v domačih bolnicah. ali pa v zavodih izven naše banovine ali države. Rezlika med posameznimi kraji najbrže ni tako velika, izgleda bolj, da ne dobimo vseh poliomyetikov z ohromenji k nam v zdravljenje.

Glede vpliva letnega časa pripominjamo, da smo imeli vedno v jesenskih mesecih več bolnikov, kot v pomladanskih. To dejstvo bi govorilo v prilog enterogenemu poreklu širjenja bolezni, kot ga zagovarjajo nekateri avtorji. Enteritide so ravno poleti najbolj razširjene in poliomyelitis nastopa tudi v obliki črevesnega katara. Ni mogoče torej izključiti vsake zveze med povečanim dotokom poliomyelitikov v jeseni in enteritidami v poletnih mesecih pri naših slučajih.

Poliomyelitis se najraje pojavlja pri otrocih od 1 do 6 leta. Naša statistika potrjuje to dejstvo. V starosti do 6. leta je prišlo 48% bolnikov, od 6 do 24 let starih 46% in nad 24 let starih 6%. Ako premoirimo posamezne skupine vidimo sledeče: Velika večina bolnikov prve skupine je prišlo v starosti do 4. leta. Bolezen napada že dojenčke. Sevada se posledice pri otroku, ki še ni shodil ne prepoznajo takoj, posebno če je paralizirana posamezna mišična skupina, kar navadno povzroča samo slabost tega uda z ozirom na gotovo funkcijo. Šele, ko se vsled paralize pojavi deformacija v večji meri, z zastojem v rasti, tedaj se poišče strokovna zdravniška pomoč. Nasprotno se pri starejšem otroku, ki je že dosegel odgovarajočo stopnjo razvoja, takoj opazi zastoj v gibanju ali slabšo funkcijo dela mišičja. Zato so vsi naši slučaji enostranske ali dvostranske paralize spodnjih udov prišle sveže ali pa ne starejše od enega leta v zdravljenje. Po starosti jih je največ do dveh let. Razen štirih so vsi ostali v starosti do 6. leta. Med štirim starejšim s paralizno spodnjih udov, je bil eden berač po poklicu, ostali so imeli paralitične mišice na krači in bedru, ter so se gibali s pomočjo bergelj. V drugi skupini srečamo ljudi ko prestopajo v šolsko in v dobo praktičnih poklicov. Pred njimi so nove naloge, ki jih morajo izvrševati s svojo hibo. K pridobljeni hibi se pridružijo škodljivosti poklica. Ta dva momenta, ki često prijemljeta oba skupno ravno na statičnih organih človeka, onemogočita individuju obstoj v poklicu in ga prisilita, da prične zdraviti do tedaj zanemarjeno bolezen. Bolniki zdravljeni v tej dobi so predvsem s paralizami raznih mišičnih skupin, kot peronealne muskulature, quadricepsa, glutealne skupine. Skoro pravilo je, da prično posvečati na stopalu ohromeli ravno v tej dobi svoji

deformiteti pozornost. Statični moment se tu najbolj uveljavlja v škodljivem smislu. Pes varus, valgus, calcaneus cavus paralitičnega značaja prihaja v šolski in po šolski dobi v zdravljenje. V tretji najmanjši skupini so slučajji z napakami, kot pes equinus fixatus, ki so takorekoč zrastle s svojo hibo in jim ni v napotje pri njihovem nekvalificiranem delu.

Starostne meje, do katere so zboleli, ni mogoče ugotoviti. V šestih letih je zabeležen en sam slučaj poliomyelitide pri odraslem, ki je bil potrjen tudi z neurološke strani. Pri ostalih nam anamnestični podatki popolnoma odpovedo posebno pri osebah ki so prekoračile otroško dobo. Nekateri govore o nekakem prehladu v otroških letih, ki jim je zapustil ohromelost, drugi niti tega ne navajajo. Edini so si le v tem, da jih je zadela bolezen prej popolnoma zdrave v otroških letih.

Kar se tiče spola, varirajo podatki. Inozemski ortopedi računajo, da oboli 50—70% moških in ostalo ženske. V naši državi še ni izdelanega tozadevnega pregleda. Po podatkih prof. Jovčiča v Beogradu, ima on na svojem materijalu enako število moških kakor žensk. Po naši statistiki je obolelo 62% moških in 38% žensk. Izgleda da pri nas poliomyelitis napada bolj moški spol.

Obolele celice prednjih rogov reagirajo na vzročnika z polnim uničenjem substance, ki povzroča ohromenje odgovarajočega mišičja. Lahko je prizadeta pri tem vsak ovprek zrogasta mišica. V literaturi so navedeni tozadevni slučajji. Najbolj često so vendar okvarjene mišice spodnjega in zgornjega uda ob trupu. V naši statistiki beležimo samo enkrat paralizirane telesne strani, spodnji udje so bili prizadeti v 108 slučajjih zgornji samo v petih. Paraliza celega uda smatramo, kot težko okvaro in imamo v 23 slučajjih eno ali obojestransko paralizo nog — pač velik odstotek. Nekoliko lažje so ostale vrste že z ozirom na krajši čas zdravljenja in enostavnejše aparate s katerimi opremimo obolelega. Številčno na prvem mestu je pes equinus paralyticus (20), pri katerem so paralizirani vsi dorzalni fleksorji noge. Njemu sledi čisti izpad peronealnega mišičja (17) tej obliki pes equinus fixatus, kjer je noga fiksirana v svojem položaju vsled sekundarnih sprememb (14). Okvar na stopalu beležimo 20. Seveda ni samo čistih oblik kakor pes valgus 8, cavus 5, calcaneus 4, varus 3 temveč jih vidimo tudi v kombinaciji med seboj, kot pes calcaneovalgus. Vendar pri vseh teh prevladuje ena vrsta deformitete na stopalu. Paraliziran quadriceps najdemo 7 krat. Slučajev izolirane paralize psoasa ali glutealne muskulature ni zabeleženih. M. deltoideus je bil paraliziran trikrat, ostalo mišičje roke dvakrat.

Nemajhna je žetev poliomyelitide v dravski banovini v poslednjih šestih letih. Oškodovala je za vse življenje 114 mladih ljudi, katerim vsa naša prizadevanja ne morejo vrniti zdravih udov. Velikemu delu njih pa je z dolgotrajno in smotreno zdravniško pomočjo omogočeno, da so vsaj v gotovih poklicih enakovredni zdravim ljudem.

I. Pregled pohabljenecv po srezu.

II. Pregled pohabljenecv po starosti in spolu.

S r e z	Šte- vilo
Radovljica	7
Kranj	13
Škofja Loka	4
Kamnik	8
Ljubljana	14
Ljubljana okolica	12
Litija	6
Kočevje	7
Novomesto	7
Crnomelj	2
Krško	3
Laško	4
Celje	3
Maribor- desni breg	4
Maribor	4
Maribor levi breg	2
Murska Sobota	2
Ptuj	2
Šmarje pri Jelšah	2
Slovenji gradec	3
Negotov. porekla	5

Starih	Moški	Ženske	Skupaj
1 1	2	1	3
2 1	9	2	11
3 1	5	4	9
4 1	7	3	10
5 1	3	5	8
6 1	1	4	5
7 1	1	4	5
8 1	2	3	5
9 1	2		2
10 1	3	2	5
12 1	2	2	4
13 1	2	1	3
14 1	2		2
15 1	2	2	4
16 1	4	1	5
17 1	2		2
18 1	3		3
19 1	1	3	4
20 1	3	3	6
21 1	2		2
22 1	4		4
23 1	3		3
24 1	2	1	3
Nad 26 1	5	1	6
Skupaj	72	42	114

III. Posamezna dimenzija po koledarskih letih.

B o l e z e n	1927	1928	1929	1930	1931	1932	Sku- paj
Paral. extr. utr.	3	3		1	5	2	14
Paral. extr. unius	5	2	3	5	2	2	19
Pes equinus paral.	6	2	3	5	2	2	20
Pes epuinus fixatus	2	5	4	2		1	14
Paral. m. peronei	2	2	2	2	5	4	17
Pes valg. paralyt.	3	1	1	1	2		8
Pes varus poliomyel	1			1		1	3
Pes calcaneus paralyt.		1	1			2	4
Pes cavus poliomyel	1	1	3				5
Paral. m. quadric.	2				2	3	7
Paresis m. deltoidei			1	1	1		3
Paral. m. bicip.		1	1				2
S k u p a j	25	18	19	18	17	17	114

IV. Pregled operativnih posegov.

O p e r a t i v n i p o s e g	1927	1928	1929	1930	1931	1932	Sku- paj
Arthrodesis genu	2	3	2	2	3	1	13
Artheodesis scapulae			1	1			2
Tenoplastica pedis	8	7	4	3	3	2	27
Tenodesis	Putti		1	1	1	4	7
	Chlumsky		1	2		1	4
Operat. conectio	2					2	4
Pes valgus	2	1	1		2		6
Pes varus	1						1
Pes cavus			3				3
Transpl. quadricip.	1			1		1	3
Arthrorisis sec. Putti Pes calcaneus.	1		1			1	3
S k u p a j	17	11	14	10	9	11	73

Panthesin Balsam

odpravi bolečine
in vnetja

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

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



Chemische Fabrik vorm. Sandoz, Basel, Švica

ALCACYL Dr. Wandera

Alucol-calcium acetylosalicylicum

Calcium acetylosalicylicum ima popolni učinek acetilno-salicilne kisline, a komponenta Alucola prepreči dražljaj na sluznico želodeca. Alacyl prenesejo tudi bolniki, ki drugače salicilnih preparatov v nobeni obliki ne morejo jemati. Alacyl-tablete se v vodi lahko topijo. Doziranje: 1—2 tablete 3—4 krat na dan. Lahko se pa jemlje tudi v večjih dozah: 2—3 tablete na enkrat ali zvečer vsake pol ure 1—2 tableti, ako je indicirana intenzivnejša salicilska terapija.

Cena za občinstvo:

fijola z 10 tablet a 0,5 gr Din 20.—
fijola z 20 tablet a 0,5 gr Din 28.—

Vzorce in literaturo pošilja:

Dr. A. WANDER D. D., Zagreb

JUGOSLAVENSKO SIEMENS D. D.

oddelek za šibki tok

LJUBLJANA, Tyrševa cesta lb/III - Palača Ljub. kred. banke

Prenosljiva röntgen-naprava, varna proti visoki napetosti, po dr. Redecker-ju, za preiskavo pljuč, posebno pripravna za profituberkulozne dispanzerje zlasti pri serijskih preiskavah pljuč. Dermophos - novi aparat za površinsko terapijo s prigradenim stališvom za cev - nov sklop - dvojna cev (Röntgen cev in ventilna cev obenem), varen proti visoki napetosti in žarkom - pulzirajoča isto-merna napetost - samostalno držanje kontakta sekundne doze.

**ZAHTEVAJTE PONUDBE, OZIROMA BREZOB-
VEZEN OBISK MEDICIN. SPECIJALISTA.**

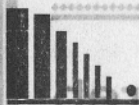
Priporočajte
rekonvalescentom,
slabokrvnim

BLED

Prospekte in informacije daje
zdraviliška komisija, Bled

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

RADIO-THERMA, LAŠKO

Najučinkovitejše lečenje išiasa, reumatičnih obolenj, ženskih bolezni. Znižanje krvnega tlaka, rekonvalescenca itd.

S 1. septembrom početek sezone. Za pavšalno ceno Din **1100**- se nudi popolna oskrba za 20 dni in za Din **600**- za 10 dni. (Štiri-krat dnevno hrana, stanovanje, kopel, dve zdravniški preiskavi. Vštete so tudi vse takse. Prospekte in informacije na zahtevo od **uprave zdravilišča.**

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 zavrtna bolezen.

Rave

Br. 33.

Rave

Br. 408.

EUGOMENT

Eucalyptus-Menthol-Gumi-Pastile izvrstno in brzo ublažujejo kašelj in hripavost. Učinek bazira na antiseptičnem svojstvu Menthola in toplinem učinku arabske gume. Ne škoduje prebavi, da jo celo pospešuje. Mnogi zdravniki jim dajejo prednost pred Formaldehyd-pastilami. Škalljice din. 10- v lekarnah.

Vzorce pošiljamo na zahtevo brezplačno:

Rave kemijsko-farmaceutsko d. d. Zagreb.

SULFOKOL

Syrup kalisulfogujacol. compos. Ublažuje kašelj in prepreči afekcije pljuč. Izvrsten ekspektorans. Kompozicija z odličnim korigensom, ne jemlje bolnikom dobrega teka, kakor je to slučaj pri drugih preparatih Guajacol-a. Sulfolcol je domači izdelek in lahko nadomestuje popolnoma razne drage inoz. znamke. Štekl. od 150 gr. din 28- v lek.

Že več kot 20 let se predpisuje
AGOMENSIN „CIBA“

z najboljšim uspehom pri amenoreji, oligomenoreji, hipoplaziji, pojavih izpada menopavze.

Tablete:

Steklenice po 20 tablet
Boln. oprema po 100 tabl.



Ampule:
Škatljica po 5 in 20 tablet.

Sistomensin „CIBA“

Standardizirani, povsem nestrupeni ovarijalni hormon, ki regulira pojave menstruacije pri vseh disfunkcijah ovarija, menoregijah, dismenorejah, hipoplazijah, laktacijskih motnjah.

Ampule

Tablete

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz)

Zastopnik za Jugoslavijo:

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

CHINOFERRIN Domači proizvod

Vinum chinae ferratum cum
et sine arseno

Pilulae CHINOFERRINI

cum arseno (00·1 pro dosi).

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

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

Dr. M. Simović — Dr. M. Sekulić:

**Naša lečilišta za tuberkulozne
oporavilišta i letovališta**

Knjiga za vsakega zdravnika. · Bogato ilustrirana. · Cena Din 30·—

Naroča se pri: „Vreme“ Beograd, Poenkareovna ulica 4—6.

Balneoterapija nekrvavečega želodčnega in duodenalnega čira.

Pri zdravljenju želodčnega in duodenalnega čira je v ospredju še vedno terapija z alkalijami in sicer radi tega, ker v najštevilnejših slučajih najdemo hiperaciditeto. Toda ni točno, da bi morala vsak tak čir spremljati hiperaciditeta. Lahko trdimo, da je do 20%, takšnih, ki ne prikazujejo nobene hiperaciditete, pač pa celo hip- in anaciditeto. Analogni so tudi subjektivni občutki bolnika. Večina takih bolnikov čuti kislino in zgago in zopet jih je mnogo, ki teh neprilik ne občutijo in vkljub temu obstoja pri njih obolenje na čiru želodca ali dvanajstnika. Iz tega sledi, da ne smemo biti preveč darežljivi z alkalijami, posebno ne z natrijevem bikarbonatom, ki se je v praksi često pokazal škodljiv, da ne govorim o onih slučajih, kjer je sploh kontraindiciran, to je v slučajih čira z anaciditeto.

Po fiziološkem dognanju znaša vsebina celotne, dnevno producirane želodčne kisline 5—7. 5 g solne kisline, to je 1500 cm³ po 0.33%. Z ozirom na ta rezultat bi morale biti alkalne doze visoke in sicer bi morali predpisati od natrijevega bikarbonata 12 g ali 4 čajevke žlice, od magnezijevega karbonata pa 20 čajevih žlic, od drugih preparatov pa še več. Vidimo pa, kakor je to dokazal Bickel, da slabejše raztopine bolj učinkujejo, kakor pa močne, kajti — kakor pravi Singer — tvorba solne kisline bazira na elektrolitični disocijaciji in ozmozi in že radi tega ni pravilno, da bi skušali odstraniti ojačeno sekrecijo kratkomalo z alkalijami. Tu imajo svoj vpliv še razne druge okoliščine, ki jih umetnost farmakologa ali kemika še ni dognala in vsled tega tudi ni mogla vstvariti točno delujočega leka za te vrste obolenja. Pač pa opažamo sigurnejše rezultate pri balneoterapevtskih sredstvih, to je predvsem pri naravni mineralni vodi. Empirija kakor tudi analiza zdravilnih vrečev v Rogaški Slatini nam dokazuje, da se je izkazala slatina „Styria“ kot najboljši medikament pri čiru želodca in dvanajstnika, akoravno je v mnogih slučajih skoro bolj učinkovit „Tempel“. Razumljivo nam postaja to dejstvo iz tega, ker znaša pri Styriji med kationi natrijev ion 1.067 g, pri vreletcu Tempel pa le 0.651 g v litru vode. Medtem pa znaša kalcijev ion pri vreletcu Tempel 0.270 g, pri Styriji pa manj, namreč samo 0.206 g. Ker pa je pri Styriji tudi magnezijev ion jačji in ravno tako tudi med anioni hidrokarbonatni ion, lahko že iz tega vidika donesemo razlago, zakaj je Styria v večji meri učinkovita pri zgoraj omenjeni bolezni. Na kratko rečeno: alkaliescenca je pri Styriji izrazitejša, vsled česar smatramo baš ta vrelec kot povsem indiciran pri želodčnem in duodenalnem čiru, ki ga spremlja hiperaciditeta.

Seveda nastane sedaj vprašanje, kako pa je mogoče, da rogaška slatina tudi zdravilno vpliva na one slučaje tvora, ki kažejo hip- ali celo anaciditeto. Dosedanja balneološka razlaga za te slučaje obstoji poleg drugih,

še neznanih momentov — v navzočnosti ogljikove kiseline, deloma proste, deloma vezane na karbonate. Znano je, da ogljikova kislina draži želodčne stene in s tem pospešuje sekrecijo želodčnega soka, na drugi strani pa povzroča jačji krvni obtok sluznice in s tem pospešuje zdravljenje čira. Pojačani krvni obtok pa deluje zopet pomirjevalno na inervacijo in blaži bolečine, ki so navadno zvezane s tvorom. Tako nam postaja umljivejša trditev Schütza in še nekaterih balneologov, ki povdarjajo anestetizirajoči vpliv ogljikove kisline na želodčno in črevesno sluznico, dasiravno bi zamogli radi draženja, ki ga povzroča ogljikova kislina, sklepati obratno. Toda pozabiti zopet ne smemo, da bi prejaka in prosta ogljikova kislina prekoračila svoj dobrodelni efekt. Vsled tega nam v slučajih čira najbolje služita vrelna Styria in Tempel, ki nista preveč nasičena s prosto ogljikovo kislino in tako najbolj vstrezata vsled svoje srečne naravne koncentracije. Pri občutljivejši sluznici pa ogljikovo kislino lahko omilimo — vsaj od početka zdravljenja — in sicer na ta način, da vodo segrejemo in s tem dosežemo blažilni vpliv na inervacijo želodca in krvni obtok njegove stene.

Često opažamo, da ima želodčni čir spremljevalca v jakim katarju sluznice, ki nam otežkoči pot do prave diagnoze. Ker v takšnih slučajih često prevladujejo simptomi katarja nad čišom, dobivamo na ta način nejasne slike v spoznavanju čira. Baš v tem leži najbrž vzrok, ki sem ga omenil že v početku, da najdemo v več slučajih hip- ali anaciditeto pri čiru. Subjektivni simptomi se tu izražajo v nekem pritisku ali težini želodca, medtem ko sam čir — brez očitnejšega katarja — povzroča majhne, periodične krčne bolečine. Pri terapiji obeh slučajev se obnese najbolj notranja vporaba temperirane mineralne vode, ki povzroča hipermijo, najbrž vsled vezane karbonatne ogljikove kiseline. Po dosedanem stanju balneološke vede je sigurno, da vplivajo alkalične slatine jako ugodno na kataralična obolenja želodca in črevesa, akoravno nam je še težko točno označiti vpoštev prihajajoče zdravilne ione. Dognano pa je, da ioni alkalično — salinsko — zemeljskih vrelncev, kojih reprezentant je Rogaska Slatina, ne delujejo ločeno drug od drugega, temveč obstoji njih zdravilni moment v skupnem delovanju ionov, ki v medsebojnem izpopolnjevanju in stalni medsebojni izmenjavi prihajajo polagoma do prave rezultante, to je do zdravilnega uspeha. Dosežene izpremembe potom mineralizacije organov vplivajo na njihove funkcije, na vegetativno in hormonalno regulacijo.

Da prekaša balneoterapija medikamentozno zdravljenje želodčnega in črevesnega čira in to po očitno znatnejšem uspehu, je vzrok v dejstvu, da naravna mineralna voda v svoji prirodni in tako srečni koncentraciji vsebuje še razne tvarine, bodisi trde, bodisi plinaste, ki jih le polagoma odkriva znanost kemije in farmakologije. Naj omenim le radijevo emanacijo, ki ji je prišla v okom znanost in ki se je že tako obveljavila v moderni medicini! Vsled tega naj se ne smatrajo vse dosedanje razlage že kot docela potrjene in fiksne, ampak naj bodo samo plod dosedanjih balneoloških znanstvenih dognanj na podlagi empirije.

Naše skušnje s Perkainom (Ciba).

Dr. Fr. Radšel, biv. asistent.

Med najtežje naloge ftizeologije spada gotovo lajšanje bolečin pri izraziti disfagiji povzročeni vsled tuberkuloze grla. Vplivati na sam proces se nam le redkokedaj posreči, tako, da ostane naša terapija le palijativna. Vendar so nam bolniki tudi tu za vsak poskus lajšati bolečine, pa naj si bo efekt le kratkotrajen, zelo hvaležni! Saj jim s tem omogočimo, da lahko enkrat zopet zavžijejo nekaj hrane, kar je drugače zvezano z izrednimi bolečinami. Lahko si predstavljamo kakšne občutke ima bolnik, ki bi se moral dobro hraniti, pa ne spravi v sebe niti par zalogajev! Če kje, pride tu v poštev Hypokratov izrek: sedare dolorem opus divinum est.

Kljub množici priporočenih metod in zdravil ni nobena med njimi etijološka, tako, da nam bi zajamčila uspeh, izvzemši seve lokalno zdravljenje tuberkuloznih čirov. Vsled v začetku navadno minimalnih simptomov in pozne dijagnoze pa pride velik del bolnikov v zdravniško oskrbo že v kasnejšem štadiju, ko so čiri že davno predrli v globino do perihondrija in ko je prišlo do močne perihondritide. V takih slučajih nam bolnik toži o močnih bolečinah pri požiranju, ki izžarevajo v uho. Lahko se zgodi celo, da kliče bolnik zdravnika radi bolečin v ušesu! Pri tem pa bolniki še najlažje zavživajo kašasto hrano, med tem ko jim dela največje bolečine tekoča, a malo manjše suha hrana. Pri laringološkem pregledu se nam nudi slika perihondritide, ki zavzema ali cel larinks in vidimo potem samo edem larinksa - kajti edem prekrije čire iz katerih je došlo do perihondritide - ali pa dobimo sliko omejene perihondritide, tako na arigubah, epiglottisu etc. Disfagijo pa lahko povzročajo seve tudi tuberkulozni čiri, ki so se naselili v goltancu, ali na jeziku in sluznici ustne votline.

Pri palijativnem zdravljenju prideta v poštev le dve metodi: ali prekinemo senzibilni živec, kar dosežemo ali potom alkoholne injekcije v N. laryng. sup. ali pa s tem, da ga reseciramo, ali pa se, kot je to običajno, odločimo in zatečemo h anestetikom, katere uporabljamo lokalno. Izločitev živca je mogoče le pri N. laryng. sup. ki vživčuje le notranji del sluznice larinksa, med tem ko nam ostali živci niso dostopni, tako, da nam pri zdravljenju disfagije povzročene po perihondritidi epiglottisa ne preostane razven lokalnega zdravljenja nič.

Začetki lokalne anestezije segajo za približno pedeset let nazaj, takrat je namreč Koller upeljal Kokain. Dočim je pa v kirurgiji Kokain prav kmalu izpodrinila cela vrsta nadomestnih preparatov v glavnem kokainskih derivatov, ki so pri znatno manjši toksiciteti enako učinkoviti, se pa ti preparati pri površinski anesteziji niso obnesli, tako, da je vse do zadnjega časa tu neomejeno prevladoval Kokain v različnih koncentracijah in modifikacijah. To kljub temu, da je močna koncentracija, ki je bila potrebna, večkrat povzročila intoksikacije, neglede nato, da so marsikateri bolniki za Kokain

preobčutljivi. Pri vsem tem pa pride pri daljši uporabi v poštev tudi nevarnost navade in kokainizma, kar njegovo uporabo ravno pri zdravljenju kroničnih tuberkuloznih bolnikov znatno zmanjša. Razven tega pa traja anestetično dejstvo Kokaina na sluznici le kratek čas medtem ko si včasih želimo dolgotrajnega učinka, katerega pa lahko dosežemo le z ponovnim tuširanjem. Vse to pa je kot smo že omenili zvezano z nevarnostmi intoksikacije in navade. Iz teh razlogov so si laringologi za površinsko anestezijo že dolgo časa želeli najti preparat, ki nebi imel teh neprijetnih postranskih lastnosti.

Lahko je torej razumeti pripravljenost rino-laringologov za preizkušnj novega preparata Perkain „Ciba“, ki je po laboratorijskih poizkusih obetal, da bo polnovredno nadomestil Kokain.

Perkain ni nikak kokainski derivat, temveč klorhidrat alfa-butiloksinchinoninske-kiseline-diaethilaethilen-diamid, torej nadaljni spoj chinolina, ki je po svoji kemični strukturi zelo blizu kininu. Tvori brezbarvne kristale, ki nimajo duha in imajo nekoliko grenek okus. V svrhu uporabe ga raztopimo v destilirani vodi ali fiziološki raztopini. Raztopine so trajne in se ne pokvarijo, če jih hranimo v steklenicah, ki ne izločajo alkalij. Lahke oborine ki nastanejo vsled alkalij, pa odstrani par kapljic solne kisline. V svrhu sterilizacije lahko raztopine brez škode prekuhamo. Ravnotako dodatek Adrenalina ne vpliva na kakovost raztopine in se da torej z njim neomejeno mešati.

Perkain izpolnjuje po C. Hirschu vse zahteve, ki jih je stavil Braun na površinski anestetikum, ki naj nadomesti Kokain. Je v razmerju z njegovo anestezirajočo silo manj strupen, pri tem je njegova anestezirajoča sila večja, ne draži tkiva, je topljiv v vodi in se da mešati z Adrenalinom.

Pri dijagnostičnih pregledih je včasih dovoljno, da dosežemo samo arefleksijo brez globoke anestezije. Ravno tu pa je Perkain po poizkusih Lipschitz in Laubendera ter Uhlmanna mnogo obetal. Imenovani avtorji so namreč dognali da je že raztopina 1:125.000 Perkaina vplivala na refleks zajčje korneje, med tem ko je pri Kokajnu bila potrebna raztopina 1:10.000, Tutokainu 1:3.000 a Novokainu 1:1.000. Uhlmannovi poizkusi pa so tudi dokazali, da traja Perkainovo delovanje mnogo dalje časa kot delovanje vseh ostalih anestetikov. 1% Perkainska raztopina doseže po eni sekundi enak učinek kot 1% Kokein po 30 sekundah. Ali nasprotno: Perkain dosega v že mnogo slabši koncentraciji isti učinek kot Kokain. Medtem ko traja delovanje 1% Novokaina 40 minut 1% Kokaina 65 minut, pa je trajalo delovanje Perkaina čez 5 ur.

Ena prvih večjih publikacij o Perkainu kot površinskem anestetikumu je delo C. Hirscha, ki pravi, da je Perkain v 2% raztopini enakovreden 10—20% Kokain-Suprareninski raztopini. Posebej podčrtava daljše trajanje anestezije, dalje, da nimajo Perkainske raztopine neprijetnega okusa Kokaina, kakor tudi, da mu manjka nezaželjen vpliv na psiho bolnika.

Nadaljne klinične publikacije so to dobro sodbo deloma potrdile, deloma poglobile. Tako je Zeidler na polikliniki prof. Marschika na Dunaju delal poizkuse in ga primerjal z Ephraimsko raztopino Kokaina. Začel je z 20% Perkainom, prišel pa je do 1½% raztopine, katero rabi z dodatkom Adrenalina za vse rino-laringološke posege. Pri 10 in 20% raztopinah je opazoval, da je bilo tkivo na površini lahko oškodovano, toda take koncentracije se danes ne rabijo. Prav posebno podčrtava pa dejstvo, da nastopajo postoperativne bolečine vsled dolgega trajanja anestezije zelo kasno in tako ne dosežejo dosedaj običajne intenzitete.

H. Richter je enako preizkušal Perkain in je prišel do zaključka, da je Perkain polnovreden nadomestek Kokaina. Pri tem ga posebej odlikuje dolgo trajanje anestetičnega učinka in pa njegova znatno nižja cena napram Kokainu. Do približno enako ugodnih zaključkov so prišli Fuchs, ki ga je uporabil v čez 1000 slučajih s popolnim uspehom; dalje Albesheim, ki ga je preiskusil pri 300 slučajih. Ruedi hvali njegov boljši okus in navaja, da je 2% raztopina enakovredna 10% Kokainu.

Baer je preiskusil Tutokain, Panthesin in Perkain kot površinska anestetika in je prišel do zaključka, da je le Perkain v stanu Kokain popolnoma nadomestiti. Tudi on hvali dolgo trajanje anestezije, tako, da je bila skrb za zdravljenje in lajšanje postoperativnih bolečin večkrat odveč. Za površinske anestezije rabi le 1—1½% raztopino z dodatkom Adrenalina, ter mu ta popolnoma zadostuje.

Nič čudnega ni, če si je novo sredstvo našlo prav kmalu pot tudi med fiziologe! Ssj ravno ti iščejo sredstva, ki bi imelo protrahirano anestetično delovanje, po možnosti cel dan, kajti na ta način bi se najlažje borili proti disfagičnim bolečinam. Če se sredstvo obnese, potem bi odpadla ponovna tuširanja z Kokainom, ki niso sama po sebi niti brez velikih opasnosti.

Weiss je menda prvi začel uporabljati Perkain za lajšanje disfagičnih bolečin. Mesto navadnih insuflacij Orthoforma in Anaesthesina oziroma instilacij je uvedel 2% mešanico Perkaina z Sacch. lact. Rezultati so bili zelo povoljni, tako hvali prav posebno dolgo trajanje anestetičnega učinka, ki je preseglo vsa do tedaj uporabljena sredstva. Metoda se naj bi v glavnem rabila v bolniški oskrbi, oziroma vsaj po zdravniku, kajti pri relativni toksiciteti Perkaina je vseeno nekoliko nevarno dati sredstvo pacijentu samemu v roke.

Freistadl pa je že leta 1930 poročal na kongresu združenja madjarskih zdravnikov za tuberkulozo o njegovih dobrih izkustvih z Perkainom s posebnim ozirom na zdravljenje tuberkulozne disfagije. Tudi on je dosegel pri instilacijah v larinks do 6 ur trajajoče anestezije, kar je bilo poprej popolnoma nemogoče. Zato ga je za zdravljenje tuberkulozne disfagije prav posebno priporočil.

Mi smo ga uporabljali v 2% raztopini z dodatkom Adrenalina tako za diagnostične kot terapevtične svrhe. Prav dobro se nam je obnesel pri

bronhografijah, dalje še prav posebno pri tuširanju tuberkuloznih čirov z mlečno kislino. Tu nam je posebno koristilo njegovo protrahirano anestetično delovanje. Po tuširanju se namreč naredi na površini čira močna hrasta, ki tvori močan podražaj na kašelj. Radi tega kašlja so se koagula čirov večkrat predčasno odrgala in je prišlo do malih krvavitev. Večkrat pa so bolniki ravno vsled občutka tujega telesa, ki traja dokler se hrasta ne omehča, ta tuširanja slabše prenašali. Odkar pa uporabljamo Perkain so te težave znatno manjše, deloma so pa sploh izginile.

To dejstvo bi prištel med že omenjen pozen nastop postoperativne golečine, s to razliko, da draži hrasta samo tako dolgo dokler se ne omehča, kar se zgodi navadno čez par ur, a do takrat pa traja itak protrahirana anestezija.

Enako smo tudi pri disfagičnih težavah z instilacijami 2% Perkaina pod kontrolo zrcala v larinks dosegali popoln učinek. Včasih je držala anestezija tudi do 6 ur, kar se z drugimi sredstvi nikakor ne da doseči.

Naša izkustva se v celoti krijejo z onimi v literaturi, da je Perkain kot površinski anestetikum popolnoma enakovreden Kokainu. Pri tem nima drugih neprijetnih Kokainskih lasinosti ter je še znatno cenejši.

Prav posebno vlogo pa zavzema Perkain v zdravljenju tuberkulozne disfagije bodisi kot prah v formi insuflacij ali že boljše v formi instilacije 2% raztopine (pod kontrolo zrcala), kjer dosega dosedaj nedosežene, dolgo trajajoče učinke.

Literatura:

1. Albesheim, Zeitschrift für Laryngologie, Bd. 19, p. 242, 1930.
2. Baer, Schweiz. Med. Wochenschrift, No. 18, p. 418, 1930.
3. Freystadt, Med. Kl., No. 11, 1931.
4. Fuchs, Mtsschr. für Ohrenhke u. Laryngo-Rhinol., H. 8, 1931.
5. Cäsar Hirsch, Münch. Med. Wochenschrift, No. 41, 1929.
6. Radšel: Zdrav. vest štev. 6-7, št 114, 1932.
7. H Richter, Deutsche Med. Wochenschrift, No. 7. p. 267, 1930.
8. Rosenstein, Deutsche Med. Wochenschrift, No. 48, 1929.
9. L. Rüedi Schweiz. Med. Wochenschrift, No. 3, p. 64, 1930.
10. R. Zeidler, Wien Klin. Wochenschrift, No. 5, p. 139, 1930.

IZ ZDRAVNIŠKIH DRUŠTEV

VII. znanstveni sestanek Slov. zdravn. društva v Ljubljani
dne 9. decembra 1932. Prisotnih 29 zdravnikov.

Na sporedu so bila predavanja:

1. Dr. V. Meršol: Klinična slika poliomyelitide s posebnim ozirom na letošnje slučaje zdravljene v otroški bolnici.
2. Dr. Minar: Ortopedsko zdravljenje poliomyelitčnih ohromljenj v dravski banovini (1927-32).
3. Dr. Peršič: Gibanje poliomyelitide v dravski banovini (iz statistike ortopedskega oddelka.)

Vsa tri predavanja so oz. bodo izšla in extenso v Zdravniškem vestniku.

Sledi demonstracija nekaterih slučajev s parezami.

Debate se udeleži v prvi vrsti docent dr. Matko, ki govori o slučajih poliomyelitide v Mariborski okolici, pri tem povdarja klinične posebnosti in epidemiologijo nastopanja poliomyelitide. Omenja možnost hitre diagnoze v predparetičnem stadiju bolezni s pomočjo „Goldsol“-reakcije kakor tudi nekatera terapevtična sredstva.

VIII. znanstveni sestanek Slov. zdravn. društva v Ljubljani dne 27. januarja 1933. Navzočih 32 zdravnikov. Predavali so:

1. Dr. A. Zalokar: Statistika splavov v zadnjih 10 letih.

2. Dr. P. Pehani: O rupturah simfize.

3. Dr. A. Lunaček: Kritičen pregled carskega reza v ljubljanski ženski bolnici s posebnim ozirni na metodo po Dörflerju.

Predavanje dr. Lunačka so pojasnjevale številne tabele in krivulje.

Vsa tri predavanja izidejo in extenso v Zdravniškem vestniku o.p. i. liki desetletnice ustanovitve Bolnice za ženske bolezni.

IX. znanstveni sestanek Slov. zdravn. društva v Ljubljani dne 10. marca 1933. Prisotnih 30 zdravnikov.

Predaval je dr. Josip Tavčar o temi: Sodelovanje praktičnih zdravnikov v zobni medicini.

Zobna medicina se je doslej razvijala po vsem ločeno od drugih medicinskih strok in tudi stanovsko je bila precejšnja distanca. Sodelovanje lajkov je dajalo stroki od vsega začetka čisto poseben značaj.

Predavatelj omenja najvažnejše napake, katere delajo nesrokovnjaki in zobni tehniki v zobni medicini, in povdarja važnost zdravljenja korenike.

L. 1930. je bil izdan zakon, ki je ustavil dotok novih zobnih tehnikov, pač pa je bilo dovoljeno vsem onim, ki so prakso že izvrševali, izvrševati jo še dalje. Poleg tega se jim je tudi dovolilo opravljati zdravniška dela: zdravljenje korenik, izdiranje zob in dajanje injekcij.

V bodočnosti je na eni strani potrebno čim več zobozdravnikov — specialistov, na drugi strani pa je potrebno pritegniti k sodelovanju vse praktične zdravnike. Vsak zdravnik bi moral dobiti za časa študij in staža toliko izobrazbe, da bo v skrčenem obsegu mogel zobno zdravljenje tudi praktično izvrševati, podobno, kot vsak praktični zdravnik mora obvladati porodništvo. Naučiti bi se moral pravilno plombirati zobe, zdraviti bolne korenike in poznati vzroke in način zdravljenja obolenja dlesen. Defekte, katere banovinski zdravnik opazi pri pregledovanju šolskih otrok, bi moral popraviti sam in tako vršiti v svojem kraju delo šolskega zobnega ambulatorija. Težje slučaje pa bi pošiljal zobozdravniku specialistu.

V svrhu izobrazbe za časa študija na medicinski fakulteti bi morali obstojati dobri zobozdravniški inštituti v Zagrebu in Beogradu. Že golovi zdravniki pa bi se lahko vežbali na stomatoloških oddelkih, ki bi morali obstojati v vseh večjih bolnicah, poleg tega pa pri zobozdravnikih specialistih.

Živahne debate, ki je sledila, se je udeležil predvsem D. Kallay, ki je omenil, da je napisal malo brošuro o zobni medicini, v kolikor jo morajo poznati praktični zdravniki. Knjižica je izšla v založbi Liječniškega Vijesnika, kjer se lahko naroči.

Nadaljnje debate so se udeležili Dr. Meršol, Dr. Breclj in Dr. Tavčar.

Dr. V. M.

Razpis nagrade dr. I. Matka za znanstveno medicinsko delo v l. 1933-34.

Ker je letos za dr. Matkovo nagrado samo en zdravnik pravočasno vposlal tozadevno znanstveno delo, nekateri drugi zdravniki pa so izjavili, da jim je to bilo nemogoče rad prekratkega termina, zato je ocenjevalni odbor sklenil, da se za l. 1932/33 nikomur ne

podela nagrada. Radi tega se nagrada ponovno razpisuje za l. 1933/34 pod istimi pogoji kot lansko leto. (Vidi Zdravniški Vesnik, l. IV. št. 5. in Glasilo Zdravniške zbornice 1932 št. 9.) Vsi v poštevh prihajajoči se vabijo, da se udeležijo tekmovanja in vpošljejo znanstveno-medicinsko delo čim prej ali pa vsaj tri tedne pred občnim zborom Zdravniške zbornice v l. 1934.

Slov. zdravniško društvo v Ljubljani

IZ MEDICINSKIH ČASOPISOV

Srpski arhiv za celokupno lekarstvo. Januar 1933. Sv. 1 (nadaljevanje).

M. Zelić i Z. Tokić-eva (Obča drž. boln. Bgd., odd. za ženske bolezni in porodništvo). **Submamalna temperatura kao merilo laktacije.**

Autorja sta preizkusila na svojem oddelku Mollovo metodo primerjajočega merjenja submamalne temperature pri otročnicah ter vnaprej določevanja laktacijske zmožnosti prsne žleze. Ako pri eni in isti porodnici merimo temperaturo pod pazduho, pod mamo, v rektumu (odnosno pod jezikom) ter dobljene številke primerjamo, vidimo, da je telesna toplota pod krepko delujočo mamo vedno v takšni meri povečana, da se že tesno približuje toploti v danki. Prav svojstvena je pa stalnost v razliki med toploto pod prsmi in pod pazduho doječe matere.

Zaključek: 1.) Merjenje temperature dojk za časa dojenja predstavlja najnavadnejši način odrejanja funkcionalne sposobnosti prsnih žlez.

2.) Čim bližja je submamalna temperatura rektalni (odnosno sublingvalni) tem boljša je prognoza laktacijske sposobnosti prsne žleze.

3.) Če na prvi pogled izgleda, da „ima žena malo mleka“, primerjajoče merjenje pa pokaže pravilni odnos v gornjem smislu, nujno svetujemo materi, da naj nikar ne opušča dojenja!

4.) Radi točnosti laktacijske prognoze naj vedno primerjalno merimo pod mamo, pod pazduho in v danki odnosno pod jezikom!

5.) Če so prsa enako razvita, po navadi ni razlike v toploti med obema, ali pa je ta razlika minimalna (0,1—0,3°).

6.) Akt dojenja nima vpliva na spremembo submamalne temperature.

7.) V prvi polovici nosečnosti se submamalna temperatura ne razlikuje od aksilarne, ali je še celo nižja od nje. V drugi polovici je že višja od aksilarne, proti koncu nosečnosti se približuje submamalna temperatura rektalni ter ostane potem na isti višini („monotermia“) tudi v puerperiju in pozneje pri dojenju.

Prof. Tih. Simić, Beograd. Nekoliko važnijih pitanja i problema današnjice.

Kratek pregled novih epidemioloških opažanj, kakor so jih razni referenti na zadnji seji stalnega mednarodnega urada za javno higijeno razpravljali. Govorili so predvsem o meningitidi, pegastem legarju, poliomyelitidi, koleri, varioli, disenteriji, paratifusu, Schickovi reakciji in golšavosti. Pregled je kratek, a izčrpen.

M. Karlin

Liječnički vjestnik (Št. 1. in 2. 1933)

O regulaciji prometa vode u tijelu (Prof. dr. Fr. Smétanka, fiziološki institut v Zagrebu)

V izčrpnem, dolgem, kritičnem članku nam autor skuša prikazati na podlagi obširne literature in lastnih raziskavanj, katero sredstvo uporablja organizem za regulacijo prometa vode v telesu. Po študiju primerjalne fiziologije ledvice pri nižjih vretenčarjih nas opozarja, da je resorpcijski aparat vode pri sesalcih ledvice in ne distalni del uropo-

eličnega aparata, kot je to pri nižjih vretenčarjih, kjer ima tudi mehur resorpcijsko zmožnost. Kljub temu pa ima urin tudi izoliranih ledvic sesalca iste lastnosti kot oni nižjih vretenčarjev. Dovoljen je zato zaključek, da je resorpcija vode pri ledvicah sesalcev odvisna od ekstrarenalnih faktorjev. Ta faktor, ki regulira resorpcijo vode je po Berney in Bornsteinovih poizkusih najbrže neurohipofizerni hormon. Sledi izčrpno opisovanje upliva pitresina na ledvice ter njega stranski upliv na vodne zaloge kože. Uspeh injekcije pitresina je odvisen od tega koliko vode vsebuje organizem. Pri bogati zalogi vode vidimo, da je posledica pitresinoliturgije povečana sekrecija vode v želodcu in črevesju, neglede na to, da je resorpcijska zmožnost črevesja ostala nedotaknjena. Po natančnem opisovanju eksperimentalnega diabetes insipidus-a zaključuje, da je tvorba urina pri tej bolezni posledica pomanjkljive sekrecije pitresina. Sedež te motnje lahko leži v hipotalamičnem centru za regulacijo vode, v trachus supraopticus hypophyseos ali v neurohipofizi in v pas tuberalis. Ista patogeneza za diabetes insipidus velja najbrže tudi pri človeku. Kot najvažnejši regulator za promet vode v organizmu sesalcev lahko smatramo hipotalamus - hipofizerni sistem.

Študij o trajanju vakcinalnog imuniteta. Dr. Jul. Rozina (Zagreb) nam priobčuje svoje študije o trajanju vakcinalne imunitete na podlagi svojih študij in izkušenj iz prejšnjih in zadnjih let. Če predpostavimo, da sta trajanje in intenziteta imunitete odvisni ne samo od kakovosti cepljenja ampak tudi od njega število in razsežnosti in da je verjetnost, da se zadobi boljša imuniteta po opetovanih cepitvah kot po eni sami nam autor nato opiše nov, originalen način kako pride do zelo interesantnih praktičnih zaključkov. Obširni članek je opremljen s številnimi statističnimi tabelami.

Prof. dr. Ernest Mayerhofer, predstojnik pedijatrične klinike v Zagrebu podaja izčrpen „Pregled pedijatričnih predavanj zimskog semestra 1932.“

V svojem pregledu predvsem opozarja na epidemijološke posebnosti epidemij ošpic, davice, škardlatinke in polijomielitide. Omembe vredna je nova patogeneza polijomielitide iz enteritide, ki jo Mayerhofer imenuje enteritis - poliomielitida. To je povsem nova teorija ki bo morda razložila neke zagonetne slučaje te bolezni. Pri opisovanju škardlatinke je omembe vredno dejstvo, da je autor proti Dickovem imuniziranju in zagovarja kot uspešnejše in manj nevarno tiho imunizacijo prebivalstva (Stille Feiung.) Poleg tega je demonstriral še najrazličnejše slučaje iz področja cele pedijatrije, kar naj slušateljem „služi samo kot temelj za nadaljna teoretska in praktična proučavanja“.

Tuberkuloza sakro - ilijakalnega zgloba. (Dr. Miroslavo Delič, Kraljevica.)

Dr. Delič prinaša 5 slučaje tuberkuloznega obolenja sakroilijakalnega sklepa z popisom diferencijalne dijagnoze in terapije. Autor je za konservativno zdravljenje in prinaša kot dokaz za svoje postopanje slučaj dveh operirancev umrlih po operaciji.

Preduslovi za uspješno liječenje šećerne bolesti u dnevnoj praksi (Dr. František Hora, asistent propedeutičke klinike, Brno)

Terapija sladkorne bolezni je danes dijetetična in insulinska. S tem še ni rečeno, da je to zdravljenje enostavno, zahteva strogo individualizacijo vsakega posameznega slučaja. Nujno potrebno je, da se pazi na eventualne spremembe bolezenskega stanja in na razne fiziološke (prehrana, delo, nosečnost) in patološke (infekcije, organska obolenja) uplive. Optimalno dijete, množino in čas insulinske injekcije določimo lahko le empirično od slučaja do slučaja. To seveda dela insulinsko zdravljenje težavnejše, a je za bolnika izredne važnosti, ker le tako zdravljenje bo imelo zaželjeni uspeh. Autor obdela tudi praktično važna vprašanja o delazmožnosti, izbire poklica, dednosti in poroke sladkorno bolnega. Obdela tudi kvarne uplive insulina. Pri simptomatologiji opozarja na dva nova simptoma in sicer na motnje okulomotorjev in otečenje parotis-a

Dr. Branimir Gušić prinaša eden benigni slučaj arozije art. palatinae ascendens kod peritonizilarnog flegmone.

Dr. Petar Tartaglia — Split — priobčuje svoja izkustva o 116 slučajih malarije zdravljene z Atebrinom v členu: Naši rezultati liječenja malarija atebrinom.

Dr. Pavao Herzog in dr. Fedor Mikič pišeta o Efetusu — novi domači ekspektorans.

Obe številki imate lepe referate iz zunanjih literatur in kongresov.

Simoniti Lojze

G. prof. dr. H. Di Gaspero — Graz v svojem delu: „Quadro-Nox kot hipnotikum in sedativum“ (Mediz. Welt št. 12—1933) ponovno potrjuje izboren in zanesljiv učinek Quadro-Nox-a (tablete kapsule), ki ga je ugotovil pri velikem številu bolnikov. Posebno naglašja, da izostane vsak nezaželjeni učinek ter priporoča rabo preparata predvsem tudi za slučaje nespečnosti po operacijah, kjer zasluži Quadro-nox event. v zvezi z Quadrolom prav posebno pozornost.

(Proizvajaja ASTA A. G. Brackwede W. Vzorce in literaturo: Isis d. d. Zagreb).

DROBNE NOVICE

Neka zdravstvena občina na Hrvaškem je stavila prav svojevrstne zahteve na zdravnika, ki bi prevzel mesto občinskega zdravnika te občine: Poleg po zakonu predpisanih pogojev namreč še zahteva brezplačno zdravljenje vseh šolskih otrok, brezplačno zdravljenje občinskih uradnikov in njih družin in brezplačno zdravljenje občinskih revežev. Poleg tega pa mora zdravnik — in tu pride najlepše — en dan na teden brezplačno zdraviti vsakega občana, ki se mu ta dan javi brez ozira na njegove premoženjske razmere. V ta namen bi moral zdravnik celo na svoje stroške vzdrževati dve sobi za ambulatorij. Taka ureditev zdravstvene službe bi seveda dišala marsikateri občini.

Zanimiv poskus za omejitev visokošolskega študija so podvzela nemške dežele. Sklenile so namreč sporazum v sledečem smislu: 1. Izpitna komisija vsake srednje šole določi za vsakega posameznega dijaka, če mu sme po njegovih človeških in duševnih sposobnostih, po njegovih nagnjenjih in njegovi delazmožnosti priporočati visokošolski študij. 2. Šolsko vodstvo ta sklep staršem ali njih namestnikom sporoči. 3. Ta sklep se sme sporočiti tudi visoki šoli. 4. Kdor bi kljub drugačni odločitvi vendar obiskal kako visoko šolo, ne sme računati z nikakimi ugodnostimi za ta študij. 5. Vsekakor pa se bo sposobnost dijakov tekom prvih treh semestrov visokošolskega študija še enkrat preiskala.

Numerus clausus za medicince na Bavarskem. Vlada je odredila, da se imajo inškrpcije medicincev za prvi semester omejiti na 345 za univerzo München, na 130 za Würzburg, na 98 za Erlangen.

Z vsó vnemo se je lotil **novi režim v Nemčiji** takoj od začetka „čiščenja“ med zdravniki. Ogromno je število onih zdravnikov na javnih mestih, v bolnicah in klinikah, ki jih je dala vlada odvesti v „zaščitni zapor“, ali jim je odpovedala službo.

Število rojstev za Angleško je zopet znatno padla. V istem času pa zaznamujejo v Franciji presežek rojstev za 61.364 (l. 1932) napram 49.539 (l. 1931).

Število zdravnikov v Nemčiji skupaj s Saarskim ozemljem in mestom Danzig znaša po najnovejših statistikah za leto 1932 52.518, med njimi 3405 zdravnic in 15.828 specializistov. Razmeroma največ zdravnikov je v Hessen-Nassau, kjer pride na 10.000 prebivalcev 10,1 zdravnikov.

Od 1000 živo rojenih otrok je bilo tekom leta 1932 **nezakonskih** na Grškem 114, v Belgiji 40, v Angliji 46, v Italiji 49 na Norveškem 71, v Franciji 84, na Danskem in Čehoslovaškem po 107, v Nemčiji 121, na Švedskem 161, v Kanadi 35, v Avstraliji

46, na Japonskem 66, v Uruguay-u 279 ter na Jamaiki 715 (!). Številka za Jugoslavijo statistika ne navaja. (Po Münchner med. Wchscht.).

Na Norveškem ne poznajo obveznega cepljenja zoper koze, vendar pa se prisilijo ljudje k cepljenju indirektno s tem, da nimajo necepljeni nobene volilne pravice.

Iz nemških statistik je razvidno, da **število smrtnih slučajev za tuberkulozo** pod vplivom slabih gospodarskih prilik velikega dela prebivalstva zopet vidno narašča. To velja posebno za moške med 15–20 letom. S tem se bo — upajmo — kmalu razblinila paradokсна trditev, da je brezposelnost ugodno vplivala na zmanjšanje slučajev tuberkuloze.

V Italiji je farmacevtska industrija v zadnjih letih zavzela ogromni razmah. Njena celokupna letna produkcija predstavlja vrednost 350 mil. lit, njen obratni kapital 300 mil. lit. Zaposluje 10.000 delavcev ter izdeluje v 800 tovarnah čez 8000 specialitet. 13 laboratorijev izdeluje sera in vaccine. Izvoz znaša 50 mil. lit.

V Mercy-Hospitalu v Chicagu so te dni začeli rabiti dosedaj najmočnejšo rentgen-cev na svetu. Ta orjaška cev prenese napetosti od 800 do 1000 kilovoltov (naši običajni aparati in cevi delujejo s 50 do 100 kilovoltov). Transformator daje 1.200.000 voltov.

Od 25. do 30. oktobra t. l. se vrši v Madridu **mednarodni kongres za znanstveno in socijalno pobijanje raka**.

Oficijelna predavanja bodo obravnavala sledeče teme:

Znanstveni del: Bijologija rakaste stanice; rana dijagnoza raka; zdravljenje raka. Socijalni del vsebuje teme o zakonodaji proti raku, o statistiki raka, o raku in rasi, o organizaciji pobijanja raka itd.

Prijave in informacije po generalnem tajniku: Dr. Julio Bejarano, Bureau: Atocha 103, Madrid (Spanska).

Razpis nagrade: Komité 6. kongresa za socijalno medicino v Genevi je razpisal nagrado v znesku fr. s. 1000 za najboljšo delo o „pomenu in vretnotenju posledic po obratnih nezgodah“. Razpis velja za zdravnike vseh narodnosti, delo pa mora biti napisano v angleškem, francoskem, italjanskem ali nemškem jeziku ter se mora poslati do 31. decembra 1934 generalnemu sekretarijatu omenjenega kongresa.

Iz inozemskih univerz: Klinika prof. Chvosteka na Dunaju se za vselej opusti. Dolgo časa vakantno kliniko prof. Wenkebacha pa prevzame prof. Eppinger, direktor medic. klinike v Köln-u. S tem ima Dunaj dve interni kliniki in sicer prof. Jagić-a in Eppinger-ja.

Umrli: V Taškentu prof. Petar Fokič Borovskij, ki je prvi odkril povzročitelja orientne bule. V Berlinu znani patol. anatom Lubarsch. Preminula sta tudi ustanovitelj tvrdke Knoll Hans Knoll v starosti 82 let ter solastnik tvrdke Merck. V Angliji znani kirurg in neurolog Sir Percy Sargent.

6. zdravniški nadaljevalni tečaj na Golniku se bo vršil letos od dne 20. do 26. avgusta. Program prihodnjič. Prijave do 10. avgusta t. l.

Knjižnica „Zdravniškega vestnika“. Mislim, da bomo ustregli resnični potrebi z izdajo slovenskih znanstvenih del, ki se bodo objavila v okvirju te knjižnice. Ni bila lahka odločitev začeti s sličnim podjetjem v sedanjih težkih časih.

Cilj naše izdaje je, nuditi slovenskemu zdravniku znanstvene monografije domačih avtorjev, ki presegajo obseg člankov v Vestniku. Upamo, da nam bo mogoče na ta način dobiti knjižnico, ki bo ponos vsakega slovenskega zdravnika in ki bo slovensko medicino tudi izven naših mej dostojno reprezentirala. Samo ob sebi je razumljivo, de bomo dali prednost delom, ki so praktične važnosti.

Prvi zvezek te zbirke bo: **Stigmatizacija v luči medicine.** V njej naš znani učenjak in zdravnik doc. dr. I. Matko z znano svojo temeljitostjo obravnava temo, ki sicer morda ni toliko praktično važna, kot je visoko aktualna.

Knjiga bo začelkom maja t. l. razposlana vsem gg. tovarišem. Cena knjige ki obsega skoraj 100 strani in je bogato ilustrirana, bo izredno nizka. — Posebno važnost smo pri tem poagali na dostojno zunanjo opremo, brezhibni papir in tisk.

Prepričani smo, da bo vsak zdravnik, pa tudi vsak izobraženi lajik to knjigo hotel imeli v svoji knjižnici.

Drugi zvezek te zbirke, ki bo obravnaval praktično temo iz fiziologije se nahaja v pripravi in bo izšel najkasneje začelkom novembra t. l.

IZ UREDNIŠTVA

Za tiskovni sklad Z. v. 1933. so darovali:

Dr. Klar — D. Lendava, Din 600.—; dr. Bežić Luka — Ljubljana, Din 20.—; dr. R. Bassin — Ljubljana, Din 50.—; dr. B. Stuhec — Ptuj, Din 30.—; dr. O. Kranjec — Ljubljana, Din 50.—; dr. L. Krajgher — Ljubljana, Din 20.—; dr. V. Železnikar — Sl. Gradec, Din 50.—; dr. I. Schwischny — Store, Din 20.—; dr. Furlan T. — Novo Mesto, Din 100.—; dr. Zarnik T. — Zagorje o. S., Din 100.—; dr. Fedran H. — Stična, Din 40.—; dr. Derganc Fr. — Ljubljana, Din 100.—; dr. Šavnik L. — Ljubljana, Din 100.—; dr. Rakeš I. — Šmarje pri L., Din 20.—; dr. M. Matjašič — Kamnik, 30.—; dr. R. Blumauer — Ljubljana, Din 100.—; dr. V. Gregorič — Ljubljana, Din 100.—; dr. A. Hrovat — Ormož, Din 30.—; dr. I. Hubad — Škofjaloka 50.— din; dr. J. Flajs — Celje 30.— din; dr. B. Weix. — Sv. Trojica v Sl. gor. 100.— din; dr. F. Benedig — Senovo 20.— din; dr. J. Kalan — Grosuplje 50.— din; dr. I. Rajšp — Celje 100.— din; dr. J. Demšar — Ljubljana 100.— din; dr. J. Prodan — Ljubljana 50.— din; dr. P. Kanc — Ljubljana 50.— din; dr. Fr. Šabec — Vrhnika 50.— din; dr. J. Petrič — Boh. Bistrica 20.— din; dr. L. Harnig — Ljutomer 20.— din; dr. J. Voves — Radovljica 50.— din; dr. A. Kühar — Ptuj 50.— din; dr. I. Högler — Ljubljana 100.— din; dr. L. Pirnat — Sv. Lovrenc n. Poh. 30.— din; dr. V. Valič — Preddvor 30.— din. **Prisrčna hvala!**

Kolegi, 3. številki Vestnika so bile priložene položnice. Poslužite se jih!

Na prodaj je popolnoma nova mala

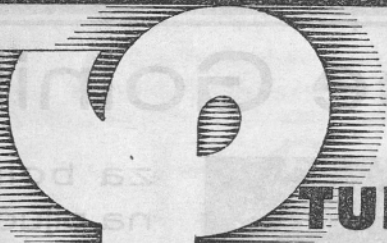
Bachova kremenova svetilka

z novim gorilnikom, ki se takoj užge. Svetilka je izredno praktična, zelo elegantna (nova oblika in barva) in posebno porabna za praktičnega zdravnika.

Proda se za ceno Din 4500.—. Informacije daje uprava Z. v.

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

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

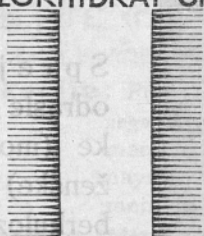


**BIOLOŠKA BAZA
ODUPIRANJA**

TUBERKULOZAMA

Cholibiol

CHLORHIDRAT CHOLINA R. & C. ZA PODKOŽNE INJEKCIJE



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

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

**JEDINI PREPARAT POD FIZIOLOŠKOM I KLINIČKOM
KONTRLOM AUTORA .**

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

Glavni depo za Jugoslaviju Laboratorium francuskih farmaceutskih specijalitetâ

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

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.