

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

Prim. dr. I. Jenkova 40 letnica

KEMIKA D. D. ZAGREB

Priporoča gg. zdravnikom svoje preiskušene domače preparate

KALMOPYRIN

Najbolj dovršeni, v vodi topljivi preparat acetilosalicilne kisline. Odlikuje se po tem, da se jako lahko prenaša, z izredno hitrim in zanesljivim delovanjem ter pomanjkanjem vsakih postranskih pojavov. Tablete à 0,5 g (orig. škalljica z 10 ali 20 tabl.) in prah za recepturo.

ACITOPHOSAN

Ekvimolekularna spojina Tophosana in acetilosalicilne kisline. Združuje in potencira delovanje svojih komponent ter je suvereno sredstvo za zdravljenje revmatizma, kakor tudi specificum proti gripi. Orig. cevčice z 20 tabletami ter prah za recepturo. Doza: 3krat 1—2 tabl., pri gripi vsaki 2 uri po 1 tableto.

TOPHOSANYL

Sterilna raztopina 0,5 g Tophosana in 0,5 g Natr. salicyl. za injekcije. Deluje energično in hitro in nima nikakega postranskega ali slabega delovanja. Uporablja se pri revmatizmu in raznih vnetljivih infekcijskih obolenjih.

NEOTOPHOSANYL „KEMIKA“

Raztopina z 0,5 g Tophosana in 0,5 g Natr. salicyli v 10 ccm 33% raztopine grozdnega sladkorja. Ima potencirano a blago delovanje, posebno pri uničevanju toksinov ter jačanju srca pri infekcijskih boleznih. Daje se intravenozno pri vseh vrstah revmatizma, posebno pri akutnem revmatizmu členkov, kjer dovede do hitrega ozdravljenja on preprečenju srčnih in drugih komplikacij. Nadalje je indiciran pri vseh infekcijskih boleznih, posebno pri angini, pneumoniji itd. Doza je: vsak drugi dan ali dnevno 1—2 ampuli intravenozno.

Dajte prednost domačim preparatom!

Naslov uredništva in administracije:
Zdravniški vestnik • Golnik.

	VSEBINA:	Stran
Dr. Šlajmer :	Ob 40 letn. službov. prim. dr. I. Jenka v drž. bolnici	457
Dr. Ljudevit Merčun:	Klinična elektrokardijografija (11 slik)	459
Dr. H. Heferle :	Nekaj statistike o tonzilekt. v l. 1928-32 na intern. oddelku Obče drž. bolnice v Ljubljani	464
Dr. Lavrič-Dr. Merčun:	Naše skušnje z dijudtyrosin-om	469
Dr. Ljudevit Merčun :	O zdravlj. pljučnih abscesov s pneumotoraksom	473
Dr. T. Furlan :	Prinos k terapiji pleuralnih empyemov (3 slike)	477
Dr. Anton Sonc:	Sedimentacije eritrocitov v interni medicini	480
Dr. Vladimir Kajzelj:	Laboratorijski pripomočki	484
Dr. Högler:	Štiridesetletni jubilej dela za javni blagor	492
Dr. Pavel Avramovič:	Spomini iz intern. odd. drž. bolnice prim. dr. Jenka	494
Iz Evgenike		
Dr. Božo Škerlj:	Sredstva negativne evgenike	497
Dr. B. L. Vl. Jelovšek †	(1 slika)	504
Dr. Aleksandar Simić:	Marija Curie-Sklodovska (1 slika)	507
Iz socialnega zavarovanja		
	Ummrljivost zavarovanih delavcev in nameščencev v mesecu juliju l. 1934	510
Stanovski Vestnik	Ugodnosti	511
Nove knjige		512
Iz medicinskih časopisov		514
Drobne novice		515
Okrožnica Rdeč. križa	Nj. kralj. Visočanstvo knez Pavle je prevzel posle predsednika društva Rdečega križa	515
Iz uredništva	Konferenca o Zdravniškem Vestniku	516
Uradno	Poziv za pripombe k novi jugosl. farmakopeji	523

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH ORGANOV IN PREOSNOVE

ROGAŠKA SLATINA

ima v svojih treh vrelih „TEMPEL“ „STYRIA“ in „DONAT“ izvanredno lekovito slatino, ki s svojo silno transmineralizacijo organizma najugodnejše upliva na organske funkcije, njih vegetativno in hormonalno regulacijo. Indikacije: Vse bolezni želodca, črevesa, jeter, žolčnih kamnov, ledvic. Sladkorna bolezen in giht. Sezona 1. maj—30. september. - Gospodje zdravniki! Zahtevajte prospekte in vzorce vode pri direkciji zdravilišča
ROGAŠKA SLATINA!



ILON EXPORT A.-G.

ZÜRICH · SCHWEIZ

ILON-MAST ZA ČIREVE

Sastav: Ilon-mast za čireve je sintetičan preparat iz smola bogatih na kisiku, ekstrakata konifera, sa dodatkom karbolne kiseline (2%) i podlogom za masti.

Indikacije: Sve piodermije i njihovo konzervativno lečenje.

Učinak i dejstvo: Ilon-mast za čireve je tipična mast, koja izvlači gnoj. Ona otvara gnojno ognjište te ga iščisti, ubrzava pa isto tako epiteliziranje i izdejsvuje, da se rana bez ružnih ožiljaka brzo i lepo pokrije s kožom. Ilon-mast isto tako brzo i promptno olakša svake bolove.

Način upotrebe: Kod čireva, upaljenih infiltrata i slično namažemo bolesno mesto 2—3 mm debelo, pokrijemo s jednostrukom gazom, preko nje pa položimo gutaperku ili billrothbatist tako, da svojom širinom prelazi nekoliko namazano mesto, krajeve pa prilepimo Leukoplastom zračno-tesno na kožu (princip vlažne ćelije), Prevez menjamo 1—2 puta dnevno. Te zatvorene preveze pa također u mnogim slučajevima usled raznih lokalnih prepreka više puta ne možemo napraviti. U takvom slučaju napravimo prevez po vlastitom uvidevanju. Najčešće si pomažemo s običnim lakim prevezom (s gazom i zavojem). U takvim slučajevima je potrebno malo deblje i češće mazati, jer gaza dosta jako upija mast. Preporučuje se isto tako gazu najpre namazati s vazelinom, da postane nepropustna i da se upijanje umanji. Obično upotrebljavamo zatvoren prevez, dokle se čir ne otvori, zatim predemo na lahak prevez. Posle očišćenja je više puta na mestu produženje lečenja s indiferentnim mastima (borvazelin i slično), naročito ako se posle očišćenja znaci upale ne izgube. Za retke slučajeve idijosinkrazije pa se nalazi u prometu i Ilon-mast bez karbolne kiseline.

Kod hordeola namažemo trepavicu nekoliko puta dnevno sa staklenim štapićem. U oko mast ne sme doći.

U ustima metnemo komadić namazane vate, koju s većim komadom vate dobro pokrijemo. Tragovi masti u pljuvački neka se ispljunu, jer inače lako nadražuje stomak.

Kod forunkula u sluhovodu metnemo u njega lako i polagano komadić namazane vate, možemo pa isto tako mast malo pogreti u kašici te je ulijemo u uho, počekamo 5 minuta, te na to zatvorimo sluhovod s vatom. To ponavljamo dnevno. Svaki put pa najpre isperemo sluhovod s toplom vodom.

Flegmonozne afekeije pokrijemo s kompresom namočenom sa 70% alkoholom i namazanom s Ilon-mašću.

Kod gonoroičnih epididimitida mudo dobro namažemo, primerno vatiramo i suspenzorijum tesno pritegnemo.

Kod goleničnih ulceracija pokrijemo okolinu s cinkovom mašću. Kod dugotrajnog lečenja i kod prevelike osetljivosti upotrebljavamo radije Ilon-mast bez karbolne kiseline.

U pedijatričnoj praksi Ilon-mast nam vrlo dobro služi, jer brzo olakša bolove i prihrani nam inciziju.

Nečiste rane isperemo i pokrijemo s namazanom gazom; to po mogućnosti dva puta na dan obnovimo.

Ubod insekata: Dotično mesto natremo s Ilon-mašću. Eventuelno napravimo zatvoren prevez.

Početne furunkule kupiramo takoreći sa sigurnošću, ako ih pokrijemo s komadićem Leukoplasta, na koji damo i kapljicu Ilon-masti; Leukoplast pustimo na mestu sve dotle, dokle furunkul ne iščezne.

Kod furunkula na licu (usnicama), gde su incizije vrlo opasne, se Ilon-mast ne može s ničim drugim zameniti; bez ožiljaka, bez komplikacija najlepše se izleče ti opasni furunkuli!

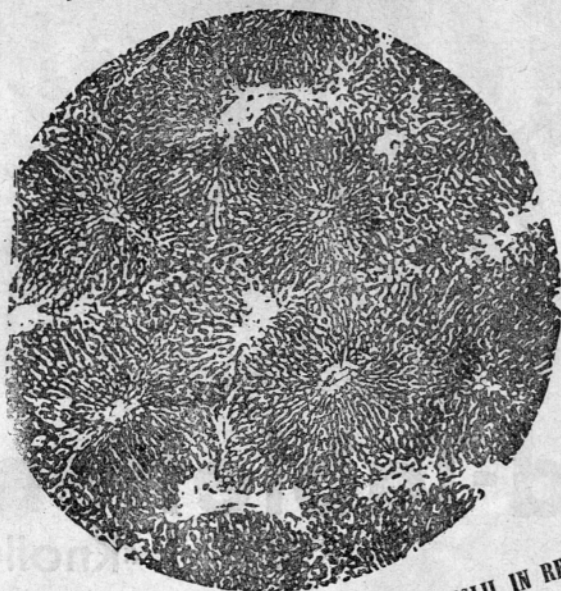
Trgovački oblik: Ilon-mast nalazi se u prodaji u manjim i većim tubama. Na njima se nalazi popis aplikacije u slogu, koji je za lajka nepojmljiv.

Ilon-mast za čireve spada samo u ruke lekara. Mi je rezerviramo isključivo za lekara i ne pravimo za nju nikakve reklame med lajcima. Ilon-mast je sigurna i dobra. Vrlo mnogi lekari je upotrebljavaju dnevno već godinama i godinama u svoje potpuno zadovoljstvo. U 90% sviju slučajeva furunkula postane nož nepotreban.

Ilon-mast ubrza ozdravljenje. Poprečno snižava nesposobnost za rad za 40%.

Ilon-mast brzo i tačno olakša bolove, je idealno sredstvo za decu kao i za pacijente, koji se boje noža. Kod furunkula lica se ne može s ničim drugim zameniti te je neophodno potrebna.

Ilon-mast je ekonomična: Lekari javljaju, da su sa samo jednom tubom lečili najedanput do 20 čireva i furunkula.



PRI IZČRPAOSTI, DEPRESIJI IN REKONVALESCENCI

TONOPHOSPHAN

visokovredni organski preparat fosforja
za subkutano injekcijo.
Stimulans in tonikum za srce, izmenjava
novi in muskulaturo, izboljšuje oblok
krvi skozi tkivo ter dvigne moč organizma

ORIGINALNI OMOTI:

Tonophosphan (1%) 10 ampul po 1 cm
Tonophosphan „fortius“ (2%) 10 ampul
po 1 cm
Tonophosphan tablete 30 tabl. in 250
tableti po 0.10 g

Bayer

I. G. Farbenindustrie A. G.
LEVERKUSEN
NA RAJN



„JUGEFA“ K. D.
Zagreb

Protiv Kašlja

Dicodid-Tabletten

»Knoll«

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

daleko je podesniji od Codeina.

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

Vrlo retko uzrokuje opstipaciju.

Ap. 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.



DR. IVAN JENKO
ŠEF-PRIMARIJ INTERNEGA ODDELKA

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO IN ADMINISTRACIJA: DR. R. NEUBAUER — GOLNIK

Štev. 9.

30. SEPTEMBRA 1934.

Leto VI.

Ob 40 letnici službovanja g. prim. dr. Ivana JENKA v državni bolnici

Dragi prijatelj in tovariš!

Ko sem seznan za praznovanje Tvoje 40 letnice v bolnici, se s posebnim veseljem spominjam najinega skupnega delovanja v njej. Že kot medicinec v Gradcu si mi bil dobro znan kot izvrsten dijak, a po Tvojem vstopu kot volonter (8. VIII. 1894) skozi 13 let zvest in vzoren sodelavec na kirurgičnem oddelku ter kot sekundarij in asistent že tako izurjen v kirurgiji, da bi bil lahko samostojno vodil kirurški oddelek. Med tem časom si imel najboljšo priložnost opazovati, kako je takrat kirurgija z velikim uspehom zavzemala vse večji in večji razmah pri operativnem zdravljenju želodca (ulcus, perforacije, stenoze), čreves, žolčnega mehurja in pankreasa, ledvic in perinefritičnih abscesov, thorakalna kirurgija in kirurgija možganskih tumorov, subfreničnih exudatov, raznih bolezni živcev itd. Prav posebno pa se je v tem času razvijala diagnoza raznih stadijev apendicitite in so se konsolidirali nazoni in indikacije za operativno zdravljenje. Pri tem pridejo v obzir tudi še razne ginekološke operacije (gravid. extrauterina, tumorji itd.).

Prilike v naši bolnici so bile v začetku zelo primitivne. Kot operacijska miza nam je služila stara vojaška nosilka, katero je pokojni dr. Mundy po bitki pri Owersee (1866) daroval bolnici; aparata za steriliziranje ni bilo, inštrumentarij zelo pomanjkljiv.

Potrebno je bilo mnogo truda in trdnega dela, da se je pri teh razmerah vendarle moglo zadostiti zahtevam moderne kirurgije. In pri vsem tem si mi bil zanesljiva in marljiva podpora. Dobri uspehi, katere smo pod temi okoliščinami dosegli, so nam bili največje zadovoljstvo in nagrada. Bil je to čas, ko se je v medicini zahtevalo, da se kirurg intenzivno bavi tudi z interno, neurološko in ginekološko diagnostiko. Povdarjalo se je, kako je neobhodno potrebno proučavanje t. z. obmejnih področij (Grenzgebiete) med kirurgijo in ostalimi panogami medicine. Posebno prof. Mikulicz v Breslavi je bil eden glavnih propagatorjev te ideje in njegove „Mitteilungen aus den Grenzgebieten“ so bile ena od najvažnejših publikacij za kirurga in internista.

Z prof. Mikuliczem sem imel priložnost govoriti o prilikah v naših bolnicah ter mu izrazil tudi mnenje, kako pravilno bi bilo za naše razmere, če bi kirurgično dobro izurjeni zdravniki prevzeli vodstvo internega oddelka: to mi je popolnoma pritrdil in v vsem soglašal.

Leta 1907 je postalo aktualno vprašanje nove nemestitve primarija na medicinskem oddelku naše bolnice. Svetoval sem Ti, da bi se zanimal za to mesto, akoravno sem bil prepričan, da je bilo pri takratnih naših razmerah to dejstvo, da Ti kot kirurg, zasedeš to mesto, nekaj na prvi pogled povsem neobičajnega. Bilo je razumljivo, da je to vprašanje naletelo na hud odpor pri nekaterih krogih, ki so bili osebno zainteresirani, toda pri merodajnih faktorjih, posebno pri tedanjem sanitetnem referentu deželnega odbora dr. Schafferju je našlo popolno razumevanje in odobravanje.

In tako si 1. X. 1907 prevzel vodstvo internega oddelka. Vse moje nade, ki sem jih vlagal v to Tvoje novo delovanje so se mi izpolnile na nad vse razveseljiv način in kar je glavno: v interes naših bolnikov.

Tudi interna medicina, kot druge panoge naše vede, je pokazala vse večji in večji napredek; posebno razni diagnostični pripomočki so se vse bolj izpopolnjevali. Kemične, bakterijološke, serološke in krvne preiskave, rentgenološki izvidi, probatorične in lumbalne punkcije itd., so pripomogle, da se je terapija postavila na uspešen znanstveni temelj. Ni se več čakalo pri raznih gnojnih procesih thoraxa in abdomena na pomoč narave ali na kako spontano perforacijo, marveč se je še za časa moglo intervenirati. Spominjam samo na enostavni diagnostični pripomoček: digitalno exploracijo per rectum — kako redko se je uporabljal.

Danes, ko se Te z hvaležnostjo spominja nebrojno število Tvojih bolnikov, dolga vrsta mlajših zdravnikov, katerim si bil pravi mentor, se zamoreš z upravičenim zadovoljstvom ozreti na svoje težko delo, ki leži za Teboj. Prav posebej pa moram opozoriti na ono lepo število mladih, v specijelnih panogah interne posebno izurjenih Tvojih učencev, ki so poklicani, da to Tvoje delo v Tvojem duhu nadaljujejo in izpolnjujejo. Danes me ne veseli samo, da si vse moje nade in upanje, ki sem jih vložil v Tvoje delovanje tako sijajno izpolnil, predvsem sem zadovoljen, da je bil moj takratni nasvet, da prevzameš to mesto, res na pravem mestu.

Želim Ti od vsega svojega srca, da bi še dolgo vrsto let uspešno deloval v svoje zadovoljstvo in v blagor svojih bolnikov!

Tvoj

Edo.

Prof. dr. Edo Šlajmer, Št. Vid n/ Ljubljano.

Klinična elektrokardijografija

Dr. LJUDEVIT MERČUN, asistent oddelka

Ako je pred kratkim še zadoščalo za diagnozo in zdravljenje bolnika s srčnim obolenjem klinični pregled srca potom avskultacije in perkusije, določitev kvalitete bila, določitev bilance in telesne teže, se je temu v zadnjih letih še pridružila rentgenološka preiskava in pa določitev krvnega tlaka ter različne druge funkcijske preiskave srca. V specialističnih krogih se je gornjim preiskavam še pridružila ugotovitev različnih kombiniranih krivulj pulza, ki so pa tudi njim delale težave. Kljub različnim preiskavam se je še vedno dogajalo in se dogaja še danes, da srčni specialisti spoznavajo bolno srce kot zdravo in obratno zdravijo zdravo srce z digitalko, ker so našli pri preiskavi slučajno nepravilnost bila.

Pred 25 leti je bil po Einthoven-u konstruiran strunasti galvanometer za preiskavo akcijskega toka srčnega delovanja. V teh 25 letih so staro aparaturu, pa tudi abstraktni del proučavanja zelo popravili. Elektrokardigrafija je postala praktična veda šele v zadnjem času, ko so se njene ugotovitve slednjič izkristalizirale. Velik napredek tehnike, ki je poenostavil aparaturu, je omogočil praktiku, da si je nabavil aparaturu, oziroma, da je vsaj mogel pošiljati bolnike v bližnja mesta, kjer posedujejo velike bolnice tako aparaturu. Če se elektrokardigrafija do sedaj pri nas ni mogla uveljaviti, je bil vzrok v tem, da v vsej dravski banovini nismo imeli takšnega aparata. Tega so bile krive kritične razmere v gospodarstvu in pa visoka nabavna cena aparata. Tudi je potrebno za čitanje elektrokardiogramov gotovo znanje, ki si ga je zdravnik do zdaj zaradi pomanjkanja tozadevnih knjig le težko pridobil.

Danes lahko rečemo s Krehlom: „Vsaka diskusija o potrebi ali smiselnosti elektrokardiografske preiskave je popolnoma nepotrebna. Elektrokardigrafija je metoda preiskave srca, ki jo danes le težko pogrešamo, kajti ona pogloblja in dopolnjuje vse druge preiskave na eni strani, na drugi strani pa nam odpira večkrat popolnoma nov pogled na bolezen“.

Praktiku tudi ni potrebno točno znanja elektrokardiografske preiskave. Zato so strokovnjaki: njemu pa je treba le znanja osnovnih pojmov, da razume indikacijo teh preiskav. V to svrho ta kratek članek.

Tehnično imamo na razpolago dvojce principijalno različnih aparatov za preiskavo:

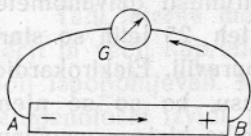
1. modificirani galvanometer po Einthoven-u. Princip: Med poli zelo občutljivega močnega elektromagneta niha magnetna igla, ki dobi v tem momentu odklon, ko priteče električni tok okoli elektromagneta; ta odklon se s posebnim registrirnim aparatom označi na filmskem papirju.

2. Napetostni elektrokardiograf (Siemens & Halske, Berlin). Princip: pri tej aparaturi se uveljavlja princip ojačenja toka iz radiotehnike; ne

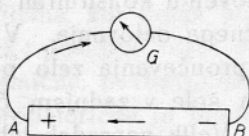
merimo pri tem akcijskega toka, temveč samo napetost. Prednost tega aparata je njegova enostavnost in prenosljivost. Cena aparata ni velika ter smo ga na našem oddelku dobili po naklonjenosti g. bana Dravske banovine dr. Marušiča. Sedaj vršimo vse preiskave s to aparaturom.

Kaj je elektrokardiografija? To je veda, ki se peča z grafično registracijo električnih pojavov delujočega srca. Krivuljo, ki pri tem nastaja, imenujemo elektrokardiogram.

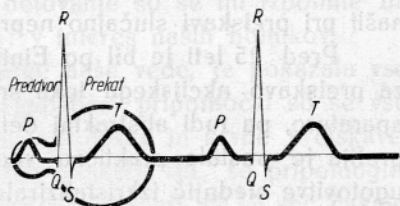
Princip je sledeč: vsako živlensko uveljavljanje celice ima za posledico jonizacijo protoplazme in pa spremembo električne napetosti v njej. Na pr.: če povežemo med sabo konca mišičnega vlakna z žico, ki ima v svoji sredi vkjučen galvanometer, potem ostane ta galvanometer toliko časa v miru, dokler je mišica mirna. Kakor hitro pa podražimo mišično vlakno pri točki A (glej sliko 1), nastane tok, ki teče v smeri proti točki B in napravi krivuljo z odklonom navzgor. V momentu, ko se je aktivacija mišice pokazala pri točki B, poneha podraženje pri točki A (glej slika 2) in električni tok teče sedaj v nasprotni smeri, to se pravi od kraja večje



slika 1



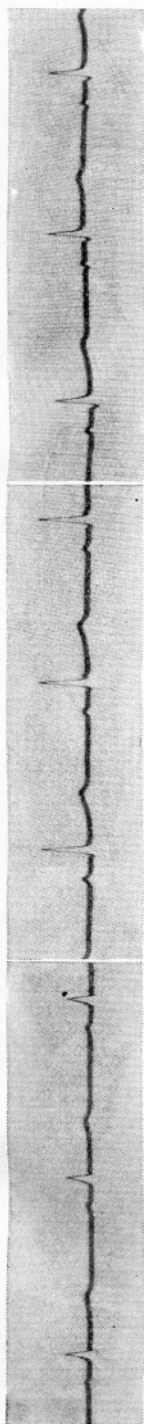
slika 2



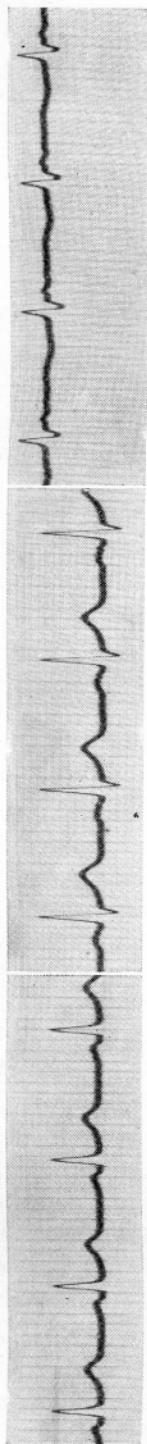
slika 3

napetosti proti kraju manjše napetosti; galvanometer pa naznači v krivulji odklon tudi v nasprotno smer, to je navzdol. Električna akcijska krivulja progaste mišice je torej difazična. Pri srčni mišici pa je elektrokardiogram (od sedaj naprej bomo to označili z EKG) vsota vseh akcijskih tokov posameznih mišičnih vlaken. Z ozirom na različno prepletenost mišičevja v srcu in različno aktivacijo specifične mišične mase v srcu, ni pričakovati, da bi bil EKG človeškega srca enostavna difazična krivulja. Vrhu tega se od- vaja pri človeku električen tok potom frontalnih elektrod. Zaradi tega pri- dejo za registracijo in spoznavanje v poštev le oni električni potenciali, ki ležijo v isti ravnini kot elektrode. EKG pa je le izraz vzbujevalnega toka, ki teče skozi srce od sinusovega vozla do končnega mišičnega vlakna, ne pa izraz kontrakcije srca (mehanogram), čeprav časovno skoraj oba isto- časno potekata, prvi mogoče nekoliko preje. Odvod toka se vrši pri člo- veku potom srebrnih elektrod, ki jih navežemo na ude. Iz praktičnih vzrokov odvajamo tok vedno v treh odvodih. Prvi odvod: veza desne in leve roke, drugi odvod: veza desne roke in leve noge, tretji odvod: veza leve roke in leve noge z aparaturom.

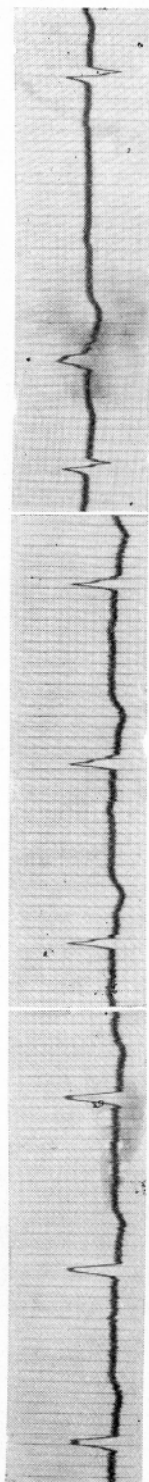
Normalni EKG kaže za vsakega človeka različno in posebno obliko v vseh treh odvodih, vendar pri istem človeku vedno enako obliko, vsaj toliko časa, dokler se zaradi bolezni srčno delovanje ne izpremeni. V tem smislu bi se EKG lahko uporabljal tudi za kriminalistiko za ugotovitev osebne identitete. Na sliki 3 vidimo zobce (Zacken), ki so različne velikosti in ki jih označujemo po mednarodnem dogovoru s črkami P, Q, R, S, T. Pri tem vidimo 3 zobce na krivulji, da so izraženi v pozitivnem smislu P, R, T in dva zobca pa v negativnem smislu Q, S. P-zobec odgovarja aktivaciji srčnega preddivora, QRS pa aktivaciji prekatov. Višina zobca je brezpo-



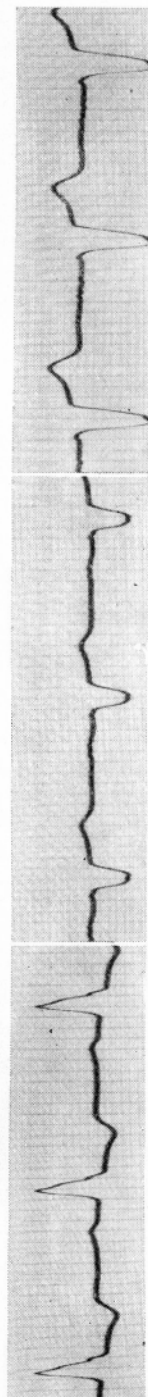
slika 4



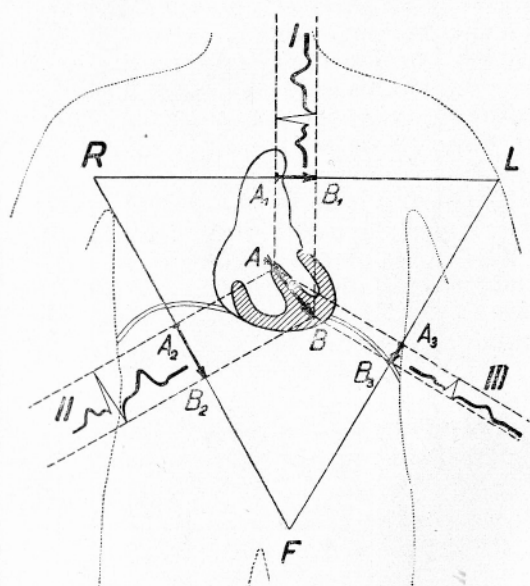
slika 5



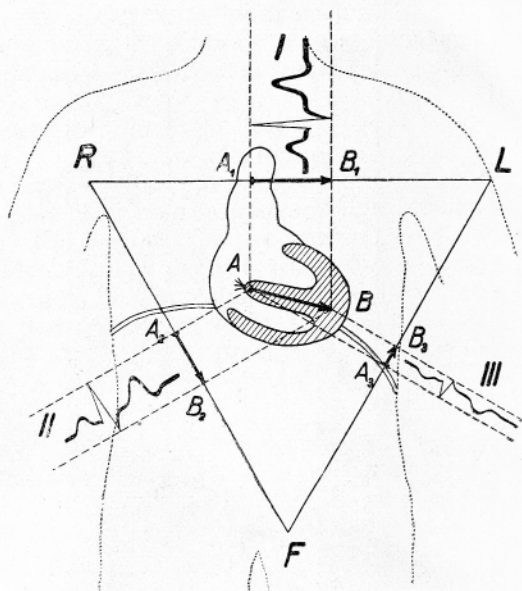
slika 6



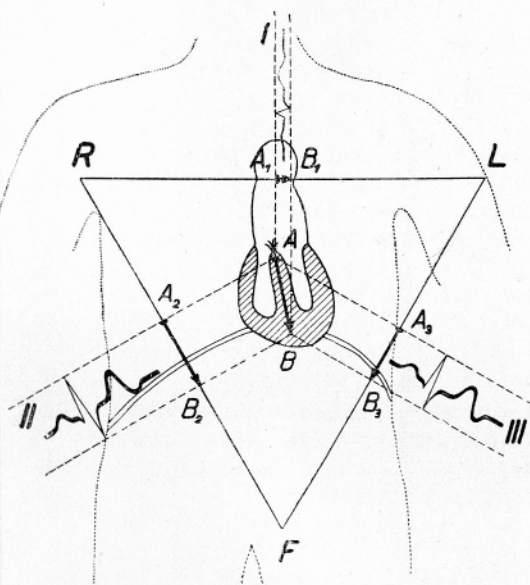
slika 10



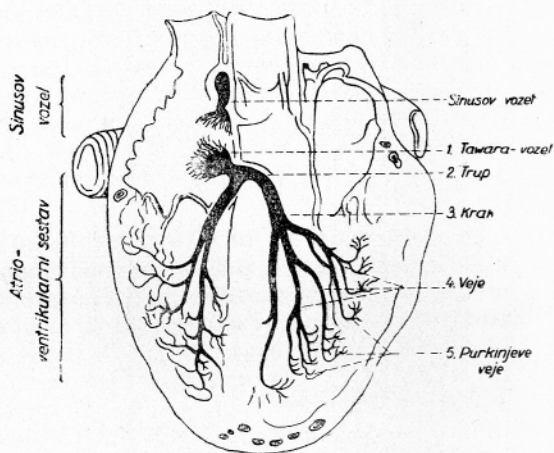
slika 7



slika 8



slika 9



slika 11

membna in je pri različnih ljudeh različna, vendar obstoja med zobci neka relacija tako, da je normalni zobec R 8krat večji kot zobec P, zobec T pa 2krat večji kot zobec P. Normalni EKG je prav-zaprav vsota dveh sicer enakih, toda v nasprotnem smislu izraženih EKG in sicer iz EKG levega in iz EKG desnega srca. Zato dobimo pri srčni hipertrofiji enkrat, da prevladuje desno, drugič pa levo srce. Pri hipertrofiji desnega srca (na pr. pri čisti mitralni stenozi, pulmonalni stenozi in pri kongenitalnih napakah srca) najdemo v krivulji v prvem odvodu globoko ležeč zobec S in plitev zobec R, v tretjem odvodu pa visok zobec R in nizek zobec S. Pri prevladovanju levega srca (na pr. pri aortnih srčnih napakah, hipertonijah, pri nephritidi) dobimo v tretjem odvodu globok zobec S in plitev zobec R in v prvem odvodu visok zobec R in nizek zobec S (glej slika 4, 5, 6).

Ker leži normalno srce ponavadi v smeri: desno zgoraj levo spodaj, je QRS kompleks pri normalnem EKG največji v drugem odvodu, pri tako zvanem navpičnem srcu pa sta QRS kompleksa v drugem in tretjem odvodu skoraj enaka. In pri prečnem srcu je QRS kompleks seveda v prvem odvodu največji. To si razlagamo lahko s projekcijo srčne osi v enakokrakem trikotniku, ki se projecira na stranice. (slika 7, 8, 9).

Na ta način nam EKG daje možnost, spoznati vsakokratno lego srca oziroma hipertrofijo enega ali drugega prekata. Črto, ki veže vodoravno vse zobce med sabo, imenujemo izoelektrično črto, ker predstavlja mirovanje električne napetosti v srcu. Razdalja med zobci P in Q je zelo važna, kajti predočuje nam prenosno dobo dražljaja od aktivacije preddvora do aktivacije prekatov. Njena dolžina znaša 0,08 do 0,20 sekund. QRS kompleks traja normalno 0,05 do 0,08 sekund.

Govorili smo že, kakšnega patološki pomena je, ako je QRS kompleks prav posebno nizek v posameznih odvodih in sicer: v prvem odvodu pri navpičnem srcu in v tretjem odvodu pri prečnem srcu. Ako so zobci v vseh odvodih enakomerno nizki, potem to pomeni:

1. da je poškodba v srcu samem, kakor jo najdemo pri težki akutni poškodbi srčne mišice (arborizacijski blok).

2. ali pa da leži napaka izven srca na pr. suha koža (myxoedema), hidroperikard ali močno zabrekle okončine.

Spremembe posameznih zobcev v EKG imajo skoro vedno bolezenski pomen. Vpoštevamo jih pa le, ako te spremembe nastanejo vsaj v dveh odvodih. Če so spremenjeni zobci samo v tretjem odvodu, smatramo to spremembo kot normalno. Na zobcu P najdemo sledeče patološke spremembe: včasih doseže zobec P velikost zobca T, včasih je razcepljen na dva ali tri majhne rožičke. Taka sprememba zobca P pomeni miokardne spremembe v preddvoru ali vsaj hipertrofijo preddvora.

Pri miokardnih spremembah srčne mišice pa najdemo spremembe zobcev, ki odgovarjajo aktivaciji prekata, torej zobce QRST.

QRS kompleks: normalno traja QRS kompleks 0,05 do 0,08 sekund, njegova risba je nežna. Pri poškodbi srčne mišice pa najdemo, da traja QRS kompleks dalje nego 0,08 sekund in je njegova risba groba ter so njegove stranice večkrat razcepljene, ali najdemo v krakih QRS kompleksa po enega ali več vozlov.

ST kompleks: normalno leži ST proga v ravnini izoelektrične črte. V patoloških primerih je ST proga večkrat nad oziroma pod izoelektrično črto; včasih tudi ni ravna, temveč je konveksna ali konkavna. Zobec T je normalno dvakrat večji kot zobec P. V patologiji pa ga včasih sploh ne vidimo, včasih je difazičen ali pa celo negativen. Negativen zobec T nam označuje vedno težko spremembo srčne mišice in tak zobec označujemo tudi kot „zobec smrti“. Statistično je namreč dokazano, da je smrt pri negativnem zobcu T v prvem in drugem odvodu v 92 primerih nastopila tekom prvega leta. Težke miokardne spremembe najdemo pri tako-zvanem arborizacijskem bloku, katerega slika je zelo tipična; višina QRS kompleksov je zelo nizka in ne doseže 5 mm višine. QRS kompleks je razširjen, njegova dolžina je nad 0,12 sekund, risba groba in razcepljenost močno naznačena. EKG je edino sredstvo, ki nam označuje miokardne spremembe že tedaj, ko na srcu z drugimi metodami ne moremo ničesar dognati. Vsi drugi simptomi (pospešenje bila po delu, medli zvoki na srčni konici, znižanje krvnega pritiska, tumor hepatis itd.) nam le redkokdaj morejo res nekaj pozitivnega povedati o stanju bolnega srca. Najmanj nam pa vse druge preiskave morejo povedati nekaj prognostičnega o srcu, kar pride posebno v poštev v rentni praksi. V vseh teh primerih nam EKG služi kot edina objektivna metoda preiskave za pravilno presojo srca pri bolniku.

Na našem oddelku smo, kar se prognoze tiče, imeli primer, ki jasno dokazuje možnost prognoze z EKG; 48 letni bolnik je bil d. zdaj vedno zdrav. Zadnje leto dobiva vsled emfizema astmatične napade. Objektivno hipertonus povišan (RR 180). Aortna konfiguracija srca rentgenološko. Rahli edemi. Kljub subjektivnemu in objektivnemu dobremu počutju kaže EKG težke spremembe na miokardu (glej sliko 10). Bolnik je tej težki spremembi srca 4 mesece nato kljub terapiji podlegel.

Gornji simptomi poškodbe srčne mišice na EKG so šele pravzaprav izsledki zadnjih let. In ravno zaradi teh simptomov je postal EKG za praktika imenitna preiskavna metoda. Njena prejšnja domena so bile motnje ritma srčnega delovanja in za take motnje je elektrokardiografija še danes edina metoda, ki jih do konca razvozla. Za praktičnega zdravnika je še danes vsaka motnja bila (aritmija) nekaka Ahilova peta, ki jo ponavadi ne razume. Z EKG pa nam je danes lahko spoznati vsako tako motnjo do potankosti in jo diferencirati na ta način, da postaja terapija in prognoza res znanstvena. Kot povsod v medicini, tako bo tudi pri bolnem srcu prvo načelo v terapiji dobra diagnoza; kajti z dobro diagnozo so podane enostavne smer-nice za terapijo in prognozo. Prav posebno še imamo pri motnjah ritma srčnega delovanja mnogo primerov, katerih zdravljenje ni potrebno, ker so te motnje za takega človeka brezpredmetne in bi vsako zdravljenje z našim najmočnejšim sredstvom, to je digitalis, več škodilo kot koristilo. Seveda je za bolnika važno, da ve, kaj mu je in koliko so te motnje škodljive za delovanje njegovega srca. Osnovna terapija pri srčnih boleznih je še danes mirovanje, oziroma stopnjevaje izvršene gimnastične vaje srca.

Tako mirovanje ima za bolnika, ki je vanj obsojen zaradi napačne diagnoze, nedogledne posledice. Ni mi treba omenjati armade srčnih nevrotikov z njihovimi raznovrstnimi težavami, da spoznamo, kako važno je ločiti funkcionalne motnje od organskih. In takemu bolniku, ki boleha na srčni nevrozi, bo le zdravnik z jasno in objektivno podprto diagnozo lahko dokazal neškodljivost teh motenj, ki ga tarejo.

Predno pa preidemo k analizi teh motenj, moram podati zaradi lažjega razumevanja nekoliko podatkov o vzbujanju in prevajanju dražljajev v srcu.

Med progastim mišičevjem srca je vtesnjena specifična muskulatura, specifični vozli, ki proizvajajo in prevajajo dražljaje centrov k izvišilnemu organu, to je srčni mišici. To so: Keith-Flackov vozle (sinusov vozle, nemško: Sinusknoten), kjer se vzbujajo normalno-ritmični dražljaji srca. Ta vozle leži na izlivu v. cave sup. v desni preddvor. Njegova specifična vlakna prehajajo neposredno v mišico desnega preddvora. Na meji preddvorov in prekatov leži drugi vozle to je tako zvani Aschoff-Tawara vozle, ki prehaja navzdol v takozvan trup to je His'ov snopič, ki se deli v daljnem poteku v desni in levi krak, katerih najmanjše nitke (takozvane Purkinje-ve nitke) prepletajo pod endokardom mišičevje obeh prekatov srca. Normalni dražljaj za aktivacijo srca se poraja v sinusovem vozlu, ki ima v srcu najmočnejšo avtomatijo. Zaradi tega ga imenujejo tudi nekateri „vodnika srca“ (Schrittmacher). Ta vozle seveda tudi ni tako avtomatičen in svoboden, da bi bil popolnoma samostojen. Na njega vplivajo živci: nervi vagi in nervi simpatici. Principijalno važno pa je, da vemo, da se dražljaj, ki povzroča kontrakcijo srca, ne poraja samo v sinusovem vozlu, temveč da je vsak del prevodnega sistema, kakor tudi srčna mišica sama zmožna sprožiti tak dražljaj. To se zgodi seveda le tedaj, ako je višji centrum prekinjen ali pokvarjen tako, da ne more oddajati njemu lastnega ritmičnega dražljaja. Druga važna ugotovitev je tudi refrakternost specifične muskulature in pa srčne mišice na dražljaje v času kontrakcije in nekaj časa po nji. To je: srčna mišica ne odgovarja na katerikoli dražljaj, ki bi vplival v tem času na njo. (slika 11).

Proizvajanja dražljajev v sinusu in njihovih prevodov v specifični muskulaturi ne moremo registrirati v EKG. Električni potencial, ki nastaja v tem času je tako majhen, da ga naš aparat ne registrira. Pač pa preteče dražljaj preddvorno mišičevje in ga aktivira h kontrakciji. Izraz aktivacije preddvorov v EKG je zobec P; nadalje se pa dražljaj prevaja potom atrio-ventrikularnega sistema preko His'ovih krakov do prekatne muskulature, pri čemur dobiva desni prekat to aktivacijo nekoliko preje nego levi, ker je desni krak krajši od levega. Izraz aktivacije prekatne muskulature je v EKG QRS kompleks.

Nadaljevanje sledi.

Z internega oddelka Obče drž. bolnice v Ljubljani, predstojnik: Dr. I. Jenko

Nekaj statistike o tonzilektomijah v letih 1928—1932 na internem oddelku Obče drž. bolnice v Ljubljani

Dr. H. HEFERLE, sekundarij

V članku: „Žariščne infekcije Waldayer-jevega limfatskega obroča“, ki je izšel v 11. številki „Zdravniškega vestnika“ iz leta 1933. sem v glavnih potezah očrtal vzroke ter nastanek, kakor tudi patološkoanatomsko sliko kronično vnete nebnice. Tam sem predvsem poudaril, da je tonsillitis chronica večkrat leglo raznim infekcijam notranjih organov, ki jih kužijo bakterijemije, nastale potom limfogene in hematogene setve bakterijev iz tonzilarnih vnetnih ognjišč. Najpogostejša taka obolenja so: akutna in kronična tonzilarna sepša, akutna in kronična revmatična, endokardijalna ter ledvična obolenja. Vsako teh obolenj ima svojevrstne bakterije kot vzročnike. Afiniteta teh do gotovih organov odloča o bolezenski sliki; ni pa tudi izključeno, da more eden in isti bacil povzročiti razna obolenja. V teh primerih oblikuje bolezensko sliko trenutna virulenca bakterij, kakor tudi kongenitalna in pridobljena oslabljenost odpornosti posameznih organov. Navedena dejstva silijo k popolni odstranitvi obolelih nebnic. Tonzilektomija je nujna zahteva v vseh primerih, kjer se vnetja nebnic često ponavljajo ali kjer sledi enkratnemu vnetju tonzil splošno bakterijemično obolenje. Na koncu omenjenega članka, v katerem dobi čitatelj vse ostalo o predmetnem vprašanju, sem omenil, da je dosegel tudi interni oddelek Obče državne bolnice v Ljubljani prav lepe uspehe s tonzilektomijami. S pričujočim sestavkom podajam tozadevni statistični pregled.

V zdravljenju bakterijemičnih obolenj, ki imajo svoj izvor v žariščni infekciji nebnic, se je na internem oddelku Obče drž. bolnice v Ljubljani po inicijativi g. šefa primarija dr. I. Jenka koncem leta 1927. pojavila tonzilektomija, ki se je v letu 1928. začela sistematično uporabljati kot radikalno sredstvo pri akutnem in kroničnem revmatičnem vnetju sklepov, mišic in živcev, pri vnetju srčnih zaklopk, vnetju ledvic in ledvičnega lijaka ter žolčnika, kakor tudi pri vnetju nebnic samih.

V letih 1928—1932 je poslal interni oddelek 360 bolnikov na otorinolaringološki oddelek v svrhu tonzilektomije. Doba petih let, kakor tudi veliko število operirancev zahtevata, da s statističnim pregledom razčistimo vprašanje o potrebnosti in uspešnosti tonzilektomij; k temu nas vzpodbuja tudi vseobče zanimanje za to vprašanje, ki je postalo po znanih polemikah v dnevnem časopisju še posebno aktualno. Nikakor bi ne bilo prav, da bi molčel v tej pereči zadevi naš oddelek, ki more vsled obilnosti izkušenj v tem pogledu še najboljše razčistiti to vprašanje. Vendar ne smem prikriti, da tudi mi ne moremo povsem idealno rešiti tega vprašanja. Iz več vzrokov je namreč naša statistika vkljub najboljšim intencijam le surovo gradivo. Prvi vzrok temu je predvsem to, da so viri, ki so služili pri sestavljanju

pomanjkljivi ter niso prirejeni ad hoc, to je za statistiko. Daljnji vzrok tiči v tem, da smo glede presoje o uspešnosti tonzilektomij navezani na pismene odgovore bolnikov, katere smo prosili, da nam sporočijo kako je z boleznijo po operaciji. Da bi dobili povsem zanesljive podatke, bi bilo potrebno, da bi bolnike osebno preiskali, kar bi bilo zlasti nujno v slučajih vnetij ledvic ter v primerih srčnih hib. V poštev prihajajoče slučaje bi bilo treba pozvati v to svrho v bolnico; tega pa nam žalibog vsled pičlo odmerjenih sredstev, ki jih je naklonila uprava bolnice našim raziskavanjem, ni bilo mogoče storiti. Tako smo torej pri presoji o uspešnosti tonzilektomij navezani na subjektivne podatke bolnikov.

Na podlagi statističnih podatkov o naših tonzilektomijah bom skušal

1. dokazati, da so v večini uvida omenjenih bolezni bile nebnice nositeljice vzročnikov. Po odstranitvi nebnic namreč bolezenski recidivi prenehajo, obolenje se popolnoma ozdravi ali pa vsaj znatno izboljša.

2. razčistiti vprašanje, kdaj je najboljši čas za operativni poseg: v šted ju akutnih simptomov ali ko ti prenehajo.

3. postaviti splošne indikacije za tonzilektomijo,

4. ugotoviti ali imajo tonzilektomije kot take kake slabe posledice?

V naslednji razpredelnici sem razvrstil naše tonzilektomije po obolenjih, radi katerih smo se odločili za odstranitev nebnic in po letih:

Diagnoza	1928	1929	1930	1931	1932	Skupaj
Polyarthritis rh. ac. et subac.	22	26	20	31	46	145
Polyarthritis rheum. chr.	1	2	6	1	8	18
Spondylarthritis rheum. chron.	1	—	—	—	—	1
Ischias	—	1	1	1	1	4
Radiculitis nerv. ischiad. et obturat	—	—	—	1	—	1
Myositis ac.	1	—	—	—	—	1
Endocardit. rec. (et vitium cordis)	1	4	6	7	12	30
Nephritis ac. et subac.	21	31	12	5	9	78
Nephritis chron.	1	2	4	2	6	15
Nephrosis	1	—	—	—	—	1
Cholecystitis ac.	—	1	1	—	2	4
Pyelit. ac.	—	—	1	1	—	2
Pyelonephrit. ac.	—	—	1	—	—	1
Tonsillitis ac.	—	5	2	5	2	14
Tonsillitis chron.	3	7	6	12	7	35
Sepsis tonsillaris	—	—	1	4	5	10
Skupaj :	52	79	61	70	98	360

Po spolu je pripadala polovica slučajev moškim, polovica pa ženskim, in sicer tako-le:

	moški	ženske	Skupaj
Revmatična obolenja	84	86	170
Endokardijalna obolenja	11	19	30
Ledvična obolenja	62	33	95
Tonzilarna obolenja	22	37	59
Obolenje žolčnega mehurja	1	3	4
Obolenje ledvičnega lijaka	—	2	2
Skupaj:	180	280	360

Pri ledvičnih obolenjih, kot je razvidno, prevladujejo predvsem moški; pri obolenjih srčnih zaklopk, žolčnega mehurja ter ledvičnega lijaka pa ženske.

Glede starosti omenjam, da je največ tonzilektomij padlo v tretji (150) in drugi (130) decenij. Najmlajši operiranec je bil star 8 let, najstarejša tonzilektomiranka pa 52 let. V pobrobnem navajam sledečo razdelbo obolenj po desetletjih starosti:

Decenij:	1	2	3	4	5	6	Skupaj
Revmatična obol.	1	52	79	25	11	2	170
Endokardijalna obolenja	—	19	7	2	1	1	30
Ledvična obolenja	2	37	33	17	6	—	95
Tonzilarna obolenja	1	19	30	7	2	—	59
Obolenje žolčnika	—	1	1	2	—	—	4
Obolenje ledvičnega lijaka	—	2	—	—	—	—	2
Skupaj:	4	130	150	53	20	3	360

H gornjim razpredelnicam dodajam, da je akutno revmatično vnetje sklepov spremljala mitralna srčna greška v letu 1928 štirikrat, v letu 1929 devetkrat, v letu 1931 devetkrat ter v letu 1932 19 krat. Akutno revmatično vnetje sklepov je spremljalo vnetje ledvičnega lijaka enkrat leta 1930; vnetje srčnega mišičja enkrat leta 1928; suho vnetje porebernice 2 krat (leta 1928 in 1929); suho vnetje osrčnika 1 krat (leta 1930); akutno vnetje srčnih zaklopk in eksudativno vnetje osrčnika 1 krat (leta 1928). Kronično-revmatično vnetje sklepov je spremljala mitralna srčna greška 3 krat (l. 1932). Akutno vnetje ledvic je spremljala mitralna insuficiencija 3 krat (v letih 1929, 1931, 1932), 1 krat pa osteomielitida leve goleni. Akutno vnetje nebnic je spremljala bursitis deltoidea 1 krat, kronično vnetje nebnic pa eksudativna plevritida 1 krat, akutna bronhitida 1 krat, pljučni emfizem 1 krat ter tropična malarija 1 krat.

Za operativni poseg smo se odločili večinoma na podlagi izvida nebnic, ki je bil razen par izjem vedno pozitiven v smislu več ali manj vidnih akutnih in kroničnih vnetnih izprememb — izvid, ki ga je v 98%ih potrdil

tudi otorinolaringološki oddelek, kjer so vsako nebnico po odstranitvi mikroskopsko pregledali. Le v 2^o/₁₀ ih smo dobili negativen izvid odstranjenih nebnic, verjetno pa je, da bi mikroskopski pregled tonzil tudi v teh slučajih odkril kronično vnetna žarišča; saj smo v vseh teh slučajih anamnestično ugotovili česte angine. Mikroskopski izvid odstranjenih nebnic je pokazal v 53^o/₁₀ slučajev gnojnost (gnojni čepi, mali abscesi i. t. d.); v 45^o/₁₀ slučajev so bile nebnice zaraščene z okolico; v 27^o/₁₀ primerov so bile tonzile povečane, v 7^o/₁₀ pa pomanjšane (atrofične).

Anamnestično smo ugotovili prestale angine le v 165 primerih (46^o/₁₀ in sicer:

Revmatična obolenja	70	(40 ^o / ₁₀)
Endokardijalna obolenja	11	(27 ^o / ₁₀)
Ledvična obolenja	42	(44 ^o / ₁₀)
Tonzilarna obolenja	38	(62 ^o / ₁₀)
Obolenje žolčnika	2	(50 ^o / ₁₀)
Pyelitis acuta	2	(100 ^o / ₁₀)
Skupaj:	165	

Vzrok nizkemu odstotku angin, ki smo jih zasledili v anamnezi, tiči večinoma v tem, da poteka vnetje nebnic čestokrat brez bolečin. Nekaj slučajev je treba pripisati pomanjkljivosti anamneze.

Na tonzilektomijo smo pošiljali revmatične slučaje večinoma potem, ko smo z običajno terapijo ozdravili akutne pojave vnetja v sklepih ter je temperatura padla. V primerih akutnega vnetja ledvic smo predvsem s primerno dieto dosegli, da so splahnele otekline, da je beljakovina pokazala nižji promile Essbacha in da se je sediment urina popravil. Primere srčnih grešk, odnosno vnetja srčnih zaklopk smo pošiljali na odstranitev nebnic, čim se je popravila eventuelna dekompenzacija, odnosno so izginili akutni znaki vnetja na srčnih zaklopkah. Pri akutnih vnetjih nebnic smo čakali, da je vnetje prestalo, in da je bila telesna toplota vsaj 1 teden normalna. V slučajih kroničnega vnetja ledvic, zlasti pa v primerih tonzilarne sepse smo morali operirati v stanju febrilnosti. Ravno tako v gotovem številu revmatičnega vnetja sklepov, vnetja ledvic in ledvičnega lijaka ter žolčnika, ker bi sicer čakanje dalo priliko ponovnemu dotoku svežih kužnih kali.

V naslednji razpredelnici navajam, koliko slučajev smo poslali na tonzilektomijo v afebrilnem in koliko v febrilnem stanju. Prva številka prve rubrike znači afebrilne, druga številka (v oklepaju) pa febrilne slučaje. V drugi rubriki navajam, kako je bilo s temperaturo pri bolnikih, ki smo jih poslali na operacijo v afebrilnem stanju, po tonzilektomiji; prva številka pomeni slučaje, ki so se vrnili na oddelek v afebrilnem, druga (v oklepaju) pa slučaje, ki so se vrnili od operacije v febrilnem stanju; tretja številka pa pove, koliko je šlo bolnikov iz otolskega oddelka direktno domov, ne da bi se predstavili na našem oddelku. V tretji rubriki navajam slično za one bolnike, ki smo jih poslali na tonzilektomijo v febrilnem stanju.

Polyarthrit. rheum. ac.	95 (50)	59 (23)	13	24 (19)	7
Polyarthrit. chron.	9 (9)	6 (1)	2	5 (4)	—
Spondylarthrit. rh. chr.	1 (—)	— (—)	1	— (—)	—
Ischias	3 (1)	1 (1)	1	— (1)	—
Radiculitis n. ischiad. et obturat.	1 (—)	1 (—)	—	— (—)	—
Myositis rh. ac.	— (1)	— (—)	—	— (1)	—
Endocarditis rec. (et vitium cordis)	21 (9)	12 (7)	2	6 (2)	1
Nephritis ac. et subac.	57 (21)	46 (7)	4	13 (3)	5
Nephritis chron.	13 (2)	8 (2)	3	— (—)	2
Nephrosis	1 (—)	1 (—)	—	— (—)	—
Cholecystitis ac.	1 (3)	1 (—)	—	1 (2)	—
Pyelitis ac.	— (2)	— (—)	—	1 (—)	1
Pyelonephritis ac.	1 (—)	1 (—)	—	— (—)	—
Tonsillitis ac.	6 (8)	3 (1)	2	— (2)	6
Sepsis tonsillaris	— (10)	— (—)	—	3 (6)	1
Tonsillitis chron.	26 (9)	18 (3)	5	4 (3)	2
Skupaj:	235 (125)	157 (45)	33	57 (43)	25

Na tonzilektomijo smo torej poslali 235 bolnikov, ali 62.2% v afebrilnem, 125 bolnikov ali 34.8% pa v febrilnem stanju. Večina pacientov (302) se je vrnila od tonzilektomije na naš oddelek v 5—7 dneh, 58 bolnikov je pa odšlo iz otološkega oddelka po operaciji naravnost domov.

Od „afebrilnih tonzilektomij“ se je vrnilo na oddelek 157 bolnikov (66.8%) v stanju normalne telesne toplote; 33 slučajev (14.2%) je šlo iz otološkega oddelka naravnost domov. Ne pogrešimo mnogo, ako jih smatramo za afebrilne, ter jih prištejemo h gori-imenovanim slučajem, kar znaša potem skupno 80.5% afebrilnih. S povišano telesno toplino se je vrnilo 45 slučajev (19%). Povišano telesno toplino pri teh slučajih smo v 30 primerih (66.5%) pripisali resorpcijskim pojavom v operativni rani. Ti slučajji so največ v 7 dneh po vrnitvi na oddelek izgubili vročino. V ostalih 15 primerih (33.5%) pa je bil vzrok vročine sledeči: v 5 slučajih poliartritide smo našli vzrok vročine v ponovljenju revmatičnega vnetja sklepov; ti recidivi so bili znatno milejši od prvotnega vnetja ter so v nekaj dneh popolnoma ozdraveli. Smatrali smo jih za žariščno reakcijo po operativnem posegu. V enem primeru akutne poliartritide je po operaciji na nebnicah nastopilo akutno ognjiščno vnetje ledvic, ki je po nekaj tednih prešlo. V 2 primerih vnetja srčnih zaklopk se je po odstranitvi nebnic pojavil recidiv istega. V enem primeru mitralne srčne greške se je v nekaj dneh po odstranitvi nebnic pojavilo akutno vnetje slepiča. V enem slučaju kroničnega vnetja ledvic, ki je poleg tega imel malarijo, ki smo jo pred operacijo ozdravili, je nastopil recidiv malarije po tonzilektomiji. Od drugih komplikacij smo videli: suho vnetje porebernice skupno s suhim vnetjem osrčnika en-

krat. Na mestu operacije smo enkrat opazili absces, enkrat vnetje podčeljustnih bezgavk, enkrat oedema uvulae, enkrat je po operaciji nebnic nastopila bronchopneumonia in exitus (v slučaju mitralne insuficijencije).

Febrilnih primerov smo poslali na tonzilektomijo 125. Od operacije se je vrnilo na oddelek 57 slučajev (45.6%) v afebrilnem, 43 slučajev (34.4%) v febrilnem stanju, 25 bolnikov (20%) je pa odšlo od operacije naravnost domov. Slučaji, ki so šli iz otološkega oddelka po operaciji naravnost domov, so bili verjetno afebrilni ter jih prištejemo lahko h gori-imenovanim afebrilnim slučajem, kar bi znašalo skupno 65.6% afebrilnih slučajev vrnjenih na naš oddelek.

Vidimo, da je uspeh febrilnih tonzilektomij slabši od afebrilnih. Kakih posebnih komplikacij pa, kot bo to razvidno iz niže navedenih posameznih primerov, nismo opazili.

Nadaljevanje sledi.

Naše skušnje z diiodtyrosin-om

PRIMARIJ Dr. LAVRIČ, šef kirurškega oddelka in DR. LUDEVIT MERČUN, asistent internega oddelka.

Interna terapija M. Basedow oziroma tireotoksikoz v obče je še danes simptomatična in radi tega problematična. To ni čudno, saj imamo v etiologiji te bolezni samo nešteto pobijajočih se mnenj in teorij. Klimatsko zdravljenje v krajih z 1000 do 1500 m nadmorske višine je še najbolj koristno zdravljenje. V teh krajih je poleg klime bolnikom najbolj zasiguran telesni in duševni mir, kar je za zdravljenje te bolezni predpogoj. V eri dijetetičnega razmaha imamo tudi pri tej bolezni določeno smer t. j. odstraniti iz prehrane ona hraniva, ki a priori zvišajo bazalni metabolizem. So to posebno hraniva, ki vsebujejo odstotno velike množine beljakovine in pa še posebno živalska beljakovina. Simptomatično rabimo poleg tega še sedativa (barbiturno vrsto in brom); pri srčnih motnjah (pri plapolanju srčnega preddvora) kinin in kinidin.

Zdravljenje z jodom po Plumer-ju in Boothby-ju se je ohranilo le kot predpriprava za operacijo; ravno tako more rentgenovo obsevanje doseči le pri lažjih primerih uspehe. Vendar se ga poslužujemo le redko-kdaj, ker brazgotinaste spremembe po obsevanju zelo otežkočujejo eventualno poznejšo operacijo.

Z zdravljenjem z živalsko krvjo po Bier-u žal še nimamo skušenj. Pa tudi poročila o skušnjah v literaturi ne mikajo posebno.

Ker obiskujejo bolnice le socialno nižji sloji, vsa gornja terapija — ker je predraga — zanje skoro ne pride v poštev. Jodovo zdravljenje pa prinaša v najboljšem slučaju le remisije, ki niso dolgotrajne in tudi se nam pri težjih primerih ni vedno posrečilo z jodom doseči take remisije, da bi padel bazalni metabolizem na višino, ki je potrebna za operacijo. Zato smo

pričeli iskati za drugimi sredstvi, ki bi bila boljša nego jod. V literaturi smo čitali o velikih uspehih dijodtyrozina. Poiskovali smo ga v začetku pri primeru, ki nam je delal težke preglavice in kjer je bila druga terapija popolnoma brezuspešna.

Je to P. I. žena mitničarja, 45 let, pride na naš oddelek 10. dec. 1933. Iz anamneze zvemo, da je bila l. 1933 tonzilektomirana, pri kateri operaciji je sledila kot komplikacija še erysipelas; od operacije sem ji je pričelo močno utripati srce, tresle so se ji roke, izpadali lasje, periode diarej so se menjavale s periodami obstipacij in v zadnjem času je dobila težko sapo, pričele so ji zatekati spodnje okončine in oslabela je tako, da je komaj stala pokonci.

Status praesens: Srednje mala, zelo shujšana bolnica, ki ima močno dyspnoe, je zaripla v obraz. Očni znaki za M. Basedow izraženi, močen tremor rok, mitralna konfiguracija srca s sistoličnim šumom na konici. Močni edemi okončin, osnovna preosnova ob sprejemu je zvišana za 31%.

Gynergen terapija se radi nastopajočih bolečin v trebuhu ukine. Z nadaljnim simptomatičnem zdravljenjem zboljšana odide dne 2. jan. 1934. iz bolnice v domačo oskrbo. Doma je bila dobra do 14. feb. 1934. Od takrat se njeno stanje zopet poslabša, ponovno prihajajo v ospredje srčne težave. Ob sprejemu dne 18. febr. 1934. na naš oddelek kaže bolnica polne znake M. Basedow (tremor, očni simptomi vsi izraženi, osnovna preosnova je zvišana za 56%); obenem še močna dekompenzacija mitralnega srca. V nadaljнем poteku zdravljenja nastopa, dne 2. marca 1934 tireotoksična psihoza, radi katere se premesti na opazovalni oddelek. Dne 8. marca se premesti iz opazovalnega oddelka zopet na int. oddelek s pripombo, da je duševno dobra. Pa kljub temu je bolnica ponoči zopet zmedena, telesno je popolnoma izčrpana, ne govori in ne zavživa skoro ničesar razen nekoliko čaja.

14. marca 1934. dobi prvič dijodtyrosin „Roche“ in sicer v dozi 0.1 trikrat na dan. Že dva dni nato je bolnica orijentirana, živahna in zahteva sama hrane. 30. marca 1934. je bazalni metabolizem kljub temu, da se telesna teža dviga, še vedno za 56% povišan. Pa že 6. dni nato se tudi ta zboljša za 30%. Bolnica je popolnoma orijentirana, pridobiva na teži in se subjektivno počuti izvrstno. Radi tega se dijodtyrosin ustavi dne 5. aprila 1934. Dan nato že nastane zopet poslabšanje stanja (izguba apetita, padanje telesne teže, pospešenje bila). Kontrolni pregled bazalnega metabolizma dne 24. aprila kaže zopet povišanje od 55%. Radi tega damo zopet dijodtyrosin in pa pripravljamo srce za operacijo z digitalis. Bazalni metabolizem ponovno pade po medikaciji za 30%. Dne 7. maja 1934. operirana. Po operaciji ponovna kontrola metabolizma dne 24. maja 1934. povišanje metabolizma samo še za 14%. Bolnica se počuti subjektivno zelo dobro, se zredi v enem tednu za tri kg. Srce ne kaže več znakov dekompenzacije, pa celo rentgen ne prikazuje več mitralne konfiguracije srca. Ponovna kon-

trola čez dva meseca kaže, da se metabolizem ni več zvišal. Bolnica se je v tem času zredila za 5 kg.

Ta težek primer, ki je bil kompliciran s težko dekompenzacijo srca in tireotoksično psihozo nam jasno prikazuje uspeh dijodtyrosina, ki je popravil bolnico vsaj toliko, da je bila zmožna operacije, ki ji zagotavlja trajno zdravje.

V poznejši dobi smo z dijodtyrozinom vedno s kontrolo bazalnega metabolizma še pripravili 10 primerov M. Basedow za operacijo, ki je vedno končala s popolnim ozdravljenjem. Pri medikaciji z dijodtyrozinom smo opazili sledeče: V vseh naših primerih se je znižal bazalni metabolizem v kratkem času od 50—100% na 20—30%, t. j. povišanje bazalnega metabolizma, ki je še zmožno operacije. Stalno smo videli pri tej medikaciji subjektivno poboljšanje bolnikov, prav posebno se je hitro poboljšal apetit, pulz in pa telesna teža. Le v enem primeru izmed 12 se nam ni posrečilo doseči onega minima metabolizma, ki je potreben za operacijo. Brez uspešno delovanje je pripisati v tem primeru najbrže psihičnemu momentu; bolnici je med boleznijo nenadoma umrl mož. V splošnem lahko rečemo: s dijodtyrozinom smo dobili sredstvo, ki v najkrajšem času zniža zvišan metabolizem in remisijo vseh tireotoksičnih znakov že tedaj, ko druga sredstva še učinkovati niso pričela. Žal, da tudi s tem sredstvom interna medicina ni pridobila toliko, da bi prišlo že po interni medikaciji sami do popolnega ozdravljenja; kajti pri dolgotrajni medikaciji dijodtyrosina, ne da bi se v optimu metabolizma operiralo, sledi prvotnemu zboljšanju ponavadi še večje poslabšanje stanja. (Bazalni metabolizem se zopet zviša, splošno subjektivno stanje se poslabša, teža pada, pulz zopet poskoči).

Dijodtyrosin „Roche“ — kemično 3,5 Dijod, 4 oxy-phenilamino-propionska kislina — in pa Tyroxin sta edino sestavna dela žleze ščitnice, ki vsebujeta organsko vezan jod. Oba očinkujeta na bazalni metabolizem; dijodtyrozin upliva v smislu omiljenja tireotoksičnih simptomov. Doziranje je 0.1 krat 3 oziroma 0.1 krat dva na dan.

V vseh slučajih M. Basedowa, ki so nam bili v svrhu operacije premeščeni iz internega oddelka smo postopali enako in v medsebojnem sporazumu. Vsi so imeli znatno povišan bazalni metabolizem, strumo in več ali manj izražene tireotoksične znake. Ker vlada danes še precej nesloge v kvalifikaciji M. Basedowa, da ne govorim o patologiji, mislim, da je pravilnejši, da vse naše slučaje uvrstimo pod imenom tireotoksikoz in spravimo tako vse prave M. Basedowe, toxicadenoma, hipertireoidoze pod eno streho.

Omejiti se hočem samo na opis našega postopanja pri operaciji, predpripravo in postoperativno zdravljenje. Principijalno se vsak bolnik sprejme najprej na interni oddelek v svrhu določitve bazalnega metabolizma, radi miru in radi predpriprav.

Pod stalno kontrolo težine, pulza in bazalnega metabolizma čakamo, da se pod vplivom dijodtyrosina stanje tako popravi, da je prognoza povoljna. Dokler so se bolniki pripravljali s Plumerjevo raztopino, ni bila

reakcija tako dobra kot z dijodtyrozinom. V krajšem času so bolniki bili ugodni za operacijo, bolje so se pripravili in nismo bili vezani na število kapljic, marveč se je z dijodtyrozin tabletami vedno lahko prenehalo ali pa nadaljevalo, če je vmes prišla zapreka. Dosegel se je skoro v vseh slučajih tak optimalen stadij, da se je človek res lahko odločil na operacijo.

Operirali smo navadno, ko je bazalni metabolizem znašal cca 30% zvišanja. Z ozirom na labilnost psihe pri tej vrsti bolnikov, nismo nikdar bolniku izdali dan operacije. Pred dnevom operacije je bolnik dobil klizmo, jutraj pa še v svoji postelji na internem oddelku klizmo z avertinom. Šele ko je zaspal je bil transportiran direktno na operacijsko mizo.

Razen enega, kateri je bil operiran v lokalni anesteziji so vsi dobili avertinovo bazalno narkozo. Ravnali smo se po Kirschnerjevi tabeli, navadno 3% raztopine in 0.1 avertina po kg.

Niti v enem slučaju s tem nismo dosegli globoke narkoze, marveč smo morali dodati inhalacijsko in to eter. Količina porabljenega etra ni v nobenem slučaju prešla 100 ccm. Narkotizer je obenem tudi stalno kontroliral pulz in v slučaju potrebe delil kardiaka, katera je imel vedno v bližini pripravljen.

Operiramo v sedečem položaju bolnika, močno nazaj nagnjeno in fiksirano glavo. Čiščenje operativnega območja izvajamo z bencinom in alkoholom; jodove tinkture pri basedovih ne uporabljamo, radi, četudi minimalne, resorbcije joda.

Operacija prične s Kocherjevim rezom, z dvojno ligaturo prednjih vratnih podkožnih ven, nato pa se v vsakem slučaju prereže prednja globoka vratna muskulatura. Sledi ligatura vseh 4 arterij, resekcija istmusa in popolna osvoboditev traheje, nato pa resekcija obeh lobusov, ki se reducirajo na minimalne ostanke strume, ki na koncu operacije vise na obeh straneh traheje. S tem je glavni akt končan; nato sledi točna hemostaza, striktno zašitje prerezane muskulature in pa drenaža, ki je neobhodno potrebna. Na kraju še šivi platizme in kože.

V vseh slučajih je pulz za časa operacije znatno poskočil, v nekaterih slučajih do 160 in v enem slučaju (prvem) je nastopila tudi aritmija. Zapazili smo, da je frekvenca posebno velika takoj po resekciji strume. Ko je pulz prekoračil število 120 dobi bolnik intramuskularno kardiaka (Cardiazol). Če pri šivanju muskulature dajemo navadno Coramin intramuskularno ali intravenozno, ne toliko kot kardiakum, kolikor v nadi, da po Coraminu popušča delovanje avertina in da se bolnik preje prebudi. Bolniku se po operaciji izvleče iz rektuma cevka in izpusti še preostali del avertinove raztopine. Nato pride bolnik v pogreto posteljo v sedečem položaju. Če le moremo, izoliramo bolnika v separatno sobo, tako da je obrnjen od okna, da ga svetloba ne moti.

Ko se prebudi in zave, dobi po potrebi hladnega čaja in pa 0.01 morfija. Po dnevu po potrebi kardiaka in velike količine 25% sladkorne raztopine intravenozno. Zvečer zopet 0.01 morfija. Injekcije morfija dajemo

Percanin

ime zaštićeno

Chlorni hidrat diaethylethylendiamida α -butyloxycinchoninove kiseline

„Ciba“

Potpunoma novi lokalni anestetikum nedostiživog intenziteta djelovanja, vanredno trajanje djelovanja.

Prikladan za sve metode mjesne anestezije.

Nikakovo opojno sredstvo.

Jeftina upotreba

Prašak

Ampule

Tablete

Gesellschaft für Chemische Industrie
in Basel (Schweiz)

Zastupnik za Jugoslaviju:
Mag. Ph. Dragutin Kaiser, Zagreb,
Ilica 40./II.



PILKA GOLAZ

Herba Thymi et Droserae Dialysat Golaz

je zdravilo z povsem indirektnim delovanjem (Prof. Heinz, Erlangen), ki obstoje v tem, da podpira organski odpor proti povzročiteljem bolezni. Pilka Golaz ima specifični in izvanredni vpliv na oslovski kašelj.

Indikacije: Oslovski kašelj (pertussis) in pri nalezljivih vnetjih dihalnih organov, v katerih slučajih se pojavlja tudi kašelj, kakor n. pr. pri gripi, bronhitidi, pharyngitidi, tuberkulozi i. t. d.

Doziranje: za dojenčke in otroke do 5 leta: Zjutraj na tešče eno samo kapljico, a zvečer isto tako eno kapljico na žličici vode, dokler napadi ne popuste (3–6 dni), nakar se doza povečuje do 2–3 kapljic zjutraj in zvečer, dokler ne nastopi ozdravljenje.

Za otroke in odrasle: Zjutraj in zvečer 2 kapljici skozi 3–6 dni, nakar se doza poveča na 3–4 kapljice zjutraj in zvečer. Ako se napadi medtem povečajo, se je treba vrniti na doziranje 2 kapljic zjutraj in zvečer in tako nadaljevati, dokler ne nastopi ozdravljenje.

Cena za publiko: Stekleničica Din 25.—

HORDENZYM

Dr. Wanderjev hranljivi sladkor

Idealna trajna hrana za zdrave in bolne dojenčke po principih prof. Soxhleta

Indikacije: Pri zdravih dojenčkih za povečanje teže in pospešenje rasti namesto sladkorja. Kod dodatek zelenjavi pri prehodu na mešano hrano, pri mešanju hrane dojenčkom, ki trpe na diareji. Za otroke in odrasle prehrana, ki povzroča hitro in trajno zboljšanje.

Cena za publiko: škatlja Din 39.—

Vzorci in literatura
pošilja:

Dr. A. WANDER D. D., Zagreb

Predpisujte domače
proizvode!

Radio-Cherma Laško



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

FENILETILBARBITUROVA KISLINA V TABLETAH PO 0,1 IN 0,3 gr.

SEVENAL-KAŠTEL

JE SIGUREN

HIPNOTIKUM IN SEDATIVUM

CEVČICE S 10 TABLETAMI

SEVENALETE-KAŠTEL

tablete s 0,015 g Sevenala-cevčice s 30 tabletami proti nervozi, hipertenziji, angiospazmi
KAŠTEL D. D.

ZAGREB

tvornica kemijsko-farmacevstkih proizvodov

OBLIŽI

vseh vrst za bolniške svrhe in zdravniško prakso pod nazivom Bonnoplast in Vulnoplast proizvodi:

VULNOPLAST LAKEMEIER D. D., BONN n/R.

Tridesetletna izkušnja tovarne jamči za prvorazredno kvaliteto.

Vkljub najboljšem v fabrikatu cene zmerne. - Vzorci na razpolago.

Glavno skladišče za Jugoslavijo: „SPHINX“ Ph. Mr. Josip Bemski - Zagreb, Illica br. 17.

nepretrgoma prve tri dni tako, da na ta način izbegnemo razburjenju in bolečinam. V treh dneh se tudi pulz znatno izboljša in izgubi na frekvenci.

Istotako dajemo takoj po operaciji diiodotyrosin in sicer prve tri dni tri tablete, druge tri dni dve tableti, tri dni eno tableto, nato prenehamo. V prvem slučaju, kjer je drugi dan po operaciji nastopila grozeča frekvenca in alteracija pulza je delovanje diiodotyrozina bilo izvanredno. Drugi dan po operaciji je bolnica namreč pomotoma dobila mesto diiodotyrozina, tableto gland. thyreoideae nakar je mahoma nastopilo opisano stanje, ki se je po treh tabletah diiodotyrozina popravilo. V vseh naših slučajih smo imeli zelo dobre uspehe in mislimo, da je naše postopanje dobro.

Da se dosežejo povoljni rezultati je potrebno paziti na sledeče:

1. Operacijo izvesti v najpovoljnem stadiju z maksimalnim obzirom na psiho, kar je najboljše v avertinu.

2. Prvo ligatura vseh 4 arterij, točno ligiranje vseh potrebnih ven, nato luksacija strume in šele na kraju resekcija obeh lobusov. Na ta način mislim, da je dana manjša možnost in manjša rezorbcija toksičnega sekreta strume. Hitro operiranje, anatomske prepariranje in najnežnejši postopek s tkivom dela postoperativen potek ugoden in zmanjšuje komplikacije.

3. Postoperativno zdravljenje, pri katerem je treba vzeti v obzir, da bolnik potrebuje absolutnega miru; tega lahko dosežemo z izolacijo in s sedativi. Podajanje diiodotyrozina, dokler organizem ne pride v popolno ravnovesje. Kontrola bolnika v raznih presledkih, kontrola naj bo kompletna (bazalni metabolizem, teжина, pulz, subjektivni počutek itd.).

Na koncu pripominjamo, da se nikjer ne pokaže taka potreba intimnega sodelovanja med internistom in kirurgom kakor ravno pri M. Basedow.

Zusammenfassung:

Dr. B. Lavrić — dr. Lj. Merčun: Unsere Erfahrungen mit Diiodotyrosin „Roche“.

Die Autoren berichten über einen Fall von schwerstem Basedow, der durch Diiodotyrosin ausserordentlich rasch und ausgiebig gebessert werden konnte, so dass die nachfolgende Operation vollen Erfolg hatte.

Iz internega oddelka obče drž. bolnice v Ljubljani. Predstojnik: šef-primarij, dr. I. Jenko

O zdravljenju pljučnih abscesov s pneumotoraksom

Dr. Ljudevit Merčun, asistent oddelka

Pljučne abscese nahajamo po navadi po gripoznih pneumonijah, slabi rezorbciji in gnojenju pljučnega tkiva po navadnih pljučnicah, po emboliji septičnih trombov, septičnih metastazah ter aspiraciji gnojnih mas po bronhih.

Vemo, da se pljučni abscesi pozdravijo včasih sami po sebi. Taki primeri niso redki, posebno, če je ognjišče majhno. Statistika pove, da nastopi spontano ozdravljenje v prilično 10 odstotkih. Težje je misliti na

ozdravljenje v takih primerih, pri katerih je abscesna duplina zelo velika. In če se taki abscesi ne pozdravijo v petih tednih samo po sebi, potem pride v poštev samo še operacija. To so: pneumotomia in pneumothorax.

Pri kroničnem gnojenju pljuč (pljučnih bronhoektazijah, kroničnem abscesu pljuč in gangreni pljuč) smo po navadi prisiljeni čimprej poseči po operaciji, ker je notranje zdravljenje običajno brezuspešno. Poleg navedenih operacij so nam na razpolago danes še druge:

- a) ekstraplevralno plombiranje s parafinom.
- b) phrenicoexhairesis, oziroma blokada n. phrenicus,
- c) torakoplastika.

Vse te tri operacije so precej težke in posebno druga in tretja pri nas še dokaj nepoznane.

Po Brauerju in Spenglerju je pnevmotoraks striktno kontraindiciran pri vseh pljučnih boleznih razen pri tuberkulozi in to zato, ker je baje pnevmotoraks še precej nesigurna operativna metoda. Med drugim navajata: 1. zdravljenje s pnevmotoraksom traja delj časa (pol do enega leta). 2. ako je bil pnevmotoraks brez uspeha, traja zelo dolgo, da se zrak rezorbira in da je pneumotomija zopet mogoča. 3. velika nevarnost pnevmotoraksa je tudi v tem, da absces eventuelno perforira v plevralno duplino. 4. tudi pogosta komplikacija pnevmotoraksa je eksudat, ki se kaj rad ognoji.

Kljub takemu striktnemu nasprotovanju in kolikor toliko upravičeni bojazni Brauerja in Spenglerja pred zdravljenjem s pnevmotoraksom, nahajamo v literaturi mnogo znanstvenikov, ki so imeli s pnevmotoraksom prav lepe uspehe pri zdravljenju pljučnih abscesov. To so: Forlanini, Bergmann, Dumares, Pentzoldt, Schmidt, E. Gute in drugi. Ako računamo mortalitet pljučnih operacij danes z 40—80% (Brauer 40%, Koerte 64.6%, Villier 75%), je vsekakor ta odstotek precej visok in moramo smatrati vsako pljučno operacijo kot težko. V razmerju z njimi je pnevmotoraks le manjša in ako ravnamo z njim previdno, tudi manj nevarna operacija. Pnevmtoraks ima smisel seveda le v teh primerih, pri katerih je abscesna duplina že v zvezi z bronhom, kajti le tedaj moremo zmanjšati duplino abscesa z relaksacijo pljuč, ki jo hočemo doseči s pnevmotoraksom.

Tudi na našem oddelku smo napravili poizkus v takem primeru s pnevmotoraksom, ki se nam je prav dobro obnesel. V naslednjem navajam kratek izveček popisa bolezni.

M. Ž. 27 letna žena trgovskega potnika iz Ljubljane, navaja, da je bila vedno zdrava. Otroških bolezni se ne spominja. 24. aprila 1932 je nenadoma zbolela na pljučnici. Kljub temu, da se je stanje nekoliko zboljšalo, čuti še vedno bolečine v prsih, izkašljeje krvavo gnojen izpljunek in to večkrat na dan in v velikih množinah. Radi teh težav je dne 14.V. 1932 bila sprejeta na interni oddelek Obče drž. bolnice v Ljubljani.

Status ob sprejemu : žena je dobro rejena, srednje velika. Ustnice cijanotične. Ustna duplina brez sprememb. Dyspnoe.

Prsni koš širok in simetričen.

Pljuča: Poklep jasen in poln, desno zadaj nekoliko timpanitične primesi ob scapuli (nesigurno). Osnovnici dobro gibljivi, dihanje vezikularno, samo zadaj nad hipersonornim poklepom nekoliko amforično dihanje z grobo mehurčastimi zvonečimi hropci.

Srce: srčni udar v 5. medreberju v medioklavikularki. Zvoki čisti, akcija pospešna. Bilo 140. Temp. 37,2° C.

Trebušna votlina: Perkutorno za prst razširjen tumor hepatitis. Tumor lienis perkutorno naznačen.

Na okončinah je vse v redu.

Preiskava urina: beljakovina pozitivna. Urobilinogen pozitiven, sladkor negativen. Sediment brez posebnosti, Essbach negativen. Telesna teža 76½ kg. Sahli 51%. Krvna sedimentacija po Westergreenu v 1 uri 132 mm (12 mm normalno.)

Kliničen izvid ni bil jasen. Šele röntgen preiskava kaže večji kavum v desnem gornjem lobusu s tekočino na dnu. Sputum je gnojen, množina v 24 urah 150 ccm. Vsedlina je tudi na dnu. Kljub večkratnim preiskavam na Koch bacile negativna. Torej klinična diagnoza: postpnevmoničen absces v desnem gornjem režnju pljuč.

Prvi pnevmotoraks je bil napravljen 19. V. 1932. Po röntgenu kavum še ni bil zmanjšan. Ekspektoracija pa je po tretji polnitvi postajala tako malenkostna, da bolnice ni ovirala več. Prvotna subfebrilna temperatura je padla na normalo.

8. VI. 1932 smo bolnico odpustiti v domačo oskrbo z navodilom, naj se vrne ambulantno po pnevmotoraks. Že 22. VI. 1932 kavum ni bil več viden in je bil pnevmotoraks kompleten. Ker bolnica ni pljuvala več gnojnih mas ter je bila temperatura normalna, nismo več ponovili pnevmotoraksa. Že 3. VIII. 1932 pnevmotoraks ni bil več viden. 29. VIII. je ponovni röntgen pregled pokazal samo še plevritis interlabaris. Bolnica se je počutila popolnoma zdravo. Na pljučni sliki ni videti več patoloških sprememb.

To je primer popolnega ozdravljenja pljučnega abscesa z umetnim pnevmotoraksom. Da si narava včasih pomaga sama s pnevmotoraksom, to kaže tale primer:

33 letni mizar je zbolel 2. VI. 1933. Do tedaj je bil vedno zdrav. Takrat ga je začela ob izbruhu bolezni tresti mrzlica ter ga je kuhala vročina. Obenem je čutil zbadanje na levi strani, tako, da je težko dihal. Nekajkrat je pljunil kri. Zadnje čase pa pljuva krvave gnojne mase. Na interni oddelek je bil sprejet 17. VI. 1933.

Status ob sprejemu: Srednje velike postave, shujšan, cijanotičen v obrazu. Jezik belkasto obložen.

Pljuča: levo zadaj od angulus scapulae navzdol relativna zamolkline s timpanitičnim prizvokom. Na tem mestu amforično dihanje s srednjemehurčastimi vlažnimi konsonantnimi hropci. Levo spredaj skoraj absolutna zamolkline, ki prehaja neposredno v srčno zamolkline. Na tem mestu dihanje oslajeno.

Srce: Po celi površini slišno plevro-perikardialno trenje. Sicer zvoki čisti, brez šumov. Akcija relativno bradikardna, puls 96, enakomerno dobro polnjen pri temperaturi 38,6° C.

V trebuhu občutljivost na pritisk v celem obsegu, sicer brez posebnosti. Na okončinah ni posebnih sprememb.

Alopecia areata na glavi.

Preiskava urina: beljakovina v sledovih pozitivna, urobilinogen negativen, sladkor negativen. Specifična teža 1020. Krvni tlak 120 mm Hg. Sahli 60%. Essbach negativen. Krvna sedimentacija po Westergreenu zelo pospešena 106 mm (normalno 8—9 mm). Preiskave na bacile Tbc negativne. Radi suma na plevritični eksudat napravljena probatorna punkcija na dveh mestih ostane negativna. Röntgenološki pregled pa poda gosto senco cele leve strani.

Diagnoza okleva med plevritičnim eksudatom in pnevmonijo. Krvna slika govori bolj za pnevmonijo kot za eksudat. Radi relativne bradikardije in splošne soporoznosti bolnika smo vzeli še hemokulturo in napravili Gruber-Widalovo aglutinacijo na bacile tifozne skupine. In res, že 20. VI. 1933 smo izolirali iz hemokulture bacile Typhus abdominalis. S tem je bila bolezen precej jasna: Postpnevmonični absces kot komplikacija pri Typhus abdominalis. V nadaljnjem poteku niha vročina še vedno med 38° C in 39° C. Ponovne plevralne punkcije niso na stvari ničesar spremenile. Dne 22. VII., torej en mesec pozneje, pa smo našli klinično in rentgenološko zgoščenje pljučnega tkiva v levi spodnji bazi. Bolnik se je počutil bolje in dne 7. VIII. pri ponovni kontroli dobimo na strani zgostitve pnevmotoraks, ki je spontano nastal. Isti dan je padla temperatura in tudi subjektivno stanje bolnika se je znatno izboljšalo.

Ali je pneumotoraks nastal radi ponovnih probatornih punkcij, tega ne vemo. Jasno pa je, da je ta spontani pnevmotoraks, ki je nastal brez naše volje, dobro vplival na ozdravljenje bolnika; kajti v tem momentu, ko je nastal, se je ekspektoracija znatno zmanjšala in je postal afebrilen.

Bolnik je bil ozdravljen odpuščen iz bolnice dne 20. VIII.

Tretji komplicirani primer je pa 47 letna žena šoferja. Iz anemneze zvemo, da je mati umrla na porodu in da se otroških bolezni ne spominja. S 14. leti je imela zbadanje v prsih, takrat je kašljala mnogo in so mislili zdravniki, da ima tuberkulozo. Vendar se je po 3 mesecih popolnoma pozdravila in je bila do maja meseca 1933 popolnoma zdrava. Takrat je zbolela z vročino in je pričela nenadoma izkašljevati gnoj in kri. Obenem je nastopila močna dispnoe. Gnojna ekspektoracija je bila 2—3 litre na dan. Na okrožnem uradu so ji pri pregledu z rentgenom konstatirali gnilje pljuč in so jo oddali dne 17. julija v bolnico.

Status ob sprejemu: srednje velika, dobro hranjena. Zobje defektni, ustnice cijanotične.

Pljuča: poklep na levi strani zamolkel. Desno apikalno poklep jasen s timpanizmom. Tukaj poostreno, mestoma amforično dihanje, grobo mehurčasti zveneči hropci. Sicer ni najti pri bolnici posebnih sprememb. Rent-

genološka preiskava kaže desno zgoraj 2—3 kaverne, ki jih je smatrati za specifične. Temperatura niha med 36°C in 38.5°C .

Diagnoza: Bronhiektatični abscesi v zgornjem režnju pljuč, ki komfluirajo. Gnojna ekspektoracija je dnevno 200 ccm. Preiskava pljunka na tbc-bacile je ponovno negativna. 19. VII. smo se odločili za pnevmotoraks in sicer je bila prva polnitev 600 ccm zraka. Radi zaraslin, ki nam je kazal rentgen, smo bili prisiljeni uporabljati večji pritisk, tako, da smo že po 10 kratni polnitvi dosegli, da abscesne dupline niso bile več po rentgenu vidne, pač pa je obstojala še močna ekspektoracija gnojnih mas. Bolnica še vedno ekspektorira danes do 150 ccm gnojnih mas. Po četrtem pnevmotoraksu pa je padla temperatura in je bolnica bila ves čas skoraj afebrilna, le tu in tam še dobimo subfebrilne temperature.

V zadnjem primeru vidimo, da je pnevmotoraks radi adhezij še nezadosten za popolno ozdravljenje.

Ako pogledamo vse te tri primere, so uspehi zdravljenja s pnevmotoraksom dokaj zadovoljivi. V enem slučaju popolno ozdravljenje, v drugih primerih pa znatnoboljšanje, morda čez čas tudi popolno ozdravljenje. Ne glede na nevarnosti, ki jih pnevmotoraksu nasproti znanstveniki vedno povdarjajo, moramo biti v naših razmerah s temi uspehi prav zadovoljni in v bodoče bomo morali vedno bolj skrbeti za to, da se taki primeri pljučnih abscesov čimprej pozdravijo, ker v poznejši dobi prej ko slej pride do gangrene pljuč oziroma do možganskih metastaz ali pa do splošne amiloidoze organov.

Literatura

Operative Behandlung der Lungenkrankheiten, Prof. Braun und dr. J. Herus, Hamburg. (Neue Deutsche Klinik VIII.)

Zusammenfassung:

Der Verfasser berichtet über vollkommenen Erfolg der Behandlung eines Lungenabscesses mit Pneumothorax. Gleichzeitig berichtet er über einen Fall von Heilung eines Lungenabscesses als Komplikation eines Typhuskranken bei einem Spontanpneumothorax. Im dritten Falle ist es dem Verfasser infolge einer Adhaesion im Oberlappen eine vollkommene Heilung des Falles mit Pneumothorax nicht gelungen.

Iz zdravilišča Golnik; primarij-upravnik: dr. R. Neubauer.

Prinos k terapiji pleuralnih empyemov

DR. T. FURLAN — asistent.

Povzročitelj pleuralnih empyemov se dá po večini slučajev dognati že anamnestično. Tudi klinična slika sama nam izdaja vzročnika, kljub temu pa ne bi nikdar postavili odločitve v pogledu terapije brez bakterijoloških ugotovitev, ker nam je znano, da lahko celo specif. empyem nastopi akutno brez predhodne serozne eksudacije, kakor lahko tudi mešano inficirani empyem nastopi vsaj prvi teden pod masko specif. eksudativne pleuritide. Posebno pa je potrebna diagnostična previdnost pri pacientih s pnevmotoraksom. V sledečem hočem opisati slučaj, ki naj služi razjasnitvi omenjene naloge ter se naj ga smatra istočasno kot dopolnilo k članku: „Pleuritične komplikacije pri umetnem pnevmotoraksu“.*

* Glej Z. v. št. 6-8/34.

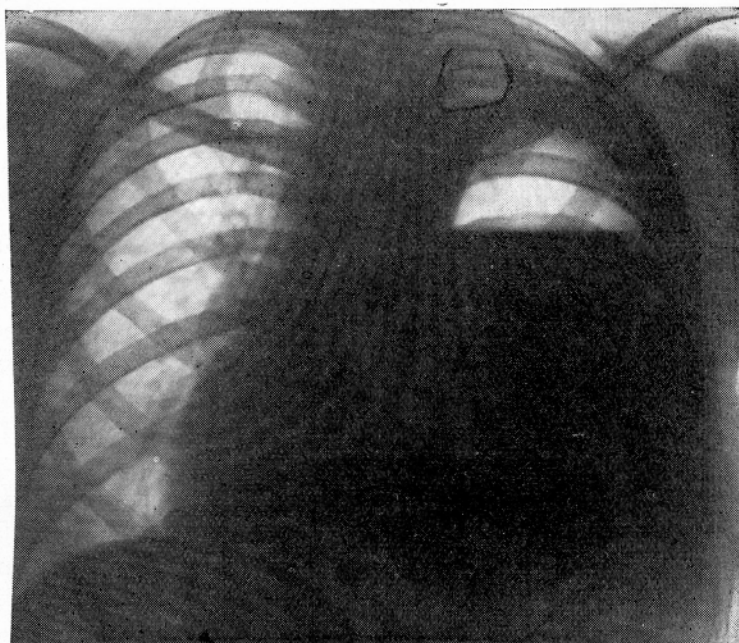
V jan. 1933 dobimo v sanatorij Golnik pacientko D. B. iz neke klinike, ki nam pripoveduje tipično zgodbo tuberkuloznega bolnika iz meščanskih krogov, ki pride po daljšem oklevanju do svojega ambulantnega pneumotoraksa in ga tudi nadalje ambulantno dobiva. Nekega dne se pa zruši sredi ceste z najhujšo bolečino na bolni strani, težkim bruhanjem in nastopom visoke temperature. Ko preide najhujši šok, pacientko premestijo na kliniko, kjer ugotovijo gnojni eksudat s streptokoki. Do tukaj je potek čisto v redu, opisani dogodek sredi ceste je šolski vzgled za perforacijo pljuč ob prenapolnjenem pneumotoraksu. Naloga internistov v teh slučajih obstoji v razločitvi: je-li perforaciji sledila infekcija pleure in sicer ali čista specifična ali pa morda mešana infekcija, kajti dani sta obe možnosti, čeprav je verjetnost za čisto specif. infekcijo le jako mala — ter drugič, da poskrbi za razbremenitev mediastinuma radi event. ventil-pneumotoraksa.

Mikroskopičen pregled je posebno v prvem tednu jako siguren. Kochov bacil je po perforaciji neprimerno mnogo številnejši kakor pri običajnih eksudatih tako, da ga je prav lahko dobiti v sedimentu; še lažje pa je, če je nastopila mešana infekcija, ko je vsako vidno polje posuto in prepreženo s koki bodisi v obliki grozdov ali verig. Toda včasih je iskanje le prve dni uspešno. Pogostoma je že v par tednih po nastopu gostega gnoja eksudat za mikroskop steril. Če potem kokov tudi kulturelno ni mogoče najti, potem smatramo, da je nastopila le specif. infekcija, ki jo lahko tekom enega meseca kulturelno dokažemo, ter spada kot taka v roke internista. Po nekaj punkcijah je obolenje izgubilo svojo akutno tudi v tem slučaju, ako je stopil na mesto serozne eksudacije specif. empyem, ki ne zahteva mnogo drugačne terapije ter v bistvu nima druge prognoze, kot običajna eksudativna pleuritida. Eno kot drugo obolenje moramo zdraviti absolutno zaprto.

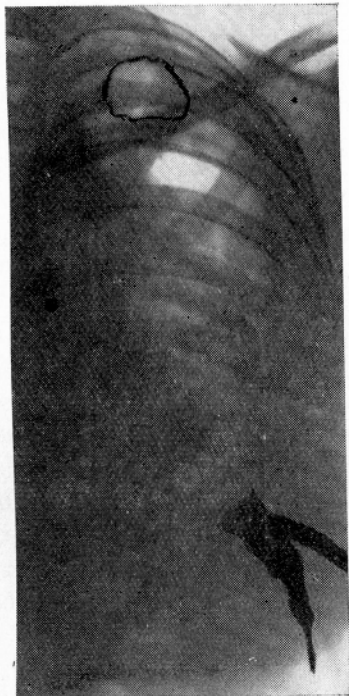
Vroči empyem je kirurško obolenje ter zahteva odprto zdravljenje. Po več brezuspešnih poskusih internega zdravljenja smo tudi mi spoznali brezuspešnost te metode. Še vedno velja — vkljub izpopolnjenju farmacevtske kemije z celo vrsto takozv. globinskih antiseptikov — ubi pus ibi evacua. L. 1931 smo istočasno zdravili dva pleuralna empyema, povzročena po staphylococcus pyogenes aureus. Prvi je perforiral sam, drugi pa ni. Prvi ozdravi s trajno fistulo, ki ostane tudi po torakoplastiki, drugi pa je šel vkljub vsem našim naporom in vkljub vsem kemičnim spojinam — ad exitum. To stališče je treba ponovno poudarjati, ker ni vkljub vsej javnosti še splošna last, kakor nam bo to pokazal naš slučaj.

Naša pacientka torej ostane še cel mesec na kliniki, kjer je vsak teden punktirana ter ji vsakokrat odstranijo preko liter gostega gnoja. Ker se je stanje poslabšalo, je bila pacientka transferirana — toda ne na kirurško kliniko, kamor bi po vsej pravici spadala — temveč v sanatorij za pljučne bolezni na klimatično zdravljenje.

Od tu pa je že iz duševnih razlogov in radi velike slabosti ni bilo mogoče odposlati na odgovarjajoče mesto potem, ko smo ugotovili verige



slika 1



slika 2



slika 3

Pripomba: Sliki kavern na sliki 1 in 2 sta vsled retuše pri kliširanju postali preveč izraziti, kar seveda ne odgovarja resničnemu stanju.

streptokokov v vsakem vidnem polju iz vsake kapljice gnoja. Stanje ob prihodu pacientke v zdravilišče pokaže slika 1. Vkljub silni hipertenziji v levi polovici toraksa je apex popolnoma adherenten, v njem opazimo konture kaverne. Pri takojšnji torakotomiji smo izpraznili preko 2 litra gnoja. Izgubiti nismo smeli niti enega dneva, ker je bila pacientka močno oslabela pri stalni temperaturi okoli 39°. Še posebno pa je bila takojšnja evakuacija striktno indicirana radi septičnih pojavov. Že na kliniki je nastopila trombophlebitis ki pa se je srečno končala. Izpraznitev po Bülow-u, naoravljena čisto v sinusu phrenicocost. ter sledeča lavalno pleurae z rivanolom je prinesla prvo olajšanje, vendar je temperatura ostala še cel mesec na okoli 38°. Tekom naslednjega meseca temperatura polagoma pada, bolnica se vidno popravlja skozi dren pa odteka dnevno ca 50 ccm. gnoja. Pleura ogromne pneumotorakalne votline stalno secernira velike mase gnoja. Pulmonalna fistula se ne javlja več. Ker je empyem predolgo obstojal, se je visceralna pleura zadebelila ter sedaj otežkočava razvijanje pljuč, oziroma preprečava nadvse zaželeno zraščanje obeh pleuralnih listov in tako onemogočuje zmanjševanje gnoječe se ploskve. Končno stanje podobnih slučajev je večja ali manjša preostala duplina, („Resthöhle“), ki jo navadno odpravimo samo s pomočjo torakoplastike. Čestokrat pa je efekt velike in razmeroma opasne operacije zelo majhen, gnojenje v malo manjši meri traja dalje.

V našem slučaju pa je razvoj potekal drugače. Najprej smo skrbeli za stalen vakuum v odtočni steklenici za gnoj. To je bilo posebno lahko doseči, ker je kanal postajal vedno ožji ter tako neprodušen. V sledečih mesecih se je posrečilo proti pričakovanju veliko razvitje pljuč. Pacientko smo pustili istočasno mnogo hoditi, da smo razvijanje podpirali s forsiranim dihanjem. Končna stopnja je bila prav mala duplina nad diafragmo s prostim sinusom, ki je bil vedno izpolnjen z gnojem. V gnoju še vedno streptokoki. Z namenom približati diafragmo pljučam in tako obliterirati duplino, smo napravili phrenicoexairesis. Uspeh ni izostal, duplina je zopet zmanjšana, toda še vedno dovolj velika, da producira dnevno ca 10 ccm. gnoja. Sedaj nastopi čas za plastiko, ki naj bi popolnoma zožila še zadnji ostanek gnoječe se dupline. Predno tvegamo to dvomljivo in neestetsko operacijo, napravimo poizkus s pomočjo joda. Sinus phrenicocostalis leži pod drenom, je vedno izpolnjen z gnojem ter ne kaže prav nobene volje do zraščanja. (sl. 2.) Najprej vlijemo vsak večer skozi dren 10 ccm jodove tinkture pomešane s tekočim parafinom. Stanje se ne spremeni. Nato dodamo tej tekočini še jodoform, ki na mestu spremeni gnojni izcedek v serozno-hemoragičnega, kar nam izdaja zaželeno akutno vnetje na pleuri. Polagoma se zmanjša sekrecija na 2 ccm dnevno. Kontrastno polnjenje z jodipinom pokaže sedaj sinus phrenicocostalis popolnoma zaraščenega, duplina obstoji le še samo okolu drene. Zadnjič napolnimo prostor okoli cevi z maso parafina, ki služi kot nosilec jodoformovega prahu, nato pa se dren odstrani. Tekom enega tedna se kanal zaraste, gnojenje popolnoma

prestane in se do letos, torej leto dni po odstranitvi drena, ni ponovilo (sl. 3.).

Dosežen je popoln uspeh zdravljenja na najpreprostejši način. Uspeh je v toliko bolj razveseljiv, ker vemo, da često niti plastika ne ustavi gnojenja, zato bomo vedno skušali najpreje po tej poti doseči svoj cilj. Ničesar pa ne moremo pričakovati od te metode tam, kjer se pulmonalna fistula spontano ne zaraste ali tam, kjer je visceralna pleura spremenjena v debel podplat radi dolgotrajnega gnojenja, (n. pr. če se mešano inficira stari spec. empyem, ali eksudat). Zakaj imajo n. pr. postpneumonični empyemi dobro prognozo? Ne morda radi domnevne benignosti pneumokokov, ki je na pleuri ni mogoče opaziti, pač pa radi še malo zadebeljene visceralne pleure, ki še vedno dopušča kompletno razvitje in zraščanje obeh pleur. Če bi pa morda te namišljeno benigne empyeme zdravili s punkcijami zaprto več mesecev, bi mogli postati tudi ti hudobni in bi končno kljubovali najradikalnejšemu kirurgu.

Z ozirom na to, da je prišel naš slučaj iz prvovrstnega zavoda, smo toliko bolj upravičeni misliti, da še marsikje v praksi ne razlikujejo dovolj med empyemi ene ali druge vrste. Zato upam, da mi bo oproščeno teoretiziranje o tem slučaju, ki je gotovo preseglo okvir čiste kazuistike.

Zusammenfassung:

Dr. Furlan — Golnik: Beitrag zur Therapie der Pleuraempyeme.

Autor berichtet über einen Fall einer schweren offenen Tuberkulose, die mit Pneumothorax behandelt wurde und wo es auch einer Reinsufflation zu einem infizierten Spontanpneumothorax kam. Die Patientin wurde längere Zeit konservativ behandelt und bekam eine schwere Trombophlebitis. Bei der Ankunft im Sanatorium war bei völlig adhärenter Spitze ein stark überspannter Liquidopneumothorax zu konstatieren; im Punktat reichliche Streptokokken. Der Fall kam nach Bülauscher Drainage und Phrenicotomie zur völligen Heilung. Patientin ist seither völlig gesund zu Hause.

Autor knüpft an diesen Fall Betrachtungen über die Behandlung infizierter Empyeme an.

Dr. SONC ANTON, sekundarij oddelka

Sedimentacija eritrocitov v interni medicini

Dnevno bogati medicinska znanost na različnih kemičnih in bioloških reakcijah, katere skušajo z večjim ali manjšim uspehom dojeti in razjasniti vzroke kakor tudi potek patoloških procesov v človeškem organizmu. Gotovo je, da bo le del teh reakcij kos ohraniti si veljavo v praktični vrednosti diagnostike in prognostike. Razumljivo je, da igrajo med njimi eno najtežjih vlog spremembe krvi, katera v svoji fiziološki funkciji obliva in prihaja v stik skoro z vsakim obolelim tkivom in nam prav radi tega zamore večkrat razjasniti vzroke ter značaj organskega obolenja.

Med krvnimi reakcijami si je pridobila v relativno kratkem času neprecenljivo vrednost lastnost padanje eritrocitov, ki jo označujemo kot sedimentacijsko reakcijo (Blutkörperchensenkung, internacionalna okrajšava SR). Ni pa to novo, saj je bila v bistvu že znana zdravnikom starega veka (crusta phlogistica). Od ponovnega odkritja l. 1917 po ginekologu Fahraeusu do danes je visoko naraslo število razprav o sedimentacijskem pojavu rdečih

krvnih telesc. Vsi avtorji so si edini, da je postala ta reakcija pomembna ne le vsled svoje preprostosti in enostavnosti, marveč tudi vsled izredne občutljivosti do patoloških sprememb v človeškem organizmu. Veliko jo upoštevajo v vseh medicinskih panogah, največjo praktično vrednost pa si je pridobila v interni medicini, v tej disciplini bi jo kar komaj pogrešali, saj je pa tudi v njej šele docela zrasla, dozorela in se uveljavila, vgnezdila se je med druge važne reakcije in nihče, najmanj pa internist, ji ne more odrekati njene svojstvene vrednosti.

Nočem razmotrivati o različnih teorijah postanka sedimentacijskega pojava eritrocitov, omenil bi pa le rad nekaj važnejših misli iz obsežne tej reakciji posvečene literature, misli, ki so v tesni zvezi s praktično stranjo reakcije.

Normalno so eritrociti suspendirani v plazmi. Kakor hitro odpade vpliv delovanja srca in napetost krvnih žil, popusti omenjena suspenzija, rdeča krvna telesa se pogrezajo na dno plazme. Hitrost tega pogrezanja eritrocitov je različna pri raznih fizioloških in patoloških razpoloženjih našega organizma. Zakaj in kako pride do tega, da se eritrociti sedimentirajo, do sedaj še ni docela razjasnjeno; je pač to nespecifična biološka reakcija, kompleks odvisen od mnogoterih fizikalno-kemičnih vplivov, od katerih nekatere moram vendar omeniti, da bo lažje razumljiv klinični potek reakcije.

Eden najtehtnejših vplivov na SR je viskoznost plazme, v kateri plavajo eritrociti. Eksperimentalno je namreč dognano, da je SR tembolj hitra in izdatna čimbolj je plazma viskozna; fibrinogen in globulin, ki se javljata pri mnogih bolezenskih primerih v večji meri v krvi, namreč zvišujeta viskoznost plazme in pospešujeta s tem tudi SR, dočim imajo pa albumini baš obraten vpliv. Viskoznost krvi je zopet odvisna od koloidnega oziroma od disperznega stanja beljakovinskih elementov krvne plazme. V kakšni meri je navezana SR na spremembe v beljakovinskem sestavu plazme, nam najbolj dokazuje Starlingerjevo mišljenje, katero pravi, da je SR v klinično-diagnostičnem pogledu povsem zadostno merilo kvantitativnih motenj nastopajočih med elementi plazmine beljakovine in da nam je zato v stanu samostojno nadomestiti druge kvantitativne reakcije. Predaleč bi zašel v teoretično razlaganje, ako bi hotel podrobneje seznanjati s temi in takšnimi vprašanji. Moj namen je le, opozoriti na precejšnjo zavisnost med SR in kvantitativnim ter kvalitativnim stanjem beljakovin v krvni plazmi.

Prav nič manj tehtno ne vpliva na SR električna napojenost sestavnih delov krvi. Eritrociti so — kot so pokazali nešteti poskusi — elektronegativni, beljakovinski elementi, krvne plazme so pa elektropozitivni. Plazma in eritrociti so si torej med seboj v nekakem latentnem električnem ravnotežju. Elektronegativnost eritrocitov in z njo združen medsebojni odboj je podlaga njih suspenziji v plazmi. Kadar se omenjeno električno ravnotežje med eritrociti in plazmo zrahlja ali pa še celo konča (n. pr. z močnejšo elektropozitivnostjo krvne plazme, kar dela v veliki meri med drugim fibrinogen), je uničena baza suspenzije, eritrociti zgubijo stabilnost, sedajo na dno, kar pomeni začetek sedimentacije.

Razumljivo je, da je s pojavom SR v zvezi tudi število eritrocitov in to v recipročnem smislu (čim manjše je število eritrocitov, tem hitrejša je SR, n. pr. pri anemijah). Vlogo igrata tudi njih velikost (čim večji so eritrociti, tem hitrejša je SR) in bogatost na hemoglobinu (hkrati s hemoglobinom rase SR).

Brzina sedimentacije rdečih krvnih telescev je tudi odvisna od nekaterih kemičnih vplivov — acidoza krvi, preobilica soli (Na Cl) ali pa zvišanje ogljikove kisline (cyanosis) jo zadržujejo, dočim jo alkaličnost, pomanjkanje soli v krvi in bogatost na kisiku pospešujejo. V manjši meri in še to le včasih vplivajo na SR tudi lipoidi (holesterin jo zvišuje, lecitin jo znižuje).

Povdariti moram, da je šele celoten odnos vseh teh in drugih na tem mestu neomenjenih manj važnih vplivov merodajen za hitrost in višino sedimentacijske reakcije eritrocitov.

Za določevanje SR so v tehničnem oziru v rabi najrazličnejše makro- in mikro-metode. Na internem oddelku državne bolnice v Ljubljani vporabljam Westergreenov način, ker je ta še najbolj priprost, priročen in ne zaostaja v natančnosti prav nič za drugimi, mnogo bolj kompliciranimi in nepriročnimi. Za točnost metode je zanimivo in važno vedeti, da se z nagnjenostjo cevke, v katero je bila vsrkana kri tudi večja hitrost padanja rdečih krvnih telescev. Skonstruirani so celo aparati, ki to svojstvo eritrocitov izrabljajo posebno za one primere, v katerih hočemo kar ambulantno in hitro izvršiti SR (aparat po Linzenmeier-Rodecurt).

Od l. 1917 dalje je jela vrednost SR naraščati z izredno naglico. Vporabljam jo pričetki po vseh zlasti internih klinikah, preizkušavajoč jo pri najrazličnejših boleznih. Kakor vsako so tudi to reakcijo v začetku precejevali, posebno v ginekologiji, šele tekom let so se pokazale njene dobre in slabe strani. Vendar nam je vsekakor ostala v gotovih primerih v okviru drugih reakcij nepogrešljiva zastran svoje že omenjene preprostosti in občutljivosti. Poizkusi so pokazali, da je pospešena pri vseh onih fizioloških (menses, graviditas) in patoloških stanjih organizma, ki so združeni z razkrojem beljakovine; ker pa rabijo elementi razpadle beljakovine (od česar je odvisna SR) gotov čas, da so zanešeni v kri, nastopa tudi SR kasneje kot pa začetek bolezenske izpremembe v telesu. Zato jo moramo šteti kot nekaj kar nam pove, da so izpremembe še tu, čeprav jih klinično ne moremo več dokazati. Vredna je, da jo tako visoko cenimo, ker je mnogo-krat občutljivejši in zanesljivejši indikator razpadanja protoplazme in njej pripadajočih beljakovin, kakor pa drugi klinični znaki.

Rad bi na tem mestu opozoril na korelacijo med temperaturo in SR. Če pomislimo, da je temperatura izraz borbe med specifičnim vzročnikom obolenja in organizmom, sedimentacija pa le nespecifični odsev razpadanja tkiva, potem pač ne smemo iskati nobenega paralelizma med njima.

Naj na kratko naštejem potek SR nekaterih važnejših internih bolezni. Že naprej pa opozarjam na nevarnost prevelikega shematizma, saj s popolno gotovostjo tako ne moremo računati kakšna bo katerakoli biološka

reakcija, posebno pa še sedimentacija eritrocitov, katera je, kakor smo videli, odvisna od tolikih in tako različnih vplivov. V praksi vpoštevamo običajno le pospešeno, zvišano sedimentac. reakcijo, dočim nam je znižana vprid le pri redkih obolenjih.

1. Akutna infekcijska obolenja: dajejo navadno že v začetku pospešeno SR. Izjemni so typhus abdom., paratyphus obeh vrst, morb. Bang, miliarna tuberkuloza; pri teh opažamo namreč skoro vedno v začetku bolezni, torej pri visoko febrilnem stanju, relativno nizko SR, kar nam lahko služi v diferencialno-diagnostične svrhe.

2. Kronično-infekcijska obolenja: sem spada bogato in važno poglavje tuberkuloze predvsem pljučne, pri kateri je izdelana SR pač do viška v diagnostičnem, prognostičnem in terapevtičnem oziru. Skoraj vedno je pri tej bolezni zelo visoka, še prav posebno pa pri eksudativnih, manj pri proliferativnih in fibroznih oblikah. Vsekakor spremlja hitrost sedimentacije eritrocitov vzporedno obseg in težo specifičnega patološkega procesa.

Lues kaže najmočnejšo SR v floridnem sekundarnem stadiju.

3. Obolenja krvnega obtoka: zvišana je SR pri raznih srčnih napakah, če so združene z vnetljivim procesom srca (važno je to za diferencialno diagnozo ali je proces na endokardu že ugasel, torej stabilen, ali svež, še izpremenljiv) in pri luetičnih aortitidah in arterosklerozi (zvišan holesterin v krvi!). Dekompenzirana srca dajejo lahko tudi znižano SR vsled preobilice ogljikove kisline v krvi (cyanosis) in hidremije.

4. Krvna obolenja: anemije navadno pospešujejo SR, le policitemije in perniciozna anemija imajo zelo počasno (nizko). Prav po svoje se pa obnaša SR pri malariji. Kadar narašča vročina je relativno znižana, kar je — po mnenju nekaterih avtorjev — za malarijo poleg tifuznih obolenj patognomonično. Ko pa doseže vročina višek, se tudi SR dvigne in ostane visoka toliko časa dokler so še v krvi shiconti, ko pa še ti izginejo, to je, ko je bolnik ozdravel, jim sledi tudi SR in pade, kar nam more in mora biti važno merilo ozdravljenja.

5. Bolezni gastrointestinalnega trakta: za gastroenteritide SR ni značilna; pri ulcus ventriculi in duodeni ne presega zmernega zvišanja (20 mm po Westergreenu), če je v teh primerih večja, nam dâ slutiti, da se je pridružil navadni ulceraciji želodčne stene še kak vnetljiv proces ali pa da je ulcus malignega značaja. Baš za maligne tumorje (carcinom) je karakteristična precejšnja hitrost SR, pa tudi ne vselej, zakaj višina SR pri malignih tumorjih zavisi od obsežnosti in morfologije bule (tumorja), kakor tudi od resorpcijske zmožnosti njene okolice (prepreženost in bogatost na ožilju itd.). Carcinoma recti ima n. pr. pogosto nizko SR, menijo radi tega, ker se sekret vsled pogostih tenezmov hitro izloči iz črevesja in ga sluznica ne more resorbirati.

6. Bolezni jeter in žolčnih potov: vprav pri njih vidimo kako mnogoštevilni so vplivi, ki dajejo smer tej reakciji.

Jetrna obolenja imajo na eni strani znižan fibrinogen in zvišane žolčne kisline v krvi, kar oboje zadržuje SR, dočim jo pa na drugi strani razpad in vnetje v jetrih samih pospešuje. V borbi med enim in drugim navadno prevlada prvo, SR je zelo nizka. Vse to pa velja le za primarna jetrna obolenja. Pri sekundarnih (lues, neoplasmata, sepsis, intoxicatio itd.) je množina fibrinogena v krvi tako velika, da ne morejo SR žolčni elementi in še drugi vplivi znižati.

7. Endokrina obolenja: največkrat zvišujejo SR vsled razpada endokrinim organom lastne beljakovine (Basedow). Pri sladkorni bolezni vladata SR acidoza (znižuje) in krvni sladkor (zvišuje).

8. Obolenja sklepov: v splošnem je znano, da revmatična obolenja sklepov SR močno pospešujejo, nekateri celo menijo, da ni polyarthritidis rheumatica toliko časa ozdravljena dokler je SR še količkaj zvišana.

Arthritis urika, genorrhoea, luica, tubercul. so združene z visoko, le arthropathia deformans z nizko reakcijo sedimentiranja rdečih krvnih teles.

9. Ledvična obolenja nimajo nobene doslej znane posebnosti s SR z izjemo nefroz in hipernefroma, ki jo kar na moč zvečajo.

10. Zastrupljenja s Hg, Ph, As, Pb (ne vselej!), morfijem, veronalom in somnifenom povzročajo hitro SR. Vendar je za praktičnega zdravnika zelo koristno da ve, da imajo isto lastnost razni medikamenti n. pr. vsi proteini (aktoprofin).

H koncu omenjam, da imajo tudi peritonilide zvišano SR.

Našteval bi lahko še druge v interno spadajoče bolezni in njih SR, vendar mislim, da sem zbral najvažnejše.

Na internem oddelku Obče državne bolnice v Ljubljani delamo SR v svesti si njene praktične vrednosti dosledno vsakemu bolniku. Število teh in drugih preiskav se je v zadnjih letih pod ambicioznim vodstvom gosp. primarija dr. Ivana Jenka in njegovega asistenta dr. Ljudevita Merčun-a izredno pomnožilo — pač sledeč vsaki novi izkušnji drugih velikih klinik.

Literatura

1. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde. L. 1928, Band 33.
2. Deutsche Medizinische Wochenschrift. L. 1928 1933.
3. Münchner Medizin. Wochenschrift. L. 1928—1933.

Iz internega oddelka Obče drž. bolnice v Ljubljani. Predstojnik: šef-prima-ij
dr. I. Jenko.

Laboratorijski pripomočki

Dr. Kejzelj Vladimir:

Predno pošlje praktik material v tonzilarnih oblog bakteriološkemu laboratoriju v preiskavo, lahko poizkusi še sam z barvanjem razmaza po Neisserju: 15 — 30-sekundno vplivanje barvila, sestojčega:

I.

iz dveh delov raztopine: metilenskega modrila 1.0
alkohola 20.0
aq. dest. 1000.0
acid. acet. glac. 50.0

II.

ter enega dela raztopine „kristall-violett“ 1.0

alkohola 10.0

aq. dest. 300.0

Pranje z aq. dest.

Barvanje z: chrysoidini 1.0

Aq. dest. fervid. 300.0

(15—30 sek.)

Sempatja bo našel nesporne, rjave bacile davice z modrimi polarnimi zrni, nalik vrženim vžigalicam razsejane po vidnem polju. Le posamezni primerki psevdodifteričnih bacilov se barvajo tako lepo v teh dveh tonih; novejši avtorji pa smatrajo le-te sploh za avirulentno varijeteto difterije.

V knjigah beremo, da je pri astmatikih dobiti ob času napada v izmečku črvičaste tvorbe s spiralasto vito centralno nitjo. Triletno tozadevno opazovanje ob precejšnjem številu nadušljivcev je ostalo brez uspeha, če izvzamemo navedbo nekega akademika, da ob napadu večkrat izkašlja glastan podobne, kakih 7 cm dolge tvorbe, ki so silno elastične ter se pri natezanju zlepa ne pretrgajo. Pač pa je bilo parkrat zaslediti vitke oktaedre Leydenovih kristalov, ne da bi bilo mogoče mikroskopično opazovati njih rasti.

Rumeni aktinomikotični pesek poveča mikroskop v kepike s centralnim žariščem vlaken, ki nabreknejo periferno v obliki bata.

Elastična vlakna osvobodimo na objektnem stekelcu ostalih izmečkovih sestavin z doličjem lgtt 10% KOH, ki jih stopi. Diagnostičen pomen imajo le, če so alvelarno povezana, posamezne niti izvirajo namreč lahko iz hrane.

V solno-kislem alkoholu se razbarvajo vse bakterije razmaza, razen Kochovih, ki karbolni fuksin po 3-minutnem vplivanju obdrže. Z razredčenim metilenskim modrilom dosežemo nato že po polminutnem barvanju oster kontrast. Materijal je vzeti iz več sumljivih sputumovih partij, zlasti iz tkzv. leč. Preparat je treba zelo natančno preiskati, ker se v njem nahajajo včasih le posamezni eksemplari. Precizno premikanje objekta omogoča premakljiva mizica.

Antiformin, zmes natrii hypochlorosi plus alkali-hidrata pljunek vtekočini ter s tem omogoča sedimentiranje tuberkuloznih bacilov, ki jih na to dobimo pri preiskavi v večjem številu.

Želodčni sok preiskujemo po poizkusni hrani, ki se jemlje na tešče. Na našem oddelku dobi bolnik 300 ccm 5% alkoholne raztopine z dodatkom 0.05% nega natr. salicyl. Izčrpanje po 30—45 min., dobimo navadno cca 50 ccm tekočine, več pri hipersekreciji, manj pri hipermotiliteti.

Kisline v želodcu:

vezana HCl; kolikor se je spoji z beljakovinami in njih prebavki;

prosta HCl; nevezani prebitek;

kisli fosfati;

sledovi organskih kislin: ogljikove, mlečne, očetne, maslene.

Reakcija na HCl;

Günzburg-ov reagens: phloroglucini 2.0, vanillini 1.0, alkoholi abs. 30.0; 3gtt reagenta plus 3gtt soka izparimo v porcelanasti skodelici. Pozitivno, če je lisa rdeča. Reakcija na prosto kislino splošno s kongo-papirjem.

Merilo za celotno aciditeto je tista množina n/10 Na Oh, ki nevtralizira 100 ccm soka. H 5 ccm filtriranega soka dodamo 1—2 gtt 1% ne alkoh fenolftaleinove raztopine ter nato titriramo z n/10 Na Oh, dokler prvotno rumena tekočina ne ostane trajno rdeča. Množino porabljenega luga multipliramo nato z 20. Normalno 40—60.

Prosta HCl: 5 ccm filtrata plus 1—2 gtt dimetilamidoazobenzola. Titriranje z n/10 Na Oh, dokler se rdeča barva ne izpremeni nazaj v rumeno.

Frakcionirano izčrpanje omogoča pravilnejšo presojo želodčne sekrecije kot enkratna titracija. Višek aciditete namreč po zavžitju zajtrka ni dosežen vedno v enakem času.

Bolnik pogoltno duodenalno zondo, ki nato skozi njo aspiriramo v 10 min. intervalih 2—3krat želodčni sok, dokler ga ne zmanjka. Nato vlijemo skozi njo 300 ccm nesladkanega čaja. Sledi črpanje vsakih 15 min. (najprej vbrizganje več cmm zraka, nato sesanje). Po 2 urah je poizkus navadno končan. Nato kemična preizkava posameznih deležev (glej zg.) ter beleženje v obliki krivulje na koordinatnem sistemu.

Normalno dobimo mikroskopično v vsebini težčega želodca jedra levkocitov, epitelijske, sluzne in spiralne celice, ki predstavljajo po HCl izpremenjen mielin; pri stagnaciji pa sarcine, gljivice ter ostanke hrane: škrobna zrna, mišična vlakna, maščobne kapljice in kristale, ostanke zelenjave. Pri ahiliji neizpremenjeni levkociti in epiteliji, včasih amebe in infuzorije, pri malignih tumorjih kri in gnoj.

V svrhu kontrole črevesne funkcije, nam služi preiskava blata in sicer najboljše po predhodni 2—3 dni trajajoči Schmidtovi dieti. Mikroskopično so vidne sledeče patološke primesi: neprebavljeni preostanki hrane (vezivo, mesne, krompirjeve in maščobne gmote), sluz, kri, gnoj, končno črevesni in žolčni kamni ter črvi ali njih deli. Barva odvisna od hrane, zdravil; črna od krvi, bela vsled preobilice neprebavljene masti. Za mikroskopični pregled pripravimo 3 nativne preparate: enega brez dodatka, drugega z dolitjem 1—2 gtt lugola za spoznanje škroba; tretjega s 30% no očetno kislino.

O prebavi beljakovin nas pouči stanje mišičnih vlaken, ki so močno imbibrirana z žolčnimi barvili. Po velikosti, obliki in strukturi jih delimo v velika, z dobro izraženo progavostjo ter ostrimi ogli (ta so patološka): srednje velika s še vidnimi progami, a okroglih načetih robov; male, okrogle, homogene. Mnogo malo izpremenjenih mišičnih vlaken s še event. ohranjenimi jedri govori za lezijo trebušne slinovke ali pa za neprehodnost njenega voda. Mnogo veziva z nitasto strukturo govori za motnjo želodčne prebave, razen če je bilo užito meso prekajeno. Okrogla zrna, ki se z lučnim mikroskopom barvajo modro, govore za škrob. Maščobe se pokažejo v obliki kapljic, koščkov ali iglic, ki se barvajo z nasičeno alkoholno raztopino

sudana III rdeče. Dodatek 30% acid. aced. in segrevanje preparata nad plamenom stopi amorfne, težko zaznavne masti v dobro vidne kapljice. Pomnožene tolšče so dokaz za obolenje tenkega črevesa ali pa za motnje v izločanju žolča

Za opazovanje amebnih: jeder, hraniva in glikogenskih vakuol barvamo z eozinom, oz. z jodovimi preparati. Rabimo vodno 2%no eozinsko raztopino, od katere dodamo majhnemu fekalnemu delcu 1 kapljico. Le mrtve amebe se barvajo rdeče. Jodova raztopina pomodri vsebovana škrobna zrna in glikogenske vakuole, dočim gre pri jedrih za izpremenjeno svetlobno lomnost.

<i>Taenia solium</i>	Dolžina 2—3 m	Živi v prašiču, glava nepigmentirana, ima rostellum in 4 sesalke, proglotide dolge, uterus je malo razvejen, jajčeca okrogla, z radiarno strukturirano membrano.
<i>Taenia saginata</i>	4—8 m	Živi v govedu. Glava brez rostela, s štirimi pigmentiranimi sesalkami. Proglotide dolge, uterus močnejše razvejen. Jajčeca slična onim taeniae solium.
<i>Botriocephalus latus</i>	6—8 m	Živi v slano-vodnih in sladkovodnih ribah. Glava podolgovata, z 2 sesalnima žlebova, proglotide kratke, uterus ima obliko rozele: jajčeca ovalna z enim polarnim pokrovom.
<i>Oxyuris vermicularis</i>	4—18 mm	Jajčeca ovalna, dvojno konturirana, z zrnato vsebino.
<i>Ascaris lumbricoides</i>	20—40 cm	Jajčeca okrogla ali ovalna, rumeno-rjava, z valovito beljakovinsko membrano.
<i>Trichocephalus dispar</i>	4 cm	Jajčeca ovalna, dvojno konturirana z 2 polarnima pokrovcema ter zrnato vsebino
<i>Ankylostoma duodenale</i>	10—18 mm	Jajčeca ovalna, vsebujoča embrione.
<i>Trichina spiralis</i>	1.5—4 mm	Ne leže jajčec.

Za dokaz krvi rabimo bencidinsko probo: bencidini 0,1, 50% acid. acet. 10 ccm, 3% H_2O_2 2 ccm, 2—3 gtt z vodo razredč. faeces. pozitivno, če temno-zeleno, negativno če modro.

V praksi se včasih pripeti, da je treba identificirati kako tekočino (poslano ali tudi dobljeno pri punkciji) kot seč. V to svrho je izparimo kakih 30 ccm v porcelanski skodelici do lahkega sirupa. Par ccm HNO_3 conc. jo izoblikuje v mikroskopično lahko ugotovljive rombične kristale.

Za preiskavo na beljakovine vlijemo v dve epruveti po 5 ccm filtriranega urina, nato v eno od njih še 5—10 gtt 20% raztopine sulfosalicilne kisline. Če tudi pri črnem ozadju ni opaziti niti opalescence, lahko albumen izključimo. Motnjavo dajo: albumose, navadna, očetna, redkeje Bence-Jones-ova beljakovina. Če se na to pri kuhanju tekočina zbistri, je možno večkrat z Bangovo probo ugotoviti albumose. Če motnost ostane, gre za navadno beljakovino ali zmes obeh. Epruveti, ki je služila pri sulfosalicilni probi za primerjavo, dodamo enako množino H_2O in po razdelitvi tekočine na dve reagenčni cevki vlijemo v eno od njih par kapljic 30%ne očetne kisline. Če se močno skali, je navzoča očetna beljakovina.

Sladkor dokažemo z Nylandrovo ali Fehlingovo probo. Obe bazirata na redukcijski sposobnosti sladkorja. Nylandrov reagens, ki ga dodamo 20—30 gtt h 5—8 ccm seči ter 2 min. kuhamo, počrni pri pozitivni reakciji. Fehling I: 7%na sol. cupri sulf; Fehling II: Nahydrat 10.0, KNa-tartarat 35.0, aq. dest. 100.0. V epruveto damo enake množine seči ter I. in II. Fehlinga. Skuhamo. Če negativno, modra barva ostane. Če mnogo sladkorja, rumena do rumeno-rdeča barva (tvorba bakrenega oksidula).

Pri lakoti, vročici, strogi mesni dieti, diabetesu, prebavnih motnjah, po narkozi se večkrat pojavi aceton v dokazljivih množinah. Legal: 8—10 ccm seči, sol. Na nitro pruss. 3—5 gtt, Na OH 3—5 gtt: nastane rdeča barva (povzročena po kreatininu). Na to prenasilito z acid. acet. conc. Negativno, če barva izgine, pozitivno, če postane barva intenzivnejša.

Na acetoocetno kislino je treba preiskovati svež urin, ker se omenjena lahko razkraja v CO_2 in aceton, s katerim jo je zelo pogosto najti skupno pri akutnih infekcijah in pri želodčnih afekcijah. Gerhardt: 5—10 ccm seči plus 20—30 gtt 10%ne sol. želez. klorida. Pozitivno, če rdeča barva. Slično reakcijo daje salicilna kislina, antipirin in še nekaj zdravil. Da se ta izključijo, urin najprej skuhamo in šele na to dodamo želez. klorida. Acetoocetna kislina se s kuhanjem eliminira, zato v tem slučaju ne dobimo več rdeče barve ali kvečjemu zelo slabotno. Če ostane enako intenzivna, imamo opraviti z medikamenti.

Beljakovine zgnijejo v črevesju med drugim tudi v indol. Tekom resorpcije se le ta oksidira v indoksil ter veže z žvepleno kislino v indikan, ki ga dobimo v seči, če vsebuje črevo beljakovinske ostanke hrane ali beljakovinaste produkte črevesne stene, ki služijo gnilobnim bakterijam v hrano. Gnijejo pa lahko tudi gnojni eksudati, gangrene. Tudi tu dobimo zvišan indikan. V prvo tretjino reagenčne cevke pride seč, nato $\frac{aa}{aa}$ HCl conc., 15 gtt kloroforma in 2—3 gtt 2% Kal. hypermang. Cevko zapremo z zamaškom ter ponovno stresemo. Ekstrahirani indigo barva v pozitivnem slučaju kloroform modro.

Normalno reducirajo bakterije v črevesu bilirubin v urobilin ter njegov hromogen urobilinogen, katerih večji del se izloči z blatom, nekaj pa resorbira v jetrih. Pri motnjah jetrne funkcije se pokažejo v urinu večje množine urobilina in urobilinogena, kar se pa lahko zgodi tudi pri hematomih. K par

ccm seči kanemo nekaj kapljič 2% raztopine dimetilparamidobenzaldehida. Pri pomnožitvi urobilinogena rdeča barva.

Ikteričen urin ima rdeče-rjavo ali temno-rjavo barvo ter rumeno peno. Če prekrijemo 10—15 ccm vsebujoč sloj urina v epruveti s tanjšo plastjo jodove tinkture ter se na stikališču izloči zelen obroč, smo s tem dokazali bilirubin po Rosinu.

Za diazo-reakcijo, ki je pozitivna pri raznih infekcijah z vročico, zlasti pri trebušnem legarju, sušici in ošpicah, rabimo dva reagenta, ki ju moramo za vsakokratno probo sproti zmešati v razmerju I 2 gtt in II 5 ccm. I'Na nitrosi 0.5, ap. dest. 100.0; II'acid. sulfanyl. 5.0, acid. HCl 50.0, aq. dest. 1000.0. Vzamemo 10 ccm urina, nato I in II reagenta Ehrlich_{aa} 10 ccm in 1 ccm NH₃. Če tekočina in pena škrlatno-rdeča, pozitivno.

Za preiskavo sedimenta naj stoji seč par ur. Nato izsesamo sesedek s pipeto ter ga brizgnemo v centrifugalno cevko. Vrtimo 5—10 min. Nato tekočino hitro odlijemo, zadnjo, najgostejšo kapljo kanemo na objektno stekelce ter rahlo prekrijemo s pokrivalcem. Gledamo najprej z malo (Leitz obj. 3), nato z večjo (obj. 7) povečavo. Anorganski sesedek sestoji iz amorfnih in kristalizirajočih soli. Sečna kislina navadno v kislem, redkeje v amfoternem urinu. Kristalizira v najrazličnejših oblikah rumene do rjave barve. Sedimentum lateritium sestoji iz amorfnih uratov, ki so videti kot posamezna zrnca ali pa manjši kompleksi, podobni krpicam mahu. Amonijev urat tvori v alkalični seči kroglice. Iz njih molé večkrat daljši, ostri izrastki. Kalcijev oksalat tvori biskvitne in kuvertne oblike. Amonijo-magnezijevi fosfati kristalizirajo v obliki rakvinega pokrova. **Organizirani delci**: ledvični epiteliji: okrogle levkocitom podobne, a nekaj večje celice z okroglim jedrom ali pa poligonalne oblike. Protoplazma fino zrnata in ponavadi več ali manj maščobno degenerirana. Epiteliji zunanjih spolovil, prepucija ali vulve in vagine so velike, ploščate poligonalne celice. Posamezne levkocite ima lahko tudi normalen urin. V velikih množinah predstavljajo gnoj, ki lahko izvira iz različnih predelov urogenitalnega trakta. Tak urin je kalen. V splošnem so levkociti v kisli seči granulirani, v kalni pa stekleno nabrekli, prozorni. Eritrociti kažejo obliko okroglih, bikonkavnih, rumenkasto-zelenih ploščic, v močno koncentriranem in zelo kislem urinu pa koničasto upadejo („Stechapfelform“). Močno izluženi, brezbarvni eksemplari izvirajo večjidel iz ledvic. Krvnih celic ne smemo zamenjati s kvasnimi glivicami, ki močneje lomijo svetlobo, so često strnjene v kratke verige ter kažejo delitev potom izraščanja. Cilindri so valjaste formacije različne debelosti in dolžine z ostrimi paralelnimi konturami ter večjidel zaokroženimi konci. So lahko ravni, spiralasto zviti, upognjeni, vdolbeni. Ločimo hialine, granulirane, voskaste, celične cilindre. Hialini cilindri so homogeni, prozorni. Granulirani nastanejo iz razpadlih, maščobno degeneriranih celic ter imajo različno velika zrna. Voskasti so slični hialinim, le širši, voluminoznejši ter rumenkasti; večkrat so enostransko zažeti. V go-

noroičnem urinu so levkociti večkrat nabrani v makroskopično vidne nitke, v katerih lahko ugotovimo gonokoke.

Seč s kisló reakcijo in z v razmerju z množino gnoja visoko beljakovino, ki vsebuje bakterije, je sumljiva na tuberkulozo. Barvanje povzročiteljev kot pri izmečku. Množina bacilov zelo variira. Pri začetni ledvični tuberkulozi dobimo večinoma le posamezne primerke, dočim jih je pri cistitidi najti često v velikem številu, nabrane v čopiče ali S-aste krivulje. Za preiskavo zberemo vodo od 24 ur, ji dodamo timola ter jo več ur centrifugiramo. Pri moški kapavici odvzamemo sekret iz ščevoda s platinsko žico (Oese) ter tanko in enakomerno razmažemo po stekelcu. Ženskam odvzamemo uretralni ali cervikalni sekret. Barvamo z metilenskim modrilom in po Gramu. Značilne oblike dvojnih kokov s prilegajočimi se vdolbinami, njih številna razporedba, v zgodnjem štadiju po površju epitelijalnih celic, kasneje v levkocitih, ter negativnost po Gramu zadostujejo za pravilno diagnozo. Pri kroničnih procesih, kjer naletimo le na posamezne ekstracelularne diplokoke, je treba vsekakor ponovnega mikroskopičnega pregleda.

Včasih odloči diagnozo ponašanje eritrocitov v različnih koncentracijah raztopine Na Cl. Normalno nastopa hemoliza pri 0,45% sol. Na Cl. Pri hemolitični rumenici pa je rezistenca znižana, dočim je pri perniciozni anemiji zvišana. V brizgo za 10 ccm vsesamo 1 ccm. Na citrici (v svrhu preprečenja koagulacije), nato 9 ccm krvi. Po prvem centrifugiranju odlijemo serum ter ga nadomestimo s fiziološko raztopino, ki pri ponovnem centrifugiranju očisti sesedle eritrocite zadnjih ostankov sirotke. H 1 ccm le-teh dodamo 4 ccm Na Cl. To da 20% suspenzijo, ki je nato a 0,05 ccm kapljamo v reagenčne cevke z različnimi koncentracijami sol. Na Cl.

Pri raznih infektih se eritrociti z različno, pospešeno naglico pogrezajo na dno. Po Westergreenu vsesamo kri, ki vsebuje 20%ov 3,8%ne raztopine Na citrici, v specialne pipete ter po 1 uri preberemo mejo med serumom ter sedimentiranimi celicami. Normalno 2—6 pri moških, 3—8 pri ženskah.

Pri zasledovanju raznih bolezenskih stanj nam večkrat pomaga krvni razmaz. Po vbodu v prst obrišemo prvo kapljo, drugo razprostremo po robu pokrivalca, ki ga nato v kotu 45 stopinj povlečemo po objektnem stekelcu. Po 5 min. fiksaciji z metilnim alkoholom barvamo po Giemsi 20 min. (1 gtt barvila na 1 ccm aq. dest.) Diferencialno štejemo levkocite vzdolž obeh razmazovih robov, v sredi bi dobili preveč limfocitov.

Pri sekundarnih anemijah, ki so posledica akutnih ali kroničnih krvavenj, raznih zastrupljenj, infektov, malignih tumorjev itd., so eritrociti vsled znižanega hemoglobina bleđi, proporcionalno z jakostjo obolenja različne velikosti ter razokroženi. Le v težkih primerih naletimo na posamezne eritroblaste. Število levkocitov normalno ali malo pomnoženo. Trombociti zvišani. Pri zastrupljenju s svincem mnogo punktiranih eritrocitov. Pri perniciozni anemiji je hemoglobin močno znižan (do 10%), še bolj pa število eritrocitov, ki lahko pade na par 100.000. Zato so eritrociti kljub majhni

količini barvila temnejši kot normalno, so hiperhromni. Zelo močna anizocitoza in poikilocitoza, polihromazija, bazofilna punktacija. Le za perniciozo značilni so megaloblasti. Levkopenija in trombopenija.

Določitev časa krvavenja pride v poštev pri diferencialni diagnozi raznih form purpure. Pri trombopenični je podaljšan, često skrajšan pri hemofiliji. Na mestu vboda, ki mora spontano krvaveti, popijemo krvne kapljice v seriji s filtrirnim papirjem vsakih 10 sekund, dokler jih ne zmanjka. Vsota intervalov med kapljami je iskani čas. Normalno 1—2 min.

Množino krvnega barvila določamo po Sahliju. V odprto cevko vlijemo do marke 10 0.3% sol. HCl, nato kri iz graduirane pipete. Dobimo več ali manj intenzivno rjavo barvo, ki jo z vodo bledimo toliko časa, da jo izenačimo z barvo raztopine HCl-hematina, ki se nahaja v ravno tako veliki, zaprti primerjalni cevki. Višino tekočine odberemo na merilu, ki nam pove količino hemoglobina.

Bürkerjeva kamera ima v steklo vrezano, 1/10 mm globoko, 9 mm² obsegajoče merilo, ki ga dele črte v manjše kvadrate. Za štetje krvnih celic rabimo pipete, ki se blizu gumastega nastavka razširijo v steklen mehurček. Za levkocite vsesamo kri do marke 1, nato 5% sol. acid. acet., ki razkrajja eritrocite, do 10. Kamera, pokrita s pokrivalcem, vsesa malo kapljico te krvne razredčine. Štejemo vse levkocite v enem ali več mm². Povprečno število v enem mm² pomnožimo nato, vpoštevajoč globino kamere in 10-kratno razredčenje, s 100. Tako dobimo število levkocitov v mm³. Število eritrocitov dobimo analogno, le da štejemo tu 50 malih kvadratov s premerom 1/20 mm ter to število pomnožimo z 8000, t. j. 100-krat vsled tolikokratnega razredčenja s sublimatno raztopino v pipeti, nato z 400, da dobimo kvadratni mm, ter 10-krat radi kubature. Ker reduciramo na 1 kvadrat, delimo to število (400.000) s 50.

Na oddelku smo imeli pred kakimi dvema leti 1 primer policitemije s sedmimi milijoni eritrocitov. Bolezensko razraščanje krvotvornega tkiva se lahko izraža v pomnoženju nevtrofilcev pri mieloični, limfocitov pri limfatični levkemiji. Mieloične so kazale pri naših slučajih 3—700.000 levkocitov. Te številke so na obsevanje redno padle. Limfatične so mnogo redkejše. Spominjam se dveh slučajev, enega združenega s primarno anemijo. Limfocitov do 50.000. Sicer je bilo dobiti znatne levkocitoze še pri pnevmonijah ter septičnih procesih (a ne čez 30.000), precej redno tudi pri sklepnih revmatizmih (ne čez 15.000). Redno je pri tifusu dobiti levkopenijo, njegova relativna limfocitoza se zdi nezanesljiva. Skoro popolno manjkanje granulocitov je bilo zaznamovati enkrat pri pacientki z difteričnim podobnimi tonzilarnimi rušami ter rapidnim telesnim propadom (angina agranulocitica). V opazovanju imamo bolnika z nejasnim kroničnim ikterusom ter vraničnim tumorjem, ki ima levkocite stalno pod 2000. Precej stalna in visoka je limfocitoza pri Basedow-u (često nad 40%). Redno eozinofilijo dajo asthma bronchiale (najvišja 30%), črevesni črvi ter kožni izpuščaji.

Od kemičnih metod sta na našem oddelku predvsem v rabi določitev krvnega sladkorja ter residualnega dušika, obe na kolorimetričnem principu, neka druga za krvni sladkor je titracijska. Normalno je sladkorja v 100 ccm krvi 80—120 mg (cca 1 promile). Pri diabetikih se giblje povišek med 150 do 350, včasih tudi preko 400, v poedinih slučajih 600 (koma diabetikum). Residualni dušik normalno 20—35 mg/‰. Zvišan pri kroničnih nefritidih, najvišji pri uremijah (čez 100, tudi 200 mg/‰).

Za pregled krvi na malarijo pripravimo en razmaz po Giemsi ter tkzv. debelo kapljo na ta način, da razmažemo srednje veliko krvno kapljo s stekleno palčico do velikosti poldinarskega novca, jo posušimo, ji nato izlužimo hemoglobin z razredčeno raztopino Giemsa (kake 3 min.), ki jo nato odlijemo ter dodamo sveže s katero barvamo najmanj 30 min. Pravilen preparat je nežne, rudečkasto vijoličaste barve, vzeti naj bo med napadom.

Pri vseh treh oblikah malarije naletimo v začetnih štadijih na majhne prstane s tankim, ostrim obodom, vendar dobimo običajno pri terciani še nekaj večjih prstanov, ameboidnih oblik, gamet ter morul, ki vsebujejo številnejše shiconte kot pri kvartani, pri kateri zadenemo tudi na trakaste oblike in ki eritrocitov ne poveča niti jih ne pobledi kot prejšnja. Tropika se odlikuje po izključno zelo majhnih prstanih, zgnetenih včasih tudi po 2—3 v enem eritrocitu, ter po značilnih polmesečastih spolnih oblikah. V treh letih ni bilo mogoče na našem oddelku ugotoviti niti ene tipične kvartane, pač pa pred 2 leti često tropično formo, ki se pa odtlej ni več pojavila.

Dr. HÖGLER

Štiridesetletni jubilej dela za javni blagor

Leta 1893 je g. primarij dr. Ivan JENKO prevzel v stari ljubljanski bolnici službo sekundarija in sicer na kirurški oddelku. Nedavno prej je bilo vodstvo tega oddelka poverjeno prof. dr. Šlajmerju.

Z letošnjim letom je torej dovršil 40 let svojega službovanja v bolnici. Jaz sam sem z njim sodeloval dve leti, v poznejšem življenju pa sem bil in sem do danes z njim v tesnih stikih, pa najsi bi bilo pri posvetovanjih, pa najsi bi bilo pri iskanju nasvetov, kojih bogastva sem se s pridom okoriščal.

Prav točno morem oceniti jubilarntov zdravniški razvoj in njegovo izoblikovanje, kakor tudi njegovo samostojno udejstvovanje v svojstvu primarija na medicinskem oddelku.

Kirurgijo je v Ljubljani ustvaril šele primarij dr. Šlajmer, ker take do tedaj niti bilo ni.

Izredno nadarjen mož, vsestransko vzgojen in vzrejen v modernem duhu, po naravi obdarjen s čudežnimi tehničnimi spretnostmi, je organiziral resnično bolniško službo: prej je moral seveda vse zastarelo odpraviti. Tako

je pri skromnih razmerah stare bolnice na mah žel uspehe, ki so se mogli docela meriti z uspehi vseh tedanjih bolnic. Ti zavidanja vredni uspehi so mu pridobili največji ugled in splošno spoštovanje v vsej deželi in tudi preko njenih meja, česar že zlepa ni dosegel kdo izmed naših zdravnikov. Lahko si pa mislimo, kako težavno je bilo njegovo delo: vzgojiti ljudi in jih usposobiti za bolniško službo. Toda njegovi izredno močni osebnosti in njegovi marljivosti je uspelo, da je šlo delo gladko izpod rok.

Prav ta čas je pričel z delom sekundarij dr. Ivan Jenko.

Spoznal je resnost službe in njega in njegovo vestnost in se s svojo izredno darovitostjo in marljivostjo kmalu poglobil v delo in si s tem pridobil zadovoljstvo in priznanje svojega mojstra. Ko pa je bilo na kirurgičnem oddelku ustanovljeno mesto asistenta, je dr. Jenko Ivan dobil oznako, da je bolnici nenadomesljljiv. Tako je usoda združila dva moža, ki sta se v življenju vzajemno izpopolnjevala.

V največji strogosti in v največjem redu se je vršila služba in v tem odgovornem obratu ni prišlo nikdar do kakih motenj.

Smisel za strogost in red je bila dr. Jenku Ivanu prirojena lastnost: strog je do samega sebe in strog je do sodelavcev. Skoro bi smel trditi, da se mu je vojaška vzgoja in disciplina prilegala, saj so mu bili spomini na vojaško službo vedno prijetni.

Kot asistent je dr. Jenko samostojno izvršil najtežje operacije, prisostvoval pa vsem. S tem si je pridobil tako bogatih izkušenj in se tako usposobil, da bi prav zlahka prevzel vodstvo kakega oddelka. To se je tudi zgodilo, ko je bil leta 1907 imenovan za primarija na medicinskem oddelku.

Tedaj pa se je začela zanj doba, kakršno je svoječasno preživiljal primarij dr. Šlajmer. Treba je bilo spet znova graditi. Pa s svojo jekleno voljo in brezobzirnostjo je dosegel vse. Po njegovi zaslugi se je medicinski oddelek povspel do neslutene višine. Zdravljenje bolnikov se je pričelo po najmodernejših metodah. Pri tem so se uporabljala vsa sredstva in kakor na moderni kliniki, so se pri ugotavljanju diagnoze izvajali najnovejši načini.

Ta oddelek je postal za mlade zdravnike prvovrstno vzgajevališče. Že to dejstvo v zadostni meri označuje značaj ustanovitelja. Malo je zdravnikov-primarijev, ki bi za svoje oddelke storili toliko, kot je storil dr. Jenko. Saj vemo, da je praktično znanje, ki ga medicinec prinese z univerze, ničnostno. Praktična učna doba se za medicinca pričinja šele v bolniški službi. In iz take, dr. Jenkove praktične šole so izšli skoro vsi zdravniki, ki so se udeleževali v bivši Kranjski.

Tu je bilo za mlade zdravnike vse preskrbljeno, da so se mogli naučiti, kako je treba opazovati bolnika, kako se mora in more spoznati in razpoznati vsaka sprememba pri oblikovanju bolezni. Zato je mogel vsak mladi zdravnik, zapustivši po določeni dobi dr. Jenkov oddelek, brez bojzani sprejeti službo praktičnega zdravnika.

Da pa pri tem ne gre brez strogosti, je umljivo, toda vsak se zaveda, da ga vodi pravična strogost: kajti dr. Jenko je bil in je vedno stvaren, nikoli pa ne osebnosten. Nikomur ni kakorkoli nikoli škodoval, saj mu je bilo vselej v največje veselje, če je ta ali oni mladi zdravnik pogodil svojo nalogo.

Sadove svojih bogatih in dragocenih izkušenj je vedno radostno delil z drugimi.

Nepojmljivo naporno pa je bilo njegovo delo med svetlovno viхро. Ogromno število vojakov je bilo poverjenih njegovemu zdravljenju, oziroma zdravljenju pod njegovim vodstvom in nadzorstvom. Nepričakovano veliko pa je bilo tudi število nalezljivih bolezni: tifus, griža etc.

Zdraviti pa je bilo tudi treba cele množice na malariji obolelih ljudi. S to boleznijo smo se prav začeli ukvarjati šele med vojno, ko so na malariji oboleli vojaki prihajali v Ljubljano z vseh bojišč. Malaria je bila pri nas do tedaj skoro neznana bolezen. In vendar je šlo vse v najlepšem redu, ne da bi bilo zaznamovati najmanjšo motnjo.

Več kot razumljivo je, da je bil primarij dr. Ivan Jenko tudi v javnem življenju ena najvidnejših in najpomembnejših osebnosti. Več let se je udeleževal kot sanitetni svetnik in dosti, dosti prispeval za javni blagor.

Vneto je pospeševal telovadbo in telesne vaje in mnogo pripomogel do razmaha in širjenja i telovadbe i telesnih vaj.

Ime dr. Ivana Jenka in njegovega učitelja v zgodovini zdravstva Kraljevine Jugoslavije nikoli ne bosta izbrisana.

Veličina tega krepkega moža še nikakor ni izčrpana, kajti telesno in duševno je še vedno v polni svežosti. Še vedno je mladostno navdušen za vsak napredek v vseh področjih človeškega udejstvovanja.

Želja nas vseh je, naj bi primarij dr. Jenko čil in svež deloval med nami še mnogo, mnogo let.

Dr. PAVEL AVRAMOVIC, zdr. inšpektor pol. uprave — Ljubljana

Spomini iz internega oddelka državne bolnice primarija dr. Jenka

Še pred vojno sem bil nekoliko let volonter in pozneje sekundarij na internem oddelku dr. Jenka. Čudno naključje — svetovna vojna me je pripeljala nazaj na ta oddelok, na katerega so me vezali najljubši spomini mojega mladega izpopolnjevanja v zdravniški praksi. Prišel sem po izbruhu italijanske vojne napovedi s fronte iz Karpat bolan v Ljubljano.

Po kratkem bivanju v sedanji vojaški bolnici dravske divizijske oblasti sem bil premeščen — imel sem takrat Nephritis in Rheumatismus — na interni oddelok svojega prijatelja in učitelja dr. Jenka. Že zavest, da sem zopet v svoji nekdanji sekundarski sobi mi je brez posebnih zdravil pa ne

mislite, da sem bil švindler — hitro pomagala na noge. Očetovska skrb primarija dr. Jenka, ljubeznjivost sester, domača govorica so ponovno okrepile moje telesno zdravje in deprimirano jugoslovansko dušo.

Na mesto ordinacij in zdravil me je dr. Jenko, sedeč poleg mene na postelji izpraševal, kako se Srbi bojujejo? kako se Rusi držijo? kaj je resnice na časopisnih poročilih? Ko sem mu povedal, da ne želim biti ponovno v Srbiji, ko se bodo ponovile ofenzive in da smo mi še zaenkrat komaj našli pot nazaj iz Srbije; da Rusi po cele avstrijske kore odpeljujejo v ujetništvo, se je od radosti zjokal. S tem je bila vizita končana in smo se poslovili z besedami: „Nismo zastojni bili zavedni in narodni. Pravica mora zmagati“. Odgovoril sem mu: „Bog čuva Srbijo in z njo tudi nas“ „Res je to“, je pritril dr. Jenko!

Vojna vihra je trpela dalje. Boji na italijanski fronti so zavzemali vedno večji in večji obseg. Frontne bolnice in divizijska zavojišta so se evakuirali v Ljubljano. Kirurški oddelek deželne bolnice ni več mogel zmagovati celokupnega dotoka bolnikov in ranjencev. Na internem oddelku se je uredil II. kirurški oddelek in vodstvo je prevzel naš internist — kirurg dr. Ivan Jenko. Ker pa je bil „Civilist“ osvobojen je bil vojaščine, kot nujno potreben v svoji službi me je tedanji sanitetni šef dr. Geduldiger dodelil k njemu kot nekega šef-zdravnika vojaškega oddelka. Bil sem tedaj visoka sarža, rezervni sanitetni soldat, titularni korporal. Začelo se je delo. Od ranega jutra do poznega večera in od večera pa do svita smo s primarijem dr. Jenkom operirali, obvezovali, preiskovali, on na eni, jaz na drugi mizi sedanje predavalnice internega oddelka.

Zvest tovariš pa nam je bil tudi dr. Hoegler starejši, kateremu je bolnica postala druga hiša stalnega bivanja. Večkrat je s seboj celo hrano prinesel in pri nas na oddelku spal.

Pomagali so nam tudi mladi medicinci, sedanji tovariši dr. Janežič, dr. Matejčič in drugi. Oddelek ni zanemarjal tudi civilnih bolnikov, katerih je tudi bilo kot vedno pri Jenkotu — obilo. Vse je bilo odpravljeno, vse preskrbljeno, zahvaljujoč nadčloveškim naporom zdravnikov, strežniškega osebja in sploh vseh s prim. dr. Jenkom na čelu. Nekateri vojaški in civilni „bolniki“ so imeli kar stalni kader na interni. Popisi bolezni so se kar pesnili, bolezni spreminjale, datumi prenaresili, tako, da smo se vedno bali, da bo ta — politično-kirurški interni oddelek kar z obema šefoma vred nekega dneva razpuščen in zaprt. Bolniki niso radi šli iz oddelka in primarij dr. Jenko in jaz jih tudi nisva podila. Na oddelku in privatno je bilo v zadostni meri tudi poskrbljeno za civilne obleke, tako da, ko so se vršile inspekcije, so kar „vojaške osebe“ odle na fronto, a „civilne osebe“ so nadalje ostajale na oddelku. Imeli smo med drugimi tudi dva srbska komitaša. Priletna človeka — Gajić iz Šabca, drugi pa iz Šabačke okolice. Bila sta ujeta in kot taka zaposlena na italijanski fronti, kjer sta zbolela in bila prepeljana na interni oddelek. Oba sta bila predmet splošnega občudovanja in spoštovanja. Oba izkušena ratnika iz dveh balkanskih vojn

in oznanitelja naše boljše bodočnosti. Mirna in tiha, tipa svoje vrste, sta pripovedovala posamezne dogodke iz srbskih osvobodilnih bojev. Posebno sta pa zanimala primarija dr. Jenka, kateri je prvikrat videl komite. Izpraševal jih je, kako so se borili. Kako so neštetokrat ušli smrti itd.? Ona dva sta pa tudi bila srečna, da sta prišla med brate Slovence v Ljubljano v bolnico. Še pozneje po vojni sta večkrat pisala dr. Jenku in se zahvaljevala. Zapustil sem jih na oddelku, ker sem se moral ponovno vrniti na goriško fronto. Ko smo se poslovili so mi rekli „Hvala Ti doktore za tvojo brigu za nas. Bog neka ti plati, a Ti nam ostani živ, da se vidimo posle rata u **našoj** Ljubljani“. Solze so mi prišle v oči pri teh besedah, ker mi je poleg tega že sama ločitev od Jenka in naših fantov bila težka. Tako so minevali dnevi. Vojska je trajala dalje, a z oddelka sem dobival sem pa tja obvestila, ker dela je bilo ogromno in ni bilo časa za pisanje.

Še eno posebnost z oddelka naj omenim, to je dvornega frizerja Rokina Milana, srba iz Banata. Lep postaven fant z očmi črnimi kot oglje. Analfabet, katerega sem pozneje naučil brati in pisati. Govoril je popolnoma štiri jezike: srbsko, rumunsko, nemško in madžarsko, ne da bi znal črke zapisati. To je bila tudi ena rariteta, katero si je vsakdo ogledal. Pomagal nam je v operacijski sobi in bil ob enem tolmač za rumunski jezik. Ta je tudi pozneje za menoj moral oditi na fronto, ampak se mu je posrečilo po kratkem času se zopet vrniti na interni oddelek, kjer je ostal do konca svetovne vojne. Meni to žal ni bilo mogoče.

Ko sem se po prevratu ponovno vrnil v osvobojeno našo Ljubljano, so mi bili prvi koraki na interni oddelek zopet k dr. Jenku. Veselega obraza in še veselejšega srca me je sprejel vzradoščeni dr. Jenko.

Skoro isti čas so se vrnili iz Avstrije srbski oficirji kot vojni ujetniki pod poveljstvom podpolkovnika Švabiča. Bilo jih je čez 500. En del je takoj odšel na „dužnost“ v Zagreb. Drugi del je pa ostal v Ljubljani ter ustanovil „komando srbskih trup“ zbirajoč tudi srbske vojake, kateri so se vračali iz ujetništva. Takoj je prevzel Švabič celokupno vojaško službo v Ljubljani in okolici. Posebne važnosti je bil oddelek na Vrhniki. Da je Švabič preprečil prihod Italijanov v Ljubljano, je vsem znano.

Kot zdravnik sem takoj na Švabičevo prošnjo stopil v nadaljno vojaško službo srbskih trup. Vojno pomanjkanje in oslabeledost, kakor tudi tedaj razsajajoča „španska“ so dale dosti dela. Bolnega moštvo kakor oficirjev je bilo obilo. Prostori v vojaški bolnici niso zadostovali in zopet sem se obrnil na primarija dr. Jenka, da mi dovoli eno sobo za sprejem srbskih oficirjev na njegov oddelek. Vojaška bolnica je namreč imela samo 4 do 5 — oficirskih sob — kar je on zopet z veseljem storil. Na oddelku so se zdravili tudi sedanji visoki vojaški dostojanstveniki med drugimi tudi divizijski general Jovan Naumović. V spomin na te čase nosi še danes velika pritlična soba na levi strani pri vhodu na interni oddelek naslov „Srbska soba leta 1919 do 1920“. Ta soba je pozneje sprejemala poleg srbskih oficirjev iz ujetništva, tudi srbske oficirje iz koroške fronte.

Tako je deloval in še danes deluje primarij dr. Jenko. Pomagal je, kjer je le mogel kot dober in zaveden Jugoslovian, kot tovariš in človek. V plodni jeseni svojega dela naj mu bode v plačilo in tolažbo to, da je vzgojil cele generacije slovenskih zdravnikov, kateri so danes možje in stebri naše lepe, prostorne, svobodne in močne Jugoslavije.

IZ EVGENIKE

Urejuje privatni docent dr. Božo Škerlj, Ljubljana, Gajeva 8.

Sredstva negativne evgenike*)

Priv. doc. dr. BOŽO ŠKERLI.

G.! Ni časa da, bi se bavili z dolgim zgodovinskim uvodom. Povedati hočemo le na kratko in povdariti, da evgenika ni nastala šele po vojni, še manj, da bi bila neka politična fraza *Hitlerja*, temveč, da je slavila evgenika pod tem nazivom že lani svojo 50-letnico. Njen ustanovitelj je *Sir Francis Galton 1822—1911*, bratranec slavnega *Ch. Darwina*. Že prej se je bavil z raznimi pripravljalnimi vprašanji in opazovanji o človeški dednosti in množitvi, dokler ni bila l. 1883. stvar zrela za zavestno utemljitev nove vede *evgenike*.

Evgenika je veda o dedno zdravem potomstvu — to bi bila nekako najkrajša definicija. Njena naloga je kajpada mnogo širša. Saj mora poznati vse pogoje, pod katerimi lahko nastane dedno zdravo potomstvo. In ti pogoji so *biološki* in *okoliščni*, *peristatični*. Zlasti važno je spoznanje genetike, da je dedna snov tisto, na kar lahko vpliva okolje. Okolje pa je tu mišljeno v najširšem smislu: že v materinem telesu, da celo v lastnem telesu delujejo na dedno snov razni kemični in fizikalni učinki, na katere mora dedna snov odgovarjati, in sicer iako, *kakor je bilo določeno v hipu oplodnje, ko sta se združili dedni snovi očeta in matere*.

Gotovo pa je, da bo ena dedna snov odgovarjala drugače na isto okolje kakor druga. Predaleč bi moral iti, če bi to hotel podrobneje utemljiti; drži pa, da je *dedna snov vsakega individua, one nedeljive psiho-fizične enote, le enkratna in čisto svojstvena*, ter da odgovarja na okolje le na svoj določen način. Z ozirom na okolje razlikujemo med zdravo in bolno dedno snovjo, kajti izraža se ta reakcija dedne snovi vendar zopet v določenem okolju. Dedno snov torej *vrednotimo* z ozirom na njeno *reakcijsko sposobnost* na okolje in s tega vidika lahko deluje tudi evgenika.

Nujno potrebno je, da spoznamo *kvaliteto* dedne snovi, kajti spreminjati je ne moremo. Branimo se pa lahko proti „slabi“ dedni snovi le na ta

*) Ponatis predavanja, ki ga je avtor imel v Društvu za sociologijo in pravno filozofijo v Ljubljani, dne 8. maja t. l., skuono s predavanjem g. priv. doc. dr. A. Munde. Prim. tudi 5. štev. letošnjega Zdravn. vestnika!

način, da *onemogočimo njeno nadaljevanje* v potomcih. Če to preprečimo, je jasno, da bi mogli dvigniti povprečni standard prebivalstva. Zakaj slabe dedne snovi je v vsakem narodu dovolj, to vidimo lahko na vsakem koraku. Saj imamo okoli 100.000 manjvrednih šoloobveznih otrok le v Jugoslaviji, t. j. pribl. 0,75% vsega *prebivalstva*, torej vseh starosti. Po skušnjah iz drugih držav in tudi po lastnih preiskavah na tukajšnji pomožni šoli lahko računamo s tem, da je vsaj 75—80% teh na en ali drug način dedno obremenjenih. Po približni ceni računamo lahko v naši državi nekako na 3—4% manjvrednih, podnormalnih ljudi, ki so dedno obremenjeni. To še ni niti veliko cenjeno v primeri z Ameriko. V knjigi „Sterilization for Human Betterment“, ki sta jo spisala Gosney in Popenoe, in v publikaciji: Human Sterilization (izd. The Human Betterment Found.) čitamo, da računajo v USA nekako 5% takih, ki so bili, so ali bodo v najkrajšem času v kakšnem javnem zavodu za manjvredne (umobolnice, hiralnice, poboljševalnice, jetnišnice itd.), 5% takih, ki sicer niso v zavodih, so pa tudi nenormalni, in še 5% takih, ki so po svoji inteligenci za 30% pod normalo in potrebujejo radi tega javne podpore, skupaj torej 15% takih, ki *žive bolj ali manj od javnih podpor*. To je torej 18.000.000 (!) ljudi, ki bi jih bilo treba v interesu zdrave javnosti izločiti iz generativnega procesa. V citirani knjigi čitamo, da izdajajo civilizirane države za svoje manjvredne državljane letno okoli 5 milijard dolarjev, t. j. nekako 250 milijard dinarjev, ali nekako 22 letnih proračunov Jugoslavije v višini pribl. 11 milijard, kakor je bil proračun letos!

Mislim, da spričo takih števil ne more nihče več dvomiti o *velikem bremenu*, ki ga nalagajo manjvredni, večinoma *dedno* obremenjeni, dedno zdravemu delu prebivalstva vsega civiliziranega sveta. Ni pa samo neznosno breme, marveč tudi *velika nevarnost* za obstoj človeštva, vsaj civiliziranega.

G.! Človek dela s tem, da obvaruje smrti in pušča doraščati in množiti se vse, kar se dá rešiti, proti naravni izbiri in s tem sploh proti naravi. V naravnem boju za obstanek se izloči manjvredno bitje kaj hitro, toda človek preprečuje to izločitev na vse mogoče načine s pomočjo zdravstva in higijene. Res je, da to vstreza človeškim pojmom o humanosti. *Toda humanost napram manjvrednim se je spreobrnila v nehumanost napram dedno zdravim*. Ali moremo zagovarjati, da morajo dedno zdravi vzdrževati manjvredne na račun svojega lastnega zdravega potomstva? Ali smemo mirno gledati, da se množe manjvredni na račun zdravih, neomejeno in brez skrbi za bodočnost, dočim se dedno zdravi ne množe več?

Žal se tudi pri tem problemu danes ne morem zamuditi, naj zadoštuje, da povem svoje izkušnje iz rodovnikov Ljubljane. Razmerje rojstev med materami, ki pošiljajo svoje otroke na normalne osnovne šole, in materami, ki jih pošiljajo na pomožno šolo, je kakor 2:3 v prid drugim. G.! To se pravi, če bi računali, da rodi mati manjvrednega otroka tekom ene generacije 3 otroke in mati normalnega otroka v istem času (računano po 30 l.) le po dva, da se mora v kratkem razmerje med zdravim delom prebivalstva in med obremenjenim odn. manjvrednim spremeniti v prid manjvrednim.

To se dá kaj hitro izračunati: če vzamemo kot osnovo, da imamo sedaj nekako 4% manjvrednih v prebivalstvu, jih bo čez 9 generacij (torej pribl. čez 270 let) že 51.7% in čez 20 generacij (600 let) že 98.8%. Seveda tu ni vpoštetá niti večja umrljivost niti krajše trajanje ene generacije pri manjvrednih. Dočim je namreč umrljivost malih otrok pri manjvrednih komaj še enkrat večja kakor pri normalnih, traja generacija vendar vsaj 5 let manj, t.j. da imajo manjvredni tekom 100 let vsaj 4 generacije, normalni pa tri. Nevarnost torej brez dvoma obstoja, in sicer v prav tej grozni obliki, kakor smo jo povedali, to leži že v značaju krivulje, ki rezultira iz znanih številčnih podatkov. Danes še niti nismo na onem delu krivulje, ki raste najstrmeje! *In naša odgovornost pred našimi potomci zahteva od nas, da se ravnamo po svojih spoznanjih, kajti oni, naši lastni otroci in vnuki nam bodo nekoč očitali: spoznali ste nevarnost, a niste se zgenili, da bi jo preprečili!*

G.! Vprašanje je, *kaj lahko storimo*. Evgenika nam nudi dve poti: *pozitivno in negativno*. Pozitivna je jako draga, ker zahteva mnogo sredstev za nagrade za rojstva, za dojenje, za razne potrebne šole. Njen cilj bi bil, da se sicer ne vpliva na število rojstev manjvrednih, ampak poveča število rojstev večvrednih. To pa je nemogoče, dokler stanejo manjvredni toliko denarja in ga bodo stali vedno več, ker jih je v resnici vedno več. Človeštvo bo, če se ne bo še v pravem času spametovalo, poginilo na svojem najbolj specializiranem organu, na možganih. *Duševne bolezni* se v civiliziranih državah strahotno množe, zlasti če štejemo med te bolezni razne motnje, nevroze in pod., kar je gotovo upravičeno. In ker danes že lahko popolnoma varno dokažemo, da je večina teh bolezni dedna, se proti njim ne moremo boriti drugače, kakor da *izločimo okvarjeno dedno snov iz generacijskega procesa* prebivalstva. Kajti ozdravitev osebe, ki traja daljšo ali krajšo dobo, ne more spremeniti okvarjene dedne snovi. Zato bo treba vendar *vedno več denarja za razne zavode*, kajti človeška družba se je doslej branila napram manjvrednim samo s tem, da jim je postavila posebne zavode, v katerih pa jih je vzdizavala in sprejela vanje tudi otroke teh in vnuke itd.

Temu mora biti konec, če nočemo propasti vsi. Takrat, čez onih 270 do 300 let, ko bodo manjvredni zavzeli več kot polovico celega prebivalstva, ne bo več mogoče braniti se proti njim, ker bodo oni vplivali na vse javno življenje in na zakonodajo. Takrat bo pomagalo samo še kruto sredstvo pobijanja manjvrednih odn. boj na življenje in smrt. Tega nas lahko pametna evgenična politika brez dvoma obvaruje.

Dasi je gotovo cilj vseh evgenikov, da bi čimprej lahko začeli s pozitivno evgeniko, ne moremo vendar priti do tega cilja drugače, kakor da *prej zmanjšamo stroške za potrebne zavode za manjvredne na znosno minimum*. To pa dosežemo lahko le s *sredstvi negativne evgenike*.

Zakonske prepovedi: Med najstarejša sredstva negativne evgenike (še nezavedne) moremo šteti razne *zakonske prepovedi med sorodniki*, ki pa

so iz genetičnega in evgeničnega vidika kajkrat nesmiselne: tako ne pomeni ono „duševno sorodstvo“ med kumom, botrom in njegovo varovanko evgenično seveda prav nič. Taka zveza je lahko evgenično neoporečna, če je dedna snov obeh kandidatov za poroko neoporečna, odn. zdrava. Isto velja tudi za sorodniške zakone. Če sta bratranec in sestrična dedno zdrava, potem njihovi poroki z evgeničnega vidika ni oporekati. *Odločilna je le kakovost dedne snovi.* V splošnem pa te prepovedi za evgenično populacijsko politiko skoro ne pridejo v poštev.

Azilacija: Med resnimi predlogi za negativno evgeniko se sliši večkrat ono, da bi bilo ljudi, ki smo jih spoznali za manjvredne, izločiti iz družbe tako, da ne bi mogli imeti potomstva. To se pravi torej: azilacija. Toda izganjali bi hudiča z belcebubom, kajti *azilacija bi zahtevala novih primernih zavodov*, ki bi zopet potrebovali *mnogo javnega denarja od dedno zdravih davkoplačevalcev*. Razen tega pa moramo misliti na to, da azilacija *res ni humano sredstvo*. Ohraniti človeku, čeprav manjvrednemu, njegovo spolnost in ga zapreti tako, da ji ne more zadostiti drugače, kakor na nenormalen način, je kruto in se ne da zagovarjati. To bi bila kazen, ki je pa manjvredni ne zasluži, ker svoje manjvrednosti ni kriv sam.

Onemogočitev odn. preprečitev razplojevanja: Doslej poznamo le dve možnosti preprečitve razploda, če izvzamemo prostovoljno uporabo profilaktikov (kondomov, pesarjev in raznih kemičnih sredstev). *Profilaktika namreč za resno evgenično delo ne prihajajo v poštev*, ker niso zadostno varna in ker je nemogoče kontrolirati njihovo uporabo; razen tega so pa draga in bi se v večjem obsegu tudi iz tega razloga ne mogla uporabljati.

1. **Kastracija** je prvo od resnih sredstev, ki prihajajo v poštev za negativno evgenično delo. Kastracija obstoja v tem, da operativnim potom odstranimo spolne žleze, torej moda pri moškem in jajčnika pri ženski. S tem je seveda cilj dosežen, razplojevanje je nemogoče. Toda ta operacija ima tudi jako dalekosežne posledice za vse telo, ki se spremeni v t. zv. *evnuhoidni tip*. Spolni nagon prestane, skratka moški ali ženska, ki sta kastrirana, nista več spolna bitja, temveč nekaj srednji tip človeka.

Vprašanje je, ali je potrebno, da spremenimo človeka v nespolno bitje, zato, da preprečimo razplojevanje. Dokler nismo poznali drugih sredstev, je to pač bilo nujno. Toda sedaj ni več in zato se zdi kastracija tako kruta tam, kjer ni potrebna. Potrebna pa je lahko le v svrhu zdravljenja (medicinska indikacija) ali pa morda iz kazensko-političnega in vzgojno-političnega vidika. V tem primeru pa ne gre več za sredstvo negativne evgenike, temveč za kazen. *Le v enem primeru pride kastracija v poštev tudi z evgeničnega vidika*, to je namreč pri *seksualnih zločincih* odn. nebrzdancih. Če imamo pred sabo človeka z bolešno strastjo za vsako žensko, človeka, ki posiljuje in nadleguje ženske kjersibodi in tudi po prestani kazni zopet in zopet, skratka človeka, ki očitno ni normalen in ne obvlada svojega spolnega nagona, takrat bomo kot sredstvo za ozdravitev uporabljali kastracijo. Tu je združena medicinska in evgenična indikacija in še ostali dve prideta

v poštev. Tak človek bo po kastraciji nenevaren za družbo in ga lahko zopet mirno pustimo na svobodo. Tudi v duševnem oziru mu lahko prihranimo mnogo muk. Preprečili pa smo ob enem tudi, da bi mogel svojo bolno, ali vsaj nenormalno dedno snov dati naprej svojim potomcem.

Toda radi teh izjemnih primerov *ne moremo zagovarjati kastracije kot splošno sredstvo negativne evgenike*. Kot tako prihaja v poštev edinole

2. *sterilizacija*. Iz medicinskih razlogov je sterilizacija *pri ženski* znana že od leta 1823. Takrat je dr. *James Blundell* o priliki neke *sectio Caesareae* izvršil tudi neko salpingektomiji podobno operacijo, da bi preprečil nadaljnje nosečnosti, ki so se pri pacientki končale vedno s cesarskim rezom. Iz leta 1881. imamo poročilo o podvezanju tub o priliki cesarskega reza iz istega razloga (*S. S. Lungren*). Leta 1891. je izvršil *A. Crimail salpingektomijo* prvič na modern način, t. j. *prerezal in podvezal* je tubi. *Kehrer* je 1897 opisal salpingektomijo per vaginam. Istega leta pa se je izvršila prva salpingektomia post laparatomiam, torej z rezom pod popkom — sedanja najbolj uporabljena metoda. Operacija se da po tehtnosti primerjati z operacijo slepiča. Rez je nekako dva palca (inches) dolg in se lahko naredi že v zgornji meji obsramnega lasišča, kjer kesneje ni poznati brazgotine. S prerezanjem in podvezanjem tub preprečimo, da bi moglo zrelo jajčece iz jajčnika priti v maternico in obratno spermatozoa previsoko v tube.

Poskusi za *podvezanje vas deferensa pri moškem* so tudi že jako stari (*Brugnone, Opera anatomica, Torina 1786*). V novejšem času pa poroča prvič o *vasektomiji* v moderne n smislu švedski zdravnik *H. G. Lennander* (Upsala) 1897, ki je operacijo izvedel l. 1894. z medicinskega vidika. 1899 jo pa je izvedel *dr. Sharp* kot prvi z evgeničnega vidika. Operacija je popolnoma lahka, tako da grejo v privatni praksi pacienti navadno zopet takoj na delo, v zavodih jih pa pustijo en do dva dni ležati, da se prepreči kakršnakoli možnost komplikacije. Ob skrotu se naredi za palec dolg rez in se potem izreže iz *vas deferensa* pol palca dolg kos, podveže in zaš je z eno sponko.

Posledice sterilizacije so jako razveseljive, kakor dokazujejo skušnje iz Kalifornije, kjer je doslej bilo steriliziranih nad 8000 ljudi. Druge posledice nima, kakor da *prepreči starševstvo*. To je pa smisel in cilj te operacije. V ostalem so pa vse posledice le ugodne. Ker je družba zavarovana, da bi mogel steriliziranec še imeti otroke, ga lahko odpustimo iz zavoda, da celo poroči se lahko in ima takó normalno rodbinsko življenje. Kajti ostal odn. ostala je spolno bitje. Le otrok ne more imeti. Ugovor, da bi se širile spolne bolezni, ne drži, kakor kažejo skušnje v Ameriki, o čemer se je pravkar prepričala tudi angleška komisija, ki je imela prešludirati možnosti za sterilizacijski zakon v Angliji.

V populacijsko političnem oziru ima seveda sterilizacija lahko le uspeh, kadar bo izvedena po posebnem zakonu, ki dopušča *v primeru potrebe tudi prisilno sterilizacijo*, kakor to predvideva nemški sterilizacijski zakon. Kajti onih nad 16.000 sterilizirancev v USA ni niti 1‰ (!) od onih pribl. 18 milijonov, ki bi se jih po cenitvah ameriških evgenikov moralo sterilizirati.

Številke, ki jih sedaj slišimo, koliko ljudi bi zapadlo sterilizaciji, so res ogromne in morejo marsikoga odvrniti od sterilizacije. Toda ogromne so *le prve* številke. Če bi bila sterilizacija po zakonu pravilno izvajana, bi število potrebnih sterilizacij kaj *hitro padlo*. Saj bi bilo ljudi, ki jih je treba sterilizirati vedno manj. Seveda se to še ne bi poznalo v naši generaciji, tudi v bodoči morda še ne, toda tekom nekaj generacij bi bila stvar zopet v znosnem stanju. Čim manj pa bi bilo potrebnih zavodov za manjvredne, tem več bomo mogli in smeli zahtevati od dedno zdravih, da imajo zadostno število potomcev, ki je danes tudi pri nas *že strahotno nizko*. Toda če bi pri nas sedaj začeli s *pametno evgenično populacijsko politiko*, je še čas, dočim je v marsikateri zapadni državi že prepozno, najbrže tudi v Nemčiji, ki ima danes skoro najmanjše število rojstev in resničnega letnega prirastka prebivalstva.

Abortus: Kot evgenično neprimerno sredstvo moramo principielno odklanjati splav, abortus. Abortus se tiče vedno *samo enega, odn. dveh* individuov, matere in prav doličnega neželenega potomca, ne pa tudi nadaljnjih. Niti z medicinskega vidika ne moremo smatrati medicinsko neindiciiran abortus za priporočljivo sredstvo. Socialno indikacijo odklanjajo skoro vsi strokovnjaki. Evgenična pride pa v poštev zopet *le v enem primeru*, namreč, *kadar je zanosila ženska, ki bi že morala biti sterilizirana*; takrat bi se ob enem s sterilizacijo moral izvršiti tudi splav potomca, ki z vidika družbe, z vidika evgeničnih načel *ni zaželen*.

Evgenika se mora celo odločno postaviti proti abortusu, kakor se izvaja danes, ker največ abortirajo prav one ženske, ki bi po socialnem položaju lahko imele otroke in pri katerih bi njih družba z evgeničnega stališča upravičeno lahko zahtevala. V Dravski banovini moramo računati z nekako 25 do 30.000 splavi *letno*. To je številka, ki *zanima ves narod*. In ker gre večinoma prav za z evgeničnega vidika večvredne, je to *ogromna narodna škoda v prid manjvrednim*, ki jim morajo dedno zdravi na ta ali oni način omogočati revno in bedno življenje po zavodih ali izven njih; in število teh, ki so potrebni javnih podpor radi svoje dedne pokvarjenosti narašča, kakor smo prej dokazali, *prav strahotno*. Manj sposobnih otrok in vedno več nesposobnih pa mora povzročiti prej ali slej nevzdržne gospodarske krize in pogin narodov, vsaj civiliziranih, ki se danes prav nesmiselno otepajo na vse mogoče in nemogoče načine svojih najboljših v vojnah, s splavljanjem, z znižanjem življenjskega standarda, z vedno novimi bremenmi, ki ne dovoljuje imeti zadostno število potomstva itd.

G.! Na koncu svojih izvajanj mi bodi dovoljeno spregovoriti še nekaj besed o *etiki evgenike* in s tem tudi njenih sredstev. Prvo načelo evgenike je, da je individuum manj kot celota, da se mora torej pokoravati interesu celote in se svobodno udejstvovati le v toliko, v kolikor to ni v škodo celoti. Razplod, neomejen razplod manjvrednih je individualna zahteva, ki je iz vseh naštetih razlogov proti interesom celote. Zato smatram evgenično zahtevo po preprečitvi takega razploda za visoko etično zahtevo. *Nehuma-*

nosti napram dedno zdravim mora biti konec, humanost naj se vrne na svoj pravi delokrog. Evgenika ne zahteva ubijanja niti rojenega niti še nerojenega življenja (razen v onem specialnem primeru), temveč le preprečitev, da bi se moglo sploh vzbuditi k življenju, kar z vidika višjih interesov zdrave človeške družbe ni zaželeno. Mislim, da tudi v tem lahko vidimo le etično pozitivno zahtevo.

Ljudi na zemlji je vedno več. Toda ni jih še preveč in le vprašanje je, kakšno kvaliteto hočemo. Ali naj bo vedno več takih, ki se brezmiselno, brez odgovornosti napram družbi in lastnim še nerojenim otrokom, plode, večkrat v pijanosti in spolni razuzdanosti, ali pa več takih, ki bodo vredni nekoč nositi ime človeka, ki ga je dal slavni švedski sistematik *Ch. Linné*: homo sapiens? Kajti evgenika zahteva mislečega človeka, ki preni isli življenska dogajanja in gibanja z vseh strani, ne pa le z vidika kvantitete. *Naša bodočnost leži v kvaliteti!*

Gotovo zahteva evgenika, prav v priznanju negativnih sredstev veliko preobrazbo svetovnega nazora in sploh celotne miselnosti. Na prvi hip se zdi morda celo kruta. Toda jasna dejstva nam diktirajo nujnost preorientacije v naši humanosti in celotnem pogledu na bodočnost človeštva. Naša bodočnost, to so naši dedno zdravi otroci, vnuki in pravnuki, naša kri! Za njen obstoj gre in za njeno zdravje! Homo sapiens — *misleči* človek bodi naš cilj!

Zusammenfassung:

Die Mittel der negativen Eugenik. (Ein Vortrag, gehalten im Verein für Soziologie und Rechtsphilosophie in Ljubljana am 8. Mai 1934.) Eugenik ist nicht Modesache, denn sie ist begründet auf wissenschaftlichen Tatsachen und Erfahrungen. Jede Erbanlage reagiert auf die Umwelt individuell, aber sie ist im Grunde durch äussere Einflüsse nicht abänderbar. Schlechte Erbanlagen können nicht geheilt werden, man kann sich gegen sie nur wehren **durch Ausschluss ihrer Träger vom Generationsprozess.** Dass die Erbkranken für die Volksgemeinschaft eine riesige finanzielle Belastung bedeuten, ist wohl nicht anfechtbar. Die gegen die Erbkranken geübte Humanität sollte nicht in Unhumanität gegenüber den Erbgesunden umschlagen, wie es heute schon der Fall ist. Die Verantwortung vor unseren Nachkommen verlangt von uns, die wir die kommende Gefahr erkannt haben, zu handeln, um die schweren Lasten, die für die Minderwertigen heute schon von den Gesunden getragen werden, nicht ins Unmögliche steigen zu lassen.

Was können wir tun? Die Eugenik bietet zwei Wege, einen positiven und einen negativen. Da der positive als der kostspieligere heute wohl kaum gangbar sein dürfte, wenden wir uns zum negativen. Die Mittel der negativen Eugenik sind:

1. Heiratsverbote,

2. Asylation (beide kommen praktisch wenig in Betracht),

3. Verhinderung der Fortpflanzung durch a) Kastration und b) Sterilisation.

Kastration kommt wohl nur für Sexualverbrecher in Betracht und ist mehr als Strafe, denn als eugenische Massnahme zu werten. Die Sterilisation einer Frau wurde aus medizinischen Gründen erstmalig 1823 von **Blundell** ausgeführt. Versuche einer Sterilisation beim Manne sind noch älter. Die Operationstechnik ist heute für Mann und Frau so fortgeschritten, dass der Eingriff — besonders beim Manne — wohl als ganz ungefährlich bezeichnet werden kann. Die Sterilisation (Vasotomie und Salpingektomie) ist heute die sicherste Methode zur Verhinderung der Fortpflanzung. Ein Sterilisationsge-

setz, das die Ausführung einer zielbewussten Populationspolitik dienen soll, muss auch die Anwendung des Zwanges (natürlich nur als äusserstes Mittel) befürworten. In dieser Beziehung ist das deutsche Sterilisationsgesetz als bahnbrechend zu bezeichnen.

4. **Abortus** kommt als eugenische Massnahme nur in seltenen Ausnahmefällen in Frage, dort nämlich, wo eine Frau, die schon sterilisiert sein sollte, geschwängert wurde. Mit dem Abortus wird heute der grösste dysgenische Raubbau am Volkskörper getrieben.

Die Eugenik verfolgt ethische Ziele, besonders die Besserung des Menschengeschlechts, die Erfüllung des von **C. Linné** zu früh eingeführten Namens: **Homo sapiens!**

Zakon o zatiranju spolnih bolezni,

objavljen v Službenih novinah Kraljevine Jugoslavije dne 31. maja 1934, ima tudi nekatere evgenično važne določbe. Tako je važen § 7, ki govori o spolni vzgoji, dalje §§ 10 (o reklami zdravil), 11 (prenos spolnih bolezni), 12 in 13 (skrb za ogroženo mladino in prostitutke), najvažnejši pa je § 9, ki predpisuje, da moški pred poroko predloži pristojnemu oblastvu zdravniško potrdilo, da ni spolno bolan. Važen je ta § zaradi uvedbe zdravniškega potrdila pred poroko, ker je s tem ustvarjen antecedens za ev. nadaljnja potrebna zdravniška potrdila pred poroko n. pr. za primer tuberkuloze ali raznih dednih bolezni in anomalij v rodovniku. Upajmo, da bo zdravniško, odn. genealoško spričevalo kmalu nadomestilo razne dokaze o gmotnem stanju zaročencev!

Š.

Književno poročilo: V Münchenu je izšla knjiga: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933. itd., ki so jo spisali dr. med. **Gütt**, dr. med. **Rudin** in dr. jur. **Ruttke**, t. zv. očetje tega zakona. — Po obširnem biološkem uvodu, ki je tudi za lajka jako jasno pisan, sledita tekst zakona in izvajalne uredbe. V uredbi so izšli tudi vsi potrebni formularji, n. p. predlog za sterilizacijo, zdravniško spričevalo (ki je jako obširno!) in zdravniško poročilo o izvršeni operaciji. Sledijo razlage v zakonu in uredbi rabljenih terminov ter utemeljitev raznih določb. V knjigi je priobčen tudi izveček Zakona proti nevarnim povratnim zločincem in o ukrepih varnosti in poboljšanja z dne 24. nov. 1933, v katerem nas zanima zlasti uvedba kastracije pri seksualnih zločincih, ki se lahko izvaja tudi z uporabo neposredne sile. Važna dodatka sta opis sterilizacijske in kastracijske operacije pri moškem od **E. Lexerja** in pri ženski od **A. Döderleina**, torej od dveh znanih strokovnjakov. Na koncu knjige je kazalo tujk, seznam uredb, seznam sodišč in višjih sodišč za dedno zdravje in končno jako obširen seznam slovtva, ki obsega 15 strani! Stvarni indeks zaključuje knjigo, ki je tudi opremljena z nazornimi slikami. Knjiga bo gotovo zanimala tudi naše zdravnike in juriste.

Š.

Dr. Vl. Jelovšek †

Dne 3. maja 1934 je zapustil za vedno ta svet dr. **Vl. Jelovšek** glavni urednik „Liječničkog Vjesnika“.

Rojen je bil 15. avgusta 1879 v Osijeku. Gimnazijo je študiral v Osijeku in Zagrebu, kjer je maturiral 1897. Medicino je študiral na češki univerzi v Pragi, kjer je 1905 promoviral. Med tem časom je bil vpisan tudi na filozofični fakulteti v Zagrebu.



Dr. VLADIMÍR JELOVŠEK †

Posvetil se je okulistiki, za katero se je tudi specializiral v bolnici milosrdnih sestara v Zagrebu. Kot okulist je deloval pri Okrožnem uradu v Karlovcu in Zagrebu.

Ni bila okulistika ona, ki je vse njegove sile absorbirala, dasi je bil v svojem strokovnem delokrogu izredno priljubljen, od bolnikov visoko čislán, kratko — bil je dober zdravnik in kolega.

Vse svoje sile, vse svoje življenje je posvetil domači medicinski pisani besedi, ki je bila utelovljena v „Lječničkom Vjesniku“.

Ali si moramo predstavljati „Lječnički Vjesnik“ brez njega? Kdo bi izdržal vse one neprijetnosti, ki jih uredništvo nosi s seboj? Kdo bi neumorno, sam, popolnoma sam pregledoval vse rokopise, jih popravljál, vodil vse težke debate z avtorji in kdo bi vse to tako potrpežljivo prenašal? Saj je njegovo delo bilo malo znano izven zdravniških krogov. Nečujno, brez slave in neumorno je bilo njegovo delo. Neprecenljiva je njegova zasluga, da je „Lječnički Vjesnik“ dosegel tako visoko stopnjo med drugimi svetskimi strokovnimi revijami. Pokojni urednik je lahko zadovoljen s svojim uspehom, njegov naslednik bo imel težko delo, obdržati zadobljeno pozicijo.

Medicinska biblioteka je njegovo delo. Dobro, res so avtorji te periodične brošure dali svoje najboljše, ali duša vsega, senčne strani, neugodne prilike in materialne brige, je nosil dr. Jelovšek. V današnjih kritičnih dnevih izdajati strokovni list in vedno preskrbeti možnost, da se nameravano lahko obistini, to je bila njegova veličina in samo njegova požrtvovalnost, nesebičnost in neumorno delo so to zmogli.

Kot tovariš in drug je bil dr. Jelovšek eden izmed onih, ki je znal pridobiti vsakega, da ga je moral upoštevati in dr. Jelovšek ni imel sovražnika. Kako se je on brígal in trepetal za svojo sivolaso mater, katero je ljubil nad vse in usoda je izbrala prej njega.

Od Slovencev ga pozna veliko število kolegov, ki so z njim prišli v dotiko, bodisi na kongresih, bodisi v uredništvu „Lj. Vjesnika“. Dvomim da je kateri, ki ne bi Jelovškega visoko cenil. Slovenskemu zdravništvu je napravil velike, neprecenljive, toda malo znane in priznane zasluge.

Da je z njim legel v grob popolen človek, prijatelj in drug, dokazujejo nešteti nekrologi.

Ohranimo ga tudi mi v najlepšem spominu in naj mu bo domača zemlja lahka, katero je zelo ljubil.

Umrl je velik prijatelj Slovencev.

Dr. B. L.

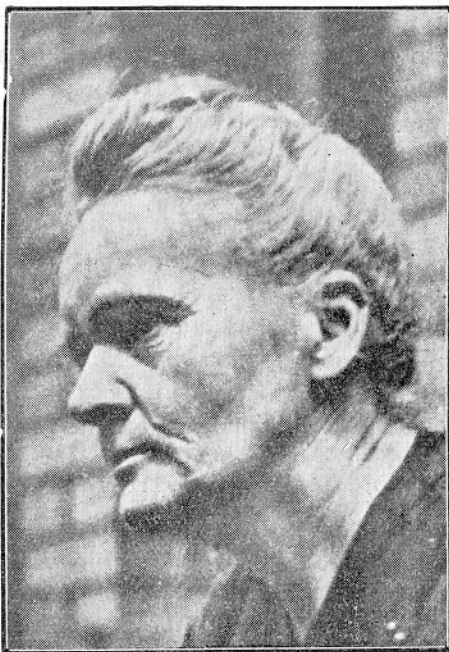
Marija Curie-Sklodovska

1867-1934

Marija Curie-Sklodovska, pronalazač radiuma, doktor filozofije, profesor Sorbone, direktor Radium instituta u Parizu, dvostruki nosilac Nobelove nagrade, član francuske i mnogih drugih Akademija nauka i naučnih društava, jedan od najvećih umova sveta a kao žena-naučnik najpoznatija i najslavnija među ženama svih vremena — umrla je 3. jula ove godine u jednome senatorijumu u Francuskoj u svojoj 67. god. života. Obolevsši od gripa nije mu mogla odoleti usled starosti i štetnog dugogodišnjeg uticaja radioaktivnih tela na njen organizam. Na taj način ugasio se život jedne neumorne radenice, čijim otkrićima je izazvat čitav preokret u nauci kao tekvoj pa i u samoj medicini. Stotine i stotine hiljada bolesnika imaju i imaće za svoj život da zablagodare u krajnjoj liniji g-dji Curie, koja je sa svojim mužem i otkrila najmoćnije radioaktivno telo-radium.

Rodjena u Varšavi 7. novembra 1867 god. kao kći gimnazijskoga profesora fizike Marija Sklodovska morala je usled siromaštva jedno vreme prekinuti svoje školovanje i raditi kao guvernanata. Godine 1891 u njenoj 24. god. kao politički sumnjiva tadašnjim gospodarima Poljske bila je prinu-

djena izbeću u Francusku, gde je kao u njenoj drugoj otadžbini ostala sve do smrti radeći za dobro čovečanstva. Po svome dolasku u Paris najpre je radila kao laborantkinja a potom kao asistenta kod prof. Lipmana, koji je ubrzo bio zapazio njenu naklonost i darovitost za prirodne nauke. Tu se god. 1894 i upoznla sa Pierre Curiejem sa kojim se je već iduće 1895 godine i venčala. Kao suprozi oni su jedno vreme radili kod Henri Bècquerela a potom kad je P. Curie postao profesor Sorbone otpočeli su da rade samostalno u svojim laboratorijumima. Godine 1904 kada su već bili slavni nesrečnim slučajem su kola pregazila P. Curiea i on je umro. Nakon kratkoga vremena g dja Curie je zauzela katedru, koju je do svoje smrti držao na Sorboni njen muž. Kasnijim svojim radom g-dja Cu-



MARIJA CURIE-SKLODOVSKA

rie je dokazala, da je potpuno dostojna te velike časti, koja joj je ukazana kao jednoj ženi.

Radium je, kao čedo g-dje Curie, onaj čudni metal, koji spontano — sam od sebe odaje jedno, inače pod običnim okolnostima nevidljivo zračenje, slično Röntgenovim X zracima. To je zračenje sposobno da: isprazni naelektrisani elektroskop jonizirajući okolni vazduh; impresionira fotografsku ploču menjajući njen srebro nitrat; izaziva luminiscenciju fosforescentnih i fluorescentnih tela; menja boju na pr. stakla i dragoga kamenja; razlaže mnoga organska jedinjenja; razlaže vodu u njene sastojke; pretvara kiseonik u ozon; probija kroz inače neprozračne materije (probije i kroz 22 cm debelu olovnu ploču!) i t. d. i t. d. Za medicinu najglavnija je pak osobina toga zračenja, da deluje smrtonosno na žive ćelije tkiva. Razna tkiva pokazuju i različit stepen radiosenzibiliteta prema jednoj te istoj dozi radioaktivnih zrakova. Za terapiju je naročito važno što obolela tkiva obično pokazuju veći stepen osetljivosti prema radiumu nego zdrava. Blagodareći toj razlici pogodnim doziranjem omogućeno je i upotrebljavati radium u kurativne svrhe.

Danas u mnogim državama postoje specijalni zavodi u kojima stručnjaci vrše bilo isključivo sa radiumom bilo kombinovano sa drugim metodama lečenje bolesnika. Tako i kod nas pored fizičko-hemijskog Zavoda za radium na Medicinskom fakultetu u Beogradu (čiji je šef prof. dr. D. Jovanović, višegodišnji saradnik gdje Curie) postoje i dva zavoda za radiumterapiju (u Beogradu i Zagrebu), koji raspolažu ukupno sa jednim gramom radiuma, kupljenog po cenu od 3,500.000 din. u Čehoslovačkoj. Ovako visoka cena radiuma onemogućava njegovu upotrebu u širem obimu. Ali je interesantno, da prosečni život radiuma iznosi oko 2700 god. I naš gram radiuma, pod uslovom da se ne izgubi, oslabiće za polovinu svoje radioaktivnosti odn. izgubiće polovinu svoje težine tek nakon 1730 god. Za to vreme se on tek sasvim lagano u toku, dakle čitavih vekova raspada i izumire. To se raspadanje — dezentegracija sastoji u transformaciji, u eksplozivnome obliku njegovih atoma u atome nižih radioaktivnih tela sa manjom atomskom težinom, pri čemu dolazi i do odavanja spomenutih zrakova. Sam taj proces dezentegracije nastaje iz do sada nepoznatih razloga, a ne da se ničim niti zaustaviti niti izmeniti u opšte. U toku svoje transformacije jedan gram radiuma oda toliku količinu toplote, koliko bi tek imalo da proizvede 400 kg. uglja. Iz toga se fakta može zamisliti kolika je ogromna količina energije zgusnuta u tako maloj jednoj količini materije. Za jednu sekundu se međjutim transformiše 1.000.000.000 atoma radiuma.

Do otkrića prvoga radioaktivnog tela došlo je na interesantan način. Naime, kao što to često biva da otkriće jedne prirodne tajne omogućava ili ubrzava nova otkrića, tako se donekle desio slučaj, da je Röntgenov pronalazak 1895 god. njegovih X zrakova povukao već iduće 1896 god. i pronalazak prvoga radioaktivnoga tela — pronalazak, koji je pak učinio francuski naučnik H. Becquerel. On se bio zainteresovao dali u prirodi

postoji telo, koje bi odavalo od sebe zrake slične onim, koje je i Röntgen uspeo da dobije pomoću električne struje u Crooksovim cevima. Pošavši, inače pogrešno, od pretpostavke, da bi svetlucanje luminiscentnih materija moglo biti slične prirode kao i Röntgenovi zraci, srećnim slučajem on je otpočeo svoja istraživanja sa fosforescentnim solima baš samoga uranijuma. I blagodareći toj okolnosti on je jednoga dana mogao konstatovati pomoću fotografske ploče, da te soli u istini odaju zrake slične Röntgenovim, ali da nemaju nikakve veze sa pojavom luminiscencije, već da su svojstvena osobina atoma uranijuma. Posle toga otkrića g-dja Curie, kao učenik H. Becquerela, bila se zainteresovala da li u prirodi ne postoji sem uranijuma još koje drugo radioaktivno telo. Tako je ispitujući sistematski sve, do tada inače poznate, hemijske elemente i na radioaktivitet god. 1898 otkrila, istovremeno kad i Schmidt, torijum. Ali u toku svojih ispitivanja g-dji Curie palo je u oči, da izvesne rude, a naročito tzv. pehblenda iz Joahimova u Češkoj, pokazuju mnogo veću radioaktivnost nego što bi to odgovaralo sadržini uranijuma i torijuma u njima. Otuda je, blagodareći njenome naučnome daru i primedbama H. Becquerela zaključila, da u spomenutim rudama moraju sem uranijuma i torijuma postojati još i druga, i ako u malim količinama, nepoznata ali inače srazmerno jako radioaktivna tela. Polazeći od te pretpostavke zainteresovala je i svoga muža te su zajedno pristupili izdvajanju nepoznatih radioaktivnih tela iz pehblend. Za tu svrhu su bili dobili od austrijske vlade čitav vagon rude iz Joahimova. Tu su rudu više od dve godine prečišćavali u jednoj običnoj šupi „gde su proživeli, veli g-dja Curie, najsrećnije dane svoga života“. Za to vreme g-dja Curie se bila dva puta razbolela i jedan put porodila pa ipak i mimo odvrćanja njenoga muža nije htela prekinuti svoja istraživanja. Najzad je 1898 god. najpre otkrila polonijum a potom zajedno sa svojim mužem i u kolaboraciji sa Bémontom otkrila je mada u neprečišćenom stanju i radium, koji se pokazao preko milijon puta radioaktivniji od uranijuma. Pronalazak radiuma delovao je kao najveća naučna senzacija a g-dja i g. Curie postali su slavni širom celoga sveta. Najveće naučno društvo u Engleskoj „Royal Society“ u Londonu dodelilo im je Davyjevu medalju a 1903 god. zajedno sa H. Becquerelom dobili su Nobelovu nagradu. Légion d'honneur P. Curie je odbio izjavljujući, da bi više volio laboratorije nego odlikovanja. Kasnije god. 1910 g-dja Curie uspela je da dobije radium u čistome stanju kao metal i za to je dobila i po drugi put Nobelovu nagradu za hemiju. Za vreme rata g-dja Curie radila je na frontu. Posle rata njenim zauzimanjem osnovan je Radium institut u Parizu sa otkomom za fiziku — hemiju (direktor g-dja Curie) i otkomom za lečenje (direktor prof. Regaut), koji je danas najpoznatija ustanova te vrste u celome svetu raspolazući sa 7.300 gr. radiuma. God. 1921 predsednik Harding predao je g-dji Curie jedan gram radiuma kao poklon američkih žena. God. pak 1929 g-dja Curie je prisustvovala u St. Laurentu u Americi otkrivanju spomenika, koji joj je podignut na ulazu u Hemijski institut tamošnjeg univerziteta. Nekoliko dana nakon toga u Be-

loj kući u Vašingtonu predsednik Hoover jej je svečano u prisustvu ministara i poslanika stranih predao ček od 50.000 dolara radi kupovine i drugoga grama radiuma, koji je ona poklonila novoosnovanome Curie institutu u Varšavi. Smrt njena znači ogroman gubitak za nauku i čovečanstvo.

IZ SOCIALNEGA ZAVAROVANJA

Umrljivost zavarovanih delavcev in nameščencev v mesecu juliju l. 1934

V mesecu juliju tega leta je po dospelih prijavah umrlo 181 delavcev in nameščencev, od teh 147 moških in 34 žensk.

Za nalezljivimi boleznimi je umrlo 62 oseb, od teh 50 za pljučno tuberkulozo (27.6%), 1 za kolero, 1 za trebušnim logarjem, 1 za dizenterijo, 2 za malarijo, 1 za porodno vročico, 1 za zastrupljenjem krvi, 3 za meningitis tbc., 1 za tbc. peritonei, 1 za venerično boleznijo.

Za ostalimi boleznimi je umrlo 94 delavcev in nameščencev. Ponesrečilo se je pri delu 10 delavcev, a izven posla 15 (od teh se je utopilo pri kopanju v rekah 13).

Z ozirom na poklic je bilo od umrlih 17 uradnikov, 56 kvalificiranih delavcev, 18 vajencev in 90 nekvalificiranih delavcev. Največje število umrlih odpade na trgovske nameščence (22), nato slede delavci gozdno-lesne industrije (16), tekstilne industrije (13), industrije živil (11), pri visokih zgradah (10), služkinja in sluga v gospodinjstvu (10).

Delavci ostalih strok so zastopani z manjšim številom mrtvih pod 10 (n. pr. grafični delavci 4).

Največje število umrlih je bilo zavarovanih z mezdo preko Din 48— in to 29 delavcev in nameščencev.

Rodbinam umrlih delavcev in nameščencev je bilo v mesecu juliju t. l. izplačanih za pogrebne skupaj Din 131.382—. Od te vsote odpade na bolniško zavarovanje Din 122.467— a na nezgodno zavarovanje D 8.915—.

Število umrlih zavarovanih delavcev in nameščencev v mesecu juliju bo v resnici nekoliko večje kot zgoraj omenjeno, iz razloga, ker še niso prijavljeni vsi smrtni slučajji zavarovanih delavcev in nameščencev.

Število naknadno prijavljenih delavcev v juliju bo objavljeno v sledečem poročilu za mesec avgust t. l.

SUZOR.

Ugodnosti

za člane Kreditne sanitetske zadruga pri zaključenju življenskih zavarovanj.

a) popusti:

1. člani zadruga imajo **znaten popust na premijah**
2. če zavarovanje znaša najmanj Din 20.000⁻, imajo člani zadruga popust tudi pri plačanju premije v polletnih, tromesečnih ali mesečnih obrokih.
3. **oproščenje od davščine**, ki se drugače računa. Taksa se razen tega plača po zakonu o taksah in to enkrat za vselej.

b) brezplačni dodatki:

1. **vojni riziko** do 50.000⁻ — zav. vsote, dočim se preko tega iznosa v slučaju vojne plača dopolnilna premija samo za presežek zavarovalne vsote.
2. **totalna invalidnina**. Za slučaj, da zavarovanec v toku trajanja zavarovanja, a pred dovršenimi 60 leti starosti, postane radi bolezni, nezgode ali njunih posledic 100% nesposoben (trajna invaliditeta), se njegovo zavarovanje pretvori v zavarovanje oproščeno plačevanja premij, a zavarovanec prejme cel zavarovalni kapital ob roku, odnosno njegovi nasledniki v slučaju, da preje umre.

3. **amerikanska prolongacija**. Ko je zavarovanje plačano polna tri leta, ima zavarovanec po splošnih pravilih o zavarovanju pravico na zavarovanju pravico na zamenjavo tega zavarovanja v brezplačno zavarovanje z zmanjšano zavarovalno vsoto. Za slučaj, da zavarovanec ne želi ali ne more dalje plačevati premij tega zavarovanja, a polica ni obremenjena z dolgom, lahko mesto omenjenega načina izbere klauzulo amerikanske prolongacije. Po njej ostane zavarovanje v veljavi še odrejeno število let, (trajanje prolongacije zavisi od dogovorjenega trajanja zavarovanja, starosti zavarovanca in od tarifne kombinacije) in to samo v slučaju zgodnje smrti kar znači, ako zavarovanec umre, dokler traja prolongacija, bo izplačalo društvo cel zavarovalni kapital. Toda ako zavarovanec doživi rok, nima pravice ničesar zahtevati od društva, razen v slučaju, da premijska rezerva prekorači iznos za nošeni riziko. V tem slučaju prejme v roku razliko pri-bitka. To je razvidno iz dodatka, s katerim je opremljena vsaka polica.

4. **operativna klavzula**. Po dvoletnem zavarovanju dobi zavarovanec pravico do brezplačnega posojila v višini odkupne vrednosti na osnovi svoje police v slučaju, da mu je potrebna kirurška operacija. To posojilo se dovoli na podlagi računa zdravnika, ki je izvršil operacijo.

5. **družinsko zavarovanje**. Zavarovalni kapital se v slučaju smrti moža takoj izplača njegovi ženi. Če pa tekom preostalega roka umre tudi ona, tedaj se izplača otrokom še enkrat cel zavarovalni kapital.

6. **za dodatno zavarovanje proti nezgodam** in sicer: za slučaj smrti ali (delno) trajne invaliditete se plača dodatna premija 2.5% ($2\frac{1}{2}\%$) od zavarovalnine.

Dr. A. Marković: *Ultraljubičasti zraci i njihova primena u medicini i u tehnici 1934.* U izdanju Vojno-medicinske biblioteke izašla je ova knjiga i time obogatila jednim novim korisnim delom našu medicinsku literaturu. Knjiga, na sto strana podeljena, je na dva dela: opšti i specialni. U opštem delu iznešena su fizička i biološka svojstva U-zrakova, njihovi prirodni i veštački izvori, opisane detaljno razne lampe, tehnika zračenja kao i indikacije i kontraindikacije. U specialnom delu je opisana primena kod svih onih bolesti, kod kojih se sa uspehom mogu upotrebiti U-zraci, kao i onih, kod kojih se često nepravilno upotrebljuju.

Knjiga je pisana precizno i sa razumevanjem, što pokazuje, da je pisao stručnjak, koji raspolaze ne samo znanjem, već i bogatim iskustvom. Tečan jezik i kratak stil povećava njenu vrednost i radi toga se vrlo lako čita. Ilustrovana sa dvadesetak fotografija i crteža raznih tipova lampa, korisno će poslužiti svim onim praktičnim lekarima, kao priručnik, koji se bave terapijom U-zracima. Isto tako će korisna biti i onim praktičarima, koji upućuju svoje pacijente na zračenje U-zracima, gde će naći sva potrebna uputstva za svaku bolest posebice. Jedino se treba bojati, da će jedan deo lekara teško čitati ćirilicu, kojom je napisana.

Dr. M. Grujić.

Dr. T. von Heelsbergen: *„Mensch und Tier im Zyklus des Kontagiums.“*

Založba F. Enke Stuttgart; Cena broširani M 7.20, vezani M 9.- Kolikor je star človeški rod, toliko stari so tudi njegovi odnosi do živalskega sveta. Že grški zdravniki so skušali s primerjanjem patoloških procesov pri človeku in živali poglobiti svoje medicinsko znanje. Takrat je bilo spoznavanje bolezní ljudi in živali strnjeno v eni roki, v srednjem veku se je to radi verskega prepričanja o stališču človeka v prirodi ločilo. In ne popolnoma v dobrobit človeka, kakor nas prepričujejo marsikateri epidemije nalezljivih bolezni. Šele Jennerjevo odkritje je vzbudilo nov interes za proučavanje bolezni pri živalih. Dela Pasteurja, Kocha, Rossa so nam odkrila marsikatero tajno človekovih obolenj, neskončno verigo novih odnosov med bolnim človekom in bolno živaljo; postavila so žival v vrsto dobavitelja mnogih zaščitnih in zdravilnih snovi.

Namen gornje knjige je, podati pregled nalezljivih bolezni v obeh sorodnih znanostih. Po etiologiji — že poznani ali domnevni — so bolezni razdeljene v grupe po njihovih povzročiteljih. Pri ljudeh in živalih v poštev prihajajoče homologne bolezni so opisane v glavnih obrisih predvsem s stališča njihovega infekcijskega modusa. Dasi pisatelj noče biti izčrpen v svojih izvajanjih, nam vendar odkriva marsikatero važno činjenico, na katero le redko naletimo v naših zgolj na človeka se nanašajočih knjigah. Marsikatero obolenje nam postane jasnejše če vemo, kje naj povsod v prirodi iščemo njegov izvor. Pričujoča knjiga nas pa tudi prepričuje, da različne bolezni pri ljudeh in živalih v svojih glavnih črtah soglašajo in da sta obe zdravilni vedi res najbližji sestri. Zasluga pisatelja je, da nas v tem velikem območju obeh ved pregledno orijentira. Knjiga bo vsakomur, ki se interesira za razširjenje analognih obolenj v živalstvu dobro služila.

A. P.

Dr. Georg Winter und Dr. Hans Naujoks: *Der künstliche Abort.* Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart, 1932. Str. 192. Druga izdaja tega dela je temeljito predelana in izpopolnjena z novimi ugotovitvami in izkušnjami; in ne samo to, tudi razširjena je, ker podaja poleg stališča pisateljev še stališča glavnih predstavnikov Nemčije o tem problemu. Interesantna so mnenja voditeljev nemških klinik, ki jih oddajajo na splošna in šp: cijaľna vprašanja o predmetu izdajatelju; važno pa je, da je večina odgovorov v principu slična, čeprav so se mnenja nove dobe v marsičem spremenila.

Po splošnih vprašanjih o abortu razmotriva Winter socijalne in evgenetske indikacije, indikacije vsled posilstva in nečistega dejanja, stališče prava in cerkve in dodaja opis uporabljivih metod za umetni splav. — Naujoks je obširno in do vseh potankosti

obdelal medicinske indikacije; vsa ta tako sporna vprašanja je utemeljil s podatki tozadnevne strokovne literature; prav lepo je napisano zlasti poglavje o pljučni tuberkulozi in obolenjih srca. — Knjiga bo v prid vsakomur, ki ima opravka s temi perečimi vprašanji.

Dr. Walter Stemmer: *Klinik der weiblichen Geschlechtshormone.* Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart, 1933. Str. 116. Aktualna vprašanja, ki dobivajo vsled dnevno novih in važnih dognanj vedno večji pomen in večjo trdnost in ki gotovo zanimajo vsakogar. V teoretičnem delu knjige podaja avtor pregledno sliko o medsebojnih odnosih seksualnih in ostalih hormonov ter živčevja in o njihovih vplivih na seksualne in generativne funkcije žene. V praktičnem delu skuša z analizo posameznih slučajev raztolmačiti bolezenske simptome in ugotoviti vzrok in sedež motenj v labirintu endokrinega sistema. Na podlagi kritične presoje doslejšnjih opazovanj in ugotovitev na pacientu ima namen začrtati pravilno in smotreno hormonalno in ostalo terapijo. Knjigi je priložena shematična tabela, ki dobro ponazoruje tekst.

Stremljenje pisatelja, da zbere raztresen material, je vredno pohvale. Ustregel nam je, ker je podal na kratko pregled tega tako kompliciranega problema, še bolj pa, ker skuša dosedanje za prakso pomembne rezultate endokrinologije racionalno izkoristiti. Vendar premalo povdari ona mesta, kjer rezultati še niso docela zanesljivi, temveč kjer gre bolj za njegova osebna naziranja.

Dr. Hans Naujoks: *Die Geburtsverletzungen des Kindes.* Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart, 1934. Str. 129. Knjiga je v prvi vrsti namenjena porodničarju: kazala naj bi mu s primeri tipičnih porodnih poškodb na plodu pravilno pot pri presojanju indikacij in mu predočila važnost večše izvedbe operativnih posegov; vrsto poškodb naj bi mu pomagala pravočasno spoznati in jo pravilno zdraviti; da ga obvaruje presenečenj, mu svetuje, naj principijelno vsakega novorojenčka, najsi bo po spontanem ali operativnem porodu, natančno preišče. — Spontane in operativne porodne poškodbe na otroku s svojimi zgodnjimi in poznimi posledicami pa mejijo skoro na vsa področja medicine, zato bo služila knjiga malone vsakemu zdravniku v orijentacijo in mu nudila v udeleževanju dovolj praktične in teoretične snovi.

Iz knjige razvidimo, kako veliko je število najrazličnejših spontanih in vijolentnih lezij, ki lahko zadenejo dele v času poroda in katerih razlikovanje je pogosto forenzično važno. Avtor jih je zbral iz svetovne literature, precej pa tudi iz lastne prakse in iz materiala skoro vseh nemških klinik in jih je sistematično uredil, tako da imamo pred sabo kolikor mogoče popolno delo. Stvarno je razložena in opisana etiologija, diagnostika, profilaksa in terapija poškodb z njihovimi posledicami ter pojasnjena s posameznimi interesantnimi primeri in poučnimi slikami.

dr. Pehani

Knjigarna Kleinmayr & Bamberg, Ljubljana

Miklošičeva cesta 16 - Telefon 31-33

priporoča gg. zdravnikom medicinsko

in farmacevtsko slovstvo, ki jo ima

vedno v zalogi. Novosti, kakor tudi

druge knjige pošilja radevolje na

ogled. Vse v „Zdravn. vestniku“ na-

vedene medicinske knjige in časopise

dobavlja najhitreje. Prosimo gg.

zdravnike, da se obračajo v slučaju

potrebe na nas. Dragevolje dajemo

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

Medicinski pregled — april, 1934

Prof. A. Radosavljević: Osnovi klasifikacije plućne tuberkuloze. Problem klasifikacije plućne tuberkuloze interesuje kako praktičare, isto tako i kliničare lekare, kao i naučnike, te baš radi toga nije ni lako doći do jedne jedinstvene klasifikacije. Anatomska podela zadovoljava samo morfološko-statičko stanje, te zato ne može da potpuno odgovori u prosvetilačne svrhe, jer „anatomske promene još ne sačinjavaju bolest“ (Peter). Isto tako imaju nedostatke i čisto kliničke klasifikacije. Klasifikacija koju je predložio L. Bard, a usavršio njegov učenik Piéry zasniva se na kliničko-anatomskim promenama, te je po mišljenju autora ona koliko praktički korisna, toliko i naučno zasnovana.

Dr. Martinović: Ispitivanje malignih tumora primenom metode kulture tkiva in vitro. (I)

Dr. Žujović: Ultra-ljubičasti znaci i njihova primena u medicini. (I). Pisac članka iznosi u kratkim potezima: istorijat k. z., zatim njihov postanak, kao i izvore — prirodne i veštačke, a onda prelazi na pojedinačno opisivanje njihovog biološkog svojstva. I to o uticaju na kožu, krv, nervni sistem, na unutarne organe, na mišićno tkivo kao i na mikroorganizme. Završava ovaj prvi deo članka D vitaminom i drugim zračnim supstancama.

Dr. Dojmi: Opažanja o Pelagri. I) Iznosi svoja interesantna opažanja o ovoj bolesti u našoj zemlji i dolazi do sledećih zaključaka: 1. (Pelagra se i kod nas, kao i u Evropi, pretežno endemično pojavljuje u krajevima gde se stanovništvo hrani kukuruzom i 2. Pelagra u Jugoslaviji je većinom lake forme. Razlikuje tri simptoma: kožni, nemopsihični i intestinalni. Naglašava da pelagru ne smatra nekom kožnom bolešću, već internim obolenjem sa kožnim manifestacijama, kao refleksom unutrašnjih promena u organizmu.

Medicinski pregled (Maj 1934).

Prof. Dr. D. Antić: O icterusu. Razlikujemo tri vrste icterusa: a) parenhimatozni; b) mehanički i c) hemolitički. Parenhimatozni icterus je u stvari toksični icterus, nastao oštećenjem jetre raznim „hepatotoksicima“ kao i mikroorganizmima. (Spircheta ictero-haemorrhagica). Pri tome se nalaze nekrotično-degenerativne promene na samom jetrinom parenhimu. Dok Naunyu i Umber misle da pri tome prvo dodje do obolenja žučnih kapilara, a tek sekundarno do obolenja parenhimalnih ćelija, dote drugi veruju da je tu primarna destrukcija jetrinih ćelija.

Klinična slika je raznolika: od običnog gadjenja, gubljenja apetita i žute boje, do febrilnog stanja, grčenja, teških povraćanja i boje kože koje ide do temno zelene.

Mehanički icterus nastupa usled smetnji da se žuč pravilno izlije u crevo. Te smetnje mogu biti intrakanalikularne i ekstrakanalikularne. Najčešći slučaj kod ovog drugog je karcinom glave pankreasa i papillae Vateri.

Terapija kod icterusa je na prvom mestu dietetska: što više ugaljenih hidrata, a što manje belančevina i masti (mesa, brašna, jaja, pa i mleka). Zatim medikamentozna: Insul n. Glykosa, Cylotropin, duodenalnu sondazu (sa 25% sol. magn. sulf) i Decholin. Što se tiče ovog poslednjeg, on se preporučuje kod holelitijatičnog icterusa, dok se smatra za kontraindikovano kod hepatocelularnog icterusa. Kod sifilitičnog icterusa je naravno jedina korisna antiluetična terapija, a kod icterusa sa spirachetom Obermayerovom Neosalvarsan. Na kraju dolaze banje: Vrnjci, Rogaška slatina, Karlovi Vary, Wichy.

Dr. S. Barjaktarović, docent: Lečenje ginekoloških krvavenja kongo-crvenilom. U zadnje vreme mnogi su autori pokušali da zaustave krvavenja neutralnim elektro-negativnim bojama. Među ove spada: Kongo-crvenilo. Pri tome su ustanovili (Becker, Wienert, Wedekind, Deinhardt) da se kod ljudi, pri ubrizganju ove boje, broj monocita, trombocita i količina fibrinogena povećava, a vreme koagulisanja krvi smanjuje. Ovo povećanje nastaje stoga, jer kongo-crvenilo draži retikuloendotelijalni sistem na povećanje funkcije, t. j. tu se događa ista pojava, kao kada se röntgenom zrači slezina i jetra.

Pisac iznosi 103 slučaja sa ginek. klineke krvavenja raznih etiologija, kod kojih je davao inf. kongo-crvenila, i kod kojih se uspeh kretao od 50—100%. Najbolji se uspeh pokazao kod juvenilnih metrorrhagia, purpura haemorrhagica i trudnoća u III. mesecu. Davao je 1% vodenog rastvora 10 do 20 ccm. Svakog drugog ili trećeg dana, dok je često bilo dovoljna samo jedna jedina injekcija, da krvavenje prestane.

Kongresna številka Zdrav. Vestnika je vzbudila povsod veliko zanimanje in zelo laskavi odziv celo v inozemstvu.

Na Dunaju bodo maja l. 1935 praznovali **150-letnico obstoja splošne bolnice**. Tej bolnici so pripadali skoraj vsi veliki mojstri medicine, ki so ustvarjali sloves dunajske medicinske šole. Splošna bolnica na Dunaju je bila otvorjena dne 16. avgusta l. 1784.

Na letošnjem velikem kongresu mednarodne homeopatske lige, ki se je pred kratkim vršil v Arenheimu (Nizozemska) in ki so se ga udeležili zdravniki iz skoraj vseh držav Evrope in Amerike ter celo iz Afrike, so sklepali o mednarodni homeopatski farmakopeji.

Tudi na Angleškem se pritožujejo čez silni **naval dijakov na medicinske fakultete**. V l. 1932 je bilo nič manj kot 52.000 studentov medicine, to je za 15.000 več kot l. 1912 in 19.000 več kot l. 1902. Angleško med. društvo se radi tega bavi z različnimi ukrepi proti temu, gotovo vse drugo kot razveseljivemu pojavu.

Vdova bivšega dekana medicinske fakultete univerze v Madridu **Sebastijana Recasensa** je ustanovila **ustanovo za pobijanje raka**. Vsako leto bo avtor najboljšega medicinskega dela o zdravljenju raka prejel nagrado 18.500 pezeta.

V Zedinjenih državah Severne Amerike so imeli l. 1929 7.000 bolnic skupaj 1.000.000 postelj in so izdali za javno zdravstvo 3. 656 milijonov dolarjev.

V Portugijski Afriki v pokrajini Zalala so se Ce-ce muhe silno množile in z njimi se je silno raspašala spalna bolezen. Vlada hoče cele pokrajine iztrebiti, pri čemur bodo našle smrt tudi vse živali.

Newyorško zdravniško društvo šteje 14.000 članov.

Nj. kralj. Visočanstvo knez Pavle je prevzel posle predsednika društva Rdečega križa

Pred nekoliko dnevi se je vrnil Njegovo kraljevsko Visočanstvo knez Pavle z daljšega potovanja iz inozemstva in je na Vidov dan 28. junija t. l. prevzel dolžnost predsednika društva Rdečega križa. Tega dne so mu bili predstavljeni v dvoru člani predsedništva in izvrševalnega odbora društva ter se je vršila konferenca, na kateri so mu l. podpredsednik senator dr. Svetozar Tomić in direktor društva referirali o splošnih poslih predsednika glavnega nadzornega odbora in predsedniki sekcij pa o raznih panogah društvenega dela.

Njegovo kraljevsko Visočanstvo knez Pavle je izrazil svoje posebno zadovoljstvo na dosedanjem delu Glavnega in ostalih odborov društva, vsled katerih zamore naš Rdeč križ pri vsaki priliki odgovarjati dolžnostim, katere so mu poverjene, ter je izrazil upanje, da bodo vsi odbori in člani društva tudi nadalje vztrajali v tem delu, s čimur ga bodo najboljše podprli pri izvrševanju njegovih predsedniških dolžnosti.

Na tej konferenci se je sklenilo, da se najaktivneje zastavijo vse moči za razširjenje organizacije v naši kraljevini s tem da se bodo osnovali odbori in poverjenišтва društva v vseh občinah v smislu odredb Zakona o društvu Rdečega križa, kar ta izrecno predpisuje. To pripravljeno delo, katero je osnovano za izvršitev glavnih namenov društva, je pa odvisno v prvi vrsti od števila sodelavcev. Vsled tega se mora posvetiti posebna briga in pazljivost pridobivanju članstva, tako da bode tudi naše društvo po vzgledu enakih društev v drugih državah doseglo ono moč, katero naš Rdeč križ po svojem delu v polni meri zasluži in katera je naši državi in našemu narodu potrebna. Po podatkih, kateri so prispeli dosedaj od državnih blagajin in poverjenikov je znatna večina državnih nameščencev že vpisana v članstvo. Vojaške komande in oblasti v tem.

oziru prednjačijo: so komande, pri katerih so vsi od najvišje starešine do redova vpisani v članstvo društva. Pričakovati je, da bodo do konca leta skoraj vsi državni nameščenci s svojim vpisom v članstvo in aktivnim sodelovanjem pomagali pri društvenem delu, toda največja podpora se pričakuje od ostalega prebivalstva. Organizacija še ni povsod izpeljana ali se je pokazalo, da je uspeh hiter in siguren povsod, kjer obstoja volja, požrtvovanje in ljubezen za veliko dobrotvorno ustanovo Rdečega križa. V posameznih krajih osobito v Južni Srbiji so srezi, v katerih so že ustanovljeni odbori v vseh občinah. V osnovnih, srednjih in drugih šolah je vpisano preko 350.000 mladine, katera se v organizaciji Podmladka Rdečega križa pripravlja za izpolnjevanje dolžnosti dobrih državljanov članov in samarjanov Rdečega križa.

Njegovo kraljevsko Visočanstvo knez Pavle je izrazil svoje zadovoljstvo, da more stati na čelu našega Rdečega križa ter je sporočil vsem sodelavcem tale pozdrav:

„Vrnivši se s potovanja iz inozemstva sem z veseljem prevzel dolžnost predsednika društva Rdečega križa naše drage kraljevine Jugoslavije.

Naše društvo je znano in spoštovano med narodom vsled svojega dobrotornega dela. To mi daje upanje, da bom našel v izpolnjevanju poverjenih mi dolžnosti mnogoštevilne in navdušene sodelavce in da bo naš Rdeč križ sposoben in pripravljen, da izvrši svoje naloge, katere njegovi vzvišeni zaščitniki in naš narod od njega pričakujejo. Vsem odborom, članom in prijateljem Rdečega križa pa sporočam svoj prisrčni pozdrav.

Pavle s. r.“

Glavni odbor društva Rdečega križa ponosen in srečen, da more z zaupanjem in vero na uspeh nadaljevati svoje delo pod vodstvom svojega vzvišenega predsednika, bo v najkrajšem času začel s pripravami za izpolnjevanje tudi drugih važnih nalog osobito pa s pripravljanjem svojega pomožnega osebja — prostovoljnih bolničarjev in bolničark poleg pripravljanja samarjanov in samarjank za izkazovanje prve pomoči v slučaju nepriljetskega napada iz zraka in v nesrečnih slučajih, kar je vse vršil tudi dosedaj.

Iz pisarne Glavnega odbora društva Rdečega križa v Beogradu A. br. 7762 od 29. junia 1934.

• • •

Z ozirom na gornji poziv Njegovega Visočanstva kneza Pavla in Glavnega odbora društva Rdečega križa vabimo vse naše sodržavljanke, da javijo svoj pristop kot redni člani našim edinicam, ki obstojajo že skoraj v vseh občinah.

Dravski banovinski odbor društva Rdečega križa kraljevine Jugoslavije.

IZ UREDNIŠTVA

Konferenca o Zdravniškem Vestniku !!!

Urednik Zdravniškega Vestnika je za časa kongresa Jugosl. zdravniškega društva na Bledu povabil zastopnike slovenskih zdravniških stanovskih organizacij in društev k razgovoru o Zdravn. Vestniku s sledečim dnevnim redom: 1. Poročilo in obračun urednika. 2. Je-li Zdravniški Vestnik potreben? 3. Materijalni temelj za nadaljnjo izdanje Z. V. 4. Vprašanje urednika in uredniškega odbora. 5. Eventuelni predlogi. Svojo udeležbo so obljubile vse povabljene organizacije.

Sestanek se je vršil na Bledu v Parkhotelu dne 9. sept. t. l. ob 4 h popoldne. Navzoči so bili zastopniki sledečih društev: Slovensko zdravniško društvo — Dr. Meršol in dr. Kunst, Mariborsko zdravniško društvo — Dr. Černič, Zveza blagajniških zdravnikov — Dr. Dereani, Društvo banovinskih zdravnikov — Dr. Andrej Jenko in dr. Češarek, Društvo zobnih zdravnikov — Dr. A. Logar in dr. Brenčič, ter za Zdravn. Vestnik Dr. Neubauer in Dr. T. Furlan. Predsednik Zdravniške zbornice za Dravsko banovino prof. dr. A. Košir, ki je svojo udeležbo obljubil, je radi neljubega nesporazuma radi kraja sestanka izostal.

Urednik Zdravniškega Vestnika olvarja sestanek s sledečim uredniškim
poročilom:

Spoštovani gospodje tovariši! Ko sem spravil Z. V. enkrat iz najhujšega in dokazal, da list ni mrtev niti na smrt obsojen, kakor je to nekaj časa izgledalo, sem začel misliti, kako bi ga mogel moralno in materijelno fundirati in gledal sem naokrog, kje bi našel forum, do katerega bi se mogel obrniti. Tega foruma žal do danes ni. Zato sem našel samo eno pot, po kateri bi mogel priti do cilja. Povabil sem vsa slovenska zdravniška društva, da po svojih zastopnikih izjavijo, kaj mislijo glede Z. V. in njegovega nadaljnega obstoja. Zahvaljujem se Vam, da ste prišli na ta sestanek, ki je postal nujen, da se enkrat pogovarjamo o nadaljnjem obstanku Z. V. Znano Vam je, da sem prevzel uredništvo in administracijo Zdrav. Vestnika marca l. 1932 iz rok prejšnjega urednika prof. dr. Koširja, ki je opetovano izjavljal, da uredništva Z. V. pod nobenim pogojem ne name-rava obdržati še dalje. Kolegi, do katerih se je prejšnji urednik obrnil, da bi prevzeli uredništvo, so iz enega ali drugega razloga odklonili in tako sem list prevzel jaz, ker se nihče drugi ni našel, ki bi ga hotel voditi naprej. Meni je bilo od vsega začetka jasno, da nam je list nujno potreben in da moramo vse storiti, da ga ohranimo in dovedemo na dostojno stopnjo. Pri tem bi hotel naglašati, da me je vodila pri sklicevanju današnjega sestanka v prvi vrsti težnja, razčistiti idealno, in še-le v drugi vrsti gmočno plač našega lista.

Potrebo slovenskega zdravniškega znanstvenega glasila je uvidela Zdravniška zbornica, ko je junija l. 1928 na eni svojih sej na predlog dr. Pintarja sklenila, da se znanstveno glasilo kot priloga k Stanovskemu glasilu redno izdaja na stroške zbornice. Znano Vam je, da je prišlo po prav lepem in mnogo obetajočem začetku kmalu do nesporazumov, ki so ogrožali obstoj lista in vsled tega kmalu do spremembe uredništva.

Ko sem list prevzel, je bila moja prva naloga nekako — depolitizirati Z. V. Ta naloga je bila otežkočena v prvi vrsti radi pomanjkanja vseh, dobresedno prav vseh materijelnih sredstev, radi pomanjkanja sodelavcev in ne nazadnje radi nezanimanja naših kolegov za svoje znanstveno glasilo. Od najrazličnejših strani sem takrat slišal izjavo, da nam samostojen list sploh ni potreben, da zadostuje, ako oni maloštevilni zdravniki, ki hočejo znanstveno delovati, predajo svoja dela Lječniškemu Vjesniku ali drugim medicinskim revijam.

Od vsega začetka so bile na dnevnem redu materijelne težkoče, o katerih sem v listu opetovano poročal, dasi mi je bilo vedno zoprno, da sem moral zopet in zopet stati pred svojimi tovariši in čitatelji v ulogi berača. Prepričan sem, da je bila pomanjkljiva, oziroma sploh neobstoječa materijelna osnova oni glavni razlog, da se ni nihče razen mene hotel lotiti uredništva našega lista. Zdravniška zbornica, ki je list v začetku vzdrževala, je svojo subvencijo — kolikor mi je znano — po prvem nesporazumu z urednikom umaknila. Ko sem list prevzel, sem sicer dobil obljubo, da bo Z. V. zopet subvencioniran, pod pogojem, da bi izhajal še nadalje kot priloga k Stanovskemu glasilu, pogoj, ki sem ga pa moral po tehtnem premisleku odkloniti. Pod vplivom vsesplošne gospodarske krize je tudi Kr. banska uprava zmanjšala svoje subvencije na minimalno vsoto. Tako so kot edini temelj za izdajanje lista ostali dohodki iz inseratov. Nihče, ki se ni baval s tem delom, si ne bo mogel predstavljati, kako naporno pa tudi odiozno je prepričevati trdke o potrebi inseriranja v razmeroma vendarle neznatnem zdravniškem listu. Poleg tega pa se inserati običajno plačujejo le s precejšnjo

zamudo tako, da je pomanjkanje obratnega kapitala za Z. V. prav občutno. To je, gospodje tovariši, temelj, na katerem edino se ne more in ne sme graditi nadaljnji obstoj lista, akoprav bodo tudi v bodoče dohodki iz inseratov morali igrati važno vlogo. Prostovoljni prispevki so le zelo počasi pritekali v tiskovni sklad in njih višina kaže v zadnjem času raje padajočo kot rastočo tendenco. Od vsega začetka je bilo na dlani, da bi mogli zjamčiti Zdrav. Vestniku zdravo materijelno podlago, ako bi ga vsi kolegi iz Dravske banovine naročevali proti rednemu plačilu zmerne letne naročnine. — Pri tem pripomnim, da plačujejo hrvaški kolegi za Lječnički Vjesnik Din 210.— (obenem s članarino za zdravniško društvo) ter slično srbski kolegi za Srpski arhiv. Toda poznavalci naših razmer vedo, da bi v trenutku, ko bi zahtevali naročnino, padla naklada lista tako, da bi po optimistični cennitvi mogli računati na ne več kot 200 naročnikov. S tem bi postala naklada lista tako majhna, da bi trdke izgubile vsak interes na nadaljnjem inseriranju in bi bil obstoj lista zopet ogrožen. Radi tega se dosedaj nikakor nisem mogel odločiti, da bi uvedel naročnino.

Če je bilo vkljub tem velikim materijelnim težavam mogoče ne samo držati list pri življenju, temveč še znatno povečati obseg in naklado, je to bilo mogoče samo radi tega, ker se vse delo vrši popolnoma brezplačno. Vse to pa je razvidno is sledečega

obračuna:

	Leto 1932	Leto 1933
Izdatki :	Din 33.746 63	Din 53.580 05
od tega:		
Tiskarna, klišeji in ins. davek	Din 23.133 25 (95 0/0)	Din 49.686 45 (92 0/0)
Poštnina in Poštna hranilnica	„ 854 13 (2 „)	„ 2.343 60 (4 „)
Papir in tiskovine	„ 437 75 (2 „)	„ 132 — (2 „)
Nagrade	„ 300 — (1 „)	„ 1.418 — (2 „)
Dohodki :	Din 30.302 —	Din 55.570 95
od tega:		
Subvencije: ¹		
Zdravn. zbornica	Din 5000 —	Din 2.000 —
Sl. zdrav. društvo	Din 1000 — 28 0/0	— — —
Kr. banska uprava	„ 2482 50	Din 497 50 4 0/0
Prostov. prispevki	„ 3995 — 13 0/0	„ 8.703 50 ² 16 „
Naročnine itd.	„ 585 — 2 „	„ 4.368 20 7 „
Inserati	Din 17.239 50 56 0/0	Din 40.003 75 72 0/0
Deficit	Din 3.444 63	Suficit Din 1.990 90
Preostali deficit	Din 2 453 73	

Prostovoljni prispevki

Od 556 zdravnikov v Dravski banovini

je prispevalo 51 zdravnikov (ca. 10 0/0) 118 zdravnikov (ca. 20 0/0)
in sicer:

30 manj kot	Din 50 —	53 manj kot	Din 50 —
16	„ 50 —	39	„ 50 —
5 več kot	„ 50 —	26 več kot	„ 50 —
dvakrat v 3 letih je prispevalo	55 zdravnikov ali 10 0/0		
trikrat v 3 „ „ „	17 zdravnikov ali 3 0/0		

¹ Večina teh subvencij je bila namenjena za jubilejno številko ob priliki 70-letnice Sl. Z. D.

² ca. 2.500 din. so prispevali zdravniki iz drugih banovin.

Iz tega obračuna vidite gospodje tovariši, da je samo skrajno varčevanje sploh omogočilo izdajanje Zdrav. Vestnika. Izračunal sem, da je ena stran Z. V. l. 1932 prišla na Din 162— medtem, ko se mi je posrečilo dobiti l. 1933 mnogo ugodnejšo ponudbo, po kateri sem plačal eno stran po Din 115.—, to je za 29% cenejše kakor l. 1932. Pri tem so seveda vračunani vsi stroški. Iz mojega obračuna pa tudi lahko vidite, kako stoji v resnici s prostovoljnimi prispevki kolegov za tiskovni sklad Z. V. in koliko drži trditev nekega tovariša, da so vsi zdravniki Dravske banovine **naročniki** našega Lista. Mislim, da ta obračun ne zahteva podrobnejšega komentarja. Kdor bi se od Vas za njega bolj intenzivno zanimal, sem mu z vsemi podatki rade volje na razpolago.

Mnogo bolj razveseljiva je slika glede sodelavcev. Ko sem začel z urejevanjem lista, nisem imel niti enega rokopisa in se moram pri tej priliki predvsem zahvaliti svojim golniškim kolegom, ki so s svojim sodelovanjem omogočili izdajanje prvih števk in ki so tudi pozneje v originalnem, zlasti pa tudi v referatnem delu lista vedno navdušeno sodelovali. Prav posebno občutno je za Z. V. pomanjkanje vsake tradicije v znanstvenem delu, saj se je na medicinskem polju dosedaj razmeroma le zelo malo pisalo in objavilo. Občutno pa je tudi pomanjkanje klinik, ki bi mogle vzeti Z. V. pod svoje okrilje in mu zagotoviti znanstveno višino. Da izpolnim to vrzel in da napravim list kolikor mogoče zanimiv, obenem pa tudi, da bi vzbujal v zdravniških krogih izven Slovenije zanimanje za Z. V., sem vedno z veseljem pozdravi sodelovanje zdravnikov iz drugih delov naše države in sem zato večkrat objavil članke v srbo-hrvatskem jeziku, kar je po mojem globokem prepričanju samo v prid listu. Danes je položaj tak, da bi bilo po razpoložljivih člankih po poročanju referatnega dela kmalu mogoče izdajati Vestnik 14 dneвно.

V bodoče se bo moral vsak urednik držati te dosedanje razvojne črte. Nihče mi ne bo mogel zameriti, ako v tem razmeroma kratkem času in pri razmerah, ki sem jih ravnokar orisal, nisem mogel izpolniti vseh želja in izčrpati vseh možnosti razvoja, ki jih ima list. Nalog je še vedno dosti. Ob še večjem in intenzivnejšem delu vseh bo mogoče še bolj pedantno izbirati prispevke za originalni del lista in s tem dvigniti njegovo znanstveno višino. Vedno sem skušal dajati kolikor mogoče mnogo praktičnemu zdravniku. Tudi tukaj je še odprto široko polje. Socijalni medicini se bo moralo posvečati več pozornosti kakor doslej, ravnotako perečim stanovskim vprašanjem. Moram na tem mestu ugotoviti, da sem se v vseh teh vprašanjih opelovano obrnil do precejšnjega števila kolegov, da pa do danes še nisem našel nobenega odziva. Je žalostna resnica, da vidno pada gmotni standard zdravnika in da mu je vedno težje nabaviti si potrebno medicinsko literaturo, ki izhaja v tujih jezikih in jo je treba plačati v tujih valutah. Brez stalnega kontakta z vsem, kar se v sodobni medicini dan za dnem ustvarja in raziskuje, pa ne more biti nihče zdravnik, ki je na višku svojih nalog. To vrzel bi mogel vsaj do gotove meje izpolniti referatni del Z. V. Kdor list prečita, ve da sem kmalu po prevzemu uvedel obširni referatni del iz vseh jugoslovanskih medicinskih listov, ker mislim, da je dolžnost vsakega jugoslovanskega zdravnika, da se seznani z vsem, kar se pri nas dela in ustvarja. Kolikor je meni znano, je število kolegov, ki so naročeni na enega ali celo več jugoslovanskih medicinskih časopisov, komaj omembe vredno. Začel sem pa tudi z objavljanjem poročil iz poljske medicinske literature in obžalujem, da mi dosedaj ni bilo mogoče vkljub vsem poskusom dobiti zvezo s češkimi listi. Začel sem tudi na skromen način z objavljanjem referatov iz svetovne medicinske literature. Tu pa sem zadel na svojevrstno oviro,

Zdravniki ki napišejo originalni članak, imajo ponavadi interes na tem, da se članek čimpreje objavi, — saj celo bolj ali manj zamerijo, ako uredniku ni mogoče njihovega dela kmalu obelodaniti. Pisanje referatov pa je zamudno in nevhvaležno delo, ki se ga skoraj nobeden rad ne loti prostovoljno. Zato je bilo od nekdaj moje stremljenje, da bi mogel referate plačevati in mislim, da bi to zlasti mlajši kolegi pozdravili. Rekel pa sem že, da je nemogoče honorirati katerekoli prispevke za Z. V., ako se do dobrega ne popravi njegova materijalna osnova.

Tako sem Vam, spoštovani gospodje tovariši, položil obračun o 2¹/₂-letnem uredniškem in upravnem delu za Z. V. O tem delu lahko vsak sodi kakor hoče, prepričan pa sem, da je Z. V. na tem, da postane važen kulturni faktor, ki se ga nam ni treba sramovati niti napram večjim in bogatejšim listom v tu in inozemstvu. — Obenem pa Vas moram opozoriti, da sem primoran odložiti uredništvo koncem tega leta. Ker moramo začeti s pripravami za prihodnji letnik že v prihodnjih dneh, ako hočemo, da list ne bo trpel občutne škode, zato Vas prosim, da se čimpreje zedinite glede osebe novega urednika, ki bi z januarjem prihodnjega leta prevzel moje mesto.

Prvi se oglasi k besedi dr. M. Černič. Želi predvsem vedeti, katera društva so pri sestanku zastopana. Na vprašanje glede potrebe Z. V. se izjavlja dr. Černič v pozitivnem smislu, čeprav dopušča debato glede oblike in vsebine lista. Naglaša, da mora urednik dobiti dovoljenje za podnaslov: „Glasilo zdravništva Dravske banovine.“ — Obžaluje, da ni vedel, kolika je naročnina, ker bi drugače poslal prispevke že prej, predno je v zadnjem letniku ugotovil, da znaša naročnina Din 90.—. Ugotovi, da bi pač vsak rad poslal naročnino, toda gotovo ne bi hotel lista preplačati.

Urednik ugotovi, da je že v prvem letniku navedel naročnino za nezdravnike. V listu je bilo povedano večkrat (n. pr. „Pogovor z urednikom“), da bi bil list z materijalne strani saniran, ako bi vsak kolega plačal približno Din 50.—

Dr. Černič nadalje predlaga, naj bi urednik opustil dosednji sistem prostovoljnih prispevkov, pač pa naj stopi v stik z vsemi zdravniškimi organizacijami, da bi društva plačala prispevke za svoje člane, predvsem pa naj bi se pritisnilo na zbornico, da bi ona dala iz svojih sredstev vsaj Din 5000.— letno. V Mariborskem zdravniškem društvu so govorili o vprašanju Zdrav. Vestnika, ter so prišli do sklepa, da je društvo pod gotovimi pogoji pripravljeno v vsakem oziru sodelovati. Zahteva pa brezpogojno ustanovitev uredniškega odbora, v katerega bi posamezna društva, ki Z. V. podpirajo, gotovo hotela poslati svoje zastopnike, ki bi obenem tvorili zvezo med društvom in listom.

Urednik k zadnjim izvajanjem spominja na sklep občnega zbora Zdravniške zbornice l. 1933, kjer mu je bila obljubljena gmotna podpora do iznosa Din 1.000.— za številko. Dejansko pa je dobil za časa poslovanja tega odbora na vsakokratno posebno prošnjo vsega skupaj Din 3.000.—, v novi upravni dobi zbornice pa dosedaj kot prispevek za kongresno številko Din 1.000.—. Obžaluje pri tej priliki, da vkljub osebnemu in pismenemu vabilu ni navzoč zastopnik Zdravniške zbornice.

Nato dr. Dersani pové, da bi se dal predlog dr. Černiča težko izvesti, ker bi posamezna društva, predvsem Z. B. Z., ki jo on zastopa, le težko prevzela breme večje pavšalne podpore. Ugotovi, da od 150 članov, ki jih šleje njegova zveza, 30% za letos še ni plačalo svojega minimalnega prispevka. Vkljub temu pa bi iz male rezerve v blagajni gotovo prispevali manjši znesek, recimo Din 500.— za kar bi bil odbor pripravljen dobiti dovoljenje od občnega zbora.

Nato se razvije debata o eventualni uvedbi naročnine. Urednik še enkrat izjavi, da je od vsega začetka mislil, da bi uvedel naročnino za Zdrav. Vestnik, pri tem pa mora pri prilikah, kakor vladajo med zdravništvom naše banovine, žal reči, da ni pričakovati,

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

ROBOR M. i. K.

za ojačanje živčne in telesne moči. Jako posrečena kombi-
nacija glicerofosfata, arsena, mangana, oreha Kola in strih-
ninovega oreha. Orig. stekl. 150 gr. Sirup prijetnega okusa.

SKALIM M. i. K.

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

REAL M. i. K.

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

Na zahte vo gg. zdravn. pošilja
brezplačno literat. in vzorce

**Kemijsko-farmaceutski laboratorij
MISKOVIĆ in KOMP. Beograd, Sarajevska 84.**

Telefoni: 24695, 24694, 23360

ZDRAVILIŠČE IN KOPALIŠČE



SLATINA RADENCI

Kraljevski dvorski dobavitelj

najmočnejše prirodne oglj.-kisle (CO_2) kopelji v Jugoslaviji. Izredni uspehi pri zdravljenju bolezni srca, ledvic, želodca, jeter, gihta, kamnov in notranjih žlez

Sezona se prične s 1. majem

Radenske prirodne mineralne vode

Zdravilna,
Kraljeva,
Gizela,

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

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

LEUKOPLAST

„Beiersdorf“

trajno in zanesljivo lepljiv in trpežen

za vsako obvezo

za vsako vreme

za vsako podnebje

HANSAPLAST

„elastični“ „Beiersdorf“

elastična brza obveza za poškodbe vseh vrst

prihrani

čas, delo in obvezila

Jugosl. P. Beiersdorf & Co.
d. z. o. z., Maribor, Gregorčičeva ul.

da bi mogli dobiti več kot 100 do maksimalno 150 rednih naročnikov. Ker pa bi v trenutku, ko bi bila uvedena naročnina, ne mogel pošiljati lista še nadalje ostalim kolegom brezplačno, bi naklada lista padla od sedanjih 800 na 200 do 250. V istem trenutku pa ne bi mogel več dobiti inseratov farmacevtskih tvrdk, ki v Zdrav. Vestniku v glavnem samo radi tega inserirajo, ker jim je znano, da dobivajo list brez izjeme vsi zdravniki Dravske banovine, poleg nekaterih zdravnikov v ostalih banovinah, znanstvenih zavodov, lekarnarjev itd. — Na vprašanje, katera naročnina bi zadostovala, da se list gmočno fundira, izjavi urednik, da bi bilo dovolj, ako bi zdravniki s privatno prakso, ki jih je blizu 400 plačevali po Din 50.—, zdravniki brez privatne prakse pa po Din 30.—. Na ta način bi bil dan pri sedanjem obsegu zdrav gmočni temelj lista in relativna neodvisnost od farmacevtskega kapitala, ki ga je silno težko in dostikrat na zelo odlozen način mogoče pridobiti za inseriranje v Zdrav. Vestniku. Urednik pri tej priliki naglašja, da je že iz obračuna razvidno, da se list vzdržuje večinoma iz dohodkov za inserate. Ravno ta postavka pa je najnesigurnejša. Stotine pisem je treba pisati, predno dobi administracija lista nekaj skromnih inseratov, ki se včasih odpovedo sredi leta in za katere se nikdar ne ve, če jih bo mogoče prihodnje leto še dobiti. Izraža prepričanje, da pod takimi pogoji ne bo hotel noben urednik naprej delati. Vendar pa pri tej priliki ponovno poudarja, da sestanka ni v prvi vrsti sklical radi uredilve gmočne podpore lista, temveč da se enkrat govori o slovenskem znanstveno-medicinskem listu sploh in da se uredi posestno in pravno stanje lista. Najbolj pa mu je bilo do tega, da lahko enkrat pred merodajnim forumom izjavi, da on noče imeti svojega osebnega glasila, kar pa danes Z. V. v resnici je, ne po njegovi volji, pač pa po sili razmer, ki so to stanje same od sebe ustvarile. Dovolj znatno je, da ne rečemo sramotno, da je Slovensko zdravniško društvo praznovalo 70-letnico svojega obstoja in pri tej priliki ni moglo pokazati več kot štiri prav skromne letnike svojega glasila.

Večina zastopnikov je mnenja, da bi bilo mogoče z vplivom društev na svoje člane doseči, da bi vsi to preje navedeno, razmeroma malenkostno naročnino redno plačevali.

Dr. Jenko izjavi v imenu društva banovinskih zdravnikov, da ima društvo samo 60 članov in se v ostalem pridruži predlogu dr. Dereanija. Tudi njegovo društvo bi eventuelno kakšno manjšo vsoto prispevalo, mora se pa upoštevati, da je veliko zdravnikov, ki so člani enega kot drugega društva.

Dr. Dereani obljubi, da bo skušal doseči subvencijo tudi pri pokojninskem skladu.

Dr. Kunst govori o osnovanju uredniškega odbora. Vsak delegat zastopanih društev bi bil član uredniškega odbora in bi kot tak agitiral na občnih zborih svojega društva za list. Predvsem pa predlaga, da se naj prilegneje lekarnarji, ki imajo od inseratov v Z. V. največjo korist in ki lahko pritiskajo na farmacevtske tvrdke na ta način, da bi naročevali samo ona zdravila, za katera inserirajo v Z. V. Zdravniki pa bi smeli predpisovati samo zdravila teh tvrdk.

Urednik nato poroča, da je že z obsežno akcijo poskusil prilegniti lekarnarje, da pa je bil uspeh minimalen.

Dr. Dereani predlaga, da naj se skuša vplivati na to, da zbornica podpira Z. V., kar da bo po njegovem mnenju zbornica posebno lahko izvršila v letošnjem letu, ko je prenehala podpirati Pokojninski fond. Omenja, da je preje zbornica redno plačevala za vsakega umrlega člana Din 2.500.—. Urednik k temu predlogu ugotovi, da vé iz ust glavnih funkcionarjev zbornice, da je materijelno stanje te ustanove razmeroma šibko in da ni na razpolago dovolj likvidnega denarja.

Dr. Logar poda izjavo svojega društva, da je slejkoprej za obstoj Zdrav. Vestnika, akoprav imajo zobozdravniki svoj „Stomatološki glasnik“ in zato njihova potreba po Zdrav. Vestniku ni tako velika kakor pri ostalih zdravnikih. Vkljub temu pa obljubi, da bo agitiral pri svojih kolegih za Z. V.

Dr. Černič predlaga, da bi naj društva krila diferenco med 50.— dinarji, ki jih navede predlog urednika in med od svojih članov resnično vplačanimi zneski. Na pomislek urednika glede tehnične organizacije tega predloga pove dr. Černič, da si predstavlja

stvar tako, da bi uredništvo vodilo točen seznam zdravnikov po članstvu zdravniških društev. Uprava Z. V. bi društva redno obveščala koliko so njihovi člani vplačali na prostovoljnih prispevkih. Društvo pa izračuna, koliko bi bilo plačati podpore po ključu Din 50.— za člana. Razliko med prostovoljno vplačanimi zneski in izračunano višino podpore bi krila društva iz svoje blagajne. To pa — kakor sploh vsaka podpora od strani društev bo mogoče samo, če se enkrat razčisti vprašanje lastništva Zdrav. Vestnika in določi ingerenco uredniškega odbora. Odbor lastništva naj bi bil na združni podlagi, Zadrugarji naj bi bile zdravniške organizacije. Sedanji urednik naj pripravi predloge in naj se še enkrat skliče sestanek vseh društev in to ob kaki priliki, ko bodo mogli zastopniki izkoriščati kakšno polovično vožnjo v Ljubljeno. Omenja, da se mu zdi ureditev lastništva prav posebno važna in pove, da je govoril večkrat s kolegi, ki so izjavili, da jih Z. V. nič ne briga, češ, da je to „Neubauerjev sport“, oziroma njegov „privatni luksus“.

Dr. Furlan naglašuje, da je po njegovem mnenju tak način izražanja za urednika žaljiv. Vsekakor bi bilo po njegovem mnenju v tem trenutku na mestu priznanje za dobro urejevanje in takorekoč rešitev lista, ne pa izjave, ki so po njegovem prepričanju žaljive.

Dr. Černič ne vidi v tem nobene žalitve in je mnenja, da nismo skupaj prišli zaradi zahvale, na katero urednik najbrže niti ne reflektira, temveč, da stvarno razpravljamo o listu. Po njegovem mnenju je nemogoče, da bi Z. V. živel iz inseratov tvrdk, ki — kakor n. pr. „Bayer“ — izdelujejo strupene pline. Treba je čitati samo Hitlerjev „Mein Kampf“, da se razume, kaj on s tem misli. Zato bi se moglo tembolj pritegniti k inseriranju domače tvrdke. Pri tej priliki opozarju na prizadevanje Čehov, da bi v okviru Sanitelske zadruge hoteli navezati tesnejše slike med jugosl. in čehosl. zdravništvom pa tudi farmac. industrijo.

Urednik izjavi, da je on storil vsako leto vse, da bi pritegnil domače tvrdke, od katerih so se nekatere častno odzvale medtem, ko od drugih in to od večine, ni mogoče dobiti inseratov ali pa samo inserate v malenkostnem obsegu.

Dr. Černič je prepričan, da bo to boljše, če bodo tvrdke vedele, da sloje za Zdrav. Vestnikom vsi slovenski zdravniki, nakar urednik izjavi, da je tvrdkam znano, da dobivajo Z. V. vsi zdravniki, ker to izhaja že iz tega, da je Zdrav. Vestnik glasilo zdravništva v Dravski banovini. Nato dr. Černič ponovno izrazi svoje začudenje, s katero pravico je urednik dal svojemu listu ta podnaslov.

Urednik: „V prvi vrsti tu še enkrat ugotovim, da nisem uredništvo lista prevzel na uzopatorni način temveč, da sem ga urejeval pač samo radi tega, ker se ni našel noben drugi in morda boljši med zdravniki, ki bi hotel prevzeti to nalogo. Mislim, da izhaja iz dosedanjega delovanja lista, da sem ga vedno vodil v tem duhu, da res predstavlja glasilo zdravništva v Dravski banovini, kar bi lahko vedel v prvi vrsti tudi primarij dr. Černič, ki mu mora biti dobro znano, da je Z. V. vsako, tudi najmanjšo notico, predvsem pa znanstvene referate Mariborskega zdravniškega društva vedno takoj objavil in da se je tudi sicer stavil v službo vseh zdravniških društev, ki jih je opetovano sam pozval k sodelovanju. Razen tega pa podnaslova: „Glasilo zdravništva v Dravski banovini“ nisem dal listu sam, temveč je list dobil ta podnaslov takoj pri svoji ustanovitvi od strani zbornice* in ga je potem pod raznimi uredniki obdržal. Da bi se kdo obregnil ob tem podnaslovu, mi ni prišlo na misel do nastopa dr. Černiča pri občnem zboru Zdravniške zbornice. Da pa hočem, da bi list postal tudi duševno glasilo zdravništva v Dravski banovini, dokaže najbolj današnji sestanek“.

Dr. Černič ne verjame, da bi bila zbornica svojčas res dala listu omenjeni podnaslov, nakar dr. Brenčič ugotovi, da se spominja, da je to res.

Urednik nadaljuje: „Kar se tiče uredniškega odbora, sem takoj po prevzemu uredništva mislil na ta odbor in govoril z nekaterimi kolegi o tem, nisem pa našel odziva. Odbor, ki si ga predstavlja dr. Černič, pa sploh ni uredniški odbor, temveč upravni odbor ali direktorij, kakor ga imajo tudi nekateri drugi listi. Medtem, ko je uredniški odbor po-

* Od štev. 3—4 1929 naprej „Glasilo zdravništvo Slovenije“, od štev. 7—8 1929 naprej „Glasilo zdravništva v Dravski banovini“.

svefovalni organ urednika glede znanstvene vsebine lista, ima direktorij skrbeti za materialno fundacijo lista ter nadzirati njegovo materialno poslovanje. Za upravni odbor sem brezpogojno in sicer v obliki, kakor jo je predlagal dr. Černič. Glede uredniškega odbora pa bi si kot urednik želel, da bi bili v njem samo zdravniki, ki so sposobni in voljni sodelovati na znanstvenem razvoju lista, odločno bi pa odklonil slamnate može.

Oglasi se še enkrat dr. Jenko ter pripomni, da njegovo društvo ne bi moglo kriti nobenega deficita, nakar mu urednik odgovori, večjega deficita ne more biti, ker bi ga urednik moral sam kriti. Zato nebi nič drugega preostajalo kot, da bi obseg lista za toliko zmanjšal, za kolikor bi eventualno padli dohodki iz inseratov in prostovoljnih prispevkov. „Zavedam se pa, da bi bilo težko zagovarjati tako zmanjšanje in poslabšanje lista, ki smo ga vendar mogli spraviti na razmeroma dostojno mesto.“

Urednik še enkrat navaja razloge, ki govorijo proti naročnini, ter konča s ponovno izjavo, da odloži uredništvo lista in da je bil glavni namen današnjega sestanka, da bi vse te stvari, ki visijo v zraku že tri leta, rad uredil, predno bi ga dal iz rok.

Nato urednik zaključí sestanek, se zahvali zastopnikom društev za to, da so se vabilu odzvali in izrazi svojo popolno zadovoljnost s sestankom, ki je jasno pokazal, da je Zdravniški Vestnik potreben in da se tega zdravništvo Dravske banovine dobro zaveda.

Prispevke za tiskovni sklad so poslali:

dr. Oražem — Ribnica: Din 300.—, dr. M. Vračević Din 200.—, dr. Kühar — Ptuj in dr. P. Černe — Golnik po Din 100.— gdč. K. Sl. Din 90.—

	URADNO	
--	---------------	--

Poziv za pripombe k novi jugoslovenski farmakopeji

Ministrstvo za socialno politiko in narodno zdravje je s svojim odlokom S. Broj 14750 z dne 13. julija 1934 l. pozvalo Lekarniško zbornico, da vabi vso zdravniško, lekarnarsko in veterinarsko strokovno osebje, da do konca meseca oktobra 1934 l. dostavi svoje opombe v kolikor bi bila posamezna beseda v farmakopeji netočna, ter da se navede mesto napačne pravilna beseda. Drugi popravki, s katerimi bi se predrugačili odnosno popravil ali dopolnil sam tekst farmakopeje, ne bodo prišli v poštev.

Na osnovi tako zbranih podatkov se bodo koregirale poedine besede v farmakopeji, a ti popravki bodo odtiskani in priloženi vsakemu odtisku nove farmakopeje.

S pozivom na prednji odlok ministrstva, prosi Lekarniška zbornica gg. zdravnike, da ji svoje pripombe opazke dostavijo najkasneje do konca meseca oktobra 1934 l. da bi se moglo pravočasno začeti z urejevanjem odgovorov in izvršitvijo popravk ter zaprositi končno odobrenje od strani ministrstva, da bi se popravki tiskali in razpošiljali vsem kupcem Farmakopeje.

Iz pisarne Apot. komore kraljevine Jugoslavije
Broj 4103 z dne 28. julija 1. 1934.



GOSPOD TOVARIŠ,

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

NOVO!

DORYL „Merck“

Novo klasično sredstvo za nadraženje parasimpatika

Indikacije:

alonična stanja prebavnih organov, hipertenzija, tahikardija, postoperativne alonije čreves, eklampsija, glaukoma, ozaena

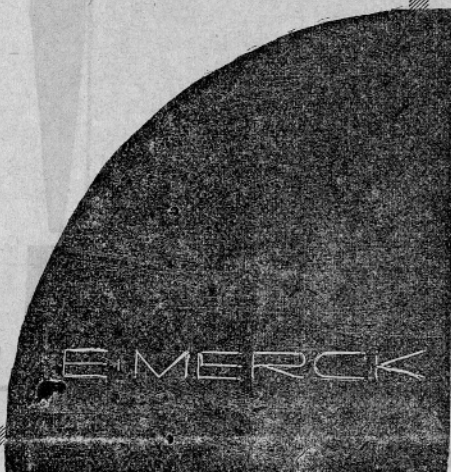
Originalni zavitki:

Tablete po 0,002 g
Ampule po 0,0001 g
Solucija za očesno uporabo

E. MERCK, Darmstadt

Zastopstvo za Jugoslavijo:

Dr. LEO NEUMANN
Zagreb, Mošinskoga 14



Tovariši!

Poverite izterjanje svojih zaostalih honorarjev lastni stanovski ustanovi

KREDITNI SANITETSKI ZADRUGI

BEOGRAD, Zeleni venac 3/II

ki vrši to uslugo z uspehom in samo proti plačilu dejanskih stroškov

ZAHTEVAJTE NAVODILA!

S TEM BOSTE PRIHRANILI ČAS IN OBRESTI

Zadruga daje članom cenena menična in hipotekarna posojila, posreduje zavarovanje vseh oblik pod posebno ugodnimi pogoji, vrši nabavo preparatov in instrumentov za zobne zdravnike, sprejema vloge na vložne knjižice in tekoči račun, daje nasvete v vprašanjih odnošajev zdravnikov do oblasti, ustanov in drugih delodajalcev, v vprašanjih zavarovanja, v vseh denarnih zadevah itd.

SANABO - CHINOIN

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

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

HOGIVAL

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

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

Pod stalnim biološkim nadzorstvom prof. dr. **Robert Mayer-ja**, Berlin

Indikacije: Pri funkcionalnih motnjah in izpadu funkcije ženskega genitalnega aparata s spremljajočimi pojavi (amenoreja, oligoopso-menoreja, poliprotomenoreja, metroragije, klimaks, menopavza po histerektomiji, težkoče po spontano nastopivši menopavzi).

Vzorci in literatura na zahtevo.

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

JUGOSLAVENSKO SIEMENS D. D.

oddelek za šibki tok

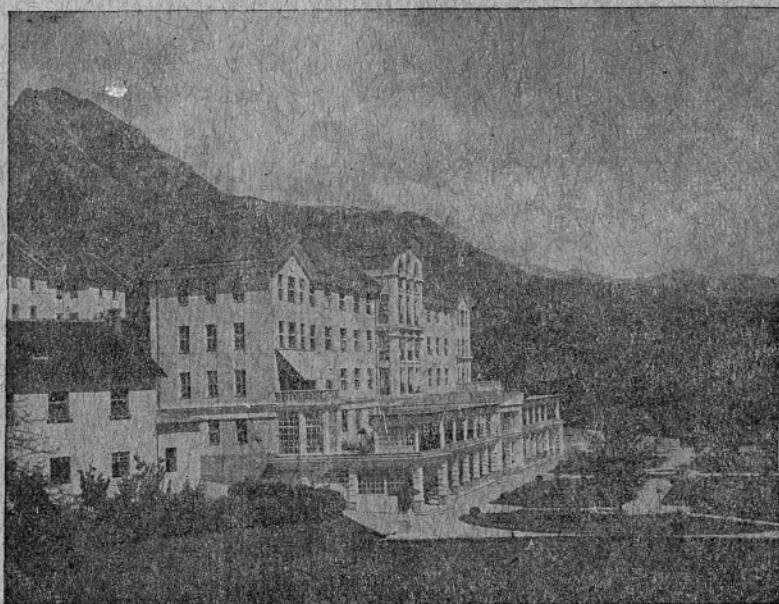
LJUBLJANA, Tyrševa cesta Ia/III - Palača Ljublj. kred. banke

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

Zdravilišče Golnik

za bolne na pljučih.



Sprejema odrasle bolnike (moške in ženske) s tuberkulozo pljuč in grla v še ozdravljivem štadiju.

3 oskrbni razredi

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

Vse informacije daje uprava zdravilišča Golnik.

Pošta — telefon — brzjav: Golnik.

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