



STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠTVA

KEMIKA D.D. — ZAGREB

priporoča svoje preizkušane domače preparate:

KALMOPYRIN

Najpopolnejši preparat acetilosalicila

Kot kalcijeva sol acetilosalicilne kisline poseduje vsa njena znana delovanja ter ne izziva nobenih vzporednih pojavov. Kalcijeva komponenta ojačuje antiflogistični efekt in deluje sedativno, odlična možnost raztopitve pa omogoča hitro resorpcijo ter dodajanje infuzijam, solucijam itd. Kalmopyrin je radi tega zanesljiv in popolnoma neškodljiv antipiretikum, antirheumaticum in analgeticum.

Kalmopyrin deluje enako dobro, če se predpisuje v obliki tablet ali v prahu.

Kalmopyrin je preparat za dnevno recepturo, s katerim boste vedno zadovoljni.

AMPHOCAL-CHININ

Spojina kalcijevega komfosulfonata v vodni raztopini za intramuskularno ali intravenozne injekcije v ampulah à 2,5 ali 5 ccm. Vsaka ampula vsebuje 0,5 calc. camphosulfonicum in 0,05 g Chinin-basicum. Deluje odlično pri vseh infekcijskih boleznih, posebno pri gripi, pneumoniji, tuberkulozi itd.

Doza: 1—2 ampuli dnevno.

PROSCORBIN

Preparat čistega C-vitamina v obliki tablet à 0,05 g in injekcij à 0,05 g. Zanesljivi in ekonomični preparat C-vitamina.

Predpisujte dobre domače preparate!

Elastični Hansaplast



D. R. P., Jugoslov. patent.

Elastični brzi povoji za rane v mali kirurgiji

Elastični Hansaplast je indiciran pri vseh vrezninah, vtrganinah, odrgninah in opeklinah, pa tudi pri umazanih ranah. V zaščitnem povoju služi kot zdravilni obliž pri furunklih itd.

Hidrofilna kompresja je antiseptično impregnirana z YXIN-om. Bakteriološka lastnost Yxina je utemeljena po oligodinamičnem učinku ionov srebra. Yxin ima močan in trajen učinek tudi v globino in niti najmanj ne draži. Poleg tega dezodorira in je sam popolnoma brez duha. Vpliva dobro granulirajoče in epitelizirajoče.

Elastični Hansaplast ne ovira gibanja na noben način. Nekaj kvadr. cm pogostoma zado-
stuje popolnoma mesto voluminoznih in dragih povojev.

Kdor rabi elastični Hansaplast, znatno prihrani na času, delu in povojnem materialu

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH
ORGANOV IN PREOSNOVE

ROGAŠKA SLATINA

ima v svojih treh vrelih „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!

ZLATA INTRAMUSKULARNA IN SUBKUTANA TERAPIJA

TUBERKULOZ
pljučne · kostne
kožne · žlezne

Hyochrypine

Natrijev
tiomalat zlata

obstojna
50% zlata sol

REUMATIČNIH OBOLENIJ
infekcijski artritidi,
kroničen reumatizem

VODNE
RAZTOPINE

OLJNATE
SUSPENZIJE

Ampule z 0.01, 0.05, 0.10, 0.20, 0.30, 0.50 g zlata
Škatlje z 1 in 10 ampulami
Stekleničke z 7.5 ccm oljnatih suspenzij

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
— **SPECIA** —

MARQUES "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHONE" — 21, RUE JEAN GOUJON — PARIS

VZORCE IN LITERATURU
POŠILJA NA ZAHTEVO:

ENGEL & ADELA
ZAGREB · DUKLJANINOVA 3

Protiv
Kašlja

Dicodid-Tabletten

«Knoll»

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

daleko je podesniji od Codeina.

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

Vrlo retko uzrokuje opstipaciju.

Rp. Dicodid-Tabletten »Knoll«

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

Cevčice sa 10 tableta po 0,01 g.

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



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

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

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

UREDNIŠTVO IN UPRAVA:
Dr. R. NEUBAUER, GOLNIK.
VESTNIK IZHAJA LETNO 10 KRAT
(MESECA JULIJA IN SEPTEMB.
NE IZHAJA). — NAROČNINA ZA
NEZDRAVNIKE DIN 90.— CELO-
LETNO, DIN 50.— POLLETNO;
ZA MEDICINCE DIN 50.— CE-
LOLETNO, DIN 25.— POLLETNO

STROKOVNO GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNISTVA

STEVILKA 3.

MAREC

LETO X.

Dr. PREVEC SLAVKO.

NEKAJ NOVIH NAZIRANJ O OČESNI TUBERKULOZI

V naših krajih moremo vsako leto opazovati zelo veliko število očesnih tuberkuloz. Ni pa povsod tako. V nekaterih predelih Evrope je število tuberkuloznih očesnih obolenj mnogo manjše, kot pa v drugih. So klinike in bolnice, ki smatrajo nekatere oblike takih očesnih obolenj za pravo redkost, medtem ko nastopajo drugod mnogo pogostejše. Iz tega si moremo razlagati nekatere, često si nasprotujoče statistične podatke.

Mogli bi, na primer, sklepati, da je v krajih z maloštevilnimi očesnimi tuberkulozami tudi pljučna tuberkuloza manj razširjena. Toda temu ni tako. Dognano je, da v krajih s pogostimi obolenji zaradi tuberkuloze očesa, težka pljučna tuberkuloza nikakor ni pogostejša kakor drugod. In prav to dognanje je važno. Kaže namreč na dejstvo, ki ga dan za dnevom opazujemo. To je: antagonizem med težko očesno infekcijo in pa težko splošno infekcijo. Pri težkih slikah očesne tuberkuloze najdemo po navadi lahko ali pa sploh nikakšnega splošnega obolenja, nasprotno pa pri težkih ftizikih skoro redno pogrešamo očesnih komplikacij.

Ta antagonizem med očesnim in splošnim obolenjem je tudi povzročil, da se pri marsikateri očesni bolezni skozi desetletja niso mogli avtorji odločiti za tuberkulozno etiologijo, ker so pač manjkale opore, na katere pri svojih kliničnih raziskovanjih radi zidamo.

Trditi morem, da skoro ni očesnih obolenj, ki bi jim že na podlagi klinične slike lahko pritislili pečat tuberkuloze. Seveda imamo tudi v naši stroki optimiste, ki stresajo diagnoze na podlagi klinične slike kar iz rokava, katerim pri najmanjši splošni reakciji na tuberkulin leži očesna tuberkuloza kar na dlani.

V resnici je stvar bolj zamotana in često imamo popolnoma opravičen vzrok, da gledamo na različne diagnostične pripomočke z malo skepse.

Vsekakor pa imamo celo vrsto očesnih bolezni, kjer nedavno še nihče ni mislil na tuberkulozo, kjer do najnovejšega časa nihče ni niti slutil, da ima svoje prste vmes tuberkuloza.

Ko je v naši stroki končno prodrlo spoznanje, da iz klinične slike ne moremo neovrženo spoznati etiologije, so začeli bolj zaupati patološki anatomiji, misleč, da v primerih, kjer nam mikroskop ne pokaže nobenih tuberkulov, tudi ne moremo misliti na tuberkulozni vzrok. Toda tudi to upanje je bilo varljivo. Kakor drugje, tako je tudi v naši stroki prodrlo spoznanje o polimorfiji tuberkulozne manifestacije v kliničnem, patološko-anatomske in vsakem drugem oziru. V odvisnosti od spremi-

njajočega se imunitetnega stanja lahko en in isti škodljivec povzroči najrazličnejše bolezenske slike in nasprotno lahko pri različnih etiologijah opazujemo popolnoma enake pojave bolezni. Kako je važno to ravno v naši stroki, mi ni treba povdarjati. Saj vidimo dan na dan v največji jasnosti tuberkulozne grčice v šarenici, opazujemo z očesnim mikroskopom takozvane potujoče tuberkule, vidimo, kako se pojavljajo, večajo, konfluirajo in v ugodnih slučajih manjšajo, resorbirajo. Opazovati moramo na očesnem ozadju sveže hematogene metastaze, ves njihov razvoj od začetka do dobrega ali slabega konca. In pri vsej tej jasnosti direktnega opazovanja si vendarle ne moremo dovoliti brez nadaljnjega diagnoze: to je tuberkuloza.

Kako je s tuberkulinsko reakcijo? V nekaterih primerih jako koristna, nas vendarle ne more popolnoma zadovoljevati. Ne nudi nam pač jamstva, da bi nam zanesljivo dokazala tuberkulozno etiologijo očesnega vnetja. Od splošne tuberkulinske reakcije imamo večinoma žalostno malo haska. Ognjiščne reakcije, ki bi nam zanesljivo lahko pomagale do diagnoze pa so po navadi zelo redke in priznati moramo, da smo celo veseli, če jih ne vidimo prepogosto. Niso namreč za oko irelevantne. V očesu, kjer igra vsak milimeter zdravega tkiva velikansko vlogo (mislim pred vsem na očesno ozadje), lahko postane usodno še tako majhno in kratkotrajno razširjenje bolezenskega procesa. Perifokalna, epituberkulozna in kakor že imenujemo vsa ta vnetja, lahko v najkrajšem času dovedejo do nepopravljivih okvar važnih organov.

Tako vidimo, da tudi ostale diagnostične metode v naši stroki uporabljamo z nekoliko večjo rezervo in iz tega vzroka manj uspešno kot drugod. Vzemimo n. pr. probatorne ekscizije, cepljenje bolnega tkiva, dokaz bacilemijs po Loewensteinu, sedimentacijsko reakcijo in druge.

Končno naj omenim, da je naša stroka mlada, ena najmlajših, in dasi se je v kratkem času razvila do sedanje stopnje, ji vendarle manjka stoletna tradicija. Iz teh kratkih orisov vidimo, da moramo često premagati velike težave, če hočemo zanesljivo in točno ugotoviti tuberkulozno etiologijo. In tako vidimo leto za letom, da se hkrati s temeljitostjo in večjim številom diagnostičnih metod večja število obolenj, ki jih moramo uvrščati med tuberkulozna. Na drugi strani se pa tudi dogaja, da moramo marsikatero bolezensko sliko črtati iz te vrste, ker se je pač izkazalo, da so bila prvotna domnevanja o tuberkulozni etiologiji napačna.

V naslednjem hočem iz vsake teh vrst vzeti po en primer, naslanjajoč se na raziskovanja zadnjih let.

Najprej hočem govoriti o obolenju, ki je razmeroma precej redko (večje bolnice opazujejo po 1—2 slučajja na leto), a navzlic temu silno važno in mu do najnovejšega časa nismo vedeli pravega vzroka. Je to *simptična oftalmija*. Uživalo je pri nas sloves nekega tajinstvenega obolenja, ki je skozi desetletja sprožalo nova domnevanja o njegovem nastanku, ki so se pa vsa prej ali slej izkazala za neveljavna. Že dejstvo, da ima ta bolezen zmožnost po letih in celo desetletjih preskočiti iz bolnega na dosedaj zdravo oko, ji je pridobilo nenavaden glas.

Klinično sliko najlažje razložim s primerom. Oko pretrpi poškodbo, ki je prebila ovoj zrkla. Perforirajoča poškodba. Po prvih, akutnih reaktivnih procesih pa se oko ne umiri, kakor po navadi, ampak nastane v njem kronično vnetje, nastopijo precipitati, šarenica se zadebeljuje, nastopajo motnjave v steklovini in tako dalje. Skratka slika, kakor jo imenujemo uveitis chronica. To vnetje počasi dovede do postopnega pešanja vida, včasih celo do oslepitve. Toda sedaj pride do pojava, ki je

specifičen za simpatično oftalmijo. Po različno dolgi latentni dobi se pojavi prav polagoma, iz neznatnih začetkov vnetje na sosednjem, do sedaj zdravem nepoškodovanem očesu. Sprva lahka razdraženost očesa, solzenje, vse to se stopnjuje, in od dneva do dneva nastaja bolj jasna klinična slika, kakor smo jo prej opazovali na prvem, poškodovanem očesu. Tudi to obolenje vodi največkrat do izgube vida na doslej zdravem očesu. Prvo oko imenujemo simpatizirajoče oko, drugo pa simpatizirano oko. Nikoli ne vemo zanesljivo, ali bo nastopila simpatična oftalmija na drugem očesu.

Iz tega vzroka tudi vedno svetujemo pacientom, kjer smo ugotovili, da bi se lahko obolenje s poškodovanega očesa preneslo na zdravo oko, naj dovolijo enukleacijo tega bolnega in po večini že slepega očesa. Tega seveda ne dosežemo vedno, ker je laiku pač težko dopovedati nevarnost, v kateri se nahaja. Po izbruhu bolezni na zdravem očesu odstranjenje prvega že ne pomaga več, a ga vendarle enukleiramo, ker bolezen v nekih primerih na to mileje poteka. Ni pa vedno perforacijska poškodba, ki dovede do simpatične oftalmije. Tudi navadne kontuzije zrkla, perforirani čiri, aseptično potekle operacije, da celo tumorji v zrklu lahko povzročijo simpatično vnetje.

Ze dejstvo, da ni treba baš perforacije zrkla za nastop simpatične oftalmije, govori v veliki meri proti eksogeni infekciji.

Zanimiva je histološka slika, ki jo dobimo v obeh očesih: v simpatizirajočem in v simpatiziranem: infiltracija uvealnega tkiva, ki ima zelo veliko podobnost s tuberkulozno infiltracijo. Obstoja iz limfocitov, pomešanih s plasmatkami, iz epiteloidnih in orjaških celic.

In sedaj pride zanimivo ime. Ker simpatični oftalmiji ni bil prisojen značaj tuberkuloznega obolenja, dasi se histološko docela sklada z njim, so imenovali to sliko tuberkuloidno infiltracijo. Ta nastopa včasih v obliki izoliranih grčic, ki so ločene po zdravem tkivu, večinoma pa imenovana ognjišča konfluirajo na ta način, da se limfocitarna infiltracija razširi čez večje dele uvealnega tkiva in tvorijo le epiteloidne in orjaške celice ločena gnezda. Kar se tiče razvoja tega infiltrata, mu manjka nagnenje k razpadu, predvsem pa v njem niso mogli dokazati bacilov tuberkuloze.

Kaj vidimo iz tega? Histološko imamo sliko, ki se popolnoma sklada z določeno obliko tuberkulozne infiltracije. Da ne razpada, da ne raste agresivno — v teh dejstvih bi pri današnjem poznavanju tuberkuloze ne videli nobene bistvene razlike med obema. In vendar so govorili desetletja samo o tako zvani tuberkuloidni infiltraciji, postavljale so se najpodrobnejše histološke razlike med obema, skušali so, na kratko rečeno, po sili najti histološko sliko, ki bi bila vendarle nekoliko različna od tuberkuloze. In to vse zato, ker ni bilo mogoče dokazati tuberkulozne etiologije.

Postavljene so bile različne domneve, med njimi nekatere čisto nesmiselne in za lase privlečene, samo da bi prišli dalje od najbližjega, od prave tuberkuloze. Naj omenim eno izmed najstarejših: Mackenzijeva: simpatično vnetje naj bi lezlo iz prvega očesa nazaj vzdolž optika do hijazme, od tod po drugem optiku zopet navspred v zdravo oko. Ta teorija je postala nevzdržna, ker ni bilo mogoče dokazati na potu, kjer bi se naj preseljevalo vnetje iz enega očesa v drugo, nobenih bolezenskih sprememb.

Deutschmann je menil, da se samo bakterije selijo po omenjenih potih. Seveda bakterije, ki naj bi povzročale obolenje, niso bile znane. Bellarminoff smatra le toksine bakterij za povzročitelje. Tako se vrsti cela

vrsta teorij do najnovejših, kot so n. pr. alergične. Elschnigova: tu nastopa kot alergen uvealni pigment, ki pri poškodbi prvega očesa zapusti svoje mesto in sensibilizira uveo drugega očesa. Končno domneve, ki so prišle posredno tudi do odkritja pravega vzroka: da se prenos obolenja vrši po poti krvnega obtoka.

Profesor dunajske I. očesne klinike, Meller, ki se že dolga leta peča z raziskovanjem očesne tuberkuloze, si je postavil pred par leti nalogo, da razjasni problem simpatične oftalmije. Ker pa je, kakor sem že prej omenil, to obolenje precej redko, se je obrnil s prošnjo na razne bližnje klinike in bolnice, da naj po možnosti sodelujejo pri tem delu, mu natančno sporoče vsak primer simpatične oftalmije in hkrati v ekspresni pošiljki pošljejo na Dunaj sveže enukleirano oko v takojšnje bakterio-
loške in histološke preiskave.

Oglejmo si torej, kakšne uspehe je imel prof. Meller pri svojih raziskovanjih in kako je prišel do rezultata, ki je obrnil na glavo vsa dosedanja naziranja. Ugotovil je namreč nesporno tuberkulozni vzrok simpatične oftalmije.

Temelj njegovim dognanjem so tvorila raziskovanja o bacilarni etiologiji različnih očesnih boleznih. Delal je skupno z institutom prof. Loewensteina na Dunaju. Znane so borbe, ki se vrše okoli Loewensteinove metode kulture tuberkuloznih bacilov iz krvi. Znana so velika nasprotstva, ki tu še vladajo. Njegova metoda dandanes ni splošno priznana, moramo celo reči, da večina avtorjev sploh odklanja izsledke o bacilemijah pri različnih boleznih. Predaleč bi vodilo, če bi se hoteli spuščati v podrobnosti njegovih naziranj. To pa v našem primeru tudi ni tako važno, kajti pri Mellerjevem delu niso bila tako odločilna dognanja o tuberkuloznih bacilemijah, kakor kulture iz tkiva in histološke preiskave. Vendar so mu pa številni pozitivni izvodi tuberkulozne bacilemije pri različnih očesnih boleznih pokazali smer nadaljnjega raziskovanja.

Važno je poudariti sledeče primere: Pri zanesljivo tuberk. iridocyclitis je dobil v 16% tub. bacilemijo. Pri zanesljivo tuberk. chorioiditis je dobil v 10% tub. bacilemijo. Pri simpatični oftalmiji je dobil v 63% tub. bacilemijo.

Kaj vidimo iz teh števil? Pri boleznih, ki so pretežno tuberkulozne, vidimo mnogo manjši procent tuberkulozne bacilemije kakor pri simpatični oftalmiji, ki je do sedaj nismo smatrali za tuberkulozno manifestacijo.

Poudariti hočem takoj, da take ugotovitve seveda radi spornosti Loewensteinove metode ne moremo smatrati za bog ve kako odločilno, a je vendarle važen migljaj, v kateri smeri je treba nadalje raziskavati. Znano je, da so kulture iz krvi mnogo pogostejše pozitivne, kakor pa one iz obolelega tkiva. Zaradi tega so tudi manj odločilne. Zakaj? Vzroki so sledeči. Pri sistematskih preiskavah večjega števila pacientov moremo tu pa tam ugotoviti bacilemijo, ne da bi ta imela količjak zveze z očesnim obolenjem. Isto moremo trditi o bacilemijah pri ostalih boleznih, ki so prav tako lahko slučajne. Zato bi bilo nepravilno pri posameznem slučaju iz pozitivne ugotovitve bacilemije že z zanesljivostjo sklepati o vzroku očesne bolezni, prav tako pa iz negativne ugotovitve ne moremo sklepati o nasprotnem, da namreč bacilarna etiologija sploh ne pride v poštev. Odločilnejše so seveda preiskave v večjih serijah, kot jih je pregledal prof. Meller.

Nadaljno stopnjo raziskovanja simpatične oftalmije so tvorile kulture iz obolelih zrkul. Tudi tu smo bili začudeni nad razmerjem pozitivnih

PROTI REVMI

V SKLEPIH IN MIŠIČEVJU / IŠIASU
KRČEM / ZBADANJU / TRGANJU V
UDIH / BOLEČINAM V HRBTU IN
KRIŽU / PROTI TRGANJU V GLA-
VI / GLAVOBOLU / NABREK-
LOSTI IN OTRPELOSTI MIŠIC
PROTI VNETJU OZEBLIN /
VNETJU PLJUČNE MRENE
PREHLADU / BRONHI-
ALNEMU KATARJU
IN SPLOH PROTI
VSEM BOLEZNIM
NA REVMATIČNI
PODLAGI



RHEUMATOL

po receptu

DR. MED. A. DANIELI-DANEV

IN UGOTOVILI BOSTE
NEVERJETNE USPEHE.

Steklenice
po 40 in 90 ccm

Sestavine:

Oleum Juniperi bacc. • Rosmarini
Melissae • Thymi • Camphorae
Eucalypti • Pini silv. • Olivarum

Vzorci in literatura brezplačno!

PHARMACEVTIKA

D. Z. O. Z.

LJUBLJANA

PO

LIMFNIH KAPILARIH

odstranjuje organizem iz območja patološkega procesa velike množine bakterij, kakor tudi odmrlih in povarjenih stanic, obemem pa tudi proteinske in druge toksične snovi

Terapevtične lastnosti in higroskopični učinek

ANTIPHLOGISTINE

olajšajo mezgovju njegovo nalogo prav znatno, obenem pa dolgotrajna toplota Antiphlogistine zvišuje sposobnost limfnih kapilar.

VZORCI IN LITERATURA BREZPLAČNO

THE DENVER CHEMICAL MFG. Co.
NEW YORK U. S. A.

BRAĆA JOVANOVIĆ

ENGLESKA DROGERIJA

KNEZ MIHAJLOVA ULICA 33, BEOGRAD

rezultatov med sigurno tuberkuloznimi obolenji in pa med simpatično oftalmijo. Popolna analogija med izvidi pri bacilemiji in kulturah iz očesnega tkiva. Izmed 12 simpatično obolenih zrkel je dalo 8 pozitivno kulturo, a v 4 primerih je bil izvid negativen. Tako velik procent pozitivnih kultur iz tkiva nam pač ne dovoljuje omalovaževati bacilarni vzrok te bolezni.

Bacilemija je pokazala v gotovo smer, kulture iz tkiva so potrjevale domnevo o vzroku obolenja, manjkal je samo še zadnji člen k dokazu tuberkuloznega vzroka, to je dokaz bacilov v barvanih histoloških rezih simpatično obolenih zrkel.

Pri tem se moramo dotakniti važnega vprašanja. Dejstvo je, da tudi pri zanesljivo tuberkuloznih boleznih očesa (n. pr. Iridocyclitis tbc) zelo težko najdemo bacile v histološkem preparatu. Zakaj to? Domnevamo pač, da reakcija s strani obolelega očesnega tkiva na tak način vpliva na maloštevilne bacile, da jih ali sploh večinoma uniči ali pa jih vsaj tako spremeni, da jih ne moremo učinkovito pobarvati. Izjeme so primeri, kjer se morejo tuberkul. bacili v toliki meri razmnoževati v bolnem očesu, da bi jih mogli neoporečno histološko dokazati.

Vendar je bilo opravičeno pričakovanje, da bodo tudi pri preiskavi simpatično bolnih oces, kdaj nastopili tako ugodni pogoji, da bodo dovoljevali neomejeno razmnoževanje tuberkuloznih bacilov v očesnem tkivu in s tem njih histološki dokaz. In res, l. 1936. je prof. Meller objavil članek z naslovom: „Posrečeni dokaz tuberkuloznih bacilov v histološkem preparatu očesa s simpatično oftalmijo.“ S tem je bil dokazan zadnji člen v zahtevi, da moramo tudi v histološkem preparatu videti bacile, če hočemo verjeti v tuberkulozni vzrok simpatične oftalmije.

Po vsem tem je postalo jasno, da simpatizirajoče vnetje poškodovanega očesa v bistvu ni nič drugega kakor kronična, tuberkulozna uveitis, ki je nastala na temelju poškodbe očesa. Prav tako je obolenje drugega zdravega očesa izgubilo precej svoje tajinstvenosti. Analogijo imamo v splošno večkrat opazovanih primerih, da hematogena tuberkuloza rada nastopi hkrati v obeh očesih.

Ta slučaj opazamo pri tuberkuloznih metastazah tudi na ostalih organih človeškega telesa. Vidimo, da ponovne bacilemije često inficirajo le določene organske sisteme: pacient s kostno tuberkulozo dobiva recidive skoro izključno v kosteh, pri tuberkulozi ledvic često oboli tudi druga ledvica, kožna tuberkuloza predisponira k ponovnim recidivom v koži, ne da bi pri tem prišlo do obolenja v kakšnem drugem organu. In končno si pogledjmo očesno tuberkulozo: redko opazujemo metastaze drugje kakor v očesih. Nad tričetrline pacientov z enostransko tuberkulozo očesa oboli prej ali slej tudi na drugem očesu.

Pri vseh teh dejstvih bi zašli predaleč, če bi začeli misliti na nekako organsko specifičnost tuberkuloznih bacilov. Kakor ta ne obstoji pri spirohetah, enako tudi ne moremo govoriti o posebnih vrstah tbc bacilov, ki bi nagibali k naselitvi v različnih, le zanje pripravnih organih.

Toda čisto napačno bi bilo misliti, da simpatična oftalmija ni prav nič drugega, kakor po poškodbi slučajno nastopivša tuberkulozna uveitis. Sliko simpatične oftalmije so postavila klinična opazovanja in nimamo vzroka, da bi ta pojem spremenili, četudi so se naša naziranja po ugotovitvi povzročitelja bistveno spremenila. Vsakemu je jasno, da oko, ki oboli na simpatizirajočem vnetju, ne bi dobilo vkljub bacilemiji tega vnetja, če bi ne bilo poprej poškodovano.

Sama bacilemija lahko napravi obolenje v enem, tudi v obeh očesih, to imenujemo n. pr. uveitis tuberculosus. Za nastop simpatizirajočega vnetja,

ki poteka sicer klinično pod sliko uveitis, pa je treba predhodno še neke alteracije uvealnega tkiva, poškodbe ali kaj drugega. Le na ta način postane vnetje simpatizirajoče, lahko po nekem intervalu napade zdravo oko. Treba je torej dveh stvari, bacilemije in pa poškodbe očesa. Pa tudi v tem slučaju ne pride vedno do simpatičnega vnetja. V krvi krožeči bacili so lahko popolnoma nedolžni, ne naselijo se nikjer, ali pa vsaj ne manifestno, v drugih slučajih pa se na lepem naselijo v očesu in pridevedo do vnetja.

Omeniti moram še vprašanje, zakaj ravno poškodba očesa, posebno perforirajoča, tako lahko privede do naselitve tuberkuloznih bacilov na endogen način. Laže namreč pride pri že obstoječi bacilemiji do infekcije tkiva, če zaradi kakšne poškodbe izstopi kri iz žil prosto v tkivo, kajti pri tem pridejo klice direktno v tkivo in se začno razmnoževati, kakor na najboljšem gojišču. Najnevarnejše so v tem oziru ravno poškodbe ciliarnega telesa radi velike množine žil tega organa. Toda negotovo je še, ali zadostuje že izstop krvi in z njo bolezenskih klic v tkivo, ali pa igra vlogo tudi po poškodbi nastalo nespecifično vnetje. Spomnimo se na teorijo, ki jo je l. 1934. postavil Ascoli in jo nazval „anachoresis“. Takole pravi: Neko v telesu nastalo, od bakterij ali brez njih povzročeno vnetje, ima to možnost, da priklene k sebi prosto po telesu krožeče bakterije. To možnost lahko tudi uporabimo pri raziskovanju naselitve bakterij v poškodovanem očesu. Ostanе nam še, da ugotovimo, kako pride do obolenja drugega, dosedaj zdravega očesa. Tudi tega ne smemo smatrati za slučajno radi bacilemije nastalo metastazo v drugem očesu, kot jih splošno opazujemo. Tudi tu zahteva klinična slika in razvoj simpatične oftalmije še nekaj več. Pojasniti je treba vzročno zaporednost, časovno odvisnost nastopa tega vnetja. Najlaže si razložimo to na sledeči način: s tem, da se bacili razmnožujejo v prvem, poškodovanem očesu, potem ko so prodrli iz žil v prosto tkivo, se zaradi tega razmnoževanja v uvealnem tkivu tako spremene njihove biološke lastnosti, da postanejo sposobnejši za naselitev tudi v zdravem tkivu drugega očesa. Če odločajo pri tem tudi vprašanja anafilaksije, o tem bi bilo prezgodaj govoriti.

Prišli smo do zaključka razlaganj, kako pride do nastopa simpatične oftalmije. Če na kratko ponovimo:

Kaj se lahko zgodi, če pretrpi oko perforacijsko poškodbo? Če je poškodba sterilna in ni v krvi tuberkuloznih bacilov, potem nastopi po kratkem travmatičnem vnetju ozdravljenje. Če se je oko pri poškodbi inficiralo z gnojnimi klicami, pride do bolj ali manj hudega gnojnega vnetja, v najhujšem slučaju do panophthalmitis in izgube očesa. Če pa je bila ali pa je šele nastopila za časa poškodbe bacilemija, potem se travmatični reakciji zrkla lahko pridruži specifično vnetje, povzročeno od tuberkuloznih bacilov, ki poteka pod klinično in histološko sliko tuberkulozne uveitide, a ga zaradi njegove zmožnosti, da se naseli iz zgoraj omenjenih vzrokov tudi v drugem očesu, vendar ne istovelimo z njo, ampak ga imenujemo simpatizirajoče vnetje. Simpatična oftalmija je torej od tuberkuloznih bacilov povzročeno, a pod posebnimi pogoji nastalo in po posebnih poteh se razvijajoče očesno obolenje.

Tako postane tudi v terapevtičnem pogledu marsikaj jasno, česar si prej nismo mogli dobro razlagati. Kakor pri vseh vročno nedognanih obolenjih smo mogli tudi pri simpatični oftalmiji zaznamovati veliko število različnih, često si popolnoma nasprotujočih terapevtičnih metod. Toda prav pri pregledu teh nadvse različnih načinov zdravljenja vzbuja našo po-

zornost naslednje dejstvo: med zdravljenji, ki so se izkazala za posebno učinkovita pri simpatični oftalmiji, vidimo skoro po vrsti ona, ki jih uspešno uporabljamo pri očesni tuberkulozi. Torej tudi izkustvo v terapevtičnem pogledu potrjuje dognanja o vzroku simpatične oftalmije.

V profilaktičnem oziru pomaga pred izbruhom simpatičnega vnetja na zdravem očesu edino pravočasna enukleacija prvega, poškodovanega očesa. Pa tudi po izbruhu bolezni še enukleiramo po navadi prvo oko, ker nas uči skušnja, da poteka potem vnetje na drugem očesu v lažji obliki.

Na enak način radi odstranimo zrkla, ki so oslepela po navadnem tuberkuloznem vnetju, ker upamo, da s tem preprečimo obolenje drugega očesa. Če pa je to že bolno, upamo na lažji potek bolezni.

Nadalje naj omenim tuberkulinsko terapijo, ki jo že dolga leta sem priporočajo avtorji pri simpatični oftalmiji. Posebno se je baje obnesel A. O. tuberkulin. Kar se tiče našega mnenja, nismo mogli niti pri simpatični oftalmiji niti pri ostali očesni tuberkulozi pri tuberkulinski terapiji opazovati prepričevalnih uspehov. Videti je, da bomo tuberkulinsko terapijo sploh kmalu opustili. Preidimo k nespecifični terapiji. Tudi tu se krijejo izkustva z onimi, ki jih imamo pri očesni tuberkulozi. Živo srebro, zlato, obsevanje z Roentgenom, proteinsko terapijo, ostala obsevanja, vse to s pridom uporabljamo pri obeh vrstah obolenj.

In končno še nekaj posebno važnega v operativnem oziru.

Pri simpatični oftalmiji velja načelo, da naj ne operiramo, če je le količkaj mogoče. Oko odgovori na vsak operativni poseg s hudim in daljnosežnim poslabšanjem, ki uniči vsako upanje na izboljšanje na operativni način. So pa neke izjeme, kjer moramo vkljub vsemu tvegati operacijo, na primer pri hitro nastalem povišanju očesnega tlaka. Enako slabo prognozo imajo tudi operacije pri tuberkuloznih vnetjih očesa. Zato čim dalje odlašamo na pr. z ekstrakcijo leče pri očesu, ki je obolelo na tuberkulozi, četudi je vnetje že zastarelo. Iz teh izvajanj smo tudi v terapevtičnem oziru videli analogijo med očesno tuberkulozo in simpatično oftalmijo. S popolno pravico torej lahko uvrstimo med očesne bolezni, ki jih povzroča bacil tuberkuloze, novo obolenje, o katerem smo pravkar govorili.

Toda nova raziskavanja v okulistiki niso dovedla samo do pomnožitve kliničnih oblik očesne tuberkuloze. Tudi marsikatero obolenje, ki smo ga dolga leta smatrali za nesporno manifestacijo očesne tuberkuloze, smo morali črtati iz vrste teh bolezni in ga uvrstiti drugam. In tako bi rad v naslednjem poročal o očesnem obolenju, ki smo ga do najnovejšega časa smatrali skoro stoprocentno za tuberkulozo, a ga bomo morali najbrže v najkrajšem času brisati ali pa vsaj priznati, da tuberkuloza nima tolikega pomena, kakor smo to do sedaj smatrali.

Bolezen imenujemo *Periphlebitis retinae* ali z drugim imenom „juvenilna krvavitev v steklovino“. Ta nadvse važna in v nasprotju s simpatično oftalmijo zelo pogostna bolezen, se pojavlja večinoma pri mladih moških okoli dvajsetega leta. Mlad, na zunaj večinoma povsem zdrav pacient pride s težbo, da se mu je nenadoma zelo poslabšal vid na enem očesu. Če ga pregledamo, vidimo večinoma močne krvavitve v steklovini, ki so včasih tako goste, da niti ne moremo opazovati očesnega ozadja. Če pa je oftalmoskopska preiskava mogoča, potem lahko opazujemo na očesnem ozadju zelo značilno sliko. Glavne spremembe vidimo na žilah, zlasti na venah. Ob venah vidimo sivkaste ovojnice, večje ali manjše infiltrate, ki so dovedli do obliteracije žile ali pa do uzure stene in radi tega do močnih krvavitev v okolico mrežnice in v steklovino. Radi obliteracij žil so se stvorile nove kolaterale, razširile so se kapilare, zrasle

nove žile in vse to nudi zelo raznovrstno in značilno oftalmoskopsko sliko. V nadaljnjem poteku pride po prehodnih resorbcijah krvavitev in prehodnem izboljšanju vida do ponovnih recidivov, ki često privedejo do izgube vida radi sekundarnega odstopa mrežnice.

Klinično sta obdelala to obolenje leta 1909. do 1911. Axenfeld in Stock in na podlagi njunih raziskovanj smo je smatrali za tuberkulozno vnetje retinalnih žil, predvsem ven. Njuno mnenje je potrdil s svojimi histološkimi preiskavami par let pozneje Fleischer, ki je ugotovil v stenah večjih in manjših ven tuberkule z epitelioidnimi in orjaškimi celicami. Bacilov tuberkuloze vendar ni bilo mogoče obarvati. Vsa nemška okulistična šola, kateri pripadamo tudi mi, je do najnovejšega časa brez pridržkov smatrala to klinično sliko za tuberkulozo. Bolj ob strani je stala francoska šola, bolj individualna in manj prisegajoča na avtoritete, s svojimi posebnimi, dasi včasih zelo si nasprotujočimi razlagami. Tako so pred dvema leti vzbudila pozornost raziskovanja prof. Marchesanija iz Münchena. Ta zastopa mnenje, da to očesno obolenje ne predstavlja nikakega lokalnega procesa na podlagi tuberkuloze, ampak da je to samo en člen v veliki verigi sistemskega žilnega obolenja, ki ga imenujemo „thrombangitis obliterans“ ali „morbus Bürger“.

Popolnoma lahko soglašamo z njim v njegovi trditvi, da zaradi tega, če najdemo v stenah žil ali pa v organiziranih trombih epitelioidne in orjaške celice, še ne moremo prisegati na tuberkulozno etiologijo. Nasprotno pa je pri zelo velikem številu bolnikov z očesno sliko periphlebitis retinae uspelo dokazati različne simptome Bürgerjeve bolezni: pacienti trpe često za abnormalnimi občutki mraza, nagibajo k ozeblinam, imajo parestezije na udih, predvsem na nogah. Včasih najdemo neenakost ali celo pomanjkanje pulza na art. tibialis posterior ali art. dorsalis pedis in v najhujših primerih nastopa bolj ali manj razsežna gangrena prstov. Pa ne samo to. Včasih najdemo pri teh bolnikih tudi znake multiple skleroze. Razlagali smo si jih analogno z očesnim obolenjem, ki smo ga smatrali za tuberkulozno periphlebitis, s periflebitičnimi spremembami v možganih. Toda šele v novjšem času prodira vedno bolj mnenje, da se patološki pojav, ki ga imenujemo thrombangitis obliterans, lahko odigrava na najrazličnejših mestih žilnega sistema in tako privede do silno raznovrstnih kliničnih slik. Enkrat atipična multipla skleroza, po večini v zvezi z očesnim obolenjem, drugič akroparestezije vseh stopenj tja do gangrene, včasih prebavne motnje s kolikami in srčnimi težavami.

Vsa ta dognanja so privedla do revizije prvotnega mnenja o periphlebitis retinae. Ponovno so bili pregledani histološki preparati očetov tuberkulozne teorije: Fleischerja, Axenfelda, Hippela in ugotoviti je bilo mogoče, da v njih prav za prav ni čisto nič tipično in nujno tuberkuloznega in, da lahko vse te spremembe smatramo za thrombangitis obliterans. Celó v granulacijah, ki naj bi bile potrjevale tuberkulozno poreklo, je bilo mogoče z barvanjem ugotoviti elastična vlakna obliterated žil.

Tako smo danes na potu, da začenjamo odrekati tuberkulozi v tem očesnem obolenju neomejeni vzročni vpliv in se vedno bolj nagibamo k drugemu, bolj utemeljenemu mnenju, ki pravi, da je periphlebitis mrežnice često le ena izmed lokalizacij obsežnega sistemskega obolenja, ki ga imenujemo thrombangitis obliterans Bürger.

Iz navedenih dveh primerov bolezni, o katerih smo govorili, je jasno razvidno dejstvo, da je še veliko treba prispevati k dokončni rešitvi vprašanja o tuberkulozi očesa, da še ni vse tako jasno in dognano, kakor se utegne zdeti pri površnem poznavanju tega vprašanja.

LITERATURA

Urbanek — Meller: Tuberkelbazillennachweis im Blute augenkranker Menschen. Z. f. A., Bd. 77. 1932.

Meller: Die sympathische Ophthalmie durch Gewebekultur aus dem sympathisierenden Auge als eine echte bazilläre Erkrankung nachgewiesen. Z. f. A., Bd. 79. 1932/33.

Meller: Ueber Bazillaemie und symp. Ophthalmie. Z. f. A., Bd. 79. 1932/33.

Meller: Ueber die bazilläre Aetiologie der O.S. und mancher Fälle von Iridocyclitis posttraumatica. Z. f. A., Bd. 83. 1934.

Meller: Ueber bazilläre Aetiologie verschiedener Augenkrankheiten. Abh. a. d. Augenheilk. u. ihren Grenzgebieten, H. 18. 1935.

Meller: Gelungener Nachweis von Tub.-Baz. durch Färbung in den Schnitten eines Auges mit sympathisierender Uveitis. Z. f. A., Bd. 89. 1936.

Peters: Die sympathische Augenerkrankung. Literaturbericht 1919 bis Oktober 1935. Abh. a. d. A. u. i. Grenzgeb. H. 20. 1935.

Urbanek: Die Bedeutung der Tuberkulose für die entzündlichen Erkrankungen des Uvealtraktes. S. Karger 1929.

Urbanek: Tuberkulose des Auges. — Therapie der Tuberkulose. 689—719.

Reis: Die sympathische Erkrankung d. A., K. Handbuch. S. O. IV

Schieck: Die Erkrankungen der N.H.-Gefäße. Handbuch d. spez. path. Anatomie und Histol., Henke—Lubarsch, Bd. II, I. Teil.

Ginsberg: Die sympath. Uveitis, Handbuch d. spez. path. A. u. Hist., Henke.

Ginsberg: Tuberkulose der Uvea, Lubarsch, Bd. II, I. Teil.

Bailliart: Les affections des réines rétiniennes. (La circulation rétinienne XII), L. Octave Doin., Paris.

Leber: Periphlebitis retinae, Graefe — Saemisch, Handbuch S. O.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden die Schwierigkeiten der exakten Diagnose von tuberkulösen Augenerkrankungen besprochen. Erst in den letzten Jahren wurde auf Grund positiver Blut- und Gewebekulturen sowie gelungener Nachweise von Tuberkelbazillen in Schnitten von Augen mit sympathisierender Uveitis die tuberkulöse Aetiologie der sympathischen Ophthalmie nachgewiesen. Am Ende wird die Frage: Periphlebitis retinae Tbc — oder Endangitis obliterans Bürger besprochen.

Docent dr. IVAN MATKO

PATOGENEZA IN TERAPIJA OLIGURIJE

I. Patogeneza oligurije.

Fiziologija in patologija vodne preosnove spadata k najbolj kompliciranim dogodljajem v človeškem organizmu, zakaj vodna preosnova je odvisna od najrazličnejših faktorjev. Razen tega je voda aktivno in pasivno soudeležena na večjem delu kemičnih, fizikalčnih in fiziko-kemičnih procesov, ki se vrše trajno v našem telesu. Za človeško telo pa pomeni voda tudi važno ravnalo toplote in pomembno tekoče sredstvo, v katerem je že ob normalnih razmerah raztopljenih približno 40—45 snovi, v patoloških razmerah pa še več. Telo odraslega človeka vsebuje približno 60% vode, dojenčka 70—75%, ploda pa celo 75—95%. Te velike množine vode so vložene deloma v tako imenovanih vodnih depojih, deloma v organih, ki izločajo vodo. Kot vodni depoji veljajo: koža, podkožno tkivo, mišičevje in jetra. Od teh sta najvažnejša koža in jetra, in sicer koža zaradi tega, ker vsebuje ne le mnogo vode, marveč tudi mnogo soli. Wahlgreen in Patdberg sta našla v koži 33—76% od celokupne soli, katero sta primešala hrani. Koža pa je za naše telo tudi zaradi tega

jako pomemben organ, ker služi še za vlaganje sladkorja. Iz tega razloga ne govorimo v novejši dobi le o pankreatičnem in renalnem diabetesu, marveč tudi o kožnem, ki je izvor raznih kožnih afekcij.

Po današnjem izkustvu preide celotna, organizmu vtelesena tekočina po krvnem obtoku najprej v tkivo. Vendar se vlaganje vode v tkivo ne vrši v polnem skladu z vlaganjem soli. Kajti sol se v glavnem vlaga v kožno tkivo, voda pa v mišičevje. Jetra pa so depo za enako množino soli kakor tudi vode. Izločanje vode in soli ni odvisno samo od trenutnega stanja našega organizma, marveč tudi od stanja navedenih skladišč v našem telesu. Volhard, ki pripisuje tem vodnim depojem izredno važno vlogo pri vodni in solni preosnovi, jih kolektivno imenuje „predledvice“, Nöggerath pa „predtočne ledvice“ (Vorflutniere). Funkcija teh depojev ni le običajna fizikalčna, ampak je voda v njih depozirana v pravnem kemičnem smislu in sicer v reversibelni obliki. Predledvični organi določajo pravilno razvrstitev soli in vod med krvjo in med tkivom in skrbijo za dovoz izločevalnim organom onih snovi, ki spadajo v seč.

Izločevanje vode v ledvicah je produkt prav kompliciranega mehanizma, ki je odvisen od raznih dejstev, tako n. pr. od stanja srca, žilja, ledvic, od nagnjenosti tkiva za zadrževanje vode in soli, od raznih fiziko-kemičnih dogodiljajev v krvi in v tkivu, od osmoregulatornih impulzov s strani vegetativnih centrov in tako dalje. Tako sta na primer dokazali klinika in eksperimentalna patologija, da sta vodna in solna preosnova pod vplivom centralnega regulativnega aparata, ki leži na raznih mestih v možganih. Claude Bernard je že l. 1855. dokazal to z vbodom v dno IV. ventrikula. Posledica tega vboda je poliurija. Pozneje (1913.) sta Jungmann in E. Meyer našla istotam tudi tako zvani solni center. Istčasno pa sta še ugotovila, da ne obstoji vselej vzporednost med poliurijo in med hyperchlorurijo, marveč da lahko nastopi poslednja tudi brez prve. Po Dreselu in Lewyju leži center za poliurijo in tudi hypochlorurijo v skupini jeder, ki leže v IV. vetriklu in sicer ob medialnem robu tako zvane substantia gelatinosa nervi trigemini, dalje medioventralno od corpusa restiforme ter dorsalno nad jedrom VI. živca in nad jedri stranskega konopca. Vsa ta jedra tvorijo tako imenovano formatio reticularis. Po Jungmannu in E. Meyerju tečejo ločene proge, ki imajo regulativni vpliv na izločevanje vode in soli. Zgoraj navedeni centri pa so podrejeni še posebnemu centru, ki leži v diencefalonu (A. Schner itd.). Vodno in solno preosnovo pa regulirata razen tega še n. vagus in n. sympathicus. Prvi zviša diurezo, drugi jo pa zniža, odn. zavira.

Celice formacije reticularis so v najožji zvezi s celicami, ki leže v jedrih tuberala cinereum odnosno v corpora mamillaria (Gudden itd.). Za preosnovo soli in vode je ta ozka vez med omenjenimi celicami izredne važnosti, ker je osredok v meduli oblongati v funkcijskem pogledu podrejen osredku v nucleusu supraopticus (synonyma: ganglion opticum, ganglion parhypophyseos), ki leži v levo in desno od telesne srednice in sicer tik nad vidnim živcem, v neposredni bližini njegovega križišča (chiasma). V okolišju tega jedra sta ugotovila Trendelenburg in Sato snovi, ki vplivajo antidiuretično, razen tega pa še snovi z diuretičnim učinkom.

Po domnevi raznih avtorjev pa naj bi imel tudi center v diencefalonu še nadrejen regulator, ki se nahaja ali v samih velikih možganih ali pa celo v malih. Vendar pa ta tretji center še ni definitivno ugotovljen. Oddi je n. pr. opazoval poliurijo tudi po izolirani poškodbi malih mož-

gan, drugi pa po draženju notranjega dela sprednjega odseka gyrusa sigmoideus. S poskusi na živali je slednjič ugotovil Pick, da obstojita dva vodna centra, od katerih eden usmerja vodni tok v kri, drugi pa vodni tok proti krvi. To se pravi, da ima en center hidremični, drugi pa antihidremični učinek. Med obema pa leži center za solno preosnovo.

Preosnova vode je odvisna deloma tudi od hipofize, za kar prihaja v prvi vrsti v poštev živčni povezek, ki spaja zadnji hipofizni režen z nucleusom supraopticus. Po Geringu se imenuje ta povezek tudi tractus supraopticus. Po dosedanjih ugotovitvah na živali izloča zadnji režen hipofize antidiuretično snov, srednji pa diuretično, kar je nedavno odkril Böttger. V funkcionalnem pogledu se izpopolnjujeta vodni center v hipofizi in vodni center v hypothalamusu. Definitivno pa še ni ugotovljeno, kateri izmed njih je važnejši za izločevanje vode. Istotako tudi še ne vemo, da-li igra pri motnjah v vodni in solni preosnovi večjo vlogo draženje ali pa zaviranje teh centrov.

Tekočina, ki predstavlja pri človeku tvarino za vodno preosnovo, izvira deloma od vode, katero pijemo, deloma pa tudi iz hrane, katero uživamo. Razen tega pa se tvori voda tudi v organizmu samem in sicer v poteku presnavljanja. Ta voda se pojavlja pri oksidaciji v intermediarni preosnovi in sicer pri predelavi raznih ogljikovih vodikov (maščobe, ogljikovi hidrati in beljakovine). Med množino te oksidacijske vode in med kalorijsko vrednoto preosnove obstoji določeno razmerje in sicer odpade po Magnusu Lewyju na sto kalorij mešane hrane približno 12 gr. oksidacijske vode. To bi bilo na 3000 kalorij hrane približno 360 gr. vode.

Človek je zmožen vsrkavati vodo tudi v obliki hlapov in pare iz ozračja, ki ga obdaja. To sta nedavno ugotovila Fröhlich in Zack, in sicer pri težkih, dolgotrajnih dekompenzacijah srca in pri neklih oblikah debelosti. Ta presenetljivi pojav pa sta dognala ne le pri človeku, marveč tudi na živalih. Poskusne živali so imele več vode v krvi levega srca kakor v krvi desnega. Po mnenju obeh avtorjev leži v tem dejstvu tudi vzrok, da je kri iz levega prekata približno za 0,1° hladnejša kakor kri iz desnega. Do sličnega rezultata je že l. 1926. prišla tudi Silvi Mello. Zak in Fröhlich imenujeta „perspiratio insensibilis negativa“ pojav, da resorbirajo pljuča tudi vodne hlapce iz zraka. Te ugotovitve nam do neke meje pripomorejo k boljšemu razumevanju raznih pojav stigmatizacije.

Iz organizma samega oddajamo vodo navzven z različnimi telesnimi izločki in odpadki. K njim prištevamo n. pr. seč, stolico, slino, spermo, kri tekom mesečnega perila, itd. Del vode pa izločamo tudi z izdihanim zrakom in s pomočjo tako imenovane kožne perspiracije. Ob mešani hrani vsebuje stolica že pri normalni konsistenci približno 60–120 gr. vode. Pri vegetarični hrani se množina na tej poti izločene vode podvoji in še več. Množina seča je znatno odvisna od množine one vode, katero oddajamo skozi pljuča in kožo. Množina te zadnje vode pa more biti precejšnja in vsega vpoštevanja vredna. Po Siebecku in Borkowskyju izločamo dnevno s sapo približno 260–360 gr. vode, katere množina pa se dvigne, ako več pijemo. Pljuča pri dojenčku so glavni regulator vodnega obrata in znatno prekašajo v tem pogledu funkcijo ledvic. Po Altvaterju in Benediktu znaša množina vode, oddane s perspiracijo insensibilis povprečno 935 gr. na dan, ako človek miruje in se nahaja v dobro prezračeni sobi pod ugodnimi toplotnimi in zračno-vlažnimi razmerami. Med napornim delom pa se lahko dvigne množina na tej poti izločene vode na 3 litre in celo na 7,5 litra na dan.

Po vsem tem, kar sem navedel zgoraj, sledi, da ne zadošča za presoj o vode in solne bilance, ako opazujemo in merimo le seč. Pri vseh teh in enakih poskusih moramo istočasno vzeti v ozir tudi telesno težo in vsa njena kolebanja v smeri navzgor in navzdol. Semtertja dobimo pravi vpogled šele, kadar določimo v krvi množino kuhinjske soli, serumovih albuminov itd. Prav dobro nam služi tudi razširjen Volhardov poskus, pri katerem obremenimo organizem ne le z vodo, marveč tudi z neko količino kuhinjske soli, po največ z 10 g na dan. Sol damo bolniku šele tedaj, ko smo s primerno dieto predhodno dosegli ravnotežje v njegovi solni bilanci (glej dodatek na koncu razprave).

Glede na množino seča, katero izloča človek na dan, razlikuje klinika sledeče fiziološke in patološke pojave v izločevanju urina: poliurijo, normurijo, oligurijo, anurijo, izurijo in anizurijo. Pri izuriji izloča človek trajno seč v enakomerno velikih porcijah; pri anizuriji pa v neenakomernih množinah. Oligokurija je bolezensko stanje, pri katerem izloča človek seč v nenavadno dolgih presledkih.

Od pravkar naštetih oblik izločevanja seča je klinika najbolj proučila poliurijo. To pa v prvi vrsti zaradi tega, ker je poliurija jako očiten simptom, zlasti ako imamo pred seboj bolnika z diabetes insipidus. Pri takih bolnikih ni 4—10 lit. seča na dan prav nič nenavadnega. Trouseau je svoje dni opazoval bolnika, ki je izločal do 43 lit. seča na dan. Fonséca pa je imel v svoji oskrbi mlado redovnico, ki je baje dnevno izločala do 100 lit. seča. Taki bolniki trpe na neusahljivi žeji in posežejo imperativno po vsaki pijači, samo da teče. So med njimi, ki pijejo svoj lastni in tuji seč, po potrebi pa sežejo tudi po vodi iz luž, mlak itd. Pidoux je opazoval bolnika z diabetes insipidus, ki je popil do 20 lit. vina na dan.

Od ostalih oblik sekrecije seča je kliniki znana posebno anurija, to pa zavoljo tega, ker je anurija vedno jako alarmanten in nevaren simptom v pogledu nadaljne usode bolnika. Nekaj več pažnje se obrača v poslednji dobi k oliguriji, kot posledici raznih zanimivih opazovanj, ugotovljenih s pomočjo preiskav na vodno in solno preosnovo. K temu so doprinesla tudi razna odkritja v pogledu odvisnosti vodne in solne preosnove od vplivov centralnega živčevja. Pripomogel pa je tudi vpogled v funkcijo hipofize in ostalih žlez z notranjo sekrecijo.

Oligurija se lahko pojavi povsod tam, kjer nastopijo mehanične ovire v izločevanju seča. Pri strictura uretrae n. pr. je vodni curek tanjši kot sicer, je okoli svoje osi zavrt in cepljen. Pri retenciji mehurja, katero opazujemo pri raznih mehaničnih in živčnih afekcijah, sprejme lahko mehur toliko vode, da sega fundus preko popka. Oligurijo opazujemo tudi pri kompresijah uretra, n. pr. po tumorjih v mali medenici itd., dalje pri ren migrans, pri nephrolithiasis, pri hydronephrosis in tudi po raznih poškodbah ene ali obeh ledvic. Pri sečnih kamnih nastopi lahko popolna anurija, če se istočasno zagozdita oba uretra ali pa, ako pri enostranski nephrolithiasis stisne reflektorični krč zdravo ledvico. Pri hidronefrozi moremo opazovati tudi menjaje oligurijo in poliurijo. Pri poškodbah ledvic se pojavita lahko oligurija in popolna anurija, akoravno je bila poškodovana le ena ledvica. Tudi ta pojav je reflektoričnega izvora.

Oligurija pa nastopa tudi pri drugih afekcijah, kakor n. pr. v prvi dobi eklampsije, pri raznih srčnih, žilnih in ledvičnih boleznih, pri močni krvavitvi iz katerega koli dela človeškega telesa, po močnem bruhanju, potenju itd. Že srednje huda diareja lahko občutno pritise

HEPAMULT

najbolj ekonomičen in najbolj ugoden
preparat jeter,

ker vsebuje s Castleovim želodčnim fermentom aktivirano, torej najbolj delujočo antianemično vsebino jeter v obliki granul zelo dobrega okusa.

Indikacije: Perniciozna anemija, stimulacija organov za tvorbo krvi pri anemijah nejasne etiologije, anemija za časa nosečnosti, v rekonvalescenci. Po infekcijskih boleznih in za preusmerjenje organizma in presnove. Nadalje pri alergiji, zdravljenju z arsenom in bismutom.

Dnevna doza: 10 g Hepamult granul = 250 g svežih jeter.

Originalni omoti: kartoni po 100 in 500 g.

REMEDIA

KEMIJSKO-FARMACEVTSKA PRODUKCIJA
ZAGREB, TRG KRALJA PETRA 9

VELIKA ZDRAVILNA MOČ

radio-aktivne termalne vode (37°) v zdravilišču

RADIO-THERMA - LAŠKO

INDIKACIJE:

kronični revmatizmi

kronična obolenja

ženske bolezni

neuralgije, ischias

črevesja in ožilja

arterioskleroza

POMOŽNI ZDRAVNIŠKI PRIPOMOČKI:

Elektroterapija, medicinalne, črevesne kopeli z
radio-termalno vodo (Enterocleaner), masaže
in dijetično zdravljenje

ZDRAVILIŠČE ODPRTO VSE LETO!

Izven glavne sezone, t.j. od 1. septembra do 30. junija nizke pavšalne cene:

za 10 dni din 600.-, za 20 dni din 1100.-

(stanovanje, hrana, kopeli, zdravniški pregled in ostale takse)

Informacije in prospekte s cenikom pošlje na željo

U P R A V A Z D R A V I L I Š Č A

ROBOR

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

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

R E A L PILULE

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

CAMPHOSOL INJEKCIJE

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

CAMPHOSOL DRAŽE

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

CAMPHOSOL-CHININ INJEKCIJE

Camphosol 0.20 in Chinin 0.20 vodena raztopina v 2 ccm.

CAMPHOSOL-CHININ DRAŽE

Camphosol 0.10 in Chinin 0.10

HIDROGEN TABLETE

Hydrogenium hyperoxidatum v močnem stanju vsebuje 35% H_2O_2 . Pakirano v cevkah po 10 in 20 tablet a 1 gr.

KEMIJSKO-FARMACEVTSKI LABORATORIJ

MIŠKOVIĆ IN KOMP.

BEOGRAD, SARAJEVSKA ULICA BROJ 84.

množino dnevnega seča navzdol. V tem pogledu je nevarna zlasti azija-tična kolera, pri kateri se utegnejo prav zgodaj pojaviti poleg oligurije še krči v raznih okončinah in celo znaki prave tetanije. Oligurija pa spada tudi k simptomnemu kompleksu črevesnih stenoz različnega izvora. Tetanija, katero opazujemo sem ter tja pri stenozii pilora, bazira na zvišani alkalozii krvi, ker se izloča preveč kisline v želodčnem soku.

Za presojo vodne preosnove je izredno zanimivo medsebojno razmerje med funkcijo ledvic, kože in črevesja. Čim več vode izloča eden izmed teh treh organov, tem manj je odpade na ostala dva. Isti primer pa nastopi obratno, če pridržuje vodo eden izmed njih. Po obilnem potenju pade množina seča in se poleni iztrebljanje. To pa le, če pravočasno ne nadomestimo izgubljene vode. Iztrebljanje pa postane tudi leno ako n. pr. doječa mati izloča preveč mleka. Sekrecija mleka nasprotno pade, kadar oboli mati za hudo drisko. Črevesju pripada izredno važna vloga pri razvoju normalne vodne preosnove. Ugotovilo se je, da izločajo na dan jetra približno 1 do 1,5 litra žolča, črevesna stena pa v lumen črevesa nič manj kakor 7 do 10 litrov.

Oligurijo opazujemo dalje pri raznih vročinskih boleznih (oliguria febrilis), pri eksudativnih in transudativnih afekcijah raznih seroznih prevlak, pri anaemia acuta ex haemorrhagia, pri želodčnih boleznih, pri raznih oblikah zločestih novotvorb, pri histeriji, pri tabes in njenih gastro-intestinalnih krizah, pri peritonitidah in pri ileusu, posebno pri zaporih v zgornjih delih ozkega črevesja, pri raznih enterokatarjih, holerinah itd., pri colica saturnina (oliguria toxica), pri zastrupljenju s sublimatom in sploh s strupi, ki okvarjajo ne le ledvični aparat marveč tudi kapilarni sistem. Pri vseh naštetih afekcijah se oligurija lahko stopnjuje do popolne anurije. Zanimiva je tudi oligurija pri raznih anemijah, v prvi vrsti pri klorozii in perniciozni anemiji.

Prav zanimive so ugotovitve Kostyala in Penkerta, ki trdita, da ne pade že eden do dva dni pred nastopom vročine samo diureza, marveč tudi izvenledvična oddaja vode. V teku rekonvalescence pa se zopet zviša diureza in z njo tudi perspiracija. Po mnenju Kostyala je padeč diureze med vročino v zvezi z motnjami v jetrih, zaradi česar ne trpi le preosnova beljakovin, marveč tudi tvorba jetrnih hormonov. Nič manj ni zanimiv pojav oligurijo pri tako imenovanem stradalnem edemu, ki se pojavi po dolgotrajnem pomanjkanju in stradanju, in ima svoj izvor v moteni preosnovi beljakovin in soli. Pri edemni bolezni, katero so opazovali med svetovno vojno, pa sodeluje tudi motnja v preosnovi lipidov in apna. Slednjič navajam, da zavzema med črevesnimi afekcijami disenterija v toliko izjemno stališče, da more biti pri njej jako neenakomerna diureza. Večinoma obstoji oligurija, so pa tudi primeri grize, pri katerih je izločevanje vode celo pospešeno.

G. Straub v Berlinu je l. 1932. priobčil zanimiv primer oligurije s hematurijo, ki je nastopila po travmi. Pri poškodovani ženi so se pojavljali od časa do časa napadi močnega potenja, driske, edemi itd. Po psihičnem in dietetičnem zdravljenju je žena okrevala. Sam sem opazoval primera dveh bolnikov, ki sta se zastrupila s sublimatom. Oba sta umrla za zastrupljenjem in pri obeh je stala v ospredju kliničnih znakov najprvo težka oligurija, pozneje pa popolna anurija, ki je trajala do smrti. Eden izmed obeh bolnikov je umrl že prvi teden po zastrupitvi,

drugi pa šele po treh tednih mučnega pričakovanja, da se bo odprla diureza. Vendar se to ni posrečilo, akoravno smo poizkusili vse, kar je na razpolago za tak primer. Pri drugem primeru so stopile vrednote preostalega dušika v krvi na 1200 mg%, kar je vsekakor presenetljivo dejstvo.

Pri histeriji opazujemo ne le samo oligurijo, marveč semtertja popolno anurijo. Vzlic temu, da traja pri nekaterih takih bolnikih anurija tudi daljše dobo, ne najdemo pri njih nobenih znakov uremije. Kajti pri takih primerih prevzame želodec kompenzatorično izločevanje sečnine. Isto opravlja želodec tudi pri nefritični uremiji. Gastritide kakor tudi kolitide so pri takih bolnikih v zvezi z draženjem sluznice po toksičnih snoveh, ki se izločajo skozi njo na njeno površino. Glede anurije pri histerikih moramo biti jako oprezní, ker so ti bolniki izredno iznajdljivi v varanju svoje okolice in tudi zdravnikov. Nasprotno pa mora biti tudi zdravnik jako previden pri histerični anuriji, da je ne zamenja z anurijo na nefritični bazi. Pri diferencialni diagnozi upoštevajmo, da je mehur takih oseb ponajveč poln seča, ki je visoko koncentriran in ne vsebuje beljakovin. Dalje nastopi pri histerikih takoj diureza, čim jim dajemo vodo enteralno ali parenteralno.

Febrilna oligurija je posledica premočnega potenja in premočnega izhlapevanja vode skozi pljuča, kajti vročični organizem hitreje diha kakor zdrav. S pomanjkanjem vode v obolelem telesu so v zvezi suha usta in jezik. Seč pri febrilni oliguriji je visoko koncentriran in vsebuje ponajveč nekaj beljakovine (nephropathia febrilis toxica). Albuminurija je v zvezi s toksini, ki se razvijajo v obolelem organizmu in okvarjajo ledvično tkivo. Iz tega razloga moramo dajati bolniku, ki ima vročino, zadostno množino vode, da s tem razredčimo seč.

Oligurija nastopi tudi po hudi žeji, ako organizem ne dobi zadostne množine vode. Pri taki osebi se lahko že v par urah dobesedno izsuši telo. Ustnice in sluznice postanejo suhe, glas hrapav in brezzvočen, oči upadejo, požiranje je otežkočeno, sline postanejo redke in gosto lepljive, oči pordeče in pečejo, pulz je majhen, pospešen, telesna toplota se zviša in kri se lahko zgosti do konsistence smole. Ako takemu posušenemu organizmu ne damo v pravem času dovoljne množine tekočine, zapade prav hitro smrti, katera nastopi po neizrečenih mukah. Prav zanimivo je, da se prav počasi ohlajajo trupla onih, ki so umrli od žeje.

(Dalje prihodnjič.)

Ph. Mr. DAMASKA RADO

PREDNOSTI MAGISTRALNEGA ORDINIRANJA ZDRAVIL

Govoriti o koristi magistralnega ordiniranja zdravil moremo šele po predhodnem razmotrivanju raznih oblik zdravil.

Zdravila imamo oficinalna, neoficinalna, magistralna in specialitete.

Vsa zdravila oziroma preparati, ki jih našteva in opisuje farmakopeja, so oficinalna, dočim so neoficinalna ona, ki niso v farmakopeji.

Magistralna zdravila so tista, ki jih kombinira sam zdravnik, a sestavljena so iz več oficinalnih ali neoficinalnih zdravil. Taka zdravila mešamo oziroma izdelujemo vedno sveža v lekarni.

Osnova magistralnega ordiniranja so potemtakem oficinalni in neoficinalni preparati, ki morejo biti navadne kemične spojine organskega ali

anorganskega izvora, n. pr. Zincum oxydatum, Acidum acetylsalicylicum, Acidum phenylchinolincarbonicum (atofan), Acidum phenilaethylbarbituricum (luminal) itd. Nadalje morejo biti droge, ki so enostavna zdravila rudninskega, rastlinskega ali živalskega izvora, n. pr. Talcum, Folium Digitalis, Oleum Jecoris Aselli, Lanolinum itd. Končno morejo biti farmacevtski galenski preparati, ki jih izdelujejo iz kemičnih spojin ali drog, n. pr. Tinctura Ferri aromatica, Tinctura Chinae composita, Unguentum Argenti colloidalis itd.

Osnova magistralnega receptiranja je torej v glavnem zbrana v farmakopeji. Farmakopeja je zakon, v katerem so zbrani predpisi, ki opisujejo in določajo, kako se izdelujejo posamezna zdravila, kakšna so njihova svojstva, kako se primerno hranijo, preizkušajo na identiteto in čistoto ter kako se najbolje izdajajo. Farmakopeja je torej ravno tako važna za zdravnika kot za lekarnarja in bi moral njene glavne določbe poznati vsak zdravnik.

Povsem drugo obliko zdravila predstavljajo specialitete. To so zdravila za takojšnjo uporabo, ki so v prometu v izgotovljeni obliki in jih lekarnar pod normalnimi okolnostmi ne more sam izdelovati niti ne odgovarja za njihovo kvaliteto in svežost. Takih zdravil ne morejo niti zdravniki pri ordiniranju niti lekarnarji pri izdajanju bodisi kvalitativno bodisi kvantitativno spreminjati. Povdaril sem, da so to zdravila v že izgotovljeni obliki za uporabo, zato, ker bi sicer kdo mogel tudi recimo solno kislino ali acetilsalicilno kislino smatrati kot specialiteto, ker tudi teh preparatov lekarnar pod normalnimi okolnostmi ne more sam izdelovati v lekarni.

Vprašati se moramo, ali so specialitete sploh potrebne. Že sama definicija teh zdravil nam kaže, da so brezpogojno potrebna; saj je vendar precej takih zdravil, ki jih ne moremo izdelati v lekarni v gotovi obliki. Takaka zdravila so torej upravičena in nenadomestljiva, če so tudi klinično preizkušena in terapevtsko potrebna in si sodobnega zdravljenja brez njih ne moremo predstavljati. Vendar je takih specialitet, ki jih lahko imenujemo elitne specialitete, zelo malo in jih po večini izdelujejo samo solidna velika podjetja, ki imajo dobro urejene laboratorije in prvovrstne strokovnjake kot sodelavce. Tem tvrdkam se zahvaljujemo še za marsikatero novost v terapiji, kakršne so prej navadno iznašli samo na klinikah. Naj omenim n. pr. tvrdke Knoll, Ciba in podobne. Take tvrdke izdelujejo nekaj preparatov, ki jih ne priporočajo v dnevnem časopisju, temveč samo v strokovnem. Mislim pa, da bi nekatere od takih elitnih specialitet morale najti mesto v farmakopeji. Tako n. pr. vsi vitamini, ki jih sintetsko izdelujejo, kot n. pr. askorbinska kislina, ali ki jih v čistem stanju uporabljajo. Nadalje n. pr. kemoterapeutikum prontosil, ki ga izdelujejo že pod nazivi streptazol, rubiazol itd. ter ga tudi že kombinirajo s kininom in z ostalimi zdravili, prirejajo iz njega mazila, torej ga takorekoč industrija magistravno uporablja.

Na žalost navaja naš pravilnik o zdravilih še tip specialnih preparatov in sicer zdravila s specialnim zaščitenim nazivom. To so navadne kombinacije posameznih kemikalij, drog ali galenskih preparatov, ki jih more kombinirati vsak zdravnik in izdelati vsak lekarnar. Značilno je zanje, da so fiksno kombinirane, zunanje stalno opremljene in da imajo kak poseben, redno fantastičen naziv. Iz sestavine takih preparatov opazimo takoj, da so to navadne zmesi, ki jih zdravniki sicer pišejo v navadni magistralni, oziroma oficinalni obliki. Poudarjam, da je mnogo specialnih preparatov, ki so danes pri nas v prometu in se v veliki meri predpisujejo, prav iz področja teh zdravil s specialnim zaščitenim nazivom, da

so pa navadne imitacije že znanih in stalno rabljenih formul, ki jih najdemo po farmakopejah in vseh mogočih preskripcijah. Oglašanje, da so taka sredstva nekaj novega in posebnega, je torej brez vsake znanstvene podlage. Taki preparati navadno zelo hitro izginejo iz prometa in jih kmalu zopet nadomestijo kaki drugi rešilni preparati. Zanimiva je ugotovitev, da sicer zdravniki vsako iniciativo lekarnarjev sprejmejo z neko skeptiko, se pa vendar zelo hitro vdajo propagandi takih nepotrebnih preparatov, ki jih ravno lekarnarji spravljajo največ v promet, bodisi sami, ali posredno po tvrdkah, v katerih imajo sami glavni delež in glavno besedo.

Odkločno odklanjam borbo zoper prave ali — kakor sem jih imenoval — elitne specialitete; to bi bilo neresno in zastarelo. Borba velja samo takim preparatom, ki jih moremo popolnoma, ali celo boljše zamenjati z magistralno izdelanimi zdravili, zlasti če so magistralne oblike cenejše. Če bi bila magistralna oblika ob istem učinku dražja, bi borba ne bila upravičena s splošnega stališča. Lekarnarji naj torej poskrbe ob sodelovanju oblasti, da bodo take oblike v vseh primerih cenejše. V podkrepitev tega naj omenim poslovanje SUZOR-ja, ki je močna bolniška ustanova in ima odlično organiziran posvetovalni zdravniško-lekarniški aparat. SUZOR se ne bori zoper prave in potrebne specialitete, temveč samo zoper tiste, ki so napota resni terapiji. To pa zato, ker ve, da resne in potrebne specialitete pospešujejo zdravljenje njegovih bolnih članov, dočim ostale „specialitete“ dobi ceneje v magistralni obliki. Gotovo pa ne moremo domnevati, da bi se SUZOR-ju to izplačilo, če bi bili njegovi člani dalj časa bolni.

Velika industrija bo vsekakor uničila obrt pri izdelavi enakovrednega blaga. Ravno tako bo farmacevtska industrija izpodrinila izdelovalca zdravil na drobno, lekarnarja, pri izdelavi zdravil, ki jih ona lahko izdelava enaki vrednosti. Naglasil sem pa samo pri enakovrednem blagu! Napačno je, da farmacevtska industrija izdeluje blago, ki kot tako mora ostati v rokah izdelovalca na drobno, lekarnarja. Industrija nima te naloge! Zato tudi nikoli ne bo farmacevtska industrija uničila magistralne recepture, temveč bo le odvzela lekarnarju neke posle, ki mu ob današnjem stanju industrije ne pripadajo več. Načrtna sanitetna politika naj uredi odnos med farmacevtsko industrijo in lekarnarjem.

Ko smó že omenili oblike zdravil, naj omenimo še pojem recepta. Recept je pismeni nalog, ki ga izdaja zdravnik lekarnarju, da bi naj po njem izdelal zdravilo in izdal bolniku. Recept je substrat zdravnikovega strokovnega znanja in določa zdravilo, ki bo po njegovem strokovnem znanju uspešno učinkovalo zoper določene simptome bolezni, zoper sam vzrok bolezni, ali pa sploh preprečilo izbruh bolezni, torej uspešno učinkovalo v bolnikovem zdravstvenem stanju, ki ga je strokovno ugotovil. Recepta kot izkaza zdravnikovega umskega dela, ki vsebuje hkrati postavitev diagnoze in terapijo, lekarnar ne sme spreminjati. Vendar se pa mora lekarnar prepričati, če ni zdravnik mogoče pomotoma prekoračil maksimalne doze, ali pa sestavil zmes, ki je inkompatibilna itd. Tudi takih napak ne sme lekarnar sam spreminjati, temveč mora o njih obvestiti zdravnika. Le če bi lekarnar ne dosegel zdravnika, je dolžan sam popraviti očitne napake. Kako naj se zdravilo pravilno izdelava in primerno shrani, to spada v lekarnarjevo stroko. Recept je torej skupna zadeva zdravnika in lekarnarja in v izdelku je izražena zmožnost enega in drugega.

Če upoštevamo sedaj omenjene značilnosti recepta, namreč, da je recept izkaz zdravnikove strokovne sposobnosti v postavljanju diagnoze in

Specifična terapija vegetativnih nevroz

Simpatikotonija

Tahikardija
Migrena
Urtikarija
Hipermenoreja

GYNERGEN

Vagotonija

Angina pectoris
Krize radi strahu
Epilepsija
Spazme
Hiperemija
Dismenoreja

BELLADENAL

Amfotonija

Labiliteta vegetativnega
živčnega sistema
Vazonevroze
Basedow
Nočno znojenje
Nevroze v klimakteriju

BELLERGAL

CHEMISCHE FABRIK VORM. SANDOZ - BASEL (SCHWEIZ).

ANALEPTIKUM
EKSPEKTORANS

CALCIO-CORAMIN

(Di-piridin- β -karbonska kislina dietilamid-Kalciumrodanid)

„CIBA“

Tablete po 0,4 gr za oralno uporabo pri

BRONHITIDAH
BRONHOPNEUMONIJAH
PLJUČNIH EDEMIH

KATARIH VSLED STAZE
EMFIZEMIH
PLJUČNIH ABSCESIH itd.

Cevke po 20 komadov à 0,4 gr

Ojačeni ekspektorativni učinek in stimulant krvotoka in dihanja

GESELLSCHAFT FÜR CHEMISCHE INDUSTRIE IN BASEL



ZASTOPNIK ZA JUGOSLAVIJO:

Mr. Ph. Vladimir Jelovac, Beograd, Kr. Milutina 56

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, protina, kamnov in notranjih žlez

Sezona se prične s 1. majem

Bolnikom vedno priporočajte

RADENSKE PRIRODNE MINERALNE VODE

Mineralna voda ad usum proprium gratis Z RDEČIMI SRCI
Prospekte, brošure gratis!

CHEMOLABOR

LJUBLJANA, MIKLOŠIČEVA 17
V BLIŽINI KOLODVORA

Opreme za ordinacijske in operacijske sobe,
instrumentarij, aparati vseh vrst, brizgalke,
svila, igle, gumasti predmeti, vata, ovojni
in obvezilni material, mikroskopi itd. itd.

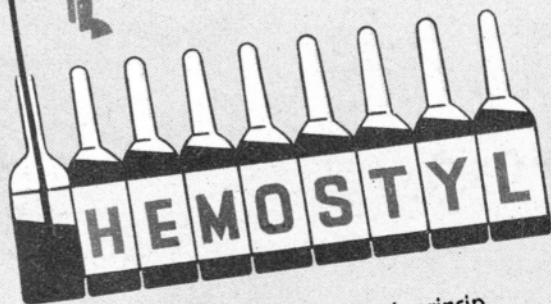
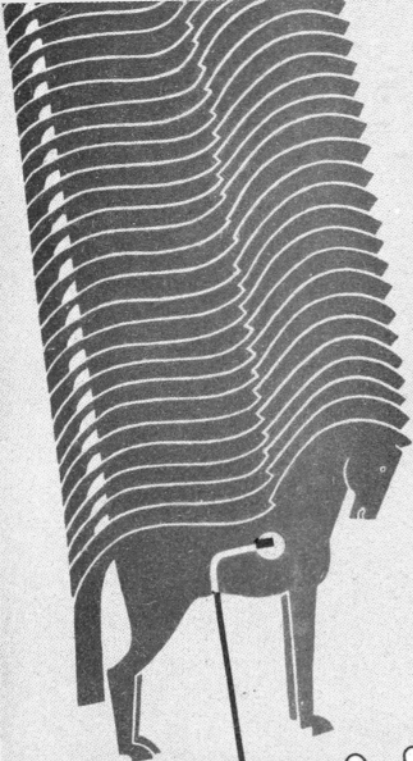
Samo kvalitetno blago

Za rentgenske posnetke uporabljajte samo

GEVAERT Super Rapid Special na modri, nevnetljivi podlagi
GEVAERT dentusfilm na modri podlagi
GEVAERT rentgenpapir PARIX 8 za kontakt
GEVAERT Ridax papir za povečave
GEVAERT Orthobrom

KEMIKALIJE:

GEVAERT rentgen razvijalec v dozah po $4\frac{1}{2}$, 9, $13\frac{1}{2}$ in 18 lit.
GEVAERT rentgen fiksirna sol v dozah po 5, 10 in 20 lit.



1700

konja daje krv, čiji je dejstveni princip
HEMOSTYL Dr. ROUSSEL-a, najaktiv-
niji biološki hemopojetičan i hemostati-
čan preparat

HEMOSTYL

ANEMIJE
ASTENIJE
HEMORAGIJE
PEKONVALESCENCA



AMPULE: Svež hemopoetičen konjski serum. Zjutraj na tešče vzeti eno ampulo v 1/4 čaše zasla-jene vode.
Pri težkih hemoragijah vbrizgati 1-3 ampule podkožno.

SIRUP: Čista hemopoetična kri.
Vzeti eno jedilno ali čajno žlico, po staro-sti, v 1/4 čaše zasjajene vode ali še rajši v mineralni vodi, pred obedom in večerjo.

INSTITUT DE SEROTHERAPIE HEMOPOIETIQUE
97, Rue de Vaugirard — PARIS (6^e)

Glavni depo za Jugoslavijo:

RENÉ DUNOD in KOMP. BEOGRAD, Mil. Gavrilovića ul. 6.

uporabljanju primerne terapije, je jasno, da recepta, ki predpisuje kako specialiteto brez vsake znanstvene podlage, ne moremo smatrati za recept v klasičnem pomenu besede. Pri predpisu takega recepta je zdravnik izpolnil samo prvo nalogo, postavil je diagnozo; drugo, in sicer uporabljanje pravilne terapije, je prepustil industriji, saj je na osnovi diagnoze poiskal v seznamu specialitet nekaj priporočenega in to spisal, ne da bi večkrat sploh vedel, kaj vsebuje ta preparat. Se manj pa more lekarnar pri takem receptu uporabiti svoje strokovno znanje, ker vrši v takem primeru delo navadnega trgovca, preprodajalca. Torej takemu receptu primanjkuje osnovna karakteristika recepta, namreč, da je izraz zdravnikovega osebnega umskega dela.

Prednosti magistralnega ordiniranja zdravil moremo razmotrivati z bolnikovega, zdravnikovega in lekarnarjevega stališča. Razmotrivanju lekarnarjevega stališča — če tudi ni interesantno za bralce Zdravniškega vestnika — naj posvetim par besed. V splošnem mislijo, da so lekarnarji zoper specialitete zato, ker se pri njih premalo zasluži. To mnenje ni pravilno. Če upoštevamo dejstvo, da je danes velik odstotek prebivalstva zavarovan pri raznih bolniških ustanovah; če nadalje upoštevamo, da lekarnarji na magistralno prirejena zdravila dajejo ustanovam popust od 25 do 34%, dočim na specialitete nič ali največ 10%, potem moramo uvideti, da je lekarnarju vseeno glede finančnega efekta, če izda specialiteto, ali pa magistralno predpisano zdravilo, zlasti če povrh tega še pomislimo, da so specialitete povečini drage, torej bruto-promet velik. Važnejši motiv so lekarnarjeve antipatije do specialitet. Prvič so specialitete nesimpatičen balast lekarne, ker postanejo hitro nemoderne. Zdravnik zapiše to ali ono specialiteto parkrat, potem nastane premor v propagandi tega preparata, zdravnik ni opazil posebnih rezultatov in pozabi nanj. Spet poudarjam, da so izvzete maloštevilne elitne specialitete. Kateri zdravnik se danes še spomni, da so pred kratkim zelo radi uporabljali recimo *Pilulae Sanguinal Krewel*, *Sorisin*, *Tinctura Athaenstaed* itd.? Toda mnogo lekarn jih ima še na zalogi. Nasprotno amidopirin, kinin, sirup kaličevega sulfoguajakolata itd. danes ravno tako uporabljajo, kot so jih uporabljali pred dvajsetimi leti. Tega se zavedajo tudi posamezne tvrdke in dajejo v promet vedno nove in nove preparate, dočim stari počasi prenehavajo. Drugi, še važejši vzrok, zakaj so specialitete nesimpatične lekarnarju, je ta, da je lekarnarjeva strokovna sposobnost pri poslovanju s specialitetami brezpotrebna. Lekarnar ne preizkuša specialitet kvalitativno niti jih ne spreminja pri oddaji. Prodaja jih v nespremenjeni obliki, postal je navaden preprodajalec. Če bi se razmere z isto hitrostjo dalje razvijale kot do sedaj, bi lekarnarjeva oprema, reagenčni pribor itd. postala povsem nepotrebna in lekarnarji bi postali lastniki avtomatov, kjer bi se že za vsako bolezen moglo dobiti gotovo zdravilo; ali pa bi oddajo zdravil prevzeli spet zdravniki sami in bi se poslovanje zdravnin zedinilo zopet s poslovanjem lekarnarja kot pred stoletji, dokler ne bi industrija tudi njih izpodrinila in prevzela take avtomate v svoje roke. Lekarnarjeva borba zoper specialitete torej ni materialnega značaja, temveč načelnega, ker razmah specialitet ogroža samo upravičenost lekarn kot takih.

Prednost magistralnega receptiranja v korist bolnikov je vsestransko utemeljena, zlasti pa z nacionalno-ekonomskega stališča. Ekonomske prednosti so jasne. Če proizvajalec nekega preparata, ki ne spada med one maloštevilne elitne preparate, hoče ta preparat vpeljati, mora zanj delati neverjetno reklamo. V ta namen pošilja k zdravnikom tako zvane znanstvene zastopnike, nadalje razširja ogromno reklamnega materiala, ki ga

tudi radi imenujejo znanstveno literaturo; nadalje pošilja razna darila zdravnikom in lekarnarjem in končno ga stalno oglašuje po strokovnih in dnevnih časopisih. Stroški za to reklamo znašajo gotovo več kot za sam preparat in jih plačajo seveda sami konzumenti bolniki. O resnici tega se prepriča vsak zdravnik, če razmotri specialiteto in magistravno takso.

Večkrat čujemo pripombe, da so zdravila pri nas draga. Za specialitete moremo brezpogojno trditi, da so relativno drage, toda magistravno ordinirana zdravila so pri nas, zlasti za bolniške ustanove, poceni in sicer veliko bolj poceni, kot n. pr. v Avstriji, kjer je sicer zdravstvo precej socializirano. Tako n. pr. dobi SUZOR, železniška blagajna in slične ustanove recimo 10 g Extractum Secalis cornuti fluidum za din 9,50. Odgovarjajoče specialitete stanejo od 20 do 30 din. 200 g Sirupus Kalii sulfoguaiacolicum dobi za din 14,-. Odgovarjajoče specialitete stanejo najmanj cca 29,- din. 200 g Sirupus Creosoti lactici dobi za din 15,-. Odgovarjajoče specialitete stanejo cca din 36,-. Naj omenim še, da dobi 100 g Sal thermarum za din 4,-, 200 g Oleum Jecori Aselli za din 9,50; 200 g Infusum digitalis za din 14,-; 10 praškov Albuminum tannicum po 0,5 g za din 3,50; 30 g Unguentum Zinci oxydati za din 7,- itd.; tako se more vsak pesimist prepričati, da magistravna zdravila pri nas niso draga. Gotovo bi se prijeli za glavo, če bi kak statistik zračunal, koliko se dnevno nepotrebno izmeče denarja, ker se uporabljajo nepotrebne specialitete. Pa ne samo, da ta denar zapravljajo posamezniki, temveč je to indirektna škoda za vso državo, ker je znano, da uvoz zdravilnih specialitet iz nekaterih držav predstavlja znano postavko v naši uvozni politiki. V tem oziru bi se mogli ravnati po načrtnem zdravstvenem gospodarstvu, ki ga vodi sodobna Nemčija. Ta je ena od držav z najmočnejšo farmacevtsko industrijo in vendar se v njej uporablja manj specialitet kot pri nas.

Zanimiva je statistika, ki jo je sestavil pisec tega članka. Ena od bolniških ustanov, v katere recepturo ima pisec natančen vpogled, je iz finančnih vzrokov poskušala zmanjšati izdatke za zdravila; v ta namen je nabavila nekatere specialne preparate naravnost od veldrogerij in jih je v ambulantah delila svojim članom. V protipostavnost takega poslovanja se pisec ne vtika, zanima ga samo finančna stran. Za eno steklenico gotovega preparata, ki vsebuje natančno 150 g Sirupus Kalii sulfoguaiacolicum, seveda pod zaščitenim nazivom, je plačala ta ustanova din 18,50. 200 g tega preparata stane potemtakem din 24,66 ($150\text{ g}=18,50$; $200\text{ g}=X$; $X=24,66$). V magistralni obliki pa dobi ta ustanova 200 g tega sirupa in sicer po postavni poti v lekarnah za din 14,-. Koliko je takšnih steklenic razdeljenih po ambulantah, ne vemo, gotovo pa je ustanova pri vsaki steklenici učinkovito doplačala din 10,66. Pa to ni glavno! S takim izdajanjem so se namreč zdravniki privadili na ta preparat in ga začeli na veliko ordinirati tudi na recepte. Ta preparat, ki smo omenili, da vsebuje 150 g sirupa, stane ustanovo v lekarni din 26,10. 200 g jo stane potemtakem v lekarni din 34,80 ($150\text{ g}=26,10$; $200\text{ g}=x$; $x=34,80$). V lekarni pa jo stane ista količina tega sirupa v magistralni obliki —kakor smo omenili— samo din 14,-. Pri vsakem takem receptu je ta ustanova nadoplachala din 20,80. Pri pregledu receptov je pisec pri vsakem takem, ki vsebuje ta preparat, naredil na posebnem papirju črtico. Po preteku dveh mesecev leta 1937. je pisec preštel te črtice in dobil število 736. Ustanova je torej v teh dveh mesecih dobesedno proč vrgla din 15.308,80. To je statistika enega preparata v teku 60 dni. Koliko takih preparatov in dni pa je?!

Se en moment je zelo važen za prednost magistralnega receptiranja: potrebno je razmotriti življensko pot specialitete, zlasti n. pr. kake raz-

topine, ekstrakta, mazila, emulzije itd. Tak preparat izdelajo recimo v neki tovarni v inozemstvu; preparat gotovo čaka kak mesec dni v tovarni, preden ga naroči zastopnik iz Jugoslavije. Pri zastopniku gotovo leži nekaj časa, preden ga naroči veletrgovalnica. Tudi pri veletrgovalnici čaka nekaj časa preden prispe v lekarno, kjer zopet čaka, dokler ga končno ne dobi bolnik. Kakor vidimo, je življenska pot tudi tistih preparatov, ki jih veliko predpisujejo, precej dolga, da ne govorimo o preparatih, ki jih malo rabijo. Drugo je vprašanje, ali so taki preparati povsod in vedno primerno shranjeni, n. pr. na hladnem in suhem mestu, kajti poudariti moramo, da se od vseh teh postaj, katere prehodi tak preparat, strokovno pregledajo samo lekarne. Tovarne, zastopniki in veletrgovalnice ne spadajo pod redno nadzorstvo sanitetnih oblasti. Računati moramo tudi s tem, da je marsikateri takih preparatov kompliciran sestav zelo nežnih organskih teles, na katere učinkujejo pogubno razni fizični in kemični činitelji, kot so temperatura, vlaga, razni fermenti itd. Če upoštevamo vse te momente, potem se upravičeno vprašamo, ali vedno dobi bolnik ono zdravilo, ki mu ga je zdravnik namenil. Pri nas se žal zelo malo bavijo s preiskovanjem zdravilnih specialitet. V Nemčiji nekatere, zlasti državne lekarne, stalno kontrolirajo specialitete in rezultati niso ravno zadovoljivi. Povsem drugo je pri magistralsko predpisanim zdravilom, ki ga prireja lekarnar ex tempore, torej je sveže in se dela iz zdravil, ki se strokovno vsako leto pregleda, tako da je malo verjetno, da bi se našlo v lekarni staro, ali po kakovosti slabo zdravilo, bodisi kemikalija, droga ali galenski preparat.

Preostane nam samo še pregledati prednosti magistralskega predpisovanja zdravnika samega. Slišal sem večkrat, da imajo nekateri zdravniki večje zaupanje do specialitet in da so trdno prepričani, če ordinirajo specialiteto, da bolnik dobi stvarno ono zdravilo, ki so mu ga namenili, dočim pri magistralsko ordiniranem zdravilu ne morejo biti o tem vedno prepričani. Z drugimi besedami: lekarnar je bolj dostopen nekorektnemu poslovanju kot proizvajalci specialitet. Kako so prišli do takega mnenja? Zato, ker se magistralska zdravila kontrolirajo in se nekorektnosti laže opazijo, dočim se specialitete sploh ne kontrolirajo in je skoro nemogoče izslediti morebitne napake. Trdno sem prepričan, da je to mnenje popolnoma napačno in sicer ravno radi tega, ker je, kakor sem omenil, kontrola magistralskih zdravil velika, dočim kontrole specialitet sploh ni. Na žalost moramo priznati, da se najdejo lekarnarji, ki ne poslušajo vedno korektno. Toda v katerem stanu ne najdemo takih posameznikov? Ali jih ni mogoče tudi v zdravniškem stanu? Presojati celoto po takih posameznikih je gotovo nelogično in nepravilno. Napake so vključ vsemu manj verjetne pri magistralski recepturi, ker taka zdravila izdeluje strokovnjak, dočim specialitete stroj in tehnično osebje, a strokovnjaki vršijo samo nadzor. Pa tudi če priznamo možnost, da so posamezni lekarnarji dostopni nekorektnemu poslovanju, potem moramo ravno tako računati s to možnostjo tudi pri proizvajalcih specialitet, saj so — kakor smo že omenili — po večini zopet lekarnarji proizvajalci specialitet, ali neposredno, ali pa posredno. Prepričan sem, da more zdravnik v splošnem biti ravno pri magistralskem zdravilu prepričan, da je bolnik dobil dobro zdravilo.

Druga in najvažnejša, v veliko primerih pogubna posledica razširjanja specialitet je, da hodijo bolniki sedaj manj kot kdaj prej k zdravniku. Večina tistih, ki nimajo kot člani raznih bolniških ustanov zdravniške pomoči zastoj, si poskušajo najprej pomagati z raznimi preparati, bodisi po priporočilu drugih bolnikov, bodisi po priporočilu reklamnega materiala, ali po oglasih v dnevnikih itd. Večkrat vidimo v lekarnah, da ljudje pri-

hajajo s steklenicami v lekarno in prosijo, naj se jim izda tako zdravilo, ker so brali, da zelo dobro učinkuje za to ali pa ono bolezen, ali pa, da se je s tem zdravilom ozdravila ta ali pa ona oseba. Da je to večkrat usodno za bolnika, je jasno, ker se lahko zamudi pravočasna zdravniška pomoč. Ta pojav je torej splošnega pomena za ljudsko zdravje. Da pa je tudi škodljiv za moralno in materialno poslovanje zdravnika, je samo po sebi umevno, zakaj zelo veliko število bolnikov vendar pri zdravljenju prezre prvenstveno važnega činitelja v zdravstvu, namreč zdravnika.

Nič manj važna prednost magistralnega ordiniranja zdravila za zdravnika je tudi v dejstvu, da je vendar strogo individualna terapija mogoča le z magistralnim kombiniranjem zdravil. Vzemimo kot primer Kardiazol-kininaste perle. Te vsebujejo 0,05 g kardiazola in 0,1 g kinina. To razmerje je zdravniku nemogoče spreminjati. Vendar zdravnik gotovo najde v praksi primer, da zadostuje kardiazolova komponenta v dozi 0,05 g, toda kininova komponenta je premajhna. Če bo zdravnik hotel povečati kininovo komponento in bo bolniku naročil, naj vzame namesto ene tablete dve ali tri, bo bolnik po nepotrebem, ali celo v svojo škodo užival tudi trikratno dozo kardiazola. Ta nedostatek odpade seveda v magistralni recepturi, ker tam zapiše zdravnik dozo, kot jo sam smatra za primerno.

Zanimivo je, da tudi bolnik, če pride k zdravniku, želi, da se z njim individualno postopa. Želi si zdravilo, ki je samo zanj in za takratno njegovo bolezen sestavljeno. Zahteve tako zvane boljše publike, da se ji naj zapiše draga in moderna specialiteta, moremo smatrati za snobizem, ki je tuj širokim masam. Dokaz, kako si bolnik želi individualnega postopka, je splošno razširjena verzija proti bolniškim ustanovam, kjer bolnik — mogoče tudi po krivem — čuti neki kolektivizem v zdravljenju. Da pa bolniki znajo ceniti individualni značaj magistralnega zdravila, vidimo po dejstvu, da se redko zgodi, da bo bolnik posodil drugemu svoj recept, ki je magistravno sestavljen. Če se vendar kaj takega zgodi, potem je gotovo kako indiferentno sredstvo, recimo kaki praški za glavobol ali kako sredstvo za kašelj itd. Vidimo torej jasno, da smatra bolnik dotično magistravno zdravilo, ki ga je lekarnar priredil za njega samega po zdravnikovem predpisu, kot zdravilo, ki je samo zanj izdelano in drugemu ne bo pomagalo. Nasprotno, kakor smo že omenili, je izposojevanje specialitet reden in vsakdanji pojav. Mogoče si bo kdo mislil, da je vseeno, kar misli bolnik, a glavno je, da zdravnik uporabi pravilno sredstvo. To je deloma gotovo pravilno, vendar mi ni potrebno povdarjati, da imajo individualni in sugestivni momenti pri neposrednem ali posrednem poteku marsikateri bolezni precej velik pomen. Naj to podkrepim s primerom, ki se večkrat zgodi v praksi. Bolnik pride v lekarno z zdravniškim receptom, na katerem je zdravnik zapisal kako specialiteto, in prosi, naj mu lekarnar izda to zdravilo. Ko dobi to zdravilo, ga bolnik razočarano zavrne z objasnitvijo, da je ta preparat že sam kupil in dalj časa uporabljal, da pa mu ni pomagalo. Ugled zdravnika je v takem primeru pri bolniku brezpogojno padel.

Končno se moremo vprašati, kaj je potrebno zdravniku znati, da more racionalno in smiselno magistravno receptirati? Predvsem je potrebno poznati učinek posameznih zdravil na organizem, kakor tudi iz česa sestoje posamezni preparati, ki jih magistravno ordiniramo. Dober zdravnik mora torej brezpogojno podrobno poznati farmakologijo in če je na univerzi to zamudil, mora v praksi zamujeno nadomestiti. Vse ostale fineše, ki so potrebne za smiselno magistravno ordiniranje zdravil, kot so terapevtske in maksimalne doze za odrasle in otroke, pravilno sestavljanje in kombi-



Solu-Salvarsan

injiciran intramuskularno

garantira pojačano spirohetocidno delovanje.

Raztopina je stabilna in pripravljena za uporabo, izvrstno se prenaša, more se injicirati tudi intravenozno ter je radi tega Solu-Salvarsan univerzalen antiluetikum.

Kontrolira se s strani države kemijsko, biološko in klinično ravno tako kakor Neo-salvarsan.

Pedeset let



ZDRAVIL

ORIGINALNI OMOTI:

1 oz. 10 ampul po 1, 2, 3, 4, 5 in 6 ccm

Omoti za otroke:

1 oz. 10 ampul po 0.5 in 1.5 ccm

Pri vsaki

streptokokni infekciji

terapevtsko in profilaktično

Prontosil

„Grand Prix“ svetovna razstava Paris 1937.

Deluje tudi pri infekcijah s stafilokoki
in koli-bakcili.

Važen preparat pri
erizipelu, angini, sepsi post
partum, septičnem abortu, in-
fektnih artritidah, cistitidah,
pijelitidah.

ORIGINALNI OMOTI:

Prontosil tablete:

cevčica z 10 in 20 tablet po 0.3 g

Prontosil solubile:

škatlja s 5 ampulami po 5 ccm

Prontosil album:

cevčice z 20 tablet po 0.3 g

Pedeset let



ZDRAVIL

»Bayer«

Leverkusen a. Rh.

Zastopstvo za Jugoslavijo:

„JUGEFA“ K. D.
BEOGRAD — ZAGREB

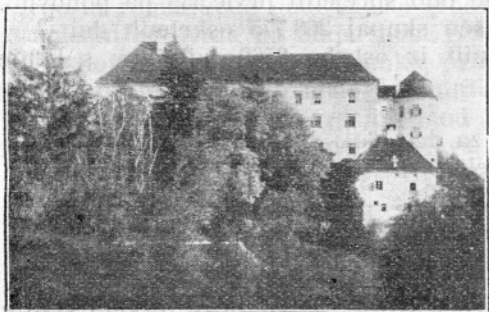
niranje recepta, samo pisanje recepta itd., kar seveda mlad zdravnik ne more v začetku prakse vse držati v glavi, se najde v raznih priročnikih.

Razen poznavanja farmakologije je potrebno še malo temeljnega poznavanja kemije in seveda uporabljanje tega znanja v praksi. Tako je treba paziti na osnovne napake in ne pisati v eno in isto zdravilo kislino in lužino hkrati, ker se bosta nevtralizirali in se s tem učinek spremeni. Mnenja smo, da se zdravniki splošno premalo učijo kemije in se je premalo praktično vežbajo na univerzi, glede na vlogo, ki jo ima kemija v modernem zdravljenju.

Če bi zdravniki nehali ordinirati samo del nepotrebnih specialitet, bi jih že veliko izginilo iz prometa. Posledice tega pa bi bile ugodne za državo kot tako, ki bi precej prihranila na tujih devizah; za posamezne bolnike, bolnice in bolniške ustanove, ki bi dobili večkrat boljša zdravila za manj denarja, pa končno tudi za zdravnike, ki bi brezpogojno bolj sodelovali pri zdravljenju, nego danes sodelujejo.

Dr. R. NEUBAUER — GOLNIK

15-LETNICA ZDRAVILIŠČA RUSKEGA RDEČEGA KRIŽA NA VURBERGU



Ko se pelješ — po cesti ali po železnici — iz Slovenske Bistrice proti Mariboru, zagledaš ob lepih dnevih na enemu od gričev, ki spremljajo Dravo od Maribora proti Ptuj, ponosen grad, ki kraljuje nad zelenimi višavami svoje okolice, resen in strog kakor srednjeveška trdnjava kar v resnici tudi je, saj je bil ustanovljen že v 11. veku. Nihče pa ne bi slutil, da se je v tem

gradu razvila prava trdnjava proti jetiki, zdravilišče, ki se — dasi najmanjše po številu postelj — uvršča z vso pravico med prve zavode te vrste v naši državi.

Bilo je končani svetovni vojni, ki se ji je kot tragedija brez primere v zgodovini priključila emigracija deset- in stotisočev najboljših sinov ruskega naroda, ki so skušali ob strani Vrangla rešiti svojo domovino iz bolševiškega kaosa in so se po polomu vseh svojih nad razsuli menda čez cel svet. V nasledstvu bede, ki je ruske emigrante čakala na vsakem koraku, kot posledica nadčloveških naporov v borbah in na begu, je — naravno — tudi jetika žela s polnimi rokami. Tedaj so zastopniki Ruskega rdečega križa, na čelu njegov predsednik poslanik Vasilij Strandman, sklenili, pomagati tem največjim revežem z ustanovitvijo svojega lastnega zavoda, kar je omogočil grof Herberstein, ki jim je v ta namen po zelo ugodnih pogojih prepustil krasni grad Vurberg.

Pod vodstvom šefzdravnika dr. Boleslava Okolokulaka, ki še danes vodi zavod z nezmanjšano energijo in požrtvovalnostjo ter s čimdalje večjim uspehom, je zdravilišče začelo svoje človekoljubno delo leta 1923, torej

kot ena prvih ustanov svoje vrste v naši državi. Že koncem istega leta so na Vurbergu sprejeli prvega Jugoslovana. Od tedaj naprej se število teh znatno množi in v zadnjih letih postaja zavod čimdalje važnejši činitelj za zatiranje jetike v Sloveniji s posebnim ozirom na svojo ožjo okolico. Vkljub ogromnim težkočam, predvsem gmotnega značaja, je Vurberg otvoril svoja vrata siromašnim jetičnim bolnikom ptujskega okraja, katerih ima vedno po enega ali dva brezplačno poleg 5 postelj z znižano oskrbnino. Tudi banska uprava v zadnjih letih rada pošilja svoje bolnike v ta sanatorij. In kateri od naših zavodov se lahko ponaša s tem, da so zdravniki in uradniki ob smrti blagopokojnega kralja Aleksandra sklenili, da bodo na svoje stroške vzdrževali eno brezplačno posteljo v večem spomin kralju Ujedinitelju?

Treba je poznati vse težkoče, s katerimi se je moralo vodstvo zavoda boriti v letih krize, ko so se od dneva do dneva bali, da bodo morali ustaviti obrat; ko ni bilo prav nobene pomoči od nikoder, ko so bile vse prošnje in intervencije pri ministrstvih zastoj. Treba je vedeti za vse napore, slične naporom moštva potapljaajoče se ladje, ki se pod neustrahšenim vodstvom svojega kapitana bori z vsemi silami — in učaka vendar dan, ko se valovi zgledijo in zopet zasije sonce. Šele potem je mogoče presoditi delo in uspehe, ki jih izražajo navidez suhoparne številke, ki jih posnemamo iz slavnostnega govora dr. Okolokulaka.

2618 bolnikov je bilo sprejetih v teku teh 15 let, od njih 1817 ruskih emigrantov, 780 Jugoslovani in 21 drugih (Poljakov, Rumunov, Grkov, Bolgarov in Italjanov). 2079 bolnikov je bilo sprejetih prvič, 539 pa ponovno.

Ti bolniki so prebivali v zdravilišču skupaj 268.775 oskrbnih dni.

V teh 15. letih je bilo odpuščenih iz oskrbe 2569 bolnikov s temle uspehom zdravljenja.

klinično zdravih in sposobnih za delo	984 ali	38,3 %
izboljšanih in sposobnih za delo	1200 „	46,7 %
premeščenih v druge zavode	130 „	5,1 %
nespremenjenih	160 „	6,2 %
umrlih	95 „	3,7 %

Razumljivo je, da so se ti uspehi pri skoraj vedno prav težkem stanju sprejetih bolnikov dali doseči samo z uporabo vse sodobne terapije pljučne tuberkuloze, seveda poleg preizkušenega higiensko-dietetičnega zdravljenja. Kako skuša zavod uveljaviti vsa sredstva za zdravljenje pljučne jetike, izhaja n. pr. iz dejstva, da so prvi obojestranski umetni pneumotoraks delali že leta 1923, ko je bilo to zdravljenje še povsod prava redkost. Pa tudi zdravljenje z zlatom so uvedli na Vurbergu že l. 1924, torej takoj po odkritjih Molgarda na Danskem.

Spričo tega številke o terapevtičnem in diagnostičnem delu ne povedo dovolj.

Vkljub temu pa jih hočemo navesti:

Pneumotoraks (vseh insuflacij)	je bilo	2.400
različnih operacij prsnega koša	„ „	366
intravenoznih injekcij	„ „	38.018
intramuskularnih injekcij	„ „	60.638
tuberkulinskih prob	„ „	2.788
rentgenskih pregledov	„ „	3.300
rentgenskih slik	„ „	1.658

laboratorijskih pregledov	„ „	18.806
fizikalna terapija (razne storitve)	„ „	9.548
mavčevih odvez pri kostni tub.	„ „	168

Glede kirurških intervencij, kakor n. pr. operacij preponskega živca, torakoplastike in sl. moramo pohvalno omeniti lepo in koristno sodelovanje zdravilišča s ptujsko bolnico.

Vurberg in njegov šef sta lahko zadovoljna z dosedanjim razvojem. Zdravilišče se je s svojim delom dostojno uvrstilo med ostale protituberkulozne zavode v Jugoslaviji. Njegov ugled raste od leta do leta. Protituberkulozna akcija v naši kraljevini tega zavoda ne more več pogrešati. Zato je upravičeno upanje, da bo zavod na merodajnih mestih našel vedno več razumevanja in podpore, ki mu bosta omogočila nadaljni razvoj v korist žrtev tuberkuloze po starem, lepem geslu Ruskega rdečega križa: „Vozljubiši bližnago tvojego jako sam sebe“.

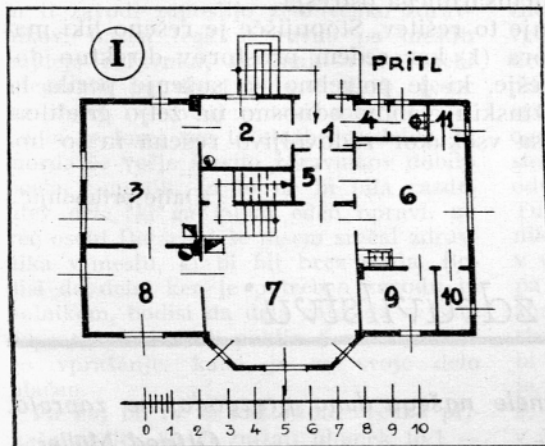
Arh. IVAN ZUPAN — LJUBLJANA

DOM ZDRAVNIKA

Vendar moramo raztegnjeno širino arhitektonsko prilagoditi višini, stavbo spraviti v sklad z okolico, ker ne sme ista nekako bahato ogrožati mirne in romantične podeželske gradbene samoniklosti. Po teh principih je ugledni zdravnik na Štajerskem gradil svoj lastni dom. Ker je tudi zasnova tlorisa v smislu tega članka, prinašamo tlorise v klišeu pod I in Ia ter se hočemo pri njih malo pomuditi.

Geslo: pacijente je strogo ločiti od notranjosti, t. j. od družinskih prostorov. Je to sicer enostavna zadeva, če se ne štedi z denarjem. Kajti, dohod pacientov mora biti pod stalno kontrolo in to združiti ekonomično z gospodinjskim obratom, je gotovo glavna naloga projektanta.

V našem tlorisu je zato pod (1) zasnovan obsežnejši vetrolov, ves v steklu, iz katerega je direktno dostopna čakalnica (2) ter stranišče, ki je opremljeno z dobro ventiliranim predprostorom (4). Kontrola tega vetrolova, ali recimo vhoda za stranke je z lahkoto mogoča iz malega, premikajočega okenca v kuhinji (6), ki kuharici daje možnost, da vsak trenutek pregleda prostor pod (1).



Iz tega vetrolova je šele dostop v faktično predsobo stanovanja (5). Vrata te predsobe morajo biti na varnostni gumb, da morejo vstopiti samo oni, ki posedujejo ključ. Iz tega prostora je šele dostopna kuhinja (6), kletni prostori in glavna dnevna soba, jedilnica, ki je zamišljena v tem tlorisu kot mala hala (7). V tem prostoru je nameščeno stopnišče, ki vodi v zgoraj

nameščene spalnice. To stopnjišče daje jedilnici nekaj dekorativni povdarek in je kombinirano z podestnimi, steklenimi vratmi, ki v zimskih dnevih omogočajo normalno kurjenje dnevne sobe ali pa tudi temperiranje mansardnih prostorov. Tudi stopnjišče je potom steklenih vrat iz kuhinje (6), vedno pod nadzorstvom.

Sobica (8) pa prevzame zelo važno nalogo. Zdravnik se lahko umakne iz ordinacije — neopaženo — na kratek oddih. Tudi preko tega prostora lahko sprejme zelo nujne zadeve, ki bi jih morda pacienti, v splošni čakalnici, iz nerazumevanja, morda drugače komentirali. Skratka, ta zamisel se je izkazala kot pravilna in je za zasnovo zdravnikovega doma bistvenega pomena.

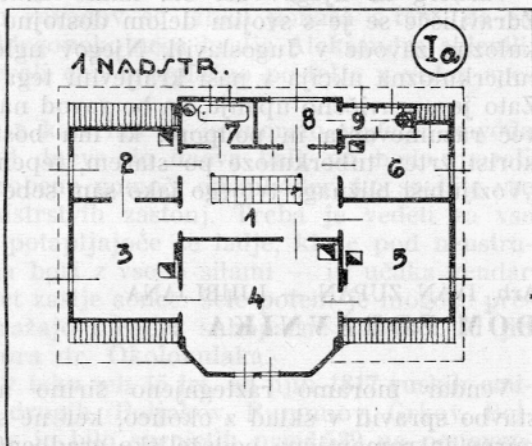
Tloris prilličja nam kaže tudi rešitev kuhinje (6), sobice služkinje (9), shrambe (10). Prostor pod (11) je bil namenjen vodnjaku, ki je izvrševal svojo koristno in priročno nalogo do sedanje vpejlave splošnega vodovoda. Voda vodnjaka pa je, kakor

se izražamo, „mehkejša“ in zato še vedno za pranje perila neprecenljiva.

Ostali posamezni prostori, spalnice itd., so projektirani v mansardi, ker se je morala višinska zgradba prilagoditi okolišu. Vse te sobe pa so popolnoma normalne in se je strešna konstrukcija tej glavni zahtevi morala prilagoditi in človek nima vtisa, da ne stanuje v običajnem I. nadstropju, četudi je — faktično — v okrilju mansardnega ostrešja.

Kliše pod I. a nazorno prikazuje to rešitev. Stopnjišče je rešeno liki malega hotela, da je iz predprostora (1) kar sedem prostorov direktno dostopnih in še v slemensko ostrešje, ki je potrebno za sušenje perila in drugo. Z ozirom na število družinskih članov, odnosno na željo gradilca, je ta rešitev mansardnega tlorisa vsekakor zadovoljivo rešena in jo hočemo še bližje opisati.

(Dalje prihodnjič.)



O zdravnikih in zdravilstvu*

Skrbeti moramo, da se fontanele našega duha prezgodaj ne zaprejo.

Otfried Müller

* Iz „Das Aerztebüchlein“ od W. Klussmann. Založba; G. Thieme — Leipzig.

Dr. ZVONKO SUŠTARŠIĆ — KRŠKO

K O S N U T K U N O V E Z D R A V . U R E D B E

Te dni smo izvedeli po radiju za vsebino osnutka nove zdravniške uredbe. Najvažnejši je oni del, ki govori o nastavitvi mladih zdravnikov v bolnicah: Zdravnik, ki želi dobiti mesto v državni bolnici, mora po končanem stažu najmanj dve leti vršiti prakso na deželi ali pa biti zaposlen v kaki podeželski bolnici, predno more zaprositi za mesto v večji državi.

Mislim, da je uredba v vzročni zvezi s konstatacijo kongresa jugoslovanskih zdravnikov v Novem Sadu. Tam je bilo ugotovljeno: Velika večina zdravnikov v Jugoslaviji je nakopičena po mestih, medtem ko podeželje trpi na pomanjkanju zdravnikov. Kaj storiti, da se to zlo sanira? — Seveda je vprašanje, ali je to res neko zlo, ki ga je potrebno odstraniti. Če je to pri nas tako, v drugih državah pa drugače, s tem še ni rečeno, da to ni prav. Morda naše prilike to zahtevajo. Brez vzroka vsi ti zdravniki ne sede po mestih. Dvomim tudi, da bi bili brez posla. Upoštevati moramo tudi, da so vsi zdravstveni zavodi po mestih in ti zavodi zaposlijo zelo veliko zdravnikov. Razen tega se ravno po mestih najdejo zdravniki, ki imajo v eni osebi združenih po deset in več služb, česar na deželi — vsaj v taki meri — ni. Če bi se torej vse te službe razdelile, bi morda še večje število zdravnikov dobilo posla v mestih. In to ne bi bila razdelitev dela, ki ga lahko eden opravi, na več oseb! Do sedaj še nisem srečal zdravnika v mestu, ki bi bil brez posla. Bodisi da dela, ker je potreben zavodu in bolnikom, bodisi da dela zato, da se sam usposobi za bodoči poklic. Seveda je drugo vprašanje, kako je za svoje delo plačan.

Pa naj bo to že kakorkoli, uredba pri naša rešitev, kako znižati ulomek 10/1 — Prisiliti je treba mlade zdravnike, da gredo na deželo. S tem se bo zmanjšal dotok zdravnikov v mesta in bolnice, dežela pa bo dobila potrebno število zdravnikov. Če bo na deželi dovolj zdravnikov, bo tudi dotok bolnikov v bolnice manjši. Bolnice ne bodo več prena-

polnjene z bolniki, število volonterjev (ki bi jih bilo treba prej ali slej nastaviti) se bo skrčilo in zdravstvene razmere dežele in prebivalstva se bodo zboljšale. Za lajika na prvi pogled enostavna in dobra rešitev.

Ali pa bodo ti zdravniki res tudi sposobni vršiti odgovorno službo praktičnega zdravnika na deželi? Ali se bodo s tem res zboljšale naše zdravstvene razmere? Ali se bo na ta način dvignil nivo našega zdravništva? Ali je s tem rešen socialni problem mladega zdravnika?

Medicinec po končanem studiju ima precej teoretičnega znanja. Toda vse je nekako šolsko, ne zna ga prav uporabiti. Potrebno je, da se to znanje vsede, uredi, da odpade balast in se znanje izpopolni, kjer ga je premalo. Praktično pa mlad zdravnik ne zna takorekoč nič. Da se torej izpopolni v teoretičnem znanju in privadi praktičnemu delu, je potrebno, da dela po končanih studijah dalje časa v bolnicah in institutih pod strokovnim vodstvom. Zakonito je predpisana doba enoletnega staža, predno sme zdravnik vršiti prakso. V dobi enoletnega prakticiranja po vseh oddelkih naj se zdravnik teoretično in praktično izpopolni v vsem, za kar je na univerzi dobil samo ogrodje. Pa recimo, da bi ta doba zadoštovala. Toda 90 odstotkov zdravnikov odsluži devet mesecev staža pri vojakihi. Tu službujejo večinoma kot trupni zdravniki po ambulantah. Le kratko dobo so v vojnih bolnicah. Kot trupni lekari se pa kaj slabo izpopolnjujejo v svojem znanju, saj nimajo niti strokovnega vodstva niti zadostnega števila slučajev, da bi se na materialu izpopolnjevali. Jasno je, da od svoje stroke več pozabijo kakor se pa nauče. Po vojaščini še dva meseca v žensko bolnico in en mesec na higijenski zavod in staža je konec. Zdravnik je po zakonu sposoben, da vrši prakso.

Ali je pa v resnici sposoben? Naj naši mladi zdravniki sami odgovore na to vprašanje. Od vsakoletnega naraščaja gresta komaj eden ali dva na deželo

vršit prakso takoj po končanem stažu. Vsi ostali pa iz lastne inicijative ostanejo po zavodih in bolnicah, da se izpopolnijo. Pa to ne morda radi kakih aspiracij na boljše službe, na specializacijo. Ne, ampak iz enostavnega razloga, ker se ne čutijo sposobne za samostojno delo.

V bolnici mlad zdravnik še nekaj zmore: ima vse pripomočke, delo se vrši slično kakor na kliniki. Čisto drugače pa je, kadar pride na deželo, kjer je navezan sam nase in nima takorekoč nobene pomoči v laboratoriju in drugih pridobitvah moderne medicine. Tu mora biti v klinični diagnostiki res trden, da ga ne polomi.

V svoji vojaški dobi sem sam okusil, kaj se pravi stati ob bolniški postelji, navezan sam nase in na stetoskop poleg par kemikalij za najnujnejše reakcije. Greenhorn tu težko zadovoljivo reši svojo nalogo. Svoje težave sem potožil več kolegom. Zaupali so mi, da so imeli ravno take težave. In to niso bili najslabši študentje.

Se koljčivejši pa je položaj bolnika. Če je zdravnik premalo skrupulozen, ga bo zdravil pri napol ugotovljeni diagnozi — posledice so lahko fatalne. Če pa je vesten, ga bo pa — dostikrat po nepotrebnem — poslal v bolnico. Na ta način bo trpel pacientov žep.

Naše zdravstvene razmere se s prihodom mladih zdravnikov na deželo ne bodo mnogo izboljšale. Prej obratno. Dotok bolnikov v zavode bo še večji: na eni strani zato, ker bodo mladi zdravniki radi svoje neizkušnosti primorani več slučajev pošiljati v bolnice, na drugi strani pa bodo bolniki sami šli raje v zavode, ker ne bodo imeli potrebnega zupanja v mlade zdravnike.

Mimogrede naj omenim, da bi po mojem mnenju bilo samo želeti čim večji dotok bolnikov v zavode. Saj moderna diagnostika in terapija takorekoč zahtevata, da je zdravstvo osredotočeno na zavodih. Le na ta način se je mogoče pri vsakem pacientu poslužiti vseh pridobitev moderne medicine. Velik dotok bolnikov v bolnice je tudi znak kulture naroda, seveda pa deloma tudi znak siromaštva. Pri nas seveda, ko še v danih razmerah primanjkuje zavodov in kreditov za zdravnike, je medicina, socializirana in koncentrirana na zavode, le predmet sanj.

Bolniki torej z na ta način povečanim

številom zdravnikov na deželi niti kar se tiče strokovne nege, niti materialno ne bodo na boljšem. Prav tako pa ne bolnice, oziroma državna uprava, ki jim daje kredite.

Kaj pa zdravniki? Strokovna usposobljenost naših zdravnikov se s tem, da so takorekoč takoj po studiju primorani iti na deželo, prav gotovo ne bo izboljšala. Če pa pada nivo zdravništva, je to v prvi vrsti v škodo naroda in države. Evropske države zato z zakoni, pa tudi z raznimi ugodnostmi za zdravnike skušajo doseči, da ti po končanih studijah čimdalje ostanejo na zavodih, da se čim bolj izpopolnijo v svojem znanju, predno začno vršiti prakso. V Avstriji na pr. mora zdravnik po končanih studijah dve leti službovati v bolnici kot plačan sekundarij, predno sme začeti samostojno prakso. — Pri nas mora rokodelec po položenem pomočniškem izpitu najmanj tri leta delati kot pomočnik, predno more dobiti koncesijo za samostojno obrt. — Zdravnik, ki mu je zaupano zdravje in življenje človeka, pa sme in v bodoče bi celo moral napol pripravljen vršiti posel.

Ali bo z novo uredbo zboljšan socialni položaj zdravništva? Medicinec, ki je morda ob težkih materialnih žrtvah svoje rodbine končal studije, pač težko pričakuje še tako velike materialne podpore od doma kot jo zahteva ureditev ordinacije. Recimo, da se mu posreči dobiti instrumentarij na dolgoročno odplačevanje. Začetnik, ki še ni upeljan, ima itak velike težave predno postane njegova praksa aktivna. Če pa mora pri tem še odplačevati dolgove, je pa to komaj zmogljivo breme. Vso energijo mora trošiti za to. Plača, banovinska, občinska ali kakršno ima, je večjidel zelo skromna, tako da komaj živi svojemu stanu primerno. Pri tem bo težko mogel misliti na izpopolnjevanje v svoji stroki. Na kmetih ni strokovnih bibliotek in predavanj. Zdravnik je navezan na strokovne liste in knjige, ki si jih sam kupi. To je pa drago, za mladega zdravnika predrago. In literatura še daleč ne more doseči tistega, kar živa beseda in strokovno vodstvo pri primerih. Zdravnik, ki se bo po studijah moral najmanj dve leti zakopati nekam na deželo, si kupiti svoj instrumentarij in boriti se z materialnimi težavami, ne bo mogel slediti napredku medicine. Mnogo bo izgubil od

svojega idealizma, ki ga je prinesel z univerze. Strokovno bo nazadoval ali pa vsaj ne mnogo napredoval. Če se mu je končno posrečilo urediti svoj materialni položaj, če ima svojo ordinacijo in klijentelo, ali se bo še potegoval za mesto v bolnici, da se izpopolni v svojem znanju? Čemu mu bodo tam instrumenti, čemu ves trud? In tako se bo zgodilo, da bo mnogo mladih zdravnikov, ki bi lahko mnogo koristili napredku naše medicine, postalo žrtev novega reda.

Uredba predvideva sicer službo na kmetih ali v podeželskih bolnicah. Koliko novih zdravnikov pa letno lahko dobi mesta v podeželskih bolnicah? Večina jih bo le morala na deželo, na samostojno delo.

Z novo uredbo bo prav gotovo padel nivo našega zdravništva in s tem tudi zdravstveno stanje našega naroda. Ali ne bi bilo bolje, da bi vsi mladi zdrav-

niki po končanih studijah določeno dobo morali delati kot plačani sekundarji na zavodih, po preteku te dobe pa morali iz bolnice na deželo? Izjemo bi tvorili asistenti. Seveda bi bilo potrebno, da se financijelno stanje podeželskih zdravnikov popravi. Saj to je najtežje in najodgovornejše delo medicince, če hoče res dobro vršiti dolžnost praktičnega zdravnika na deželi. Potem mislim, da na deželi ne bo več pomanjkanja zdravnikov in naš stan bo napredoval, da bo mogel res vršiti visoko dolžnost, ki jo ima.

Mislim, da je naša dolžnost, predvsem pa dolžnost zdravniških zbornic in strokovnih organizacij, da pravočasno razmotre položaj in ga razlože na merodajnem mestu. Nova uredba bi mogla biti, če bi bila sprejeta, usodna za naš zdravniški naraščaj in s tem za naše zdravstvo sploh.

Iz medicinskih časopisov

PERIODICA

LJEČNICKI VJESNIK

1938, br. 1

Prof. dr. I. Botteri: **O mehanizmu prodora pljučnih ehinokokovih cista u bronhe.** Pri punkciji ehinokokove ciste 9-letne bolnice in naknadnem izpiranju z Rivanolom nastopi naenkrat predor in pacijentka izkašlja Rivanol. Avtor zamišlja mehanizem predora takole: zaradi punkcije popusti napetost v cisti in membrana se naguba. Ranitev membrane je na ta način lahko mogoča in tekočina iztopi potem prav prav lahko skozi zaradi močnega pritiska že itak zelo atrofično pericisto v bronhialni sistem. Predor pri punkciji ni tako redek in zlasti v zasebni ordinaciji prav neprijeten, ker lahko konča letalno.

Dr. E. I. Grin: **Sezonske upale donje usne kod zemljoradnika (Cheilitis aestivalis).** Bolezen se pojavlja pri kmetovalcih zlasti aprila in maja. Najprej spodnja ustnica močno zateče, nakar se pojavijo gnojni mehurčki in erozije sluznice, ki se včasih zacelijo šele jeseni. Okolica spodnje ustnice ostane popolnoma zdrava. Etiologija ni še docela jasna.

Dr. N. Nikolić: **Eksplozivne študije**

o varijacijama bacila tuberkuloze na novim sintetičkim podlogama Z 23, Z 24, Z 26, Z 30 i Z 37.

D. M. Budak: **Slučaj hemoragične nefritide s maksimalnom vrijednošću ostalog dušika.** Slučaj hemoragične nefritide, ki je nastopila zaradi zastrupitve s Sabino ki je zlasti v nekaterih delih Hrvatske zelo priljubljen abortivum? Dušikov ostanek je za časa bolezni dosegel vrednost 1120 mg% v krvi, v likvorju pa 80 mg%.

Dr. Br. Gušić: **Morfogeneza otogenih apscesa velikog mozga.**

Dr. A. Manzoni: **Ritejte lokalizacije tuberkuloze kosti.** Po statističnih podatkih znaša tuberkuloza sramne kosti komaj 0.15 % vseh kostnih tuberkuloz. Starost je neomejena (od 3. do 70. leta), po spolu je enako razdeljena. Pri vseh nastanejo fiskele, včasih celo multiple. Diagnoza je v začetku težka, važen je rentgenogram (cela medenica zaradi primerjave)! Terapija: konzervativna in kirurška, običajno kombinirana. Prognoza je dobra, zlasti po puberteti. Pri nosečih ženah, kjer postoji sum na že četudi prebolelo tbc, rentgenogram zaradi nevarnosti rupture simfize za časa poroda.

Dr. L. Trauner: **Prilog etiologiji i terapiji reumatičnih obolenja s osobitim**

obzirom na vegetativni živčani sistem. V akrotermni Krapinske Toplice so s pomočjo Danielpoln-Carciolove metode serijsko preizkušali vegetativni živčni sistem revmatičarjev. Labilnost je ugotovljena v prav visokem odstotku. Za čas balneoterapije pada tonus vegetativnega živčnega sistema, sedimentacija krvnih telesce raste. Po 20 dnevnem zdravljenju se je v 82% slučajih z labilnim v. ž. s. ugotovila normalizacija: hipo in hipertenzija je postala normalna.

Dr. S. Čakovac i dr. Franković: Način primjene obloga i njihova indikacija u dermatologiji.

Dr. Z. Spitzer: Problem otomalogene žarišne infekcije.

1938, br. 2

Prof. dr. M. Prica: Pitanje zaštitnog djelovanja i promjene patogenosti BCG-bakterija. Poskusi na morskih prašičkih so se vršili z rodnom BCG 520/21 iz Pavtenrovega instituta v Parizu. Rezultat: BCG ni popolnoma neškodljiva, apatogena modifikacija Kochovega bacila. Imunizacija s predhodno parenteralno aplikacijo BCG bakterijami se ni posrečila.

Dr. B. J. Jovanović: Nekoliko primjedaba o postoperativnoj atelektaziji pljuča. Kljub napredku narkoze in postoperativne nege je morbiditeta in tudi letaliteta po operacijah zaradi pljučnih komplikacij precej visoka. Dočim trde ameriški avtorji, da je glavna postoperativna pneumopatija atelestoza (70%), so drugi mišljenja, da so pogostejše bronhopneumonije. Popolna atelektaza ene pljučne polovice je precej redka, večinoma gre za parcijelne atelektaze. Kaj jo povzroča? Trije glavni faktorji so: zamašitev enega bronha, polipeptidi, ovirana normalna mehanika dihanja. Terapija: bronhoaspiracija, hiperventilacija (inhalecija karbogena).

Dr. D. J. Oberon: Slezena u zdravom i patološkom stanju. Po anatomske, histološke in fiziološke opise prehaja na patologijo vranice in nato na specialni del. Redki so primeri, kjer vranica sploh ni razvita, pogostejša je dvojna vranica. Poškodbe so pogostejše pri bolni kot pri zdravi vranici. Infarkti so dvojni: embolični in trombolični. Lien mobile običajno ne postoji, ampak je fiksiran na abnormnem mestu. Amiloidoza se pojavlja v amiloidozi ostalih organov. Gangcherova, Nieman-Pickova in Schiller-Christianova bolezen vranice so manj znane, tuberku-

loza, sifilis sta pogostejši. Znan je tumor lienis pri malariji in trombozi venae lienalis. O Morbus Banti je bilo mnogo pisano. Tumori so redki, prav tako ciste in ehinokokus.

Dr. A. Steinhilber: O mikroskopskem nalazu holesterinskih preparata. Amaurotično oko z iridociklito je bilo enukleirano zaradi močnih bolečin. Pri mikroskopskem pregledu so našli v steklovinu številne holesterinske kristale, ki so bržčas nastali zaradi degenerativnega razpada starega intrabulbarne eksudata.

Dr. Br. Gušić: Morfogeneza otogenih apseca velikog mozga.

Dr. Franković i dr. Čajkovac: Puder i paste u dermatovenerologiji.

Dr. A. Majer: Pokušaji liječenja gonoreje Streptazolom. Od julija 1937 je bil preparat, ki je po svojem kemičnem sestavu identičen s Prontosilom album „Bayer“ preizkušen na 37 bolnikih, pri 25 s popolnim uspehom. Bolniki so dobivali preparat v tabletah v kombinaciji z uzuelnimi, lokalno in splošno delujočimi sredstvi. Streptazol se je obnesel bolje pri kroničnih in kompliciranih gonorejah kakor pa pri akutnih. Dr. P. Černe

JUGOSLAVICA

Dr. R. Bassin: Beitrag zur Frage der Glaskörperabhebung. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 97/36. Poročilo o dveh novih slučajih te nevarne komplikacije — o dveh je a. poročal že leta 1932. A. si pojasnjuje zlasti drugega iz mehaničnih vzrokov (močnejši pritisk pri težki ekstrakciji leče).

Prof. F. Kogoj: Hypertrichosis an abgeheilten Psoriasisherden. Derm. Wchschr. 17/37. Poročilo o zanimivem primeru hipertrichoze po ozdravljenju psorize. Ta dogodek je bil do pred kratkim popolnoma neznan. A. misli, da je hipertrichoza povzročena po dražljaju vdrgnjene maza pri disponirani osebi.

Prof. Fr. Kogoj: Histologischer Befund an einem Erythema praemonitorium bei Pemphigus chron. vulgaris. Derm. Wchschr. 10/36. Klinično in histološko opazovanje premonitičnega eritema pri primeru kroničnega pemfiga, obenem prinos k vprašanju o nastanku pemfiga, ki je še vedno sporen.

Prof. Fr. Kogoj: Ueber die Stellung des Lichen sclerosus im System. Arch. f. Derm. u. Syph. 6/173/36. Na podlagi kliničnih opazovanj in histoloških

BETAXIN

**prvi sintetsko prirejen
vitamin B₁**

Za oralno in parenteralno uporabo pri
nevritidah in nevralgijah

kot na pr. pri nevritidah med nosečnostjo in
v puerperiju, polinevritidah, nevritidah opti-
kusa kot posledice alkohola; nevralgiji trige-
minusa in interkostalnih nevralgijah, nadalje
pri beri-beriju, funikularni mijelozi in postdif-
terični ohromelosti.

ORIGINALNI OMOTI:

Betaxin:

škatlja z 3 amp. po 1 ccm = 1 mg vitamina B₁

škatlja z 3 amp. po 1 ccm = 2 mg vitamina B₁

Betaxin »stark«:

škatlja z 3 amp. po 1 ccm = 10 mg vitamina B₁

Betaxin tablete:

cevčica z 20 tabl. po 1 mg vitamina B₁

Pedeset let



ZDRAVIL



Devegan

v kliniki in praksi
preizkušan tera-
pevtikum pri

fluor albusu

Uničava brzo vzročni-
ke bolezni in vzpo-
stavlja normalno čisto-
čo v vagini, ker nado-
poljni izčrpljene zaloge
glikogena. Izredno do-
bro deluje tudi pri tri-
homonadni kolpitidi.

Čista in ugodna
uporaba.

ORIGINALNI OMOTI:
škatlja s 15 in 30 tabl.



»Bayer«
Leverkusen a. Rh.

Zastopstvo za Jugoslavijo:
„JUGEFA“ K. D.
BEOGRAD — ZAGREB

preiskav pride a. do zaključka, da moramo razlikovati 1. Lichen ruber atrophicus sclerosus consecutivus = Lichen ruber ad sclerot. tendens in 2. Lichen atrophicus primitivus. Slednji je samostojna bolezen.

Prof. Fr. Kogoj: **Lichen sclerosus (anthrophicus) primitivus.** Arch. f. Derm. u. Syph. 4/169/34. Podroben opis redkega slučaja s patogenetičnimi konsekvencami.

Prof. Fr. Kogoj: **Acrodermatitis continua Hallopeau und Psoriasis pustulosa.** Derm. Ztschft. 75/1937. Temeljita patogenetična studija navedene bolezenske slike. A. pride do zaključka, da je Acrodermatitis continua samostojna dermatoza.

Doc. B. Škerlj: **Zum Problem: Menarche — Rasse — Umwelt.** Med. Welt 31/32/37. Temeljita studija, ki jo je treba prečitati v originalu.

Dr. S. Prevec: **Ueber einige länger beobachtete Fälle von zentralen Netzhautablösungen.** (Nekaj dalj časa opazovanih primerov centralnega odstopa mrežnice). Kli. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 100. Centralni odstopi mrežnice so veliko bolj redki kakor periferni. Na podlagi svojih opazovanj, primerov centralnega odstopa mrežnice na bolniškem materialu očesnega oddelka ljubljanske bolnice razpravlja avtor o posebnem stališču tovrstnih odstopov v primeri s perifernimi. Iz različnih anatomskih in fizioloških vzrokov so ti odstopi dosti bolj benigne narave kakor periferni. Operativno zdravljenje ima boljšo uspehe in možna so celo spontana ozdravljenja. Pri dveh takih primerih (bolnika nista priložila v predlagano operacijo) se je doseglo ozdravljenje s konservativnimi metodami. Pride do zaključka, da se v gotovih primerih centralnih odstopov da računati z možnostjo ozdravljenja s konservativnim načinom.

Dr. S. Prevec: **Ein Fall von Sarkom der Sehnervpapille.** (Primer sarkoma papile vidnega živca). Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 99. Popis primera, ki je bil opazovan na očesnem oddelku občere državne bolnice v Ljubljani. Pri oftalmoskopski preiskavi je bilo mogoče ugotoviti maligni tumor papile. Cela papila je izgledala ogromno povečana. V njej so bili še vidni razcepi centralnih žil. Ker so primeri sarkoma papile silno redki, je bila po enukleaciji izvršena histološka preiskava. (Doc. dr. T. Grošelj.) Po pregledu različnih serijskih rezov, se je

dalo ugotoviti, da je sarkom izšel primarno iz horioidalnega tkiva tik ob optiku in tu začel infiltrirati papilo očesnega živca, tako da je nastala oftalmoskopska slika primarnega tumorja papile.

THERAPEUTICA

Melubrina. (Med. Welt. 3., 1937.) A. daje že 15 let pri akutnem sklepnem revmatizmu Melubrin, ki mu je služil bolje od natr. salicila. Dajal ga je dnevno 4 ccm intravenozno. Pozneje ga je kombiniral, oziraje se na srčno mišičevje, z grozdnim sladkorjem. Melubrin sam ublažuje bolečine, bolniki se umirijo in temperatura pade na zmerno višino. V zadnjem času kombinira a. Melubrin z grozdnim sladkorjem in Novalhinom, s čemer je dosežen prompten uspeh tudi pri najbolj težkih bolnikih za ca. deset ur, tako da so nepotrebna spalna sredstva ali pa morfij. Tudi izostanejo nezaželeni postranski učinki terapije z natr. salicilati kot so anoreksija, utripanje srca, šumenje v ušesih in znojenje. Ko minejo akutni simptomi, se doze čim dalje zmanjšujejo in aplicirajo do končnega uspeha samo še vsak drugi dan.

Stähler: „B₁ — Hipovitaminoze za časa nosečnosti.“ (Münch. med. Welt 9. 1937.) Leta 1936. je A. opazoval 15 primerov B₁-hipovitaminoze, ki je imela svoj vzrok v slabi prehrani, slabi resorpciji B₁ zaradi bruhanja in motenji prebave, ali pa zaradi zvišanja potrebe po B₁ zaradi intrakurentnih bolezni za časa nosečnosti ali pa zaradi zvišane delovne mišičevja. Obilica ogljikovih hidratov v hrani pospešuje izbruh bolezni, odnosno jo poslabša radi zvišane potrebe po B. Take bolnice tožijo, da jim gomazi po rokah in nogah, ki so čisto oglušele in oslabljen. Tudi otekajo roke kot noge, ne da bi bile ledvice bolne. Srce utripa skoraj štirikrat hitreje. Prvotno je zdravil A. prav uspešno s kvasom, dočim so bili vitamini A, B, C in E brez vsakega uspeha. Šele z aplikacijo B₁ — vitamina Betaxin — so doseženi izredni rezultati za časa nosečnosti same, pa tudi pozneje za časa dojenja.

K. Müller: „Prinos h kliniki in terapiji koronarnih obolenj.“ (Med. Welt. 49, 1936.) Pri napadih angine pectoris dajejo tablete Nitroglicerina, vrhu tega Jod-brom, Diuretin, Teominal in Lacarnol; Strophantin naj prihaja v poštev šele pri pojavih insuficijence srca. Pri najtežjih

napadih s težko stenokardijo in groznimi bolečinami zaradi koronarne tromboze — najtežje komplikacije pri angini pectoris — je M. imel sijajne uspehe

K. Erhardt in E. Henss: **O umetnem uvajanju poroda pri predolgo trajajoči nosečnosti.** Med. Klin. 50, 1936.) Na univ. kliniki v Frankfurtu uporabljajo za umetno uvajanje poroda pri predolgo trajajoči nosečnosti od leta 1927. sistematično kombinacijo ricino-kinin-hipofizin po sledeči shemi;

- ob 7. zjutraj 2 veliki žlici ricina;
- ob 8. zjutraj 0,25 g Chinini per os;
- ob 9. zjutraj 0,25 g Chinini per os;
- ob 10. zjutraj 0,25 g Chinini per os;
- ob 11. dva do tri dela brizg. razdel. hipofizina;

ob 12. dva do tri dela brizg. razdel. hipofizina;

ob 13 dva do tri dela brizg. razdel. hipofizina;

ob 14. dva do tri dela brizg. razdel. hipofizina;

Od 322 žen je bilo na ta način zdravljeno uspešno 59%, od ostalih 41% pase je izkazalo 21% z abnormno lego ploda, ali s kako drugo patološko spremembo ploda ali medenice, ki jih je seveda odračunati, ker omenjena kura ima svoj uspeh le pri predolgo trajajoči nosečnosti. Optimum uspešnosti te kure je pri nosečnosti, ki traja ca. dva tedna predolgo. Ricino-kinin-hipofizin-kura pospešuje izločenje mrtvega ploda ali mole.

Nove knjige

Prof. dr. Vladimir Čepulić: **„Bibliografija medicinske literature i grafičnih područja objavljene u izdanjima Zbora liječnika Hrvatske, Slavonije i Medjumurja u Zagrebu. I. zvezak 1876.—1937.“** Izdanje Zbora liječnika u Zagrebu.

Leta 1929. je priredil prof. Čačković „glavno kazalo“ Liječničkoga vestnika za letnike I.—L. (1877 — 1928). V predgovoru pravi, da je popolni L. v. danes velika redkost, vsled česar se dogaja, da naši znanstveniki pač točno in vestno navažajo tuja dela, domačih pa niti omenjajo ne. Sestavil je iz prvih 50 letnikov stvarno kazalo del in poimensko avtorjev v nadi, „da sam ovim svojim radom još pod konac dao kolegama nešto, što će im biti od pomoči i koristi u njihovom radu. A to sam sav svoj život želio i nastojao.“

Čepulićevo delo obsega medicinsko literaturo v izdanjih Zbora liječnika, v L. v. in Medicinski biblioteki, od leta 1876 do 1937. Vsakih nadaljnjih 5 do 10 let bodo sledili novi zvezki.

Od Čačkovićevega dela se Čepulićevo razlikuje po tem, da daje pregled medicinske literature ne samo stvarno in poimensko, marveč tudi po strokah ter kronološko, s čimer je omogočen pregled tudi na poedinih medicinskih področjih in razvojno. Razven tega gre Čepulić do leta 1937., dočim je smrt iztrgala Čačkovića že leta 1930.

Kako izredno smotreno je Čepulićevo delo, naj navedem, da so stroke urejene abecedno od anatomije do zobarstva, potlej n. pr. kirurgija najprej obča, za njo pa specialna v posameznih poglavjih in po letih. S končnim stvarnim in poimenskimi kazalom je orientacija vsak hip mogoča.

Nas Slovence ta Čepulićev kakor tudi Čačkovićev pregled izredno zanimata, ne samo kot dokaz, da so hrvatski kolegi medicinsko mnogo in uspešno delali, marveč tudi radi tega, ker naš zdravniški naraščaj dobiva v Zagrebu svojo strokovno izobrazbo in izpopolnitev, pa nam ni vseeno, dali je medicinski Zagreb na višku ali ne, in drugič nič manj radi tega, ker smo slovenski zdravniki sodelovali v L. v., saj je bil L. v. od leta 1909. pa do leta 1928. oficialni organ Društva zdravnikov na Kranjskem oziroma Slovenskega zdravniškega društva v Ljubljani, pa je potemtakem Čačkovićevo in Čepulićevo bibliografija deloma tudi naša bibliografija.

Nimam možnosti, da bi podrobno zasledoval, dali sta obe deli popolni glede nas Slovencev. Primerjajoč Čepulića s Čačkovićem pa vendarle vidim, da manjkajo pri Čepuliću sledeča slovenska imena: Breclj A., Brezovnik, Dereani E. in M., Divjak, Gleria S., Goričar, Gostiša,

Jenko I., Karba, Lapajne, Pircl, Schwab, Stojc, Strašek, Trenz, Volavšek, Zupanc, dočim jih najdem navedenih preko 60. Med navedenimi so tudi taki Slovenci, ki žive in delujejo na Hrvaškem pa pišejo hrvatsko, in pa taki Hrvati, ki so živeli in delovali med Slovenci.

Ni mi jasno, zakaj toliko slovenskih imen manjka pri Čepuliću-do 1928 ni to nikaka posebna nesreča, saj jih imamo pri Čačkoviću, po tem letu pa Slovenci nismo skoro nič ali vsaj zelo malo pisali v hrvatske liste, ker smo imeli že svoje.

Pri pregledovanju obeh omenjenih del vedno bolj čutim, da je že čas, da tudi mi slovenski zdravniki že enkrat pregledamo svoje vrste in svoje udejstvovanje, saj pregled osebjia in njegovega dela je prvi pogoj za smotreni napredek, brez takega pregleda je vse naše prizadevanje zgolj tavanje in slučaj!

Lani sem v 12. številki Zdravniškega vestnika priobčil seznam slovenskih medicinskih del — zelo nepopoln in samo z vidika, kolikor mi je bil važen glede slovenskega zdravniškega besedja in izražja. Na svojo prošnjo v letošnjem Zdr. v. št. 1. pa sem dobil od kolegov, zlasti starejših, novega gradiva. Zdravniške liste sem nasploh samo omenil, ne da bi bil navajal njihovo vsebino. Vse to gradivo čaka obdelovalca, ki naj pokaže, kaj smo slovenski zdravniki strokovno delali in ustvarili. Delo, ki ga moramo izvršiti sami, ker drugače ne bo nikdar izvršeno!

Dr. Černič Mirko, Maribor
Prof. dr. Clairmont, dr. Bruner: *Allgemeine Gegenanzeige bei nicht dringlichen chirurgischen Eingriffen*. V. Jul. Enke, Stuttgart. Cena RM 4.20.

Clairmont je svoj krasni referat posvetil pokojnemu prof. Lexerju, ki je predsedoval 60. kirurški kongresu v Ber-

linu. Takrat je avtor predaval (v skrajšanem obsegu) o isti temi.

Autopsija ne more vedno raztolmačiti vzroka smrti po kirurški intervenciji. Rehn trdi, da ima operacija na bolnem organu posledice, ki niso omejene samo na operirani organ; pri operaciji se medorganska harmonija pomoti, kar za celi organizem ni male važnosti.

Vsaka operacija je za človeka trauma in zato ima za organizem posledice. Te posledice je Clairmont razdelil:

1. Obremenitev krvnega obtoka, centralno in periferno,
2. obremenitev dihalnega aparata,
3. obremenitev preosnove,
4. obremenitev krvnega sistema.

Naštete so vse možnosti, kolikor jih pozna patologija. V kratkih črtah je avtor naštel diagnostična znamenja posameznih bolezni, ob enem pa tudi našteje visti sapi vse funkcionalne poizkuse za dotični organ.

V lahko razumljivem stilu je omenjeno vse, kar se drugače z muko išče po laboratorijskih priročnikih knjigah.

Kontraindikacija za operacijo je tudi tedaj poudarjena, če je možna konzervativna terapija, od katere pričakujemo isti uspeh. Clairmont misli pri tem na rentgen in radium terapijo: obe terapevtski panoi naj ostaneta v tesni zvezi s kirurgijo, ravno radi indikacije.

Kako naj pretehtamo možnost radikalne in kdaj naj se poslužimo samo paliativne operative metode, je avtor tudi omenil.

Med kontraindikacijo za operacijo, ki je izven bolnika, prišteva avtor predvsem nedovoljno kirurško sposobnost in nedovoljne pripomočke personalnega in materialnega izvora.

Možnost infekcije vsled teh primanjkljajev, vsled klime, epidemije itd. je omenjena.

Na koncu referata naj omenim dobesedno glavno misel celega referata: „Für

KNJIGARNA KLEINMAYR & BAMBERG V LJUBLJANI

se priporoča za nabavo medicinske literature in vljudno opozarja gg. zdravnike za začasne ugodnosti pri nakupu nemških knjig, ker se do nadaljnega preračunava nemška marka po din 12.—, torej neverjetno ugodno.

eine zweckmässige Therapie, sei sie konservativ oder chirurgisch, ist eine möglichst genaue Diagnose und Erfahrung der einzelnen Organfunktionen Grundbedingung“.

Referat je krasno sestavljen, za kar jamči že avtorjevo ime. V njem najdemo, kakor sem že omenil skoro vse važne organske funkcijske poizkuse, katerih se danes poslužujemo v laboratorijih, na kirurških oddelkih in klinikah. Obenem je kratek repetitorij cele interne patologije, kar je za kirurga zelo važno.

Dr. Lavrič.

Prof. dr. A. Fischer: **Diabetes und Chirurgie.** (Vorträge aus der praktischen Chirurgie. Verl. Jul. Enke, Stuttgart. Cena RM broš. 2,—.

Za kirurga in za praktičnega zdravnika, je zelo neljuba ugotovitev sladkorne bolezni pri bolniku, ki išče pomoči radi popolnoma druge stvari. V tem kratkem referatu je pregledno in eksaktno določeno zdravnikovo stališče, kako naj se v takem primeru obnaša.

Za uvod avtor ni pozabil omeniti zgodovinskega pregleda in najvažnejših patološko-fizioloških dognanj, ki usmerjajo terapijo.

Diagnostika diabetesa ni tako enostavna in sama po sebi razumljiva. Diabetes kaže mnogokrat take znake, ki jih najdemo pri drugih boleznih. Avtor omenja takozvano pseudoperitonitis v prekomatoznem stanju in omenja tudi vse diferen-

cijalno diagnostične pripomočke, ki so potrebni za presojo pravega stanja. Zdi se mi tudi potrebno poudariti stavek avtorjev, da se more pravo stopnjo diabetesa presojati le v kliničnem opazovanju.

Začetna gangrena, suha in vlažna, pijogene infekcije raznih vrst, so vprašanja, ki jih razmotrivamo v vrsti diabetičnih komplikacij. Njihovo terapijo je avtor tako enostavno in priprosto naslikal, da more služiti vsakemu za navodilo.

Insulinska in dietetična terapija je neobhodno potrebna pred kirurškim posegom, zlasti pri nujnih obolenjih. Tudi v tem pogledu bo vsakdo našel dobre nasvete.

Avtor ni pozabil na poškodbe diabetika, ki so v forenzični medicini pogoste; navodila, kako naj sodimo delazmožnost in invalidnost, so v kratkih besedah začrtana.

Dr. Lavrič

E. Merck — Darmstadt. Znana nemška farmacevtska firma, ki je med najsolidnejšimi na svetu, je izdala knjigo, pri kateri v resnici obžalujemo, da jo moramo uvrstiti med propagandne spise. Lepota tiska in knjižne opreme delajo izdajateljem vso čast in naravnost razveselijo bibliofila. Stevilne barvaste slike in fotografije dajo lep vpogled. Referentu, ki je imel pred kratkim priliko obiskati Merckovo tovarno in je odnesel najboljše utise, pa je knjiga v prijeten spomin na izredno poučen obisk.

R. N.

Kongresi

VIII. ZASEDANJE MEDNARODNEGA KOMITEJA ZA VOJNO MEDICINO

Mednarodni komite za vojno medicino bo imel letos svoje osmo zasedanje v Luksenburgu v času od 29. junija do 5. julija. V okvirju tega zasedanja je:

1.) Niz konferenc iz področja vojne medicine in vojno-sanitetne službe.

2.) Konferenca o vprašanju zaščite pred zračnimi napadi z vidika mednarodnega prava, katere organizira International law association.

3.) Znanstvena raziskavanja zaščite pred vojnimi strupi, o katerih organizira diskusijo Ecole supérieure de protection contre les gaz de combat (Brukselles).

4.) Razkazovanje sanitetnega zrakoplovstva, ki ga organizira Mednarodni komite za vojno medicino.

Aktivni in rezervni sanitetni oficirji vojaštva na suhem, mornarice, zrakoplovstva in kolonij vseh dežel so pozvani, da se udeležijo te mednarodne skupščine, na kateri bodo sodelovali tudi tehnični strokovnjaki.

Do sedaj so že prijavljene sledeče razprave:

1.) **Belgija** — Izbira pilotov na osnovi podatkov, katere nudi medicina in aeronautična fiziologija (sanitetni podpolkovnik Sillevaerts).

2.) **Čile** — Nagle izpremembe atmosferskega pritiska kot vzrok timpaničnih

Za terapijo s kalcijem odnosno s kalcijem in vitamini

CALCIPOT

30 % delujočih kalcijevih soli;
v obliki citrata in glicerofosfata;
dobro se prenaša;
ugoden okus;
nizka cena.

Omoti:

50 tablet po 1 gr.	Din 32'—
50 gramov praška	" 31'—
100 gramov praška	" 58'—

CALCIPOT „D“

100 gr. vsebuje 8,4 % apna ter
vitamina B in D;
posebno prikladen za čas nosečnosti
in dojenja, ter v perijodi
dobivanja zob

Omoti:

50 tablet po 1 gr.	Din 36'—
200 tablet po 1 gr.	" 123'—
50 gramov praška	" 35'—
100 gramov praška	" 65'—

Preparati se dobe tudi v kliničnih zavitkih.

Vzorci in literatura brezplačno na zahtevo pri zastopstvu za Jugoslavijo:

„BIOSAN“

MR. PH. VLADIMIR SMOKVINA — ZAGREB — KAPTOL 12.

DOBRNA PRI CELJU

396 m NAD MORJEM

NARAVNO · TOPLI 37° C VRELCI
ZDRAVIJO S POSEBNIM USPEHOM
SRČNE IN ŽIVČNE TER ŽENSKÉ BO-
LEZNI. VSA OSTALA ZA OKREPI-
TEV ŽIVLJENSKIH SIL POTREBNA
ZDRAVILNA SREDSTVA · KRASNI
NASADI, VABLJIVI SPREHODI IN
IZLETI V BLIŽNJI PLANINSKI SVET

IZVEN GLAVNE SEZONE CELO-
KUPNO 20-DNEVNO ZDRAVLJENJE
ZA NIZKO PAVŠALNO CENO
OD DIN 1.100'— DO DIN 1.650'—

ZAHTEVAJTE PROSPEKTE!

Zanesljivi domači standardizirani ekspektorans s 100% -nim delovanjem
radix. ipecacuanhae

RADIPON

in RADIPON c. codeino tablete

Vsebujejo alkaloide rad. ipecacuanhae (emetin), liqu. ammon. anis. v suhi obliki in pri varijanti 0,02 g cod. phosphor. po tableti. — Izboljšana forma medikacije, ki se razlikuje od infusum ipecacuanhae po stabilnem delovanju, je neomejeno trajna ter se jemlje v praktični in ugodni obliki in se odlikuje po nizki ceni. — Kot ekspektorans pri tuberkulozi, bronhitidi, pleuritidi, bronhopneumoniji, emfizemu, oslovskem kašlju, influenci in vseh boleznih, pri katerih se pojavlja kašelj.

CENA ZA OBČINSTVO: Radipon cevčica z 10 tabletami Din 15.—
Radipon c. cod. cevčica z 10 tabletami Din 20.—

Za intraglutealne injekcije v ampulah 1,1 in 2,2 ccm.

Vzorci in literaturo
pošilja na zahtevo

Dr. A. WANDER D. D. tvornica farmacevtskih in **ZAGREB**
dietetskih preparatov

Vodeči preparati železa

CHINOFERRIN PURUM, CHINOFERRIN CUM ARSENO, PILLULAE CHINOFERRINI CUM ARSENO

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

Literatura po zahtevi!

TEMPO — ROBCI — TEMPO

GG. ZDRAVNIKI! Rabite sami in priporočajte svojim bolnikom Tempo robce. Edina res uspešna profilaksa nahoda, gripe in sličnih obolenj. Rabljen robec — v ogenj! Zahtevajte vzorce! Zavitek (18 robcev) din 6.—, z mentolom impregn. din 7.—

DROGERIJA ADRIJA
LJUBLJANA, ŠELENBURGOVA ULICA ŠTEV. 7

GOSPOD TOVARIŠ,

tvrdke, ki oglašujejo v Zdravn. Vestniku, so v vsakem oziru posebno priporočljive, zato krijte svojo potrebo pri teh tvrdkah! Vedno pa, kadar kaj naročite pri kaki tvrdki, pa bodisi tudi samo vzorce in literature — se sklicujte, prosim, na Zdravniški Vestnik! S tem koristite sebi in svojemu glasilu.

in labirintskih pojavov pri artileriji, morarici in zrakoplovstvu.

3.) Zedinjene države Sev. Amerike. — Vojno-sanitetne statistike v dobi miru in za časa vojne.

4.) Francija — Vidljivost in kamuflaža v sanitetnih formacijah (sanitetni general Schickele).

Zadnje zboljšanje higij. prilik franco-skih vojaških taborov. (Sanitet. polkovnik Des Cilleuls in sanitet. podpolk. Belon).

5.) Švedska. — Organizacija sanitetnega zrakoplovstva v Švedski (sanitet. podpolkovnik Westerberg).

6.) Švica. — Sanatorijsko zdravljenje aktivnih oficirjev in podoficirjev (sanitet. major Voute).

7. Jugoslavija. — Taktična uporaba ki-

ruskih ekip na bojišču (sanitetni podpolkovnik Branovački).

V okvirju tega zasedanja je tudi manjša ekskurzija v Veliki Vojvodini Luksenburg, katero organizira Turistični urad, kakor odhod z avtokari preko Ardenske ravnine v Liege, središče Mednarodnega komiteja za vojno medicino.

Za detajlni program tega zasedanja kakor tudi za ostale informacije se je obrniti na uredništvo Vojno-sanitetskega Glasnika, Glavna vojna bolnica, Beograd.

Prijavo za ta kongres je treba poslati na naslov: „Colonel Medecin Vonchen, Office International de Documentation de Medecine Militaire, Liege, Belgique“ pred 1. junijem 1938.

Pozivi

ZAHVALA „KLUBA MEDICINCEV“ A. K. D. „DANICE“ V ZAGREBU

Za strokovne učne knjige, ki sta nam jih na našo prošnjo v 1. št. letošnjega „Zdravniškega vestnika“ poslala g. primarij dr. Robert Neubauer iz Golnika in g. dr. Maks Kremžar iz Domžal, se naš klub prav iskreno zahvaljuje. Veseli nas, da naša prošnja ni bila neuvaževana.

PROŠNJA A. K. D. „DANICE“ V ZAGREBU

Gg. zdravniki!

V slovenskem akademskem kulturnem društvu „Danica“ v Zagrebu so bili ustanovljeni posamezni strokovni klubi, med njimi tudi klub medicincev. Ker so tovariši večinoma revni in nimajo sredstev,

da si sami nabavljajo učne knjige, je med drugim namen kluba tudi ta, da si uredi knjižnico, v kateri bi bile poleg drugih strokovnih knjig tudi vsaj najpotrebnejše študijske knjige. Ker pa A.K.D. „Danica“ in klub sam ne razpolagata s tolikimi sredstvi, da bi si mogli vse te knjige nabaviti, se obračamo na Vas, cenjeni gg. zdravniki, da pošljete na upravo Z. v. knjige, ki jih sami morda ne boste preveč pogrešali, revnemu slovenskemu študentu pa bi prav mnogo koristili.

Posebno bi bili veseli, če bi nam mogli poslati n.pr.: Corningovo topografsko anatomijo, Ribertovo in Aschoffovo patološko, Strümpelovo in Domarusovo interno, Garree-jevo kirurgijo, očesne bolezni (Fuchs) itd., po možnosti ne prestarih izdaj. Hvaležni pa bomo za vsak knjižni dar. — Klub medicincev A.K.D. „Danica“ v Zagrebu.

Drobne novice

Splošno priljubljeni in spoštovani dolgoletni vodja blaznice na Studencu, dr. Stevan Divjak je pred kratkim praznoval letnico.... Iskreno čestitamo!

Dr. Milan Jovanović-Balut, univerzitetni profesor, ustanovitelj beograjske medi-

cinske fakultete in organizator srbske sanitetne službe, ki ima danes devedeset in eno leto, je bil imenovan te dni za častnega doktorja celokupne medicine na Karlovi univerzi v Pragi.

Promocija. — V mesecih februarju,

marcu in aprilu so promovirali v Zagrebu tile slovenski medicinci: Volčjak Viktor iz Virmaš pri Skofji Loki; Stofla Veruša iz Kočevja; Humar Zdenka in Antonič Jože iz Maribora; Avčin Marij, Derganc Mirko, Debevc Zinka, Milavec Karl, Boljka Olga in Zvanut Franc iz Ljubljane.

Na zagrebski univerzi so bili imenovani g. dr. Čupar Ivan za rednega docenta na zobni kliniki, g. dr. Španić Andrija za rednega in g. dr. Derkač Franjo za privatnega docenta na očni kliniki.

Prof. dr. Ignjatowsky, šef I. interne klinike v Beogradu, je bil pred kratkim izvoljen za častnega člana „Zdravniškega društva“ v Pragi.

2. maja t.l. je bila otvorjena na beograjski medicinski fakulteti stolica iz parazitologije. Takrat je imel svoje nastopno predavanje profesor dr. Sima Milošević o temi: „Parazitizem in bolezen“. Prof. Milošević je drugi profesor beograjske medicinske fakultete, ki je medicino studiral na tej fakulteti. Po diplomii je studiral v Nemčiji in Franciji.

8. maja t.l. je imelo v Beogradu „Društvo za proučevanje in zatiranje raka“ svečano akademijo, posvečeno borbi proti raku. Akademije se je udeležila Nj. V. kraljica Marija ter mnogo drugih odličnih osebnosti. — Govorila sta predsednik društva prof. dr. A. Antić, šef II. interne klinike in prof. dr. K. Šaković, profesor patološke anatomije. Govorilo se je o novem institutu, ki se bo še to leto začel zidati v Beogradu in se bo bavil s proučevanjem in zdravljenjem raka. Sedaj pa še par števil: V Beogradu samem umre letno 1251 oseb od raka in to trikrat več žensk kot moških. V po-

slednjih desetih letih je umrlo 2000 žena samo od raka na maternici. — Profesor Antić je predlagal, naj bi se uvedel pregled vseh ljudi iznad 40 let, da bi se rak pravočasno ugotovil in zdravil.

Letošnji protituberkulozni teden, na katerem so zdravniki zopet sodelovali z veliko vnemo, je otvoril na predvečer g. ban sam. Ob tej priliki je priredila Protituberkulozna zveza v mestni posvetovalnici kratko akademijo, ki je sijajno uspela.

V 58 nemških vele mestih je **umrljivost za jetiko** ponovno močno nazadovala in znaša sedaj na 10.000 prebivalcev samo še 6.9. V Berlinu, v nekaterih šlezjskih mestih in v velikih lukah pa je umrljivost nekoliko narasla napram letu 1936.

Tudi statistika. V Ameriki izdeluje industrija vsak delavnik 1.250.000 kondomov. V letu 1937 jih je bilo vsega 375.000.000. (M. med. Wchschft.)

Cena radia je v zadnjem času močno padla radi naraščujoče produkcije v Kanadi. Po italijanskem viru stane danes en gram radia samo še 25.000 dolarjev.

Umrli: Dr. M. Matjašič, splošno priljubljeni, dolgoletni banovinski zdravnik v Kamniku. Dan po njegovi smrti mu je sledil v večnost njegov sinček. — Kot sedma žrtev, ki jo je zahtevala smrt v zadnjih dveh letih med mlajšimi slovenskimi zdravniki, je umrl v Celju dr. Boris Krištof. — Težko prizadetim družinam naše sožalje!

V Samadenu v Švici je umrl svetovno znani prof. interne medicine na curiški univerzi prof. dr. Otto Naegeli. Najbolj znani njegovi deli sta knjiga o hematologiji ter o diferencialni diagnostiki notranjih bolezni.

Iz uredništva

UREDNIŠKI ODBOR

Da ustrežemo željam tovarišev, ki so prišle do izraza ob raznih prilikah, predvsem tudi na anketi o Zdravniškem vestniku decembra lanskega leta, smo prosili kolege, ki se vidno udeležujejo na raznih poljih medicine in ki so pokazali svoje zanimanje za Z. v., naj pristopijo uredniškemu odboru. S tem smo obenem upali,

da bi dali listu trdnjšo podlago, da bi bil stalnejši in otež raznim strujam in nihajem kateregakoli značaja. Z veseljem pa ugotovim, da se je velika večina naprošenih gospodov takoj odzvala naši prošnji, medtem ko so drugi obljubili svojo podporo, akoprav iz načelnih razlogov niso hoteli vstopiti v odbor. Hvala vsem tem!

Uredniški odbor pa še ni popoln. Še

manjkajo zastopniki nekaterih panog medicine. Upam, da se nam bo posrečilo izpolniti vrzeli. Če ta ali oni morda ne bo zadovoljen s sestavo odbora, naj ne pozabi, da je nemogoče ugoditi vsem željam in težnjam. Toda vsak živ organizem je sposoben zboljšanja. V ostalem pa velja glede odbora, kar sem povedal na anketi.

Naj bi bil uredniški odbor nov važen kamen k izgraditvi Zdravniškega vestnika.

Odbor je dosedaj sestavljen tako-le — (vrstni red po abecedi): doc. dr. J. Cholawa, Ljubljana; prim. dr. M. Černič, Maribor; univ. asist. dr. M. Goropevšekova, Beograd; prim. dr. J. Hribar, Maribor; prim. dr. I. Jenko, Ljubljana; prim. dr. L. Ješe, Ljubljana; dr. J. Kallay, Ljubljana; prim. dr. M. Kamin, Studenec; prof. dr. E. Kanský, Ljubljana; prof. dr. Fr. Kogoj, Zagreb; prof. dr. A. Košir, Ljubljana; prim. dr. A. Kunst, Ljubljana; prim. dr. B. Lavrič, Ljubljana; prim. dr. L. Merčun, Ljubljana; prim. dr. V. Meršol, Ljubljana; dr. F. Mikič, Zagreb; doc. dr. A. Pehani, Ljubljana; prim. dr. J. Pogачnik, Ljubljana; dr. I. Tavčar, Ljubljana; kot urednik Evgenike pa doc. dr. B. Škerlj.

Jezikovno korekturo večine člankov je prevzel g. prof. Ivan Škerlj. Na ta način bomo polagoma spravili v red tudi to vprašanje.

POZIV

Od raznih strani sem bil opozorjen, da skupina ljubljanskih tovarišev snuje svoj lastni zdravniški list. Ni mi sicer znano, v kakem stadiju se nahaja ta zadeva, vendar pa mislim, da je radi stvari same potrebno, da zavzamemo napram njej takoj svoje stališče.

Slovenski zdravniki do leta 1929 sploh niso imeli svojega lista. Potem je bil ustanovljen Zdravniški vestnik, ki naj bi bil izpolnil v resnici široko zevajočo vrzel. S kakimi in katerimi težkočami se list še danes bori, je znano. Opetovano smo tudi morali ugotoviti, da bo treba posebnih naporov, ako ga hočemo spraviti na oni nivo, ki mu ga vsi želimo. To pa je edino le vprašanje sodelavcev, idealnih in požrtvovalnih sodelavcev na vseh poljih znanstvenega, literarnega in nazadnje še upravno-tehničnega udejstvovanja.

Na anketi decembra lanskega leta so zastopniki vseh slovenskih zdravniških društev in zdravniške zbornice izrekli se-

danjemu uredništvu popolno zaupnico in mu poverili nadaljnje vodstvo lista. V istem smislu se je izrekel občni zbor SZD s pribl. 70 proti trem glasovom (od pribl. 110 članov). Končno pa so se v istem smislu izrekli še zdravniki v odgovorih na vprašalno polo. Ti izrazi zaupanja so mi nalagali dolžnost, da vodim list do nadaljnjega naprej in to vkljub temu, da sem leto za letom pozival kolege, naj si izberejo urednika, ki naj mi odvzame odgovornost za list. Vodstvo Z. v. mi je postalo pravo breme posebno radi preobremenitve z drugim delom ter radi težavnega in v marsikaterem oziru neprijetnega in odioznega administrativnega dela z vso polno materielno odgovornostjo za list. Do danes seninavse moje pozive nihče niti javil niti javno niti privatno. Nihče nistopil na plan in rekel: Dajte mi list, da ga prevzamem, vodim in dvignem!

Pojava novega lista, v katerikoli obliki bi tudi izhajal, pomeni cepljenje sil, namesto koncentracije, pomenila pa bi najbrže tudi razcep med zdravniki v najmanj dva tabora. Namesto združitve razdor, namesto procvita propadanje.

Tega ne more nihče želeiti, ki mu je pri srcu usoda Zdravniškega vestnika in slovenske medicine sploh. O tem naj se izjavijo kompetentnejši. Jaz ne morem drugega, kot da s tem še enkrat pozivljam vsa slovenska društva, da naj najkasneje do 30. septembra 1938 izvolijo urednika, ki naj prevzame nadaljnje vodstvo, to je uredništvo in upravo lista z vso materielno in moralno odgovornostjo. Ako se to ne zgodi, tedaj bo Zdravniški vestnik nehal izhajati s koncem tega leta. Za svojo osebo lahko izjavljam, da sem storil več kot svojo dolžnost.

Urednik.

Z novim letnikom imamo zaznamovati izredno naraščanje naklade našega lista za skoraj sto izvodov. Kolegi, ki so v prvih letih Vestnik vrnili in so bili črtani iz seznamov prejemnikov, so sedaj list skoraj brez izjeme obdržali. Ponoven dokaz, da si Vestnik pridobiva zaupanje.

Naše čitatelje bomo v bodoče informirali o vseh važnejših dogodkih na univerzah v Zagrebu in Beogradu. Službo dopisnikov sta prevzela iz prijaznosti gg. cand. med. Herbert Hawlina za Zagreb in cand. med. Ivan Zidanič za Beograd.

Z novim letnikom se tiska Vestnik z manjšimi črkami, obenem pa bo tisk gotovo boljši, odkar je naša tiskarna opremljena z najmodernejšim stavnim strojem. Novi letnik bo pa radi manjšega tiska imel tudi na videz nekoliko manjši obseg. V resnici pa po vsebini ne bo zaostal za prejšnjimi letniki.

POPRAVI!

V našo notico o referatnem sestanku Prirodoslovnega društva se je vrinila pomota. Poleg prof. dr. Koširja sta na tem sestanku sodelovala še docenta dr. Kline in dr. Cholewa.

V članku **dr. Černiča** v Zdr. v. 1938/2. stran 78. vrsta 1. manjka „ne“, torej: „ki se mene **ne** tiče.“

V vrsti 3. se mora glasiti pravilno: „pišemo ali govorimo ali po starem o **pljučnih polovicah** ali po načinu novotarjev o **pljučnih polah** ali po onem novolarčkov o **pljučnih polah**.“

Na isti strani v 17. vrsti od zdolaj je pravilno **Schmieden**.

Na strani 79. v 14. vrsti od zdolaj mora stati mesto svojega **mojega**, in v zadnji vrsti mesto **Petiologije** **Aetiologije**.

Z obžalovanjem smo ugotovili, da je dr. Černičev članek „Naše zdravniško poslanstvo in novi stanovski red“, ki je izšel v štev. 8—9/37 pomotoma izostal iz skupnega kazala za IX. letnik.

PO ZAKLJUČKU REDAKCIJE

Ko se je nahajala ta številka že v stroju, je urednik prejel od SZD prepis dopisa, ki ga je poslala skupina zdravnikov ljubljanske bolnice temu društvu. V svojem dopisu izjavlja ta skupina, ki jo sestavljajo gg. dr. O. Bajc, Sl. Prevec, Sl. Rakovec, H. Heferle, I. Marinčič, B. Breclj in R. del Cott, da namerava izdajati strokovno glasilo v Ljubljani, ev. pa tudi prevzeti Zdravniški vestnik.

To kot dodatek gornjemu pozivu v zadnjem hipu sporočamo vsem tovarišem

Urednik

ZA TISKOVNI SKLAD SO PRISPEVALI:

Po din 100.—: Dr. Fajdiga B., Kranj, dr. Arnšek A., Hrastnik, dr. Pavlič I. Novo mesto, dr. Kukovec K. Maribor; po din 80.—: Dr. Valič V., Preddvor, dr. Hammerschmidt E. Ljubljana; po din 50.—: Dr. Mejač L. Lož, dr. Kraigher L. Ljubljana, dr. de Reggi Novo mesto, dr. Ramšak - Stuhec M. Črna, dr. Vidmar D. Krško, dr. Pavlin J., Krmelj, dr. Haring L., Ljutomer, dr. Černe J. Slov. Bistrica, dr. Repič F., Planina; po din 30.—: Dr. Skof M., Rajhenburg, dr. Orel V., Litija, dr. Savinšek B., Topolšica, dr. Demšar D., Kranj, dr. Treo E., Rog. Slatina, dr. Benedičič F., Senovo, dr. Volbank J., Kr. gora, dr. Dereani C., Trebnje, dr. Kocijančič V., Skofja Loka, dr. Göstl F. Ljubljana. Hvala!

Seznam zaključen 30. IV. 1938.

OPOZORILO

Gg. kolege prosimo, da nam vedno pravočasno javijo event. spremembo svojega naslova, s čemur odpadejo neredno prejemanje lista in poznejše reklamacije.

OPTONICUM „Merck“

za regeneracijo krvi in pospešeno zdravljenje.

Posebno učinkovit, ker vsebuje močno koncentriran izvleček jeter, železa in bakra.

Orig. steklenice

E. MERCK — DARMSTADT

Zastopstvo:

Mr. dr. Neumann, Zagreb, Mošinska ulica 14



Jugoslavenko SIEMENS D. D., Odeljenje za medicinsko tehniko
Tyrševa cesta 1a/II. LJUBLJANA Tyrševa cesta 1a/II.

Zastopstvo za Slovenijo:
Ljubljana, Tyrševa 1a/II., Telef.
2102 (Wellej) in Ljubljana,
Tyrševa 35a, T. 4873 (Roblek)

Röntgen-naprave v vseh izvedbah; Diatermijski in ultrakratko-valovni aparati; splošna elektromedicina. Kompletna dentalna oprema in dentalne potrebščine. Celotna oprema za operacijske dvorane, laboratorije, praktičnega zdravnika. Mikroskopi, mikrotomi, projekcijski aparati; veterinarska oprema

VSEBINA:

	Stran
Dr. Prevc Slavko: Nekaj novih naziranj o očesni tuberkulozi . . .	89
Doc. dr. Ivan Matko: Patogeneza in terapija aligurije	97
Ph. Mr. Damaška R.: Prednosti magistralnega ordiniranja zdravil . .	102
Dr. Robert Neubauer: 15-letnica zdravilišča ruskega Rdečega križa na Vurbergu	109
Arh. Ivan Zupan: Dom zdravnika	111
STANOVSKI VESTNIK	
Dr. Zvonko Šuštaršič: K osnutku nove zdravniške uredbe	113
Iz medicinskih časopisov: Periodica	115
Jugoslavica	116
Therapeutica	117
Nove knjige	118
Kongresi	120
Pozivi	121
Drobne novice	121
Iz uredništva	122

Mali oglasi

DR. FRANJO KOLTERER

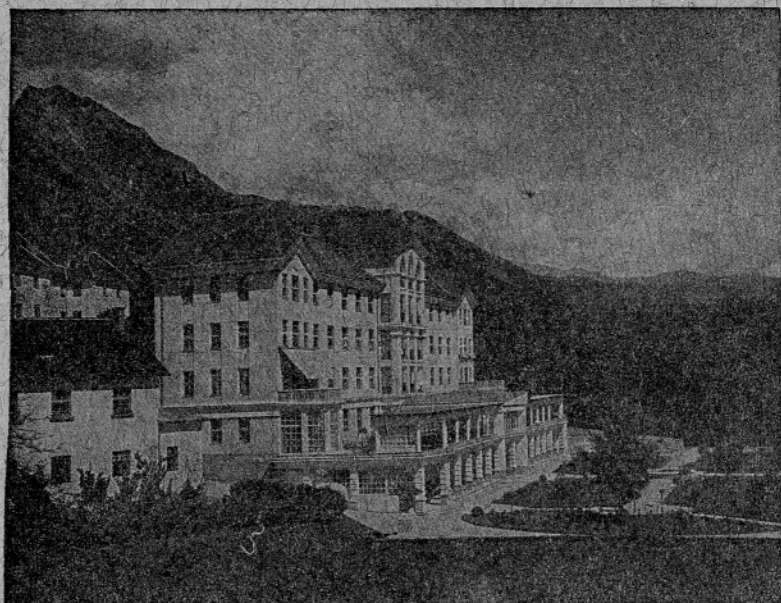
kopališki zdravnik in specialist za balneoterapijo, ordinira — kakor vsako leto — v Rogaški Slatini.

ZOBNI ATELJE

kompletno opremljen se ugodno proda, oziroma odda v najem. Ponudbe pod šifro „Gorenjsko“ na oglasni oddelek lista.

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 diagnostični pripomočki na razpolago! — Higienično-dietetično 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.

HOGIVAL

„SANABO-KAŠTEL“

Injekcije po 100 internac. jedinica Tablete po 500 ali 1500 internac. jedinica

V vodi topljivi koncentrirani seksualni hormon, vezan
na ostale substance ovarijske i dozorelega folikla**Indikacije:** Pri funkcionalnim motnjama i izpadu funkcije ženskog genitalnog
aparata s spremljajućim pojavama (amenoreja, oligo-opsomenoreja, poliprotome-
noreja, metroragije, klimaks, menopauza po histerektomiji, teškoće po spon-
tano nastopivši menopauzi)

PITUISAN

„SANABO-KAŠTEL“

1 ccm = 10 internac. jedinica

SIGURNO SREDSTVO ZA POPADKE, USTANOV. PO MEDNAR. STANDARDU

Ampule z 1,1 ccm i 0,5 ccm u škatljah po 3 i 6 ampul.

NOVURIT „KAŠTEL“

tkivni diuretikum živega srebra

EDINI DIURETIKUM V DVEH OBLIKAH

NOVURIT-INJEKCIJE (škatlje s 5 i 10 amp. po 1 ali 2 ccm)

NOVURIT-SUPOZITORIJE (škatlje s 5 supozitorijama)

Dvakrat na teden 1 injekciju ali 1 supozitorij