

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

KEMIKA D.D. ZAGREB

dovoljuje si priporočati svoje preizkušene preparate, posebno pa sledeče:

Kalmopyrin

Kalcijeva sol acetilosalicilne kisline.

Izpopolnjen preparat salicila!

Izborni antirheumaticum, antipyreticum in analgeticum

Topljiv v vodi; se lahko predpisuje v infuzih in dekoktih

Tabl. po 0,5 g. in prašek za recepturo.

Acitophosan

spoj ekvimolekul. delov phenylchinolinkarbonske in acetlo-salicilne kisline (tablete in prašek).

Združuje in potencira učinek svojih dveh komponent in je suvereno, hitro in zanesljivo učinkujoče sredstvo pri vseh revmatičnih in drugih boleznih infekcijskega izveta. Učinkuje poleg tega analgetično. Specifično sredstvo zoper gripo.

Za energičnejšo in hitrejšo terapijo priporoča se

Tophosanyl pro inject. intraven. (sive intramusc.)

Neotophosanyl (v raztopini grozdnega sladkorja).

Učinkuje promptno in zanesljivo brez postranskega učinka.

Za perkutano zdravljenje revmatizma, neuralgije, pleuritid, blagovolite predpisovati naše zanesljive in promptno učinkujoče preparate:

Alexipon Vsebuje etilni ester acetilosalicilne kisline, dobro se rezorbira in hitro učinkuje, nima neprijetnega duha.

Alexipon comp. Vsebuje potencirani učinek in prekaša vsa dosedaj znana perkutana sredstva.

Naslov uredništva in administracije:

Dr. R. Neubauer • Golnik.

VSEBINA:

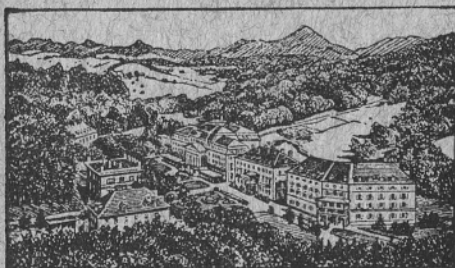
	Stran
Dr. I. Jenko in dr. B. Merljak:	Nekaj statistike o uporabi in učinku chinina in Solvochina (Kemika) pri pljučnicah
Prof. dr. F. Kogoj:	Racijonalna terapija sifilide
Prof. V. Čepulič:	Hans Much 1880—1932
Dr. R. Neubauer:	Ob 10-létnici zakona o zavarovanju
Dr. A. Schweitzer-X:	Prinos k zdravljenju bronhijalnih obolenj
Iz zdravniških društev	
Vprašanja in odgovori	
Nove knjige	
Drobne novice	
Iz uredništva	
	49
	59
	72
	73
	79
	82
	83
	83
	86
	88

Rogaška Slatina

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

3

ZDRAVILNE
VRELCE:



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

Gospodje tovariši!

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

Cardiazol-Chinin «Knoll»

Kod pneumonije,

bronhopneumonije, gripozne pneumonije, lobarne pneumonije

u početku 1—3 puta na dan intramuskularno po 1 ampulu, a kasnije se daje 3 puta dnevno po 1 bobica.

Kod bronhitisa, gripe

2—3 puta dnevno po 2—3 bobice; a takodjer i za profilaksu. Prema potrebi 1 ampulu.

Kod primarne slabosti trudova,

osobito u prvom razdoblju (otvorenje), kod preranog puknuća mjehura, febrilnog pometa

svakog sata po 1 bobicu, do najviše 4 bobice. Parenteralno: 3 ampule u razmacima od 20—40 minuta.

Kod hiperkineza srca,

paroksizmalne tahikardije, ekstrasistoličke aritmije, prenapetosti srca

2—3 puta dnevno po 2—3 bobice, odnosno jedan do više puta dnevno po 1 ampulu.



Cardiazol-Chinin-Bohnen »Knoll«. Orig. pakovanje sa 20 bobica. Jedna bobica sadržaje 0,05 g Cardiazola + 0,1 g Chinin. hydrochloric.

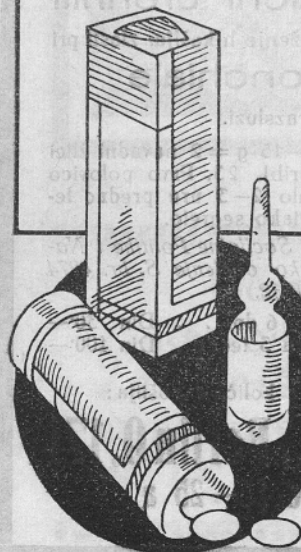
Cardiazol-Chinin-Ampullen »Knoll« po 1,1 ccm. Orig. pakovanje sa 5 ampula.

1 ccm sadržaje 0,1 g Cardiazola + 0,25 g Chinin. lact.

Glavni zastupnik za Jugoslaviju: Mr. DRAŠKO VILFAN, Zagreb, Ilica 204.

KNOLL A.-G.

Kemičke tvornice, LUDWIGSHAFEN am Rhein.



ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO IN ADMINISTRACIJA: DR. R. NEUBAUER — GOLNIK

Štev. 2.

28. februarja 1933.

Leto V.

Z internega oddelka obče državne bolnice v Ljubljani.

Nekaj statistike o uporabi in učinku chinina in Solvochina (Kemika) pri pljučnicah.*

Šef-primarij **Dr. Ivan Jenko** in **Dr. Boža Merljak**, sekundarij

Sistematični pregled zdravljenja in poteka bolezni pri 104 slučajih pneumonije, ki so prišli leta 1931. na interni oddelek obče drž. bolnice v Ljubljani, nam prikazuje jako zanimive rezultate. Pomembni so ti rezultati zlasti za praktične zdravnike, kajti oni so običajno prvi poklicani k bolnikom s pljučnico in prav pri tem obolenju se je izkazalo, kako važno je, s katerim sredstvom in kateri dan po obolenju začnemo zdravljenje. Razveseljivo je, da se je v zadnjih letih izkazal kinin skoro specifičnegae proti pljučnici, treba pa je poudariti, da velja tudi zanj pravilo: čim prej ga apliciramo, tem uspešnejše je njegovo delovanje. Videli smo namreč, da je bil potek bolezni v onih slučajih, izredno mil ko smo ubrizgali kinin že prvi dan obolenja. Bolniki so bili že po drugi, včasih celo že po prvi injekciji subjektivno — in kar je važnejše — tudi objektivno mnogo bolji. Natančnejša presoja poteka bolezni pri onih bolnikih kateri so prišli takoj prvi dan v bolnico je težka, ker so ti slučajji razmeroma malo številni. Na naš oddelek je prišlo od 104 bolnikov prvi dan 7, drugi dan tudi 7, tretji 15, četrti 10, peti 8, vsi ostali so prišli, ko so bolehal že po cel teden ali pa še več ter je bilo kolikortoliko oslABLJENO že tudi srce.

Statistični pregled nam pojasnjuje, zakaj je za naš narod ogromne važnosti, kakšen naj bo način zdravljenja pljučnice, ki je pri nas običajno bolezen delavskih in kmetijskih slojev, to je ljudi, ki tvorijo večino naroda. Od vseh 104 slučajev pneumonije, zdravljenih na internem odd., odpade namreč 84 na delavce, delavke in kmete, ostalih 20 pa na zasebnike, uradnike, poduradnike in trgovce. Prav gotovo česče obolijo za pneumonijo ljudje, ki morajo opravljati težko telesno delo, zakaj ravno med njimi obstojajo življenske prilike, ki pripravljajo ugodna tla za nastop in razvoj te bolezni. Večkrat se ponavljajoče epidemije med siromašnimi sloji, so dovedle do trditve nekaterih zdravnikov da je krupozna pneumonija kužna

*) Članek je namenjen za jubilejno številko Z. V.

bolezen v strogem pomenu besede. Danes vemo, da to mnenje ni povsem pravilno, marveč da moramo iskati vzrok omenjenih epidemij v nehygien-skih, včasih naravnost obupnih bolnikovih življenjskih prilikah in da so baš nezadostna hrana ter slaba stanovanja ono, kar pospešuje razvoj bolezen-skih klic.

Kljub temu pa bo glavno, kar odloča o uspehu terapije telesna kon-stitucija bolnika. Nepotrebno bi bilo povdarjati, kako veliko vlogo igrata pri bolnikih s pljučnico srce in starost. Poleg vseh že navedenih momen-tov igra pri razvoju in poteku krupozne pneumonije še zelo važno vlogo takozvani genius epidemicus. Iz patološko-fizioloških opazovanj se je ro-dilo spoznanje, ki ga je izrazil Jochmann v stavku: „Vsaka krupozna pneu-monija je bakterijemija s posebnim nagnenjem do ugnezdenja v pljučnem tkivu.“ Ta trditev je vredna globokega vpoštevanja, ker nam olajša razume-vanje komplikacij in metastaz, ki tako pogosto nastopajo pri tej bolezni. Po tej tezi nam postane razumljivo, da pride do celih epidemij, ko ne napade ta bolezen samo pljuč, ampak tudi druge organe. Nič redkega niso pri krup. pneumonijah komplikacije s strani ledvic, srca, perikarda, mo-žganskih open in vseh ostalih seroznih membran.

Prav posebnega pomena bo zdravljenje bolezni, ki v tako veliki meri zedene ravno delavni del naroda. Za vsakega zdravnika zlasti pa tudi za one okr. urada bo važno, da prično že v začetku bolezni — morda ko ob-stoja šele sum na pneumonijo — z onim načinom zdravljenja, ki najhi-treje in najsigurneje dovede do zboljšanja.

Naša opazovanja so dokazala, da je izmed vseh medikamentov, ki so bili preizkušeni na internem oddelku, dal še največ uspehov chinin. Poleg kininske terapije, ki jo smatramo naravnost za kavzalno, pa je potrebno še vse ostalo zdravljenje, zlasti pa podpiranje srca.

O terapiji krupozne pneumonije s kininom hočemo razpravljati, ker je dejstvo, da ga zdravniki v naših krajih še zelo malo uporabljajo, dočim ga v našem oddelku že več let cenimo kot specifično zdravilo proti pljuč-nici. Rabili smo ga že leta 1926, toda samo sporadično, zadnja leta pa zdravimo pljučnico s kininom sistematično.

Pričujoči slučaji naj bodo dokaz za upravičenost našega naziranja:

Sl. 1. Delavec, 40 l.; Pneumonia croup. dex. tot., prišel v bolnico 1. dan obolenja; prejel 1. injekcijo Chinin. mur. (1,0x3x2) takoj, temp. padla po 20 dneh; abscessus reg. femoral. sin. Po injekciji Ch. m. lažje diha, temp. ostane visoka tudi še po krizi. Takoj po inciziji abscesa temp. pade. Zboljšan odpuščen.

Sl. 2. Bajtar, 75 l.; Pneum. croup. 1. sup. dex. V bolnico 3. dan obo-lenja, takoj injekcije Ch. m. (1,0x2). 3. dan po prihodu kljub kardiakom kolabira srce. Exitus.

Sl. 3. Delavec, 19 l.; Pneum. croup. 1. inf. dex. V bolnico 3. dan obolenja. Takoj injekcije Ch. m. (0,5x3). Tem. padla po 7 dneh. Po 3. inj. začne močno kašljati, izpljuje veliko gnojnih mas, srce treba podpirati s Strophanthinom še po krizi. Ozdravljen.

Sl. 4. Krojač, 19 l.; Pneum. croup. l. med. dex. Abscessus pulm. V bolnico peti dan obolenja, 2. dan po prihodu inj. Ch. m. (1,0x3x2) Temp. padla 31. dan. Temp. ostane visoka po prvih injekcijah. Bolnik propada. Po 1 mesecu bivanja v bolnici se pokaže klin. in rtg. absces namesto pneumonije. Ponovno inj. 1,0x3Ch. m., nakar nastopi velika ekspektoracija. 2 mes. po obolenju izvršena phrenicoexhairesis dex., apliciran pneumoth. artef. Bolnik afebrilen. 10 tednov po prihodu zdrav odpuščen. Pri kontrolnem pregledu čez mesec dni ni najti na pljučih izprememb.

Sl. 5. Sluga, 34 l.; Pneum. croup. l. inf. sin. V bolnico tretji dan obolenja, takoj inj. Ch. m. (1,0x3), temp. padla 5. dan, kriza nastopila kritično. Ozdravljen.

Sl. 6. Kurjač, 67 l.; Pneum. croup. sin. tot., v bolnico 21. dan obolenja, že ob prihodu zelo slabo srce, takoj inj. Ch. m. (0,5x3), klin. slika potrahirane pneumonije, stalno visoka temp. Exitus.

Sl. 7. Invalid, 62 l.; Pneum. croup. l. sup. dex., v bolnico 6. dan obolenja. Takoj inj. Ch. m. (0,5x3). Temp. padla 2. dan, Po krizi nenadoma kolabira srce. Kljub kardijakom exitus.

Sl. 8. Vajenec, 15 l.; Pneum. croup. l. sup. dex., V bolnico 7. dan obolenja, takoj inj. Ch. m. (0,5x3), temp. pade 5. dan, 8. dan se razvije Pleuritis exs. dex. Ozdravljen.

Sl. 9. Vajenec, 16 l.; Pneum. croup. l. med. dex., V bolnico 5. dan obolenja. Takoj inj. Ch. m. (0,5x3), temp. stalno visoka, 11. dan Pleuritis exs. dex. Ozdravljen.

Sl. 10. Posestnik, 22 l.; Pneum. croup. bil. Absc. paranephrit. V bolnico 2. dan obolenja, takoj inj. Ch. m. (0,5x3), temp. visoke, nadaljni potek bolezni neznan, ker vzamejo domači proti reverzu bolnika iz bolnice.

Sl. 11. Delavec, 22 l.; Pneum. croup. l. med. dex. V bolnico 8. dan obolenja, 2. dan po prihodu inj. Ch. m. (0,5x3), po 1. inj. pade temp. pod 38°C, bogata ekspektoracija, lažje dihanje. Kriza 11. dan. Pleuritis exs. dex. Ozdravljen.

Sl. 12. Del., 50 l.; Pn. cr. sin. bas. V bolnico 8. dan obolenja, dobi 3. dan do prihodu inj. Ch. m. (1,0x3), že po 1. inj. pade temp. na 37,5°C ter se ne dvigne več preko 38,5°C. Kriza 3. dan. Ozdravljen.

Sl. 13. Posestnik, 45 l.; Pn. cr. tot. dex. V bolnico 4. dan obolenja, takoj inj. Ch. m. (0,5x3), že po 1. inj. popusti cijanoza, temp. pade pod 38,4°C, 3. dan kriza. Ozdravljen.

Sl. 14. Mehanik, 17 l.; Pn. cr. l. med. dex. V bolnico 4. dan obolenja, takoj inj. Ch. m. (0,5x3), 5. dan kritičen padec temp., 9. dan Pleuritis exs. dex. Ozdravljen.

Sl. 15. Del., 50. l.; Pn. cr. l. sup. et inf. dex. V bolnico 3. dan obolenja, že ob prihodu zelo slabo, srce, dobiva inj. Ch. m. (1,0x3) in vsa razpoložljiva kardijaka. Temp. stalno visoka. Exitus.

Sl. 16. Posestnik, 50 l.; Pn. cr. l. inf. sin. Cirrhos. hep. Pripeljan nezavesten, anamneza nemogoča. takoj inj. Ch. m. (1,0x3) brez uspeha, Exitus.

Sl. 17. Del. 26 l.; Pn. cr. sin. bas. V bolnico 4. dan obolenja, takoj inj. Ch. m. (0,5x3), že po 2. inj. pade temp. na 37,5°C ter se ne dvigne višje. 8. dan kriza. Ozdravljen.

Sl. 18. Mestni rev., 47 l.; Pn. cr. l. sup. dex. Ephys. pulm. V bolnico 10. dan obolenja, takoj inj. Ch. m. (0,5x3), nakar nastopi olajšanje dihanja, dočim ostane temp. visoka. Exitus.

Sl. 19. Del., 31 l. Pn. cr. sin. tot. V bolnico 7. dan obolenja, takoj inj. Ch. m. (0,5×3), temp. ostane visoka. Phlegm. reg. fem. dex. 20. dan, po inciziji abscesa, ki se razvija na mestu inj. pade temp.

Sl. 20. Del. 34 l.; Pn. cr. dex. bas. U bolnico 5. dan obolenja, takoj inj. Ch. m. (0,5×3), že po 2 inj. subfebrilen. 3. dan kriza, ozdravljen.

Sl. 21. Trg. 28. l. Pn. migr. dex. V bolnici 5. dan obolenja, takoj inj. Ch. m. (0,5×3), klin. popustijo znaki pneumonije po 1 tednu, temp. visoka, Phlegm. reg. dex. Po inciziji pade takoj temp. Ozdravljen.

Sl. 22. Sluga, 31l.; Pn. cr. sin. bas. V bolnici 5. dan obolenja, takoj inj. Solvochina (0,0×3), po 3. inj. popusti cijanoza, dihanje lažje, brez bolečin, temp. pod 38° C, kriza 7. dan. Ozdravljen.

Sl. 23. Mest. rev. 81 l.; Pn. cr. l. sup. dex. Myodegen. cord. V bolnico 14. dan obolenja, 3 dan po prihodu inj. Solvochin (0,3×3), že ob prihodu delirira, srce zelo slabo, temp. stalno visoka. Exitus.

Sl. 24. Del., 19 l.; Pn. cr. l. sup. dex. V bolnico 4. dan obolenja. 2. dan prihodu inj. Ch. m. (0,5×3), Po Chininu lažje diha. se subj. zelo dobro počuti, 5. dan nastopi litično kriza, 2. dan po krizi se dvigne temp. na 39° C, abs. reg. fem. sin. Takoj po inciziji pade. Pleurit. exs. dex. Ozdravljen.

Sl. 25. Del. 21 l.; Pn. cr. l. inf. sin. V bolnico 5. dan obolenja. Dobi takoj inj. Solvochina (1, 0×3), po 1. inj. pade temp. od 40° C na 38,1° C. Do krize — 7. dan — se giblje med 37,5° C do 38,5° C. 3 dni po krizi doseže ponovno 39° C. Še isti dan izvsena P. p. th. sin. pokaže serozen eksudat. Ozdravljen.

Sl. 26. Pleskar, 33 l.; Pn. cr. l. inf. sin. V bolnico 5. dan obolenja. Takoj inj. Solvochina (1, 0×3), že po 1. inj. pade temp. od 40,2° C na 37,5° C. Pomnoži se ekspektoracija, dihanje postane lažje. 4. dan kriza. 10. dan po krizi Pleurit. exs. sin. Ozdravljen.

Sl. 27. Dainar, 21 l.; Pn. cr. l. inf. sin. V bolnico 5. dan obolenja. Takoj inj. Solvochina (1, 0×3), bogata ekspektoracija po 2. inj., tem. stalno pod 38° C. Kriza 5. dan. 1 teden po zadnji inj. se razvije abs. reg. fem. 3. teden po začetku bolezni premeščen na otol. odd. radr; Otitis. med. pur. Ozdravljen.

Sl. 28. Kočar, 52 l. Pn. cr. bil. migr. V bolnico 6. dan obolenja. Takoj inj. Solvochina (1, 0×3), po 2. inj. ostane temp. pod 38° C. Bolnik zelo veliko izpljuje. Kriza. 4. dan potem se temp. ponovno dvigne, na pljučih se pokaže novo pneumonična žarišča.

Sl. 29. Del. 22 l.; Pn. cr. l. med. dex. V bolnico 1. dan obolenja, 2 dan po prihodu inj. Solvochina (1, 0×3), od 2. inj. dalje ne doseže več temp. 38° C, dihanje lažje, 3. dan nastopi litično kriza. Ozdravljen.

Sl. 30. Dninar, 71 l.; Pn. cr. l. sup. dex. V bolnico 8. dan obolenja. 2. dan po prihodu inj. Solvochina (1, 0×3), od 1. inj. dalje temp. stalno pod 38° C, 4. dan nastopi litično kriza, kasneje se temp. ponovno dvigne radi abscessus reg. fem. sin. Takoj po inciziji pade. Ozdravljen.

Sl. 31. Ključ. pom., 16 l.; Pn. cr. l. inf. sin. V bolnico 5. dan obolenja. Takoj na inj. Solvochina (1, 0×3), že po 1. inj. pade temp. na 37,5° C ter se ne dvigne višje. Dihanje postane mirno, cijanoza manjša. kriza 3. dan. Ozdravljen.

Sl. 32. Del., 58 l.; Pn. cr. l. inf. dex. V bolnico 4. dan obolenja, 2. dan po prihodu inj. Solvochina (1,0x3), ves čas subfebrilen, Solvochin pomnožuje expokt. na temp. ne vpliva, v družini več slučajev tbc. Zboljšan odpuščen.

Sl. 33. Tesar, 31 l.; Pn. cr. l. inf. dex. V bolnico 11. dan obolenja. 2. dan po prihodu inj. Solvochina (1,0x3), temp. pade litično že po 2. inj. bogata expekt. Ozdravljen.

Sl. 34. Del., 59 l.; Pn. cr. l. inf. dex. V bolnico 5. dan obolenja. Takoj inj. Solvochina (1,0x1). 2. dan po prihodu v bolnico kolabira srce kljub vsem razpoložljivim kardijakom. Exitus.

Sl. 35. Sluga, 65 l.; Pn. cr. l. med. dex. Myodeg. cord. Pneumonia se razvija v bolnici 11. dan po prihodu. Dobi takoj inj. Ch. m. (0,5x3). po inj. pade temp. 37,4° C. 4. dan po razvoju pneumonije litičen padec temp. Ozdravljen.

Sl. 36. Hlapec, 28 l.; Pn. cr. l. inf. sin. V bolnico 3. dan obolenj. Takoj inj. Ch. m. (1,0x3), po 2. inj. se počuti subj. zelo dobro, cijanoza popusti, diha lažje, temp. ostane do krize — 4. dan — po 1. inj. visoka. Ozdravljen.

Sl. 37. Del., 21 l.; Pn. cr. migr. V bolnico 2. dan obolenja. Takoj inj. Ch. m. (1,0x3x2). Po inj. temp. ne pade, ker se pojavljajo vedno nova žarišča. Šele, ko dobi ponovno (1,0x3) Ch. m. nastopi 17. dan kriza. Odpuščen zboljššan.

Sl. 38. Ključ, 34 l.; Pn. cr. l. inf. sin. V bolnico 1. dan obolenja. Takoj inj. Ch. m. (1,0x3), 5. dan litičen padec temp., nadaljni potek bolezni ni znan, ker zapusti bolnik oddelek. 6. dan po prihodu zboljššan.

Sl. 39. Obč. revež, 68 l.; Pn. cr. l. sup. et inf. dex. V bolnico 4. dan obolenja. Takoj inj. Ch. m. (1,0x3), 4. dan po prihodu kolaps srca. Exitus.

Sl. 40. Usnjar, 49 l.; Pn. cr. l. sup. dex. Tromphleb. crur. utriusq. V bolnico 10. dan obolenja, dobi 2. dan po prihodu Ch. m. (1,0x3), istočasno s pneumonijo se razvije tromphlebitis. Zato ni mogoče spoznati vpliva chinina na temp. 4. dan obolenja nastopi Icterus, ki traja 7 dni. Temp. pade 16. dan. Odpuščen zboljššan.

Sl. 41. Del., 18 l.; Pn. cr. l. med. dex. V bolnico 1. dan obolenja, dobi 2. dan Ch. m. (1,0x3), po 1. inj. pade temp. na 37,0° C ter se ne dvigne več. Kriza 4. dan. Ozdravljen.

Sl. 42. Del., 60 l.; Pn. cr. l. med. dex. V bolnico 1. dan obolenja, 2. dan inj. Ch. m. (1,0x3), litičen padec temp. že po 2. inj. Ves potek bolezni zelo mil. 6. dan po prihodu afebrilen. Ozdravljen.

Sl. 43. Dninar, 20 l.; Pn. cr. l. med. dex. V bolnico 4. dan obolenja, 2. dan inj. Ch. m. (1,0x3), po 2. inj. se ne dvigne več temp. preko 38° C, dihanje lažje, cijanoza manjša, kriza 4. dan. Ozdravljen.

Sl. 44. Trg. potnik, 35 l.; Pn. cr. l. med. dex. V bolnico 2. dan obolenja. Takoj inj. Ch. m. (0,5x3), nakar nastopi močna expekt., temp. ostane visoka do 38° C, radi Pleur. exs. dex. Ozdravljen.

Sl. 45. Sin posest., 20 l.; Pn. cr. l. sup. dex. V bolnico 3. dan obolenja. Takoj inj. Ch. m. (1,0x3), po 3. inj. pade temp. pod 38° C dihanje lažje, cijanoza manjša, subj. se počuti zelo dobro, kriza 4. dan. Ozdravljen.

Sl. 46. Posestnik, 31 l.; Pn. cr. centralis. V bolnico 14. dan obolenja. Takoj inj. Ch. m. (1,0x3), temp. stalno do 36° C, Chinin olajša dihanje. V družini več slučajev tbc. Odpuščen zboljššan.

Sl. 47. Tesar, 44 l.; Pn. cr. l. inf. sin. V bolnico 14. obolenja. 2. dan dobi inj. Solvochina (0,5x3), že ob prihodu v bolnico znaki Pleur. ex. sin. Po inj. popusti cijanoza, 5. dan pade temp. pod 38° C. Zboljššan.

Sl. 48. Del., 20 l.; Pn. cr. sin. tot. V bolnico 6. dan obolenja. Takoj inj. Solvochina (0,5x3). Po 1. inj. pade temp. na 37,5° C ter ostane na tej višini do krize, ki nastopi 2. dan. Ozdravljen.

Sl. 49. Del. 39 l.; Pn. cr. l. inf. dex. V bolnico 5. dan obolenja. Takoj inj. Solvochina (0,5x3), po 2. inj. pade temp. pod 38° C, 6. dan kriza, potrebna so kardijaka. Ozdravljen.

Sl. 50. Del., 44 l.; Pn. cr. dex. total. V bolnico 14. dan obolenja. Že ob prihodu zelo slabo srce. Dobi takoj kardijaka in inj. Solvochina (0,5x3), nakar izgine cijanoza, temp. pade pod 38° C, obilna expectoracija, 5. dan kriza. Ozdravljen.

Sl. 51. Hlapec, 21 l.; Pn. cr. l. med. et sup. dex. V bolnico 4. dan obolenja. Takoj inj. Ch. m. (0,5x3x2), temp. do krize visoka, ker se razvijajo vedno nova pneum. žarišča, na ponovne inj. Chinina pade temp. pod 38° C, 7. dan kriza. Ozdravljen.

Sl. 52. Tesar, 20 l.; Pn. cr. l. med. dex. V bolnico 3. dan obolenja. Takoj inj. Ch. m. (1,0x3), po 3. inj. pade temp. pod 38° C, kriza 4. dan. Ozdravljen.

Sl. 53. Sin posestnika, 5 l.; Pn. cr. l. sup. dex. V bolnico 3. dan obolenja. Chinin preparatov ni dobival. Ozdravljen.

Sl. 54. Služkinja, 20 l.; Pn. cr. l. sup. sin. V bolnico 9. dan obolenja. Dobi 3. dan po prihodu inj. Solvochin (1,0x3). Takoj po 1. inj. pade temp. na 37,5° C, višje se ne dvigne več. Kriza 3. dan po inj. Ozdravljen.

Sl. 55. Delavka, 53 l.; Pn. cr. l. inf. sin. V bolnico 2. dan obolenja. Takoj inj. Cs. m. (0,5x2), že ob prihodu zelo slabo srce, močna kardijaka in Chinin brez vpliva. Exitus.

Sl. 56. Posetnica 69, l.; Pn. cr. l. inf. dex. Marasmus. Ves čas v bolnici nezavestna, dobivala samo kardijaka, 4. dan po prihodu exitus.

Sl. 57. Vd. po ključ., 55 l.; Pn. cr. total. dex. V bolnico 8. dan obolenja. Dobi 2. dan po prihodu Ch. m. (0,5x3) po 2. inj. pade temp. pod 38°C, cijanoza postane slabejša, kriza 6. dan. Ozdravljena.

Sl. 58. Žena del., 50 l.; Pn. cr. l. inf. dex. V bolnico 21. dan obolenja. 2. dan po prihodu dobi Ch. m. (1,0x3), kar ostane brez vpliva. Stalno subfebrilna. V družini več slučajev tbc. Odpuščena zboljšana.

Sl. 59. Zasebnica, 63 l.; Pn. cr. l. inf. sin. et l. sup. dex. V bolnico 10. dan obolenja. Že ob prihodu zelo slabo srce, kljub močnim kardijakom 2. dan exitus.

Sl. 60. Dekla, 45 l.; Pn. cr. l. sup. dex. V bolnico 6. dan obolenja. Takoj inj. Ch. m. (1,0x3). Ves klin. potek daje sklepati na tbc. Röntgen pokaže specifične induracije desno bazalno. Ves čas subfebrilna. Odpuščena zboljšana.

Sl. 61. Ž. De., 71 l.; Pn. cr. l. med. dex. et l. inf. sin. Myodeg. cord. Pripeljana 5. dan obolenja umirajoča. Dobivala Strophanthin in druga kardijaka. Exitus.

Sl. 62. Ž. trg. 49. l.; Pn. cr. l. inf. sin. Absc. gl. parotidis. V bolnico 42. dan obolenja. Takoj premeščena na kirg odd. Kinininskih preparatov ni dobivala.

Sl. 63. Boln. sestra, 62. l.; Pn. cr. l. inf. et sup. sin. Vitium cord decomp. V bolnico 2. dan obolenja. Takoj inj. Ch. m. (1,0x3), in močna kardijaka. Že po 1. inj. pade temp pod 38°C, dihanje postane lažje, kriza 13. dan. Odpuščana zboljšana.

Sl. 64. Ž. traf., 27. l.; Pn. cr. l. sup. et med. dex. V bolnico 6. dan obolenja. Takoj inj. Ch. m. (1,0x2), drugi dan po prihodu nenadoma kolaps srca. Exitus.

Sl. 65. Užitarica, 78 l.; Pn. cr. l. inf. dex. Marasmus. Pripeljana v agoniji, dobiva vsa razpoložljiva kardijaka, temp. ne presega 38,0°C, Chinin preparatov ne dobi. Exitus.

Sl. 66. Zasebnica, 74 l.; Pn. cr. l. sup. dex. Marasmus. V bolnico 3. dan obolenja, takoj inj. Ch. m. (0,5x3), kar ostane brez vpliva na temp. Exitus. Obduk. pokaže multipna pneum. žarišča.

Sl. 67. Ž. delavca, 40 l.; Pn. cr. l. inf. dex. V bolnico 8. dan obolenja, ker ni temp. visoka ne dobiva Chinin preparatov. Že ob prihodu znaki Pleur. exs. dex. Ozdravljena.

Sl. 68. Hči posestnika, 23 l.; Pn. cr. l. inf. sin. Kyphoscoliosis. V bolnico 2. dan obolenja, dobi 4. dan po prihodu inj. Ch. m. (0,5x3), pneumonija se razvije iz Influence, bolnica telesno zelo slabotna, Chinin olajša dihanje, na temp. ne vpliva. Exitus.

Sl. 69. Vd. po vozn., 67 l.; Pn. cr. l. inf. dex. Diab. mell. V bolnico 3. dan obolenja. Bolnica odkloni inj. ter 2. dan svojevoljno zapusti bolnico s temp. preko 38°C. Nadaljni potek bolezni je neznan.

Sl. 70. Vd. po ur., 56 l.; Pn. cr. l. inf. sin. V bolnico 1. dan obolenja. Dobi 2. dan po prihodu 1. inj. Ch. m. (1,0x3), po 2. inj. pade temp. na 37,2°C ter se ne dvigne više. 3. dan po 1. inj. afebrilna. Ozdravljena.

Sl. 71. Trgovka, 51 l.; Pn. cr. l. inf. sin. V bolnico 1. dan obolenja. Dobi takoj 1. inj. Ch. m. (1,0x3), temp. pade že po 1. inj. na 37,5°C, 5. dan po inj. kriza, kasneje se temp. ponovno dvigne radi: Absc. reg. fem. dex. Ozdravljena.

Sl. 72. Ž. natak, 30 l.; Pn. cr. l. inf. sin. V bolnico 3. dan obolenja, Dobi takoj 1. inj. Ch. m. (0,5x3), po 2. inj. pade temp. na 37,5°C pri dihanju nima več bolečin, kriza 6. dan. Ozdravljena.

Sl. 73. Ž. posest., 73 l.; Pn. cr. l. med. dex. V bolnico 4. dan obolenja. 3. dan po prihodu dobi 1. inj. Ch. m. (0,5x3), že po 1. inj. pade temp. na 37,2°C ter se ne dvigne više. Kriza 3. dan. Odpuščena zboljšana.

Sl. 74. Žena del., 31 l.; Pn. cr. l. med. dex. V bolnico 3. dan obolenja. Takoj 1. inj. Solvochina (0,5x3), po 2. inj. pade temp. na 37,5°C, višje stopnje ne doseže več. Kriza nastopi litično 5. dan. Ozdravljena.

Sl. 75. Del., 60 l.; Pn. cr. l. inf. sin. Gangr. crur. sin. Erysip. crur. sin. V bolnico 3. dan obolenja, 9. dan po prihodu se razvije pneumonija, dobi takoj 1. inj. Ch. m. (0,5x3), kar ostane brez uspeha. Exitus.

Sl. 76. Vd. po ur., 62 l.; Pn. cr. sin. tot. Polyarth. chr. V bolnico 2. dan obolenja. Že ob prihodu v agoniji. Dobi takoj 1. inj. Solvochina (1,0x3), kar ostane brez vpliva. 5. dan exitus.

Sl. 77. Dekla, 28 l.; Pn. cr. l. med. et inf. dex. V bolnico 5. dan obolenja. Ker ne presega temp. 37,5°C, ne dobi Chinina. Pleur. exs. dex. Ozdravljena.

Sl. 78. Del., 45 l.; Pn. cr. l. inf. sin. Ca. bronch. sin. 11. dan po prihodu v bolnico dobi 1. inj. Solvochina (0,5x3). Temp. stalno visoka, Solvochin brez vpliva. P. p. th. sin.: haemoragičen exudat. Pleur. exs. sin. Exitus. Obduk: Carcinoma bronch. sin., hemoragičen exudat, multipna pneum. žarišča po vseh pljučih.

Nekrupozne pneumonije.

Ženske.

Sl. 1. Delavka, 50 l.; Bronchopn. sin. Tbc. miliaris. V bolnico 14. dan obolenja, dobivala Transpulmin, ki je olajšal dihanje. Exitus.

Sl. 2. Prod., 24 l.; Bronchopn. 1. inf. dex. et sin. Tbc. milaris. V bolnico 7. dan obolenja. Dobi takoj 1. inj. Solvochina (1,0x3), kar ostane brez uspeha. Exitus.

Sl. 3. Učiteljica, 36 l.; Bronchopn. 1. inf. utriusqu., Nephritis chron. V bolnico 6. dan obolenja. 14. dan po prihodu začela dobivati Transpulmin. Temp. ves čas visoke. Abscess. reg. glut. dex. Srce zelo slabo 1½ mes. po obolenju exitus.

Sl. 4. Posestnica, 30 l.; Sepsis puerp. Bronchopn. 1. inf. dex. V bolnico 10. dan obolenja. 25. dan po prihodu dobi 1. inj. Ch. m. (0,5x3), Ko so že septične temp. padle, se razvije pneumonija. 1. inj. Chinina je brezuspešna, po 2. inj. pade temp. pod 37,8° C, cijanoza postane slabejša, 4. dan kriza. Zboljšana.

Sl. 5. Zaseb., 75. l.; Pn. hypost. sin. Cholelithiasis. V bolnico 6. dan obolenja. 23. dan po prihodu dobi 1. inj. Ch. m. (0,5x3), temp. od prihoda dalje stalno visoka. Klin. obstojajo na drugi strani pljuč multipla bronchopn. žarišča. Srce zelo slabo. 4. dan po 1. inj. Chinina kriza. Mesec dni po obolenju exitus. Obd: Cholelithiasis, multipli abscessi v pljučih.

Sl. 6. Dekla, 22 l.; Intoxic. c. acido acet., aspirat. pn. 1. inf. sin. V bolnico 1. dan obolenja. Pneumonija se razvije 8. dan po intoksikaciji. Dobi takoj 1. inj. Solvochina (0,5x3), že po 1. inj. pade temp. pod 38°C, ves čas dobiva močna kardijaka, 11. dan kriza. Odpuščena zboljšana

Sl. 7. Posest., 32 l.; St. p. pneum. Abscessus pulm. dex. V bolnico 28. dan obolenja, že ob prihodu absces v pljučih, ki se ozdravi s konserv. terapijo. Chinina ni dobivala. Zboljšana odpuščena.

Sl. 8. Ž. trg. sluga, 25 l.; Pn. 1. med. et inf. dex. Lues II. V bolnico 8. dan obolenja. Ker ne doseže temp. 38°C, ne dobiva Chinina. 6. dan afebrilna. Ozdravljena.

Nekrupozne pneumonije.

Moški.

Sl. 9. Tehn. priprav., 24.; Ty. abd. Pn. 1. inf. dex. 11. dan po obolenju. Dobi takoj 1. dan inj. Ch. m. (1, 0x3), kar ostane brez uspeha. Exitus.

Sl. 10. Čevljar, 31 l.; Ty. abd. Pn. 1. med. dex. Pneumonija se razvije 5. dan po prihodu v bolnico, Dobi takoj 1. dan Ch. m. (0,5x3.) Chinin brez vpliva na temp. pač pa nastopi po inj. obilna ekspekt. Kriza 7. dan. Ozdravljen.

Sl. 11. Del., 25 l.; Ty. abd. Pn. dex. Pneumonija se razvije 14. dan po prihodu v bolnico. Dobi 20. dan 1. inj. Ch. m. (1,0x3), kar ostane brez uspeha. Exitus.

Sl. 12. Kmet, 36 l.; St. p. pneum. 1. inf. sin. V bolnico 17. po obolenju. Ker je že ob prihodu subfebrilen, ni dobival Chinina. Ozdravljen.

Sl. 13. Del., 48 l.; St. p. pn. 1. inf. et sup. sin. V bolnico 9. dan po obolenju, dobi takoj ob prihodu 1. inj. Solvochina (0,5x3), na kar pade temp. na 37°C ter se ne dvigne višje. Kriza 6. dan. Pleurit. exs. dex. Ozdravljen.

Sl. 14. Pismonoša, 60 l.; St. p. pn. Empyema th. sin. V bolnico 30. dan po obolenju. Takoj ob prihodu pokaže P. p. Th. sin. gnoj. Premeščen na kirg. odd.

Sl. 15. Prosjak, 65 l.; St. p. pn. l. sup. dex. V bolnico 25. dan obolenja. Ker je že ob prihodu subfebrilen, dobiva samo Transpulmin. Odpuščen zboljšan.

Sl. 16. Del., 50 l.; St. p. pn. l. inf. dex. V bolnico 7. dan obolenja. Takoj 1. inj. Solvochina (1,0x3). Kriza 18. dan. Pleur. exs. dex. Odpuščen zboljšan.

Sl. 17. Duhovnik, 66 l.; Pn. hypost. p. resec. genu. Pneumonija se je razvila na kirg. odd. Takoj ob premestitvi na int. odd. dobi 1. inj. Ch. m. (0,5x3). Že 5. dan nastopi kriza. Potrebna so močna kardijaka. Opuščen zboljššan.

Sl. 18. Železn., 70 l.; Pn. hyp. dex. bas. Pneumonija se je razvila v bolnici. Dobiva Transpulmin. Temp. do krize visoka, 14. dan pade. Opuščen zboljššan.

Sl. 19. Dninar, 21 l.; Bronchopn. sin. Tbc. V bolnico 14. dan obolenja, vsled neodločene dijagnoze ni dobival Chinina. Exitus.

Sl. 20. Uradnik, 51 l.; Bronchopn. dex. Tbc. V bolnico 30. dan obolenja, umirajoč. Exitus.

Sl. 21. Zvaničn., 42 l.; Bronchopn. Tbc. V bolnico 21. dan obolenja. Ker je že ob prihodu subfebrilen, ne dobi Chinina. Opuščen zboljššan.

Sl. 22. Del., 49 l.; Bronnhopn. l. inf. dex. V bolnico 14. dan obolenja. Ker je že ob prihodu subfebrilen, ne dobi Chinina. Ozdravljen.

Sl. 23. Mizar, 68 l.; Bronchopn. l. sup. dex. Myodeg. cord. V bolnico 4. dan obolenja, dobi 7. dan 1. inj. Solvochina (1,0x3), kar ostane brez vpliva na temp. Kriza 8. dan. Ozdravljen.

Sl. 24. Del., 18 l.; Bronchopn. insuf. valv. mitr. V bolnico 3. dan obolenja. Dobi takoj 1. inj. Ch. m. (1,0x3), nakar popusti cijanoza, temp. ostane visoka, kriza 12. dan. Potrebna so močna kardijaka. Opuščen zboljššan.

Sl. 25. Obč. rev., 64 l.; Bronchopn. inf. dex. Marasmus. V bolnico 6. dan obolenja. 4. dan po prihodu 1. inj. Ch. m. (1,0x3), dihanje lažje, cijanoza manjša, bogata expekt., kriza 5. dan. Opuščen zboljššan.

Sl. 26. Nest. rev., 72 l.; Pn. l. inf. sin. Tbc. V bolnico 30. dan po obolenju. Dobi Transpulmin, kateri ugodno vpliva na expekt. Exitus.

Moški :

Pneum. croup.	53
Bronchopneum. spec.	3
Pneum. spec.	1
Bronchopneum.	4
St. p. Pneum.	5
Ty. in pneum.	5

Ženske :

Pneum. croup.	25
Bronchopneum. spec.	2
Bronchopneum.	2
St. p. pneum.	1
Pneum. hypost.	2
Pneum. aspir.	1

Iz teh slučajev je razvidno, da smo imeli najlepše uspehe pri bolnikih, ki so prišli vsaj prvih 5 dni po začetku bolezni v zdravljenje. Injicirali smo kinin takoj, čim je bila postavljena diagnoza. Poleg kinina so vsi bolniki dobivali še vsa druga potrebna zdravila, zlasti smo pazili na srce. Čestokrat je bilo treba v dneh krize vbrizgavati celo 2x dnevno po $\frac{1}{4} \cdot \frac{1}{2}$ mg Strophantina, dasi so nekateri bolniki že od začetka dobivali Cardiazol.

Uporabljali smo v začetku chinin mur. pri vsakem bolniku v dozi 3x0,5. Ako je temperatura trajala dalje, smo isto dozo v enakem času ponovili. Izkazalo se je da so bolniki že po prvih injekcijah postajali mirnejši, da so enakomerneje dihali, se lažje odkašljali, da je popustila cijanoza ter padla temperatura. Le v redkih slučajih je ostala terapija s kininom brezuspešna. Tudi pri onih bolnikih, ki so prišli kasneje v bolnico, so bili uspehi dobri. Vendar pa je pri njih česče prišlo do pulmonalnih komplikacij, zlasti do pleuritis exudativa. Kininska terapija pa ni mogla pomagati v onih slučajih, ko je bilo srce slabo že ob prihodu v bolnico.

V jeseni, ko so pričele prihajati na oddelek težke influenza - pneumonije, smo se odločili za Solvochin, v dozah $3 \times 0,5$ do $3 \times 1,0$. Videli smo, da je njegov vpliv na potek bolezni še večji kot vpliv chinin. mur. Seveda so v nekaterih slučajih tudi pri terapiji s solvochinom nastopile komplikacije, vendar v manjšem številu kot pri chinin. mur. Skoraj pri vseh bolnikih, ki so dobivali solvochin, se je končala bolezen brez prave krize litično in to 2 do 3 dni prej kot pri onih, ki so dobivali chinin mur. Ze to bi moglo biti zadostni vzrok, da smo dali prednost solvochin-u napram chinin-u.

Injicirali smo vedno tako chinin. mur. kot solvochin intramuskularno na zunanji strani srednje tretjine bedra.

Uspeli so bili prav dobri, vsaj je odšlo 49 bolnikov čisto zdravih, 22 zboljšanih (med nje smo šleli one, ki so bili pri odhodu še subfebrilni), nekaj jih je bilo premeščenih, v 30 slučajih pa je nastopila smrt. Umrli so večinoma starejši bolniki, tuberkulozni ter oni, pri katerih se je razvila pljučnica kot komplikacija drugega obolenja. Nekateri pa so prišli prepozno v bolnico. Celo naš najmlajši, 5 let star otrok je odšel ozdravljen, dočim je najstarejši, 81 letni mestni revež, podlegel pljučnici.

H koncu naj omenimo še zanimiv slučaj iz privatne prakse. Bolnik je kazal ob nastopu mrzlicen a levi strani spodaj za olročji dlan velik pneumonični infiltrat s tipično crepitatione in bronchialnim dihanjem. 12 ur pozneje je dobil bolnik 4 cm solvochina intramuskularno. 5 ur po injekciji je vročina kritično padla in se ni več pojavila. Tako brze injekcije in tako popolnega efekta naša statistika pač ne navaja. Zaradi tega ponovno naglašamo, da je kininska terapija pljučnice uspešna samo zgodaj in ako organizem ne kaže nobenih komplikacij.

Ta sicer tako dobra terapija ima — žal — tudi svoje senčne strani. Na mestu injekcij se namreč razvijejo abscesi pri onih ljudeh, ki ne prenesejo chinina. Pri 104 bolnikih smo imeli 7 teh lokalnih komplikacij (2 po injekciji solvochina, 5 po inj. chin. mur.) Abscesi so se vedno takoj po inciziji lepo zacelili.

Zusammenfassung:

Aus der inneren Abteilung des allgemein. Krankenhauses zu Ljubljana, Vorstand Primarius Dr. I. Jenko.

Die Autoren berichten über die Erfahrungen bei der Behandlung von 104 Fällen von grössten Teils krupöser Pneumonie mit intramuskulären Injektionen von Chininum mur. oder Solvochin. Es wird 3 Tage hintereinander zu 0,5 bis 1,0 gr. des Mittels injiziert und die Serie in Bedarfsfalle nochmals wiederholt. Die Methode wird vor allem den praktischen Aerzten als zuverlässig und rasch wirkend, daher ökonomisch wärmstens empfohlen.

(Iz dermatovenerološke klinike kr. univerze v Zagrebu;
predstojnik: prof. Dr. Fr. Kogoj).

Racionalna terapija sifilide.*

Fr. Kogoj.

Vsak terapeut trdi, da je njegova metoda zdravljenja sifilide če ne najboljša, vsaj istotako dobra kot druge. To velja za Fournierovo kronično intermitirajoče zdravljenje, ki se ga še danes poslužuje v različnih varijacijah največ zdravnikov, za Almkvistovo zdravljenje in continuo, ki ga je že Ricord inauguriral, za Scholtzov način zdravljenja s salvarsanskimi udarci („Salvarsanschläge“), za Schreussovo (Schreuss in Bernstein) „Sättigungstherapie“, za Hoffmannovo maksimalno terapijo itd. Ne bomo se spuščali v analizo in kritiko posameznih metod, navajali jih bomo v sledečih poglavjih le, kolikor bo to potrebno za razumevanje.

Predvsem je treba konstatirati, da se v splošnem kritični moment lem lažje in tem hitreje doseže, čim mlajša, svežejša je sifilida. E. Hoffmannova velika zasluga je, da energično propagira in naglaša eminentno važnost intenzivnega zdravljenja čim prej po infekciji, kajti nepobitna resnica je, da se usoda sifilitika tem bolj izmika zdravnikovim rokam, čim starejša je sifilida (Werther).

E. Hoffmann¹⁾ daje pri seronegativni primarni sifilidi eno, pri seropozitivni dve, pri recentni sekundarni sifilidi tri maksimalne kure (pri moških do dvakrat na teden po 0,6, pri ženskih po 0,45 do 0,52; celotna doza 6 do 7 gr, oziroma 5 do 6 gr; razven tega 10 do 12 krat 1,5 ccm bismogenola; interval med posameznimi kurami je samo okrog 5 tednov. Če seroreakcije ne postanejo negativne že tekom prve oziroma druge kure, priključi še eno kuro. (Daljnje posameznosti gl. v mnogobrojnih člankih E. Hoffmanna; zadnji v Münch. med. Woch. 1932, str. 1545, in njegovih učencev: na pr. Stempel: Derm. Ztschft. 1932, knj. 65, str. 4.)

Hoffmannovo zdravljenje primarne seronegativne sifilide z eno samo kuro je tip 1. zv. abortivnega zdravljenja luesa²⁾. Pravilo je, da smemo abortivno, to se pravzaprav pravi z eno edino energično kuro (ali je treba dajati pri abortivnih kurah samo salvarsan ali pa kombinirane kure, o tem so mnenja različna) zdraviti samo one slučaje, pri katerih infekcija ni starejša kot deset dni, WR mora biti še negativna, skleradenitis se še ni smela pojaviti (Zieler). Novejše, občutljivejše reakcije, pa so često mnogo prej pozitivne kot WR. V svojem predavanju v Beogradu sem zbral iz našega materiala deset takih slučajev. Pokazalo se je, da je v tem oziru MKR najobčutljivejša.

¹⁾ E. Hoffmannovi „maximale Frühbehandlung“ se jako približuje način zdravljenja, ki ga priporoča J. Božić (Medic. Biblioteka zv. 2, 1927; založba Liječn. Vjesn.)

²⁾ Ker članka ne maram obležiti z navajanjem obsežne literature, jo bom kot doslej, tudi pri analizi abortivnega zdravljenja in v kasnejših poglavjih navajal samo fakultativno in čim manj.

R. Müller je našel, da z WR, MTR ali SGR približno 50% skleroz reagira še negativno, z njegovo reakcijo pa že pozitivno. Oppenheim zahteva, da se vprašanje možnosti abortivnega ozdravljenja v zvezi s serološkimi reakcijami ponovno študira.

Na temelju naših izvajanj o vrednosti seroloških rezultatov kot kriterija za ozdravljenje sifilide, jim moramo isto vrednost pripisovati tudi za prvi čas po sifilitični infekciji, to se pravi, namesto o Wassermann-negativnih moramo govoriti o serološko negativnih slučajih in seveda zahtevati od serološkega laboratorija, da pregleda kri tudi z onimi metodami, ki dajejo najobčutljivejše rezultate. Število slučajev zrelih za abortivno zdravljenje, se bo seveda s tem tudi za načelne pristaše abortivne terapije z eno samo kuro občutno zmanjšalo.** Statistike abortivno zdravljenih slučajev bodo prišle tem bližje 100% uspehu, čim strožje bodo indikacije za abortivno zdravljenje in nedvomno resnična trditev, da se dá v mnogih slučajih z eno samo kuro ozdraviti tudi bolnika, ki ne odgovarja Zielerjevim zahtevom, na tem dejstvu ničesar ne izpremeni. Ne pozabljajmo pa, da je za bolnika statistika, ki izkazuje na pr. 98% z uspehom abortivno ozdravljenih popolnoma irelevantna, če spada on med ona 2%, pri katerih so se pojavile recidive. Meirowsky in Leven, pa tudi drugi (Heller), ki so videli težke recidive po t. zv. abortivnem zdravljenju, so odločni nasprotniki take terapije. (Ne maram zamolčati, da so pristaši abortivnega zdravljenja ravno slučaje Meirowskega in Levena označili za inadequate zdravljenje in take, ki niso odgovarjali zahtevam, ki se postavljajo za abortivne slučaje). Gezerova iz Beronove klinike v Sofiji je objavila rezultate 116 abortivno zdravljenih in 4 do 15 let kontroliranih bolnikov; njeni rezultati so porazni: 15,5% kliničnih, 10,4% seroloških recidivov; tabes je nastala v 5,1%, paraliza v 2,7%. Na temelju teh števil in rezultatov drugih avtorjev sodi, da je treba seronegativneluetike zdraviti tako kot seropozitivne, to se pravi, neabortivno. Sigurno bi se kod bližje analize njene statistike našli slučaji, ki ne odgovarjajo rigoroznim pogojem za „abortivno zdravljenje“. Abortivno zdravljenje pa ima tudi jako mnogo pristašev. Omenjam samo F. Moserja, ker je njegova metoda abortivnega zdravljenja izredno energična: bolniki s seronegativnim primarnim afektom (stroga kontrola seroloških reakcij inter therapiam) dobivajo dnevno 14 do 16 dni po 0,3 do 0,45 neosalvarsana, to je vsega skupaj 6 do 7 gr. Od 135 slučajev je na ta način ozdravil 132. Zdi se mi, da so trije neuspehi pri takem res heroičnem zdravljenju mnogo in — preveč. Na vsak način mislim, da je gledé abortivnega zdravljenja na mestu največja rezerva vkljub temu, da imamo poročila tudi o 100% uspehih (gl. pri Wertherju).

Baš ker imamo vedno pred očmi usodo bolnika kot individuum, smo se abortivne terapije z eno samo kuro, pa naj si bo ta še tako dolga in energična, popolnoma odrekli. Raje naj dobi 99 bolnikov eno ali celo dve

**) V zadnjih letih se govori o abortivnem zdravljenju često tudi takrat, kadar se prvi „abortivni“ kuri priključi še druga in eventualno celo tretja „varnostna kura“.

kuri preveč, kot da stoji radi ene kure premalo konča z aneurizmom ali progresivno paralizo.

Znano je, da m. dr. Buschke in njegova šola niso posebni prijatelji salvarsana, ker vidijo v salvarsanskih preparatih baš radi njihovega evidentno energičnega delovanje na sifilitične manifestacije oziroma spirohete obenem sredstvo, ki moti vsled naglega uničenja velikega števila spirohet imunizacijsko delovanje organizma. Buschke in Langer mislita, da blago zdravljenje s bizmutom ali živim srebrom najbolj ugaja imunobiološkimi, proti luetični infekciji uperjenim spremembam organizma. To ne prihaja v obzir samo v kasnejših stadijih sifilide, ampak tudi pri njenem začetku. Če domislimo to koncepcijo do kraja, potem se moramo vprašati ali ne bi bilo indicirano, čakati po infekciji z vsako antiluetično terapijo, posebno pa s salvarsanom toliko časa, da se pojavijo simptomi sekundarizma, ki pričajo, da je imunizatorno delovanje organizma vsaj za enkrat doseglo svoj višek. V eri živega srebra kot edinega antiluetičnega sredstva so mnogi sifilidologi res čakali na sekundarne manifestacije in šele potem začeli z inunkcijsko kuro. Zumbuscheva klinika v Monakovem (Poehlmann) zastopa odločno stališče, da je treba v vsakem slučaju začeti s zdravljenjem takoj in svari, da bi se dali zvesti od nejasnih razglabljanj o motenju imunizacijskih pojavov v organizmu vsled započete energične terapije. Opira se pri tem na 86 slučajev primarnega luesa, zdravljenih z eno do dvema kombiniranimi kurama, ki so eno do deset let ostali Wassermann-negativni. Prizna sicer, da mu manjka preiskava likvorja, vendar pa misli, da je vsaj velika večina teh bolnikov zdrava. Negativen po Wassermannu ne mora še pomeniti seronegativen (gl. zgoraj). Večina autorjev je sicer istih nazorov kot Poehlmann, ne manjka pa tudi nasprotnih glasov. A. Tryb (Brno) bi pri starejših primarnih afekti, pri katerih se z abortivnim ozdravljenjem ne more več računati in katere ima pod kontrolo, najraje počakal s začetkom zdravljenja na sekundarne simptome. Sličnih misli je Dujardin, na katerega se sklicuje Bérnard (Bruselj). Bérnard primerja 30 slučajev, ki jih je začel zdraviti v primarnem in 30, ki jih je začel zdraviti v sekundarnem stadiju. Rezultati so mnogo boljši pri slednjih; posebno eklatantna je razlika pri likvorju: pod istimi pogoji je bilo v 4. ali 5. letu po infekciji 77% pozitivnih likvorjev pri prvi grupi (od 22 slučajev 17), 21% pozitivnih likvorjev pri drugi grupi (od 23 slučajev 5). Najbrže bi se lahko tudi tukaj vsaj za nekatere slučaje dala iz različnih razlogov oporekati veljavnost navedenih rezultatov, vendar pa je s tem problem, o katerem se je do sedaj razpravljalo le bolj teoretično, dobil konkretnjšo obliko. Praktično gré za vprašanje: ali bomo pri seropozitivnih primarnih afekti takoj začeli s terapijo, ali pa bomo počakali na ekzantem? Pri seronegativnih primarnih afekti to vprašavanje ne prihaja v poštev, kajti pri njih smemo upravičeno računati s tem, da bomo

s samo adekvatno terapijo, ne da bi morali reflektirati na imunobiološko pomoč organizma, ozdravili bolnika. Skoro popolnoma prepričani smo, da dosežemo ozdravljenje z odgovarjajočim zdravljenjem brez pomoči imunizacijskih sil tudi pri seropozitivnem primarnem afektu. Ker pa se terapija, ki jo začnemo v seropozitivnem primarnem stadiju (to je včasih samo par dni pred nastopom ekzantema) ne razlikuje od terapije, ki jo začnemo ob nastopu sekundarnih simptomov, formuliram svoje mnenje o tem problemu takole: pri seropozitivnem primarnem afektu, posebno če lahko pričakujemo sekundarnih simptomov v kratkem času, počakamo s početkom zdravljenja tako dolgo, da se pokažejo simptomi sekundarizma, toda samo pri tistih slučajih, kjer je bolnik nepretrgoma pod nadzorstvom (v bolnici) ali pa — izjemno — tudi pri tistih ambulantnih bolnikih, pri katerih se z absolutno sigurnostjo lahko zanesemo, da je izključena vsaka daljna infekcija. V vseh drugih slučajih začnemo s zdravljenjem takoj, zdravimo pa toliko časa, da se pojavijo sekundarni simptomi oziroma do termina, kadar bi se morali pojaviti, samo s bizmutom ali živim srebrom. Potem takoj kombiniramo s salvarsanom. Slučaji, kjer bo že nekaj injekcij bizmuta ali živega srebra (event. inunkcija) zadostovalo, da se klinično manifesten sekundarizem ne pojavi, ne bodo redki. V praksi bo pretežna večina slučajev spadala v drugo grupo. Če bomo pri njih postopali na opisani način, se ne bomo morali bati, da smo ustavili imunizacijski preokret v organizmu tik predno je dosegel svoj višek, pa tudi ne očitkov, da smo infekcijskega bolnika brez nesporno dokazane potrebe pustili nekaj časa brez zdravljenja.

V ozki miselni zvezi s tem problemom je vprašanje, ki upravičeno že dolgo vznemirja duhove: ali ima terapija s salvarsanom res kot posledico številčno povečanje visceralne sifilide, aortitide in luesa centralnega živčevja, tabesa in paralize?

V naši domači literaturi sta pred kratkem Dojmi in malo prej Flegler razpravljala o tem vprašanju iz specialnega vidika zdravljenja endemične sifilide. Problem je tako kompliciran in mnogostran, da se ga bom mogel na tem mestu samo kralko dotakniti. Cela vrsta avtorjev, nevrologov in sifilidologov (Buschke, Finger, Gärtner, Gennerich, Hermans, Lacapère, Schindler, Steiner, Wilmanns in dr.) pripisuje vplivu moderne antiluetične terapije (salvarsanu) iz raznih vidikov in s pomočjo različnih argumentov, direktno ali indirektno, pojavljanje aortitide, tabesa in progresivne paralize v krajih, kjer teh bolezni doslej ni bilo, (tropična in endemična sifilida), pa tudi relativno povečanje njihovega števila pri lues acquisita. V poštev prihaja pri diskusiji o tem vprašanju tudi še vedno nerešeni problem ekzistence dermatotropnih i neurotropnih spirohet (Levaditi, Mulzer i dr.), diskutira se o „civilizatoričnem faktorju“, o konstitucionalnih momentih, o alkoholizmu, o klimi, o različni dispoziciji človeških ras itd., kar bi vse moglo (toda ne moralo!) biti u zvezi s pojavljanjem prej omenjenih direktnih posledic luetične infekcije. Seveda se navedejo tudi statistike. Toda tukaj velja ono, kar smo rekli za dokaze „iz

literature": iz statistik se dá dokazati, da je paralize vedno več, pa tudi da je je vedno manj. Novejše statistike (gl. tudi mnogo citiramo statistiko iz Pinkusovega materijala v Berlinu, ki ga je l. 1925 obdelal Mingchen — Cheng) vsekakor prihajajo do zaključka, ne samo da ni — kot J. Jaddassohn vedno podčrtava — nikakor dokazano da bi bilo lahko zdravljenje s salvarsanom vzrok večjemu številu aortitid, tabesa, paralize, ampak dokazujejo baš nasprotno: Scholtz (1931) v Königsbergu prihaja na temelju svoje statistike do zaključka, da dobe ne samo oni bolniki, ki so se zgodaj (eno do dve leti po infekciji) energično in „zadostno“ zdravili s salvarsanom, ampak tudi oni pacienti, ki so se zgodaj toda nezadostno s salvarsanom zdravili, mnogo manjkrat t. zv. kvaternerne pojave kot bolniki, ki se niso sploh zdravili ali pa zdravili kot sveže inficirani samo s živim srebrom in jodom ter eventualno šele v kasnejšem stadiju tudi s salvarsanom. Statistike in materijal ki jih prinašajo Delanoe (Maroko 1931), Gottema (Holandija 1932), Guldberg (Oslo, 1932), O'Leary in Rogin (Mayo-klinika 1932) govoré načelno v istem smislu. Vse statistike brez izjeme pa je treba — kot smo malo prej naznačili — presojati cum grano salis. Zato tudi tem statistikam ne pripisujemo dokazilne moči. Ako pa se jim pridruži neko konkretno opažanje, ki jih — čerav samo indirektno — podpré, potem jih bomo lažje vpoštevali. Posrečilo se je namreč občutno zamajati dogmo, da pri endemski sifilidi ni visceralnih manifestacij (aortitis) in pojavov od strani centralnega živčnega sistema. Rusko-nemška ekspedicija v burjatsko Mongolijo (M. Jessner in Rossiansky), ki je razpolagala z vsemi diagnostičnimi sredstvi in ni bila navezana samo na klinični izvid, je pokazala, da število aortitid pri tamošnji nezdravljeni endemski sifilidi odgovarja približno številu, ki ga najdemo pri naši „civilizirani“ sifilidi; tudi tabesa in paralize ne manjka. Kje je ostal „pogubonosni“ vpliv antiluetične terapije (salvarsana)? Vkljub Fleggerjevemu poročilu, da je našel pri bosanski endemični sifilidi številčno in kvalitativno manj sprememb v likvorju kot pri akvirirani, vkljub temu, da je Dojmi opazil med endemskimiluetiki samo tri slučaje neuroluesae, mislim, da bi mogoče izčrpna preiskava odkrila tudi pri bosansko-hercegovski endemski sifilidi mnogo več aortitid in luetičnih afekcij centralnega živčevja, kot bi mogli pričakovati na temelju opažanj A. Glücka in drugih poznavalcev bosanske sifilide. Zato sem predlagal, da odide pod vodstvom venerologa skupina zdravnikov (internist, rentgenolog, nevrolog, oftalmolog, otorinolaringolog, serolog) v področje bosanske endemske sifilide, ki bi paralelno preiskali čim večje število že zdravljenih in še nezdravljenih bolnikov (gl. Kogoj: Lij. Vjesn. 1932. št. 1); rezultati bi vsekakor bili izredno zanimivi.

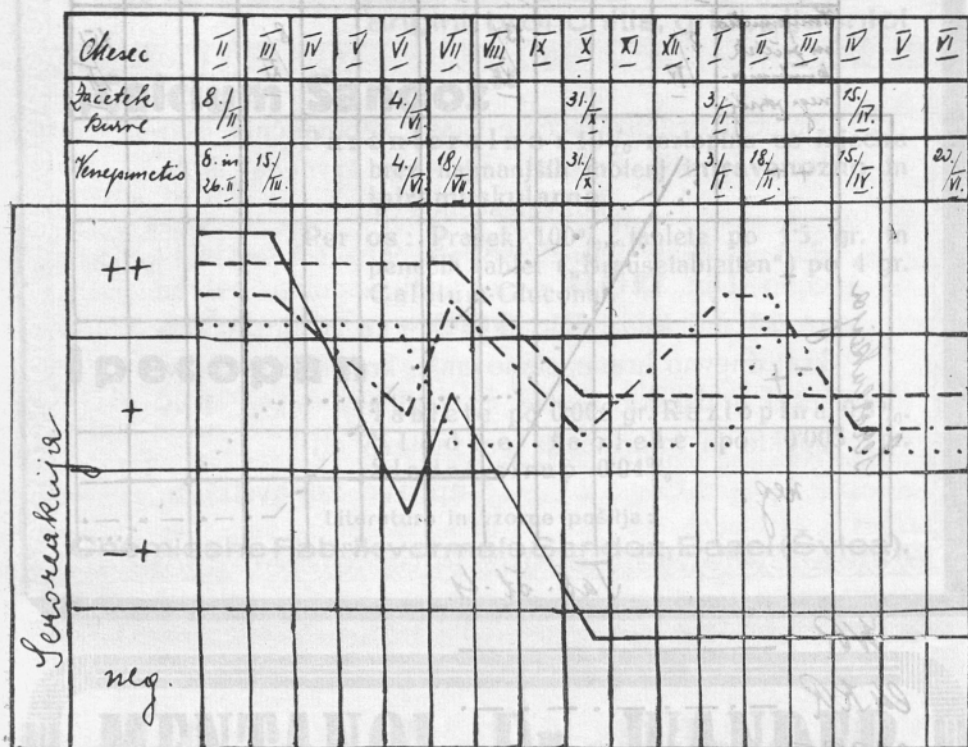
Trditev, da antiluetična terapija s salvarsanom bolniku škoduje, ker sicer uničuje spirohete na površini, ravno s tem pa jih prisili, da se vgnezdijo v antiluetičnim sredstvom težko dostopnih predelih notranjosti telesa (stena aorte, medulla spinalis, cerebrum), je treba v tej splošni formulaciji energično odkloniti. Ne morem pa se vkljub Scholtzovi statistiki (gl. zgoraj)

ubranili bojazni, da bi pri nezadostno („anbehandelte Fälle“) in v prevelikih presledkih, eventuelno celo samo z malimi dozami („verzettelte Behandlung“) zdravljenih bolnikov ipak včasih ne mogli nastati ne samo slučaji rezistentni proti terapiji (s tem vprašanjem se posebno bavi M. Jesner), ampak tudi — četudi samo pri posameznikih — aortitis, tabes, paraliza. „Hier dürfte die Auffassung, dass die Salvarsantherapie im immunobiologischen Sinne abschwächend wirke, wohl zu Recht bestehen“ pravi R. Stempel iz Hoffmannove klinike. Do posebno zanimivih rezultatov je prišel na temelju primerjanja 218 preeruptivno in 139 posteruptivno malo (schwach) zdravljenih luetikov Bottema. Našel je pri bolnikih zdravljenih v preeruptivnem stadiju s „slabotnimi“ kurami procentualno neugodnejši daljni potek bolezni kot pri bolnikih, zdravljenih na isti način šele v posteruptivnem stadiju. Pri energično zdravljenih bolnikih te razlike ni našel in je bilo vseeno, ali je zdravljenje začelo v preeruptivnem ali v posteruptivnem stadiju. Gennerich je bil že preje mnenja, da ima zdravljenje s „slabotnimi“ kurami salvarsana slabe posledice za likvor. Zato bomo vedno, ako bo to le mogoče, zdravili energično in ne bomo aplicirali takih količin salvarsana, ki jih moramo v danem slučaju smatrati za premajhne. Ko začne bolnik s kuro, ga bomo opozorili, da jo mora izvesti do kraja in da prekinjanje lahko vpliva škodljivo na daljni potek bolezni. Vedno se moramo izogniti očitku, da smo zdravili inadekvatno. V vseh slučajih, kjer računamo z možnostjo, da dosežemo kritični moment, pa je neenergično zdravljenje z malimi izjemami inadekvatno.

Pri zdravljenju sifilide, kot ga mi vršimo, igra kritični moment t. j. trenotek, ko nastopi popolna klinična in serološka (vklj. likvor) negativnost nadvse važno vlogo. Zato bomo uporabili vsa sredstva, ki jih imamo na razpolago, da kritični moment dosežemo, oziroma, da se mu v slučajih, kjer to ne gré, vsaj kolikor mogoče približamo. Omenili smo že, da je to v splošnem tem lažje, čim prej po infekciji smo začeli zdraviti. Latentni slučaji in gumozni stadij pa sta navadno v tem oziru že precej trd oreh. Kot primer, kako včasih konsekvantna antiluetična terapija brez posebnih težav privede tudi pri takih bolnikih do cilja, navajam sledeči slučaj:

Št. prot. 1030; 26 letni oficir. Pred pol leta glavobol, temperatura do 40°; zdravnik je diagnosticiral influenco. Potem so zelo otekle bezgavke na levi strani vratu spredaj, niso pa bile občutljive. V vratu ga je bolelo kot pri angini. (Najbrže je šlo za primarni afekt na tonsili.) Dva zdravnika sta mislila na tuberkulozo, tretji pa je posumil na lues; vzel mu je kri, ki je bila pozitivna. Medtem se je pojavil na telesu egzantem. Bolnik je sedaj dobil 4 injekcije neosalvarsana in 4 injekcije bizmuta. Potem je odšel v B., kjer mu je zopet drugi zdravnik rekel, da nima sifilide. Premiščen u S. gre pacient ponovno k zdravniku, ki mu je dal 7 injekcij neosalvarsana in 16 injekcij bizmuta. Od zadnje injekcije do sedaj so potekali 3 meseci. Pri pregledu ni najti nobenih kliničnih simptomov sifilide, seroreakcije (WR, KR, MKR in MBRII) pa so kompletno pozitivne. Diagnoza je toraj lues latens seropositiva. Epikritično gré za slučaj s popolnoma inadekvatnim zdravljenjem (zdravljenje bi lahko začelo preje, dozacija je insuficijentna, pauze med kurami

so predolge). Prognoslično je bilo misliti, da ne bo lahko doseči serološke negativizacije. Potek pa je bil, kot je razvidno iz tabele št. 3, sledeči:



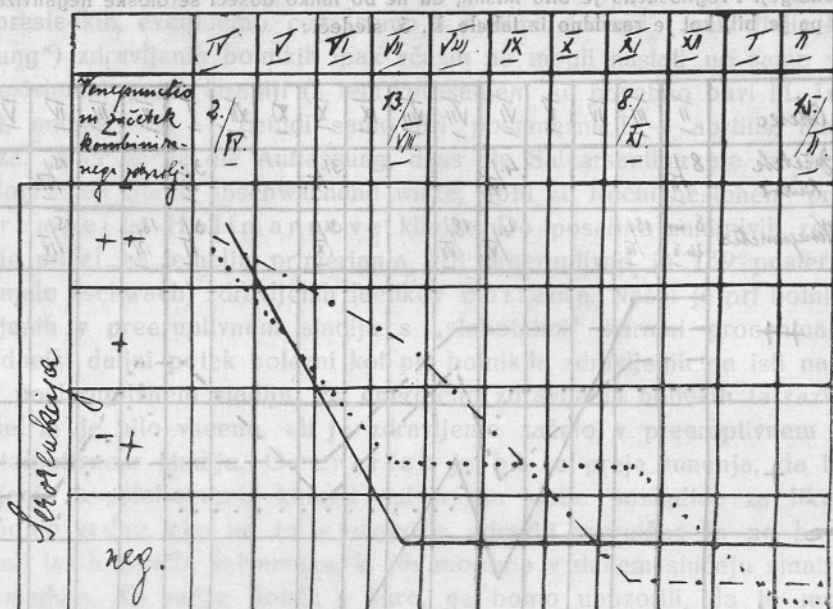
Tab. št. 3

WR
KR
ChKR
ChBR II

Negativizacijo seruma smo torej dosegli s tremi kurami; v vsaki kuri je bolnik dobil okrog 5 gr neosalvarsana in 13 injekcij bizmuta. Ni dvoma, da bo pacient (če ne prinese preiskava likvorja nepričakovanega rezultata) čez nekaj časa ozdravljen.

Taki „srečni“ slučaji niso za zdravnika, ki zdravi večje število sifilitikov, nobena redkost. Žalibog pa se pri mnogih bolnikih s sifilido starejšega datuma vkljub ponovnim kuram s t. zv. specifikimi nikakor ne posreči doseči kritičnega momenta: klinično ni nobenih znakov, likvor je zdrav, serološka preiskava pa daje še vedno pozitivni rezultat.

Tabela št. 4 kaže, kako se često taki slučaji serološko razvijajo. Gre za recidivno sekundarno lues (št. serol. kart. 85); prve tri in peta kura so bile kombinirane, v četrti kuri pa je dobil bolnik razen ene injekcije neosalvarsana samo bizmut.



Tab. št. 4.

WR _____
 Ch KR - - - - -
 Ch RR II

Pri takih pacientih smo izgubili upanje, da bi dosegli kritični moment s prihodnjo, prejšnjim slično kuro, pri kateri bi v najboljšem slučaju izmenjali prvi salvarsanski preparat z drugim in bizmut s živim srebrom ali obratno.

Kaj še lahko storimo v takih slučajih, da bi vendar še dosegli kompletno negativizacijo?

V vseh slučajih, ki pokažejo proti zdravljenju s specifičnimi sredstvi neko rezistenco, je indicirana kombinacija specifične terapije z nespecifično. Zdravljenje paralize z malarijo (Wagner-Jauregg) je za to najbolj znan primer (predhodnik malarizacije je bil tuberkulin), vendar pa to izdaleka ni edina možnost nespecifičnega zdravljenja sifilide. Da je za progresivno paralizo, posebno za incipientne slučaje, terapija z malarijo najuspešnejše sredstvo, o tem danes nihče več ne dvomi, vključno s poskusom bolnika namesto z malarijo inficirati z rekurensom ali pa mu injicirati saprovitano, pyifer itd. Kyrle, ki se je posebno zavzemal za nespecifično terapijo pri sifilidi (mirion), je poskušal kombinirati specifično terapijo z malarijo že v prvih tednih oziroma me-

OB PREHLAJENJIH

angini, bronchitis, gripi, pljučnici

„Calcium Sandoz“

Parenteralno: 10% raztopina se injicira brez najmanjših motenj intravenozno in intramuskularno.

Per os: Prašek 100%, tablete po 1,5 gr. in penečih tablet („Brausetabletten“) po 4 gr. Calcium-Gluconat.

Ipecopan

Tablete po 0,006 gr. Raztopina, 0,5%.
Sladne tablete po 0,003 gr.
Sladni sirup 0,04%.

Literaturo in vzorce pošilja:

Chemische Fabrik vormals Sandoz, Basel (Švica).

MENTANOL Dr. WANDER

Menthol - cocain - borax - tablete

Menthol 0,01

Cocain 0,001

Borax 0,1

Vblažijo bolečine pri vnetju goltanca in grla, pri tonsilitis, kroničnem katarju goltanca, hripavosti, krčevitem kašlju, zmanjšajo dražljaj na kašelj ter obenem dezinficirajo.

Doziranje: 6—10 tablet dnevno.

Cena za občinstvo: Škatljica 24 dvojnih tablet . . . Din 20—

Vzorce in literaturo pošilja:

Dr. A. WANDER D. D., Zagreb

RADIO-THERMA, LAŠKO

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

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

Okrevališče „Jadran“-Rab

Primerno za rekonvalescente po težkih operacijah, za anemične, telesno izčrpane bolnike, kronične bronhitide, škrofulozo in zaprto kostno tuberkulozo itd. Milo morsko podnebje. V posezoni od 15. septembra do 30. aprila pavšalna obskrbovalnina za 20 dni Din 800.—. Za 10 dni Din 450.— (petkratno dnevno hrana in stanovanje).

Informacije na zahtevo od

uprave okrevališča

Kofein v naliwu kave.

Dve vprašanji, o katerih se v medicinskih krogih vedno znova razpravlja, se glasita:

- 1.) Ali se z dodajanjem sladkorja zmanjša raztopljivost kofeina v zmleti kavi?
- 2.) Ali more sesedek v turški kavi absorbirati znaten del kofeina?

V farmacevtskem institutu v Jeni je pred kratkim Dr. W. Schöbel raziskoval različne načine pripravljanja kave in dognal pri tem nastajajoče količine kofeina. Vzelo se je vedno po 30 g fino zmlete zrnate kave iste vrste. V 250 ccm prirejenega napitka (kar odgovarja eni veliki skodeli), se je našlo:

S „Karlsbader Filter“-jem 231 mg, z „Melitta-Filter“-jem 221 mg, v turškem naliwu 203 mg kofeina.

V pojasnilo problema, ali se pri kavi, prirejeni na turški način, z dodajanjem sladkorja zmanjša raztopljivost kofeina, se je pri istem odnosu količin, kakor gori omenjeno, naliwu od 250 ccm dodalo 18 g kockastega sladkorja. V 250 ccm gotovega kavnega naliwa se je takrat našlo 201 mg kofeina. Vsebina kofeina torej praktično ni padla. To potrjujejo rezultati prejšnjih Jessejevih raziskavanj ((Zeitschr. für Unters. der Nahrungs- und Genussmittel, 52, 389, 1926).

Da bi se mogla preizkusiti možnost absorpcijskega učinkovanja, se je raziskala vsebina kofeina v turški kavi, pripravljeni iz 15 g fino zmlete zrnate kave v 250 cm vode, ravnotako v čisti filtrirani tekočini, kakor tudi od nje oddvojeni suspenziji, in sicer s pomočjo steklenega filterja. 250 ccm te kavne tekočine je vsebovalo: v filtratu 200 mg, v suspenziji 3,46 mg kofeina.

Dr. Schöbel je prišel do naslednjih zaključkov:

1.) Ako je bil kavni prah s celo količino vode istočasno v dotiki (turško), je bila vsebina kofeina v gotovem kavnem napitku za kakih 10% manjša kot pri postopanju, ki s propuščanjem vroče vode (Karlsbader Melitta) izpari kavni prah.

2.) Po turško pripravljena kava ne vsebuje nič manj kofeina, niti ne pride v poštev absorpcija kofeina na fine nefiltrirane delce kavnega prahu.

Vsako neugodno razdražljivo učinkovanje kofeina prepreči zajamčeno, če kava Hag, kofeina prosta zrnata kava. Vzorec in literaturo pošilja brezplačno: Kava Hag d. d., Zagreb, Kaptol 10.

JUGOSLOVENSKO SIEMENS D. D.

oddelek za šibki tok

LJUBLJANA, Tyrševa cesta 1b/III - Palača Ljub. kred. banke

Moderno lečenje — svetlobna terapija — novi dvopolni izmenični tok — kremenske svetiljke tipe S 300, original Hanau — jubilejni model za izmenični tok, težko poškodljiva — takojšnje autom. vžiganje.

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

Pri vseh dietah brez soli poskusite enkrat naš novi **H O S A L**.
(dijetetična sol brez kuhinjske soli).

NOVI HOSAL je po zunanosti popolnoma sličen kuhinjski soli in ni niti bolj higroskopična od nje. Bolniki jemljejo Novi Hosal jako radi in ga izvrstno prenesejo. **NOVI HOSAL** prihaja v promet v okusnih solnikih od 30 gr. in rezerv. stekl. od 100 gr in več.

Glavobol
zobobol
navalgije in dismenoreje
zdravi uspešno

Demalgon „Kaštel“

Demalgon ne vsebuje alkaloidov, Demalgon deluje
brzo in trajno. Na Demalgon se nihče ne navadi.

Orig. tube po 10 in 20 tablet. Po potrebi 1—2 tableti.

CHINOFERRIN Domači proizvod

Vinum chinæ ferratum cum
etsine arseno

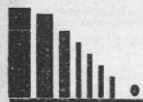
Pilulae CHINOFERRINI

cum arseno (00.1 pro dosi).

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

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

RENTGEN FILME



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

potem vse kar
spada k fotografiji v

Drogeriji Gregorič, Ljubljana, Prešernova ul. 5

secih po sifilitični infekciji; mislil je, da bo na ta način obranil centralno živčevje pred invazijo spirohet. Ta poskus se je vkljub začetnemu optimizmu, kot izgleda, izjalovil (Kerl). Mulzer, Ritter in Völker in mn. dr. so navedli indikacije za terapijo z malarijo. Zadnja dva smatrata za absolutno indikacijo vse slučaje s patološkim likvorjem in take slučaje, kjer WR v serumu, vkljub intenzivnemu zdravljenju ni postala negativna.

Čeprav vemo, da kompenzirane srčne napake (tudi aorlitis brez aneurizma) ne predstavljajo po izkušnjah Jagića in Spenglerja in dr. kontraindikacije za terapijo z malarijo, vendar ne bomo pozabili, da je tudi vcepljena malarija težka bolezen, ki od organizma mnogo zahteva. Zato je velikega pomena, da nismo v vseh slučajih, kjer želimo kombinirati specifično z nespecifičnim zdravljenjem in kjer ni indicirana baš malarizacija ali pa, kjer je vkljub indikaciji malarizacija nemogoča, navezani izključno na malarijo. Iz starejših in novejših publikacij vemo, da z najrazličnejšimi sredstvi in sicer ne samo s takimi, ki povzročijo vročino, lahko vplivamo v smislu t. zv. koloidalne terapije na sifilido.

Razen omenjenih sredstev (tuberkulin, saprovilan, pyrifur, mirion) injiciramo lahko mleko (Darier, Dujardin, Kyrle, M. Scholtz, Schreiner, Werther in dr.) lastno kri (Schallinger) ali, kot predlagata Rajka in Radnai lastno kri bolnika, ki smo ga prej obsevali, elektrargol (Schulmann in Terris), dmelcos (Ch. Richel ml. in Joly) anästhesulf (Dreyfus in Weinberg), sulfolean Farmaka (K. Hübschmann), gonoyatren, olobintin (Szelle), gonargina, vakcino proti tifusu (Oppenheim, Gjorgjevič), phlogelan itd. Perutz in Rosner dajeta interno vigantol, ker pri tem raste količina holesterina v krvi, kar se godi tudi pri obsevanju telesa z ultravioletnimi žarki; fototerapijo kot nespecifični aljувans priporočajo Hesse, K. Stern in dr. Finger opozarja, da so že Sigmund, Engel-Reimers in drugi starejši sifilidologi priporočali nespecifična pomočna sredstva pri zdravljenju luesa na pr. procedure z vodo, parne kopeli, žveplena (posebno znan je v tem oziru Aachen) in jedna kopališča (Lipik, Bad Hall). Pri inunkcijskih kurah s živim srebrom se samemu trenju kože pripisuje blagodejen učinek (Merk). Jemanje Zittmannovega dekokta zove Perutz „orale Reizkörpertherapie“. Gjorgjevič gre na pr. tako daleč, da pričakuje dobrih rezultatov pri salvarsanski terapiji samo, če ona sama ali pa zdravnik artificalno izzove reakcijo; pri dobrih rezultatih, ki sledo brez vidne reakcije, suponira biološke reakcije, ki jih nismo opazili.

V zvezi s tem mimogredé omenjam, da R. Müller in Planner poročata o dobrem vplivu ponovnih injekcij luetina na tercijarne simptome, kar se lahko tolmači tako, da luetin prebudi ugaslo tvorbo antiluetičnih imunobioloških snovi oziroma „sprejemljivost“ organizma za običajna antisifilitična sredstva. Vakcinacija z luetinom je če enkrat še abstrahiramo od ravnokar publiciranih Spitzerjevih poskusov zdravljenja z vakcino napravljeno iz spirohet — edini predstavnik antiluetične imunoterapije, ki pa za praktično uporabo še ni zrela.

Zdi se mi, da je možnost kombinacije nespecifičnih sredstev s „specifično“ delujočimi antiluetiki premalo znana in se vse prereditko uporablja, vkljub temu, da so rezultati pomembni in da nekatere metode, na pr. obsevanje, injekcije olobintina ali injekcije obsevane in neobsevane lastne krvi, ne delajo bolniku nobenih težav. Pri piretoterapiji je seveda pacient one dni, ko ima vročino, več ali manj vezan na posteljo. Če pa predočimo pacientu uspeh, ki ga tako zdravljenje lahko ima, se bo odločil tudi

za to. Ne razpolagam še v tem pogledu z velikim kliničkim materialom, vendar pa lahko izjavim, da je napačno resignirati na nespecifično terapijo, posebno še, če priznavamo važnost in pomen dosege kritičnega momenta. Z odločitvijo, da pridružimo specifičnemu zdravljenju nespecifično, ne bomo v danem slučaju predolgo čakali. Tako sem na pr. mnenja, da je pri onih slučajih sveže lues II manifesta, kjer s prvima dvema kurama nismo dosegli kritičnega momenta ali pa se mu vsaj občutno približali, indicirana kombinacija specifične in nespecifične antiluetične terapije že v tretji kuri. Pri starejših slučajih luesa (lues II recidivans, lues latens seropositiva, gumma) bomo lahko začeli tako zdraviti že v drugi kuri, posebno, če so po prvi kuri ostale seroreakcije popolnoma ali skoraj nespremenjene.

Seveda moramo vedeti, katere vrste nespecifičnega zdravljenja se bomo poslužili v posameznih slučajih. Smatram, da je — če ni kontraindikacij, ki jih ne bom bližje navajal (gl. na pr. pri Ruge-u) načelno indicirana malarija 1 v vseh slučajih s pozitivnim likvorjem, ki so se inficirali pred več kot dvema leti (o terminih za lumbalno punkcijo smo govorili že prej). Sem toraj ne spadajo samo slučaji s kliničnimi simptomi obolenosti centralnega živčevja, ampak tudi t. zv. izolirana „lues likvorja“ (Nast). Pojem patološkega likvorja je za nas jako širok in se ne omejuje samo na pozitivno WR (gl. prej omenjeni minimum nreiskav likvorja; točna analiza vprašanja, kdaj je likvor quoad luem patološki, na tem mestu ni mogoča).

K temu je treba pripomniti, da pri tabesu zaostajajo rezultati malarizacije za rezultati pri paralizi. V nekaterih slučajih tabesa se celo zdi, da vpliva ostala nespecifična terapija (piretolerapija) enako dobro ali pa še bolje kot malarija. Pri onih redkih slučajih, kjer vkljub luetičnemu procesu v centralnem živčevju ne najdemo v likvorju, takih sprememb, ki bi jih lahko označili kot luetične ali pa kjer najdemo celo zdrav likvor (nekateri slučaji tabesa, gumoznih procesov v možganih itd.) je odločitev dostikrat težka. Za tabesa na pr. vemo, da subjektivne težave ne morajo biti brezizjemno znak še aktivnega procesa. Izrek „quieta non movere“ je ravno pri stabiliziranih slučajih tabesa precej upravičen. Kjer pa imamo posla z aktivnim procesom v centralnem nervnem sistemu (gumma), pa bomo seveda kolikor mogoče energično zdravili. Odločitev o načinu zdravljenja je v takih slučajih lahko zelo težka in zahteva tehnega prevdarka in ozira na vse okoliščine, saj ne zdravimo samo lues, ampak tudi bolnika.

Malarizacija je indicirana 2) v vseh onih slučajih, kjer smo dosegli klinično in serološko negativizacijo in manjka za dosego kritičnega momenta samo še negativen likvor, brez ozira na to, kdaj se je bolnik inficiral.

Potrebna je 3) v onih slučajih, kjer so ostale reakcije v serumu še pozitivne vkljub temu, da je bolnik napravil že eno, eventuelno celo dve kombinirani specifično-nespecifični kuri. Pri velikem pomenu, ki ga pripisujemo dosegi kritičnega momenta je to stališče upravičeno. (Ta indikacija ni identična na pr. z indikacijo Ritterja in Völkerja, ki malarizirata, če ostane WR v serumu vkljub intenzivnemu zdravljenju pozitivna, ampak mnogo širša).

Zdravljenje z malarijo izvajamo tako, da med prvo in drugo polovico kombinirane kure interpoliramo osem do deset malaričnih napadov. Tam kjer je malarizacija iz katerikoli vzrokov nemogoča, piretoterapija pa izvedljiva, (pozor na kontraindikacije!), si pomagamo navadno s pyriferyem.

Katerega od prej omenjenih nespecifičnih sredstev (aktivacija protoplazme po Weichardtu, proteinska terapija po Schmidtu, koloidna terapija in pod,) se bomo — če izvezamemo malarijo — poslužili. bo v veliki meri odvisno od samega slučaja. Balneoterapijo, Zittmannov dekolt, obsevanja in injekcije olobintina prištevam med blaga nespecifična sredstva; ugodno, vendar pa v mnogih slučajih uspešno, je injiciranje lastne krvi, po možnosti s prethodnim ($\frac{1}{2}$ ure pred injekcijo) obsevanjem bolnika s t. zv. gorskim solncem; injekcije mleka in pyriferja sicer zahtevajo (temperatura!), da bolnik vsaj 24 ur po injekciji leži, neredko bo potrebno celo zdravljenje na oddelku, vendar pa se jih v mnogih slučajih ne bomo niti mogli, niti smeli odreči. Nespecifično terapijo vstavljamo med posamezne injekcije specifičnih antisisifilitičnih sredstev. Kura se na ta način seveda podaljša.

Treba je vedno, prav posebno pa v slučajih, kjer se bomo morali radi narave same bolezni a priori odreči dosege kritičnega momenta (na pr. aortitis, atrophia n. optici, tabes, paraliza, in mn. dr.) misliti na to, da nimamo pred seboj samo sifilide, ampak tudi človeka in da se moramo obvarovati vsega, kar bi obenem s spirohetami uničevalo tudi organizem. Samo mimogredé omenjam, kako je — blago rečeno — nepotrebno, zdraviti na pr. starca šestdesetih, sedemdesetih let, ki ima seropozitivno sifilido ali gumma, z opetovanimi energičnimi kurami.

Brez skrbi bomo z antiluetičnim zdravljenjem radikalni tam, kjer smemo pri drugače zdravem bolniku utemeljeno upati, da bomo dosegli kritični moment, radikalni smo lahko tam, kjer lahko samo pridobimo, ne pa izgubimo (paraliza); le premnogokrat pa se bo žalibog morala smotrenost naše antiluetične terapije dokumentirati v kritično pretehtani konzervativnosti, kar pa tudi še izdaleka ne pomeni, da bomo dali roke križem in dovolili, da se bolezen razvija po svoji volji. Amelijoracija ali pa vsaj stabilizacija, status quo, bo mnogokrat tudi v takih slučajih praktično zadosten efekt vsestransko premišljene terapije.

Literatura

- R. Bérnard: Bruxelles Médical 3. IV. 1932; ref. v Acta dermato-vener. 1927/28., knj. 8., str. 54.
L. C. du Bois: Clin. Med. a. Surg. 1931, knj. 38., str. 246; ref. v Ztbl. f. Haut-u. Geschlechtskr. 1931, knj. 38, str. 277.
C. W. Bottema: Arch. f. Derm. u. Syph. 1932, knj. 164, str. 701.
A. Buschke in E. Langer: Dtsch. med. Woch. 1928, str. 358.
Delanoe: Bull. de la Soc. de Path. exot. Paris 1931, knj. 24, str. 367; ref. v Zentralbl. f. Haut-u. Geschlechtskr. 1931, knj. 39, str. 243.
Dojmi: Liječn. Vjesn. 1931, št. 9.
G. L. Dreyfus in E. Weinberg: Dtsch. med. Woch. 1932, str. 1084.

- Dujardin: Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syph. (réun. de Strasbourg) 1932, št. 7.
- Fleger: Srpski Arh. 19. 8, št. 55. — Med. Pregl. 1926/27, knj. I, str. 175.
- Gärtner: Zentralbl. f. Hyg. knj. 92, zv. 3, str. 341; cit. F. Jahnel v Jadasohnovem Handb. f. Haut-u. Geschlechtskr. 1929, knj. 17/1.
- M. Jessner in Rossiansky: Königsberski kongres Dtsch. dermat. Ges. 1929; ref. Arch. f. Derm. u. Syph. 1931, knj. 160, str. 224.
- Gezerova: Konferenca o sifilidi na Bolgarskem, marca 1931, Sofia; ref. v Zentralbl. f. Haut-u. Geschlechtskr. 1931, knj. 38, str. 173.
- Gjorgjević: Srpski Arh. 1928, leto 30, str. 441.
- Gjorgjević in Bugarski: Derm. Woch. 1930, str. 209.
- A. Glück: Hamburški kongres Dtsch. dermat. Ges. 1922; ref. v Arch. f. Derm. u. Syph. 1922, knj. 138, str. 214.
- Goldberg: Arch. f. Derm. u. Syph. 1932, knj. 166, str. 731.
- Gougerot: Arch. dermato-syphil. Hôp. St. Louis 1932, knj. 4, str. 36; ref. v Zentralbl. f. Haut-u. Geschlechtskr. 1932, knj. 42, str. 506.
- Heller: Gl. disk. po predavanju F. Mosera v Berl. dermat. Ges. 10. II. 31; ref. v Derm. Ztschrft. 1931, knj. 61, str. 267.
- Hermans: cit. Dojmi.
- E. Hoffmann: Derm. Ztschrft. 1930, knj. 59, str. 279. — Dresdenski kongres Dtsch. dermat. Ges. 1925 s disk.: Scherber, F. Lesser, Scholtz, Kyrle, Hesse, Almkvist; ref. v Srpsk. Arh. 1926, str. 290.
- K. Hübschmann: Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syph. (réun. de Strasbourg) 1932, št. 7.
- J. Jadasohn: gl. Zentralblatt f. Haut-u. Geschlechtskr. 1928, knj. 25, str. 47.
- W. Kerl: Arch. f. Derm. u. Syph. 1929, knj. 157, str. 294.
- Kogoj: Med. Pregl. 1931, knj. VI., str. 180.
- O'Leary in Rogin: Proceedings 1932, str. 273; ref. v Čas. Lek. česk. 1932, knj. 166, str. 731.
- F. Lesser: Med. Welt 1931, str. 583; ref. v Derm. Woch. 1931, str. 1763.
- Mingchen Cheng: Arch. f. Derm. u. Syph. 1925, knj. 149, str. 256.
- F. Moses: Berl. dermat. Ges. 9. XII. 30; ref. v Derm. Ztschrft. 1931, knj. 61, str. 50, in Ther. d. Gegenw. 1931, št. 1.
- R. Müller: disk. po predavanju. Oppenheima v Wien. dermat. Ges.; gl. ref. v Ztbl. f. Haut-u. Geschlechtskr. 1930, knj. 34, str. 285.
- J. Nicolas in G. Gaté: Rév. de la Path. comp. et Hyg. gén. 1931, knj. 31, str. 290; ref. v Ztbl. f. Haut-u. Geschlechtskr. 1931, knj. 38, str. 271 — Progr. méd. 1930, str. 1895; ref. v Derm. Woch. 1931, str. 566. — Paris méd. 1931, str. 402; ref. v Ann. Derm. et de Syph. 1931, str. 795.
- Perutz in Rosner: Derm. Woch. 1928, str. 1243.
- A. Poehlmann: Münch. med. Woch. 1727, str. 307.
- Rajka in Radnai: Ann. de Derm. et de Syph. 1931, str. 956. — Derm. Woch. 1932, str. 1829.
- Ch. Richet ml. in Joly: Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris 1932, leto 48, ser. 2, str. 56; ref. v Ann. de Derm. et de Syph. 1932, str. 450.
- Ruge: Zentralbl. f. Haut-u. Geschlechtskr. 1927, knj. 24, str. 1.
- Scholtz: Fortschr. d. Ther. 1931, št. 18.
- Schreuss in Bernstein: Münch. med. Woch. 1932, str. 1987.
- Schwartz: Presse méd. 1931, št. 44, str. 809; ref. v Derm. Woch. 1931, str. 1763.
- K. Schroeder: Hosp. tid. 1932, str. 510; ref. v Zentralbl. f. Haut-u. Geschlechtskr. 1933, knj. 43, str. 347.
- Spitzer: Münch. med. Woch. 1932, str. 140.

Marg. Stern in T. Frank: Arch. f. Derm. u. Syph. 1932, knj. 166, str. 76.
 J. H. Stokes, J. H. Besançon in A. G. Schock: Journ. amer. med. Assoc. 1931, knj. 96, str. 344; ref. v Zentralbl. f. Haut-u. Geschlechtskr. 1931, knj. 37, str. 856.
 K. Szelle: Wien. med. Woch. 1931, str. 745.
 A. Trýb: Liječ. Vjesn. 1928, str. 1477.
 A. Trýb in Beutl: Derm. Woch. 1923, str. 831.
 Wilmanns in Steiner: Ztschft. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1926, knj. 106.
 Za ostelo literaturo gl. članke A. Perutza, C. A. Hoffmanna, J. Wertherja v J. Jadassohnovem Handb. d. Haut-u. Geschlechtskr. knj. 18 (Syphilis-Therapie) 1928. J. Springer. Berlin.

Zusammenfassung.

In der Syphilistherapie wird einerseits noch immer zuviel schematisiert, andererseits kann „aus der Literatur“ eigentlich jede Behandlungsweise gerechtfertigt werden. Nach Erörterung der Begriffe der klinischen, pathologisch-anatomischen, biologischen und bakteriologischen Heilung und ihrer Bedeutung für die Syphilis, wird ausgeführt, dass die antisyphilitische Therapie logisch in zwei Teil zerfällt: zuerst muss eine vollkommene klinische und serologische (einschl. Liquor) Negativierung erreicht werden; den Eintritt dieses Zustandes bezeichnet Verf. als „kritischer Moment“; erst die Erreichung des „kritischen Momentes“ berechtigt zur Annahme, dass vollständige Heilung erreicht werden wird. Die Behandlung vor Erreichung des „kritischen Momentes“ wird „Negativisationstherapie“, die ihm folgende „Stabilisationstherapie“ genannt. Letztere wird im allgemeinen umso länger dauern müssen, je länger man bis zum „kritischen Moment“ gebraucht hat. Es wird z. B. behandelt: Lues I seronegativa, bei der die Seroreaktionen vor, während und nach der Behandlung negativ bleiben, nach der ersten mit noch zwei kombinierten Kuren; Dauer der nachfolgenden Kontrolle zwei Jahre. Lues I seropositiva (auch wenn erst während der Kur pos. geworden), Lues II manifesta recens: bei Erreichung des kritischen Momentes vor der vierten Kur mit noch vier Kuren; Kontrolle im ersten Falle zwei, im zweiten drei Jahre; Lues II manifesta recens, bei der nach drei Kuren der kritische Moment erreicht wurde, bekommen als Stabilisationstherapie fünf Kuren; Kontrolle vier Jahre. Bei Lues lat. seronegativa (Provokation, auch Liquoruntersuchung) wird, wenn die, eventuell auch ungenügende Behandlung, vor mehr als zwei Jahren abgeschlossen wurde, nicht behandelt, aber vier Jahre kontrolliert; eine vor weniger als zwei Jahren unterbrochene ungenügende Behandlung wird nach Möglichkeit vervollständigt, dann vier Jahre Kontrolle. Patienten mit syphilitischer Erkrankung z. B. der Aorta, des ZNS wird man in der Praxis nie als steril in Bezug auf Spirochäten bezeichnen können. Positive Blutbefunde in Form „kosmetischer Schönheitsfehler des Blutes“ werden nicht anerkannt. Von Seronegativität darf man nur sprechen, wenn auch mit den feinsten Methoden (MKR, MBR II) untersucht wurde, was an grossem serologischen Material bewiesen wird. Bei ungefähr drei Jahre energisch behandelten Syphilitikern, die den kritischen Moment nicht erreicht haben, ist die Möglichkeit, dass er noch erreicht wird, sehr klein. Sie müssen in ständiger ärztlicher Beobachtung bleiben. Die Liquoruntersuchung ist notwendig bei Erreichung der klinischen und serologischen Negativität, um die Erreichung des „kritischen Momentes“ zu dokumentieren; ausserdem: bei behandelten Kranken, die den kritischen Moment noch nicht erreicht haben, im dritten Jahr nach der Infektion; bei unbehandelten Kranken, bei denen die Infektion nicht älter als zwei Jahre ist, nach Abschluss der zweiten Kur; liegt bei solchen Kranken die Infektion mehr als zwei Jahre zurück, wird der Liquor vor Anfang der Behandlung untersucht. Lumbalpunktiert werden alle Fälle, die subjektive oder objektive Symptome von Seiten des ZNS haben und — natürlich — vor Entlassung aus der Kontrolle. Praktisch bedeuten diese Forderungen für den einzelnen Kranken eine zwei — bis dreimalige Liquoruntersuchung. Die abortive Behandlung wird abgelehnt. Bei seropositiven Primäraffekten, besonders wenn sekundäre Erscheinungen schon in Kürze zu erwarten sind und wo die Möglichkeit weiterer Infektion ganz ausser Zweifel ist, warten wir mit

dem Beginn der Behandlung bis zum Erscheinen des Exanthems. Wo wir jedoch — was in der Praxis gewöhnlich der Fall sein wird — sofort mit der Behandlung beginnen müssen, geben wir bis zum Erscheinen der sekundären Symptome bzw. bis zum Termin, an dem sie erscheinen sollten, nur Bi (oder Hg), dann erst Salvarsan (Neosalv. 5 bis 6 gr pro Kur, bis wöchentlich zweimal 0,45 event. einmal 0,45, einmal 0,6). Die Behauptung, dass die Salvarsantherapie eine Vermehrung der Fälle von Aortisypilis und Lues des ZNS zur Folge hat, muss abgelehnt werden. Für „unbehandelte“ Fälle und bei „verzettelter“ Behandlung könnte das in Frage kommen: deshalb: energisch behandeln. In allen Fällen, die sich bei Anwendung der gebräuchlichen Antisyphilitika irgendwie resistent (Seroreaktionen!) erweisen, soll zur Kombination mit nichtspezifischen Mitteln (Pyrotherapie) geschritten werden, die bei der Luesbehandlung einen breiteren Raum als bisher einnehmen soll. Die Ma'ariaimpfung soll angewendet werden 1) in allen liquorpositiven Fällen, wo wir die klinische und serologische Negativisation erreicht haben, der Liquor aber positiv ist — ohne Rücksicht darauf, wann die Infektion erfolgt ist 3) in denjenigen Fällen, bei denen trotz einer oder zwei spezifisch — unspezifisch kombinierten Kuren (z. B. mit Olobutin, bestrahltem Eigenblut, Pyrifer) die Seroreaktionen noch immer positiv sind. Achtung auf Kontraindikationen! Sorgsame Abwägung und Beurteilung des Einzelfalles ist unbedingt notwendig.

Hans Much

1880—1932.

Zamuknula su usta velikog učitelja, umjetnika, pjesnika; ostavio nas je jaki stvaralački duh, koji je djelovao mnogostrano, koji je radi te mnogostranosti imao otvorene vidike i poglede na razne strane i u mnogostranosti mogao sa jednog višeg gledišta jasno vidjeti jedinstvo i povezanost.

Djelo Hansa Mucha u medicini nije poznato samo uskom krugu stručnjaka, već i najširim krugovima medicinaru.

Njegovo je ime vezano uz granularni oblik uzročnika tuberkuloze (Muchova granula), uz partigene, parcijalne antigene djelove bacila tuberkuloze, koji je Much u zajednici sa Deykeom upotrebio, nakon što im je uspjelo bacil tuberkuloze rastvoriti pomoću slabih kiselina u pojedinačne reaktivne djelove, kao specifično sredstvo za liječenje tuberkuloze. Muchovo je ime vezano uz omnadin, sredstvo, koje je pronašao za pojačanje nespecifičnih obranbenih snaga u organizmu. Osniva se na istom principu kao i partigeni bacila tuberkuloze, sadrži bjelančevine iz neškodljivih bakterija, lipoide iz žuči, neutralne masti životinjskog porijekla. Pronalazak parcijalnih antigena vezan je uz posve nove vidike, oni su temeljac, na kojem je sagrađeno novo naziranje o kemičkim osebinama antigena, sa njima je donesen dokaz, da nemaju samo bjelančevine antigena svojstva, već da mogu i lipoidi i masti stvarati u životinjskim organizmima antiljelesa. Dugo vrijeme žestoko napadan radi tih svojih tvrdnja, Much je još doživio pobjedu svojih ideja: lipoidi i masti imaju antigena svojstva.

Njegovo naziranje o važnosti stanica kod imuniteta, o stanici kao izvoru obrane, nadalje veće značenje nespecifične obrane, nespecifičnog

imuniteta u obrani organizma, prodire sebi puteve i dobiva vse veće značenje u biološkom zbivanju i u nauci o konstituciji.

Svoje ideje o medicinskoj nauci kao cjelini vidio je već za života u svitanju. Tražio je veliku reformaciju, ako ne revoluciju u medicini. Medicina boluje od zastarjelosti, zardjalosti, jednostranosti, unatoč mnogih pojedinačnih uspjeha. Medicina mora da se obnovi, osvježi na biološkoj bazi: biologija treba da postane osnova svakog medicinskog mišljenja i djelatnosti. Osnov medicine treba da čine: patološka anatomija, patološka fiziologija i patološka biologija. To je bilo Muchovo vjerovanje!

Nije moguće u ovom kratkom prikazu dati pravu sliku Hansa Mucha, medicinara, ni njegovu veličinu. Lični saobraćaj sa Muchom i saradnja u njegovom institutu u Hamburgu značila je otkriće i preporod.

I na polju lijepe knjige ostavio je Much veliki broj filozofskih i pjesničkih djela, a i sa područja arhitekture, za koju se osobito zanimao, ostavio je nekoliko klasičnih velikih djela.

Jednom je zgodom posjetio svoje nekadanje saradnike iz naše zemlje u Zagrebu i taj je boravak ostao njemu i svima, koji su s njim došli u dodir tom prigodom, u trajnoj lijepoj uspomeni, koju je uvijek rado spominjao.

Kao veliki umjetnik imao je osobito razumijevanje za našu seljačku umjetnost.

Neka i dalje živi uspomena na Hansa Mucha u našim srcima! Plod njegovog životnog medicinskog djela, koji je donio koristi svemu čovječanstvu, neka donese koristi i našem narodu, koji ga na polju tuberkuloze osobito treba!

Vladimir Čepulić, Zagreb.

Ob 10-letnici zakona o zavarovanju delavcev (ZZD).

Referat iz „Zbornika delavskega zavarovanja 1922—1932“.

V bistvu našega časa je, da slavimo v teh letih jubilej za jubilejem. Vse, kar se je z velikim zanosom ustvarilo potem, ko je mlada država dobila svojo zunanjo obliko, vse to gleda sedaj nazaj na svoje začetke.

Med mnogimi manj pomembnimi obletnicami pa je obhajala l. 1932 10-letnico svojega obstoja najvažnejša socialna ustanova mlade države — delavsko zavarovanje. Z ZZD je institucija bolniških blagajn, ki so se v naših krajih vdomačile že pod avstrijsko upravo, dobila svoj fundament. Odslej se je moglo delavsko zavarovanje šele prilagoditi specifičnim potrebam jugoslovanskega delavstva.

Mi zdravniki gledamo običajno na socialno zavarovanje z mešanimi občutki. Ni dvoma, da stoji velik del naših tovarišev v službi te ustanove in da nas obdaja vse v večji ali manjši meri bojazen, da bo svobode našega poklica v tem trenutku konec ko bo soc. zavarovanje zavzelo še širši

obseg. Ravno to svobodo pa smatramo za enega najvažnejših predpogojev za izvrševanje svojega poklica. Tendencia razširjenja zavarovanja na vedno nove plasti ljudstva obstoji in jo gospodarska depresija z vsemi svojimi posledicami še pospešuje. Vsaj si je zavarovanje v drugih državah že danes zavojevalo mnogo širše pozicije, kot jih ima pri nas.

Ako pa gledamo zadevo z druge strani, moramo priznati, da večina delavstva ne bi našla zadostne zdravstvene zaščite, zdravnik pa med obubožanim ljudstvom nobene klientele brez soc. zavarovanja.

V vrvežu problemov zdi se mi danes eno gotovo: Odnosaji med soc. zavarovanjem kot zdravstveno institucijo in zdravniki kot nositelji odgovornosti in dela so še precej daleč od onega razveseljivega nivo-a, ki ga bo treba v interesu obeh delov čimpreje z vsemi sredstvi doseči.

Za nas zdravnike izhaja iz tega dolžnost, da se — bodisi da se nahajamo že v službi soc. zavarovanja ali zaenkrat še ne — čim intenzivneje bavimo z njegovim delom, njegovimi uspehi in problemi.

Ne morem si misliti iz tega vidika boljšega kažipota kot brošuro, ki leži pod naslovom: „Zbornik delavskega zavarovanja 1922—1932“ v vzorni opremi in z bogato vsebino pred menoj — lep in razveseljav dokument skupnega sodelovanja med upravnim vodstvom ustanove in zdravniki, obenem pa točen in pregleden obračun 10-letnega delovanja OUZD v Ljubljani.

Knjiga, ki obsega 114 strani razpada v dva skoraj enaka dela. Na koncu pa vsebuje 4 velike tabele ter 8 strani slik.

Prvi, splošni, upravni in statistični del otvori predsednik ravnateljstva OUZD J. Tavčar z Uvodno besedo, v kateri nam nekako programatično našteva koristi delavskega zavarovanja za celokupno narodno gospodarstvo. Nadalje zahteva čimvečji razvoj preventivnega delovanja, „ki se nahaja zaenkrat komaj še v početkih“. Poudarja odvisnost soc. zavarovanja od razvoja gospodarstva in kaže na težkoče, v katere je institucija v zadnjem času zašla vsled padanja števila članstva, skrajšanja delavnega časa in znižanja poprečja zavarovane mezde. Ker pa vsi ukrepi za sanacijo zavarovanja (zvišanje prispevne tarife itd.) ne bodo zadoščali, je mišljenje, da „bo potrebna dalekosežnejša revizija samega ZZD“.

Veselim se avtorjeve ugotovitve, da je aparat in uradništvo slovenskega OUZD lahko v zgled ostalim upravam socialnega zavarovanja, in delimo njegovo naziranje, da je dolžnost uprave OUZD zmanjšati neproduktivne odstopke upravnih stroškov ter odvesti „kar največ vplačanih prispevkov svoji direktni produktivni svrhi“.

Kot zdravniki z zadovoljstvom prejmemo priznanje: „Zdravniška služba je temelj uspehov soc. zavarovanja in naloga, ki jo že danes vrše naši požrtvovalni zdravniki, začetek in konec naših uspehov“.

Važna je tudi izjava predsednika OUZD, da je bila kreпка centralizacija soc. zavarovanja v začetku pač neobhodno potrebna, da pa je „sedaj stopila v ospredje zahteva o decentralizaciji zavarovalne uprave“. Zakaj

danes „prestrogi in težki centralni birokratizem“ vendar-le samo zavira svobodni razmah soc. zavarovanja. To so jasne, odločne in gotovo potrebne besede.

Nič manj odločno pribija predsednik del. zbornice v Ljubljani M. Čobal v članku: Nekaj pripomb k desetletnici ZZD dejstvo, da delavstvo še danes zastoja čaka na uvedbo starostnega zavarovanja in naravnost dolži gospodarske kroge, da jim „je uspelo preprečiti uvedbo starostnega in invalidskega zavarovanja“ v časih dobre konjunktura. To nesocialno pojmovanje primitivnih socialnih dolžnosti podjetij pride najboljše do izraza v rudarskem starostnem zavarovanju.

Objektivni opazovalec bo rad podpisal resno svarilo, s katerim se avtor obrača do vodstva boln. zavarovanja, da je bila najbolj nesrečna, najbolj neprimerna redukcija dajatev z ukinitvijo podaljšanja bolniških dajatev od 26 tednov dalje do enega leta. O tej redukciji avtor pričakuje, da je samo kratkotrajna in začasna mera. Tudi odločitev drugih norm za sprejem raznih kategorij delavstva v zavarovanje se mu zdi potrebna.

Sploh zvenijo izvajanja predsednika del. zbornice kot glas delavstva, posebno tudi, ko energično zahteva, da naj nosi delavski razred sam odgovornost za uspevanje in napredovanje soc. zavarovalnih institucij.

Predsednik Zbornice TOI v Ljubljani I. Jelačin v članku: Ob desetletnici delavskega zavarovanja najpreje ugotavlja, da „danes ni nasprotnikov zavarovanja niti v delavskih niti v gospodarskih vrstah“ ter da še ni slišal, „da bi katerikoli naših stanovskih organizacij zahtevala demontažo soc. zavarovanja“. Odločno tudi on zahteva decentralizacijo zavarovanja, ker se je izkazalo, da „socialne institucije niso mogle nikjer dobro uspevati, ako niso bile osebni inicijativnosti in samoodločbi neposredno interesiranih priznane najširše pravice“. Ta stroga centralizacija je po avtorjevem mnenju edini vzrok nerazpoloženja proti zavarovanju.

V lepih besedah, ki bi zaslužile, da jih nosi Zbornik kot geslo na svoji naslovni strani, poudarja tajnik del. zbornice v Ljubljani Filip Urahtnik etično dolžnost družbe, da nudi ogroženim pomoč v obliki soc. zavarovanja kot njim pripadajoče pravice. (Delavsko zavarovanje in njegov odnos do družbe in gospodarstva.)

Obseg zavarovanja se najboljše izračuna na osnovi „izgube na za-
služku, ki zadenejo delavstvo in nameščenstvo zaradi bolezni, nezgod, onemoglosti na eni in brezposelnosti na drugi strani“. Te izgube izračuna avtor za 100.000 delavcev na 24 mil. dinarjev letno. OUZD pa je izdal leta 1930 47 mil., od tega 21 mil. za razne denarne podpore, 6,3 mil. za bolnice, 4 mil. za zdravila (!) 5 mil. za zdravnike (!), 7,4 mil. za upravo in 3,3 mil. za sanatorije in ambulatorije. Avtor se vprašuje, katera teh števil je previsoka? Glede — večinoma obdolženih — upravnih stroškov pride do zaključka, da so ti še vedno nižji kot v ostali Jugoslaviji, dasi večji od po-

prečja v drugih državah. Zato pa vrši OUZD razne kontrolne funkcije, ki drugod obremenijo javno upravo. Pozdravlja stremljenje, izboljšati upravo.

Podrobno razpravlja avtor tudi o temeljih nezgodnega zavarovanja in poudarja neobhodno potrebo nabiranja rezerv za to panogo del. zavarovanja, ki bo prišla polno do veljave šele v kasnejših letih. Tudi on označi kot velik nedostatek pomanjkanje starostnega in brezposelnega zavarovanja ter konča z zanimivo konstatacijo, da so povprečni prispevki za naše boln. zavarovanje napram drugim državam skoraj najnižji.

V članku (1922-1932) povzame ravnatelj OUZD dr. J. Bohinjec sam besedo. Kot dolgoletni vodja zavoda in dr. Bohinjec izvrstno pozna vse kritike, resne in neresne, ki so se v zadnjih letih z rastočo intenziteto lotevale soc. zavarovanja. Zakaj ustanova, ki tako globoko posega v gospodarski ustroj naroda, ki ima tako dalekosežne posledice celo za duševni preustroj naroda (glej samo Nemčijo z groteskno rentomanijo—sit venia verbo—), taka ustanova je vprav potrebna kritike. Toda etična kot praktična načela, ki so ustvarjala soc. zavarovanje in ga uvrstila med kulturne faktorje naše dobe, ta načela lahko zahtevajo zase, da bode kritika pozitivna ustvarjajoča, kritika, ki izvira iz globokega znanja materije, ne pa negativna-rušeča, kakor se z njo šopirijo na cenen način razni površneži in zabavljači.

Važnost soc. zavarovanja bomo najbolje spoznali, ako analiziramo gospodarsko strukturo naroda, kakor to avtor stori za teritorij dravske banovine torej OUZD v Ljubljani. Pri tem pride do zaključka, da je med njenim 1.100.000 prebivalcev okrog 400.000 oseb ali 37% zaposlenih izven kmetско-produktivnega dela. „Smo narod malih eksistenc, ojačenje teh eksistenc je mogoče le na močni vzajemni skupnosti“.

To vzajemno skupnost je za največji del delavnega ljudstva ustvarilo enotno soc. zavarovanje, ki je leta 1922 sledilo nezadovoljivemu in nezadostnemu sistemu malih boln. blagajn na ozemlju dravske banovine. Zanimivo je, da je bil vzor za naš ZZD tozadevni madžarski zakon iz leta 1907, ki je bil od vseh sličnih zakonov takrat še najmodernejši. Bistvo našega zakona pa je koncentracija sil, ki po mnenju avtorja v precejšnji meri odtehta slabe strani centralizacije. Najresnejši moment za zboljšanje tega zakona pa vidi avtor v zahtevi progresivnosti prispevkov pa vzorcu državnih davkov. Potem bo zavarovanje postalo tudi za „najslabotnejše obrtnike pravi blagoslov“.

Sledi historijat zakonadaje za soc. zavarovanje s konstatacijo, da člani samouprave, — v zakonu določene — do danes niso izvoljeni, dasi bi to bilo velike važnosti za institucijo.

Površno, a vendar ne redko izgovorjeno trditev, da „člani od zavarovanja ničesar nimajo“ avtor ovrže z natančnimi, zelo prepričevalnimi podatki, iz katerih posnamemo, da imajo člani od našega zavarovanja celo več kot v drugih državah (80% napram 60—65% n. pr. v Nemčiji).

Dejansko je smotrena organizacija dosegla izredno lepe uspehe s tem, da je kljub vsem finančnim težkočam mogla povečati dajatve v naravi. „Zato okrožni uradi niso več samo blagajne za izplačevanje skromnih dnevnih podpor, one so postale zdravstvene ustanove“. Kot taka je OUZD po vzorcu drugih držav kljub nezadostni materijelni osnovi veliko storila tudi na preventivnem polju, lep spomenik pa si je postavil z inicijativnostjo v protituberkulozni borbi.

Pa tudi v vseh drugih področjih se vidi na delu živa, prodirajoča sila, ki s pravim elanom preko vseh težav zasleduje svoj cilj: „povzdigi zdravniške službe do popolnosti“.

Daljši odstavek posveča avtor težkemu in zamotanemu vprašanju: prosta izbira zdravnika ali vezana zdravniška služba. Tu mu referent ne more popolnoma slediti, ker smatra osebno vezanost na zdravnika, ki dostikrat ne uživa popolnega bolnikovega zaupanja za enega največjih, da celo usodnih nedostatkov v tem delikatnem odnošaju med bolnikom in zdravnikom. S težkim srcem pa mora pritrditi, da zahteva sistem proste izbire visoko etično stališče zdravnika, ki — priznajmo — v času pogostoma brezobzirne borbe za kruh — ni povsod najti

Zopet pa popolnoma soglašamo s trditvijo avtorja, da je „najzanesljivejši regulator zdravniške službe morala članov in javnosti“ ter neobhodno potrebna disciplina.

V nadaljni analizi dajatev urada svojim članom je omembe vredno dejstvo, da vodi OUZD svojo borbo proti nalezljivim boleznim, kar gotovo nasprotuje tendenci, ki je sicer država pokaže, da je namreč pobijanje teh bolezni njena naloga. Zanimivo je tudi, kako svojevrstno stališče zavzemajo uprave raznih bolnic napram soc. zavarovanju.

Skratka: čitatelj se po čitanju tega globoko zajetega članka šele zaveda, kako ogromno delo izvršuje naše zavarovanje, kako ogromne pa so tudi težkoče, s katerimi se ima boriti; najlepše pa, kar čitatelj odnese, je vlis silnega, idealnega hotenja, ki govori iz njega.

Skoraj nemogoče je, v okvirju kratkega referata podajati še tako bežen pregled čez obilno gradivo, ki ga nudi Statistično poročilo šefa statističnega oddelka OUZD I. Laha. Omejimo se na to, da naštevamo vidike pod katerimi rešuje avtor svojo nehvaležno nalogo. Celotna statistika razpada v dva dela, od katerih vsebuje prvi splošne podatke kakor sledi: Gibanje članov; gibanje članov po industrijskih skupinah; grupacija obratov po številu delavcev; lokalna grupacija obratov; statistika obratov po industr. skupinah in število zaposlenih delavcev po stanju 30. junija 1931; starostna struktura članstva; statistika članov po mezdah razredih; statistika mezd v posameznih industr. skupinah ter statistiko prijav in odjav.

Drugi del, ki prinaša statistične podatke o bolnikih in boleznih, bo zanimanju zdravnika bliži. Z interesom bo bral pod 1) (Statistika bolnikov) o rezultatih nadpregledov, ki so postali potrebni vsled ogroženja celokup-

nega zavarovanja radi izrabljanja bolniških podpor od strani raznih škodljivcev ter končno o številčnem obsegu zdravniške službe pri OUZD. (NB. Število rentgen. preiskav v ljubljanskem ambulatoriju se ne vjema z zdravniškim poročilom v drugem delu). V preglednih diagramih bo našel statistiko obolenj in porodov (zakaj „bolnospodporna“ doba?). V 4. odstavku bo mogel dobiti jasne pojme o nevarnosti raznih poklicev za zdravje delavcev in bo z začudenjem videl, da zavzema tuberkuloza še vedno prvo mesto v lestvici bolezni.

Tuberkuloza povzroča sploh ca. 20% vseh bremen OUZD. Jasno zakaj je moral OUZD z vsemi sredstvi začeti boj proti tej bolezni, razveseljivo je, da se vodi kartoteka vseh tuberkuloznih članov.

6. odstavek vsebuje zanimivo ugotovitev, da je morbiliteta temvečja čim višji je zavarovana mezda, medtem ko je njena odvisnost od starosti pač vnaprej pričakovati (7.), kakor tudi relativno večja bolehnost delavk napram delavcem (tabl. na strani 40) ne preseneča. V odstavku 10 (zdravilišča, kopališča in toplice) malo moti, da se bolniki ki ostanejo preko novega leta v kakem zavodu računajo v obeh letih, kar neprimerno poveča število oskrbovancev teh zavodov. Glede zdravljenja tuberkuloznih članov moramo tudi na tem mestu ugotoviti, da se je OUZD — pod pritiskom višje instance — odtujil domačim zavodom v prid zdravilišč SUZOR-ja ne v korist izdatkov za to zdravljenje.

To so samo majhna zrnca iz statistike, ki — razvpita kot suhoparna, kakor je pač vsaka statistika — nudi izobilje za razumevanje delovanja soc. Zavarovanja važnih in splošno podučnih podatkov. Gotovo velja isto za gospodarsko statistiko, ki jo nam podaja I. Kocijan, šef-knjigovodja OUZD v poglavju Gospodarski pregled zavarovanja.

Referat o tem poglavju pa smatram za stvar gospodarskega strokovnjaka.

V drugem daljšem članku govori še enkrat ravnatelj dr. Bohinjec o bistvu in pomenu delavskega zavarovanja. Globok poznavalec našega soc. zavarovanja in zavarovanja kot gospodarske in pravne vede sploh, nam v jasnih, stvarnih stvkih oriše razvoj in teorijo zavarovanja kot takega, prehajajoč potem na soc. zavarovanje. „Razlike med tako imenovanim privatnim in javnopravnim zavarovanjem, kar je soc. zavarovanje, ni, „Soc. zavarovanje je samo surogat privatnega zavarovanja“, potrebno tam, kjer življenjski standard delavcem in nameščencem ne dovoli, da bi se privatno zavarovali za slučaj, „nastale gospodarske škode, bolezni, nezgode, brezposelnosti, starosti in smrti, ko zavarovanec škode ne more več kriti sam s svojimi lastnimi sredstvi“.

Popolnoma logično slika avtor, kako se je polagoma pod vplivom industrijalizacije v posameznih državah, najpreje v Nemčiji za časa Bismarka, vzbudila zavest in „prepričanje, da je zavarovanje interesov delavcev in nameščencev v bistvu samo zavarovanje interesov države in narodnega gospodarstva.“

Ker pa sloni privatno zavarovanje le na dobičku nosilca zavarovanja, je bil razvoj javnopravnega zavarovanja nujno potreben in izgleda, da se bo širil še na druge gospodarske panoge. Tako na pr. smatra avtor za nujno potrebno obvezno zavarovanje minima škode pri požarih.

To javnopravno zavarovanje pa je moralo postati obvezno že radi pocenitve prispevkov, ki bi bila neizvedljiva, ako bi bilo malo razvitemu socialnemu čutlu posameznika pripuščeno, hoče se-li zavarovati ali ne. Nadaljni razvoj tega zavarovanja je pa nujno zahteval sporedni napredek socialne zakonodaje.

Kako široko soc. zavarovanje ne poostruje gospodarske depresije, temveč ima celo nasprotno zelo blagodejni vpliv na celokupno gospodarstvo, se pokaže na vzgledu starostnega zavarovanja privatnih nameščencev, ki je v rokah Pokojninskega zavoda v Ljubljani. Zato mora priiti starostno zavarovanje tudi za delavce kljub krizi.

Ponovimo z avtorjem, kar smo uvodama že povedali: „Kdor hoče o socialnem zavarovanju resno in stvarno govoriti, se mora poglobiti v bisvo in pomen zavarovanja in proučevati vse elemente, na katerih soc. zavarovanje sloni.“

Prvi del zbornika zaključí R. Smršu, pravni referent OUZD s podatki iz nezgodnega zavarovanja. V tem poglavju obravnava avtor definicijo nezgodnega zavarovanja, nezgode („nezgoda je ona poškodba telesa, ki je nastopila naenkrat in nepričakovano, ozir. vsaj v razmeroma kratkem času zaradi hitrega učinkovanja zunanjih pojavov na telo“), zakonitost pojavov nezgode in dejstvo OUZD iz naslova te zavarovalne panoge.

Urad je v prvi vrsti v korist poškodovanih delavcev otvoril dvoje fizikalnih zdravilišč v Ljubljani in Mariboru. Toda poleg tega smatra za svojo nalogo preprečiti nezgode. V to svrho nadzira obrate in podučuje delavstvo.

(Nadaljevanje prihodnjič).

Prinos k zdravljenju bronhijalnih obolenj.

(akutna in kronična bronhitis, bronhektazije in naduha).

Dr. A. Schweitzer-X. — Reka.)

Nobena druga bolezen naše vsakdanje zdravniške prakse ne nudi pestrejšje slike kot obolenja bronhijev. So pa to tudi obolenja, ki so na našem krasu najbolj razširjena, kjer menjavajo južni z mrzlimi severnimi vetrovi.

Raziskavanja zadnjih let, izboljšanje preiskovalnih metod kakor n. pr. bronhografija in pneumotahogram so nam omogočila vedno točno diferenciacijo raznih obolenj dušnikov. Mnogo obolenj smo preje zdravili kot nedolžne katarje, kjer je šlo pogostoma za prav resne bolezni kakor n. pr. bronhektazije.

*) prevel H.

Bronhektazije so od časa zadnjih epidemij gripe sploh postale precej pogostejše kot preje. Preje so zdravili te slučaje kot kronično bronhitis. Če se pojavlja pri bolniku po pneumoniji trajni kašelj z izmečkom, če se izmeček zčasoma stopnjuje od leta do leta posebno ob slabem vremenu, tedaj je treba misliti na bronhektazije. Ako najdemo zopet in zopet na istem mestu hropce, tedaj je diagnoza toliko kot sigurna. V čisto izrazitih slučajih bomo našli: silno ekspektoracijo v nenadnih, močnih napadih zlasti zjutraj in ob spremembi položaja, izmeček v treh plasteh, circumskriptno lahko zamolkline, morda z lahkim timpanizmom, poostreno dihanje, obilne malo-in srednje-mehurčaste, dostikrat zvonke hropce.

Bronhektazije, ki niso niti v mladih letih posebno redki, vplivajo seveda zelo neugodno na splošno stanje bolnika. Posledica je vedno dalj časa trajajoča nesposobnost za delo ob slabem vremenu, končno celo invaliditeta. Raznovrstne so nevarnosti, ki pretijo takemu bolniku: opetovani bronhopneumonični procesi, ponovne krvavitve iz pljuč, difuzna, obojestranska kronična bronhitis z emfizemom, pljučni absces, pljučna gangrena, event. celo tuberkuloza, eksudativna in gnojna pleuritis, oslavljenje desnega srca s končno insuficijenco, amiloidna degeneracija jeter in ledvic, revmatoidna obolenja členkov, osteoarthropathia in absces možgan.

Bronhektazije otrok uživajo v zadnjih letih večjo pozornost kot kedaj poprej; popolnoma upravičeno, kajti ta bolezen je mnogo bolj razširjena kot splošno mislimo. Etiološko najvažnejši so v večini slučajev: kronična bronhitis, nespecifična pneumonija in pleuropneumonija. Rentgenološki izvid je večinoma prav skromen: ojačena risba v spodnjih krpah, sempatja naznačena satasla struktura. V nekaterih slučajih najdemo široke zarastline cele strani z močno trakcijo mediastinalnih organov in mediaslinalne zarastline.

Zelo važno je, da spoznamo pravočasno otroške bronhektazije, dokler je še dana možnost uspešnega zdravljenja brez smrtnonevarnih posegov, ki postanejo pozneje potrebni.

Po Duken-u je važno, da spoznamo funkcijo bronhijalnega in intraacinoznega mišičevja. Rentgenogrami po polnjenju bronhijev z jodipinom pri živalih in več kot 40 otrocih niso podali prav nobenih dokazov za obstoj bronhijalne peristaltike. Bronhektazije prevladujejo v levi spodnji krpi. Etiološko igrajo glavno vlogo poškodbe stene dušnikov, predvsem prejšnje infekcije, kakor bronhitis, bronhiolitis in bronhopneumonije.

Rentgenološka preiskava po polnjenju s kontrastnim sredstvom po Duken-u je izredno pospešila diferencijalno diagnozo bronhektazij zlasti napram pljučni tuberkulozi. Acidoresistentni bacili v izmečku bronhektatikov niso vedno Kochovi bacili.

Patološko-anatomsko zaslužijo našo pozornost dognanja H. Schneider-ja. Preiskal je 215 slučajev pridobljenih bronhektazij, ki jih je našel pretežno pri moških. Razločuje med atrofičnimi in hipertrofičnimi ektazijami, ki so lahko cilindrični ali vrečasti; pri njih je našel subepitelialna vnetja, ki so dovedla do uničenja bronhijalne stene. Pri spremembah v drugih delih pljuč povzročajo intrabronhijalnega pritiska do atrofije bronhektazij. Ni pa še popolnoma pojasnjeno, koliko povzročajo lahko čisto mehanični procesi bronhektazije, n. pr. cirolične spremembe v pljučih s pleuralnimi zarastlinami ali brez njih.

V pogledu etijologije bronhijalne astme so raziskovanja zadnjih let pojasnila marsikaj. Prekoračili bi okvir te razprave, ako bi hoteli navesti vse poedine teorije o njenem nastanku.

Na seji dunajske „družbe za notranjo medicino“ je M. Matthes sporočil prav zanimiva in podučna dejstva. Najpreje referira o delih Herba, ki je preiskal astmatike med delom. Potem govori o pomenu alergenov za sprožitev astme, odnošaje geološke strukture do te bolezni, ki so kljub vsemu trudu Klewitza ostali doslej nepojasneni. Pri cepljenju z alergeni so videli, da je občutljivost samo napram eni snovi redka, temveč da prevladujejo skupinske reakcije. Specifična desenzibilizacija se ne posreči razen pri travni naduhi. Približno 60% reagira na alergene, največkrat na one iz živalskih jedil. Teorija, da je naduha motnja vegetativnega živčevja ni dokazana. (Veil in Hofbauer).

Glede psihične geneze moramo priznati vpliv psihičnih faktorjev na nevrotike, toda niso vsi astmatiki tudi nevrotiki. Nemogoča pa psihična geneza vendar ni.

Kammerer zopet verjame na vlogo infekcije v etijologiji astme. Našel je večinoma zelene streptokoke.

Pneumotahogramatične krivulje po Wittkowsen-u in Pelion-u kažejo jasne razlike pri raznih oblikah dispnoe: očitna je neenakomernost črte pri kardijalni dispno; pri kronični bronhitis posebno pa pri bronh. astmi dobimo globok, razmeroma kratek inspirij in močro podaljšan, razlegnjen ekspirij. Med astmatičnim napadom vidimo pogostoma povečano ventilacijo. Slično tudi Fleisch s svojim pneumotahografom.

Če zasledujemo terapevtske poskuse za zdravljenje bronhijalnih obolenj, vidimo, da je osnovni cilj vseh teh metod uspešna, hitra pospešitev ekspektoracije. Vsaj je stara skušnja, da je pri akutnih kakor tudi kroničnih bronhij. katarjih, pri astmi, posebno pa pri bronhektazijah največja nevarnost v zastoju sekreta. Breme tega sekreta slabi steno dihal, sluznica pod pritiskom atrofira, posledica je novo razširjenje. Razkrajajoči se sekret je vzrok raznim čirom, novim, recidivirajočim vnetjem, zopet kroničnim bronhitidam in kočno celo abscesom v pljuči. Vsled gnijočih mas lahko nastane gangrena. Toksične narave so spremembe v kosteh in členkih, dolgotrajno gnojenje dovede do amiloida, kroničnoprogresivni potek celega obolenja povzroča oslABLjenje in popuščanje desnega prekata.

Terapevtsko se na otroške bronhektazije — kakor znano — le zelo težko vpliva. Zdravljenje se mora omejiti na raztopljenje in odstranitev sekreta. S tem ob začetku bolezni otroka še lahko ozdravimo. To je torej naša glavna naloga poleg primerne položaja in diete. Operativna terapija pride v poštev samo, ako nolanje zdravljenje odpove, toda le pri enostranskih procesih. Operacija je zelo težka.

Brezpredmetno bi bilo, naštevati vsa različna rastlinska in mineralna ekspektorancija, vsaj so nam dovolj znana. Večinoma so dobro uporabna, dasi niso vedno brez neprijetnih pojavov (n. pr. Ipecacuanha). Tudi svojčas tako proslavljeni kreozot (Sommerhede 1887) dostikrat odpove, ker povzroča to sredsivo pehanje, zmanjša tek itd. Parenteralno pa povzroča bolečine in je radi tega zlasti pri otrocih neraben.

Čudno je, da so zdravila, ki so bila sto-letja znana kot izborna ekspektorancija, zapadla pozabljenju. Kriv bo najbrže ogromni razmah kemične industrije, ki kvari najvažnejše snovi drog neredkokdaj s tem, da jih ekstrahira, če jih sploh sintetično ne proizvaja.

Ekspektorans te vrste je *Galeopsis grandifl.* dar. Po kemični analizi vsebuje ta droga 2,77% maščobe in klorofila, 0,24 v etru netopljivih smol, v ostalem gumi, apnene soli, žveplo, železni oksid, kremenovo kislino, fosfornokisli natrij, jabolčno kislino in malate. Še pred 30 leti so najboljši dunajski kliniki predpisovali to drogo kot izboren ekspektorans. Potem so pozabili na njo in rabili so druge manj učinkovite. To se mora pripisovati edino-le dejstvu, da se pristna *galeopsis* ob slabih letinah le zelo težko dobi. Mesto nje prodajajo tedaj *sideritis*, ki ji je izredno podobna.

Čisto slično je z dvema drugima zelo učinkovitima ekspektorancijama: *Tusilago farfara* in *Pulmonaria off.*, ki ju danes v lekarnah že težko dobiš.

Dela avtorjev *Zubak*, *Schwarz*, *Mayer* i. dr. se bavijo z zdravljenjem bronhijalnih obolenj s preparatom „*Puhlmannov čaj*“ (znamka *Ripon*).

Ta čaj se napravi po sledečem receptu:

Herb. *Galeopsidis* *grangifl.* ochrol. (ki je najbolj učinkovita med vrstami *galeopsidis*) 60 kg., Fol. *farfarae* 30 kg., Herb. *pulmon. macul.* 30 kg. Natr. benz. 500,0 Gummi arab. 500,0 raztopljen v 3000,0 aqu. dest., oziroma z njim preprian.

Ta čaj vsebuje torej vse tri izborne droge skupaj s Natr. benz. in gumijem ki imajo — kakor znano — prav dober vpliv na zrahljanje in topljenje sluzi.

Vsi moji bolniki so ta čaj jemali prav radi. H temu še pride znano mišljenje zlasti podeželskega prebivalstva, ki mnogo raje jemlje čaje in sl. zdravila kot kemične preparate. Čaj ima prav ugoden vonj in okus tako, da ga tudi otroci radi jemljejo. Pripravlja se na sledeči način:

2 polni žlici (15-20 gr.) čaja denemo z 1 litrom vode najbolje v dobro pokriti lončen posodi na ogenj, kjer se mora počasi vkuhati na polovico. Potem precedimo. Na ta način se vse učinkovite sestavine drog najbolje izkoriščajo, kakor je dokazal praški farmakolog *Wiechowski* pri drugih drogah.

Eno polovico (dve škodelici) damo popiti mlačno zjutraj pol do ene ure pred zajtrkom, ostanek pred večerjo. Dodajanje sladkorja, medu i. sl. ne zmanjšuje učinka.

S *Puhlmann*-čajem sem zdravil 12 akutnih in kron. bronh. katarjev, 3 bronhektazije odraslih, 2 otroški bronhektaziji ter 5 slučajev asime s prav dobrim uspehom. Samo pri enem otroku in enem odraslem z bronhektazijami sem moral poleg čaja dati še neki drugi močnejši ekspektorans. Pri vseh drugih sem dosegel poln uspeh s samim čajem.

„*Puhman*-čaj“ (znamka *Ripon*) je v vsakem oziru prav izborno sredstvo za zdravljenje raznih obolenj bronhijalnega trakta, ki služi svoje mesto v vsakdanji zdravniški praksi. (Paziti na orig škaltje z znamko in kontrolno številkol)

IZ ZDRAVNIŠKIH DRUŠTEV

Kongres jugoslovenskega dermatovenerološkega društva.

Jugoslovensko dermatovenerološko društvo bo imelo 15. in 16. septembra t. l. v Zagrebu svoj V. Kongres s sledečim dnevnim redom:

- 1.) endemska lues;
- 2.) svobodne teme.

Prosimo kolege, ki nameravajo na kongresu predavati, da do 1. maja javijo naslov svojega predavanja, do 1. junija pa pošljejo kratek resume, ki bo tiskan in razposlan vsem kongresistom še pred začetkom kongresa.

Kongresni organizacijski odbor je sklenil, da sme vsak predavatelj o svobodnih temah imeti največ dve predavanji.

Podrobni program in razpored predavanj bomo javili naknadno.

Naslov za prijave predavanj in za vse dopise in informacije: Udruga Jugoslovenskega dermatovenerološkog društva, Dermatovenerološka klinika, Zagreb, Šalata.

Opozorilo.

Zdravstveni dom Kraljice Marije v Št. Vidu nad Lj. toplo priporoča osebno tehtnico domače tyrke J. Štefančič, izdelovatelj tehtnic, Št. Vid nad Lj.

Tehtnica se odlikuje po solidni izdelavi, točnosti, občutljivosti, stabilnosti ter razmeroma nizki ceni.

GG. tovariši se opozarjajo na „Medicinski godišnjak“, obsežni almanah celokupnega zdravništva, zdravstvenih naprav itd. itd. v naši državi. Izdaje ga načelnik sanitetnega oddelka v ministarstvu socialne politike in narodnega zdravlja g. dr. Milovanović, kar jamči za točnost in zanesljivost vsebine.

Knjiga, ki bo dobro služila vsakemu zdravniku, lahko se že sedaj naroča pri avtorju. Cena din. 200.— vezano, Izide začetkom aprila t. l.

VPRAŠANJA IN ODGOVORI

Tej številki so zopet priložene vprašalne pole. Ker pa odziv gg. čitateljev za to rubriko ni posebno živahen, se iz razlogov varčnosti v bodoče posebne vprašalne pole ne bodo več tiskale in prilagale posameznim številkam. GG. tovariše prosim, da pišejo event. svoja vprašanja na navadnem papirju kolikor mogoče čitljivo.

NOVE KNJIGE

Doc. dr. I. Matko: Česa je treba Jugoslaviji v borbi proti tuberkulozi? Samozaložba. Din 10.—

34 strani obsegajoča knjižica je izšla ob priliki 10-letnice protituberkulozne lige v Mariboru in je, kakor pravi v uvodni besedi dr. J. Bohinjec, namenjena, da „širi med ljudstvom poznavanje problema tuberkuloze v vseh smereh in v vseh pravicah, uvažujoč resnico, da je jelika mnogokrat bolezen nepoučenih“.

Knjižica torej ni namenjena izrecno zdravnikom, temveč v prvi vrsti prosvetnim delavcem in širiteljem ljudske zdravstvene kulture. V njej bo pa našel tudi vsaki zdravnik, ki se le količkaj briga za socialno-higijenske razmere pri nas bogato pobudo za lastno nadaljnjo razmišljanje.

Kdor še ne pozna islega avtorja nadvse izčrpne knjige. „Protituberkulozni dispensar v službi socialne-higijenske borbe proti jeliki kot ljudski in kužni bolezni“, bo z zanimanjem pozorno prečital pričujoče delce.

Pri čitanju ogromnih števil, ki jih navaja g. docent v prvem delu knjižice, kjer razmotriva problem jelike pri nas iz narodno-gospodarskih vidikov, — pomislite 40.000

jetičnih mrličev na leto, 240.000 odprto bolnih itd. itd. — človeku kar jezik zastane. Fliziatra pa bo poleg ogromnega številčno-statističnega materiala, s katerim se bo lahko vsak dan s pridom okoriščal, zaščemel v ušesih stavek (stran 8): Človek je proti poslednjim (drugim kužnim boleznim) našel razna učinkovita zaščitna cepila in zanesljivo učinkujoča sredstva dočim proti jetiki kot ljudski in kužni bolezni v tem pogledu nismo prišli mnogo dalje kakor so bile razmere v dobi odkritja jetične kali po R. Kochu 1.1882". Podoba je, da je ta stavek pomotoma zasel v to razpravo.

V drugem delu govori avtor o 4 različnih načinih pobijanja jetike v drugih zemljah. Prizna pač, da danes ti sistemi ne eksistirajo nikjer več popolnoma čisti. Po razsežnih in podučnih primerjavah domačin razmer s tujimi, se odloči avtor za sledeči organizacijski načrt borbe proti tuberkulozi v Jugoslaviji. „Na čelo vse borbe proti jetiki pri nas spada centralna tuberkulozna liga, poseben oddelek za jetiko v ministstvu za socialno politiko in narodno zdravje ter umno in moderno zasnovan tuberkulozni zakon z obvezno prijavo jetičnikov in obvezno razkužbo zakuženih stanovanj itd. itd., slednjič pa tudi smotrena navodila tuberkuloznim ustanovam, predvsem dispenzarjem!“

V tretjem delu avtor šele točno izračuna na podlagi že obstoječih naših naprav število nujno potrebnih, ki bi se v bližnji bodočnosti morale izgraditi. Pri tem ga vodi načelo ustvarjati raje manjše število, pa življensko krepkih ustanov, kakor pa dati prednost osnavljanju „atrofičnih in anemičnih“ od vsega početka k neuspehu obsojenih ustanov. Seveda so milijarde potrebnega denarja za oživetvorenje tega velikopoteznega programa v današnjem težkem času malo smela zadeva. Glavno je pač, da enkrat vsaj vemo, kolikor nam je še potrebnega dela in denarja, da bi v perečem problemu pobijanja jetike mogli enkrat siopiti v sporednost z drugimi kulturnimi državami.

Dr. M. Karlin — Golnik

E. Liek: Das Gallenstein — Leiden. Vlg. d. Aerztl. Rundschau Otto-Gmelin Sammlung diagnostisch-therapeutischer Abhandlungen f. d. prakt. Arzt H. 41—30 strani vez. RM. 2,- br. RM. 1'20.

E. Liek: Die Blinddarmentzündung. Ista založba in zbirka zv. 42 34 strani vez. RM. 2,- br. RM. 1'20

Kdor je enkrat čital kako knjigo od Liek-a in komu ne bi bilo znano njegovo delo: „O zdravniku in njegovem poslanstvu“, — bo vedno z zanimanjem vzel v roke vse, kar pride iz peresa tega izredno plodovitega in mnogostreanskega avtorja.

Liek-a, kirurga z bogatimi skušnjami, z ogromnimi številkami vseh mogočih operacij zanimajo vedno v prvi vrsti obmejna vprašanja kirurgije, problemi, ki so še med nedavnimi tvorili vzrok prepira med „čisto“ kirurgijo in „čisto“ medicino.

Taka vprašanja so deloma še danes „Cholelithiasis“ in „Appendicitis“. Glede prve teh bolezni mi je šele pred kratkim živo slikal tovariš-asistent priznane naše univerzitetne klinike, da je kirurg, odlični strokovnjak za trebušno kirurgijo predaval: „Žolčnik bo doživel usodo slepiča“. Kategorično in imperativno: Čemu treba žolčnik? Ven z njim, čim se javljajo prvi simptomi kamenčkov! Kdo se ne bi spominjal pri tem onega slavnega angleškega strokovnjaka, ki je hotel polom parlamenta doseči zakon o obvezni odstranitvi slepiča, pa se bo — upam — našel zopet kak „strokovnjak“, ki bo zagovarjal obvezno odstranitev — nu recimo tonsil ali pa morda celo žolčnika.

Ubogi praktikus, ki vidi pred seboj bolnega človeka z eno teh bolezni, ki ve, da bo od njegove odločitve v prvi vrsti odvisna usoda, da morda celo življenje tega bolnika in ki mu sedaj rojijo po glavi najbolj nasprotujoče si teorije: hic operativna, hic konservativna terapija, ta praktikus bo z vzdihom olajšanja vzel v roke dva tenka (kako simpatično!) zvezka zdravnika Liek-a, ki se je znal ob vsem napornem kirurškem delovanju ohraniti odprte oči za probleme, ki jih nudi vsak posamezni slučaj.

Obe deli ki sta pisani v živahnem, naravnost vzornem slogu, o katerem bi bilo samo želeli, da bi ga posnemali vsi, ki pišejo strokovno literaturo in mislijo, da spada suhoparnost k tradicionalnim vrlinam znanstvenosti.

Liek, občudovanja vreden poznavalec strokovne literature o vsakem predmetu, ki ga obravnava nam podaja strnjen pregled o vsem, kar vemo danes pozitivnega o obeh v golem oziru sorodnih boleznih. Ta sorodnost pride posebno do izraza v Liekovem nazoru, da gre pri obeh za domestikacijske bolezni, povzročene po načinu življenja in prehrane civiliziranega človeka. Iz česa sledi: živi naravno in verjetnost, da te bodo mučili kamenčki ali vnetje slepiča, ako ga sploh še imaš, bo minimalna.

Pa naj nihče ne misli, da gre za poljudno-znanstvene razprave. Anatomija, izborno znanje patologije, obširno obravnavanje diferencialne diagnoze in na koncu terapija in posebno striktna indikacije za operativno zdravljenje, ter prognoza tvorijo vsebino obeh knjžic, ki sta znanstveni v najlepšem pomenu, ker posredujeta resnično in do vseh podrobnosti poglobljeno znanje. Želeti bi bilo samo, da dobimo še mnogo podobnih del.

Albert Krecke: Vom Arzt und seinen Kranken. München 1932 — J. F. Lehmann vez. RN. 6., br. RM. 4.80.

Zelo značilno je, da so se ravno kirurgi v zadnjem času s posebnim navdušenjem in vso resnobo lotili eličnih vprašanj našega poklica (n. pr. Liek i. dr.). Gotovo to ni slučaj; vsaj so se ravno kirurgi v še dolgo ne popolnoma premagani dobi materialistično-mehanistične medicine najbolj oddaljili od zdravništva v pravem čistem pomenu besede.

Albert Krecke, pred nedavnim preminuli nemški kirurg govori v tej svoji knjigi, ki je pravzaprav zbirka raznih člankov deloma že preje objavljenih v „Münchner medizinische Wochenschrift“, deloma nastalih med težko, dolgotrajno smrtno boleznijo, o vsem, kar sreča zdravnik dan za dnem na svoji poti, o vsem, kar ga noč in dan napolni s skrbjo, o vsem tem tako izredno kompliciranem in v bistvu edino važnem problemu: Zdravnik in bolnik.

Moder mož govori iz bogatihkušenj, iz polnega srca do nas vseh, mož, ki je doživel kot zdravnik vse, kar je usoda v stanu nakloniti zdravniku, pot skozi tisoče razočaranj do najlepših uspehov, do redke priljubljenosti med svojimi bolniki, učenci in tovariši, kakor to na koncu Fr. Lange v kratki biografiji avtorja tako lepo opisuje.

Ni mogoče obširno referirati o knjigi, ki vsebuje poglavja kakor: „o priljubljenosti zdravnika“, „kako si predstavlja bolnik način in nastanek svoje bolezni?“, o „duševnem zdravljenju bolnika z rakom“, „o kolegijalni indikaciji za operacije“, „kako naj čita zdravnik svoj medicinski časopis?“ in mnogo, mnogo drugih. Tu ne preostaja nič drugega, kot želeti, da bi vsi, prav vsi, stari kot mladi čitali to knjigo, ki je ne bo nihče odložil brez občutka, da je bil obdarovan.

K. Nicol in G. Schröder: Die Lungentuberkulose. Lehrbuch der diagnostischen Irrtümer. Vlg. d. Aerztl. Rundschau Otto Omelin vez. RM. 22- br. RM. 20- 328 strani.

„V borbi proti tuberkulozi stoji praktični zdravnik v sprednji vrsti. Kdo vidi, kako se razvija tuberkuloza v prvih štadijih? Kdo zdravi bolnika do sprejema v zdravilišče? Kdo mora nadzirati bolnika, ki pride iz sanatorija? Kdo zalisne neozdravljivemu po dolgem hiranju oči? — Praktični zdravnik, domači zdravnik, družinski zdravnik“.

Tako avtorja v uvodu h gornji knjigi, ki je izšla sedaj v drugi izdaji. Kdor se je kakor referent boril 10 let za to, da bi pridobil praktičnega zdravnika za inicijativno sodelovanje pri borbi proti tuberkulozi, da bi se popravljal vsaj del teh grehov, ki jih ima na vesti današnji način visokošolskega študija medicine ravno na tem polju, kdor je tako globoko prepričan, da je vsa protituberkulozna propaganda jalova, ako ni praktični zdravnik temeljito podučen o vseh problemih te bolezni, ta se mora iskreno veseliti, Nicol-Schröderjeve „tuberkuloze“.

Tekom zadnjega desetletja se je pojavila prava poplava protituberkuloznega slovstva v vseh jezikih, toda še vedno ni med njimi preveč takih del, ki bi brez nepotrebnega balasta nudila ne samo praktičnemu zdravniku, temveč tudi internistu in specialistom drugih panog na razmeroma malem prostoru vendar dovolj obsežen, predvsem pa temeljit in vsestranski pregled o današnjem stanju našega znanja o tuberkulozi pljuč. V tem oziru je gornja knjiga gotovo znatno več kot „učna knjiga diagnostičnih zmot“, kakor jo avtorja skromno imenujeta.

Nicol, odlični poznavalec pljučne tuberkuloze odraslega in otroka, obenem odločen pristaš takozvane nove smeri v patogenezi tuberkuloze, obravnava v prvem delu knjige rano diagnozo pljučne tuberkuloze, njeno patogenezo in v poglavju „diagnostične znote v kliniki začetne pljučne tuberkuloze“ od anamneze preko fizikalne preiskave, specifične diagnostike itd. do rentgenološke diagnostike kratko in lepo ponazorjeno po številnih slikah celo kliniko te bolezni. Temu poglavju je dodan skoraj 90 strani obsegajoči pravi mali atlas o „razvoju pljučne tuberkuloze v rentgenološki sliki“.

Sledi poglavje o „aktivitetni diagnozi“ zopet od Nicola. V drugem delu pa podaja Schröder podrobno diferencialno diagnozo pljučne tuberkuloze odraslega in otroka.

Končno pa je Nicol dodal knjigi važno in tudi poklicnemu ftizeologu zelo dobrodošlo poglavje o „zmolah pri delu izvedenca za pljučno tuberkulozo“.

Knjiga je bogato ilustrirana — 160 slik in 2 tabeli — Slike so večinoma prav dobre, da bi mogla ena ali druga rentgenološka slika biti bolje reproducirana. Kakor rečeno bo knjiga vsakemu zdravniku jako dobro služila.

R. Neubauer — Golnik

DROBNE NOVICE

Osebnosti: Dr. K. Petrič je bil imenovan vršilec dolžnosti direktorja drž. higijskega zavoda v Ljubljani.

V Zagrebu se bo ta dni vršila pred zdravniško zbornico zanimiva **razprava proti znanemu dr. S. Pešić-u**, ki je nazadnje v Zagrebu zdravil tuberkulozne z nekim posebnim načinom cepljenja (podobno cepljenju po Ponndorfu). Več bolnikov ga je baje tožilo radi znatnega poslabšanja svojega stanja.

V Zagrebu se je vršil dne 29. jan. t. l. ustanovni občni zbor ekonomskega združenja zdravnikov Jugoslavije.

Iz cele Evrope in Amerike javljajo o **ogromnih epidemijah „gripe“**, ki so skoraj povsod zavzele tak obseg, da so morali zapirati šole in je bila celo služba po bolnicah ogrožena. Tudi v naši banovini se ta neprijetna, toda-kakor se nam zdi- letos ne posebno nevarna bolezen v zadnjem času zelo širi.

Morda ni vsem našim čitateljem znano, da so ustanovili lani v München-u družbo „**Societas latina**“, ki ima namen širiti latinski jezik kot znanstveni mednarodni pomožni jezik. Družba izdaja že drugo leto svoj časopis pod istim imenom. Morda bi kdo od naših filologov ali jezikoslovno usmerjenih tovarišev-zdravnikov zavzel svoje stališče k temu vprašanju.

Zdravniške organizacije v češoslovaški republiki so izjavili pripravljenost svojih članov za brezplačno zdravljenje brezposlenih pod pogojem, da se neka sporna davčna vprašanja rešijo zanje ugodno.

Na Danskem je stopil dne 1. januarja t. l. v veljavo novi kazenski zakon, ki vsebuje tudi zanimive določbe glede deliktov v pijanosti. Pijanost ni več olajševalna okolnost, razen ako je dokazano, da jo je zakrivil kdo drugi.

Dosedaj edinstveno stališče je zavzela **zdravstvena oblast** v Manchesteru. Odredila je namreč, da morajo vsi kirurgi, ki so dosegli 60 starosti, odslopiti od svojih mest. 60 letni kirurg je „prestar“, da bi mogel odgovorne operacije izvršiti tako dobro kakor mlajši.

Kakor poroča M. med. Wchscht. povzroča **izvedba alkoholne prepro-vedi** v Zedinjenih Državah po baže zanesljivih podatkih ogromne stroške, namreč letno 42 milijonov dolarjev. Sama obalna straža stane več kot 14 mil.

Dom za dajatelje krvi hočejo olvoriti na Dunaju. Ta dom naj bo centrala za celokupno „transfuzijsko“ službo vseh dunajskih bolnic. Tam se bodo vodili v natančni evidenci vsi dajatelji, ki bodo v domu redno najločnejše preiskani. Po dva zastopnika vsake krvne skupine bosta imela v domu noč in dan „službo“.

Iz inozemskih univerz: Poročajo, da je bil kot naslednik prof. Wenkebacha — Wien predlagan prof. Eppinger — Köln. Klinika prof. dr. Chwostek-a, ki je težko obolel, bo razpuščena. Odslej bosta na Dunaju samo dve klinike za notrante bolezni.

Konec „polne soli (Vollsalz) v Avstriji. Ker so se množile pritožbe o obolenju oseb, ki so rabili jodirano sol, na **thyleotoxicosis**, so opustili prodajo te soli. S tem je padla praktična izvedba Wagner-Jauregg-ove ideje o profilaksi golšavosti.

V Franciji v vasi Charolles so decembra pr. l. cepili otroke proti davici. Iz doslej nepojasnjenih razlogov je večina otrok drugi dan zbolela na vročini in abscesih. En otrok je umrl.

Holandsko društvo za razvoj zdravniške umetnosti pozivlja zdravnike k **borbi proti vojni**. Zdravniki, ki so poklicani da se borijo proti vsem činiteljem, ki ogrožajo življenje, bi morali že iz profilaktičnih ozirov sodelovati pri delu proti vojni. Društvo si obeta mnogo od mednarodnega delovanja zdravniških organizacij na tem polju. Cel predlog, kakor je tudi resno in plemenito mišljen, zveni vendar le precej ulopističen.

V Poznanju se bo priredila zdravstvena razstava pod geslom: „Priroda-Zdravlje-Socialno skrbsivo“ o priliki 14. kongresa poljskih zdravnikov in naravoslovcev.

V. poljski kongres proti tuberkulozi se bo vršil v Warszawi novembra t. l. Teme so: 1. Biološka: Nove metode bakteriološke diferenciacije tuberkuloze. 2. Klinična: Komplikacija pneumotoraksa. 3. Socialna: Pobijanje tuberkuloze na Poljskem. 4. Pobijanje tuberkuloze v Warszawi.

III. poljski kongres proti raku se bo vršil v Lodzu dne 30. in 31. oktobra 1933.

Prihodnji mednarodni protituberkulozni kongres se bo vršil l. 1934 v Wbrszawi.

Nobelovo nagrado za medicino sta za leto 1932 dobila 2 angleška zdravnika-fiziologa Sherington in Adrian za delo na polju fiziologije živčnega sistema.

Od 28. VI. do. 3. VII. 1933 se vrši v Knocke sur Mer (Belgija) III. mednarodni kongres bolnic, ki ga priredi societas nosocomunalis. Vse informacije daje Asociation belge des Hopitaux 80, Rue de Livourne — Bruxelles.

Dve zelo umestni naredbi je izdala nemška vlada. Generalni inšpektorat za nemško vojsko je odredil, da se morajo rentgenološko preiskati vsi dobrovoljci, ki pridejo na rekrutacijo, redni rentgenološki serijski preiskavi pa se morajo podvreči vsi vojaki in oficirji nemške vojske. Prusko ministarstvo prosvete pa je odredilo, da morajo

vsi kandidati za učiteljske službe zdravniškemu spricevalu priložiti rentgenološki izvid pljuč. Obe naredbi sta zelo vredni posnemanja kot učinkovit pripomoček pri pobijanju tuberkuloze.

IZ UREDNIŠTVA

Za tiskovni sklad Z.V. so poslali: prim. dr. Jenko — Ljubljana din. 100.—
dr. Ž. Popović — Sremska Mitrovica Din 50.— dr. M. Simović, — Beograd Din 50.—
Dr. Š. Černe — Dobrna Din 5.—, Dr. T. Samar — Ljubljana Din 100.—. Hvala!

Zdravniški Vestnik izhaja mesečno enkrat razen v poletnih mesecih. Zdravniki dravske banovine ga prejemajo zaenkrat brezplačno: za nezdravnike stane za celo leto din. 90.—, za osebe v sanitetni službi din. 50.—. Posamezna navadna številka stane din. 10.—. Rokopisi in dopisi naj se pošiljajo na naslov: Dr. R. Neubauer Golnik. Rokopisi se naj pišejo po možnosti s strojem — samo na eni strani čelrtinske pole. **Tabele in slike naj se radi visokih stroškov omejijo na neobhodni minimum.** Gg. avtorja prejema na zahtevo posebne odtise svojih del proti plačilu režijskih stroškov. Prosim vprašajte preje za ceno!

Prihodnja številka „Zdravniškega Vestnika“ izide koncem marca.

Kolegi, ki pomotoma ne bi sprejeli lista se naprošajo, da to čimprej javijo uredništvu, kakor tudi vsako spremembo naslova.

Javite, prosim, tudi imena in naslove tovarišev izven Dravske banovine ali v inozemstvu, da se jim list redno dostavlja.

Tudi štev. 2 smo poslali nekaterim interesentom. Ako jo ne vrnejo, jih smatramo naročnikom.

Aparat za disenterijo,

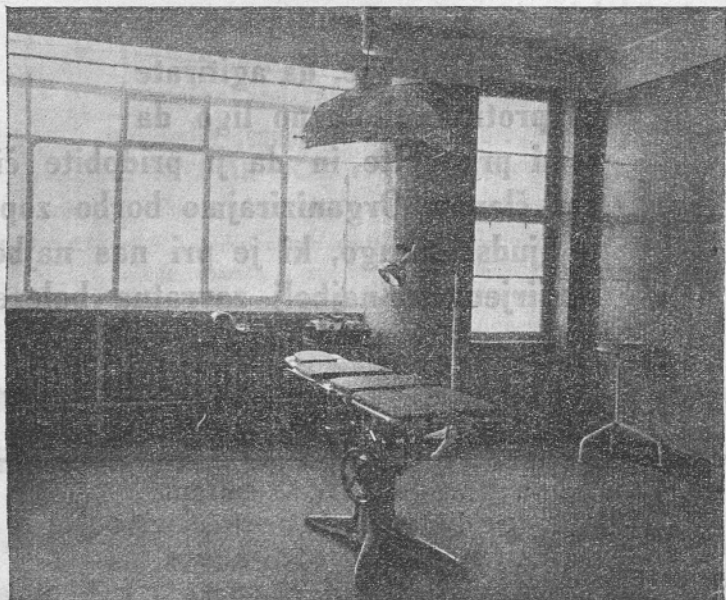
znamke SRV, poraben za disenterijo kakor tudi za kirurške namenē, nov, v brezhibnem stanju se proda radi nabave večjega.

**Vprašati: uprava zdravilišča Golnik,
pošta Golnik.**

Urednik in izdajatelj: Dr. R. Neubauer — Golnik,
Tiskarna „Sava“ d. d. v Kranju — Odgovoren: Nikola Stokanović, Kranj.

Zdravilišče Golnik

za bolne na pljučih.



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

3 oskrbni razredi.

Vsi moderni dijagnostični pripomočki na razpolago! — Higijenično-dijetetično zdravljenje, tuberkulin, avroterapija, pneumathorax 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.

KOLEGI!



Vaša dolžnost je, da agitirate
za protituberkolozno ligo da
sami pristopite in da ji pridobite čim
več članov. Organizirajmo borbo zoper
to ljudsko kugo, ki je pri nas najbolj
razširjena in najbolj zavrtna bolezen.

Dr. M. Simović — Dr. M. Sekulić:
Naša lečilišta za tuberkulozne
oporavišišča i letovališča

Knjiga za vsakega zdravnika. - Bogato ilustrirana. - Cena Din 30.—
Naroča se pri: „Vreme“ Beograd, Poenkareovn ulica 4—6.

GOSPOD TOVARIŠ,

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

PRILOGE:

Vprašalna pola.

Prospekt tvrdke René Dunod, Beograd, Bačvanska ulica 6.
Chemosan-Union-Wien, zastupstvo za Jugoslavijo: „Theseus“
Zagreb, Mošinskoga 14.

SANABO - CHINOIN

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

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

HOGIVAL

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

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

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

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

Vzorci in literatura na zahtevo.

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

Gospod kolega!

Vi še niste član Pokojninskega sklada za zdravniške vdove in sirote?

Kdo nam bo pomagal, če si sami ne pomagamo?

Zato javite takoj svoj pristop in naslov

Dr. E. DEREANI

LJUBLJANA, KONGRESNI TRG ŠT. 14.

in priložite krstni, odn. poročni list.

