

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

Ta številka ima prilogo „Evgenika“.

KEMIKA D. D. ZAGREB

za kemijsko in farmacevtsko industrijo

si dovoljuje priporočati gg. zdravnikom svoje nove vitaminske preparate

Halivitan

Standardizirani preparat vitamina A. Raztopina (orig. stekleničice s 5 ccm) in tablete (orig. steklenice s 50 tabletami). 1 ccm vsebuje 40.000 edinic, 1 tabl. 4.000 edinic. Deluje zanesljivo pri pojavih A-avitominoz, posebno pri motnjah v rasti in razvoju ter pri infekcijah.

Ergosterin irradiat.

Obsevani ergosterin, vsebuje čisti vitamin D. Raztopina (orig. stekleničice z 10 ccm) in tablete (orig. steklenice s 50 tabletami). 1 ccm vsebuje 50 edinic, 1 tabl. 20 edinic. Uporablja se za profilakso in zdravljenje rahitide in osteomalacije ter drugih motenj v metabolizmu kalcija.

Halsterin

Standardizirani preparat vitamina A in D. Orig. stekleničice s 5 ccm raztopine in steklenice s 50 tabletami. 1 ccm vsebuje 30.000 edinic vitamina A in 50 edinic vitamina D. 1 tabl. vsebuje 3.000 edinic A-in 5 edinic D-vitamina.

Daje se z odličnim uspehom pri rahitidi, motnjah v razvoju in rasti, anemiji, eksudativnih dijatezah in posebno pri nosečnosti in otroški posteljji.

Profecundin

vsebuje vitamin E ter se daje posebno pri motnjah seksualne sfere moških in žensk.

Predpisujte domače preparate!

Naslov uredništva in administracije:
Zdravniški Vestnik • Golnik.

PUHLMANN ČAJ

znamke „RIPON“



več kot 25 let priznan pri
akutni in kronični bronhiti,
ker izvanredno omiljuje draženje h kašlju, zlasti pri
asthma bronchiale
ker lahko razsluzi.

Doziranje: Pri odraslih 10 — 15 g = 2 navadni žlici na 1 l vode, vkuhati na pribl. $\frac{2}{3}$. Prvo polovico je izpiti zjutraj gorko, ostalo 2—3 ure predno ležemo spat, pravitako segreto.

Odobreno od Ministarstva narodnega zdravlja z. Br. 18260., 29. IX. 1931.

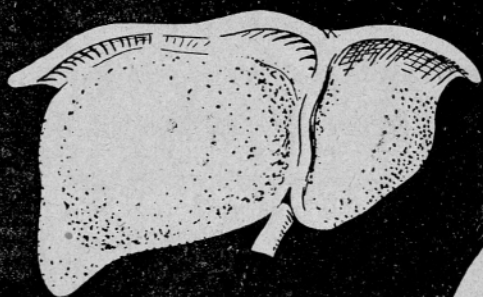
Originalni omot ca 125 g za 6 dni . Din 30—
Originalni omot ca 500 g za 3 tedne Din 100—

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

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH
ORGANOV IN PREOSNOVE

ROGAŠKA SLATINA

Ima v svojih treh vrelcih „TEMPEL“
„STYRIA“ in „DONAT“ izvanredno
lekovito slatino, ki s svojo silno trans-
mineralizacijo organizma najugodnejše
upliva na organske funkcije, njih ve-
getativno in hormonalno regulacijo.
Indikacije: Vse bolezni želodca, čre-
vesa, jeter, žolčnih kamnov, ledvic.
Sladkorna bolezen in giht. Letna in
zimsko sezona. Glavna sezona: maj
— oktober. — Gospodje zdravniki!
Zahtevajte prospekte in vzorce vode
pri direkciji zdravilišča
ROGAŠKA SLATINA!



Campolon

**zelo aktiven jetrni preparat za injek-
cijo po prof. Gänsslenu, Tübingen.**

**Za kontinuirano in depotno zdravljenje perni-
ciozne anemije, anemije po malariji in vseh
anemij nejasne etiologije.**

**Dobro sredstvo v rekonvalescenci. Pri kr-
vavitvah izboljšuje sesirjenje krvi.**

**ORIGINALNI OMOTI: 5 in 25 ampul po 2 ccm
3 ampule po 5 ccm**

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



**Zastopstvo za Jugoslavijo
„JUGEFA“ K. D.
Beograd Zagreb**

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

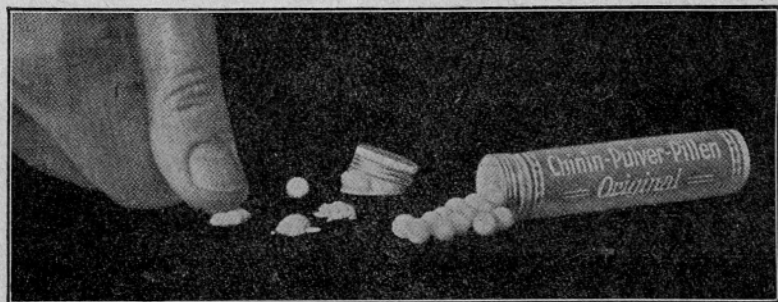
ZA PROFILAKSO IN TERAPIJO

HRIPE INFLUENCE

staro preizkušeno sredstvo
v učinkoviti obliki

PREHLADA

KININ



CHININ-PULVERPILLEN „ORIGINAL“

Cena za publiko: Ena fiola s 50 pilulami Din 20.—

Vporaba: ugodna

rezorbcija: sigurna

učinek: popoln

Amsterdamsche Chininefabriek

Zastopstvo za kralj. Jugoslavijo:

HOLLAND (Nizozemska)

„KAŠTEL“ d. d. Zagreb

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO IN ADMINISTRACIJA: DR. R. NEUBAUER — GOLNIK

Štev. 2.

28. Februarja 1935.

Leto VII.

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

Slovenija v luči tablice redosleda umiranja

(Nadaljevanje in konec)

V konkretnem slučaju imamo razpravljati o tablici redosleda umiranja, ki se nanaša na prebivalstvo bivše pokrajine Slovenije. Pod pojmom „bivša pokrajina Slovenija“, razumemo ono geografsko enoto, ki se je za časa prvega povojnega popisa prebivalstva — 31. I. 1921. leta — nahajala v Jugoslaviji ter se je v tem času kot njena višja upravna enota imenovala Slovenija. Zato ne smemo brez nadaljnega trditi, da veljajo te tablice za vse Slovence, četudi je — po impresijah naših dosedanjih opazovanj — verjetno, da je tako. Treba si je zapomniti, da impresije nikdar ne morejo nadomestiti točnih opazovanj in merjenj.

Število prebivalstva in njihovo razdelitev po enoletnih starostnih skupinah smo posneli po oficijelni publikaciji definitivnih rezultatov popisa prebivalstva. V naši tabeli smo te podatke združili v večje starostne skupine. Nehajajo se v koloni Dx. Način združitve nam je diktirala distribucija števila umrlih po starostnih skupinah. Če bi imeli na razpolago število umrlih po enoletnih skupinah, bi bilo združevanje prebivalstva v večje skupine odveč.

Iz distribucije števila prebivalcev po starosti lahko izračunamo povprečno starost Slovencev dne 31. I. 1921. leta. Izvedba računa in primerjava z ostalimi jugoslovanskimi pokrajinami bi pokazali, da je povprečna dolžina življenja med Slovenci najdaljša (29,27 let). Namesto posameznih števil naj govoriti dve sliki (v. slike 1. in 2.).

Izračunana vrednost za povprečno dolžino življenja nam ne more dati detaljnjšega vpogleda v fiziološke, oziroma v patološke izpremembe živčih generacij, kakršna je ob času opazovanja. Daje nam samo enoten izraz za strukturo in ev. za biološko starost prebivalstva. Kjer je mnogo otrok in malo starcev, bo izračunana povprečna starost imela nižjo vrednost nego obratno.

Biološko bolj uporabljiv je „indeks biološkega tipa“, ki smo ga uvedli v literaturo⁶⁾. Ta nam govori o razmerju takozvane otroške kvote (0—14 let) proti kvoti dedov in babic (50 let in dalje). Otroška kvota je znašala 31. I. 1921. leta v Sloveniji 31,39 %, kvota staršev (ki je po Sundbärg-Roesleju konstantna) 49,06 %, a kvota dedov in babic 19,55 %. Iz tega bi sledilo, da je indeks biološkega tipa enak 1,61. To pomeni, da je prebivalstvo Slovenije spadalo v označeni dobi k progredientnim tipom prebivalstva. V primeru z državo (2,18) ali s sosedno savsko banovino (1,90) je Slovenija zaostajala z ozirom na višino progredijentnosti. Zaostaja celo za jugoslovanskimi mesti (1,74). Raziskavanja rezultatov novega popisa bodo v

⁶⁾ V. F. Mikč, Die jugoslawischen Städte gemäss der Altersverteilung, Arch'v f. soziale Hygiene und Demographie, H. 2/1935.

tem pogledu izredne važnosti, ker smo se ob tem času (31. III. 1931. leta) nahajali v generativno mirnejši dobi nego neposredno po svetovni vojni, ko je prihajala do izraza medvojna generativna abstinenca.

Roditeljska kvota, ki bi normalno morala znašati 50 ‰, znaša v našem slučaju samo 49,06 ‰. Po rezultatih naših novih raziskavanj smatramo, da lahko tolmičimo deviacijo v negativni smeri kot izraz slovenske emigracije.

Diskusija o distribuciji spolov v Sloveniji odpada, ker so tablice redosleda umiranja sestavljene za oba spola skupno.

O distribuciji⁷⁾ števila umrlih bi ne mogli mnogo razpravljati. Sešteli smo umrle 1921* in 1922. leta ter vzeli njihovo povprečno število. Vidimo, da je med umrlimi četrtna dojenčkov. Memento, ki sam govori za smer naše bodoče zdravstvene politike. Kolono povprečnega števila umrlih smo zaznamovali z znakom Pp_x.

Kar se tiče merjenja (1000q_x), moramo priznati, da ni izvršeno točno po predpisih. Pravilno bi bilo, da smo reducirali prebivalstvo od 31. I. 1921. na datum 31. XII. 1920. ter, la smo vzeli umrle po eno leto na levo in po eno leto na desno od datuma 31. XII. 1920. (levo in desno, če je čas na risan na abscisi). To se pravi, morali bi vzeti kot objekt merjenja leti 1920 in 1921 ali pa leta 1919—1922. Žal, tudi za to preračunavanje nismo imeli primerne osnove. Zaradi tega nam je ostalo samo še ekscentrično merjenje.

Izjema v verigi ekscentričnih merenj je umiranje dojenčkov. To je računano namesto na prebivalstvu, na po prečnem številu rojenih, v letih 1921/22. S tem je tudi možnost največje pogreške pri merjenju eliminirana, a vrednost tablice redosleda umiranja za toliko izboljšana.

Specifični obroki umiranja so izračunani po skupinah, ki jih je težko primerjati, ker so sestavljene neobičajno. Rekli smo že, da izbira starostnih skupin ni bila odvisna od naše volje. Zato bomo skušali primerjati samo nekatere skupine.

Umiranje dojenčkov je v Sloveniji v letih 1921/22 precej visoko ter znaša 160,14 ‰. Kako pa je pri sosedih, ki obdajajo Slovenijo, bilo v državi sami, bilo izven nje? Na severu imamo Avstrijo, na zapadu Italijo, na severozapadu Madžarsko, na vzhodu Hrvaško-Slavonijo. Tabela nam kaže, kako je pri njih.

Tabela 2.

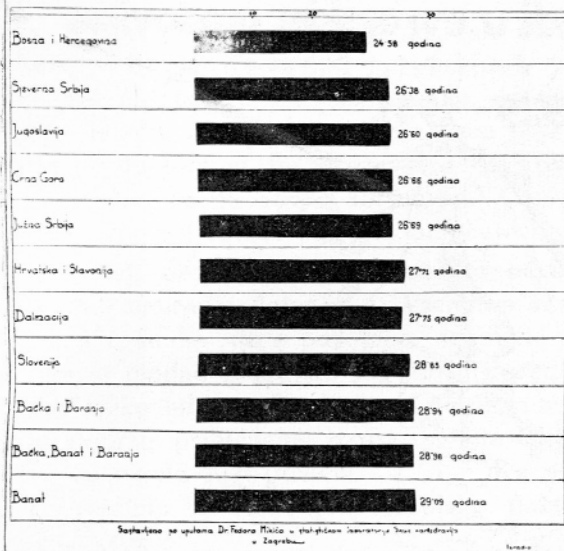
Geografska enota	Leta	je znašal specifični ‰/1000 obrok umiranja dojenčkov = 1000q _{x1} za		
		moške	ženske	skupaj
Avstrija	1923	.	.	155,14
Italija	1901—1910	167,71	152,11	.
Madžarska	1920/21	254,70	210,70	.
Hrvat.-ka-Slavonija	1919/22	243,52	198,17	.
Bosna-Hercegovina	1919/22	101,12 ?	87,73 ?	.
Grčija	1928	105,62	104,12	.
Bolgarija	1927/28	198,9	171,7	.
Čehoslovaška	1926	.	.	154,27

⁷⁾ Podatke je sestavil prof. Marolt (Hig. zavod, Ljubljana).

Prosječna duljina života u Jugoslaviji.

Muško stanovništvo

31. I. 1921

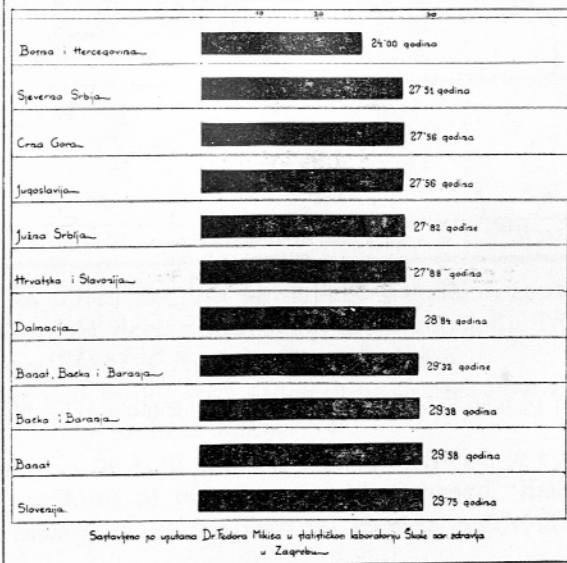


Slika 1.

Prosječna duljina života u Jugoslaviji.

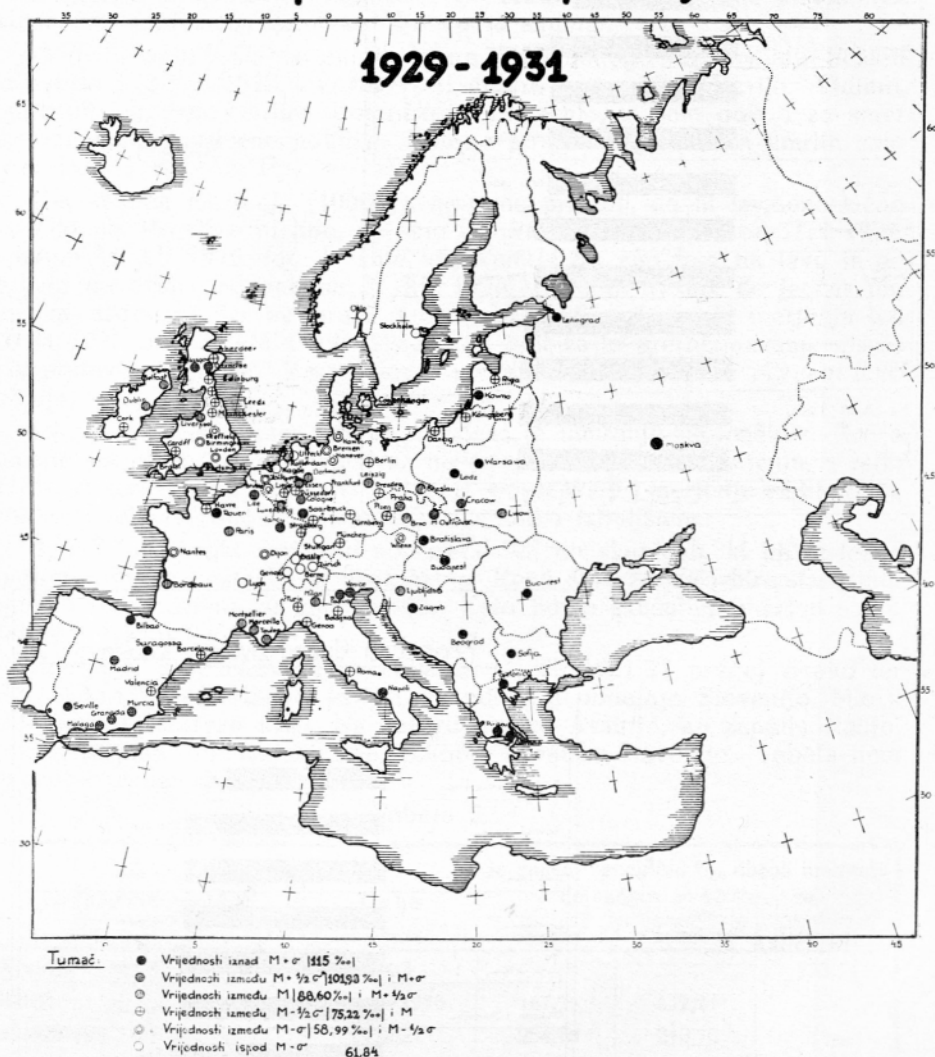
Žensko stanovništvo.

31. I. 1921



Slika 2.

Pomor dojenčadi u evropskim gradovima



Slika 3.⁸⁾

⁸⁾ Podatke smo črpali iz mesečnih epidemioloških publikacij higijenske sekcije lige naroda.

Na vsak način je zanimivo, da smo v pogledu paidokulture zapadnjaki, dočim je Hrvatska-Slavonija s svojo mentaliteto v osrčju vzhoda. V pogledu paidokulture gre meja med vzhodom in zapadom v zračni črti Leningrad-Varšava-Budimpešta-Zagreb-Neapel. Bežen pogled na sliko 3 nas prepriča o rečenem.

Kakor posameznik, tako je tudi narod odvisen od sosedov, ki ga obdajajo. Struja negativnih in pozitivnih vplivov deluje nanj. Pobijanje smrtnosti dojenčkov pri sosedih bo gotovo toliko vredno, kakor delo za vzgojo mladih mater na teritoriju naše ožje domovine. Važnost pobijanja umiranja dojenčkov je od osnovne važnosti za življenje vsakega naroda, ki ima voljo, da se obdrži kot narod. Gre za življenjski start novih generacij! Kakor pri sportu pogosto odločuje dober start, tako tudi pri narodih.

Vemo, da je umiranje dojenčkov odvisno od natalitete — ako pada, pada tudi umiranje dojenčkov. Vzemimo konkreten slučaj, ki ga opazujem že delj časa — da s padajočo nataliteto umrljivost dojenčkov *ne* pada! Široke in plodne pokrajine Jugoslavije gredo po tej poti. To je nevarnost, ki nas lahko inficira. Pred njo se moramo braniti. Raziskavanja tega pojava, ki je najbrže psihičnega izvora, bi bila torej za Slovence pravitako važna, kakor za ostale Jugoslovane.

Preidimo na umiranje predšolske dobe (1,0—4,9 let). Pomagajmo si zopet s tabelo.

Tabela 3.

Geografska enota	L e t a	je znašal specifični ‰ obrok umiranja oirok od 1,0—4,9 let pri		
		moških	ženskih	skupaj
Avstrija	1923	.	.	9,38
Italija	1901/10	70,4—11,7	71,4—12,4	.
Madžarska	1920/21	52,1—13,8	48,5—12,7	.
Hrvatska-Slavonija	1919/22	63—20	63—20	.
Bosna-Hercegovina	1919/22	49,09	45,15	.
Grčija	1928	63—12	67—11	.
Bolgarija	1927/28	76—13	72—14	.
Čehoslovaška	1926	.	.	11,86
Slovenija	1920/21	.	.	31,90

Dočim smo z ozirom na dojenčke bili še nekako na višini zapadne kulture, smo pri mali in predšolski deci v precejšnji meri zaostali. Njena umrljivost je n. pr. trikrat večja kakor v Avstriji ali na Češkem.

Tako bi lahko primerjali v nedoglednost. Odpirali bi se nam novi vidiki in novi problemi. Napisali bi lahko debele knjige.

Preidimo na razpravljanje o funkciji l_x . Prvi člen funkcije l_{x_0} je v vseh tablicah enak 100 000. O njem torej ni potrebno izgubljeni besed. Zato se zanimajmo rajši n. pr. za vprašanje, v koliko letih bo izumrla polovica ge-

neracije t. j. prvih 50 000. Dobo, v kateri izumre polovica generacije, imenujemo *srednjo* dolžino življenja (za razliko od povprečne dolžine življenja).

Srednja dolžina življenja je zelo različna. Iz slike 4 vidimo n. pr. predvojno stanje:

Če se uslavimo na ordinati, na točki 50 000 in potegnemo skozi njo paralelo z absciso, dobimo na križiščih paralele s krivuljami l_x , točke, katerim na abscisi odgovarjajo vrednosti, ki so enake srednji dolžini življenja. Primerjava nam daje sledeče vrednosti:

Tabela 4.

Srednja dolžina življenja znaša	
v	let
Sloveniji 1920/21	50—51
Danski 1906/10, m.,	65—66
Angliji 1901/10, m.,	58—59
Franciji 1898/1903, m.,	54—55
Nemčiji 1901/10, m.,	55—56
Italiji 1901/10, m.,	54—55
Hrvatski-Slavoniji 1906/10,	32—33
Indiji 1901/10, m.,	10—11

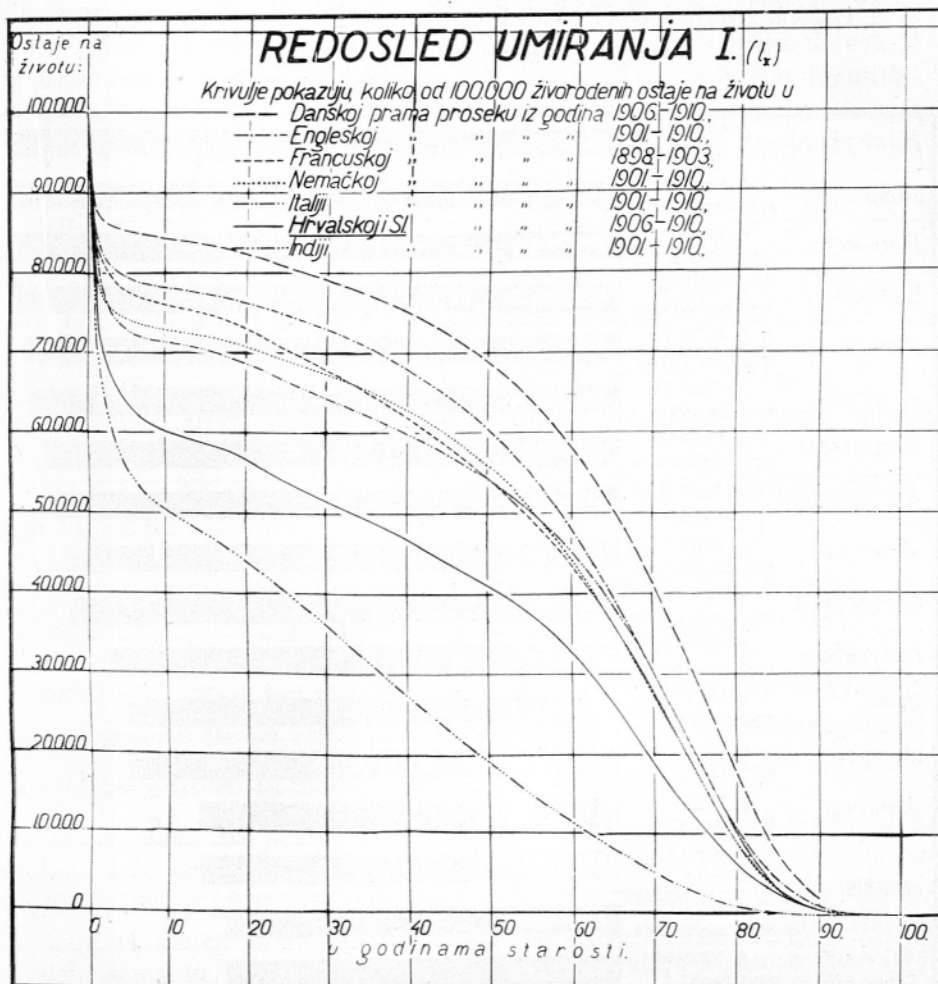
Primerjajmo še z vrednostmi časovno in teritorialno bližjega okoliša.

Tabela 5.

Srednja dolžina življenja znaša	
v	let
Avstriji, 1925	53—59
Madžarski, m., 1920/21	41—42
Hrvatski-Slavoniji, m., 1919/22	34—35
Bosni-Hercegovini, m., 1919/22	50—51 ?
Grčiji, m., 1928	56—57
Bolgariji, 1927/8	47—48
Čehoslovaški, 1926	61—62

Slovenija se torej tudi v pogledu srednje dolžine življenja naslanja na zapad. Vendar vidimo, da vplivi vzhoda niso ostali brez sledu. Nahaja se nekako v sredini, na meji med vzhodom in zapadom.

Funkcija l_x je padajoča, ki se izčrpa v smeri proti stotemu letu. Nasprotno funkcija d_x nima stalne oblike. d_x pada od leta 0 do leta 10—12. Nato stalno raste z vidno grbo okoli 20. leta (tuberkuloza!?) do 60. ali 80. leta. Ker podaja funkcija d_x absolutna števila — kakor tudi l_x — krivulja okoli 60. — 80. leta pada. To je razumljivo, če pomislimo, da je do



Slika 4.

BROJ IDEALNOG STANOVNIŠTVA T_{x_1}

dobijemo tako, da 100.000 novorođenih promatrane zemlje eksponiramo redosljedu umiranja, a preostalo živo stanovništvo svake godišnje dobe zbrojimo. Taj zbroj iznosio je u:

Norveškoj	g. 1901-10. kod muškaraca	5.560.522
Australiji	g. 1901-10. kod muškaraca	5.521.656
Danskoj	g. 1906-10. kod muškaraca	5.495.654
Švedskoj	g. 1901-10. kod muškaraca	5.454.994
Americi	g. 1909-11. kod bijelih žena	5.361.776
Americi	g. 1909-11. kod žena	5.324.152
Engleskoj	g. 1901-10. kod muškaraca	5.195.698
Nizozemskoj	g. 1900-09. kod muškaraca	5.097.058
Americi	g. 1909-11. kod muškaraca	4.986.495
Švicarskoj	g. 1901-10. kod muškaraca	4.924.570
Njemačkoj	g. 1901-10. kod muškaraca	4.558.026
Italiji	g. 1901-10. kod muškaraca	4.413.718
Japanu	g. 1898-03. kod muškaraca	4.401.130
Americi	g. 1909-11. kod crnačkih žena	3.766.879
Hrvatskoj	g. 1919-22. kod žena	3.743.132
i	g. 1919-22. kod muškaraca	3.521.364
Slavoniji	g. 1906-10. kod žena	3.511.944
	g. 1906-10. kod muškaraca	3.440.247
Americi	g. 1909-11. crnci muškarci	3.405.206
Indiji	g. 1901-10. kod muškaraca	2.267.408

Slika 5.

te dobe večina generacije že izumrla. Slovenske generacije se izčrpajo povprečno s 77,72 leta.

Funkcija L_x imitira funkcijo l_x . Ponavljali bi, če bi prvo ponovno diskutirali.

Od funkcije T_x se bomo zaustavili samo na členu T_{x_1} , ki nam daje gornjo mejo funkcije. Iz nje vidimo efekt porođov ter njihov vpliv na splošno število populacije. T_{x_1} je znašal v Sloveniji 1920/21. leta 4 276 102. To ni veliko v primeri z ostalimi narodi (v. slika 5). Med kulturnimi narodi, ki publicirajo tablice redosleda umiranja, se nahajamo za Italijo in Japonsko.

Število za T_{x_1} nam stvarno predstavlja absolutno število ostalih živih vseh generacij. Z absolutnimi številkami pa v statistiki ne operiramo radi. Zato bomo skušali najti neke relativne mere.

Zaznamujmo:

s T_{x_1} = idealno število prebivalstva Slovenije = 4 276 102,

s $\Sigma (P_x)$ = faktično število njenega prebivalstva = 1 054 919,

z x = leta, v katerih se slovenska generacija izčrpa = 77,72,

z y_x = faktično število rojenih, ki so dali kot efekt sedanje število prebivalstva Slovenije = se išče,

z l_{ef} = indeks efekta poroda, razmerje števila rojenih (y_x) proti številu ostalih živih ($\Sigma[P_x]$).

Stavimo v relacijo idealno in faktično število prebivalstva in rojstev! Dobili bi, da je

$$\begin{aligned} T_{x_1} : \Sigma (P_x) &= x \cdot 100\,000 : y_x \\ 4\,276\,102 : 1\,054\,919 &= 77,72 \cdot 100\,000 : y_x \\ y_x &= \frac{1\,054\,919 \cdot 7\,772\,000}{4\,276\,102} = 1\,917\,361 \end{aligned}$$

To se pravi, da je za 1 054 919 Slovencev bilo potrebno 1 917 361 rojstev.

Če stavimo število rojstev v relacijo s številom prebivalstva, dobimo indeks efekta poroda. l_{ef} znaša: $\frac{1\,917\,361}{1\,054\,919} = 1,82$

To se pravi, da je bilo za vsakega, v Sloveniji živečega prebivalca, potrebnih 1,82 porodov. Ideal, kateremu se želimo čimbolj približati je, da bo $l_{ef} = 1$. To se pravi, da bi vsakdo, ki se rodi, ostal živ. Doseči, da bo $l_{ef} = 1$, je za danes in tudi za bodoče nemogoče. Realnemu znanstveniku preostaja samo to, da dožene mejo, h kateri se giblje kulturno človeštvo. Po naših raziskavanjih bi se ta meja nahajala med 1,30 do 1,35.

Z ozirom na vitaliteto — funkcijo L_x/dx — naša vitalna moč še ni maksimalno izkoriščena. Pogled na katerokoli tablico redosleda umiranja zapadnih držav ali pa severno-ameriške unije, bi nas o resničnosti trditve prepričala ⁹⁾. Maksimalno vitaliteto bi po naših fizioloških predstavah morali imeti pri rojstvu. Mnogi patološki faktorji pa toliko zmanjšajo vitalno moč, da je ona pri rojstvu faktično najmanjša. Vitaliteta je v prvem letu v

⁹⁾ Glover, USA life tables, Washington 1921.

Sloveniji enaka 5,74, na Hrvaškem in v Slavoniji 1906/10 3,69, v Indiani (USA,1910) pa 9,70.

Vitaliteta torej raste. Doseže svojo maksimalno vrednost okoli pubertete. Nato zopet pada. Maksimalna vitaliteta je okoli 600 (Danska 1906/10=554), medtem, ko je pri nas samo 210 (v. sliko 6.). Dela bo na zdravstvenem polju še dovolj, da dosežemo maksimalno mogoče število.

Funkcija $1000 l_x/T_x$ ima prilično konstantne vrednosti v vseh tablicah. Njena smer je rastoča, kar se razume. Razlike v posameznih tablicah nam ne bi dale novih pobud in novih interesantnih momentov.

Najiminitnejša, najvažnejša in najbolj uporabljana je funkcija $\bar{e}_x$. Ona nam daje vrednosti za izgleda na življenje v raznih starostnih dobah. Iz slike 7 vidimo, da šanse za življenje niso maksimalne pri rojstvu, temveč šele med drugim in petim letom. Odtod dalje izgledi padajo, v smeri proti stotemu letu.

Isto opazamo tudi pri funkciji $\bar{e}_x$ za Slovenijo. Če bi vrisali slovenske podatke za e_x v dano sliko, bi se krivulja funkcije nahajala med Hrvaško-Slavonijo in Francijo (v. sliko 7).

Novorojenčki v Sloveniji lahko pričakujejo, da bodo povprečno živeli še 43 let. V začetku drugega leta se izgledi povečajo za 7 let ter znašajo 50 let. Naraščanje se tekom predšolske dobe nadaljuje tako, da smejo otroci v začetku petega leta pričakovati še 53 let. S tem so verjetno dosegli maksimum. Na začetku 15. leta znašajo izgledi samo še 45 in pol leta, v začetku 30. leta še 34 in pol, v začetku 50. leta še 20, a v začetku 70. leta komaj 7 let.

Če bi postavili dane podatke v tabelo 6, bi imeli izgleda za življenje v Sloveniji geografsko in časovno točno definirane. Dočim imamo v našem slučaju samo eno možnost, namreč, poznati stanje funkcije $\bar{e}_x$ v Sloveniji, kakršno je bilo okoli leta 1921, bi vsekakor želeli vedeti, ali bo to stanje tako tudi ostalo.

Iz gibanja funkcije $\bar{e}_x$, ki ga vidimo pri poedinih narodih iz tabele 6, lahko zaključimo, da izgledi za življenje niso nekaj konstantnega, temveč, da se menjajo ter da nekako od leta 1800. dalje v Evropi stalno rastejo. Naraščanje šans v poedinem narodu si lahko predstavljamo na sličen način, kakršno vidimo na sliki 7. pri diferentnih šansah raznih narodov. Od leta 0 do 5 se gibljejo v smeri proti 70. letu. Pri tem postaja začetni naraščajoči krak vedno krajši. Gornja meja dojenčkovih izgledov za življenje se nahaja torej okoli 70. leta. Vsekakor bi bilo prirodno in fiziološko utemeljeno, da bi imeli ljudje maksimalne in optimalne življenjske izgleda pri rojstvu. Iz nekaterih tablic redosleda umiranja je razvidno, da so poedini narodi (Švedska, Norveška, Danska, Avstralija) že dosegli prirodno upravičen optimalni tok funkcije $\bar{e}_x$.

Tabela 6

Življenski izgledi pri raznih narodih v raznih dobah ($\bar{e}_x$)

Koliko let še lahko pričakujejo													
v		moške osebe					ženske osebe						
		pri rojstvu	ki stopijo v leto					pri rojstvu	ki stopijo v leto				
			10.	20	30.	60.	80.		10.	20.	30.	60.	80.
Pokrajine	Jugoslaviji*												
	Sloveniji ¹⁷⁾												
	1921—1922	42,76	52,94 ¹⁸⁾	45,32 ¹⁴⁾	34,40	20,03 ¹⁵⁾	6,72 ¹⁶⁾	42,76	52,94 ¹⁸⁾	45,32 ¹⁴⁾	34,40	20,03 ¹⁵⁾	6,72 ¹⁶⁾
	Hrvatski-Slavoniji												
	1901—1910	36,88	47,23	39,67	32,95	12,23	4,61	36,71	45,17	38,28	32,22	11,54	4,56
	1906—1910	34,41	47,87	40,22	33,51	12,95	5,04	35,12	46,19	39,19	32,97	12,26	4,98
	1919—1922	35,27	46,69	39,17	32,78	12,51	3,85	37,43	46,86	39,71	33,39	12,54	3,94
	Bosni-Hercegovini												
	1909—1912	34,37	41,37	34,09	—	9,98	—	31,87	37,99	31,67	—	10,00	—
	1919—1922	30,55	34,41	27,46	—	9,60	—	34,17	38,00	31,56	—	10,00	—
Mesto	Zagrebu—mestu												
	1919—1922	39,17	46,40	38,73	31,10	11,07	3,15	42,80	49,61	41,78	34,70	13,65	4,03
	1929—1932	45,23	49,25	40,64	33,04	12,56	3,92	51,57	54,77	46,41	38,83	15,59	4,99
Dežela	D. Stubici—srezu												
	1919—1922	32,14	46,18	38,03	—	9,37	—	33,46	44,11	36,45	—	8,23	—
	1929—1932	41,50	49,31	40,69	—	9,2	—	41,86	46,42	38,45	—	9,01	—
	Mračlinu—vasi												
	1900—1932	37,40	45,41	38,32	—	9,30	—	35,83	39,96	33,77	—	9,00	—
	1921—1926	37,76	46,89	40,03	—	8,34	—	33,75	41,90	34,38	—	8,34	—
	1927—1932	44,04	47,26	38,70	—	8,68	—	39,86	44,24	37,94	—	9,99	—
Inozemstvo	Angliji												
	1838—1854	39,91	47,05	39,48	32,76	13,53	4,93	41,85	47,67	40,29	33,81	14,34	5,26
	1920—1922	55,62	54,64	45,78	37,40	14,36	4,93	59,58	57,53	48,73	40,26	16,22	5,56
	Avstriji												
	1870—1880	30,98	44,21	36,80	30,53	12,20	4,42	33,77	45,52	38,28	31,52	12,37	4,44
	1906—1910	40,69	49,08	40,90	33,49	12,86	4,41	42,88	49,71	41,93	34,80	13,32	4,47
	Belgiji												
	1881—1890	43,59	49,57	41,29	34,06	13,53	4,42	46,63	51,68	43,74	36,55	14,77	4,80
1891—1900	43,35	50,25	41,80	34,20	13,40	4,50	48,85	52,75	44,45	36,95	14,75	4,85	

Koliko let še lahko pričakujejo												
v	moške osebe						ženske osebe					
	pri rojstvu	ki stopijo v leto					pri rojstvu	ki stopijo v leto				
		10.	20.	30.	60.	80.		10.	20.	30.	60.	80.
Bolgariji*												
1927—1928	40,91	50,44	42,40	38,99 ¹⁾	16,28 ²⁾	4,99 ³⁾	41,80	49,82	42,04	38,90 ¹⁾	17,21 ²⁾	5,00 ³⁾
Danski												
1835—1844	42,60	47,70	39,80	32,60	13,20	—	44,70	48,90	41,60	34,20	14,30	—
1921—1925	60,30	58,40	43,40	40,80	16,00	5,20	61,90	58,40	49,30	40,80	16,50	5,40
Franciji												
1817—1831	38,30	47,00	40,00	34,00	13,25	4,75	40,80	49,90	43,80	33,40	13,20	4,75
1920—1923	52,17	51,51	42,93	35,50	13,84	4,33	55,86	54,49	46,16	38,61	15,63	5,04
Grčiji*												
1928	46,94	50,81	42,60	35,38	13,93	3,96	47,64	52,62	44,56	37,63	15,38	4,24
Islandiji												
1850—1860	31,90	43,94	36,42	30,63	12,85	5,22	37,91	51,21	43,53	36,28	15,42	6,77
1901—1910	48,30	49,20	41,50	35,40	14,80	5,60	53,10	54,00	46,50	39,40	16,60	6,70
Italiji												
1876—1887	35,10	47,85	40,35	33,50	13,10	4,60	35,40	47,25	40,00	33,40	12,85	4,50
1910—1912	46,97	52,55	44,20	36,73	14,14	4,25	47,79	52,76	44,67	37,33	14,38	4,29
Madžarski*												
1920—1921 ¹⁾	37,25	48,09	40,44	33,56	11,92	2,48	37,25	48,09	40,44	33,56	11,92	2,48
Nemčiji												
1880—1881	35,58	46,51	38,45	31,41	12,11	4,10	38,45	48,18	40,19	33,07	12,71	4,22
1924—1926	55,97	55,63	46,70	38,56	14,60	4,77	58,82	57,11	48,09	39,76	15,51	5,06
Norveški												
1856—1865	47,40	50,81	43,16	36,28	15,19	5,43	49,95	52,83	45,27	37,81	16,24	6,05
1911—1920	55,62	52,65	44,85	38,83	16,98	10,40 ¹⁾	58,71	54,98	47,19	40,35	17,78	11,15 ¹⁾
Nizozemski												
1850—1859	36,44	45,59	37,95	31,44	12,57	4,23	38,21	46,26	38,92	32,16	13,12	4,41
1910—1920	55,10	55,40	46,70	38,80	15,10	5,00	57,10	56,00	47,50	39,50	15,90	5,30
Švedski												
1816—1840	39,50	45,21	37,32	30,25	12,07	4,03	43,56	48,59	40,75	33,40	13,22	4,46
1911—1920	55,60	53,35	45,27	38,57	16,14	5,26	58,38	55,31	47,37	40,18	17,20	5,66

Koliko let se lahko pričakujejo												
v	moške osebe						ženske osebe					
	pri rojstvu	ki stopijo v leto					pri rojstvu	ki stopijo v leto				
		10.	20.	30.	60.	80.		10.	20.	30.	60.	80.
Švicarski												
1876—1881	40,60	46,90	38,70	31,70	12,20	4,10	43,20	48,20	40,30	33,20	12,50	4,20
1920—1921	54,48	52,53	43,5	35,56	13,26	4,34	57,50	54,48	45,85	37,79	14,40	4,20
Ukrajini												
1895—1898	35,27	48,87	41,70	31,03 ⁹⁾	11,67 ⁹⁾	8,42 ⁷⁾	36,23	47,29	40,19	29,82 ⁹⁾	10,91 ⁹⁾	8,10 ⁷⁾
1925—1926	43,57	52,40	44,49	37,18	15,49	5,95	46,72	54,19	46,37	39,08	16,56	6,53
U S A												
1919—1920	55,33	51,67 ⁸⁾	43,35 ⁹⁾	35,62 ¹⁰⁾	13,85 ¹¹⁾	4,82 ¹²⁾	57,52	52,62 ⁸⁾	44,21 ⁹⁾	36,77 ¹⁰⁾	14,50 ¹¹⁾	5,08 ¹²⁾
Evrop. prebivalstvu južnoafriške unije												
1920—1922	55,61	54,02	45,26	37,08	15,14	5,56	59,18	57,00	48,15	39,93	16,56	5,78
Avstralski zvezi (britanska oblast)												
1881—1890	47,20	48,86	40,58	33,64	13,77	5,11	50,84	51,95	43,43	36,13	15,39	5,27
1920—1922	59,15	56,01	46,99	38,44	15,08	5,00	63,31	59,20	50,03	41,48	17,17	5,61
Novi Zelandiji												
1891—1895	55,29	54,09	45,47	37,54	15,06	5,69	58,09	55,82	47,19	39,33	16,55	5,88
1921—1922	62,76	57,73	48,66	39,98	16,03	5,33	65,43	59,50	50,36	41,76	17,29	5,78

Opombe

1. V 25. letu
2. V 55. "
3. V 75. "
4. V 70. "
5. V 35. "
6. V 65. "

7. V 75. letu
8. V 12. "
9. V 22. "
10. V 32. "
11. V 62. "
12. V 82. "

13. V 5. letu
14. V 15. "
15. V 50. " (za oba spola)
16. V 70. " (za obe spola)
17. Izračunano skupaj za oba spola

* Podatke, ki smo jih zaznamovali z zvezdico, smo izračunali sami na temelju raznih virov, kakor n. pr. iz podatkov zagrebškega in sarajevskega statističnega urada ali lastnega raziskavanja, a za inozemske države iz „Annuaire Sanitaire International“, ki jih izdaja higij. sekcija društva narodov. — Ostale podatke smo povzeli po „Aperçu de la démographie de divers pays du monde 1929“ (L'office permanent de l'institut international de statistique, La Haye 1929, W. P. van Stockum a fils), str. 432—434.

Žal, doslej še nisem mogel najti literature, kjer bi izsledil kompletne tablice redosleda umiranja za najnovejša časovna razdobja, da bi mogel rečeno brezpogojno trditi. Iz nekompletnih tablic, odnosno iz fragmentov posameznih funkcij, ki so publicirani, pa si ne smemo dovoliti, da postavimo trditev brez rezerve. Verjetno je, da bo dovedlo izvajanje ugotovitev medicinske vede v zvezi z biološkim dozorevanjem naroda do stanja, ki ga kaže razvojna smer. Tako bi se krivulja funkcije $\bar{e}_x$ lahko spremenila v ravno črto, ki bi imela svoj začetek pri 70. letu na ordinati, a konec okoli 120. leta na abscisi (slika 7).

Tudi v Sloveniji se bodo predvidoma mogle razvijati življenske šanse v začrtani smeri, če ne bodo nenadne elementarne katastrofe prekinile razvoja in uničile plodov kulturnega dela mnogih generacij. Razvojna smer bo zavisela tudi od spoznanja opisanih dejstev ter od spoznanja smeri njenega gibanja v vodečih narodovih plasteh. Premišljena delitev dela ter organizirano prosvetno delo po načrtu, bo pri upoštevanju rezultatov tega raziskavanja pospešila po prirodi začrtano življensko pot bodočih generacij. Čimprej dosežemo fiziološko mogoči vrh, tem uspešneje, tem delj in bolje bomo uspevali kot narod.

Tablica, ki jo publiciramo, je prva tablica redosleda umiranja, ki prikazuje povojno stanje določene jugoslovenske pokrajine, a druga tablica redosleda sploh, ki se nanaša na Jugoslavijo. Prva publicirana tablica se nanaša na Hrvatsko-Slavonijo za leta 1906—1910*.

O razmerju danes pri nas uvedenega medicinskega pouka napram pouku o bioloških spoznanjih tega dela, naj podam za konec par opazk.

Ko medicinec prične študirati medicino, se mora seznaniti najprej s splošno biologijo. Človeško biologijo spoznava počasi. Do biologije človeške družbe pa nikdar ne pride. Eventualno v uvodnem predavanju iz higiene mimogrede izpregovorijo nekaj besed o človeški družbi, nato preidejo večinoma na obravnavanje bakteriologije. Ni čuda, če zdravniki nimajo pravega smisla za socialno medicino, če so jim biološki pojavi v človeški družbi in njihovo gibanje neznani, ker pri rednem študiju nimajo prilike, da se seznanijo z njimi.

Sodimo, da smo s pričujočo razpravo zagatili važno vrzel v slovenski, kakor tudi v jugoslovenski medicinski literaturi, ter da smo postavili eno izmed podlag za boljše razumevanje socialne medicine med našim zdravništvom.

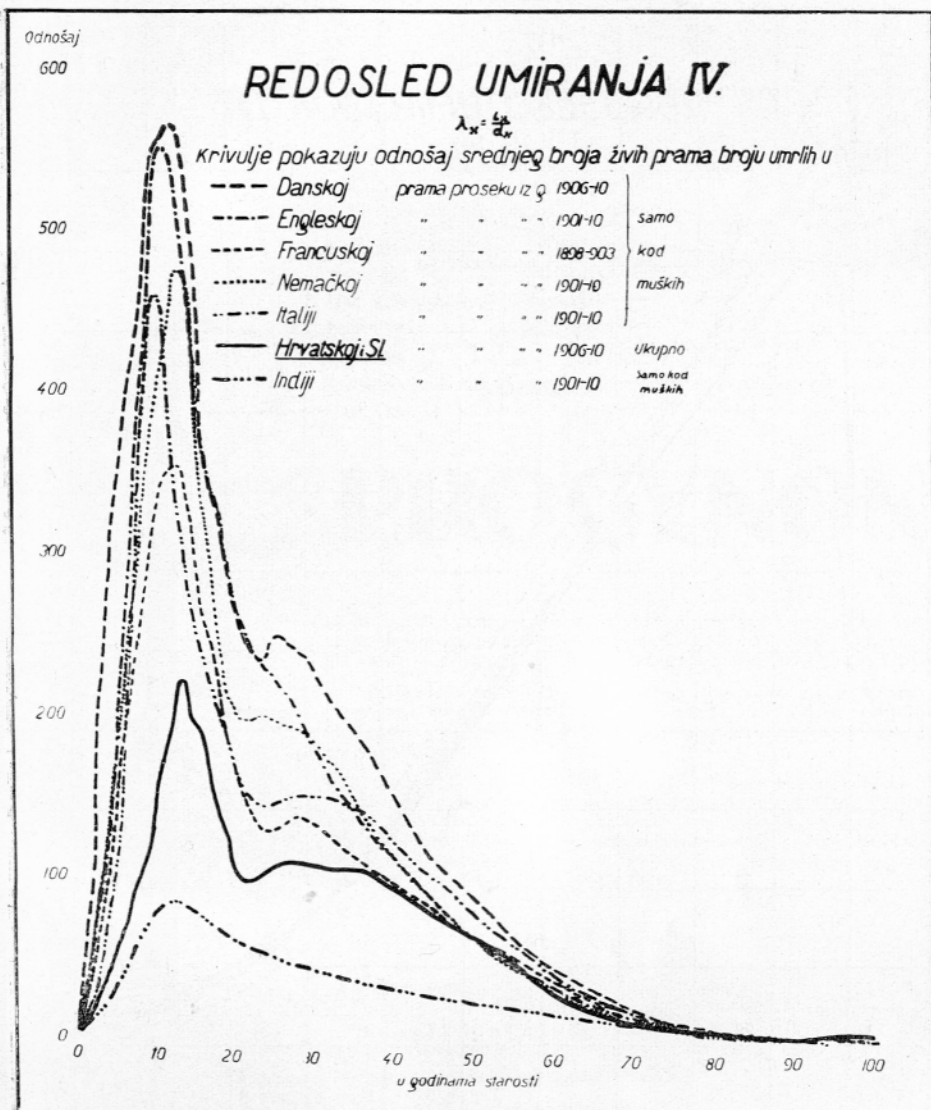
Zusammenfassung :

Dr. Fedor Mikič, Chef der statistischen Sektion der Schule für Volksgesundheit, Zagreb: *Slovenien im Lichte der Tafel der Absterbeordnung.*

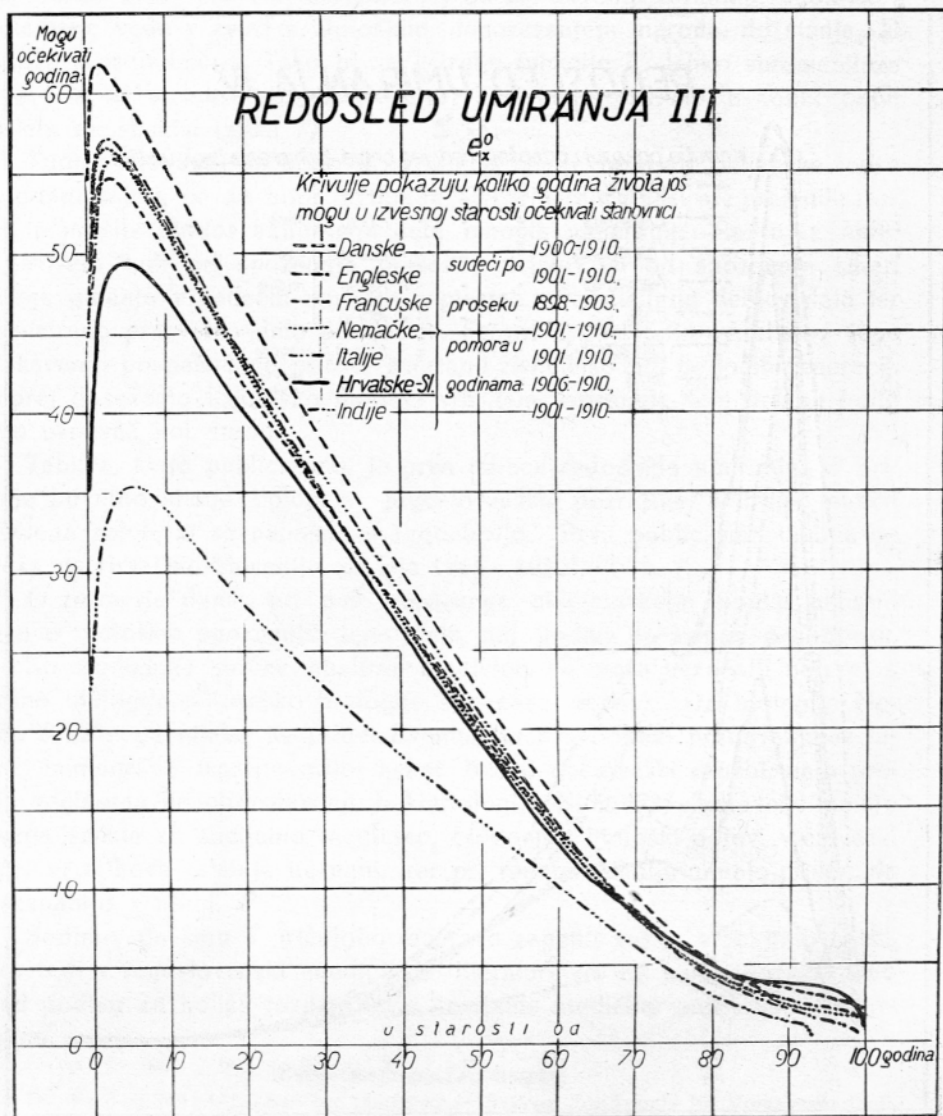
Nach einführender Diskussion über Prinzipien, wird die Tafel der Absterbeordnung für Slovenien 1921—1922 selbst gebracht. Im Kopf der Tafel werden international gebräuchliche Zeichen geführt. Demnach ist sie auch Fremdsprachigen zugänglich.

Bei der Besprechung der Bevölkerungsverteilung (D_x) wird die durchschnittliche Lebenslänge als einheitlicher Ausdruck der Bevölkerungsstruktur und des biologischen

* V. opazko 3.



Slika 6.



Slika 7.



Obširna raziskavanja so dokazala, da se Progynon nahaja v rastlinah in v vseh živalih. Rastline in živali so vsebovale Progynon že ob začetku biološkega razvoja zemlje.

PROGYNON

se je pokazal kot biološko delujoča substanca in telesu svojstveni hormon; popolnoma je neškodljiv in zelo močno učinkuje pri vseh motnjah fiziološkega tvorenja folikularnega hormona.

S PROGYNON-DRAŽEJI se znatno popravijo ali popolnoma odstranijo klimakterične težave. K temu spada tudi obolenje sklepov, ki se pojavlja v klimakteriju, gotova obolenja kože in nespečnost.

PROGYNON B OLEOSUM rabimo pri težkih slučajih, ki ne reagirajo na navadno zdravljenje s Progynon-dražej. Pri gotovih primerih težke, sekundarne in primarne amenoreje je treba najprej dajati Progynon B oleosum za razvoj proliferativne faze, a šele potem uporabiti Proluton, da se sluznica uterusa dovede v sekretorno fazo.

ORIGINALNI ZAVITKI

Progynon dražej

15 dražej po 750 i. j. (150 m. j.)

30 dražej po 750 i. j. (150 m. j.)

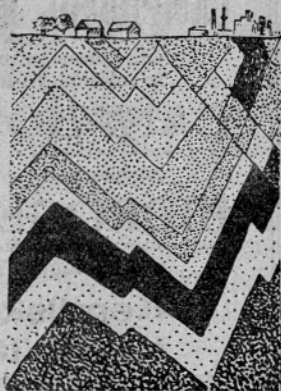
60 dražej po 750 i. j. (150 m. j.)

Progynon B oleosum

Škatlje po 5 ampul po 50.000 i. j. (10.000 m. j.)

Škatlje z 1 ampulo po 250.000 i. j. (50.000 m. j.)

Škatlje z 1 ampulo po 500.000 i. j. (100.000 m. j.)



SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

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

Perhepar

vsebuje učinkoviti ekstrakt jeter v koncentrirani obliki

Perhepar tabl.

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

Perhepar inj.

1 ampula à 1 ccm odgovarja 500 g svežih jeter.

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

Predpisujte z zaupanjem dobre domače preparate!

KEMIKA D.D. ZAGREB

ROBOR M. i K.

za ojačenje živčne in telesne moči. Jako posrečena kombinacija glicerofosfata, arsena, mangana, oreha Kola in strihninovega oreha. Orig. stekl. 130 gr. Sirup prijetnega okusa.

SKALIN M. i K.

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

REAL M. i K.

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

CAMPHOSOL M. i K. injekcije

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

CAMPHOSOL M. i K. draže

sulfonirani preparat naravne japonske kafe v subst. Orig. zavitki: škatlja z 20 dražejami a 0.10.

HIDROGEN M. i K. tablete

Hydrogenium hyperoxidatum v močnem stanju vsebuje 35% $H_2 O_2$. Pakirano v cevkah po 10 in 20 tablet a 1 gr.

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

Allers desselben mit 29,17 und 29,75 Jahren angegeben und mit anderen jugoslawischen Ländern (31. I. 1921.) verglichen. Es zeigt sich, dass Slovenien in erwähnter Beziehung in Jugoslawien am ältesten ist. Der Index des biologischen Typus mit 1,61 zeigt uns eine zahlenmässig progrediente Bevölkerung an. Der Wert des Index ist aber, trotzdem, im Vergleich zu übrigen Jugoslawien am kleinsten. Weiters haben wir in Slovenien mit einer Bevölkerung zu *lun*, die emigriert (subnormale Elternquote).

Die Verteilung von Gestorbenen nach dem Alter (P_{px}) zeigt uns, dass ein Viertel davon Säuglinge sind. Die Säuglingssterblichkeit betrug (1921/22) 160‰. Ein Vergleich mit Nachbarprovinzen Jugoslawiens, mit benachbarten Ländern, sowie mit den europäischen Städten (Abb. 3), weist darauf hin, dass sich Slovenien diesbezüglich bereits in west- und nordeuropäischer Sphäre, und zwar an der Grenze derselben, befindet. Die Übergänge weisen darauf hin, dass die Säuglingssterblichkeit in einem Lande von analogen Werten in der Nachbarschaft nicht unabhängig sein dürfte und sich die Bekämpfung hoher Säuglingssterblichkeit nicht allein lokal abwickeln darf. Unter den Massnahmen wird auf rechtzeitige Erziehung junger Mütter hingewiesen.

Die Sterblichkeit in der Volksschulzeit ist sehr hoch (32‰), in Vergleich mit Österreich und der Čechoslovakei 3-mal höher, aber niedriger in Vergleich zu Nachbarn, die sich südlich, südöstlich, südwestlich und nordöstlich befinden.

Aus der Funktion der Überlebenden (l_x) wurde die mittlere Lebenslänge ($l_{50\ 000}$) berechnet und betrug 50—51 Jahre, womit sich Slovenien als Übergangsstufe an den Westen anlehnt.

Mit der Funktion der Summe der Überlebenden (T_x) und zwar mit $T_{x_1} = 4\ 276\ 102$ nimmt Slovenien nach Italien und nach Japan seine Stellung ein. Daraus wird die faktische Zahl der Geborenen berechnet (1 917 361), die für den zur Grundlage genommenen Bevölkerungsstand (1 034 919) notwendig waren. Die Relation letzterer zwei Zahlen gab einen Index des Geburteneffektes von 1,82 (Grenze desselben dürfte um 1,30—1,35 sein) an.

Die heutige Vitalität (L_x/d_x) ist nicht zufriedenstellend. Die maximale Vitalität ist kaum ein Drittel von derjenigen in Dänemark. Die Werte für die Lebenserwartung ($\bar{e}_x$) befinden sich zwischen Frankreich und Kroatien-Slavonien. In einer grossen Tabelle von Lebenserwartungswerten wird der Stand Sloveniens in Bezug auf dieselben in verschiedenen Ländern der Welt und in verschiedenen Teilen des Vaterlandes, genau definiert.

Es wurden Massnahmen vorgeschlagen, die bei Berücksichtigung des definierten Sachverhaltes zu Erfolgen führen könnten.

Der Autor plädiert zum Schluss, man möge den Erkenntnissen der Volks- (Massen-)biologie beim Medizinstudium grösseren Platz einräumen als bisher, um mit grösserem Verständnis der beteiligten und betroffenen Ärzteschaft die Massnahmen der sozialen Medizin durchführen zu können.

Iz II. kiruršk. odd. obč. drž. bolnice v Ljubljani — v. d. šefa: dr. Božidar Lavrič

Maligni tumorji debelega črevesa*

Dr. BOŽIDAR LAVRIČ

Kadar govorimo o blastomih, ki primarno rastejo v ostenju debelega črevesa, tedaj nehote mislimo na karcinom, ker je ta pač najpogostejši in ker v praksi igra največjo vlogo. Poznamo pa tudi druge maligne tumorje, bodisi take, ki so že od svojega početka malignega značaja, ali pa so se razvili iz čisto benignega tumorja; to zadnjo vrsto spremembe, iz benignega v maligni tumor, poznamo pod imenom maligne alteracije. Klinično štejemo tudi te benigne tumorje med maligne, ker vemo, da so nevarni in da je

* Predavanje pred KD, sekcija Ljubljana

maligna alteracija samo vprašanje časa. Patološko-anatomske so pa seveda vsi po svoji histološki strukturi strogo ločeni in diferencirani.

V vrsto benignih tumorjev spadajo adenomi, ki zelo radi prekoračijo benigno mejo in prevzamejo potem vso karakteristiko blastomov. Moram pa takoj poudariti, da vsi adenomi nimajo te tendence.

Adenomi se pojavljajo v teh-le oblikah:

1. Kot ploščati izrastki na sluznici, ki so ostro omejeni od normalne okolice. Njihov sedež je največkrat v rektumu.

2. Druga oblika je adenomatozni polip, ali pa polipozni adenom. Za nje je karakteristično, da visijo v lumen črevesa, s sluznico pa so vezani po peclju. Histološka struktura je razvidna že iz imena. Polipi, ki so zelo pogosti v rektumu, so ali soliterni izrastki, ali pa so v večjih grupah posejani na omenjenem sektorju sluznice debelega črevesa.

Po celem debelem, izjemoma tudi po tankem črevesu diseminirane polipozne izrastke poznamo pod nazivom: poliposis intestinalis.

Vsi trije načini polipozne manifestacije v črevesu imajo tudi svoje simptome, ki so največkrat mehničnega značaja. Najvažnejša pa je njihova maligna alteracija, ki vedno lahko nastopi.

Mali, po strukturi karcinomom slični tumorji, ki so bolj benignega značaja, se imenujejo karcinoidi. Najdemo jih v tankem črevesu zlasti pa v apendiksu. Pojavljajo se po čestih, recidivirajočih apendicitidah. Večina avtorjev smatra to vrsto tumorjev za embrionalne spačke. Saltykov misli, da so nastale iz abnormno lokaliziranih pankreatičnih otokov.

Sarkom je v debelem črevesu redka stvar. Dobimo ga v formi limfomi ali melanosarkoma, navadno v rektumu. Ta tumor je posebno malignega značaja in vsaki terapiji nepristopen. Z ozirom na infaustno prognozo, smemo sem prištevati tudi limfogranulom.

Kakor sem že omenil, je karcinom dominanten nad vsemi blastomi debelega črevesa. Razdelitev karcinomov debelega črevesa in danke v patološko-anatomskem smislu je težka in do danes ni enotna.

Hauser jih deli enostavno v adenomatozne in solidne karcinome. Ta razdelitev je res enostavna in v njo moremo uvrstiti vse forme.

Aschoff pozna druge forme: polipozno papilarne, ulcerozne, skirozne in gelatinozne.

Ribbert zopet prizna tri vrste: 1. Schirrhous, 2. medularni in 3. gelatinozni Ca.

Histološko so to navadno adenokarcinomi, nastali v žlezah sluznice. Njihova rast je široko ploščata, cirkularna ali pa ekspanzivno infiltrativna, skozi celo steno črevesa, kasneje tudi v sosedne organe. O načinu širjenja in rasti blastoma odloča v prvi vrsti (če dovolite izraz) njegova virulenca, dalje stanje in odpornost organizma in ne v mali meri končno anatomske položaj in struktura okoliša, v katerem se blastom razvija. Karcinom ampule se dolgo ne širi v okolico, ker ima precejšno zapreko v fascia visceralis pelvis; analni karcinom pa ima prosto pot brez zaprek; radi tega se tudi zelo hitro širi v paraproktija.

Karcinom v kolonu se širi limfatičnim potom, bolj redko hematogenim. Prve metastaze so v regionarnih bezgavkah, kasnejše v jetrih in na koncu šele v kosteh, pljuči in drugih organih. Tudi je pogosta diseminacija ali karcinomatoza po vseh serozah trebušne votline s hemoragičnim eksudatom.

Adenomi in polipozne oblike benignih tumorjev v debelem črevesu delajo razne sekundarne patološke spremembe in te lahko spoznamo po kliničnih simptomih. Posledice teh sprememb so odvisne od lokalizacije, od velikosti in števila teh izrastkov; razen tega igra tudi veliko vlogo fiziološko gibanje debelega črevesa. Te motnje so mehaničnega značaja (stenoze, invaginacije, volvulus, motnje v pasaži lažje vrste) in biološko patološkega značaja (krvavitve iz črevesa, diareje, obstipacija, sluzavo blato.)

Pri sarkomih in karcinomih je kaheksija v ospredju. Pri teh tumorjih imamo simptome, kot smo jih našli pri benignih; razen funkcionalnih izpadov imamo še nekatere druge: abnormne komunikacije med posameznimi deli črevesja (gastrokolične, rektovaginalne, rektovezikalne fistule itd.) Maligni tumor lahko perforira skozi trebušno steno in na ta način nastane stercoralna fistula.

Omenil sem že, da je karcinom daleko pogostejši blastom debelega črevesa, kot pa sarkom.

Lokalizacija karcinoma v črevesu je po Nothnagel-u sledeče razvrščena:

V tankem črevesu v 2.5%, v debelem črevesu 26.5%, v rektumu 71%.

Med 312 karcinomi debelega črevesa je Hochenegg našel 145 krat lokalizacijo v sigmi, 72 krat v cekumu, ostanek enakomerno razdeljen po kolonu.

Flexura lienalis, hepatica, sigma, coecum in colon transversum so mesta, kjer karcinome navadno najdemo, colon ascendens in descendens so bolj redko prizadeti.

Pri moških je karcinom kolona in rektuma pogostejši kot pri ženskah.

Postalo je skoraj pravilo, da je starost od 50 do 70 let najbolj povoljna za začetek in razvoj karcinoma. Tudi v tem so velike izjeme. Rektalni karcinomi v mladosti (20 do 30 let) niso nikaka redkost. Malignost in težka kaheksija je pa ravno pri teh mnogo hujša.

Simptomatologija tumorjev celega kolona in rektuma je zelo pestra. Mehaničnim motnjam bolj kroničnega značaja sledijo včasih popolnoma akutni simptomi obturacijskega ileusa z vsemi posledicami in sekundarnimi znaki. Drugič zopet so krvavitve tako velike, da stoji malokrvnost pred vsemi znaki, najdenimi pri kliničnem pregledu.

Pri razpoznavi obolenj, katere obravnavamo, je najpomembnejša in dostikrat edino odločilna anamneza. Povdariti moram in ugotoviti, da anamneze ne upoštevamo dovolj. Pravilno zbrana in razumljena anamneza je v vsej medicini, posebno pa še v trebušni diagnostiki, činitelj, brez katerega ne moremo naprej. Če nam že sama anamneza ne pove diagnoze, vendar na njeni podlagi vedno lahko postavimo sum kakšnega obolenja in s tem

smo dobili tudi smer našega daljnega raziskovanja; pomožne klinične preiskovalne metode izberemo še-le po anamnezi.

Anamneza mora biti jasna, kronološko razdeljena, razbistreni morajo biti vsi pojmi in povdarjeni važni momenti, ki jim morda bolnik sam ne pripisuje važnosti. Vemo, da dednost in konstitucionalne posebnosti igrajo v patologiji blastomov veliko vlogo in radi tega nas že familiarna anamneza opozori, v slučaju, da najdemo pri bolnikovih prednikih maligna obolenja.

Direktna anamneza, katero zvemo od bolnika, je bolj sigurna kakor pa indirektna, ker pri tej priliki lahko tudi pretehtamo osebna duševna svojstva bolnika.

Pri blastomih debelega črevesa je važno v anamnezi zvedeti in povdariti čas, kdaj so težave začele. Način težav, njihovo stopnjevanje, način pojavljanja, presledki, spremembe, katere je bolnik sam zapazil. Vredno je poslušati bolnika, kako sam pripoveduje in opisuje svoje težave, katere mnogokrat plastično primerja s sličnimi pojavi v njegovi okolici. Večkrat pa je potrebno, da na bolnika stavimo direktno vprašanja, zlasti v pogledu črevesne krvavitve, izločanja sluzi, formiranja blata, način kolik in mesto največjih bolečin. Na ta način že po par besedah vemo zakaj gre, ali pa vsaj, kaj bi moglo biti. Iz anamneze dostikrat lahko sklepamo, kje je sedež blastoma, ali je lahka stenoza črevesa ali je že mogoče nastopil ileus. Tudi stopnjo malignitete v časovnem smislu iz anamneze lahko preračunamo. Važno je izpraševanje bolnika o eventuelnih vidljivih ali tipljivih metastazah.

Indirektna anamneza, katero dobimo od bolnikovih sorodnikov ali znancev je veliko manj zanesljiva in radi tega je v slučajih, kjer bolnik sam ne more podati anamneze, preiskava mnogo težja in bolj komplicirana.

Oprostite, da sem se zadržal nekoliko bolj pri anamnezi. Storil sem to iz razloga, ker dan za dnevom opazujemo, da med nami nadvladujejo najmodernejše klinične metode, da pa najbolj enostavne in najbolj važne zanemarjamo in prezremo.

Dva kardinalna simptoma imamo pri debeločrevesnih karcinomih: 1. krvavitev iz črevesa; sveža, rdeča kri, večkrat v kosih, je iz aboralnih delov kolona in rektuma. Prebavljena, spremenjena, v obliki črne mase se pojavljajoča kri prihaja iz oralnih delov debelega oz. tankega črevesa. V obeh slučajih gre za resni črevesni proces. Kolikokrat vidimo karcinome rektuma, ki so kljub stalnim krvavitvam dolgo časa ostali neopaženi in so jih smatrali za hemoroide. Vsaka taka krvavitev zahteva točne preiskave in sicer tako dolgo, dokler nismo odkrili mesto in vzrok krvavitve.

2. Nič manj ni važen drugi simptomni kompleks pri debeločrevesnih blastomih, ki ima svoj vzrok v motnjah pasaže. Navadne obstipacije, periodične kolike, znaki zastoja črevesne pasaže, meteorizem, znaki stenozе in končno slika ileusa, nam dajo dovolj možnosti, da mislimo na maligni proces.

Palpacija tumorja je težavna stvar, posebno še tam, kjer je velik meteorizem in zastoj v črevesu. Tumor na cekumu in sigmi je še najbolj pristopen našim rokam in ga zato tudi največkrat z olipanjem spoznamo. Če ima tumor infiltrativni karakter, tako da predstavlja masivno rezistenco, potem s palpacijo lahko dokažemo njegovo prisotnost. Blastomi na zavojih debelega črevesa pa največkrat ostanejo skriti in nepristopni palpaciji; semintja otipljemo kakšno negotovo rezistenco, ki je ne moremo nikamor točno uvrstiti.

Drugačna je stvar pri analnih in ampularnih karcinomi. Pri teh lokalizacijah lahko direktno dokažemo sedež, kakovost in infiltrativnost tumorja.

Za diagnostiko analnih tumorjev, ki so povečini karcinomi, zadostuje inspekcija; palpacija nam služi tukaj že bolj za prognozo, ker iz trdote, širine in infiltrata lahko sklepamo na operabiliteto.

Rektalne tumorje tipamo digitalno v 80%. Digitalni pregled rektuma je sicer zelo enostavna metoda, pa vendar se v tolikih slučajih opusti in vedno na škodo bolnika. Digitalna preiskava naj se vrši v klečečem položaju bolnika, ki ima gornjo polovico telesa nagnjeno navzdol tako, da je oprt na oba komolca. Palpiramo direktno sam tumor, ki je navadno eksulceriran; ugotovimo takoj, če je cirkularen, v kateri višini se nahaja in če stenozira črevo. Prst tipa tudi sakralno izbočino in išče ev. povečane karcinomatozne bezgavke, ki se pa javljajo kot okrogli, solidni, neobčutljivi, gibljivi tumorji.

Infiltracijo v sosednje organe in periproktalno tkivo moramo zanesljivo kontrolirati in presoditi, ker smo na ta način že postavili indikacijo za možnost operativnega načina terapije. Da dokažemo gibljivost tumorja, pozovemo bolnika, da se, medtem ko digitalno preiskujemo v že omenjeni poziciji rectum, izravna, tako da kleči in je telo v vertikalnem položaju. Tumor, katerega smo prej slabo ali pa ga sploh nismo palpirali, se pomakne nižje in nam postane dostopen. Če se bolnik še na naš poziv napne kot pri defekaciji, tedaj ugotovimo, če se tumor pod tem pritiskom kaj premakne v analni smeri. V pozitivnem slučaju je to dokaz, da ni fiksiran.

Razen digitalne preiskave imamo na razpolago pri ampularnih in sigmoidalnih karcinomi še endoskopijo, katero imenujemo tukaj rektoskopijo. Z rektoskopom tumor lahko motrimo in tudi posamezne komade v svrhu histološke preiskave ekstirpiramo.

Za določitev mej infiltracije tumorja služi tudi cistoskopija, katere pri Ca. recti ne smemo opustiti. Na sluznici mehurja najdemo mnogokrat spremembe, iz katerih moremo sklepati, da je tumor prodril že v ostenje mehurja.

Da je ena izmed najbolj važnih preiskovalnih metod Rentgen, ni treba poudarjati. Rentgen naj potrdi klinični sum ali diagnozo, nikar pa naj ne bo edina preiskovalna metoda. Že navadno presvetljenje trebušne

volline nam pove, če je večja motnja v pasaži črevesja; iz povečanih jeter se more sklepati na metastaze. Bolj siguren je seveda pregled s pomočjo kontrasta, katerega nudimo bolniku oralno ali pa v obliki klizme.

Oralni način polnitve debelega črevesa z barijem traja dolgo časa; potrebne so pogoste kontrole v raznih časovnih presledkih.

Hitrejša se orijentiramo z irigoskopijo, ker kontrast že v par minutah napolni celo debelo črevo. Tu ugotovimo čas in način pasaže, zapreke in abnormni položaj kolona. Karakteristična je slika pri stenozi, do katere gre barij normalno, tam pa kot odrezano ostane.

Barij, ki pride v kontakt s sluznico, da neke vrste slika njene površine. Če se nahaja na sluznici črevesa defekt, tedaj je tudi relief v tem smislu spremenjen; ravnotako dela v lumen rastoč tumor spremembe v senci barija.

Za predočitev reliefa črevesa, kakor tudi za njegovo formo je zelo priporočljiva metoda po Fischerju, ki obstoji v tem, da se irigoskopiji z barijem priključi še insuflacija zraka. Spremembe na črevesu so bolj plastično izražene in vidljivi so tudi vsi detajli. Vsako sumljivo mesto je potrebno fiksirati na filmu, ker nam je na ta način dana možnost, spremembe kasneje v miru in podrobno preštudirati. Tudi nam lahko pri irigoskopiji ostanejo nevidne in neopažene spremembe, katere pa na filmu z lahkoto ugotovimo.

Kar se tiče samega rentgenološkega pregleda, moram poudariti še to, da smo dolžni v naprej opozoriti rentgenologa, na katerem meslu in kakšno vrsto spremembe pričakujemo, ker potem natančneje pregleda zaznamovana mesta.

V slučaju, da smo v trebuhu našli tumor, o katerem ne vemo sigurno, kateremu organu pripada, moramo uporabiti vse druge klinične pripomočke, s katerimi lahko zaporedno izključimo posamezne organe. Sem spada cisto- in hromocistoskopija, retrogradna intravenozna pielografija, pneumoperitoneum, ev. hepatolienografija. Kljub vsem tem diagnostičnim pripomočkom ostane še lepo število tumorjev debelega črevesa, katere zapazimo šele tedaj, ko je radikalna terapija brezuspešna. Še vedno ostane 40% tumorjev, ki niso diagnosticirani, dokler so bili še operabilni.

Pri diferencijalni diagnostiki naj omenim le tuberkulozo črevesa, zlasti ono v cekumu. Proliferativno-infiltrativni karakter te bolezni dovede do razvitka tumorozne mase, ki se kaj lahko zamenja z blastomom. Navadno je tu diagnoza postavljena šele intra operationem, da, dostikrat odloči šele mikroskop. V takih slučajih zamenjava ni tako zelo važna, ker je v obeh primerih indicirana radikalna ekstirpacija. Kadar smo v dvomu, moramo ravnati tako, kakor da imamo opravka z malignim tumorjem.

V diagnostične svrhe je dobro uporabiti tudi Freund-Kaminejevo reakcijo.

Nadaljevanje sledi.

Lečenje akutnog poliartritisa*

MILOŠ SEKULIĆ

S obzirom na praktični interes lečenja od akutnog poliartritisa iznećemo ukratko kako smo na II. unutrašnjem odeljenju vršili njegovu primenu za vreme od 10 godina.

Spomenućemo samo, da je i kod nas ova bolest isto tako česta kao i u ostalim zemljama i prikazuje se u istom obliku.

Iz priložene statistike se vidi, da se obolenja više javljaju u jesen, a najviše u mesecu decembru, dok znatno opadaju preko leta. Ako uzmemo u obzir sve naše bolesnike t. j. 153 osobe, vidićemo da je

januara	meseca	stupilo na odeljenje	16	bolesnika
februara	"	"	12	"
marta	"	"	21	"
aprila	"	"	17	"
maja	"	"	9	"
juna	"	"	6	"
jula	"	"	10	"
avgusta	"	"	15	"
septembra	"	"	11	"
oktobra	"	"	14	"
novembra	"	"	16	"
decembra	"	"	25	"

Od 153 osobe, 18 je ležalo s anamnestičnim podacima o već jednom, a redje dva puta preležanom akutnom poliartritisu.

Kod 47 bolesnika konstatovane su razne komplikacije ili istovremena druga obolenja, i to:

latentni lues	kod 7 bolesnika
erizipel	" 1 "
srčani vicium	" 32 "
pleuropneumonija	2 "
eritema nodozum	" 1 "
tbc. fibroza	" 2 "
Bazedovljeva bolest	1 "
gonoreja	" 1 "
nefritis	" 1 "
eksudativni pleurit	1 "
plućni infarkt	" 1 "

Kod 3 bolesnika su postojale istovremeno dve ili više komplikacija ili istovremenih obolenja.

Pod rubrikom „srčani vicium“ uzete su u obzir izražene tipične klinične pojave. Medjutim samo nečist ton na vrhu ili nejasan šum — ne.

* Iz rokopisa v cirilici.

Glavni lek bio je salicil.

Salicil smo davali u glavnom na dva načina: 1.) svakodnevno i neprekidno, za vreme cele bolesti, u toku dana i noći, kao što su preporučivali već odavno stari lekari, ili 2.) u intermitentnom obliku u 3—4 dana jedanput, svega 2—5 puta.

U prvom slučaju daje se 8—10 grama za 24 časa, pa kada bolest popusti, smanjuju se doze postepeno. U drugom pak ova količina se da najedanput, tako da je bolesnik uzme ujutru za vreme od pola časa. Danijelopolu, Kosad i Tardije i drugi preporučuju 14—20, pa i 30 grama dnevno. Pokazalo se da ni ove količine ne škode, ako su bubrezi i jetra zdravi. One se ne daju deci ispod 15 godina nikako više od 10 grama dnevno, ni starim ljudima. Žene takodje slabije podnose preko 10—14 grama.

Salicil treba prepisivati uvek sa bikarbonatima u jednakim količinama ili u dva puta većim.

Najprostiji način davanja je per os.

Daje se i intravenozno. Tada je primećeno brže nestanjanje bolova. Eliminacija je kod intravenoznog davanja znatno veća i traje duže. Dok se preko mokraće izlučuje 68%, kod davanja per os, dotle kot intravenoznog davanja se izlučuje 88% salicila. Per os je ipak zgodnije, naročito za velike doze. Rozental primenjuje salicil intravenozno dva puta dnevno u sledećem sastavu: 1,0 gram salicila, 3,0 glikoze, i destilovane vode do 10,0. Ovo stavlja u sud od neutralnog stakla i sterilise na 100—110 C.

Rektalne instilacije se vrše kod onih čiji stomak ne podnosi salicil, a ne želi se intravenozno davanje. U ovom slučaju izlučivanje traje 25 časova, za razliku od intravenoznog 34 časa, i per os 28 časova. Per rektum obično dajemo 6—8 grama u 100 kc. vode 1—3 puta dnevno; u obliku supozitorija po 1 gram sa 3 grama butiri kakao. Pri potkožnim ili intramuskularnim ubrizgavanjima daju se male doze i sa kokainom.

Nas je naročito interesovala terapija sa intermitentnim davanjem. Naši bolesnici su dobivali 10—12 grama salicila najedanput t. j. bolesnik je celu ovu količinu salicila sa isto toliko bikarbonata uzimao per os u toku pola časa. Pojedinci su uz to uzimali po malo sirupa. Doza se ponavljala svaka 3—4 dana, t. j. onda, kada se konstatovalo, da u mokraći nema više salicila. Za vreme ovakvog lečenja bila je preporučivana obilata vegetarijanska ishrana. Kosad i Tardije primenjuju ovu metodu kod težih slučajeva, t. j. kod onih kojih sa običnim lečenjem za nekoliko dana temperatura ne opada.

Salicil treba dati ujutru našte, a posle toga se preporučuje malo vode Viši. Posle nekoliko časova (4—6) po uzimanju leka, javlja se tahikardija, znojenje, zujanje u ušima. Zbog srca se daje kofein ili kamfor potkožno, a ako preči srčani kolaps, onda eter s kamforom po potrebi u više mahova.

Može se dati najpre 1—2 gr. salicila radi ispitivanja podnošljivosti, pa onda preći na redovnu dozu. Tada se kontroliše stanje bubrega u pogledu na izlučivanje salicila. Albuminurija nije prepreka primeni salicila, jer joj je čest uzrok sam poliartritis. Šta više, kod nefritisa, prouzrokovanog poliartriti-

som, mnogi autori baš preporučuju, da se duže nastavi lečenje salicilom (Kosad, Pišon i dr.)

Bolovi, kao i druge kliničke pojave nestaju često već posle prve doze salicila, posle druge ili treće gotovo uvek sigurno. Međutim se događa, da se bolovi ponavljaju, ako se nova doza salicila ne da na vreme, t. j. pre no što se prethodna potpuno izluči.

Salicilnoj terapiji često se pridružuje i proteinoterapija, t. j. najpre lečimo po goreizloženom načinu salicilom, pa zatim injekcijama mleka.

O značaju i vrednosti proteinoterapije treba specijalno govoriti u vezi sa njenim terapijskim efektom kod akutnog poliartritisa. Mi ćemo zasad izneti samo rezultate ne upuštajući se u detalje.

Sem salicilne in proteinske terapije primenili smo kod naših bolesnika još čitav niz drugih sretstava.

Svakodnevnom davanjem salicila lečeno je 94 bolesnika. 82 bolesnika su bez naročitih teškoća podnosili salicil, a samo dvojica su izišla neizlečeni. Kod 10 bolesnika ova metoda se pokazala bez uspeha, zbog toga je kod njih primenjeno drugo lečenje, sa uspehom.

Intermitentnim dozama je lečeno 17 bolesnika, sa uspehom kod 15, a 2 su izišla na svoj zahtev pre vremena. Trojica od njih su najpre lečeni bez uspeha neosalvarzanom.

Intermitentnim, pa svakodnevnom dozama lečeno je 10 bolesnika sa uspehom od početka do kraja.

Svakodnevnom tretiranjem salicilom, pa zatim intramuskularnim injekcijama mleka lečeno je 9 bolesnika. Isto lečenje je sprovedeno još kod jednog, samo što je na mesto mleka bio primenjen kazeozan. Svi su ozdravili. Na injekcije mleka 7 je reagovalo samo lakim febrilnim ili sufebrilnim reakcijama, a 2 su reagovala sa potpunim recidivom cele kliničke slike.

Intermitentnim davanjem 10—12 gr. salicila, pa injekcijama mleka bilo je lečeno 25 bolesnika: 23 su ozdravili, samo jedan je izišao neoporavljen, a jedan je bio lečen bez uspeha neosalvarzanom pa tek s atofanom — uspešno. Kod 16 od ovih na mleko je nastupila samo febrilna reakcija, a 8 su dobili pravi recidiv, koji je izčezao odmah posle prve ponovne doze salicila, tako da se docnije više nije javljao ni posle 2—3 injekcije mleka.

Jedan bolesnik je lečen uspešno intermitentnim dozama salicila pa injekcijama jatren-kazeina.

Trojica je lečeno intermitentnim dozama salicila, pa zatim intramuskularno hipertermanom sa uspehom.

Bilo je lečeno intermitentnim dozama i injekcijama mleka 29 bolesnika i to sa uspehom kod 27, kod jednog bez uspeha, a kod jednog je nastupilo oporavljenje na atofan.

Od ostalih 21 bolesnika sprovedeno je lečenje neosalvarzanom kod 7, od kojih kod 4 uspešno, a kod 3 ne atofanom „ 3 uspešno, salicilom pa atofanom kod 2 uspešno,

mlekom intramusk. i glikozom intravenozno kod 1 uspešno
lopijonom kod 1 uspešno,
salicilom, mlekom (intramusk.) i dijafermijom kod 1 uspešno,
mlekom (intramusk.) i elektrargolom kod 1 uspešno,
mlekom intramuskularno kod 1 uspešno,
jatren — kazeinom kod 2 uspešno,
sanartritom kod 1 uspešno,
tripeflavinom i elektrargolom kod 1 uspešno.

Kao što vi limo, kod naših bolesnika je bilo izvedeno 18 načina lečenja akutnog poliartrita, a primenjeno 13 raznih sredstava, u raznim kombinacijama.

Od 18 bolesnika koji, su došli sa recidivom, 17 je bilo uspešno lečeno svakodnevnim davanjem salicila, a samo jedan intermitentnim.

Kada prostudiramo i uporedimo sve pomenute metode lečenja, kojima smo podvrgli naše bolesnike, možemo zaključiti, da je najefikasnija metoda intermitentnih doza salicila u kombinaciji s intramuskularnim davanjem mleka. Zatim svakodnevno i neprekidno davanje salicila pa intramusk. u kombinaciji s intramuskularnim injekcijama mleka. Tek onda dolazi u obzir intermitentno ili svakodnevno davanje salicila bez proteinoterapije. Ostale goreizložene metode su takodje efikasne, ali svakako su slabijeg dejstva od maločas pomenutih.

Dr. STANE LUTMAN, specijalist za notranje bolezni

Biermer-jeva anemija in njeno zdravljenje z izvlečki jeter in želodca (Nadaljevanje)

Kri je vodena, temu primerno tudi krvni razmaz na šipici zelo tanek. Tudi sesedanje rdečih krvnih telesc je precej pospešeno. V preparatu (barvanem po May Gruenwald-Giemsa) se nam predstavlja sledeča slika: Predvsem nam pade v oči neenaka velikost (*anisocitoza*) in oblika (*poikilocitoza*) rdečih krvnih telesc. Prevladujejo sicer navadno normalno veliki eritrociti, normociti, v splošnem pa so krvne slike zelo iregularne, tako da najdemo od slučaja do slučaja vse mogoče kombinacije. Barvnost rdečih krvnih telesc z eozinom je intenzivna, kar pogrešamo pri drugih anemijah. Poleg pravilno (*ortoehromatsko*) barvanih telesc najdemo tudi večbarvne (*polihromatske*), kjer se prelija barva bolj v vijoličasto plavkasto in rožnato. Te večbarvne celice prištevamo mladim eritrocitnim oblikam. Bazofilno pegasti eritrociti niso redki, pri dobri regeneraciji pa najdemo tudi še retikulocite, le pri aplastični a.p. ne najdemo teh regenerativnih elementov, kar navadno poslabša prognozo obolenja. Število krvnih ploščic

(trombocitov) je nizko, 10—20.000, ne manjkajo pa skoraj nikoli; absolutno je število torej zmanjšano, relativno pa povečano (normalno 200.000).

Eritrocitov z jedri, ki jih smatrajo kot najznačilnejši znak a. p. in ki jih je označil Ehrlich kot nekaj povratek krvi v embrijonalno razvojno življenje, ni mogoče vedno najti in če, tedaj so le maloštevilni.

K tem jedrnatim oblikam prištevamo predvsem normoblaste z gostim, na kromatinu bogatim in nekoliko kariorekličnim jedrom; potem še megaloblaste, čijih jedro ima nežno kromatinsko strukturo, plazma pa je večbarvna. Število rdečih krvnih telesc (norm. 4.5—5 mil.) je pri a. p. močno znižano; lažji slučaji 2—3 milijone, pri težjih celo do 600.000. Naši slučaji so bili težki, imeli so 900.000 do 1.200.000 pri prihodu v bolnico. Znani so v literaturi tudi slučaji z izpod 150.000 eritrociti, kar znači izredno težko obolenje. Hemoglobin (Hb) pa je še dobro zastopan. Hb-indeks (norm. 1) je zvišan, v napadih 1.2—1.5—2.0 in celo več, v remisijah 1.—1.2, lahko pa tudi nižji od 1.0. Pri naših bolnikih je znašal največ 1.6. Ta pojav imenujemo *hiperhromijo*. Seveda je tudi ta Hb indeks le relativen. Vzemimo, da se nahajajo v krvni sliki in s tem v krvotoku pretežno mikrocitarne oblike eritrocitov, potem dobimo celo pri a. p. Hb-indeks 1.0 ali nižji, kar bi nas lahko premotilo, k sklepu, da gre za sekundarno, hipohromno anemijo. Enako znižajo remisije s poplavljenjem krvotoka z mladimi eritrociti močno barvni indeks. Pri makrocitarni obliki pa bo narobe. Da ne pride do napačnih števil, je priporočljivo določiti Hb-indeks v kratkem razdobju po večkrat.

Tudi bela krvna slika je patološko spremenjena. Število belih krvnih telesc (norm. 6—8.000) je zmanjšano, od 2—5.000, tako da lahko skoro izključimo a. p., če jo spremlja leukocitoza. Limfociti so na račun granuliranih oblik sorazmerno pomnoženi, enojedernati in eozinofilni leukociti so zmanjšani, mielociti pa zelo redki. Jedra neutrofilcev so močno segmentirana, cepljena v 5—8 delov, kar znači hipersegmentacijo in po Arnethu pomaknjenje v desno. Celotno krvno sliko, ki smo jo sedaj opisali, imenujemo na kratko *Ehrlich-Nägelijev sindrom*.

V času remisij pa krvna slika ni več tako sigurna. Hiperhromija izgine, megaloblastov ni več najti. Še celo v razvitem stadiju lahko postavimo diagnozo samo na megalocitarno krvno sliko in ne na morbus Biermer. Šele kriptogenetski postanek in celotna klinična slika odločujeta.

Pri raku najdemo navadno hipohromno anemijo brez megalocitov le malo regenerativnih sprememb, predvsem pa leukocitozo. Klinično pa odloča status, rentgenološka preiskava, kemična na pr. na okultna krvavenja itd. Pri posthemoragičnih anemijah kakor po porodih, poškodbah, hemoridih in dr. ter pri onih infekcijskega izvora (Lues, Tbc., nefritis, andokarditis) najdemo redno sliko sekundarne anemije, le redko sliko, ki sliči *Ehrlich-Nägelijevem sindromu*.

Že težja je razpoznavna napram *Jaksch-Hayemovi anaemia pseudoleucaemica infantum*, ki kaže jako slično krvno sliko samo z leukocitozo. Tej

slednji je v sliki precej podobna anemija, ki jo ugotovimo pri kostnih novotvorbah, predsem pri metastazah raka v kosteh (mamma, prostata). S kliničnimi znaki je ta krvna slika, ki je označena po jedrnatih eritrocitih in posameznih mielocitih, ki govorijo za podraženje kostnega mozga, skoro odločilna za diagnozo tumorja v okostju. Bolj redka, vendar zanimiva je slika, ki se tudi odlikuje s številnimi normoblasti, lahko mielocitozo in hiperhromno anemijo, opisana po Francozih Vaquez-u in Aubertin-u, ki klinično predstavlja hemoragično diatezo. Imenovala sta jo *artarja splénomegalie myelogène anémique*, loči jo pa od a.p. leuko- ozir. mielocitoza.

Anemije parasitarnega izvora, kakor jih n. pr. najdemo pri ankilostomijazi in ribji trakulji (*Dibotriocephalus latus*), so hipohromne in kažejo eozinofilijo. Tu jajčeca v iztrebkih potrjujejo diagnozo.

Pri anemijah s pozitivno Wassermann-ovo reakcijo se ne smemo pre nagliti. Poznam slučaj, kjer je krvna slika precej podobna oni a.p. in je celo malo hiperhromna. Tu ne smemo pozabiti, da obstojata lahko a.p. in lues istočasno, zato bo v takem slučaju antiluetično zdravljenje več ali manj brezuspešno. Luetične anemije so bolj benigne. Tu bo za končno diagnozo odločal klinični izvid (ahilija itd.). Terapevtsko pa tudi luetična anemija dobro reagira na zdravljenje z jetri.

Slično stališče moramo zavzeti tudi pri anemijah s sliko pernicioze v nosečnosti. Le ona anemija, ki se po porodu brez zdravljenja popravlja (izvzete so tu sekundarne po večjih izgubah krvi) prištevamo k nosečnosti, drugače imamo pred seboj pravo a.p., ki je bila do tedaj latentna in je v nosečnosti postala manifestna. Ta malokrvnost bo po porodu še bolj napredovala in vplivati bo treba na njo terapevtsko v smislu pernicioze.

Vse kar sem dosedaj navedel, nam je pokazalo, da se ne smemo držati pri klasifikaciji anemij nikakih šablon temveč ravnati individualno kakor povsod drugod v medicini. Prepričan sem, da nam je glede raznih oblik malokrvnosti še marsikaj neznanega in mogoče deloma v zvezi z a.p., kakor smo jo tu orisali, vendar je za nas v praksi z ozirom na zdravljenje enostavnejše, če se držimo gotovega sistema, brez katerega bi tavalili v temi in predpisovali nepotrebne, večkrat drage in — kar je glavno — nekoristne preparate našim bolnikom.

Med hipo — in hiperhromnimi anemijami je mogoč prehodnih oblik in nam večkrat šele nadaljni potek pokaže pot, po kateri naj stopa naše zdravljenje. Med vsemi temi pa najdemo neko vez — rekli bi rdečo nit — ki jo vidimo pri vseh oblikah. To so motnje želodčne funkcije od hipoklorhidrije pa do ahilije.

Pri tej priliki bi omenil novejši preparat, katerega se poslužujemo v diagnostične svrhe za podraženje želodčnega soka. To je histamin „Roche“. Ta preparat je že znan od l. 1907, ko so ga začeli pridobivati sintetiškim potom, najdemo pa ga tudi v *secale cornutum*. L. 1910 so postali na ta preparat pozorni, ko so spoznali, da je produkt razpada histidina in belja-

kovin, ki vsebujejo histidin. Zadnja leta uporabljajo 1⁰/₀₀ raztopino tega histamina v diagnostiki želodčnih bolezni v obliki podkožnih injekcij (1 mg). Izdelujejo se sicer tudi že tablete, ki pa so nekoliko manj uspešne. Delovanje histamina se pokaže v podraženju želodčnih žlez do močnejše sekrecije in ima gotove prednosti pred poizkusnimi zajtrki. Če tudi po injekciji histamina ne najdemo pri črpanju želodca proste solne kisline in pepsina, potem smo gotovi, da gre za pravo ahilijo, ki igra v simptomatologiji a. p. tako važno vlogo.

Predno preidemo k novodobnemu zdravljenju a. p., bi kratko omenil potek tega prognostično dosedaj skoro brezadnega obolenja. Danes — po osemletnih izkušnjah — lahko mirno trdimo, da se je prognoza te bolezni z ozirom na substitucijsko zdravljenje, ki ga sedaj izvajamo, v mnogočem zboljšala.

Potek je lahko zelo različen. Bili so slučaji, zlasti pri starejših bolnikih, ki so končali brez vsake remisije letalno. Na drugi strani pa vidimo precej takih remisij, za časa katerih se bolnik izredno popravi. Remisija je za to bolezen skoro nekaj značilnega. Med takimi nezdravljenimi, torej spontanimi remisijami se dviga hemoglobin in bolnik se za nekaj časa počuti prav dobro. Take remisije naslopajo celo v slučajih, kjer smo obupali nad vsakim zdravljenjem, trajajo več mesecev, redko leta, so pa vedno krajše in nepopolnejše. Kje leži vzrok tem remisijam, nam ni znano. Dosedaj še ni bil znan slučaj trajno ozdravljene a. p. Z odkritjem antianemičnega faktorja v jetrih in želodčnem soku so naši terapevtski izgledi popolnoma drugačni kakor so bili še pred desetletjem.

Opozoril bi še na neko posebnost a. p. Večina avtorjev namreč trdi, da je med njo in tuberkulozo nekaj antagonizem. Morawitz n. pr. ni našel med svojimi 500 slučaji niti enega s klinično tuberkulozo, dasi je marsikateri teh slučajev slično kakor pri nas prišel ravno s to diagnozo v zdravljenje. Zato je v toliko zanimiv naš slučaj (G.) mladeniča, ki se je zdravil pred leti na Golniku radi indur. produktivne oblike tuberkuloze, od koder je bil zboljšan odpuščen. Letos (1933) je bil sprejet ta bolnik s sigurno klinično in hematološko dokazano a. p. na oddelek za notranje bolezni. (gl. kazuistiko.)

Zdravljenje a. p. je pred vpeljavo jetrne dijetne po Minot-u in Murphy-u bilo predvsem domena arzena v vseh njegovih oblikah: posebno priljubljeni so bili tkzv. arsenovi sunki po Neisserju, ki daje celo do 150 mg. arzentrioksida dnevno v pilulah. Zanimivo je, da prenaša človek velike doze arzena, ne da bi kazal znakov zastrupljenja. Dasi vpliva arzen nekoliko na dvig hemoglobina, vendar ne moremo govoriti o kakem specifičnem delovanju; učinki sami niso bili prepričevalni.

Nekoliko bolj uspešna se je pokazala transfuzija krvi, ki ima za posledico nagel dvig hemoglobina in remisijo, ki pa je žal le kratkotrajna. Učinek prenosa krvi si razlagamo na ta način, da deluje ta kot dražljaj na eritropoetični aparat, deloma pa jo smatramo za nekako začasno substitucijo.

s katero štedimo kostni mozeg. Odkar poznamo preparate jeter, je postal prenos krvi skoro nepotreben, priporočamo ga pa v slučajih, ko najdemo Hb izpod 20% kot uvod k zdravljenju z jeternimi izvlečki.

Male količine heterohaime (5—10—20 ccm tuje krvi), intramuskularno vbrizgane, niso izpolnile pričakovanih nad. Tudi ostale metode, ki jih le kratko omenim, kakor n. pr. podavanje solne kisline, umetnega želodčnega soka, črevesno zdravljenje z živalskim ogljem, kolivakcinami in izpiranji dvanajsterca same na sebi niso imele vidnega uspeha.

Kljub vsemu prizadevanju pa je prej ali slej prišlo do časa, ko je postal padec hemoglobina nevzdržen. Tedaj je preostala le še ekstirpacija vranice, ki sicer ni ozdravila bolezni, marveč je imela v slučaju srečnega izida za posledico le daljšo remisijo (najdaljša je trajala šest let.) Smrtnost je znašala ca 20% in je bila operacija tem bolj tvegana, čim manjši je bil postotek hemoglobina.

Iz vsega dosedaj omenjenega smo se mogli prepričati, da ni zmogla niti ena metoda ozdraviti perniciozne anemije. Osem let je tega, odkar sta Minot in Murphy v Ameriki obelodanila svoje uspehe z dieto, ki je vsebovala mnogo ogljikohidratov, posebno sadja in zelenjave, skoro brez maščob ter le malo mleka in masla. Tudi mesa nista priporočala. Meso naj nadomeščajo predvsem notranji živalski organi: ledvice, možgani, briželjci, srce, posebno pa jetra. Tem notranjim organom — čudno, da tedaj niso upoštevali želodca — sta pripisovala avtorja gotov delotvorni učinek na tvorbo krvi. Prepovedala sta strogo živalske maščobe, povojeno meso in alkohol, dovolila pa le manjše količine beljakovin. Murphy in Minot — slednji je bil ravno radi te jetrne terapije nedavno odlikovan z Maxonovo kolajno v Londonu — sta našla, da so jetra kakor tudi jetrni izvlečki zelo uspešni pri Biermerjevi bolezni. Whipple pa je ugotovil, da obnovijo zdrava jetra neverjetno hitro hemoglobin pri hemoragični anemiji psa. Jetra malokrvnih pa niso tako bogata na tem antianemičnem faktorju.

Ta jetrna dieta je našla pot v svet in neštevilna poročila so potrdila, da je na njej res nekaj posebnega. Dosegel se je z njo pri pernicioznih, pa tudi pri sekundarnih hipohromnih anemijah uspeh, kakršnega že dolgo niso imeli priliko opazovati. Ta dieta se z malimi spremembami predpisuje še danes in tvori posebno poglavje dietetske kuhinje. Dnevna količina po Minotu je znašala 120—240—300 g telečjih ali govejih jeter v presnem ali le malo kuhanem stanju. Danes smatra Franke (univ. klin. Halle) to količino za nezadosno ter priporoča 5—800 g. Poleg tega dobiva bolnik 300 g zelenjave, špinache, 250—500 g sadja (grozdja, pomaranč, breskev), 40 g masla, eno jajce in le malo mleka. Kruha, ki naj bo po možnosti prepečen, krompirja in ostalih cerealij pa se naj predpiše v množinah, ki dajo 2000—3000 kalorij dnevno. Ta dieta je lahko izvedljiva in se je bolniki v začetku tudi radi drže. Prej ali slej pa se pokaže pri bolnikih averzija do jeter, ki doseže končno take oblike, da bolniki o jetrni hrani niti nočejo slišati, ker se jim gnusi. Pri gotovih boleznih, kakor so ledvične insu-

ficijence, prolin in litijaza, je taka dijela lahko tudi škodljiva, zlasti če podajamo organe v presnem stanju. Ta nedostatek je dovedel do tega, da so začeli proizvajati izvlečke jeter, najprej v obliki praška, ki se dodaje juham in ostali hrani, pozneje tudi take, ki jih lahko vbrizgamo intramuskularno. Ti ekstrakti, katerih se je z navdušenjem lotila farmacevtska industrija vseh dežel, so topljivi v vodi, brez beljakovin in brez lipoidov, v zadnjem času tudi glicerinski.

Izvlečki, ki jih vbrizgavamo, vsebujejo le mali del onega, kar dovajamo peroralno, kar nam je razumljivo, če pomislimo, da gre dober del jeter v izgubo, deloma radi želodčne insuficijence, deloma pa vsled slabe resorpcije s strani patološko spremenjene črevesne sluznice. V 2 ccm ampuli se nahaja 0.018 g izvlečka, kar odgovarja približno 60 g svežih jeter, v najnovejšem času celo do 500 g. Odkar poznamo te izvlečke, je zdravljenje z jetrno dijeto precej izgubilo na pomenu, ker dosežemo z njimi na ugodnejši način boljše uspehe kakor z ogromnimi količinami presnih jeter. Najbolj vpeljani preparati v naših krajih so Campolon in Hepatopson. S temi preparati imamo tudi mi najboljše izkušnje, kar naj potrdijo sledeče povesti bolezni.

1) F. G., 28 let star, mizarški pomočnik. Zdravil se je l. 1926 na Golniku radi pljučne bolezni. Tamkaj se je zredil za kakih 20 kg. L. 1932 je bil zopet na Brestovcu, kjer pa na pljučih niso našli velikih sprememb, pač pa na krvi; nepotili so ga zato v Zagreb. Tam so mu nasvetovali jetrno dijeto, ki se mu je pa kmalu zagabila. Od tedaj se ni več zdravil, delal da je. Sedaj mu pa to ni več mogoče, ker se ga lolevajo omotice, teka nima nobenega, utrud se pri najmanjšem delu, celo pri navadni hoji po stopnicah. V prsih stalne bolečine. Že pri zdravljenju na Golniku so poslali diagnozo; anaemia gravis.

St. pr. 16. 3. 1933. Suh, žolto-zelenkaste barve kože, močno hipotonična miškulatura. Meje srca nepovečane, vendar glasen sistoličen šum nad bazo in konico. Na pljučih razen oslavljenega dihanja nad obema konicama nič posebnega. Jetra nepovečana, vranica le perikutorno, pač pa nekoliko občutljiva. Tupatam lahka krvavenja iz nosa. WaR = neg. Alb. v seču = neg. V. d. Bergh v serumu z alkoholčno reakcijo pozitiven. Hb-25%, Leukocitov = 4.600. Eritrocitov 900 tisoč. Indeks = 1.4. Rdeča krvna slika: anizopoikilocitoza, lahka polihromazija, posamezni redki megaloblasti. Diureza normalna, spec. teža seča = 1020-1030. V želodcu popolna ahilija, dasi brez bolečin, le teka nima. Sprememb na jeziku ni opazili. Kljub težkemu stanju in znakov funikularne mijeloze.

Poleg oficinalne solne kisline s pepsinom dobiva bolnik dnevno injekcijo campolona (Bayer). Po 19 inj. Er. 1,500,000, Hb 30%, Ind. 1.; Po 20 inj. Er. 2,990,000, Hb 50%, Ind. 0.9. Po 32 inj. Er. 3,100,000, Hb 56%, Ind. nekoliko nad 0.9.

Bolnik se počuti dobro in prenaša injekcije brez reakcij. Po 32. injekciji nima več nobenih omotič. Na licu vidimo svežo rdečico, sploh je zelenkasti odsev barve kože izginil. V sebi čuti moč in pomaga prenašati bolnike na oddelku. Tek se mu je neverjetno popravil. V tem stanju se bolnik odpušča, da gre ponovno na delo in dobiva pri OUZD, čigar član je, ambulantno nadaljne injekcije, ker je le z dodajanjem preparata od časa do časa mogoče ohraniti bolnika v sedanjem zdravstvenem stanju o. i. r. ga še zboljšati do normalizacije krvne slike.

2) G. J., 59 let, viničar. Družinska anamneza b. p. Sam se nikdar ni zdravil. Že pred enim letom je bil močno bledičast in bolj slaboten, sedaj pa zadnja dva meseca nima nobene moči. Prste komaj stisne v pest. Mnogo se poli in mrazi ga. Tek, ki je prej vedno bil dober, je v zadnjem času popolnoma izginil. Bolečin nima nobenih. Stolica redna in običajne barve. Že dva meseca za delo nesposoben in je zato poiskal zdravniške pomoči.

St. pr. Male postave, suh, mišičje močno atrofirano. Koža ogorela, pod njo pa pro-seva rumenkasta, slami podobna barva. Sklere niso subikterične. Dinamometrična moč v rokah minimalna. Pri hoji ga lahko zanaša. Odzivi oslavljeni. War = neg. Babinski = neg. Na srcu samo lahek šum brez drugih sprememb. Pljuča zdrava. Koža po telesu atrofična, nagrbčena in brez tonusa. Želodec: ahilija. Roentgen izvid: razširjen, ohlapen in nekoliko pogreznjen želodec, nikjer boleč. Seč-alb. neg. aldehid = 1 : 32 V. d. Bergh v serumu dir. pozitiven. *RR*-110/70. Er. 1,040,000 leuk. 3.400, Hb 32%, Ind. = 1.6. Krvna slika: anizo-poikilocitoza, polihromazija, megaloblastii. Jeterne dijete bolnik ne prenaša, neglede na to, da tudi nima teka. Odločimo se za *Hepatopson (Promonta)* v injekcijah (2 ccm dnevno). Uspeh zdravljenja je očitven. *Po 18 inj.:* Er. 1,910.000, Hb 50%, Ind. 1.4. *po 30 inj.:* Er. 3,408.000, Hb 59%, Ind. 0.9. Bolnik se po enomesečnem zdravljenju počuti kakor prerojen. Tek najboljši. Dela vsa dela na oddelku, ne da bi ga to utrujalo. Subjektivno se počuti močnega kakor v času, ko je bil še zdrav.

3) V dokaz vspešnega zdravljenja bi omenil še slučaj *ge. Z., 43 let stare zasebnice*. Začetek bolezni nesiguren, vsekakor pa več ko dve leti. Glossitis Hunteri, ahilija, tipična krvna slika za anemijo perniciozo. War = neg. Pri prihodu: Er. 900.000, Leukoc. 1.600, Hb 30%, Ind. 1.6. Takoj začetek zdravljenja z *Campolonom* (2 ccm dnevno). *Po 30 inj.:* Er. 2,658.000, Leukoc. x 5.200, Hb 66%, Ind. 1.27. *Po 60 inj.:* Er. 3,800, Leukoc. 8.600, Hb 70%, Ind. nekaj nad 0.9.

Iz omenjenega poteka zdravljenja z jaternimi izvlečki nam je jasno, da se nahaja v njem antianemični princip, ki deluje tako na eritro- kakor tudi na leukopoetični aparat, da pa ni uspelo še do danes najti ta vplivni faktor in ga pridobivati v čisti obliki. Sigurno vemo le to, da more jaterni ekstrakt zboljšati tako patološke spremembe krvnega sestava kakor tudi subjektivne in objektivne klinične znake bolezni in s tem obnoviti delazmožnost bolnika. Ker gre za reparable posledice, tudi živčne narave, je restitutio ad integrum mogoča, na degenerativne pa moremo vplivati le malo ali sploh ne. Toliko o jaternih ekstraktih. V zadnjem času pa se nam odkrivajo še drugačni, mnogo obetajoči pogledi v bodočnost zdravljenja anemij.

Pokazalo se je namreč, da deluje slično kakor jetra, če ne še bolje na Biermerjevo anemijo želodčna sluznica in njeni izvlečki. Že prej sem omenil, da igra želodčni sok veliko vlogo v diagnostiki a. p., sedaj pa bomo spoznali tudi njegov dominantni pomen v zdravljenju iste bolezni.

Castle (Anglija) je opazil, da telečje meso, digerirano z želodčnim sokom zdravega človeka vpliva uspešno na a. p. Ta isti smatra, da se nahaja v želodčnem soku faktor, ki ga on imenuje „*extrinsic factor*“, v mesu pa drugi, „*intrinsic factor*“, ki spojena dajeta antianemični princip, ki pa ni vezan na beljakovinske spoje. „*Intrinsic factor*“, najdemo n. pr. tudi v kvasu, ki je ležal delj časa v avtoklavu in ki je brez beljakovin. Ta antianemični princip primerjata Straus in Castle B vitaminu (antipelagričnemu) in opozarjata na slične živčne motnje pri obeh obolenjih. Tudi drugi so delali slične poiskuse z želodčnim sokom; Singer z jajci, Middleton z govejim mesom. Vsi ti poizkusi so bili uspešni z želodčnim sokom zdravega človeka. Ni pa to bil slučaj z umetnim želodčnim sokom z vsemi njegovimi sestavinami. Ti poizkusi so dokazali tedaj, da ni najti antianemičnega principa ne v solni kislini ali pepsinu, ne v siritu (Lab), marveč samo v naravnem želodčnem soku zdravega organizma. Da, pokazalo se je še več.

HEPAMULT

Jetra in želodčna sluznica



novi vidiki pri zdravljenju anemij. Praktična oblika v granulah -- se zelo lahko jemlje. Potrebna vsakodnevna doza 10 g, kar odgovarja 250 g svežih jeter

Zavitki po 100 in 500 g

REMEDIA

Kemijsko-farmaceutska produkcija
ZAGREB, Trg Kralja Petra 9

Radio=Therma Laško



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

zdravilišča.

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!

PHILIPS

JUG. TRG. A. D.

LJUBLJANA

Miklošičeva cesta 30
Telefon 35—79

Röntgenski aparati, Röntgenske cevi, pribor za diagnostiko in terapijo. — Elektromedicinski aparati (diatermija s kratkimi valovi, višinsko solnce itd.)

Zahtevajte prospekte in obisk zastopnika

Vodeči preparati železa

CHINOFERRIN PURUM, CHINOFERRIN CUM ARSENO, PILULAE CHINOFERRINI CUM ARSENO

Proizvodi Mr. MIRKO KLEŠČIĆ, lekarnar — SAMOBOR, Savska banovina

Literatura po zahtevi!

Morris, Schiff, Foulger in Sherman so vbrizgavali želodčni sok, ki so ga dobili po histaminu od zdravega želodca (koncentriran v hladnem in s tem z zmanjšanim volumenom) intramuskularno bolnikom z a.p. Uspehi so bili naravnost presenetljivi. Ti poizkusi nam še bolj jasno povedo, da se res nahaja v želodčnem soku, v izvlečku želodčne sluznice in deloma nakopičeno v gotovih organih manjkajoča tvar, ki deluje na eritropoezo. Ta tvar je termolabilna; v par minutah vrenja se uniči, pri 80°C pa v kaki pol uri. Primerjamo jo lahko, če si hočemo predočiti sličnost, pituitrinu ali inzulinu in jo lahko smatramo kot nekak sekret želodca. Sok bolnika, ki boluje na a.p. nima teh lastnosti, torej mu ta antianemična tvar manjka. Jeli ta tvar hormon, vitamin, ferment ali kaj drugega, to nam za sedaj še ni popolnoma jasno. Vemo le, da je termolabilna, se topi v acetonu, dializira skozi filtre kolodija in je odporna napram snovem, ki uničujejo fermente. Po vsem tem bi jo lahko smatrali hormonom. Ne vemo pa še, katere žleze želodca izločajo to dragoceno snov. To nam bodo morali pokazati nadaljni poizkusi, točno opazovanje raznih želodčnih afekcij, tumorjev, bolnikov, ki jim je bil delno ali popolnoma reseciran želodec itd. Tak patološki proces na želodcu ne povzroča potem samo ahilije, marveč uniči često dotični del sluznice ki proizvaja oz. secernira ta antianemični faktor. Mogoče so tudi hipohromne anemije, ki slede raznim želodčnim procesom, povzročene ne samo po okultnih krvavitvah, marveč tudi radi oškodovanja gotovega dela želodčne sluznice. O tem problemu imamo tudi že manjše statistike. Moravitz je videl po treh totalnih resekcijah eno a.p., eno aplastično anemijo, ena pa je bila hipohromna. Castle, Strauss in dr. so pa našli po 10 resekcijah v treh slučajih a.p. Velo je ugotovil pri 44 bolnikih, ki so bili kakih sedem let prej radi ulcus ventriculi in duodeni delno resecirani na želodcu, skoro v vseh slučajih hipohromno anemijo. Od teh je kakih 50% kazalo znake prehoda v perniciozno obliko. Angleške statistike podajo slične številke. Zanimiv je slučaj Ungley-a, kjer se je izvršila totalna resekcija želodca in splenektomija radi želodčnega raka. Pet mesecev pozneje daje krvna slika a.p. Zdravljenje s preparati jeter je bilo uspešno, vendar je nastopila smrt eno leto pozneje radi obstrukcijskega ileusa. Pri obdukciji ni bilo najti metastaz, ne v kostnem mozgu ne kje drugje. So pa znani tudi slučaji (Hurst), kjer se je razvila težka, mikrocitična, hipohromna anemija nepernicioznega tipa, ki pa je bila na jeterno zdravljenje refrakterna, zato pa uspešno reagirala na visoke doze železa (ferr. reduct.) Iz vsega dosedanjega lahko sklepamo, da delujejo razne okvare več ali manj destruktivnega značaja na želodčno sluznico (katarji, erozije, ulkusi, raki in več ali manj zmanjšani volumeni želodca) v različnih stopnjah na anemije, ki so potem tem okvaram oz. posledicam proporcionalne. Treba bo tedaj tozadevno voditi evidenco in točne statistike. Seveda si moramo biti na jasnem, da igrajo tudi drugi organi (črevesje, jetra, vranica, kostni mozeg) če ne glavno, pa vsaj podrejeno vlogo in to napravi problem še bolj zamotan.

Predvsem pa je potrebno, da se zavedamo, da ta hemopoetični hormon ali vitamin — če ga že hočemo tako imenovati — ne ozdravlja anemije pernicioze kakor tudi ne inzulin sladkorne bolezni, služi nam tedaj le kot nekako substitucijsko sredstvo. Analogija med obema je velika, le da nam kvarne posledice prevelikega doziranja jeter niso znane. Organoterapevtskih preparatov je na farmacevtskem trgu precej. Njih število se od dne do dne povečava in je njih vrednost z malimi izjemami precej enaka. Omenil bi bolj znane. Od jeternih: *Campolon* (Bayer) 2 ccm=500 g presnih jeter, *Hepatopson* (Promonta) 100 ccm liquidum=1.000 g organa. 3—5 žlic dnevno per os event. tudi rektalno. V prašku: en zavojček (cachet)=100g svežega organa. Ampule po 1.1 ccm=300 g organa. *Perhepar* (Kemika) ena tableta (0.5 g)=50 g svežih jeter. V zadnjem času tudi v ampulah. *Procythol* (Kaštel) liquidum (100 gr = 1 kg svežih jeter), pulvis (15 gr = 1 kg jeter) in injekcije (1 ampula = 500 gr svežih jeter); *Procythol forte* (1 amp. = 2 ccm = 5 kg. svežih jeter). *Heparglandol* (Roche) v kockah. Kocka odgovarja 100 g (slična Sedobrol kocki). *Hepracton* (Merck) 1 g=50 g. Ena ampula (1 ccm)=300 g. *Hepatrat* (Nordmark-Werke) liquid. 100 ccm=1.000 g. *Siccum* ena cevčica=500 g. V zrni: eno zrno=20 g presnih jeter. ena ampula (1 ccm)=300 g.

Kombiniran preparat jeter in želodčne sluznice je *Hepamult* (Remedia) 10 g=250 g presnih jeter.

Od želodčnih preparatov bi omenil najvažnejše, ki pridejo za nas v poštev: *Mucodrat* (Nordmark) v prašku in zrnih peroralno. *Ventrocylol* (Kaštel), *Stomopson* (Promonta v ploščicah, *Ventraemon* (Degewop) v tabletah in prahu v kapsulah, *Ventriculin* (Parke-Davis), ki ga pa ni pri nas na trgu.

Spis preparatov seve ni popoln. Naštel sem najvažnejše in dosegljive. Na našem oddelku smo uporabljali prva dva in smo bili, kakor je razvidno iz popisov bolezni z njimi zadovoljni. Poleg jeterne dijetle je uporaba teh preparatov zlasti za prakso priporočljiva, ne manj pa tudi za blagajne, naravnost nenadomestna pa tam, kjer bolnik ne more in ne mara zavživati jeter v presnem ali kuhanem stanju.

V zavodih je zdravljenje lažje in gotovo bolj uspešno, predvsem pa lahko pomagamo bolniku na najcenejši način do normaliziranja krvne slike. Pod normaliziranjem razumemo, da dosežemo z našim zdravljenjem pri bolniku vsaj 4 milijone normalno velikih eritrocitov v kubičnem milimetru. To nam bo uspelo le z ogromnimi količinami presnih ali le malo kuhanih jeter mladih živali, kar ne bo vzdržal bolnik dolgo časa. Zato priporoča Franke na podlagi svojih izkušenj na 200 bolnikih z a. p. sledeči recept jeternega soka: 500 g svežih telečjih jeter pasira dvakrat skozi kuhinjski stroj za meso, nato doda $\frac{1}{4}$ l vode in vse dobro stepe. To mešanico potem pasira skozi ozko sito, kar izda ca. 400 g jeternega soka, ki se postavi na led. Pred uporabo dodamo 1—2 kapljici metinega olja (*Ol. menthae pip.*) in event. nekoliko sladnega piva ali vroče bujone. Za paraliziranje okusa

tega soka, ki ga pa nekateri bolniki radi jemljejo, priporoča par ploščic kisle kumarice. V težjih slučajih pa kombinira Franke jeterni, na gori omenjeni način pridobljeni sok z želodčnim zdrave osebe. V ta namen doda jeternemu soku 100 ccm želodčnega soka, ki ga je dobil potem črpanja po poizkusnem zajtrku, pasira skozi gazo, pusti vse skupaj $\frac{1}{2}$ do 1 ure pri sobni temperaturi, nato pa vbrizga bolniku v dveh porcijah potem duodenalne zonde. To zdravljenje ni ravno estetično, pomaga pa v petih do desetih dneh bolniku na noge in je često poslednje sredstvo. Pozneje pa svetuje za trajno zdravljenje preparate jeter za vbrizgavanje (ledensko po 5—10 ccm) z dodatkom železa. (3 g ferr. reduct. dnevno).

Kjer najdemo redko refrakternost napram jeternemu zdravljenju, kar opazimo tuptam pri anemijah nepernicioznega tipa, pri sekundarnih anemijah, zelo redko pri pravi a. p., tam vporabljam kombinirano zdravljenje jeternih (želodčnih) preparatov z arzenom in z masivnimi dozami železa z dodatkom ofic. solne kisline s pepsinom.

Glavno je, da zdravniku novodobno zdravljenje ni več terra ignota in da pri anemijah ne izgublja časa z raznimi eksperimenti, ko obsega vendar naš zdravilni zaklad sredstva, praktično dobro preizkušena, ki ne odpovedo pri pravi indikaciji in pravem doziranju.

Zusammenfassung:

Stanko Lutman: Die Biermer'sche Anaemie und ihre Behandlung mit Leber- und Magenextrakten. (Vorlesung, gehalten am XV. Diskussionsabend der Mariborer Aerzte. 1933).

Verfasser bespricht an Hand der ständig wachsenden, schier unübersichtlichen Literatur, den heutigen Stand der perniziösen Anaemie mit besonderer Rücksicht auf die Behandlung derselben mit injizierbaren Leber- und Magenaustrüngen. Kurze Krankengeschichten von erfolgreich behandelten Patienten sind widergegeben.

Literatura:

M. Gaensslen: Mediz. Welt 1932—46/47. **Morawitz in Seyfarth:** Neue deutsche Klinik I. **K. Gutzeit:** Klin. Wochenschrift 1931 No. 9. **L. Berger:** Mediz. Klinik 1931 No. 5. **Brugsch:** Lehrbuch der inneren Medizin. **J. Sabrazès:** Monde Medica 157—1933. **W. Kuehnau:** Muench. mediz. Woch. 45-1933. **W. Schilling:** Das Blutbild und seine klinische Verwertung. 1933. **K. Franke:** Klin. Wochensch. 1934-4. **E. Merck's Jahresbericht** ueber Neuerungen auf den Gebieten der Pharmakotherapie und Pharmazie XLVI J. 1933.

Prim. dr. Fr. Eckhart, predst. II. med. oddelka bolnice usmiljenih bratov na Dunaju.

O zdravljenju hripozni afekcij pljuč*

Val hripe, ki se je širil začetkom lanskega leta, so karakterizirale predvsem afekcije pljuč. Vkljub temu je pa potekala ta bolezen v splošnem blago in ni imela posebno visoke umrljivosti. Zato pa je bila temvečja njena morbiditeta, ki je zadela predvsem slabotne starce. Skoraj pri vseh teh bolnikih sem mogel ugotoviti ali najtežje bronhitide z vročino ali bronhopneumonična ognjišča večinoma v stadiju kongestije. Skoraj pri vseh sem mogel v anamnezi konstatirati prejšnje pljučne bolezni kakor starostno tuberkulozo pljuč, bronhektazije, emfizem, bronhialno in kardialno astmo, pojave zastoja

* Prevedel X.

kot posledice myodegeneratio cordis i. sl. Tudi po prestani hripi so trajale te prvotne pljučne bolezni še naprej, tako n.pr. drobni hropci na pljučih, mučen kašelj in gost izmeček.

Ako se mi je posrečilo, da sem mogel vkljub razmeroma blagemu poteku hripe te precej težke bolnike spraviti čez nevarnost, tedaj je to pripisati dejstvu, da sem posvečal svojo polno pozornost poleg običajni kardialni terapiji še zdravljenju zraven obolelih pljuč. Predvsem pa sem skrbel za izdatno ekspiratoracijo. Na ta način sem dosegel izdatno razbremenitev malega krvotoka in dobro prezračenje pljuč po odstranitvi zastanega sekreta. V ta namen sem segel po sredstvu, ki je v praksi že davno znano, po Puhlmanovem čaju. Puhlmanovemu čaju sem dal prednost tudi radi tega, ker so ga mogli bolniki tudi pozneje še naprej jemati.

Pri tem sem se držal natančno po navodilu tovarne Puhlman & Co Berlin O 112, ki je pozna tudi medicinsko slovstvo kot najboljše. To navodilo se glasi: 2 polni žlici (10 do 15 gr. čaja) postavimo na litru vode v lončeni ali dobro emajlirani posodi pokrito na ogenj. Vkuhamo vse skupaj počasi na približno 2/3 litra in potem precedimo. Prvo polovico, ki zadostuje za dve skodelici, dajemo bolniku mlačno 1/2 do 1 uro pred zajtrkom, tedaj na tešče, ostanek pa pred večerjo. Dodatek sladkorja, kandisa ali medu zboljšuje okus čaja, ne zmanjša pa njegovega učinka.

Puhlmanov čaj sem dal vsem za hripo bolnim, tako ležečim kakor ambulantnim bolnikom, z edino izjemo teh, ki radi svojega delirantnega stanja za to zdravljenje niso prišli v poštev. Kmalu sem se mogel prepričati, da je bil njegov učinek izboren. Bolniki, ki jih je mučil hud kašelj, ki so-cijanotični-lovili sapo, so pokazali že nekaj ur potem, ko so popili svojo skodelico čaja, znake olajšanja; mase sluzi so se začele rahljati, nakar so jih mogli bolniki v tekoči obliki mnogo lažje izpljuvati. Strašno mučni kašelj je kmalu prenehal popolnoma, tudi ponoči bolniki niso morali toliko kašljati in kmalu sem jim mogel ustaviti spalna sredstva, ki sem jih dotedaj zapisoval. Slabotni bolniki so sedaj prišli mnogo hitreje do moči. Že po nekaj dneh sem mogel ugotoviti tudi objektivne znake zboljšanja. Drobni, zvonki hropci so izginili, pri bolnikih z bronho-pneumoničnimi ognjišči je prišlo v pretežni večini primerov do litičnega padca temperature, ki je bil z vidika varčevanja z močmi bolnika na vsak način boljši kot kriza. Bronhitični šumi so mnogo izgubili na intenziteti in obsegu, pogostoma obstoječa cianoza je tudi popolnoma izginila. Da bi se zrahljali tudi ostanki sluzi in osvobodila dihala vseh produktov vnetja, sem dajal še skozi dalj časa Puhlmanov čaj. Vsi bolniki, tudi oni s pljučnico, so jemali Puhlmanov čaj jako radi. Nikdar pa nisem mogel opaziti postranskih ali poznejših slabih posledic katerekoli vrste.

Popisov bolezni ne bom navajal, ker je bila terapija, kakor tudi potek in uspehi pri vseh skoraj enaki.

H koncu samo lahko rečem, da smatram Puhlmanov čaj kot jako dobro učinkujoč in cenen ekspektorans, ki ga bolniki radi jemljejo. Čaj bistveno vpliva na pojave bolezni tako, da ga lahko z največjo koristjo predpisujemo pri vseh oblikah bronhitid in bronhopneumonij.

Načrt za vseslovanski slovar neurologije in psihijatrije

O slovanski medicinski terminologiji se pri nas piše že 30 let.

Poslednje razprave o tem predmetu je prinesel Liječnički Vjesnik (Staleški Glasnik 10. — 11., 1933., Djurdjević in Zelić; Znanstveni broj 1., 1934., Bazala). V času ko pišem ta predgovor, imam pred seboj oba članka, ki bi lahko služila za uvod. Z velikim trudom in osebnimi žrtvami je bilo do sedaj sestavljeno lepo število slovanskih medicinskih slovarjev. Nekateri od teh so že tiskani, drugi so še v rokopisu (v. Bazala). Delo za slovansko medicinsko terminologijo se je obrnilo tudi v drugo smer. Vzbudila se je želja za ustvarjenje vseslovanskega znanstvenega jezika (glej Djurdjević), toda že v začetku so se pokazale težkoče in delo je zaostalo, ker se je začelo graditi hišo pri strehi, *kajti temelj, t. j. kodeks vseh slovanskih medicinskih izrazov*, popis medicinskih označb je dosedaj še neznan, odn. obstoja šele v najskromnejših prvih posameznih razsutih začetkih. Vse dosedaj objavljene osnove so boleale na drugem težkem nedostatku, namreč na poizkušeni ali predlagani vseobsežnosti: internacionalnih komitejih, mobilizaciji filologov, apotekarjev, arheologov, veterinarjev. Vse kongresne resolucije ravnatoko bolehajo na kroničnem optativu v svoji stilizaciji: treba izoblikovati, treba je še delati na tem itd.

Z druge strani pa vemo, da se vse na svetu razvija postopoma, organsko, zelo polagoma in raste počasi; potem je pametnejše, če si od tega, kar je zaželeno in tega, kar je mogoče, izberemo poslednje, če si cilj svojih teženj postavimo tako, da ga še lahko pregledno razmotrmo in s skrbno odmerjenimi silami obdelamo.

Ta poizkus na področju medicinske terminologije, katerega viden izraz kažejo nižje natisnjene vrstice, je krenil po novi poti. Poslužuje se induktivne metode, pa želi, da od znanega in določenega prodre do nepoznanega in hipotetičnega, da s pomočjo tega, kar je priznано in običajno, spozna to, kar je novo in še ne stoji trdno.

Avtorji stopajo sedaj pred javnost s primerno skromnostjo, popolnoma svesti si številnih nedostatkov in napak svojega dela. Pri tem pa so prepričani, da je bolje položiti na veliko, skoro prazno mizo slovanske medicinske terminologije nekaj, da bi se pregledovalo, prebiralo, sprejemalo ali pa odklanjalo, kakor pa nič. Kajti z nič diskusije ne moremo začeti: Kjer nič ni, še vojska ne vzame. Ta poskus zapisovanja označb začčenja po vzorcu starejših slovarjev z latinskim in nemškim tekstom iz razloga, ker ta dva tuja jezika že posedujeta ono izgrajeno znanstveno terminologijo, ki jo še vedno večina slovanskih zdravnikov najboljše razume in najčesče uporablja, torej iz čisto praktičnih razlogov.

Avtorji nikakor ne taje, da v tem slovarju ne mrgoli napak, nego se z njimi skoraj ponašajo, ker so prepričani, da jih bo v poznejših izda-

jah vedno manj in manj, vsled številnih kritik, ki bodo — upamo — izšle iz vrst čitateljev. Ne prosimo, da nam zmote v tekstu oprostite, nasprotno, kar ostro jih kritikujete, prosimo pa upoštevanja, ker nas je le peščica, ki smo skoraj praznih rok naleteli na okorno leksikografsko snov!

Prvi publicirani tekst izhaja kot fragment in zelo nepopolno. Razlogi za to so tehnične prirode. Treba je izkoristiti dragoceni čas. Čim je odlisnjen prvi tekst, je ustvarjena osnova, na kateri se more začeti z delom. Odtiski se razpošiljajo po svetu in na temelju dobljenih odgovorov naših sotrudnikov iz različnih dežel je mogoče korigirati napake, izpolniti pomanjkljivosti in praznine, medtem pa že redigirati naslednjo črko.

Dopisi in pripombe naj se pošiljajo na redakcijo Zdravniškega Vestnika pod geslom: „Za vseslovanski neurol.-psihijatrični slovar.“ Prva pola slovarja ide v prihodnji številki! Dr. Karminski — Zagreb

H kritiki dr. L. Ješeta o knjigi: dr. I. Matko — Higijena in oko

K dr. L. Ješetovi kritiki knjige „Higijena in oko“ sem primoran podati sledeče opombe k odslavku, v katerem se bavi z mojo statistiko o gibanju kratkovidnosti na ljubljanskih srednjih šolah.

Pri mnogoštevilnih preiskavah, ki so na poliklinikah nujno potrebne, je seveda nemogoče delati z midriatikmi, zlasti še, ker učencev ne smemo zadržati po več dni od učenja. Dobljene številke pa imajo na vsak način svojo relativno vrednost, kot so zlasti primerjave razlik na posameznih šolah, ker so dobljene z isto metodo in zato eventuelne napake ne spremenijo končnega rezultata. Tudi drugje ne delajo pri šolskih preiskavah z ohromelo akomodacijo. Na ta način dobljena, po g. dr. Ješetu „pomanjkljiva“ dognanja se nahajajo celo v znanstvenih knjigah, kjer jih navajajo in uporabljajo strokovnjaki. Te številke torej ne morejo zmanjšati vrednosti poljudno znanstvene knjige, ker so po isti metodi dobljene številke — našle mesto celo v strogo znanstvenih knjigah.

Na stavek „Kdor dosti dela z refrakcijo pri mladini, ve, kako pogost je spasmus akomodacije“ pripominjam sledeče:

Univ. profesor dr. H. Erggelet iz Jene („Kurzes Handbuch der Ophthalmologie“ iz l. 1932, II. knjiga pod odstavkom „Der Akkommodationskrampf“ stran 698, tretja vrsta) zaključuje: „Bei Berücksichtigung der erwähnten Verhältnisse wird die Häufigkeit des wirklichen Akkommodationskrampfes ausserordentlich gering und man unterschied davon abnorme Akkommodationsanspannung, Hypertonus oder im Hinblick auf zweifellos vorhandene Beziehungen zu funktionellen Störungen am Nervensystem hysterische Seeschwäche.“

V isti knjigi piše univ. profesor dr. A. Brückner na strani 979 pod odstavkom 4. „Die Lähmung der Akkommodation bei der Refraktionsbestimmung“, sledeče: „Man wird auch gewöhnlich damit auszukommen suchen, das korrigierende Glas ohne Akkommodationslähmung zu ermitteln. Nur dort, wo der begründete Verdacht für einen abnormen Akkommodationsspasmus vorliegt, wird sich die künstliche Akkommodationslähmung nicht umgehen lassen.“

Svetlovne kapacitete vrše očne preglede šolskih otrok brez umetno ohromele akomodacije. Direktor očesne klinike Charité v Berlinu, prof. dr. Richard Greeff je izdal brošuro pri Fischerju v Jeni 1904 „Augenärztliche und hygienische Schuluntersuchungen.“

Ta znanstvenik piše na strani 52 pod odstavkom „Untersuchungsmethoden“ sledeče: „Es könnten uns also vielleicht einige Fälle von latenter Hypermetropie entgangen sein, zumal es natürlich nicht möglich war, in Mydriasis zu untersuchen. Tatsächlich wird aber auch wohl die Ziffer dieser Fälle gleich 0 oder sehr unbedeutend sein etc.“

Istoteko navaja prof. dr. H. Erggelet v „K. Handbuch der Ophthalmologie“, II. knjiga iz l. 1932 pod odstavkom „B. Das Vorkommen der verschiedenen Refraktionen des Menschenauges“ v pododdelku „Schuluntersuchungen“ preiskave ki niso bile izvršene pri ohromeli akomodaciji, na strani 554 doslovno: „Erismann (1871) führte in St. Petersburg Untersuchungen ohne Atropin an 4358 Schülern aus mit wichtigen vielbeachteten Ergebnissen;“ (podčrtal dr. R. Bassin) v nadaljnjem navaja Erggelet Erismannove tabele.

Prepričan sem, da so preiskave kapacitet, kot so Erismann v Petrogradu in direktor očne klinike Charité v Berlinu, prof. Richard Greeff, točne ter njihovi rezultati pravilni, ker slone na pravilni podlagi. Pripominjam še, da vršim svoje preiskave točno po metodi prof. dr. Greeffa.

Dr. R. BASSIN

IZ ZDRAVNIŠKIH DRUŠTEV

II. Jugoslovanski protituberkulozni kongres

Dne 11. do 13. septembra t. l. se bo vršil v Sarajevu II. skupni kongres Jugoslovanskega ftizicološkega društva in Jugoslovanske lige proti tuberkulozi. Glavni temi kongresa sta:

1) Rana diagnoza pljučne tuberkuloze;

2) Kako naj se organizira borba proti tuberkulozi v Jugoslaviji. Ta zadnja tema je skupna za obe društvi.

Poleg tega so dopuščena predavanja o prostih temah. Kolegi, ki želijo aktivno sodelovati na tem kongresu, naj to sporočijo čimprej, vsekakor pa do konca marca t. l. predsedniku kongresnega odbora: dr. Vjekoslav Kušan, Sarajevo, Kr. Tomislava ul. 26a.

Predavanja o prostih temah smejo trajati najdalje 10 minut. Prepis predavanja je treba poslati na gori navedeni naslov do konca julija t. l. poleg kratkega rezimeja v kakem tujem jeziku. V program se bodo uvrstila samo imena onih predavateljev, ki izpolnijo gori navedene pogoje.

* * *

II. Jugoslovanski radiološki kongres so morali radi državnozbornih volitev preložiti na čas od 11. do 13. maja t. l. Radi tega je tudi podaljšan rok za prijave znanstvenih predavanj do 15. marca t. l.

Kmalu bo tudi izšel predhodni poziv s podrobnostmi programa. Ta poziv bo dostavljen vsem, ki so bili dosedaj povabljeni na sodelovanje.

Kdor želi na kongresu sodelovati, toda ni prejel poziva, naj se javi na naslov: priv. doc. dr. Sava Janković, sekretar II. Jugosl. radiološkega kongresa v Beogradu. — Opšta državna bolnica Rentgensko odeljenje.

Prof. dr. Laza Popović — Zagreb
predsednik kongresa

II. Sestanek jugosl. društva za operativne stroke — sekcija Ljubljana,

ki se je vršil dne 12. junija 1934 v predavalnici Ženske bolnice v Ljubljani ob 18 h. Predsednik Dr. B. LAVRIČ — Tajnik: Dr. J. POMPE

G. predsednik prečita dva dopisa sekcij Beograd in Zagreb glede prihodnjega kongresa društva v Ljubljani, glede tem, referatov in izdaje

knjige prof. Kostića o strok. kirurgiji v francoščini. Knjige naj gospodje vrnejo sekciji Beograd radi slabega prevoda. Po živahni debati, ki so se je udeležili med drugimi prof. dr. Zalokar, dr. Lavrič, dr. Minař in dr. Derganc, je bilo sklenjeno, da se odloži kongres za eno leto, t. j. 1937. K prvi temi „peritonitis“ je bil določen poleg referentov, ki sta jih poslali sekciji Zagreb in Beograd kot kirurg dr. B. Lavrič in kot ginekolog prof. dr. Zalokar. K drugi temi iz urologije dr. Jug ne sprejme referata. K tretji temi, ki pa tudi lahko odpade, je določen za referenta dr. Minař.

Dr. Lavrič prečita pismo dr. Černiča iz Maribora, v katerem se ta pritoži, da je prepozno obveščen in da naj se sestanki spravijo v sklad s polovičnimi vožnjami na železnicah ob raznih prilikah. — Skušalo se bo ugoditi, vendar ostane principijelno redno vsak 2. torek v mesecu.

Debata, ali naj se vabijo člani k sestanku po časopisih ali z dopisnicami, je precej dolga. Anonce v časopisih so predrage in izpraznile skoraj vso blagajno (g. blagajnik dr. Minař). Skušalo se bo doseči brezplačne objave po časopisih na predlog g. dr. Derganc Fr. Nato sledi predavanje g. primarija dr. Minař Franca: **Operiran slučaj tumorja caudae equinae** (izšlo in extenso v Zdrav. Vestniku).

Sledi diskusija, ki se je udeleže gg. dr. Derganc, Guzelj Vladimir, dr. Kramarič A., dr. Lavrič B., dr. Derganc, dr. Minař.

Sledi predavanje g. dr. Breclj B.: **Pomen myelografije v diagnostiki tumorjev hrbtne mozga** (izšlo in extenso v Zdravniškem Vestniku).

Predavanje g. dr. Lavrič B.: **Maligni tumorji debelega črevesa** je opadlo radi pozne ure.

Po poročilu predsednika primarija dr. B. Lavriča vpraša primarij dr. Fran Derganc, zakaj se ne objavljajo predavanja z vzporedom in imeni predavateljev po dnevnikih kakor doslej? Taka predavanja so dokazi zdravstvenega napredka in znanstvenega npora zdravnikov, ki ne poznajo bolnika samo v času honorarja. Zdravniška predavanja so pozitivno kulturno in vzgojno delo. Občinstvo se v skrbi za svojo najdražjo dobrino (zdravje) upravičeno zanima za vsak zdravstveni napredek in ima pravico, zahtevati od svojih dnevnikov, ki jih vendar ono samo vzdržuje s svojim denarjem, da ga točno informirajo o njem. Kakšna kulturna vzgoja je to in kaka logika liči v tem, če dnevniki brezplačno prinašajo dolgovazne popise tatvin in umorov, a zahtevajo od zdravnikov plačila za objavo predavanj? V čigavem interesu naj kulturni sotrudnik plačuje honorar za svoje vzgojno sodelovanje, namesto narobe? Vsi kulturni in svetovni dnevniki poročajo na široko o prizadevanju domačih in tujih zdravnikov. Po kaki kulturnosti in logiki pa se baš pri nas taji in z molkom ubija delovanje domačih zdravnikov?

Avtoreferat.

V diskusiji čestita primarij dr. Fr. Derganc predavatelju primariju dr. Fr. Minaru na odlični diagnozi in uspešni operaciji. Pri poškodbah in tumorjih hrbtne mozga je najtežja diferencialna diagnoza sedeža in višine. Tu gre predvsem za pregledno diagnozo, ali se nahaja obolenje v deblu mozga ali in cauda equina? Pri poškodbah je lokalizacija precej zanesljiva, ako pomislimo, da sega konica hrbtne mozga samo do 1. ledvenega vretenca. Poškodbe nad njo zadevajo mozeg, pod njo pa caudam. Sicer pa ni težko po znanih tabelah senzibilitetete in motilitete, po dražilnih simptomih (bolečine, parestezija, spazmi), po refleksi in degenerativni reakciji mišičnih živcev določiti višino. Če so refleksi ohranjeni, govori to za sedež v mozgu. Če se pojavijo dražilni simptomi (paraplegia dolorosa), pride v poštev cauda equina. Diferencialna diagnoza je važna zlasti zaradi pro-

gnoze, ker nudijo poškodbe in obolenja caudae equinae ugodno prognozo in se ohrombe popravijo celo po 1—2 letih. Avtoreferat.

Dr. Guzelj: Nemški kirurg, ki se peča predvsem z operacijami centralnega živčnega sistema, prof. Heymann (Berlin — Augustahospital) se poslužuje pri svojih operacijah za hemostazo izključno le kirurške diatermije (elektrokoagulacije).

Dr. Lavrič: kizvajanju prim. Minara pripominja, da ima Albejev rez v formi poluloka res neke prednosti, da pa je vertikalni preko proc. spin. skoraj boljši, ker je krvavitev manjša in ker daje boljši pregled. Retentio urinae, ki je temporernega značaja se dostikrat zapaža po laminektomijah in pri intraspinalnih procesih. Kratko omenja slučaj frakture 3. cervikalnega vretenca, pri katerem se je 14 dni po poškodbi tekom 3 dni razvila popolna kvadruplegija. Pri laminektomiji se je pokazalo, da je dislocirani lok istega vretenca pritiskal na medulo. Paraplegija se je tekom 8 mesecev popolnoma popravila.

Drugi slučaj laminektomije je zanimiv radi tega, ker je ista napravljena v svrhu Försterjeve operacije. Pri 34 let starem luetičarju z ogromnimi tabičnimi krizami smo prerezali na vsaki strani 7 zadnjih korenov in sicer od 4—10 dorzalnega segmenta. Momentani uspeh je dober, ker so krize zginile, vendar so ostale še nekatere teškoče neuralgičnega značaja.

Po diskusijskih izvajanjih primarija dr. B. Lavriča in njegovem poročilu o dveh operiranih primerih hrbtenice povdari dr. Fr. Derganc razveseljiv in pomemben napredek znanstvenega delovanja na kirurškem oddelku, ki obstoja v razširitvi operativnega delokroga ter v praktičnem in znanstvenem sodelovanju z drugimi oddelki, tu predvsem z nevrologijo.

Prigodom njegovega II. študijskega potovanja 1908—1909 se je po nemških klinikah, zlasti v Berlinu na kliniki prof. dr. Fedorja Krausa, Volkmannovega asistenta in specialista za možgansko kirurgijo, največ govorilo o najnovejši „kirurški senzaciji“ o **Försterjevi resekciji** dorzalnih, senzibilnih živčnih korenin intraduralno ob mozgu pri spastičnih ohrombah, pri tabičnem trganju (lancinujočih bolečinah) in tabičnih krizah želodca in črevesja. Videl je tudi nekaj operacij in sijajnih uspehov tako, da more uspeh primarija dr. B. Lavriča samo potrditi in najtopleje priporočati novo operativno indikacijo. Avtoreferat.

Prim. dr. Minar Fran. — Predavatelj konstatira, da je bila diskusija jako zanimiva in za poslušalce obenem koristna, ker je izpopolnila nekatere važne točke predavanja. K izvajanjem g. prim. dr. Derganca glede zanesljivosti klinične diagnoze ter lokalizacije tumorjev hrbteničnega mozga je treba pripomniti, da je v tem oziru klinična diagnoza kaudalnih tumorjev zelo težka in ni vedno zanesljiva, vsled česar je vsekakor mielografijo z lipiodolom priporočati. Glede mnenja g. primarija dr. Lavriča o medialnih zarezah pri laminektomijah, citira predavatelj Heymann-a, ki priporoča za laminektomijo v sakrolumbalnem odseku zareze v obliku loka, ker so za ta odsek bolj primerne.

Liječnički Vjesnik (IX. 1934.)

Dr. V. Florschütz: Patologija preloma dugih kosti okrajnina i liječenje preloma. Avtor je zbral statistiko dvajsetih bolnišnic in ugotovil, da je 3.3% vseh bolnikov iskalo pomoči vsled preloma kosti. Fractura femoris je bila zdravljena z ekstenziom, vsi ostali slučajji prelomov pa skoro izključno z mavčevo obvezo. Zelo redko se uporablja osteosinteza. Kjer je le mogoče, treba čimprej začeti s funkcionalnim zdravljenjem, ker le na ta način ohrani mišičevje svoj tonus in ima zato ekstenzija prednost pred ostalimi metodami. Avtor je v zadnjih treh letih napravil 7 krvavih repozicij brez šiva in 40 osteosintez s prav dobrim rezultatom. Svari zlasti pred mavčevo obvezo brez dobre podloge, ki je napravila že dosti zla.

Dr. A. Botteri i dr. A. Španić: O liječenju tbc. obolenja oka „AO“ vakcinom“. „AO“ vakcino sta avtorja doslej uporabljala pri 155 slučajjih v diagnostične, pri 91 od teh bolnikov tudi v terapevtske svrhe. Pacijenti so bili obojega spola in različne starosti. Lokalno reakcijo sta doživela pri treh zelo alergičnih pacientih, žariščno v 7 slučajjih s težkimi spremembami na očeh. V splošnem se pacienti na dan injekcije počutili dobro, telesna teža se dviga, recidivov niso imeli. Rezultati dosedanjih poskusov: „AO“ vakcina ni nikjer škodovala, temveč je pri vseh bolnikih prišlo do izboljšanja ali ozdravljenja. Končno sodbo o njeni vrednosti pa bo mogoče izreči, ko bo preizkušena na še bogatejšem materialu.

Dr. K. Lušický: Morbus Chiari. L. 1899 je Chiari prvič opisal slučaj obliteracije hepatalnih ven. Doslej jih šteje celokupna literatura 40. Avtor opisuje slučaj 34 letne pacientke, ki je prišla na kliniko s težavami v želodcu, bruhanjem, diarejami, močnimi bolečinami pod processus xiphoid. Cijanotična, sklere subikterične, temperatura povišana. Radi suma na tumor ante portam hepatis premeščena na kirurško kliniko. Po operaciji (Talma) exitus letalis še isto noč. Obdukcija pokaže, da gre za tipičen morbus Chiari. Po avtorjevem mišljenju bolezen nima samo luetične etiologije, ampak igrajo važno vlogo infekcijska žarišča trebušnih, predvsem genitalnih organov. Pri omenjeni pacientki je bolezen začela 8 mesecev po septičnem porodu in se pol leta kasneje razvila v tipičen morbus Chiari (popolna obliteracija venae hepaticae).

Dr. V. I. Vuletić i dr. M. Budak: Prilog dijagnostici kongenitalnih anomalija pluća. Opisan je slučaj cistične degeneracije pljuč, najpogostejše prirojene anomalije. 24 letna pacientka, afebrilna, slabo hranjena, bleđa. Čuti bolečine okrog srca, ki se širijo proti levi lopatici. Pri hoji in delu težko diha. Avskultatorno in perkutorno sum na spontani pneumotoraks. Punctio thoracis (pritisk — 10 — 5). 20 dni kasneje ponovno punctio thoracis (pritisk + 1 + 5), vbrizga se 20 ccm fiziološke raztopine in nato 15 ccm lipidola. Pri rentgenski presvetljavi so videli, da lipidol ni padel v sinus, temveč se je okrog vrha kanile napravila velika kaplja, ki je po 10 urah razpadla v male kapljice z jasno nekoliko konveksno spodnjo mejo brez nivoja. Rtgr.: srednje in spodnje pljučno polje zelo prozorno, vendar ne homogeno. Zgornje pljučno polje normalno prozorno. Srce in mediastinalni organi pomaknjeni na levo. Po večkratnem presvetljevanju, bronhografiji je bilo šele mogoče postaviti diagnozo. Postoji več hipotez o postanku cističnih pljuč. Razlikujemo solitarno od multiplih cist, največkrat so unilateralne. Solitarne ciste so pogoste pri otrocih in imajo slabo prognozo, multiple so zlasti pri odraslih običajno benigne.

Dr. Branko Kurajica: Insulin kao sredstvo protiv odklanjanja hrane kod shizofrenih bolesnika. Prvi referat o uspešnem zdravljenju sitofobije pri duševno bolnih datira že iz leta 1926. Po Targowlu in Lanache-u so ga začeli uporabljati tudi italijanski in nemški psihiatri. V šibeniški bolnišnici so ga od l. 1933 preiskusili pri 7 shizofrenih pacientih z popolnim uspehom. Doslej še pri nobenem od njih ni prišlo do recidiva.

Dr. Pavao Hercog: Začepjenost i njeno liječenje. Po opisu vseh fizioloških funkcij, potrebnih za defekacijo, govori avtor o simptomatologiji in mehanizmu dinamičnega in mehaničnega ileusa, Priporoča naposled „Normacol“ kot mehanično delujoče, popolnoma neškodljivo odvajalno sredstvo, posebno pri kronični obstopaciji.

Dr. Ot. n Fischer i dr. Nikola Ivanović: Iz kazuistične mape. 1. Hipokloremija pri M. Addisoni in njeno zdravljenje z cortigenom. 2. Pericholangitis paratyphosa pod sliko rumene atrofije jeter. 3. Pleuritis undulans pri medijastinalnih tumorjih. 4. Spastična diskinezia želodca na bazi neuroze. 5. Diafragmatična hernia kot vzrok ponavljajoče se bronhopneumonije.

Dr. M. Benković: Jedan interesantan slučaj parcijalne nekroze testikla iza abdominalnog tifusa. Avtor opisuje slučaj, kjer je 4 tedne po obolenju za trebušnim legariem prišlo do nekroze desnega testikla, razmeroma prav redka komplikacija typhus abdominalis.

Liječnički Vestnik (X. 1934.)

Dr. M. Delić: Skolioza. Vsled obilnih teorij o postanku skolioze in mnogoštevilnih metod zdravljenja je prišlo v tem vprašanju do prave zmede. Po opisu normalne mehanike hrbtenice navaja avtor vzroke skolioze, ki jo deli v gibljivo in fiksirano. Pregled bolnika (slečenega!) kompletira rentgenološka slika. Razen kostnega sistema treba pregledati pljuča in srce radi gimnastike, nos na eventuelne adenoidne vegetacije, pregled oči radi astigmatizma, ki bi mogel povzročati krivo držanje. Terapija skolioze je mnogostranska. Znani terapevt skolioze Schulthess jo deli v redressement forcé, operativno zdravljenje, manuélno redresijo, fiksacijo s pomočjo steznika in gimnastiko. Hess smatra za najvažnejši del zdravljenja profilakso skolioze. Cilj vseh metod je, doseči ozdravljenje skolioze s pomočjo fiksacije kompenzatoričnih krivulj. Danes še ne poznamo načina, s katerim bi bilo mogoče popolnoma izravnati deviirano in torkvirano hrbtenico. Zdravljenje skolioze pa spada v roke ortopeda in ne telovadnega učitelja!

Dr. F. Mihaljević i doc. dr. M. Kornfeld: O agranulocitozi. V kliničnem delu uvod v agranulocitozo in njeno povezanost s Frank-ovo leukijo in panmyelophthisis. Opis dveh pacientov s komplicirano in enega bolnika s simptomatsko agranulocitozo. Patološko-anatomske del obravnava makro- in mikroskopske spremembe organov.

Dr. Milan Prica: Pitanje sterilizacije zavojnog materijala. Ker ravno nestabilni zavojni material lahko povzroča prav neprijetne in težke komplikacije, je bilo pregledanih 73 zavojčkov „sterilnih“ obvez, nabranih iz vseh zagrebških lekarn. Bakteriološka preiskava pa je dognala, da je bilo faktično sterilnih samo 29 zavojev. Ti neugodni rezultati gredo seveda deloma na račun nedovoljne sterilizacije, deloma na neprimeren papirni zavitek. Pogosta kontrola je pokazala, da je mogoče dobro sterilizirati vsako obvezo, ako jo razkužujemo 1 uro v pari s atmosferskim pritiskom 0.3 — 0.5.

Dr. J. Kallay: Liječenje korijena zuba obzirom na ponovno okuženje i aseptiku. Pisec navaja različna sredstva in metode pri zdravljenju korena. Ker zobna substanca prepušča lahko kužne kili in se lahko inficira pulpa skozi z bne razpokline, zobne vložke in celo hematogeno, izgleda da sploh ni mogoče dobiti povoljnih rezultatov. Temu pa ni tako, ako delamo strogo sterilno, takoj po devitalizaciji izpolnimo kanale ter v najkrajše mogočem času ozdravimo gangreno.

P. Č.

Srpski arhiv štev. 10. 11. 12. 1934

Dr. Berović in dr. Frajnd: Primena raspadnih produkata slezene u lečenju obolenja krvi. Z vbrizgavanjem raspadnih produktov vrenice sta dosegla povečanje števila eritrocitov, preplavljenje z retikulociti in pomaknjenje bele krvne slike proti levi. Opazila sta tudi, da je pri boleznih krvi s povišano temperaturo ta po vbrizganju padla na normalo.

Dr. Vukota Božović — Požarevac: Resekcija hipogastričnog pleksusa kao sastavni deo laparatomija. Opisuje modifikacije kirurške tehnike in nje nove indikacije.

Dr. Ilija Djuričić prinaša eksperimentalni članek: Glukoza i dejstvo hystamina na žabje srce.

Dr. Žarko Amluli: Interesantan slučaj stranog tela bronhusa. V tej številki je obsežen tudi pedijatrijski priložek, ki je za pedijatre gotovo upoševanja vreden.

Prof. R. Sahović i P. Pytilin — Beograd: Prilog izučavanja patološke anatomije želudcačnih i duodenalnih grizlica.

Docent Dr. Vlad. Spužić — Beograd: Kolebanje tuberkulozne alergije. — Pisatelj zasleduje že dalje časa tuberkulozne in netuberkulozne bolnike III. interne beografske klinike s specijelnim oziranjem na njih alergijo za časa bolezni in prihaja do zaključka, da se tuberkulozna alergija, ki je izraz odpornosti organizma napram tuberkulozni infekciji, stalno menja in koleba. Vzroki tega kolebanja so mnogoštevilni in so tako specifični kakor nespecifični. Med specifične prišteva občutljivost, imuniteto; med nespecifične: nespecifično odpornost organizma, lokalno stanje kože. To nam tudi pojasni le relativno vrednost kožne reakcije, toliko v diagnostične kot v prognostične svrhe pri pljučni tuberkulozi.

Dr. Vlad. Schwart — Beograd: Vrednost hemokulture po Löwensteinu za tuberkulozno infekcijo.

Dr. Djordje Živanović: Hipohloremija i hiperazotemija. — Najpreje govori o pomenu soli pri nefritidah; obdela teorijo Léon-a, Blum-a in Chanabier-a o vzrokih hiperazotemije s hipohloremijo. Na podlagi par slučajev prihaja do zaključka:

1. Pri vsaki hiperazotemiji je potrebno meriti količino kloratov v krvi, da se izognemo hipohloremiji kot vzroku hiperazotemije.

2. Pred vsako večjo operacijo je priporočljivo izmeriti količino kloratov v krvi, da neutraliziramo čimprej hipohloremijo s hiperazotemijo.

3. Pred vsako operacijo injicirati intravenozno hipertonično solucijo natrijevega natr. klorida in glukoze, eventualno z insulinom.

Dr. Ž. Ignjačev: Jedan slučaj difuznog hemangio-endothelioma jetre.

Dr. Vladislav M. Bogdanović: — Hipertrifična ciroza jetre alkoholnog porekla kod dece. — Hiroza jeter je pri otrocih izredna redkost, zato prinaša slučaj, ki ga je zdravil v angleško-jugoslov. bolnici v Beogradu. Na podlagi anamneze, laboratorijskih preiskav in kliničnih simptomov prihaja do etiološke diagnoze. Klinični simptomi so: dispeptične motnje, anoreksija; habitualna obstipacija s pogostimi diarojičnimi krizami; epistaxis; urobilin v urinu, lahka intermitenca v izločevanju metilenskoga plavila, alimetarna glikozurija; arterijelna hipotenzija in dr.

Dr. Simoniti.

(Nadaljevanje sledi)

IZ MEDICINSKE IN FARMACEVTSKE TEHNIKE.

Kinin pri hripi

Znano je, da je hripa za časa raznih epidemij zahtevala mnogo žrtv. Tudi letos se je hripa pojavila v večjem obsegu. Tekom časa so priporočali najrazličnejša sredstva proti tej bolezni, toda nobeno razen kinina ni pokazalo večjega uspeha.

Že leta 1907 je Rabow priporočal male doze kinina in trdil, da se na ta način hripa lahko prepreči. Leta 1918 je prof. Laubenhaimer ugotovil, da je neki ujetniški tabor ostal popolnoma brez hripe, ker je v tem taborju vsak človek jemal četrt grama kinina na dan. V sosednjih taborjih pa je divjala hripa s polno močjo.

Leta 1929 je A. Mac Donald objavil slične skušnje iz nekega dekliskega penzionata na Angleškem. Prof. Spitta — Berlin je l. 1933 v nekem članku priporočal, da bi za časa epidemij hripe t. j. meseca decembra, januarja, februarja in marca vsakdo jemal male profilaktične doze kinina. Tudi na graški kliniki so videli, da je bila pri 173 uslužbencih klinike influenza kupirana po uporabi nekega kininskega preparata.

Danes je med zdravniki že splošno razširjeno naziranje, da se z malimi dozami kinina lahko v resnici prepreči hripa. V ta namen zadostuje 100 miligramov kinina na dan (dve Chinin-pulverpillen). Ako pride v takih slučajih sploh do obolenja, tedaj poteka mnogo blažje.

X.

Nov list: „Delo proti tuberkulozi“

Protituberkulozni pokret je posebno od lanskega kongresa sem dobil velik razmah. Dati mu na razpolago poseben, če prav še tako skromen list, je bila zato enaprvič nalog, ki se jih je lotila Narodna protituberkulozna liga v Ljubljani.

Koncem februarja t. l. je torej izšla prva številka „Delo proti tuberkulozi“ v obsegu $1\frac{1}{4}$ pole in v prav prikupni obliki. Novi list hoče biti poljuden vodnik v precej zamotanim problemu tuberkuloze, ki je obenem socialni in medicinski, vedno pa rešljiv samo s sodelovanjem vseh, ki ga razumejo. Zdravniku bo novi list olajšal stališče napram bolniku, s katerim posebno o jetiki nikakor ni lahko govoriti, prinesel mu bo snov za predavanja, pomagal mu bo pri ustanovitvi protituberkulozne lige v njegovem kraju, obveščal ga pa bo tudi o delovanju naših protituberkuloznih ustanov in mu na ta način prinašal marsikaj, kar tudi njega direktno zanima.

Prepričan sem, da bodo „Delo proti tuberkulozi“ naročili vsi kolegi. Izhaja na Gollniku pod uredništvom dr. T. Furlana in stane din. 10⁻ za celo leto (4 številke).

R. N.

Knoll A. G. i njegovi proizvodi. Znana farmacevtska veletvrdka L. Knoll Ludwigs-hafen a. Rh. je izdala ob bližajoči se 50-letnici svojega obstoja malo, instruktivno knjižico ki prinaša poleg kratkega historijata o razvoju trdke od malih začetkov do današnje veličine, še natančen seznam preparatov z navedbami o kemični sestavi, predvsem pa o indikacijah. Knjižico bo trdka interesentom gotovo rada dala na razpolago. Na koncu knjige najdemo mali atlas fotografij, ki nam dovolijo vpogled v posamezne prostore velikega podjetja.

R. N.

Dr. O. Kolb: Der Nothelfer in Unglücksfällen. 3. izdaja. Založba Aertl. Rundschau-Otto Gmelin. 97 strani. Cena R. M. 2.

Mala knjižica v žepnem formatu je izredno srečno sestavljena in vsebuje nič manj kot 94 jako dobrih risb. Zato bo knjiga jako dobro služila zlasti pri samaritanskih tečajih. Rdečega križa in pri sličnih predavanjih in prireditvah. Dejansko vsebuje knjiga vse, kar koli pride lahko v poštev v okvirju „prve pomoči“.

R. N.

Prof. dr. Fessler: Erster Unterricht in der Krankenpflege in Frage und Antwort. 9. izdaja. Založba: Verl. Aertl. Rundschau-Otto Gmelin 175 str. Cena: broš. RM. 2.40, vez. 3.30.

Mala knjiga prinaša v dobro razumljivi obliki vse, kar more sreznica vedeti o negi bolnika: Kratek obris anatomije in fiziologije, splošni pouk o negi bolnika, nega pri raznih boleznih, nega dojenčka in matere in na koncu še precej obsežno poglavje o prvi pomoči o nezgodah. Drugi del naslova: „v vprašanjih in odgovorih“ daje napačno sliko o vsebini knjige, ker tvorijo vprašanja samo nekatere naslove poglavij, kar knjigo o sličnih „katekizmih“ razlikuje. Škoda je, da knjiga ne vsebuje slik, kar bi bilo za neka poglavja pač nujno potrebno. Kljub temu pa bo dobro služila v tečajih o negi bolnikov in pri predavanjih.

R. N.

Dr. Adolf Braun: Krankheit und Tod im Schicksal bedeutender Menschen. Založba Ferd. Enke — Stuttgart. 104 strani. Cena broš. RM. 3.60, vez. 4.80.

„Dasi se je človeštvo od nekdaj zanimalo za življenje pomembnih ljudi“ in je „delo mikalo seznaniti se z avtorjem in iz njegovih življenjskih razmer pojasniti svojevrstno usvarjajočo osebnost“, je vendar bilo našemu veku pridržano, da se obširno bavi s patologijo ustvarjajočega človeka, da celó s patologijo ustvarjanja samega. Zato je čimdalje več knjig, ki se bavijo s problemom bolezni v življenju velikih mož in njenega vpliva in odnošajev do njegovega dela.

Tudi pričujoče delo nam prinaša mnogoštevilna opazovanja temu poglavju. Pretresljive podrobnosti čitamo o trpljenju velikih umetnikov, marsikaj kar nam je že bilo znano.

in mnogo novega. Ker so vsa poročila večinoma kratka in nanizana po bolezenskih skupinah ne zadovoljujejo v vseh poglavjih enako, vključ temu pa bomo ta „documenta humana“ radi večkrat vzeli v roko.

R. N.
Aerztliche Rundschau: Sonderheft: „Hormone und Vitamine“. No 21/22 1934.
Cena RM. 1.20.

Ne da bi se hoteli tu podrobno baviti z velikim številom člankov o aktualnih vprašanjih hormonov in vitaminov, katerim je ta dvojni zvezek znane medicinske revije posvečen, bi hoteli ta časopis, pričujoči dvojni zvezek pa še posebej toplo priporočati. Bogato vsebino bo dokazal že seznam objavljenih znanstvenih del: E. Vogt — O odnosih med hormoni in vitamini; Drigalski — O današnjem stanju raziskovanja vitaminov; J. Kühnau — Kemija vitaminov; J. Jusatz — Vitamini in infekcije; G. W. Parade — Hormonalne motnje ščitne žleze in hipofize; R. Neurath: — Endokrine motnje v otroški dobi. — Aerztliche Rundschau izhaja skupaj s časopisom: „Die Tuberkulose“. R. N.

Dr. Paul Schober, Klinik des chronischen Rheumatismus (Ein Buch für die Praxis). 1933. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart. Cena vez. RM. 6.20.

Uvodoma se avtor bavi z težkočami diagnoze in klasifikacije revmatičnih obolenj, kritikuje razdelitev revmatičnih obolenj, ki jo je napravilo angleško zdravstveno ministrstvo. Nato poda 4 nemške razdelitve reumatičnih obolenj (Müller-jeva, Hiss-ova, Ueber-jeva klasifikacija in razdelitev revmatičnih obolenj, ki jo je izvršilo Nemško društvo za pobjanje revme). Vse te razdelitve avtorja ne zadovoljuje, ker so pred vsem za prakso prekomplificirane.

V etiologiji revmatičnih obolenj omenja pisec le najvažnejše. Predvsem pa to, da je pripisal takozvani fokalni infekciji usne votline eminentno vlogo zlasti za nastanek kroničnega revmatizma, dočim smatra akutno revmatično vnetje sklepov za izraz nekake anafilaksije po vnetju tonzil. Na krako se nato dotakne še patološko-anatomske spremembe pri kronično revmatičnih obolenjih, nakar poda svojo povsem originalno razdelitev kroničnega revmatizma, ki vsebuje:

- 1) Arthrosis ascendens = kronični primarni in sekundarni revmatizem. Arthrosis uporablja avtor za indifirenten izrez obolenja v sklepu, ki je bodisi vnetljivega ali degenerativnega značaja.
- 2) Arthrosis basalis = revmatizem ramenskih odnosno kolčnih sklepov.
- 3) Spondylosis = Spondylarthritis rheumatica ankylopoetica.
- 4) Arthrosis deformans = Osteoarthropathia (Arthritis deformans).
- 5) Revmatizmu slične bolezni (reumatoidi, Arthritis urica, Perthesova bolezen, Kümmelova bolezen, Poncetova bolezen).
- 6) Mišični in živčni revmatizem v splošnem.
- 7) Nevralgije in myalgije.

Na lahko razumljiv način obravnava pisec v posameznih poglavjih po vrstnem redu kot je označen v gornji razpredelbi vrste kroničnega revmatizma. Tekst prepletajo mnogobrojne risbe, odnosno fotografski posnetki, ki pojasnjujejo klinične slike posameznih bolezni.

Obravnavanje revmatičnih obolenj v tej knjigi se odlikuje po svojevrstnem unitarističnem gledanju avtorja, ki predvsem upošteva le obolenje sklepov, dočim smatra mišični in živčni revmatizem le za odsev sklepnega revmatizma. Avtor se izogiba vsem nepotrebnim navlekam, ki stroše v sličnih delih; je stvaren ter pripoveduje le najvažnejše in najznačilnejše. Kot izkušen dolgoletni kopališki zdravnik v Wildbad-u v Nemčiji navaja številne lastne primere iz svoje prakse, kar zelo oživlja sicer suhoparno stvarino.

Avtor le tu in tam zaide v pretiravanja kot na primer v poglavju: Revmatizmu slične bolezni, kjer negira diferencijalno diagnostično možnost med arthrid, urica in med navadnim revmatičnim vnetjem sklepov. V poglavju: Mišični in živčni revmatizem docela pobije obstanek naših ischias-ov ter na podlagi takozvanega križnega Lassegua dokaže, da pravzaprav pri tem obolenju ni vnet živcev, nego sacro-iliakalni sklep. Kljub temu govori v naslednjem odstavku o posameznih nevralgijah in myalgijah ter tudi o ischiasu z izgovorom, da so se ti izrazi že tako udomačili, da jih ni mogoče obiti.

Zdravljenje kroničnega revmatizma zavzema poslednje poglavje, v katerem avtor kot kopališki zdravnik predvsem na široko navaja zdravljenje v toplicah, umetne koeli in masažo ter diatermijo; povdarja velik uspeh zdravljenja v toplicah. Nato omeni še glavna interna medikamenta kot salicilate, antipiretika, parenteralno dovajanje beljakovin etc.

Knjiga predstavlja vsled svojevrstnosti in enostavnosti razdelitve kroničnega revmatizma kakor tudi zaradi pregnantnih simptomov, ki jih avtor navaja za poedina obolenja, odlično delo, ki je zlasti za praktičnega zdravnika zelo pomembno in koristno. Dr. H. Heferle.

Knjigarna Kleinmayr & Bamberg, Ljubljana

Miklošičeva cesta 16 - Telefon 31-33

priporoča gg. zdravnikom medicinsko

in farmacevtsko slovnico, 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 tiskarnah in poštarnikih, temveč vedno le pri domači tiskarni, ki Vas bo znala v vsakem oziru zadovoljiti.

DROBNE NOVICE

Osebnosti. Francosko ortopedsko društvo je izbralo za svoje člane gg. dr. Ferda Grospiča, šefa ortopedičnega oddelka Zakladne bolnice v Zagrebu in dr. Miroslava Delića, šefa sanatorija v Kraljevici, ki ga smemo šteti med sodelavce pri našem listu.

Letno poročilo Rockefellerjeve fundacije za 1933 prinaša pregledno tabelo vseh denarnih izdatkov fundacije v razdobju od 1913 do 1933. Iz te tabele posnemamo, da je fundacija potrošila v teh 20 letih:

v Čehoslovaški rep. 923.648 dolarjev t. j. okrog 46,200.000 dinarjev,

v Poljski 511.835 " " " " 25,600.000 "

v Madžarski 431.686 " " " " 21,600.000 "

v Jugoslaviji 309.209 " " " " 15,500.000 "

v Bolgariji 103.382 " " " " 5,200.000 "

v Avstriji 57.242 " " " " 2,900.000 "

v Rumuniji 39.571 " " " " 2,000.000 "

(Lij. Vi.)

Veliki fiziolog Pavlov je dne 27. sept. 1934 postal 85 let star. Vkljub visoki starosti je slavní učenjak baže čudovito čil in svež. Ruska vlada mu je izkazala velike časti. Ne samo, da so imenovali ulico v Leningradu po Pavlovu; ustanovili so nagrado 20.000 rubljev za najpočjša dela iz fiziologije, ki jo bodo vsako leto razdelili. 1 milijon rubljev pa hočejo leto za letom porabiti za izgraditev fiziološkega laboratorija v Koltuših. Tudi zvočni film o raziskavanjih slavnega učenjaka baže pripravljajo. (M. med. W.)

Dne 4. sept. 1934 je sklenilo več držav, med katerimi se nahaja tudi Jugoslavija, konvencijo o serumu proti difteriji. Konvencija določa, da pozamezne države dopuščajo rabo vseh v ostalih državah izdelanih serov. Poleg tega vsebuje konvencija tudi jasne določbe o kontroli serov, o serumskih enotah, itd. itd.

V znanem angleškem časopisu „Morningpost“ je izšel članek, ki se bavi z žalostnim položajem, v katerega so zašli predvsem zdravniki, ki živijo od privatne prakse, ker *pacijenti tudi v britskem imperiju nočejo plačati honorarnih računov*. Prav malo tolažbe leži v tem poročilu, iz katerega vidimo, da celó Angleži, znani po svoji solidnosti in poštenosti, smatrajo zdravnika za najboljši objekt za izkoriščanje.

Večkrat smo že poročali, da so se začeli *francoski zdravniki* braniti pred ogromnim številom inozemskih zdravnikov, ki vršijo svoje — bolniško kakor tudi privatno prakso — na Francoskem. V bolnicah v Montpellieru je baje 55—60%, v Nancy celó 60 do 70% inozemskih zdravnikov. Na raznih univerzah (Montpellier, Grenoble, Paris) je prišlo radi tega do nemirov in protestnih stavk.

Na Kitajskem so tekom leta 1934 usmrtili 204 trgovcev z opijem.

Nemško dijaštvo („Deutsche Studentenschaft“) je sklenilo, da hoče pripustiti 20 delavskih sinov brez zrelostnega spričevala na univerzo. Po prestanem poskusnem letu naj bi se ti smeli imatrikulirati.

M. Wsch.

Hripa se je v zadnjih tednih silno širila v zapadnih in jugozapadnih deželah Evrope. Tudi k nam poлагoma prihaja.

Iz inozemskih univerz: Prof. dr. M. Clermont, direktor kiruške klinike. V Curihu je obhajal svojo 60. letnico. Prof. dr. M. Askanazy, znani patol. anatom v Genevi je praznoval svojo 70. letnico. Prof. dr. L. Aschoff je bil upokojen, ker je dosegel starostno mejo.

Umrli. V Parizu sredi decembra 1934 g. Pierre Famel, lastnik tovarne znanega Sirup Famel-a. Ranjki je bil plemenit mož, ki ni poznal medicine samo tedaj, kadar je imel od nje koristi, temveč je mnogo storil tudi za napredek medicinske znanosti. Dajal je mladim zdravnikom tudi štipendije, da bi jim omogočil študije v Parizu. Dr. Erwin Liek, Danzig zasluži, da o njem v prihodnji številki posebej govorimo. Dr. Hans Spatz dolgoletni urednik „Münchener medizinische Wochenschrift“, enega največjih medicinskih časopisov v Nemčiji in na celem svetu. Dr. Spatz je dosegel lepo starost 78. let. 42 let pa je bil urednik M. m. W.

* * *

Kopališče v Kamniku (vodno zdravilišče, eventuelno sanatorij za lahko živčno bolne) se bode oživilo tekom tega leta na kompleksu bivšega „Kurnaus-a“ v Kamniku, (glavni objekt, zaprto kopališče, bazen in 2 vili). Slovelo je pred vojno kot Kneippovo vodno zdravilišče daleč preko mej naše ožje domovine. Šnuje se družba, ki bi prevzela cel kompleks, prenovila stavbe ter park, dokončala glavni objekt, ki je že pod streho, ter preskrbela potrebne nove instalacije. Potrebna glavnica je razmeroma mala. Opozarjamo zainteresane na to priložnost. Pojasnila daje dr. Ivo Benkovič v Ljubljani, Beethovnova 14, telefon 20-02.

IZ UREDNIŠTVA

Za tiskovni sklad Z. V. so prispevali:

- Din. 500.— Zveza blagajniških zdravnikov
- po Din. 200.—: gđc. A. Okornova;
- po Din. 100.—: dr. E. Dereani, dr. J. Tičar in dr. L. Šavnik — Ljubljana; dr. E. Globočnik — Kranj; dr. H. Robič — Maribor;
- po Din. 50.—: dr. F. Minař — Ljubljana, dr. Šabec — Vrhnika, dr. Hribar — Sevnica;
- po Din. 30.—: dr. Pirnat — Sv. Lovrenc; dr. J. Bežič — Kranj;
- po Din. 20.—: dr. St. Ivčič — Celje.

Vsem prisrčna hvala!

MALI OGLASI

Kolega proda zelo dobro ohranjen motocikl znamke Harley-Davidson s prikolico 1200 ccm. Naslov pove uprava Z. v.

HEPRACTON „Merck“

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

PAKIRANJE:

Za peroralno terapijo:

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

Za intramuskularno terapijo:

Hepracton pro injectiore

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

E. MERCK, Darmstadt

znanstveni oddelek za Jugoslavijo
ZAGREB, Mošinskoga 14

E. MERCK

ERIGON – SYRUP

Dr. Wander

Syrupus hypophospho-sulfoguaiacolicus comp.

Indikacije: specifične in kataralne bolezni dihalnih organov (Tbc. pulmonum, bronchitis, bronchopneumonia) in povsod tam, kjer je indiciran guaiacol

Doziranje: odrasli trikrat dnevno po 2 mali polni žlici, otroci trikrat dnevno po eno malo žlico

Cena za publiko Din 37.—

Vzorce in literaturo pošilja

Dr. A. Wander d.d. Zagreb

Predpisujte domače proizvode!

K A T G U T

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

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

Vsebina:

	Stran
Dr. Fedor Mikič: Slovenija v luči tablice redosleda umiranja (7 slik) (nadalj.)	49
Dr. Božidar Lavrič: Maligni tumorji debelega črevesa	65
Dr. Miloš Sekulić: Lečenje akutnog poliartritisa	71
Dr. Stane Lutman: Biermer-jeva anemija in njeno zdravljenje z iz- vlečki jeter in želodca (nadalj.)	74
Dr. Fr. Eckhard: O zdravljenju hripoznih afekcij pljuč	83
Dr. Karminski: Načrt za vseslovanski slovar neurologije in psihijatrije	85
Dr. R. Bassin: H kritiki dr. L. Ješeta o knjigi: dr. I. Matko — Higijena in oko	86
Iz zdravn. društev:	
II. Jugoslovanski protituberkulozni kongres	87
II. Jugoslovanski radiološki kongres	87
II. Sestanek jugosl. društva za operativne stroke — sek- cija Ljubljana	87
Iz med. časopisov:	
Liječnički Vjesnik (IX. 1934.)	90
Liječnički Vjesnik (X. 1934.)	91
Srpski arhiv štev. 10. 11. 12. 1934.	91
Iz farmacevt. tehnike:	
Kinin pri hripi	92
Nove knjige:	
Delo proti tuberkulozi	93
Drobne novice:	
Iz uredništva:	95
Mali oglasi:	96
Mali oglasi:	96

Vsebina priloge „Evgenika“:

	Stran
Dr. R. Neubauer: Uvodne besede	1
Priv. doc. dr. Škerlj: Evgenika v naših narodnih pregovorih	2
Zakonodaja:	11
Drobne vesti:	11
Književnost: Iz tuje književnosti	13
Iz uredništva:	16
Priv. doc. Dr. B. Škerlj: Die Eugenik in unserem Volkssprichwort	S. 10
Legislation:	p 11
Little notes:	p 13
As to new books and rewiews:	p 15

»DENTALIA«

ZALOGA ZDRAVNIŠKIH IN ZOBOZDRAVNIŠKIH POTREBŠČIN

LJUBLJANA ♦ MIKLOŠIČEVA CESTA 16 ♦ TELEFON 22-40

P. n.

Dovoljujemo si Vam najvljudneje naznaniti, da smo vsem gg. zobozdravnikom znano trdko

„DENTALIA“

izpopolnili s tem, da smo poleg vsega zobozdravniškega instrumentarija, opreme in materiala, uvedli še prodajo vseh najrazličnejših instrumentov za splošno zdravstvo, kakor za diagnostiko, anatomijo, splošno in specialno kirurgijo, ginekologijo i. t. d.

V to svrhu smo prevzeli zastopstva renomiranih inozemskih tovarn in smo vsled tega v stanju, dobavljati vsem gg. zdravnikom, bolnicam, sanatorijem, šolskim poliklinikam in drugim zdravstvenim zavodom prvovrsten

KIRURŠKI INSTRUMENTARIJ.

Urejam in dobavljamo gg. zdravnikom in zdravstvenim zavodom

POPOLNE SODOBNE OPREME

za posvetovalnice, ambulatorije in medicinske laboratorije na najsolidnejši način po konkurenčnih cenah.

SPREJEMAMO

INJEKCIJSKE BRIZGE V POPRAVILO!

Nadalje dobavljamo vse aparate, kakor: parne, plinske in električne

STERILIZATORJE - AUTOKLAVE - DESTILIRNE APARATE

za bolnice, lekarne in laboratorije v prvovrstni izdelavi po skrajno nizkih cenah.

Dobavljamo tudi ves ostali laboratorijski material.

Izvolite se pri vseh Vaših cenjenih nabavah vedno z zaupanjem obrniti na našo tvrdko, ki se bo do skrajnosti potrudila ugoditi vsem Vašim željam, tako glede strokovne in vestne izvršitve Vaših naročil, kakor tudi glede najnižjih konkurenčnih cen.

Upamo, da se bodele sami prepričali o naši solidnosti ter v bodoče krili vse Vaše potrebe pri nas.

Z zagotovitvijo, da bomo vedno cenili Vaše zaupanje, se Vam za cenjena naročila najtopleje priporočamo in beležimo

z odličnim spoštovanjem

»**DENTALIA**«

FRANJO KOKOLJ

Ljubljana, Miklošičeva c. 16/III

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

PROCYTHOL

pro injectione

perniciozna in težka sekundarna anemija

1 ampula odgovarja po svojem klinič-
nem učinku približno 500 g svežih jeter

PROCYTHOL FORTE

1 ampula odgovarja po kliničnem
učinku približno 5.000 g svežih jeter

Intramuskularna raba!

Vzorci in literatura na zahtevo

Tudi najtežji kašelj ublažujejo

CODERIN

T A B L E T E

„KAŠTEL“

(vsebujejo skupne alkaloide,
ipekakuane, kodein in efedrin)

CODERIN „KAŠTEL“

zdravi obolelo sluznico olajša ekspektoracijo
pomiruje center za kašelj

CODERIN TABLETE „KAŠTEL“

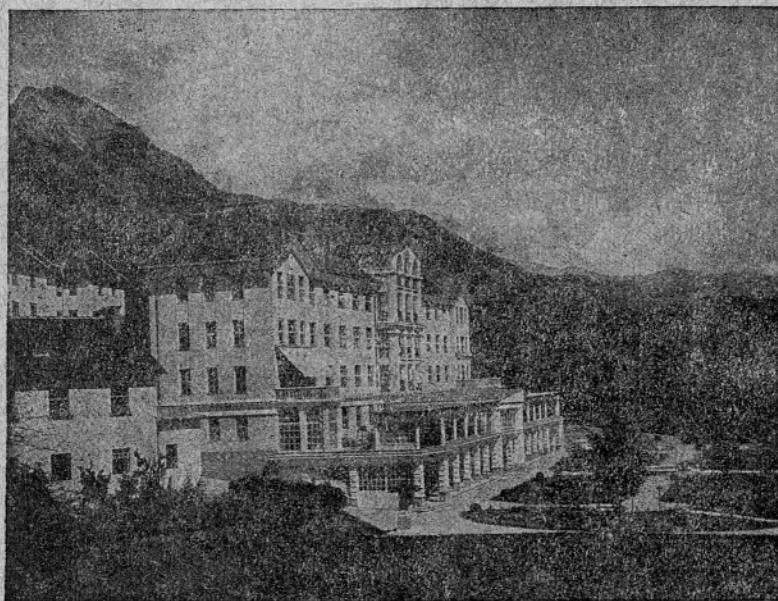
imajo vedno siguren in zanesljiv
uspeh pri vsakem kašlju

Cevčice s 10 in 20 tabletami
Dnevno 3—6 tablet

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

Zdravilišče Golnik

za bolne na pljučih.



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

3 oskrbni razredi

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

Vse informacije daje uprava zdravilišča Golnik.

Pošta — telefon — brzojav: Golnik.

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