

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

MED. UNIV.
DR. VLADIMIR GULIČ

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

KEMIKA D.D. ZAGREB

priporoča za najhitrejšo in najuspešnejšo zdravljenje genoreje
svoje preizkušene domače preparate:

Lokalno: CITRAGEN:

Molerna raztopina Arg. Natr. Citric. s konstantno koncentracijo vodikovih ionov.
Raztopina za vbrizganje orig. stekl. s 300 gr. Citragan bacilli
a 3 ccm za ženske. Citragan styli a 6 ccm za moške.

Peroralno: ACITETRAMIN:

deluje neodvisno od reakcije seči

ACOETRAMIN:

Kombinacija Acitetramina, Methil. coerul. in Eupaverina, dosedaj naj-
sigurnejši in najhitreje delujoči peroralni desinficiens seči. Orig. cevka
s 15 kapsulami.

Parenteralno: CHINOTERPIN:

Poznani domači preparat terpentina in kinina za intramuskularne
injekcije. Orig. škatle z 10 ampulami a 1,1 ccm.

PROTAVEN:

Preparat rastlinske beljakovine za intravenozne injekcije.
Orig. škatlja z 10 amp. a 1,1 ccm.

Nadalje priporočamo naša tonica in roborantia:

KOLALIQUEID:

Vsebuje Nux Colae v zvezi s sperminovo bazo v formi likerja,
zelo prijetnega okusa. Ima zanesljivo tonizirajoče in roborirajoče delo-
vanje. Pospeši izmenjavo snovi, jači tvorbo krvi in živčni sistem. Daje
se z odličnim uspehom pri vseh pojavih slabosti, v rekonvalescenci i.t.d.

KOLELECITHIN:

Tonicum v formi tablet prijetnega okusa in zanesljivega delovanja.
Deluje hitro in sigurno, se lahko jemlje in dobro prenaša.

FERRARSOKALCOL:

Sirup ugodnega okusa, ki vsebuje železo, arzen, fosfor in kalcij v organskem
spoju. Odlični roborans pri anemiji, splošni slabosti, v rekonvalescenci i.t.d.

Izvolite se pri vsaki priliki poslužiti domačih preparatov, ker so poceni in se pro-
izvajajo v naši državi.

Naslov uredništva in administracije:
Zdravniški Vestnik - Golnik.



FIZIOTERAPIJA

Antiphlogistina se strinja z vsemi drugimi načini zdravljenja. V zvezi z zdravljenjem z rentgenovimi žarki, z diatermijo in podobnim je Antiphlogistina adjuvans, ki vpliva pomirjevalno, dekongestivno in absorbirajoče.

Vzorci in literatura brezplačno

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEW YORK, U. S. A.

Angleška drogerija Union Braće J. Jovanovića, Beograd

**ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH
ORGANOV IN PREOSNOVE**

ROGAŠKA SLATINA

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

ROGAŠKA SLATINA!

Specifikum za zdravljenje
vaginalnega fluora,
posebno pri **kolpitidi**
radi trihomonadov

Devegan



Kavzalna terapija,
ker se vpostavlja
normalna vaginalna
flora.

Uspešno, čisto in
ugodno zdravljenje.

Originalni zavitki:
Omoti s 15 in 30 tabletami

»Bayer«

I.G. Farbenindustrie A.G.
LEVERKUSEN a. Rh.



Zastopstvo za Jugoslavijo:

„JUGEFA“ K. D.
BEOGRAD ZAGREB



Cardiazol «Knoll»

sretstvo za krvni optok

kod smetnja u cirkulaciji krvi
uslijed infekcija,
smalaksalosti i t. d.



KNOLL A.-G.
Ludwigshafen am Rhein

Tablete — Ampule — Liquidum

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

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA
V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO IN ADMINISTRACIJA: DR. R. NEUBAUER — GOLNIK

Štev. 5.

31. Maja 1935.

Leto VII.

II. interna klinika beograjske univerze. Šef. prof. dr. Dim. Antić

O novjših metodah diagnostike in terapije gastro-duodenalnih obolenj na kliniki prof. v. Bergmann-a v Berlinu*)

DR. MARIJA GOROPEVŠEK, asist. univ.

Na prof. Bergmannovi kliniki sem se najdalje zadržala na oddelku za želodčne bolezni in za obolenja žolčnega mehurja. Radi tega iznašam kratak pregled vseh novjših diagnostičnih in terapevtskih metod, katerih se na Bergmannovi kliniki v teh slučajih poslužujejo.

Pri gastro-duodenalnih obolenjih Bergmann v glavnem razlikuje 3 vrste bolezni in sicer: *ulcus ventriculi* oz. *duodeni* ali kakor ga on imenuje: *ulkuzno obolenje (Ulcuskrankheit)*, *carcinoma ventriculi* in *gastritis*. Gastritis v novjšem času, odkar s pomočjo doc. Bergove (rentgenolog Bergmannove klinike) metode lahko radiografski prikažejo relief sluznice, še posebno povdarjajo. Gastroskopije, ki bi tu prišla v poštev, na Bergmannovi kliniki ne uporabljajo, ker jo smatrajo za precej nevarno metodo in ker jim pri tako popolnem rentgenskem oddelku ni niti potrebna. Diagnozo „*neurosis ventriculi*“ smatra Bergmann za „*cavete diagnozo*“, ker se vedno po ponovnih pregledih in točni anamnezi končno vendarle najde kakšno organsko obolenje. Bergmann rad pripoveduje o dveh slučajih, ki so ju zdravniki nekoliko decenijev smatrali zdaj za nervozno želodčno obolenje, zdaj zopet za *ulcus duodeni*, mislili so na obolenje žolčnega mehurja in celo pankreasa. S pomočjo rentgenske analize so končno našli na kliniki v prvem slučaju na zadnji steni bulbosa ulkus, ki je penetriral globoko v pankreas tako, da bulbosa skoro ni bilo videti in da je razdalja med pilorom in žolčnimi kanali bila popolnoma mala; v drugem slučaju je rentgen pokazal velik in deformiran bulbus, izpred njega stenoza vsled ulkusa, katerega so našli s pomočjo reliefne metode na zadnji steni duodena. Mnogokrat se smatra larvirana holecistitida z žolčnimi kamni za hiperacidno nevrozo želodca, ali po manj ali več letih, ko nastopi ahilija, se končno vendarle pomisli tudi na holecistitido.

*)Referat ob vrnitvi iz prof. Bergmannove klinike v zdravniški kolegiju II. interne klinike v Beogradu.

Po Bergmannu je naloga moderne medicine preštudirati in diagnosticirati larvirane slučaje brez mnogo laboratorija in rentgena, temveč po možnosti samo ob bolniški postelji.

Znano je, da smatra Bergmann ulkus za lokalno obolenje na konstitucionalni bazi. Da bi to povdaryl, glase diagnoze na njegovi kliniki vedno: *ulkuzno obolenje (Ulcuskrankheit)* in nikdar ne samo *ulcus ventriculi* — duodeni. Lokalni *angiospasmus pri vegetativno stigmatiziranih osebah* (to so osebe z motnjami vegetativnega živčnega sistema in odgovarjajoče muskulature, žlez, sploh hormonalne in jonske sredine) dovede do slabe prehrane odgovarjajočega dela sluznice; ta proces napreduje lahko tako hitro, da nastopi perforacija preje, nego smo ulkus sploh diagnosticirali. Bergmann imenuje tak ulkus *akutni ulkus*.

Za glavne simptome ulkuznega obolenja se smatrajo *bolečina*, odvisna od hrane ali bolečina pri praznem želodcu (*Hungerschmerz*) in makroskopska *krvavitve*. Okultnim krvavitvam ne pripisuje velikega pomena, ker le-te prenehajo takoj, čim bolnik leže v posteljo in drži dijeeto. Zato pri ulkuznih obolenjih na Bergmannovi kliniki sploh ne obračajo pozornosti na kemijsko analizo blata na kri, medtem ko pri *ca. ventriculi* vršijo to analizo v blatu takorekoč vsak dan. Bruhanje in *pyrosis* ne štejejo kot važen simptom pri ulkusu. *Pyrosis* po njihovem mnenju ni vedno v zvezi s hiperaciditeto. *Katsch* naziva pirozo *acidizem* in misli, da se pojavlja v vseh slučajih regurgitacije žolča v želodec (do kardije) in ne samo pri ulkusu.

Želodčni kemizem določujejo na Bergmannovi kliniki samo s pomočjo *frakcionirane praznitve želodca*. Boas-Ewaldovo evakuacijo smatrajo sicer kod dovoljno za prvo orijentacijo v ambulanci in praksi, na kliniki pa je sploh ne vporabljaajo. Pri frakc. evakuaciji pustijo sondo po več ur v želodcu in tako dobijo rezultat ne samo enega momenta, kakor pri Boas-Ewaldovi metodi, nego opazujejo in študirajo *sekretorno in evakuatorno sposobnost želodca tekom več ur*. Na ta način ne zamudijo onega trenutka, ko se hipocidna krivulja vendar dvigne na normalo ali še celo iznad nje (na pr. takoimenovani poznoacidni (spätazide) slučaji). Razen tega vporabljaajo pri frakc. evakuaciji kot dražilno sredstvo za sekrecijo prozorno, čisto in kemijsko nekomplcirano tekočino, v kateri se ne nahajajo niti beljakovine, niti soli, niti kakšne organske kisline. To je zelo važno iz sledečih razlogov: 1. v soleh se lahko nahajajo svobodni H-joni; 2. z beljakovinami so lahko vezane kisline, katere pri titriranju z $n/10$ sol. NaOH osvobodijo H-jone 3. organske kisline so lahko samo malo disocirane. V teh slučajih titracija sv. HCl ne odgovarja H-jonski koncentraciji, za katero nam pravzaprav gre, ker je delovanje fermentov odvisno od H-jonske koncentracije. Optimum za delovanje pepsina n. pr. je p_H 1.5—2, kar približno odgovarja titraciji sv. HCl 10—33, t. j. kadar najdemo 10—33 sv. HCl, lahko trdimo, da je v želodcu dovolj kisline za optimalno H-jonsko koncentracijo. Kakor hitro pa se nahajajo v poskusnem zajutrkju beljakovine, soli itd., ali kakor hitro se v samem želodčnem soku nahajata kri ali sluz, kakor n. pr. v soku

na tešči želodec, ali pa pri gastritidah, ali kadar imamo v želodčnem soku mlečno kislino, ki je slaba kislina in sama malo disociirana, potem si titracija sv. HCl in H-jonska koncentracija ne odgovarjata; v teh slučajih moramo razen HCl določiti tudi H-jonsko koncentracijo. Iz tega razvidimo ne samo, da li smo dosegli optimum H-jonske koncentracije ampak tudi, da li mogoče ni želodec produciral več HCl, kakor je potrebno za imenovani optimum. Določevanje H-jonske koncentracije in to celo v toliko porcijah, kakor jih dobimo pri frakc. evakuaciji, je pa le preveč kompliciran posel, da bi ga mogli vedno vršiti. Zato nam je potreben poskusni zajutrek v obliki čiste in kemijsko nekomplicirane tekočine. — Važno je tudi vedeti, kdaj titracija s pomočjo sol. dimethylamidoazobenzoli ne zadostuje, četudi smo vzeli poskusni zajutrek, v katerem se ne nahajajo beljakovine, soli itd. 1. Če imamo v želodčnem soku večje množine krvi in sluzi, katere opazimo že s prostim očesom. 2. Če dimethylamidoazobenzolska in fenolftaleinska krivulja ne gresta paralelno. Iz krivulj, ki jih dobimo pri frakc. evakuaciji, je razvidno, da gresta imenovani dve krivulji paralelno z diferenco 10–15 in sicer radi tega, ker ta dva indikatorja ne spremenita barve pri istem številu H-jonov, nego gre fenolftalein bolj na alkalno stran. Ako je ta diferenca med obema krivuljama večja kakor 15, potem to klinično nekaj pomeni. Pri titraciji solucij, v katerih se nahajajo beljakovine in soli, ne dobimo nikdar vrednosti, ki odgovarjajo H-jonski koncentraciji. Ta napaka je pri različnih indikatorjih različna, pri fenolftaleinu n. pr. je mnogo večja, kakor pri dimethylamidoazobenzolu. Tu igrajo vlogo posebno beljakovine in mlečna kislina, soli mnogo manj. Če se torej nahajajo v želodčnem soku sluz (gastritis!), duodenalni sok ali beljakovine, je navedena diferenca večja od 15. Pri karcinomu želodca, kjer imamo v soku mlečno kislino, je diferenca največja, tako, da pri nizkih ali sploh negativnih dimethylamidoazobenzolskih vrednostih pogosto dobimo visoke fenolftaleinske vrednosti. Iz tega n. pr. lahko sklepamo, da li je an- oz. suabaciditeta karcinomskega izvora ali ne. V takih slučajih je razumljivo, da moramo določiti H-jonsko koncentracijo.

Poleg imenovanih preiskav v želodčnem soku sta Katsch in Kalk uvedla še *titriranje kloridov po Vollhardu* (z n/10 sol. Ag. nitr. in n/10 sol. Rhodan-ammonia). Našla sta, da je krivulja skupnih kloridov vedno višja, kakor krivulja aciditete. V normalnih slučajih je na tešče zelo visoka, takoj po poskusnem zajutreku pada, a se na to zopet hitro dviga paralelno z aciditeto: medtem ko se pozneje aciditeta menja, ostanejo kloridi na isti višini a proti koncu, ko aciditeta pada, se kloridi dvigajo tako, da je diferenca izmed obeh krivulj ravno v zadnjih porcijah frakc. evakuacije največja. Ta diferenca odgovarja takoimenovanim *fiksni neutralni kloridom*, t. j. kloru, ki je vezan na soli. Fiksni kloridi in aciditeta se menjajo v tem smislu, da je število skupnih kloridov konstantno. Krivulja kloridov ni pokazala pri želodčnih boleznih ničesar karakterističnega, zato se tudi ne more uporabiti v diagnostične svrhe. Samo v slučajih ulkusa duodeni

je na kraju poizkusa precej varirala. Katsch in Kalk mislita, da sta sekrecija kloridov in sekrecija HCl dva popolnoma ločena procesa in da se nahajajo v žlezah korpus-a celice za sekrecijo kloridov. Po Katschu in Kalku igrajo skupni kloridi vlogo v odnošaju med telesnimi sokovi in variranjem kationov in anionov v želodčnem soku. Katsch in Kalk govorita o „digestivnem osiromašnju klora v krvi“ t. j. med prebavo se mobilizira klor iz telesnih celic in prehaja po krvni poti v želodčne žleze.

Kot poskusni zajutrek so preje dajali na Bergmanovi kliniki 300 gr 5%-nega alkohola, kar so pa pozneje opustili, ker so se bolniki, posebno pa mlade žene, opijali in ker je mehanizem sekrecije pri alkoholu drugi, kakor pri navadni hrani. Kalk je iskal tekočino, ki bi bolj odgovarjala fiziološkim prilikam. Med ksantinskimi bazami, katere predstavljajo glavni sekretorni moment mesnih ekstraktov in katere so sorodne purinskim bazam, je našel trimetilksantin — *kofein*. Na kliniki vporabljajo solucijo čistega kofeina 0,2:300, kar je ravno primerna doza, ki ne daje nobenih neprijetnih pojavov in ki daje takorekoč iste rezultate kakor alkoholni zajutrek. Razlika je samo v tem, da je sekretorna moč (safttreibende Kraft) kofeina malo slabejša, zato pa je koncentracija kisline močnejša kakor pri alkoholu. Zelo ugodno je končno tudi, da je čas izpraznitve (Entleerungszeit) po kofeinu malo krajši in se na ta način cela procedura nekoliko skrajša. Tudi ima kofein še to prednost, da ne vsebuje niti najmanj klora, kar je še posebej važno za določevanje kloridov.

Pri frakc. evakuaciji *določujemo* tako imenovano *sekrecijo na tešče*, ki nastopa vsled podražaja sonde; dalje *odrejamo čas evakuacije*, ki znaša normalno 60-70 min. in končno še *takoimenovana naknadna sekrecija* (Nachsekretion), t. j. količina soka, katero želodec še izloči v teku 1 ure po končani evakuaciji poskusnega zajutreka; ako izloči več kakor 80 cm³, govorimo o *supersekreciji*, v nasprotnem slučaju, kjer imamo zelo male količine, govorimo o *takoimenovanih suhih želodcih* (trockene Mägen). Ako je potrebno, določujemo to naknadno sekrecijo več kakor eno uro, n. pr. v slučajih *pozni sekrecij* (Spätsekretion) in *plezajočih krivulj* (Klettertyp), t. j. krivulj, ki so tipične za ulcus duodeni, kjer imamo superacidno krivuljo, katere se počasi dviga v obliki plezanja in doseže zelo visoke vrednosti. V glavnem razlikujemo 4 tipe krivulj: *an- in subacidno* (tot. acid. pod 30), *normacidno* (30 - 70) in *superacidno* (nad 70), razen tega še *takoimenovano pozno acidno*, t. j. krivuljo, po kateri se aciditeta dolgo časa zadržuje na nizkih in normalnih vrednostih in se šele pozneje dvigne iznad normale.

Rentgenski pregled želodca: Bolnika moramo gledati v stoječem in ležečem položaju, v ležečem na trebuhu in na hrbtu. Ker se želodec spušča v smeri od zadaj in zgoraj na dol in naprej, se v ležečem položaju na hrbtu boljše vidi njegova gornja polovica, t. j. fundus in kardija, ker sta bolj napolnjena, medtem ko se v položaju na trebuhu boljše vidita antrum in spodnji del kardije. Najprej gledamo želodec vedno na tešče. Po stari

metodi, po kateri bolnik popije naenkrat vso količino barija, se napolni cel želodec in je vsled tega nemogoče opazovati strukturo sluznice, kar pa je pri vseh želodčnih boleznih zelo važno. Zato se da bolniku najprej samo 1 · 2 požirka bolj redke kaše, ki napolni vdolbine med gubami sluznice; na ta način se pokaže takoimenovani *relief sluznice*. Karakteristično za ulkus je: 1) niša, 2) radijarne gube sluznice, katere izhajajo iz ulkusa in gredo odtod na vse strani, 3) okrog niše nagubana sluznica (Schleimhautwall), ki se vidi na rentgenu kot konkavitet. Popolnoma svež ulkus daje na rentgenu obliko vrha preta. Kadar se ulkus zarašča, se ta oblika izgublja in ulkus postaja bolj oglat. Če se ulkus, ki je lokaliziran na mali krivini, zaraste, najdemo skrajšano malo kurvaturu, pilorus je potegnjen na levo in gor, vsled česar pride tudi do skrajšanja velike kurvature. — Indirektnih rengenoloških simptomov sploh ne navajajo na izvidih prof. Bergmannove klinike. Duodenalne ulkuse najdemo največkrat na bulbusu, ki se gleda in slika v sagitalni, I. in II. poševni smeri. V sagitalni smeri se bulbus ne vidi v prirojni dolžini ampak skrajšan, ker gre v smeri od spredaj spodaj proti zadaj zgoraj. V I. poševnem pravcu (desna rama obrnjena k ekranu) se vidi bulbus z malo in veliko krivino v svoji prirojni dolžini. V II. poševnem pravcu se bulbus vidi tangencialno, t. j. njegova sprednja in zadnja stena. Če se gleda in slika v vseh teh smereh, se ne more spregledati ulkusa niti na zadnji, niti na sprednji steni bulbusa. Berg gleda duodenum v vseh treh pravcih in fiksira sliko v optimalnem momentu. V tem se razlikuje od Amerikancev, katere Bergmann naziva „wahllose Serienphotographen“. Potrebno je precej časa, da se navadimo čitati slike v vseh navedenih pravcih. Zahvaliti se je izvrstnemu rentgenologu, da se na Bergmannovi kliniki pogosto konstatira ulcus duodeni duplex (en ulkus na sprednji, a drugi vis-à-vis na zadnji steni duodena).

V terapiji ulkusa vedno najprej poskušaj z internim zdravljenjem, razen slučajev s striktno indikacijo za kirurško intervencijo. Njihova terapija bazira na dejstvu, da je ulkusno obolenje v zvezi s konstitucijo in da bi s pomočjo terapije morali doseči acidotično preobrazitev (azidotische Umstimmung) organizma. Zdravljenje obstoji v tem, da bolnik leži v postelji, da se ne giblje, da se drži predpisane diete in da jemlje 3 krat na dan po $\frac{1}{2}$ mg atropina per os. V smislu acidotične preobrazitve organizma in posebno še pri velikih bolečinah misli Bergmann, da bi bila indicirana venepunkcija (znano je, da po močnih hematemezah in melenah bolečine minejo); v tem smislu se dajejo na kliniki tudi subkutane in celo intravenske injekcije natrii phosphorici, natrii carbonici in kalcijevih soli. V mnogih slučajih sem skupaj s Kalkom določevala aciditeto v krvi s pomočjo alkalne rezerve pred zdravljenjem, med in na koncu zdravljenja pa nisem našla, da bi se aciditeta v krvi po končani terapiji znatno zmanjšala. — Ulkusna dijeta na Bergmannovi kliniki odgovarja v splošnem dieti, ki jo predpisujemo na naši kliniki v Beogradu. Omenim naj, da je Kalk na ulkusnih bolnikih študiral vpliv masti na želodčno sekrecijo in je prišel do zaključka,

da mast povečava aciditeto, posebno še, če je stara in če se v njej nahajajo mastne kisline. — Navedena terapija se izvaja najmanj 6 tednov a tudi po več mescev. Po statistiki Bergmannove klinike se po takšnem zdravljenju niša na rentgenu hitro izgubi,, bolečine popuste, aciditeta pada, tako da velik del bolnikov odhaja iz klinike v dobrem stanju. Za dokaz, koliko se lahko doseže samo z interno terapijo, če se ulkus diagnosticira pravočasno in se bolnik takoj začne zdraviti, nam služi to, da v poslednjih letih redko prihajajo na kliniko slučaji postulkusnih stenoz: v teku pol leta, kar sem bila tam, sem videla en sam slučaj. — Pri kirurških intervencijah ulcusa uporabljajo navadno resekcijo po Billroth II, gastroenterostomije raje ne radi ulc. jejuni peptic. in radi recidiv. Pri gastroenterostomiji ostane antrum in pilorični del, ki sta, kakor je eksperimentalno dokazano, najvažnejša dela za sekrecijo kisline in regulacijo želodca; to je pravzaprav oni del, ki sprejema podražaje in jih vodi naprej do korpusa in fundusa, ki producira HCl. Zato prihaja kmalu po resekciji do hipo- in celo anaciditete. Vsled regurgitacije duodenalnega soka prihaja po gastroenterostomiji zelo hitro do gastritide, katera se pa razvije tudi po resekciji, posebno še po Bilroth II, četudi pozneje kakor po gastroenterostomiji.

Iz vseh navedenih razlogov teži Bergmannova šola za tem, da kolikor mogoče kmalu, t. j. v prvih začetkih bolezni, vsaj posumi na ulkus. Po Bergmannu *obstoji sposobnost zdravnika v tem, da v atipičnih slučajih poišče pravo pot k diagnozi*. Če bomo dosegli to, ne bo več inoperabilnih ulkusov, t. j. ulkusov, kjer n. pr. vsled penetracije v sosedne organe in vsled zrastlin z istimi ne moremo več resecirati, ampak moramo izvršiti nezadovoljujočo gastroenterostomijo. Ravno v teh atipičnih slučajih, kjer nam anamneza ne nudi dovolj, nam dober rentgenolog lahko največ koristi.

Iz istih in še bolj važnih razlogov moramo tudi pri *carcinoma ventriculi* gledati, da čimpreje pridemo do diagnoze. Vsak starejši bolnik z nedoločenimi želodčnimi težkočami nam mora biti sumljiv na karcinom. V teh slučajih na Bergmannovi kliniki analizirajo stalno iztrebek na okultno kri in gredo v tem tako daleč, da z veliko verjetnostjo izključijo ca. (razen scirrhus-a), ako je reakcija na okultno kri v iztrebku več dni zaporedoma negativna. V želodčnem soku gledamo na mlečno kislino, za katero se je mislilo, da nastane pod uplivom bacilov mlečne kisline na ogljikove hidrate pri istočasni retenciji in ahiliji. Bergmann pa trdi, da je mlečna kislina produkt samega karcinoma, t. j., da nastane pri razpadanju karcinomskega tkiva. Zato govori, da večkrat najdemo mlečno kislino pri onih karcinomih, kjer nimamo niti retencije, niti ahilije. Ahilija je sicer važen simptom za karcinom, ali je ne najdemo vedno. Imamo karcinome s hyperaciditeto ali še celo take, da imamo poleg velikega HCl-deficita visoko tot. aciditeto. Ta diferenca med dimetilamidoazobenzolsko in fenolftaleinsko krivuljo je posebno velika v slučajih z mlečno kislino. Kalk navaja en slučaj želodčnega karcinoma, kjer so našli v soku na tešče sv. HCl-O

a tot. aciditeto 99. To dejstvo se uporablja, kakor sem omenila že preje ob priliki frakc. evakuacije, v diferencijalni diagnostiki med navadnimi in karcinomskimi an- oziroma subaciditetami. Toda za diagnozo prvega začetka karcinoma so vsi ti simptomi brez velikega pomena; tu nam zopet lahko največ pomaga izpopolnjen rentgenski pregled. Razen že znanega defekta v polnjenju, ki pa itak ni karakterističen za začetni karcinom in ki lahko nastopi vsled spazma n. pr. pri nevrotičarjih, morfinistih itd., je važen za začetni karcinom pregled sluznice želodca. Želodčna sluznica, katere na sliki pokaže svoj relief, je na onem mestu, kjer se nahajajo prve karcinomske spremembe, zabrisana. Doc. Berg nam je pokazal dosti takšnih slik bolnikov, pri katerih se klinično razen nedoločenih želodčnih težkoč in starosti ni našlo ničesar, kar bi govorilo za karcinom, ali rentgen in pozneje še operacijski izvid so potrdili sum na karcinom. *Terapija karcinoma*: operacija + rentgen, v zamujenih slučajih rentgen.

Kakor sem omenila že v začetku referata se diagnoza *gastritis* vedno bolj pogosto pojavlja na Bergmannovi kliniki. Mislim na primarno gastritido in ne na sekundarno pri ulkusu, karcinomu itd. Pri gastritidah ne prihaja toliko v poštev škodljivi moment od ingesta kakor konstitucionalni moment v vegetativnem ali ožjem vazomotoričnem in vazonevrotičnem smislu in pa moment „lokalne alergične pripravljenosti vsega tkiva za vnetje“. Ta problem je natančno prešludiral Bergmannov docent Kaufmann, kateri je dokazal, da n. pr. sluznica želodca, žolčnega mehurja itd. popolnoma drugače reagira v poteku vnetja nekaj dni po streptokokni angini kakor pa bi reagirala brez angine. Ni potrebno, da prispejo potom krvi na dotično mesto sami povzročitelji, četudi je n. pr. Aschoff dokazal hematogeno metastazo infekta v steni žolčnega mehurja. Na Bergmannovi kliniki so imeli slučaje, kjer se je s pomočjo tonzilektomije pri kronični tonzilarni infekciji pozdravila ne samo glomerulonefritida nego tudi holecistopatija in skoro gotovo celo en slučaj ulcerozne gastritide.

Razlikujemo *super-, norm-, subacidne* in končno *ahilične* gastritide t. j. štadij popolne atrofije želodčnih žlez. Toda imamo ahilije, katere vendarle še secernirajo HCl na dražilna sredstva, ki so močnejša kakor alkohol in kofein. Tako sredstvo je n. pr. *histamin*. Histamin ni samo mnogo močnejši, nego deluje tudi direktno na celice žlez in ne potem živcev, kakor n. pr. kofein. Potemlakem imamo ahilije, ki ne reagirajo na alkohol in kofein, pač pa na histamin; dalje imamo ahilije, katere na histamin ne izločujejo HCl ali ki odgovarjajo na histamin s povečano količino sekreta. Izgleda torej, da je sekrecija tekočine (*wässerige Sekretion*) odpornejša napram škodljivim izpremembam sluznice. Dalje imamo slučaje, ki odgovarjajo na histamin s povišanjem fenolftaleinske, ali ne tudi dimetilamidoazobenzolske kri-vulje; to bi zopet govorilo v prilog temu, da sluznica pod vplivom histamina secernira sekret, v katerem se nahajajo beljakovine in soli. V drugih slučajih zopet histamin ne poviša želodčne kisline, poviša pa kloride v že-

lodčnem soku — kar nam obenem služi za dokaz, da je sekrecija kloridov res neodvisna od sekrecije HCl, kakor to trdita Katsch in Kalk. — Od vsega tega je važno za kliniko: 1. Ahiličarji, ki stvarjajo na histamin kislino, jo stvarjajo izpod normalnih vrednosti — medtem ko psihogene anaciditete producirajo na histamin normalne količine kisline. 2. Anaciditeti pri holecistolitidah se ponašajo napram histaminu na razne načine: deloma so histaminrefrakterni, deloma ne. 3. Interesantne so v tem oziru karcinomske ahilije: $\frac{2}{3}$ karcinomskega materiala na Bergmannovi kliniki je še reagiralo na histamin s produkcijo kisline. V enem slučaju so imeli priliko opazovati, kako se je s progrediranjem procesa izgubljala tudi reakcija na histamin. 4. Vse ahilije pri perniciozni anemiji so histaminrefrakterne. 5. Ahilični operirani želodci (po resekciji po Billroth I in II) nekaj časa po operaciji še producirajo kislino na histamin, kar je razumljivo, ker del žleznega epitela v korpusu in fundusu ostane tudi še po resekciji in ker ahilija ne nastopi toliko vsled zmanjšanja kisline secernirajoče površine, kolikor vsled ukinjenja zveze med pars pylorica in korpusom. Del teh reseciranih želodcev dobi torej atrofirajočo gastrilido, katera najprej še odgovarja na histamin, postane pa po nekoliko mesecih histaminrefrakтерна, medtem ko drugi del teh želodcev zopet začne reagirati na navadne dražljaje hrane, alkoholnega ali kofeinskega poskusnega zajutreka. V teh poslednjih slučajih je drugi del želodca prevzel funkcijo piloričnega reseciranega dela, t. j. reflektorno in hormonalno vez. — Imamo še eno razdelitev ahilij in sicer po izločevanju *nevtralnega rdečila*. Obe metodi, s histaminom in nevtralnim rdečilom, gredo paralelno, razen dveh histaminrefrakternih slučajev, ki sta pa nevtravno rdečilo vendarle izločevala, četudi samo v neznatnih količinah in zelo počasi. Poskus z nevtralnim rdečilom je še bolj občutljiv, kar nam potrjuje tudi Kalkov slučaj intoksikacije z več kakor $\frac{1}{8}$ l HCl crudum, kjer je prišlo takoj do popolne anaciditete, ki ni reagirala niti na histamin, niti na nevtravno rdečilo. 9 dni po intoksikaciji je na histamin nastopila povečana količina sekreta, 4 mesece pozneje izločevanje nevtralnega rdečila in 3 tedne nato produkcija kisline na histamin, še 8 dni pozneje pa tudi že na kofein. Ta slučaj nam služi kot dokaz, da je regeneracijska sposobnost želodčne sluznice velika; obenem nam nudi neko vrsto skale funkcionalnih poskusov pri ahiliji. Ta skala bi se glasila takole: 1. produkcija kisline na alkohol oz. kofein; 2. produkcija kisline na histamin; 3. izločevanje nevtralnega rdečila; 4. povečanje količine sekreta na histamin; 5. popolna odpoved vseh navedenih poskusov. V slučaju intoksikacije HCl crudum je interesantno tudi to, da se količina skupnih kloridov v želodčnem soku ni niti najmanj spremenila, bila je stalno med 90—112, kar zopet govori v prid Katschu in Kalku, ki popolnoma ločita sekrecijo solne kisline od sekrecije kloridov.

Terapija hiperacidnih in ahiličnih gastritid: nevtralizacija premočne kisline oz. nadomestitev iste. V zadnjem slučaju daje Bergmann velike doze HCl: Acid. hydrochloric. non dilut.

Pepsin i aa 20'00.

Aquae destill. ad 150—200 00.

S: 3 x na dan po 1 jedilno žlico po jedi.

Ali: Acidol pepsin St. I. po 2 tabl. po jedi.

Novo mi je bilo njihovo zdravljenje hipoacidnih in ahiličnih gastritid z 1‰ sol. Arg. nitrici per os (Arg. nitr. 0,10 ad 100—150'00 aquae destill. 3 x na dan pred jedjo po 1 kavino žličko) ali pa izpiranje želodca z isto solucijo. Oni mislijo, da mora Arg. nitricum, slično kakor pri vnetju drugih sluznic, n. p. pri cistitidah, izzvati hiperemijo in regeneracijo želodčne sluznice. Po njihovih izjavah imajo uspehe; jaz ga v teku pol leta, kar sem bila na kliniki, nisem videla.

Resumé

Dans son référat l'auteur explique les méthodes diagnostiques et thérapeutiques qui ont cours dans la clinique du prof. v. Bergmann à Berlin au sujet des maladies gastro-duodénales.

Bergmann reconnaît en tout trois lésions: 1°) *Ulcère d'estomac resp. du duodénum*, ou encore maladie ulcéreuse, come il se plaît à dire pour faire ressortir les caractères neuro-constitutionnels; 2°) *Cancer d'estomac*; et 3°) *gastrite*. Le diagnostic „neurose ventriculaire“ est considéré par Bergmann comme diagnostic inutilisable („Cavele diagnosis“). D'après Bergmann, le médecin moderne doit trouver dans l'atypique la voie vers le diagnostic sans trop de laboratoire et de radiologie.

Le chimisme gastrique est déterminé par le tubage fractionné. Comme repas d'épreuve on se sert de la solution de caféine pure à 0.2 : 300. L'acidité est déterminée par la méthode de titration, de même qu'avec la méthode de H-ion concentration. Katsch et Kalk ont inauguré la méthode de titration de chlorides totaux. Se basant sur un cas de gastrite achylique après intoxication avec l'acide chlorhydrique cru Kalk a décrit une gradation d'épreuves fonctionnelles dans l'achylie.

L'examen radiologique de l'estomac et du duodénum se fait dans la clinique de Bergmann par la méthode de relief de la muqueuse gastrique (Doc. Berg).

La thérapie des maladies ulcéreuses de l'estomac et du duodénum est essentiellement interne et dans le sens d'une transformation alcaline de l'organisme. Dans les cas de cancer de l'estomac: opération plus rayons X. Dans le cas de gastrites achyliques on prescrit de grosses doses d'HCl per os et lavement de l'estomac respectivement absorption de la solution d'Ag NO₃ à 1‰ pour provoquer l'hyperémie et la régénération de la muqueuse.

Literatura :

- 1) von Bergmann : Med. Kl. 1926, št. 48.
- 2) Katsch in Kalk : Kl. W. 1925, št. 46; 1925, št. 20 in 25.
- 3) Kalk in Kugelman : Kl. W. 1925, št. 38.
- 4) Kalk : Verh. d. 38. Kongr. d. D. Ges. f. inn. Med. Wiesbaden 1926.
- 5) Kalk : Arch. f. Verdkr. Bd. XXXV (1925), H. 5/6.
- 6) Kalk : Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung März. 1927.

Okulistika v splošni praksi

(nadaljevanje in konec)

Dr. L. JEŠE, šef oddelka

Lažje je spoznati sivo mreno (katarakta). Prezreti je skoraj ni mogoče. Dogodi se pa dostikrat, da se napravi ta diagnoza tudi tam, kjer mrene ni. Vsaka stara leča odbija svetlobo, nekatera tako močno, da izgleda pri preiskavi z lučjo (tudi v temnici), kot bi bila res kalna (katarakta). Če pa vržete luč z zrcalom skozi lečo, vidite, da je leča prozorna in da leča ne more biti vzrok oslabelega vida. Bolnik od takih pomot navadno nima škode, ker ga zdravnik itak pošlje v bolnico. Zdravnikov ugled pa lahko trpi, če moramo potem v bolnici njegovo diagnozo korigirati. Pravilo je torej: *ne izgovorimo besede mrena, predno nisi pregledal bolnikove leče v temnem prostoru v propuščeni svetlobi!*

Glede operacije mrene vlada med praktiki velika nejasnost. Strokovni zdravnik mora pri mrenah prevdariti različne okolnosti in se vprašati: kakšna katarakta je to, senilna, komplicirana itd., je leča tehnično lahko odstranljiva, je upati na gladek potek in pričakovati dobrega uspeha, je splošno zdravje bolnikovo tako, da se operacija lahko tvega, ne vsebuje morda veznic patogenih bakterij, je odvod solzâ brezhiben itd? Da se vse to pravilno pretehta, je treba imeti dosti izkušnje. Teoretičen pouk tu ne zadostuje. Tovariš v praksi vseh teh vprašanj ne more pravilno rešiti. Zato mu priporočam tole: Ne pošiljaj bolnikov, ki imajo mreno, v bolnico že z vsemi mogočnimi pojasnili in obetanj, kdaj bodo operirani, koliko časa bodo v bolnici, kakšen bo uspeh in podobno. Odpremi jih v bolnico *na preiskavo*, vse drugo pa, jim povej, bodo izvedeli v bolnici. S tem prihraniš bolnikom marsikatero razočaranje in sebi ne jemlješ ugleda, če se izkaže, da mora biti program zdravljenja drugačen, kot si ga sam zamislil, in da uspeh ne more biti tak, kot si ga bolniku obetal.

* * *

Zelo važno poglavje očesne patologije so poškodbe. O teh je treba, da se obširneje pomenimo.

Najbolj pogosta očesna poškodba je nasmetenje. Tuje telesce, ki pade v oko, obleži kje na veznici ali na roženici. Če obleži v spodnji polovici veznice, se telesce samo izplavi iz očesa in zdravnik s tem nima skoro nikoli opravka. Če pa zaide na veznico gornje trepalnice, obleži v tarzalnem žlebu in se redkokdaj samo izplavi. Tu je treba zdravniške pomoči ali pomoči veščega lajika, ki zna gornjo trepalnico zaobrtniti. To so znane stvari. Vendar pa se greši tudi pri teh malenkostih. Bolnik včasih *ne ve*, da se je nasmetil. In če tudi zdravnik na to ne misli, je blamaža tu. Bolnika zdravi in zdravi, ta se pa končno naveliča in gre drugam. Drugi zdravnik najde tuje telesce. Zgodilo se je že, da je tak bolnik s tujim

telescem in konsektivnim panusom na roženici romal okoli mojstrov oftalmologov. Telesce mu je bilo naposled odstranjeno v Ljubljani od dr. Bocka. Vidite, je dejal, vsem tem „boncem“ se ni zdelo vredno evertirati gornje trepalnice.

Če tuje telesce odleti v oko z malo večjo silo, se zarine v vrhnje plasti. Taka tuja telesca najdemo največkrat pri brusačih in ključavničarjih. Telesce leži navadno v roženici. Najti ga je lahko in odstraniti tudi, če leži v roženičnem epitelu. Več spretnosti in poznanja tehnike je treba, če je zapičeno globlje. Zdravnik se često odstranitve sicer loti, a je ne dokonča in pošlje bolnika v bolnico. Vsak tak bolnik zabavlja!

Taka tuja telesca se navadno pravilno spoznajo kot taka in tudi njih lega se pravilno določi. Vsakdo pa nima dobro razvitega prostorninskega čuta. Poznal sem tovariša, ki nikakor ni mogel ločiti roženične makule od katarakte. Tak lahko stori neverjetne stvari. Dva primera:

Bolnik pride v bolnico „nedokončan.“ Pravi, da mu je nekaj odletelo v oko. Zdravnik mu je jemal telesce iz očesa. Ker mu ni uspelo, je poslal bolnika v bolnico. Dozdevno tuje telesce je bil - naevus iridis! Tovariš je roženico na odgovarjajočem mestu precej razkopal, do „tujega telesca“ se pa k sreči ni dokopal.

Drug primer: V anamnezi nasmetenje. Črna pikica, ki jo je zdravnik smatral za tuje telo, je bil mal prolaps šarenice na gornjem limbu po odstranitvi leče. Zdravnik je prolaps temeljito razcufal, ukinil sprednji prekat in povzročil še odstop mrežnice.

Opozoriti moram še na neko posebno nasmetenje. V času žetve in mlačve vidimo na oddelku redno vsako leto nekaj bolnikov, ki imajo v veznici zapičeno reso od žitnega klasa. Klinična slika je precej tipična: velika erozija v gornji polovici roženice in fibrinast sekret veznice. Pri običajnem evertiranju resa ni vidna. Treba je evertirano trepalnico še privzdigniti in pogledati v svod (dvojno evertiranje). Resa namreč radi svojih kljukic „roma“ in zleze visoko gori v svod ali ga celo prebode in zleze skozi veznico.

Omenjena površno ležeča tuja telesca so navadno temne barve (ogljje, premog, smirk, železna rja itd.) Tuja telesca, ki so svetlejšje barve, sivkaste ali rumenkaste, lahko povzročijo neprijetne pomote. To so namreč pleve od semen (polovica lupinice) in perotke od malih žuželk. Pleva se kot pokrovka povezne na zrklo in obleži trdno na njem vsled negativnega pritiska pod njo. Če obleži na roženici in je sivkaste barve, se kaj lahko zamenja z infiltratom, če pa leži že delj časa, pa s keratitis fascicularis, ker pride do reaktivne tvorbe novih žil. Na veznici zrkla pa se okoli takega telesca naredi cirkumskriptna injekcija, in vsa stvar je podobna flikteni. En primer:

Gospa pripelje svojo hčerko s tako „flikteno“. Zdravnik ji je primerno ordiniral in svetoval po ozdravljenju bivanje na morju. Našel sem tako plevo na veznici zrkla blizu roženičnega roba, ki je res zelo sličila flikteni. Z odstranitvijo pleve je bilo zdravljenje končano, deklica prikrajšana za lepe počitnice, mati pa obvarovana stroškov.

Vse bolj resne so poškodbe očesa, če je tuje telo prebilo zrkline ovoje. Če je proboj bodisi vsled lege ali po obsegu tak, da ga lahko opazi tudi nevešče oko praktičnega zdravnika, je to dobro tako za zdravnika kot za bolnika. Zdravnik ga pošlje takoj v bolnico, kamor vsak tak poškodovanec spada in se odkriža tako vsake odgovornosti. Bolnik pa pride hitro v strokovne roke. Drugače pa je, če je proboj tako malenkosten, da ga tovariš v praksi ne opazi. *Taki primeri so za praktika najbolj nevarni.* Probojno ranico v beločnici je včasih mogoče dokazati le s pomočjo posebnih preiskovalnih pripomočkov prve dni po poškodbi, kasneje pa dostikrat sploh ne več.

Poškodovanec se resnosti nezgode večkrat niti ne zaveda. Izpoved se glasi navadno: Delal sem to ali ono, pa me je pri tem nekaj zaščemelo v očesu. Prvi dan sem še nekaj čutil, drugi dan pa je bilo že dobro. Videl sem ravno tako dobro kot prej. Zato nisem na vse to polagal važnosti. Tovarišem praktikom bi rad z debelimi črkami zapisal tale nasvet: *Če pride kdo k vam in pove, da je tolkel s kakim trdim kovinastim predmetom (kladivom) na trd predmet (kamen ali železo) in mu je pri tem odletelo nekaj v oko, je zelo verjetno, da mu je mal, kovinast drobec, navadno od kladiva, prebil zrklo in v njem obličal.* Preiščite takega poškodovanca z vso natančnostjo in če ničesar ne najdete, bodite dvakrat previdni in prav takega poškodovanca pošljite v bolnico na kontrolo. Prav pri takih je nevarnost, da kaj prezrete in zakrivite izgubo očesa. En primer:

Poškodba na zgoraj opisani način. Poškodovanec gre k svojemu zdravniku. Ta najde v veznici zrkla mal sugilat, misli, da gre za kontuzijo in obdrži bolnika doma. Čez nekaj mesecev mu prične vid pešati in mož pride radi tega v bolnico. Tu se ugotovi mal, železen drobec v notranjosti zrkla, sideroza, amavroza. Drobec se je dal sicer še odstraniti, a oko je ostalo seveda slepo. Proboj beločnice je bil s povečalnimi pripravama še dobro viden. Takih primerov smo doživeli več.

Zadnje čase dobivamo v bolnico na preiskavo vedno več takih neugodnikov. Pri večini izpade preiskava negativno. Nič za to! Ravnanje teh zdravnikov je pravilno.

Poškodbe s probojem zrkla in obličanjem telesca v zrklu ostane lahko sterilna ali pa se inficira. Drobec se pri udarcu tako segreje, da se sterilizira in sterilen prileti v oko. Infekcijo povzroči kužni material, ki ga je drobec posnel s površine (trepalnice, veznice, roženice) in odnesel s seboj v globino. Znaki infekcije se pojavijo sko aj tipično tretji dan po nezgodi. Potek je navadno takle: Prvi dan je oko primerno boleče, drugi dan je boljše ali že čisto dobro, tretji dan pa prično bolečine (začetna endophthalmitis septica).

Če poškodovanca s perforacijsko poškodbo zrkla odpremite v bolnico in veste, da vas bo ubogal in bo čez nekaj ur že v bolnici, je vsa stvar za vas končana. Dajte mu sterilno obvezo, drugega ni treba. Če pa količjak

slutite, da vas ne bo takoj ubogal — to se pogosto zgodi, ker bolečine drugi dan ponehajo — ali če veste, da poškodovanec iz prometnih ali drugih vzrokov ne bo tako kmalu dosegel bolnice, tedaj vam svetujem, da mu daste *mlečno injekcijo*. Ta infekcijo ublaži in včasih morda tudi ustavi. Mlečna injekcija je važnejša kot vse drugo, lokalna sredstva, tetanus serum in podobno. Za vse to se ne mudi tako. Mleko mora biti surovo (še ne zavreto), polno. Vre naj točno štiri minute. Injicirajte ga 5—10 ccm intraglutealno. Množina se ravna po konstituciji in starosti. Mlajši prenesejo več.

Težke posledice napravijo očesu, če brizgnejo vanj jedke snovi, apno, kisline, lugi itd. Prva pomoč, ki jo takim nudijo praktični zdravniki v pretežni večini ni zadostna. Vzroka za nezadostno pomoč sta po mojem mnenju dva: močan blepharospasmus vsled pekoče bolečine iz zavest zdravnikov, da so njihova oprema in terapijska protisredstva za take primere nezadostna. Oboje ne drži. Prvo je, da se oko pri takih nezgodah dobro anestetizira. Bolnika položite na mizo. Odprite oko t. j. razklenite trepalnici z Desmarrejevimi držali ali vstavite navadni blefarostat. To tvoje bi pač moral imeti vsak zdravnik. Nato vkapajte parkrat 3—5% kokain ali 1—2% pantokain. Slednji napravi manj škode na roženičnem epitelu in delj časa učinkuje. Krč v trepalnicah odneha, bolnik lahko odpre oko in nadaljnje delo vam bo zelo olajšano. Vsa medikamentozna sredstva so več ali manj problematična. Glavno je mehanična odstranitev jedke snovi. To dosežete pri jedkih tekočinah z izpiranjem pri jedkih masah (apno) pa izmenoma z izpiranjem pri jedkih tekočinah z izpiranjem in mehanično odstranitvijo s pinceto ali gazo. Za tekočino, ki jo je treba vzeti za izpiranje, ne smete biti v zadregi. Če nimate hitro pri roki fiziološke raztopine, vzemite kar čisto, mlačno studenčnico. *Važnejše kot to je hitra pomoč in temeljita odstranitev*. Ponosrečencu dajte nato v spodnji svod malo čistega vazelina in ga odpremite v bolnico.

Poglavja o poškodbah ne morem zaključiti, ne da bi potožil o nepriklakah, ki sem jih imel že tolikrat radi presoji in ocen, izdanih poškodovanecem od praktičnih zdravnikov. Tovariše v praksi, ki so nastavljeni pri bratovskih skladnicah ali pri Okrožnem uradu večkrat doleti, da morajo sestaviti prvo naznanilo o očesni poškodbi, izdati končno mnenje in oceniti izgubo delazmožnosti v odstotkih. Prvo naznanilo ni tako težko sestaviti. Poškodba se podrobno opiše, preizkusi se vid na poškodovanem očesu in vknjiži tudi vid zdravega očesa. Slednje je zelo važno. Da bi pa mogli praktični zdravniki podati tudi končno stanje in oceniti izgubo na delazmožnosti, je izključeno in jim to zmožnost odrekam. Dandanes vsak poškodovanec izgubo vida pretirava, večji del pa celo več ali manj rafinirano simulira. Izvežbanega in tega posla vajenega okulista stane včasih dosti truda, da takega možakarja razkrinka. Kako naj s takim opravi pravično praktični zdravnik! Imam redno posla s temi meni prav neljubimi zadevami in vidim, kake nepravilnosti se dogajajo. Od mnogih naj navedem dva ekstremna primera:

Poškodovanec je poslan na preiskavo radi posledic nezgode s prošnjo, da se oceni izguba pridobitne zmožnosti v odstotkih. Ima na roženici enega očesa malo makulo. Drugo oko je normalno. Vsled makule je vid na enem očesu oslabiljen na 5/10, z drugim vidi normalno. Prvemu zdravniku je oslabelost vida simuliral in trdil, da ne vidi več kot prste na par metrov. Zdravnik mu seveda te trditve ni mogel ovreči in je predlagal zanj stoodstotno (!) rento. Zdravnik bi lahko vsaj to vedel, da se prizna komaj tretjino tega za izgubo enega očesa. Naš nezgodnik nima sploh pravice do kake odškodnine, ker z nezgodo ni izgubil nad 10%. V kakšen mučen položaj spravi strokovnega zdravnika taka šušmarska ocena! Nezgodnik, ki sem ga s svojo oceno spravil ob tako lepo rento, kleči v ordinaciji in prosi za božjo voljo, naj se usmilim njega in njegovih otročičev. Tako si nabiram sovražnikov po kriydi neresnih tovarišev.

Drug primer: Zavarovanec pride k svojemu zdravniku in pove, da je na enem očesu polagoma oslepel in misli, da je temu kriva nezgoda pred več meseci. Zdravnik ga preišče. Ker ne najde na očesu nikake spremembe, ga označi za simulanta. Pri nadpregledu pa se izkaže, da ima mož na očesnem ozadju dobro viden železen drobec in da je na tem očesu vsled side-roze res čisto slep.

Zaključujem poglavje o poškodbah s prošnjo, da tovariši *prepuste vse očesne poškodbe in presoje njih posledic specialistom.*

* * *

K sklepu še samo nekaj besed o predpisovanju očal. Praktični zdravnik lahko, če je izvežban in tozadevno opremljen, predpiše očali starim ljudem (presbyopia), ki na daljavo dobro vidijo. V vseh drugih primerih pa se jim lahko pripete grobe napake.

Da spadajo vsa obolenja očesnega ozadja v strokovne roke, mi gotovo brez ugovora pritrdite.

* * *

Nasveti, ki sem jih tu napisal, gotovo niso podani izčrpno. Marsikaj bi se dalo še povedati. Šlo mi je za to, da opozorim na poglavitne napake, ki jih pri očesnih obolenjih delajo tovariši takorekoč dan na dan. Ponavljam, da so vsi nasveti mišljeni tovariško prijateljski in ne od zgoraj navzdol. Kdo je zgoraj in kdo je zdolaj? Praktični zdravniki se resda ne morejo meriti s specialistom v njegovi stroki. Toda dober praktični zdravnik, ki mora in zna nuditi dobro zdravniško pomoč v najrazličnejših primerih, visoko nadkriljuje vsakega specialista. Poleg takega zdravnika je specialist velika ničla.

Diagnostični pomen bolnega in anomalnega zobovja

Ugotavljanje zvez med zobmi kot organi, ki so po vseh anatomskih, fizioloških pojavih v neposrednem stiku s celotnim organizmom ter različnimi motnjami in obolenji organizma kot celote je ena najvažnejših in najhvaležnejših nalog sodobnega zobnega zdravilstva.

Ugotovitev karzalne zveze med zobnimi anomalijami in obolenji ter obolenji organizma vodi do spoznavanja gotovih diagnostičnih vrednot, ki so praktične važnosti kot pomožni, v mnogih slučajih celo kot odločilni simptomi mnogih splošnih obolenj.

Denticija mlečnega in stalnega zobovja, anomalije oblike in lege posameznih zob, anomalna struktura celotnega zobnega loka, caries in druga obolenja zob in njih neposredne okolice — vse to je tesno povezano z različnimi notranjimi in splošnimi obolenji kostnega sistema, obolenji infekcijske narave, motnjami notranje sekrecije, živčnimi obolenji in diatezami in le-ta obolenja se pogosto odsevajo v zobovju kot organih, ki so bodisi važnega etiološkega pomena bodisi z drugimi vidnimi pojavi nujna posledica omenjenih patoloških procesov organizma.

Že normalna denticija mlečnega zobovja s posebnim ozirom na njen etiološki odnos do gotovih motenj v otroški dobi je bila od nekdaj predmet živahne diskusije. Mišljenje, da moramo pripisati rasti mlečnega zobovja vnetja dlesna, stomatitide, bronhitide, motnje prebavnega trakta, različne ekceme, angine, limfadenitide in mnoga druga obolenja, ki jih spremlja lahko celó vročica, je danes, po odločnem nastopu Kassowitza, nevzdržno. Vzrok temu mišljenju je brez dvoma iskati v dejstvu, da v dobi rasti mlečnega zobovja, to je v dobi med 6 in 30 mesecem starosti, pogosto opazamo navadna obolenja. Dasiravno spremlja rast mlečnega zobovja povečana salivacija, ki pride še posebno do izraza zato, ker otrok ne zna še požirati slin, povečana razdražljivost dlesna in nemir otroka, vendar ne smemo to smatrati za pojave, ki bi presegali mejo normalnega fiziološkega procesa. Zato torej ni presojati navedenih obolenj iz drugih etioloških vidikov kot katerokoli drugo obolenje. To velja še posebno za spazmofilijo, v kolikor jo spremljajo motnje denticije same. Tako spazmofilija, kakor motnje denticije same je pripisati po mnenju Hochsingera rahitidi, kateri so otroci ravno v dobi denticije najbolj podvrženi.

Klinično važna je patološka denticija. Medtem, ko je *dentitio praecox* postranske važnosti, kot pojav pri katerem igrajo vlogo gotovi hereditarni momenti, je zakasnitev v rasti mlečnega zobovja vedno simptom več ali manj težkega obolenja organizma. V pretežni večini slučajev je ta pojav posledica rahitide, v redkejših primerih pa je v zvezi s hereditarno lues, skrofulozo in endokrinimi motnjami kakor n. pr. s prirojenim

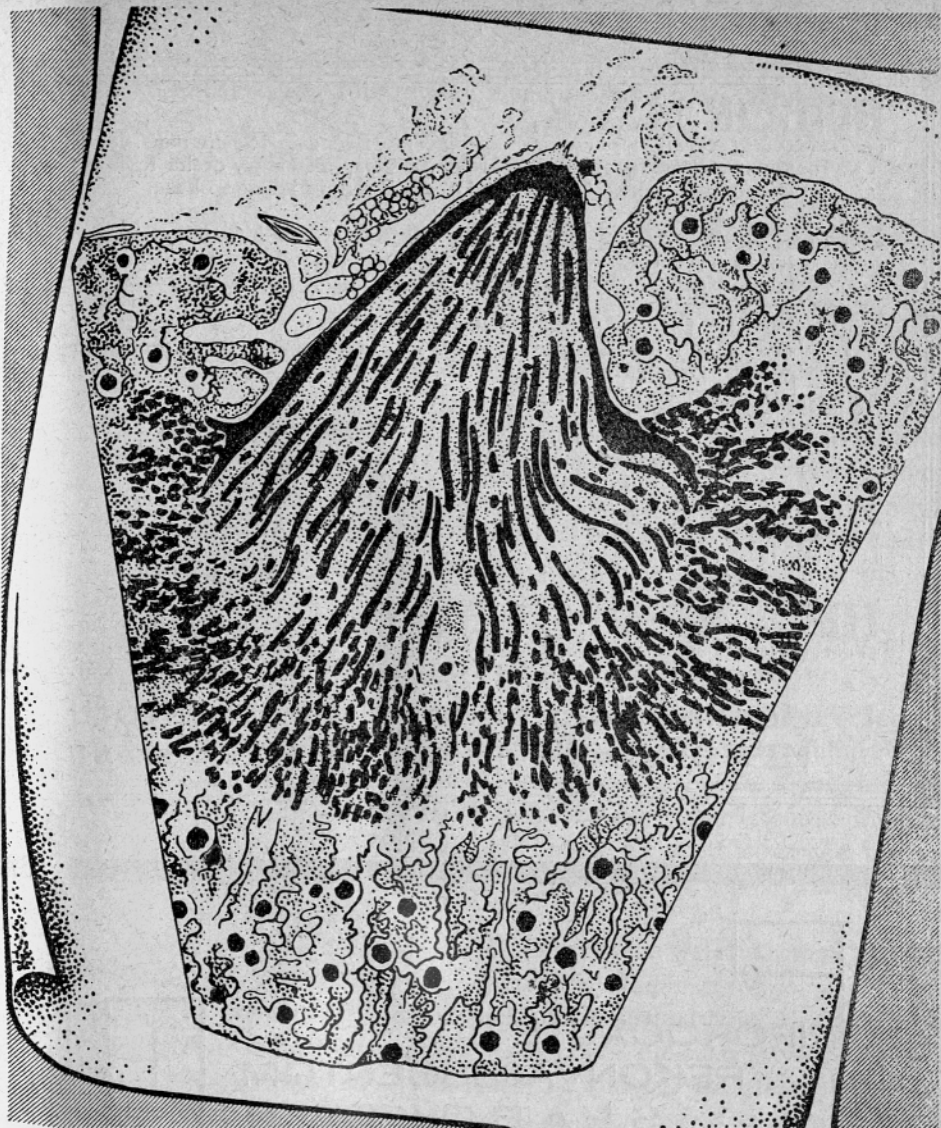
miksedemom ali kretinizmom, mongolizmom; po mnenju gotovih avtorjev pa je vedno v zvezi s težko atrofijo dojenčkov.

V rahitidi moramo iskati tudi etiološki vzrok zakasnelemu izpadanju mlečnega zobovja, kakor tudi zakasneli rasti stalnega zobovja, ki se vrši pri t. zv. pozni rahitidi v 8. ali 9. letu. Enake pojave v rasti stalnega zobovja opazamo pri hipertireoidizmu, pri kongenitalni alireozii in endemičnem kretinizmu. S primerno terapijo lahko dosežemo tako v enih kakor v drugih slučajih vidno pospešitev v rasti stalnega zobovja.

V tesnem odnošaju predvsem z obolenji v otroški dobi so najrazličnejše anomalije zobnih oblik. To so trofični defekti predvsem zobne krone in njenega emajla pri mlečnem in stalnem zobovju. Hipoplazijo zob v obliki majhnih vdolbinic in brazd, nepopolne oblike zobne krone povzročajo deloma hereditarni toksični vplivi (pri lues), deloma pa pri stalnem zobovju konstitucionalna obolenja v dobi dojenja, to je v času, ko so vrši dentifikacija stalnega zobovja v alveolah čeljusti. Posebno značilen je oni defekt pri zgornjih srednjih sekavcih, pri katerih je zobni rob vdolben v obliki polmeseca proti zobni sredici, takozvani Hutchinsonov zob. Temu zobnemu defektu pripisujemo večjo ali manjšo diagnostično vrednost za prirojeno lues. Moram pa poudariti, da smemo ocenjevati diagnostično vrednost Hutchinsonovega zoba le v toliko v kolikor so navzoči za kongenitalno lues še drugi značilni simptomi, kakor to nesporno dokazuje Hochsinger. Izolirani H. zobje govorijo slejkoprej bodisi pri luetičnih, bodisi tudi pri neluetičnih individuih za dokaz težke rahitide in so po mnenju omenjenega avtorja — v nasprotju z mišljenjem Fourniera — tudi nastali v obeh slučajih le na podlagi tega obolenja.

Ali govorijo distrofije zobne krone stalnih zob tudi za infantilno tetanijo in v koliko so z njo v zvezi, še ni dognano. Tezo, da je distrofične pojave, predvsem hipoplastične narave, pripisati prej infantilni tetaniji kot rahitidi, zagovarja med drugimi posebno vneto Fleischmann in podkrepljuje svoja izvajanja s statistiko, primerjajoč razmerje med pogostostjo rahitide in omenjenimi distrofijami. Pri 60% — 90% rahitide nastopa po tem avtorju hipoplazija le v 2% — 7% slučajev. Nadalje govori za to dejstvo, da se pojavljajo hipoplazije predvsem na zobeh, ki so imeli svojo razvojno periodo, svojo dentifikacijo, v prvem življenjskem letu, medtem ko so zobje, katerih dentifikacija spada v 2. in 3. leto, ko je notorično rahitida najpogostejša, manj distrofično alterirani. Nasprotno pa so distrofični ravno oni zobje, ki so v razvoju v dobi, ko nastopa najpogostejše infantilna tetanija, namreč v prvem življenjskem letu.

Po istem kriteriju sodi Kranz tudi diagnostično vrednost Hutchinsonovega zoba in ga pripisuje istim faktorjem kot vse druge zobne distrofije ter poudarja, da je statistično dognal omenjeno anomalijo vsaj ravno tako pogosto pri neluetikih kot pri luetikih. Verjetno je torej, da nosijo krivdo na zobnih hipoplazijah veliko bolj splošne motnje in disfunkcije endokrinih žlez, kakor obolenja, katerim jih na splošno pripisujemo.



NEOTROPIN

Originalni
zavitki z
20 in 50 dražej
po 0,1 g

*peroralni dezinficiens odvodnih
sečnih poti in žolčnih poti pri*
CISTITIS, PYELITIS in PYELONEPHRITIS

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

ROBOR M. i K.

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

SKALIN M. i K.

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

REAL M. i K.

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

CAMPHOSOL M. i K. injekcije

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

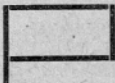
CAMPHOSOL M. i K. draže

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

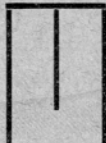
HIDROGEN M. i K. tablete

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

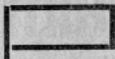
Kemijsko-farmaceutski laboratorij
MISKOVIĆ in KOMP. Beograd, Sarajevska 84.

 **RIPOROČAJTE**

REKONVALESCENTOM

SLABOKRVNI 

B-L-E-D

 **rospekte in informacije daje zdravilška komisija**

 **L E D.**

Toda ne samo distrofije zob, temveč tudi motnje v razvoju zobovja so v ozki zvezi z no'ranjimi obolenji organizma. Medtem ko so prve simptomatične za rahitido, lues ali infantilno tetanijo, so motnje v razvoju zobovja dokaz generalnih motenj v razvoju celotnega organizma. Najdemo jih predvsem pri prirojeni idiotiji. V kolikor je pri idiotiji podana tendenca za obolenja na rahitidi ali pa v kolikor je v zvezi s prirojeno lues, opazamo pogosto na zobeh kombinirane defekte distrofične in razvojne narave. Tako imamo pri idiotiji podolžne brazde na zobeh in narezljane robove sorazmerno pretirane dimenzije zob, nepravilnosti v številu zobovja, v oblikovanju ustnega neba, zoženje zobnega loka in prognatijo, to je anomalno prese-ganje zgornje čez spodnjo čeljust. Posebne etiološke važnosti za mnoge nepravilnosti v rasti in oblike zobovja je tudi prirojena miksedematična in mongoloidna idiotija. Simptomatična za njo je zamuda v rasti mlečnega zobovja, nepravilnosti v vrstnem redu rasti posameznih zob in nepravilnosti v obliki zob, ki so skoro vedno majhni, ozki in tenki z znatnimi medsebojnimi presledki in ki zapadejo kaj zgodaj gnilobi in razpadanju. V nasprotju z rastjo in obliko mlečnega zobovja so stalni zobje pri idiotiji dokaj normalni v rasti in strukturi in je perzistirajoča prognatija po mnenju mnogih avtorjev povzročena po makroglosiji.

Posebne deformitete v razvoju zgornje čeljusti in nepravilne lege posameznih zob v zobnem loku najdemo pri osebah z adenoidnimi vegetacijami v zvezi z eksudativno diatezo. Visoko ustno nebo s posebno markantnim ostrim kotom na spredaj je značilno za nosne stenoze in s temi v zvezi za ustno dihanje. Vsled nezadostnega prostora povzroča ta deformiteta čeljusti umevno najrazličnejše nepravilnosti v legi posameznih zob posebno v regiji sekavcev.

Alveolarna pioreja, obolenje čeljustnega alveolarnega izrastka, katere obiležje je kronično vnetje dlesna in njega postopno poglobljanje, gnojni iztok iz zobnih ležišč ter izginevanje kostnega tkiva, kar ima za posledico giblјivost in izpadanje zdravih zob, tvori obsežno in vedno aktualno poglavje zobnega zdravilstva. Dasiravno ni dvoma, da igrajo pri tem procesu vlogo mikroorganizmi, vendar je iskati njen glavni vzrok v gotovi diskraziji, ki je v tesnih odnošajih z biološkimi procesi celotnega presnavljanja v organizmu. Iz diagnostičnega vidika je posebno važno, da so ti procesi pogosto v zvezi z motnjami jetrne funkcije, četudi neznatnimi ali začetnimi, torej še predno lahko govorimo o kakem obolenju jeter. Vzroki so torej lokalne, predvsem pa splošne diskrazične narave. Mnogokrat, in to je treba ravno poudariti, je alveolarna pioreja simptomatična za diabetes, prolin in druga obolenja presnavljanja.

Ravnotako se zelo obravnava vprašanje kavzalne zveze med caries in drugimi splošnimi obolenji. Gotovo je, da igrajo v etiologiji caries znatno vlogo hereditarni momenti, mogoče geološke in klimatične prilike, kar mnogi avtorji odločno zanikajo, prehrana in kemični vplivi mucina, kateri kot kislina jemlje iz zobne substance apno in pripravlja tako teren razkroje-

valnemu delu parasitov in bakterij. Nesporno je pa, da vrše velik vpliv na kariozno razpadanje zobovja mnoga organska obolenja in sicer v prvi vrsti taka, ki so karakterizirana s splošnim padanjem odpornosti vseh tkanin organizma, torej tudi zobovja, ter kemične izpremembe salivarnih sestavin (Black). To so protin, diabetes, rahitis.

Iz vsakdanje prakse lahko vidimo, da je caries v zvezi z graviditeto in puberteto. Mnogi avtorji pripisujejo to zvezo dejstvu, da se vršijo pri omenjenih predispozicijskih stanjih ravnotako gotove izpremembe v sestavi krvi oziroma splošne prehrane tkiva in tudi zobovja. (Römer).

Tudi obolenja zobne pulpe, v kolikor niso eksogenega izvora (caries, mehanični in termični vzroki) so v mnogih slučajih v zvezi z splošnimi obolenji kot je to influenza in dr. To velja tudi za periodontitide, predvsem akutne, ki izvirajo mnogokrat iz sklepnega revmatizma, tifusa ali influence. V teh slučajih je krvotok posredovalec med primarnim obolenjem in sekundarno lokalno infekcijo.

Diagnostičnega pomena bolnih, predvsem gangrenoznih zob, pri obolenjih organov v njih neposredni bližini ni treba še posebej poudariti. Očitno je, da je iskati vzroka empirijom maksilarne votline ponajvečkrat v zobovju. To velja tudi za mnoga obolenja nosne votline, kamor se posredno lahko zanesejo bakterije, povzročiteljice različnih vnetij.

Posebno umestno se mi zdi podčrtati zvezo med zobnimi obolenji in ušesnimi obolenji. Ta zveza je v prvi vrsti senzitivnega značaja in sicer tako, da izradiirajo zobne bolečine v ušesa. Tako slišimo v gotovih slučajih pulpitid in periodontitid spodnjih kočnikov dosledno tožbe pacientov, da čutijo bolečine v ušesih. Ta zveza je očitna že iz anatomskega dejstva. N. auricularis post., ki izhaja iz n. mandibularis inf. oddaja vejo v zunanji sluhovod in bobnič. Ne smemo pa prezreti, da so retinirani zobje in drugi patološki procesi v zobovju lahko vzrok direktnih ušesnih obolenj.

Tudi pri očesnih obolenjih igrajo bolni zobje nemalo vloge. Ta obolenja so povzročena lahko po direktnem prenosu bolezenskih procesov, predvsem pri velikih edemih periostitičnih procesov zgornjih čeljusti, ki lahko povzročijo orbitalne flegmone z najresnejšimi posledicami.

Reflektorično povzročene motnje so lahko konjunktivitide in midriaza na podlagi intenzivnih bolečin trigemina.

Posebno pozornost v presojanju diagnostičnih vrednot pri najrazličnejših obolenjih organizma v zvezi z zobnimi obolenji zasluži poglavje o fokalni infekciji. Nesporno je danes dognano, da je Rosenow nauk o kavzalnih odnošajih med inficiranimi dentalnimi ognjišči in mnogimi organskimi obolenji, spričo dejstva, da so mnoga obolenja z negotovo etiologijo po smotreni terapiji docela izginila, tako sigurno, da ga ne more nihče zanikati. Ni namen teh vrst, da bi se spuščali v razglabljanja o spornih vprašanjih, kateri inficirani zob ali zobna korenika naj bi bilo dentalno infekcijsko ognjišče in naj bi se smatralo za izhodišče sekundarnih obolenj organizma. Odgovor na ta vprašanja je danes, ko razpolagamo v diagno-

slične svrhe v glavnem samo z rentgenskimi izvidi, nesiguren. Tudi ne kaže načenjati vprašanja ali so bakterije (*streptococcus viridans* in *haemoliticus*), ki povzročajo daleč od vhodišča sekundarna obolenja, zmožne permutabilite ali ne, ali so iz dentalnega infekcijskega izhodišča sekundarno oboleli po neki selektivni lokalizacijski zmožnosti bakterij ali ne, kakor tudi vprašanja najrazličnejših komponent, ki igrajo pri tem vlogo, kakor je to odpornost gotovih organizmov, labiliteta bakterij in dr. Dejstvo je, da je, kot sem prej omenil, na podlagi dosedaj proučenega materiala stomatogena ognjiščna infekcija dognana in da se metastatični procesi pojavljajo bodisi kot bolj ali manj izrazito splošno obolenje, kar je posledica prehoda bakterijskih toksinov ali bakterij samih v krvni obtok, bodisi v obliki resnih obolenj sklepov, srca, ledvic, oči, jeter ali želodca, oziroma celotnega prebavnega trakta.

Iz presojanja zvez med bolnim, defektnim in anomalnim zobovjem ter splošnimi organičnimi obolenji je razvidna diagnostična važnost mnogih patoloških pojavov zobovja, kot etiološko važnih momentov pri mnogih splošnih obolenjih.

Dr. IVO RAKULJIĆ-ZELOV — LJUBLJANA, ginekolog-porodničar

Specijalni učinki i posljedice promjena karličnih organa

Patogeneza kao i sve promjene patološke slike operacijskog polja su tako slikovite, promjenljive i nezanesljive, da dobri operater svaki put sa napetošću čeka kod operativnog otvorenja abdomena na pogled trbušne dupljine. To impulzivno doživljavanje operatera raste sa brojem operacija, te bi ostalo isto i kad bi abdomen bio iz stakla, te prema tome pristupačan oku, jer bi mu ipak bio izlučen opip i ostali diagnostički pripomočki, koji bi jedini mogli tu rednu napetost izravnati. Da bude bolja povezenost razlaganja, zaustavimo se na slijedećem primjeru.

Dne 14. III. je bila primljena na kliniku 24 godišnja šivilja srednje veličine i bez ikakvih posebnosti na telesnom sastavu. Od dječjih bolesti je imala skarlatinu i parotitis, a od kasnijih oboljenja samo typhus. Menarha sa 14. godinom, redna, traje 4 — 7 dana, 4 tjedenski ciklus, ne preveć jaka. Nije niti rodila, niti abortirala. Prije godinu dana je bila u privatnoj njezi ginekologa radi salpingo-oophoritis bilateralis. Bolove je osjećala već prošle godine, a osobito su jaki i neizdržljivi postali od siječnja. Bolovi su gdje-kod jači nego li obično, a lokalizirani su u donjim partijama abdomena, a potanje nije mogla diferencirati bolove. Privatni ginekolog ju je liječio i sa solux — lampom, no budući, da nije ništa pomagalo, je bila poslana na kliniku u svrhu operacije, jer da ne može vršiti svoje zvanje. Usljed mnogih okolnosti pacijentica je morala biti pregledana u narkozi radi precizne diagnoze.

Pregled, u koliko nas ovdje interesira, pokazao je na lijevoj strani pomični tumor, koji se u unutrašnjosti trbušne dupljine dade na obe strane jako pomicala, te potisnuti prema diafragmi tako, da nije bio više palpatoran. Lijevi ovarij se dade dobro diferencirati te je bez patoloških promjena. Na desni strani se čuti elastični cistični tumor sa tankim stijenama, koji bi morao pripadati desnome ovariju. Mediana laparatomija 18. III. pokaže cistični tumor desnog ovarija. Tumor je ležao intraligamentarno te se je sastojao iz više jedan od drugoga odijeljenih cističnih djelova. Iza kako se je tumor prepariralo djelomično sa oštrom i tupom preparacijom, bio je odstranjen. Iz lijeve strane se podigne i odstrani tumor, *cystoma serosum simplex*, veličine za čovječju šaku, koji je ležao prosto brez ikakove veze sa ostalim tijelom potpuno kao *corpus alienum*. Pacijentica je potpuno zdrava otpuštena sa klinike 1. IV. U našem slučaju dakle cista, koja je bila potpuno odjeljena od ostalog tkiva usljed torkviranja, te je ležala potpuno kao tuđe tijelo u abdomenu. Spontano se nameće kontrolno pitanje o etiologiji patološke slike. Po mojem mišljenju cistični tumor nije bio u idealnoj vezi sa ostalim tkivom, te je usljed različitih štadija napunjenosti isto kao i peristaltike crijeva sa jedne strane, a usljed mehaničnog kretanja donjih partija tijela kod šivanja sa druge strane, bio poliskan prema površini usljed vrteće moći i s time sve jače izoliran. Njegova peteljka je postajala sve dulja tako, da se je cijeli tumor digao nad nivoom ostalih organa sa tendencijom, da se oslobodi pretjesnog prostora u maloj karlici. Interesantno je, da i ako je bio tumor torkviran, nije došlo do nikakvih većih promjena niti reakcije u abdomenu. U našem je slučaju dakle kod 24 godišnje nulipare došlo do torkviranja ciste i do njenog potpunog odjeljenja od ostalog tkiva kronični i bez ikakvih akutnih simptoma, što je velika rijetkost.

Što se tiče starosti nam je znano, da u svakoj dobi života nastane ovakova komplikacija. Nadalje nam je znano, da se češće i lakše torkviraju ciste kod multipara usljed popustljivosti tkiva. Zato se tako lakše torkviraju tumori u trbušnoj dupljini, nego li u maloj karlici a kod toga igraju vrlo važnu ulogu težina tumora kao i dužina njegove peteljke. Nama je znano iz literature da se jedan dermoid lakše torkvira, nego li obična cista, a medju zadnjima je opet češći slučaj kod manjih cista. Često se događa, da dodje do torkviranja tumora u graviditetu usljed rastenja uterusu i s time premicanja organa. U ostalom svako tjelesno kretanje je u stanju proizvesti torkviranje. Maligni tumori se veoma rijetko torkviraju usljed brzog srasta sa okolinom. U većini slučajeva se to dogodi ljudima, koji nerado idu k liječniku kad je treba, što je običnije kod radnika i seljaka.

Važno je pitanje, što se dogodi sa jednom prosto ležećom cistom u trbušnoj dupljini. Kod ciste se lako dogodi, da bude potpuno resorbirana od peritoneja usljed njegove izvanredne resorptivne moći. Ako se cista ne resorbira, onda se može dogoditi, da se ona naseli na kojem drugom mjestu u trbušnoj dupljini, kao na pr. na mesenteriju, na crijevu, u Douglasu

isto kao i na ostalim parlijama u trbuhu. Ako joj pomanjkuje hrane na novoj naselbini, nastanu u cisti regresivni procesi, te degenerira, obično ovapni. A ako se usljed zrašćenja stvore nove žile, kao što zna biti slučaj na omentumu, u tom slučaju ne samo da se cista lako drži na životu, već lako raste i postane sve veća. Ako je slučajno nastamba jedan pokretni organ, onda se zna kod pojedinog pregleda konstatirati tumor na drugom mjestu, te zna prouzrokovati velike teškoće kod postavljanja diferencijalne diagnoze. Posebna komplikacija i teškoća nastane kod već i onako kompliciranog slučaja u postavljanju prave diagnoze sa pravilnim zaključkom, ako tumor postane sekundarno tuberkulozan ili karcinomatozan. Nato dodje pitanje diferencijalne diagnoze o etiologiji procesa kao embrološkoga izvora te mehanično potpuno otrganim i patološko promjenjenim ovarijem. Može se dogoditi i to da se otkinuti ovarij nalazi na mjestu, gdje ga je teško ili uopšte nemoguće diagnostificirati i samo prividno manjka, te kod indiciranog odstranjenja drugoga ovarija žena tako rekuć kastrirana ipak i dalje menstruira bez ikakvih patoloških simptoma. Na taj razumljivi način, ako se površno uzme anamneza i ne premisli sve potankosti i mogućnosti, cijela unutrašnja sekrecija i njezina nauka izgledaju operateru nezanesljiva i bez smisla, te ga može dovesti do krvnih zaključaka, koji bi se ispoljili na drugim pacijenticama naravski u njihovu škodu. Ovakovi slučajevi su od neprecenljive važnosti, a veoma su rijetki i baš zato se o njima veoma malo čuje. Treba ih je zato objasniti i opetovati barem onda, kada se takav slučaj dobije te tako naše diagnostično znanje osvijetliti, držeći ga elastičnim i za raritetne patološke promjene, koje radi uspješne diagnoze i terapije igraju odlučnu ulogu. Odgovarajuća predmetna svijetska literatura nam kaže, da su spomenuti slučajevi veoma važni i veoma rijetki tako, da bi se po mojem mišljenju moralo svaki takav slučaj publicirati i na taj način opetovati, eventualno upoznati sve specijelne učinke i posljedice promjena karličnih organa.

Resume:

Dr. Rakuljić-Zelov — Ljubljana: Spezielle Erscheinungen der Veränderungen im Becken. Autor erwähnt die immer wiederkehrenden Ueberraschungen, die das Operationsfeld bietet und beschreibt folgenden sehr interessanten Fall. Bei einer 24-jährigen Näherin hat sich eine faustgrosse Cyste von der Muttercyste vollkommen losgetrennt, so dass die Cyste wie ein Fremdkörper im Bauch vollkommen freilag. Verf. erklärt den mechanisch-physiologischen Vorgang der Abtrennung der Cyste. Interessant und sehr selten ist bei dem Fall, dass die Abtrennung durch Torsion ganz chronisch ohne alle alarmierenden Erscheinungen geschah. A. erklärt das Schicksal einer freiliegenden Cyste und behauptet, dass eine solche Cyste gewöhnlich vom Peritoneum ganz resorbiert wird oder degeneriert und verkalkt. Die Cyste kann sich an Omentum, Darm, Mesenterium u. s. w. ansiedeln und es können zwischen Cyste und Ansiedlungsorgan Verwachsungen entstehen, welche mit Blutgefässen versorgt werden, so dass die Cyste weiter wächst und grösser wird. Geschieht dies am beweglichen Organ, so kann wegen seiner Bewegung der Befund jedesmal anders sein und es entstehen dadurch Schwierigkeiten bei der Diagnose. Weiters kompliziert sich die Lage, wenn der Tumor sekundär karzinomatös oder sarkomatös wird. Die Differenzialdiagnose zwischen Cyste und losgerissenem karzinomatös oder sarkomatös verändertem Ovarium ist enorm schwer. Der

Arzt kann auch irregeführt werden, wenn ein Ovarium wegen grossen Veränderungen bei der Frau entfernt sein muss und das zweite Ovarium losgerissen und unsichtbar versteckt im Abdomen liegt und nur anscheinend fehlt, die Menstruation aber vollkommen in Ordnung ist, so dass die anscheinend kastrierte Frau noch immer menstruiert. Wenn man wegen ihrer Seltenheit an solche Fälle nicht denkt oder sie nicht kennt, so kann das grösste Unheil entstehen. Deswegen ist A. der Meinung, dass alle ähnlichen Fälle veröffentlicht werden sollten.

Literatura:

C. H. Stratz: Die Lagenveränderungen d. Ovarien. — Zeitschr. f. Geb. und Gynäk. 1910 Bd. 65.

Ogorek: Spontanabtrennungen d. weibl. Adnexe — Arch. f. Gynäk. 1914 Bd. 102.

Helban: Ovarium und Menstruation — Dtsch. Ges. f. Gynäk. 1901.

Meyer R.: Arch. f. Gynäk. 1920 Bd. 113.

Rakuljić-Zelov: Konceptija žene — Zdr. Vestnik, L. VI. št. 5.

Knauer: Ueber Ovarientransplantation, Ztschr. f. Gynäk. 1896 No. 20.

— „— Arch. f. Gynäk. Bd. 60.

in velike kompendije ginekologije,

Prim. dr. JOS. CHOLEWA - BREŽICE.

Borba proti raku v severnih slovanskih državah

(Nadaljevanje)

Čehoslovaška

Po tridesetletnem obstoju in neumornem delu je uspelo: „Čsl. spolku pro skoumání a prolirání zhoubných nádorů v Praze“ s pomočjo ministrstva za narodno zdravje in telesno vzgojo, rdečega križa, centralnega zavarovalnega instituta, praške mestne zavarovalnice, zavarovalnice Phönix in splošnega penzijskega instituta in dr. položiti temeljni kamen za institut na Bulovki v Pragi. Člani imenovanega društva plačajo letno pripadajočo članarino 20 Kč, ustanovni pa 500 Kč enkrat za vselej.

Ko je bila leta 1921 otvorena Hlavova ustanova, je prezident republike Masaryk poklonil društvu velikodušni dar 100.000 Kč S tem darom ni samo počastil znanstvenega dela takratnega predsednika prof. Hlave, ampak tudi izrazil potrebo proučevanja in pobijanja raka.

Naslednik profesorja Hlave je postal *prof. dr. Jedlička*. Ta češki znanstvenik in mecen češkega naroda je dal leta 1925 pobudo za ustanovitev:

1. Bioplične stanice;
2. eksperimentalnega oddelka za češke preiskave malignih tumorjev;
3. dispanzerja za zdravljenje malignih tumorjev.

Bioplična stanica je bila z dovoljenjem čsl. ministrstva prosvete in medicinske fakultete Karlove univerze urejena v „Hlavovem zavodu“.

Od 1. VI. 1925 vodi ta institut profesor patološke anatomije *Dr. Heřman Šikl*, dodeljena sta mu en asistent in ena laborantinja. Vse to vzdržuje društvo. V časopisu lekařu českých 1926/17, je prof. Šikl opisal

delovanje tega oddelka in podal navodila za probatorne ekscizije in konzervacijo izrezkov. Iz klinik, vseh bolnic na Češkem, Slovaškem in Podkarpatski Rusiji, se pošilja v ta specialni zavod preiskovalni material. Tudi okrožne blagajne, ambulatoriji, privatni sanatoriji in zdravniki se poslužujejo tega zavoda.

Potrebo tega zavoda dokazuje stalno naraščanje preiskav.

Tako je bilo leta 1925 397

1926 1338

1927 2168 preiskav

1928 2474

1929 2520

Eksperimentalni oddelek je nameščen tudi v Hlavovem zavodu. Upravnik je *univ. prof. dr. Kimla* in društvo je darovalo za ustanovitev 50.000 Kč. Eksperimentalni oddelek je nameščen v dveh delavnicah ravnatelja patološko-anatomskega zavoda za proučavanje v eksperimentalni patološki morfologiji. Urejen je bil tudi muzej za preparate, pridobljene iz poskusnega materiala. R. Kimla se je dosedaj največ pečal s splošnimi problemi o nastanku malignih tumorjev, tako z Rouxovim sarkomom kokoši in teorijo Gye ter z rakom po katranu. Pri raku po katranu je dokazal, da gre za pravi maligni blastom z vsemi njegovimi lastnostmi. Njegovo ime je kot raziskovalca etiologije raka zaslovelo med češkimi zdravniki in češki narod si obeta, da obogati eksperimentalni laboratorij še zdravniško literaturo z mnogimi, dragocenimi izsledki.

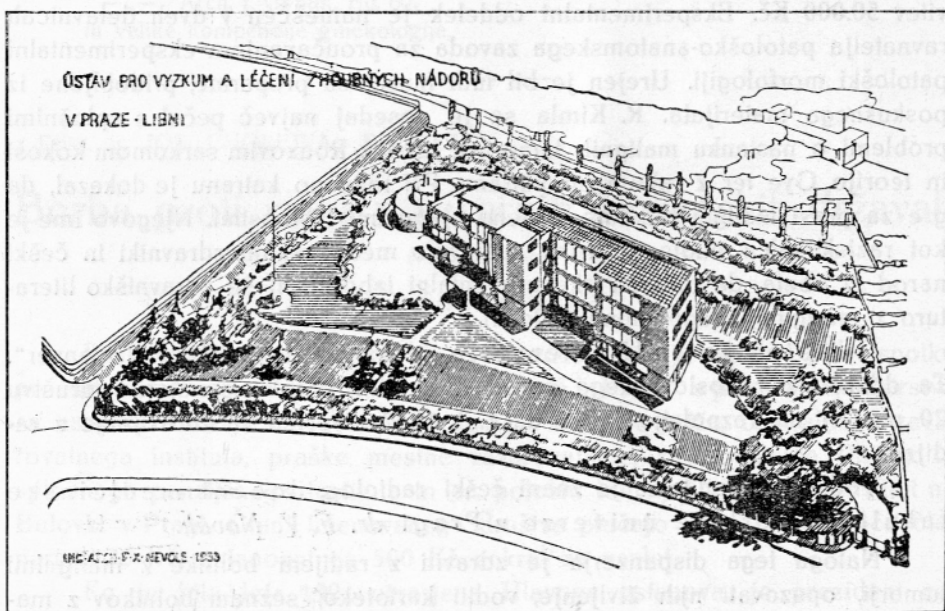
Oddelek za radiumterapijo se imenuje „Jedličkov dispanzer“. Ta dobrotnik čehoslovaškega naroda je dal v svojem sanatoriju društvu 20 postelj na razpolago in je bil 1. I. 1927 otvorjen za zdravljenje z radijem.

Vodja tega oddelka je znani češki radiolog, docent medicinske fakultete Karlove univerze v Pragi *dr. F. V. Novák*.

Naloga tega dispanzerja je zdraviti z radijem bolnike z malignimi tumorji, opazovati njih življenje, voditi kartoteko, seznam bolnikov z malignimi tumorji, ki jih dispanzerju naznanjajo zavodi, bolnice, sanatoriji in operaterji. Dispanzer zdravi ubogega brezplačno, člane bolniških blagajn na račun teh, imovite bolnike pa za primeren honorar. Po smrti profesorja dr. Jedličky 26. IX. 1926, za čigar predsedovanja v društvu so bili kreirani bioptična stanica, eksperimentalni oddelek in dispanzer za zdravljenje, je bil dispanzer preimenovan v „Jedličkuv dispenzař“. Društvo je upalo, da dobi pod predsedstvom nestorja čehoslovaških ginekologov profesorja dr. V. Rubeški, že „Ústavu pro výzkum a léčbu zhoubných nádorů“. Toda kruta smrt je pobrala tudi njega in hvaležni njegovi sodelavci in učenci so ustanovili „Rubeškov fond“, ki služi namenom društva. Nasledniku profesorja Rubeške, energičnemu delavcu za to društvo, *univ. prof. dr. A. Ostrčil*u je uspelo, da stoji: „Ústav pro léčeni a výzkum nádorů v Praze“, pred otvoritvijo.

Z dnem položenja temeljnega kamna dne 3. III. 1934, je začelo društvo izdajati pod redakcijo g. doc. dr. Fr. V. Novaká periodični časopis: „Zprávy ústavu pro léčení a výzkum nádorů v Praze“. Takoj naj še omenim, da deluje paralelno s praškim društvom v Brnu (Morava) nemško društvo, ki je že otvorilo koncem leta 1934 institut pod imenom „Dom úfchy“ (dom utehe), katerega vodstvo je prevzel bivši ravnatelj prvega instituta na kontinentu v Heidelbergu, *prof. dr. R. Werner*. On je vodil po smrti *Čzernya* ta institut in je bil tudi predsednik nemškega rentgenološkega društva, pri tem še dober kirurg!

Proračun za zgradbo in ureditev instituta na Bulovce v Pragi, je predviden v višini 7,000.000 t. č. Meseca maja t. l. je projektirana otvoritev. Priprave vodi *prof. dr. Ostrčil* na čelu odbora.



Ustav v Praze-Libni

V prtiličju zgradbe bodo čakalnice in prostori za radiumterapijo v posebnem okroglem prizidku. V nadstropjih so prostori za 80 bolnikov in oddelki za znanstvene preiskave.

Društvo stavlja na dnevni red tudi zahtevo po hiralnicah za neozdravljive rakaste bolnike, katere bolnice odklanjajo.

Stalno naraščanje raka sili torej vse kulturne države, da se posvetijo sistematični borbi proti raku. Pred kratkim preminuli E. Lick piše dobesedno: „Rak je razširjen po celi zemlji in prej narašča, kakor pada, kljub vsem napredkom zdravilstva in higijene, kljub vsemu statističnemu modrovanju umira trenutno od leta do leta več ljudi na raku“.

Po mojem mnenju v zadnjih 10 letih ni napredovala naša diagnostika v taki meri, da bi se pripisovalo naraščanje umiranja samo njenim metodam. Tudi povečana starostna meja človeštva nam tega ne tolmači.

Po dr. E. Břesky-ju je v čehoslovaški republiki to naraščanje redno, ne relativno :

Leto	umrlih za rakom	živih prebivalcev odpada na smrt za rakom
1923	12.548	90.2
1924	13.608	96.84
1925	14.093	99.37
1926	15.397	107.54
1927	15.647	108.96
1928	16.172	111.63
1929	16.239	111.56
1930	16.543	112.66
1931	17.279	116.90
1932	17.746	119.21

Te vrstice sem napisal v orientacijo in pobudo našim gg. kolegom, ker pač mora imeti vsako kankrološko društvo na prvem mestu svojega programa proučevanje rakastih obolenj.

Želimo vsem bratom Slovanom dobrega uspeha v boju proti rakastim obolenjem, sebi pa, da se nam tudi posreči, da se jim postavimo ob ramo.

Iz higijenskega zavoda v Ljubljani: Dir. dr. K. Petrič

Telovadba in človeško telo

(nadalj.)

Prinos k problemu

Priv. doc. dr. B. ŠKERLJ, v. d. šefa antropološkega oddelka

4. Rasni in konstitucijski tipi.¹⁾

Že po tu podanih številkah, tudi za barve oči in las, bi se dalo spoznati, da imamo med najboljšimi našimi tekmovalci dokaj drugačne rasne komponente kakor med prej merjenimi. Zlasti smo zaznamovali več svetlo-okihi in svetlolasihi, pri tem večjo rast in daljšo lobanjo; to so povprečki. Toda, ker jih je malo, se moremo baviti z ravnim sestavom podrobneje.

Štev. 1. je bil označen za mešanca cromagnonidne in mediteranidne rase: višina je dokaj majhna, lobanja dolga, obraz je srednje dolg (za to serijo!), nos ozek, oči svetlorjave, lasje temnoplavi.

Štev. 2. je pretežno saviden; srednje velik; glava je srednje okrogla, obraz in nos sta širša kakor bi bil povpreček za to serijo. Barva oči je jako svetla, las pa svetlorjava.

¹⁾ Opis ras in konstitucijskih tipov najdeš v slovenščini v moji knjižici „Človek.“ Prim. zadaj seznam slovstva!

Štev. 3. ima jasne znake nordidne rase: je velik (177,5 cm), ima podolgovato lobanjo, jako dolg obraz in ozek nos, oči sive, lase temnoplave.

Štev. 4. je označen kot mediteransko-dinarski mešanec. Gotovo je najgracilnejši od vseh moških tekmovalcev. Je srednje velik, ima izredno kratko lobanjo, širši obraz (najširši te serije) in jako ozek nos. Barva oči in las je jako temna, lasje celo najtemnejši v tej seriji.

Štev. 5. označen kot kromanjonec, ima gotovo tudi nordijske znake, samo da je preširok in premočan, da bi ga označili za čistega nordijca. Je jako velik, največji v tej seriji, ima podolgovato lobanjo, srednje širok obraz in ozek nos, oči svetlosive, lase pa rjave.

Štev. 6. označen kot nordidni tip, je velik, okrogloglav, ima srednje širok obraz in nos ter svetle oči in lase.

Štev. 7. dinarec s svetlimi očmi (torej savidni tip), je velik (174,2 cm), ima kratko glavo, bolj širok obraz in nos (ki pa je orlovsko zakrivljen), oči sive, lase pa svetlorjave.

Štev. 8. je označen kot nordid z baltidnimi znaki; srednje visok, glava podolgovata, obraz jako dolg (ind. 100!), nos dokaj ozek, oči sive, lasje plavi.

Štev. 9. baltid; je srednjevelik, jako okrogloglav, obraz je srednje širok, nos tudi, oči so sive, lasje plavi.

Štev. 10. je majhen, ima srednje okroglo glavo, obraz srednje širok, nos tudi, oči svetlorjave, lase temne; iz vsega tega bi sklepali na pripadnost k alpski rasi.

Štev. 11. baltid, majhne rasti, okrogloglav, bolj podolgovatega in ozkega nosu, jako svetlih oči in plavih las.

Skratka vidimo, da je za to serijo tipično, da je **svetla**, da najdemo **znatno več dolgoglavcev** kakor bi jih pričakovali po povprečjih iz drugih serij. **Zdi se torej, da je med temi najboljšimi tekmovalci mnogo več nordidnega elementa kakor med ostalimi in še celo kakor med našo populacijo vobče.**

Tu gre za prav zanimiv proces izbere.

Tudi pri tekmovalkah pridemo po podobnih sklepov.

Štev. 1. je po svojih znakih, velikosti, obliki lobanje, obraza, nosu in po barvah oči in las označena še najbolj z nordidno raso.

Štev. 2. je visoka, okrogloglava, ima jako dolg obraz in nos ter sive oči in temnoplave lase; predstavlja torej nordidni tip.

Štev. 3. je po rasi še najbolj alpska; ni prevelika, ima okroglo lobanjo, srednje dolg obraz in nos, rjave oči in temnoplave lase.

Štev. 4. savidni tip, srednje velika, okrogloglava, precej dolg obraz in srednje dolg nos, oči sivo-zelenkaste, lasje najtemnejši v tej seriji.

Štev. 5. predstavlja mediteranidno-dinaridno mešanko; je visoka, ima srednje okroglo glavo, ozek obraz in nos, rjave oči in lase.

Štev. 6. baltidni tip, je srednje majhna, široka, jako okrogloglava, širokega obraza in nosu, močnih ličnih kosti, sivih oči in plavih las.

Štev. 7. je največja v seriji (175,1 cm), srednje okrogle glave, dolgega obraza, a le srednje dolgega nosu, oči in lasje so jako svetli — nordidna rasa je pač v nji najmočnejša.

Štev. 8. je označena kot alpsko-dinarska mešanka; srednje velika, kratko — glava, ima dokaj dolg obraz in jako ozek nos; oči so rjave, lasje tudi.

Štev. 9. je dokaj čista predstavnica ballidnega tipa; je bolj majhne a široke postave, glava je okrogla, obraz tudi, nos pa precej ozek; oči so modre, lasje pepelnato plavi.

Vsekakor vidimo tudi pri ženski seriji mnogo znakov severnih ras, zlasti več nordidnih kakor bi smeli pričakovati po siceršnjih povprečjih.

Z ozirom na konstitucijo smo se držali zlasti *Weidenreich*-ove razdelitve na široko in ozkotelesni tip, pri moških razen tega *Sigaud*-jeve razdelitve na dihalni, prebavilni, mišični in možganski tip ter pri ženskah razdelitve v normalni ženski, obrtečni, zgornji, spodnji, okončinski in trupni (mladostni) tip. (Škerlj, 1930, l. c.).

Pri moških najdemo te tipe:

Štev. 1. ozkotelesni; kombinacija dihalnega in mišičnega tipa.

„ 2. srednji-širokotelesni; mišični tip.

„ 3. ozkotelesni; dihalni tip.

„ 4. „ kombinacija dihalnega z mišičnim tipom.

„ 5. bolj širokotelesni; mišični tip.

„ 6. ozkotelesni; kombinacija dihalnega z mišičnim tipom.

„ 7. „ „ „ „ „

„ 8. ozkotelesni; dihalni tip.

Spoznamo torej, da prevladuje dihalni tip, dostikrat v kombinaciji z mišičnim. Več je ozkotelesnih kakor širokotelesnih.

Pri ženskih mednarodnih tekmovalkah najdemo te tipe;

Štev. 1. ozkotelesna; ženski normalni tip.

„ 2. „ kombinacija normalnega tipa z obrtečnim.

„ 3. širokotelesna; ženski normalni tip. (Najboljša predstavnica ženskega tipa v tej seriji; po rasi alpka).

„ 4. bolj širokotelesna; ženski normalni tip.

„ 5. „ „ „ „ „

„ 6. širokotelesna, mišična; ženski norm. tip komb. s spodnjim.

„ 7. „ (dasi ne naredi tega vtisa); žen. norm. tip.

„ 8. bolj ozkotelesna; spodnji tip.

„ 9. bolj širokotelesna; ženski normalni tip.

Prevladuje kajpada normalni ženski tip; toda od ostalih najdemo le spodnji (tudi obrtečni ima toľščo na spodnjih okončinah, na zunanji strani stegen, posebno razvito). Z ozirom na konstitucijo pa najdemo več širokotelesnih, kar vobče bolje vsleza ženski; vendar pa je ena tretjina ozkotelesna. *Müller*-jeva je načela zanimivo vprašanje, ali nagiblje poseben telesni tip (žensk) k telesnim vajam in kateri, ali pa dobi žensko telo pod

uplivom telesnih vaj šele svojo posebno obliko. Zdi se mi golovo, da se vrši določen izbor med telesnimi tipi. Na drugi strani pa ne moremo zanikati, da ne bi stalne telesne vaje uplivala na telo, kar smo deloma skušali dokazati že v tej razpravi. Preiskave za ta del so pa še nujno potrebne, in sicer na ženskah bolj kakor na moških, ker se zdi, da ženskam dose-danji način telesnih vaj ni koristen. Škoda, ki more nastati narodu, če bi se dokazal slab upliv dosedanje ženske telovadbe na medenico, je sploh neocenljiva.

V nasprotju z Müller-jevo najdemo med našimi najboljšimi tekmoval-kami presenetljivo dosti širokotelesnih konstitucij. Pri moških pa vstrežata konstitucija in habitus pričakovanju. Glede rase pa je presenetljivo velika množina severnih, zlasti nordidnih znakov. Slednje nam dovoljuje misliti na posebne izberne (selektivne) procese med telovadci in telovadkami.

Kdor je morda razočaran nad negotovostjo tu objavljenih sklepov, se mora zavedati, da stojimo z našimi preiskavami glede upliva telesnih vaj na člo-veško telo šele na začetku in da začnemo spoznavati šele vprašanja, ki bodo v bližnji bodočnosti najvažnejša. Toda dosednji sklepi nas silijo k večji previdnosti pri treningih, zlasti žensk!

5. Kontrolna merjenja med treningom.*)

Za kontrolo med treningom smo opazovali: težo, vitalno kapaciteto, mišično silo (merjeno z dinamometrom), obod zgornje lakti in obod meč.

Za vsakega tekmovalca smo risali kontrolni diagram za težo, vitalno kapaciteto in mišično silo. Obod zgornjih lakti in meč se pri nobenem in nobeni ni bistveno spremenil. Prav zato hočemo naš opis tu začeti s temi obodi.

Obod zgornjih lakti je pri moških bil povprečno 30,7 cm v mirovanju in 34,5 cm pri napetih mišicah (skrčenih lakteh); pri mirno viseči roki znaša obod torej 39,6% dolžine cele zgornje okončine. Pri ženskah so te številke v istem vrstnem redu: 25,9 cm, 28,5 cm in 36,6%, torej dokaj manj, tudi relativno. Diferenca znaša pri moških povprečno 3,8, pri ženskah pa le 3 cm, relativno k obodu mirno viseče lakti pri moškem 12,4%, pri ženski pa 11,6%, torej ne veliko manj.

Diferenca med obodom nenapete in skrčene lakti se je spremenila v malih mejah, vendar tekom 5 tednov zaznatno.

Razlika se je pri moških povečala za 0,56 cm povprečno, t. j. za 14,1% od začetne difference.

Pri ženskah je razlika pridobila le 0,8% prvotne difference med obe-ma obodoma. Že iz tega bi mogli sklepati na **nepravilen trening**; saj se je diferenca pri nekaterih celo zmanjšala!

Toda pogledjmo sedaj še meča! Pri moških je obod meč (slojne noge) povprečno 34,5 cm (32,3—37,0), pri ženskah pa 33,6 cm (31,7—36,6); rela-tivno k višini noge pa pri moških 38,4% pri ženskah celo 39,1%, torej

*) Posamezne številke so tabelarično priobčene v moji razpravi izpod 1934 č (prim. seznam literature!).

nekaj več (gotovo je temu kriva večja podkožna tolšča pri ženskah). Omenili smo že prej, da imajo moški lakti relativno debelejšše, ženske pa noge. Spremembe oboda med treningom so bile neznatne.

Pridobitek pri moških je le 0,91%. Pri ženskah pa nekaj večji, nam reč 1,77% od osnovnega oboda. Največ je pridobila štev. 3.; toda tudi na teži. Tu pač ne gre samo za mišice!

Mere obodov seveda za presojo treninga ne morejo biti edine mero-dajne, ker ne morejo biti nikoli dovolj točne. Saj ne moremo meriti vedno točno na istem mestu, točno z isto napetostjo merilnega traku — skratka v merilni tehniki sami tiči že nekaj vzrokov za netočnost, tudi pri najvestnejšem merjenju. Vendar nam tu podani rezultati kažejo neke spremembe tekom treninga po štirih, odn. petih tednih.

Mnogo natančnejše se dajo meriti spremembe teže, pljučne (vitalne) kapacitete in mišične sile. Moški tekmovalci so bili vedno merjeni med 14. in 16. uro, ženske pa dopoldne med 9. in 11. uro. Večina moških je bila merjena šestkrat, večina žensk petkrat. Naj tu podamo številke in difference.

Teža se je pri skoraj vseh moških povečala, izjema so le štev. 1., 2. in 11. pri katerih se je zmanjšala; najmanj sprememb v teži kaže štev. 4. Po teži bi mogli soditi, da **trening moškim ni škodoval** in da so bili **dobro hranjeni**. Povprečno je teža narasla za 0,83 kg ali 1,22% prvotne teže in sicer za 8 tekmovalcev. Štev. 5. in 11. sta iz povprečnega računa izključeni, ker nimamo o njiju popolnih merjenj (le pet nam. šest); razen tega je štev. 5. izredno težak. Potek sprememb je poučen, ker kaže hiter porast teže v prvem tednu treninga, potem skozi dva tedna pada (utrujenost?) in nato zopet polagoma narašča.

Diferenca med prvim in pelim tehtanjem je za štiri ženske, ki so bile vsakokrat tehtane, + 1,99 kg ali 3,64%; to se pravi, **da so ženske postale še težje kakor moški**; posebno se je zredila štev. 3., kar je bilo videti tudi na obodu meč. Najbolj stalna je bila teža pri štev. 5. Pri neka-terih opazamo — podobno kakor pri moških — šele v drugi polovici tre-ninga naraščanje teže.

Toda tudi teža — dasi točno dognana — ni še pravo merilo za izvršeno delo. Večja teža tekom treninga kaže le na dobro hrano in pridobi-vanje mišične (morda celo tolščne) mase. Zato si oglejmo sedaj še vitalno kapaciteto.

Vitalno kapaciteto smo merili s *Hutchinson*-ovim spirometrom za 6.5 L zraka. Preiskanec (odn. preiskanka) je moral(a) najprej globoko vdihniti, nato pa izdihniti vso zajeto sapo v spirometer. Kadar se je zdelo potrebno, se je to merjenje ponovilo, največ po trikrat.

Vobče so moški pridobili; za onih 8, ki so bili šestkrat opazovani, je diferenca + 0,51, t. j. 12,35% od začetne mere. Zanimivo je padanje kapacitete po petih tednih treninga.

Kar se tiče srednje vrednote za vitalno kapaciteto, smo namerili pri 1145 moških (brez izbere) 3,66 L, dočim je pri telovadcih-tekmovalcih že

izhodna mera 4,21 L, po pettedenskem treningu pa 4,59 (pri obeh slednjih številkah so vpošteti vsi, torej tudi štev. 5. in 11.).

Veliko manj razveseljive so spremembe med treningom pri ženskah. Po štirih tednih treninga je rezultat sicer enak izhodnemu, med tem je pa močno padanje, ki je doseglo višek po 14-dnevnem treningu. To dejstvo kaže, da je bil **trening za ženske najbrže preoster**; po 14 dneh so se mu sicer privadile, toda povprečno jim **za dihanje ni koristil**; morda bi jim po nadaljevanju?

Povprečna kapaciteta za 330 neizbranih žensk iz naše populacije je 2,55 L, pri naših tekmovalkah pa 3,12 L.

Končno si moramo ogledati še spremembe glede mišične sile.

Pridobitek po pettedenskem treningu je za desno roko le 1,6 kg (2,8%), za levo pa še manj, namreč 0,7 kg (1,5%).

Skupni pridobitek je v obeh rokah za 7 tekmovalcev (torej brez štev. 5., 9. in 11.) 5,3 kg, t. j. 4,8%. Kakor smo opazili že pri teži (pri moških), se tudi p. i. (sila) tekom prvih 14 dni manjša, pozneje pa narašča; zanimivo je, da je narasla v zadnjem (petem) tednu najbolj.

Važno je tudi razmerje med silo in težo, po katerem vidimo isto: prvi teden treninga sile narastejo, 2. in 3. teden padajo, potem se pa zopet dvigajo. Skupni „plus“ pa je razmeroma majhen, samo 0,07 ali 4,27% od izhodnega razmerja.

Glede mišične sile pri ženskah vidimo, da tekom petkratnega opazovanja med treningom niso pridobile, temveč da so **celo izgubile!** Toda pri zadnjih opazovanjih so številke nekoliko višje, kakor v sredi. Vsekakor pa se zdi, da je bil **tempo treninga za ženske neprimeren** (neglede na kvarne uplive, v kolikor se tičejo medenice!).

Skupna izguba sile je po 4 tednih treninga za desno roko 0,7 kg (1,79%) in za levo celo 2,2 kg (5,73%).

Individualne razlike so sicer velike, vendar o skupni izgubi pri večini ne moremo dvomiti. **Povprečna izguba** pri obojeročnem pritisku je 2,8 kg t. j. 3,62%.

Za štiri telovadke, ki smo jih opazovali vseh petkrat, smo izračunali tudi proporcionalno silo; tudi ta nam potrjuje že izrečeno sodbo o ženskem treningu za mednarodne tekme. Izguba na relativni sili je 0,08, t. j. 5,75%. Tudi one tri, ki jih žal nismo mogli redno opazovati, kažejo — razen ene izgube. Tudi številka 5. je pridobila. Najstalnejše sta izgubljali štev. 9 in 3.

Kot primerjavo k našim številkam za mišično silo navajam povprečno vrednoto za neizbrano serijo moških (704 primerov) in žensk (79 primerov).

Tabela VII. Primerjava mišične sile. — Vergleich der Muskelkraft

	moški — Männer			ženske — Frauen		
	desno rechts	levo links	obojer. beidhändig	desno rechts	levo links	obojer. beidhändig
netelov. Nichtturn.	50,34	50,21	100,55	33,82	34,58	68,40
tekmo. Wettkämpf.	58,00	55,00	110,60	39,00	38,40	77,30

Razlika znaša pri moških le 10,5%, pri ženskah pa 13,0% od povprečka za netelovadce. (Konec sledi.)

I. Znanstveni sestanek mariborskih zdravnikov dne 18. I. 1935 v splošni bolnici. Prisotni bolniški in zunanji zdravniki

Predsednik zdravniških sestankov g. dr. Černič Mirko otvori sestanek s sledečim uvodnimi besedami: O namenu in pomenu znanstvenih zdravniških sestankov v Mariboru.

Spoštovane kolegice in kolegi!

Zadnja seja primarijskega zbora naše bolnice mi je dala častno nalogo, da prevzamem za leto 1935 vodstvo znanstvenih zdravniških sestankov. Kot tak Vas na prvem lefošnjem sestanku najpristrčneje pozdravljam. Obenem smatram za potrebno, da podčrtam par stvari, kako si to nalogo zamišljam.

Vodstvo mariborske splošne bolnice si je pod upravo g. dra. Frca Vrečka že dolgo prizadevalo, da omogoči vsem bolničnim zdravnikom seznaniti in okoristiti se z bolezenskimi primeri na vseh oddelkih. Ta misel je vse hvale vredna! Res bi bilo škoda, če zdravniki enega oddelka ne bi videli bolnikov na drugih oddelkih. Ravno naši sestanki naj bodo tista prilika in tisto torišče, kjer se bo to vršilo na ta način, da se slučajji pokažejo in obrazložijo. V to so v prvi vrsti poklicani šefi in asistenti oddelkov, nič manj pa tudi drugi pomožni zdravniki, ki imajo tu lepo priložnost za samostojni nastop, za objavo in obrambo svojih nazorov.

Poleg demonstracij posameznih slučajev pa naj bi bila na takih sestankih tudi pregledna predavanja o posameznih poglavjih sodobnega zdravstva.

Ni dvoma o tem, da je stik med zdravniki zunaj bolnice in med bolnico veliko prerahel. S tem da zdravnik napoti bolnika v bolnico, ga nikakor ne sme izgubiti izpred oči niti dati iz rok. Zanimati se morate za njega tudi takrat, ko je v bolnici in ga prevzeli spel v svoje varstvo, ko se vrne domov.

Pri takih sestankih ima vsak zdravnik izven bolnice lepo priložnost, da se informira o tem, kakó mislijo bolnični zdravniki o bolezni njegovega bolnika, kakor tudi prepričati se o tem, kaj se je v bolnici ukrenilo in kaka naj bi bila nadaljna skrb zanj — skratka: bolnica in zdravnik zunaj nje naj se pri zdravljenju izpopolnjujeta, ne pa si morda celo nasprotujeta. To medsebojno izpopolnjevanje je nujno potrebno in bo hasnovito na vse plati: za bolnika, za katerega v prvi vrsti gre, za zdravnika, ki ga zdravi doma in tudi za bolnico. Koliko bridkih izkušenj bi bilo na ta način manj tu in tam, če bi bil ta stik in medsebojni sporazum manj rahel!

Naglasiti hočem še nekaj. Nikakor si ne domišljam, da bomo odkrili ali iznašli kaj prida novega — odkritja in iznajdbe bodo slejkoprej vezane na velike zavode s starimi tradicijami, s številnimi in brezhibnimi napravami, z razboritimi glavami, ki se morejo popolnoma predati svojim poslom in svoji zamisli, dočim se moramo mi, težaki v zdravstvu, boriti za vsakdanje življenske potrebe, ki nas samih in naše bolnice in nam tako nedostajajo duhovne in materialne brezskrbnosti; toda če bomo presadili to, kar so odkrili drugi v boljšem položaju, srečno in uspešno v naša tla in v naše razmere, bomo lahko zadovoljni. Ako pa bomo uspeli še dalje in dognali, kaj je v tem ali onem pravcu za nas značilnega; če bomo pokazali na odtenke vprašanja, ki so posledica naših razmer in naše konstitucije, no, tedaj bomo že kar srečni!

Dve poti sta, po katerih nameravamo hoditi proti temu cilju: ena so ravno kar omejeni znanstveni sestanki, druga zdravniška knjižnica in čitalnica v bolnici. Dočim so bile knjige in revije poprej raztresene po posameznih oddelkih, je našemu upravniku g. dr. Vrečku uspelo, da jih je osredotočil v posebni sobi, ki se je temu primerno prezidala in opremila. Ta soba je na dvorišču pri vstopu v bolnico in že čaka posetnikov.

Čitalnica nam nudi za malenkostni mesečni prispevek ne le zdravniške knjige z vseh področij zdravstva, marveč tudi vse zdravniške domače revije poleg najvažnejših inozemskih. Na ta način je mogoče vsakemu kolegu, da opusti v težkih časih naročanje zdravniških revij, ker dobi za ceno ene same v naši knjižnici bogato nadomestilo s tem, da se lahko služi vseh.

Omeniti moram tudi to, da se je zdravniško društvo v Mariboru zavzelo za te cilje in s svoje strani podprlo g. upravnika. Tako n. pr. je izročilo bolnici vso svojo knjižnico, ki se je ravno lani prav lepo pomnožila z zapuščino pokojnega predsednika g. dr. Jankoviča, ki je v oporoki določil vse svoje zdravniške knjige zdravniškemu društvu v dar.

Kot predsednik Zdravniškega društva v Mariboru izjavljam, da bo društvo z vneto sodelovalo in upamo, da bomo drug drugega izpopolnjevali v tem delu. Razen tega namerava zdravniško društvo vpeljati poučne izlete za svoje člane in njihove goste. Prvi tak izlet se je vršil preteklo jesen v krematorij v Gradec, s katerim so bili udeleženci prav zadovoljni. Drugi pridejo na vrsto spomladi. Koliko od nas je že videlo n. pr. umobolnico Novo Celje, zdravilišče Laško, Rimske toplice, hiralnico v Vojniku in Ptuj, Klenovnik, Stolzalpe, in podobno. Poskusili bomo organizirati take izlete, ki ne bodo predragi v dobi avtobusov. Seveda — treba je primernega zanimanja!

Nazadnje, toda nikakor ne zadnje, bi rad omenil še eno.

Odkar imamo lastno državo in nismo samo v slovensko raševino odeti pasivni državljani, kot smo bili poprej, marveč soustvarjajoči državni tvorci, nam ne more zadostovati, da tuje misli odenemo v slovensko govorico, marveč treba je, da te misli sami domislamo, to se pravi, treba nam je ne le zdravstvene terminologije, marveč tudi zdravstvene frazeologije. Potrudili se bomo, da tudi tukaj dosežemo uspehe, četudi bomo morali orati ledino.

Želeč tem sestankom in tej zamisli najboljših uspehov, vabim vse kolege in kolegice v bolnici in izven nje, zlasti člane Zdravniškega društva v Mariboru, da se jih udeležujejo pasivno in aktivno: kot poslušalci, predavatelji, demonstratorji in debaterji. Čim več bo življenja, tem ljubši nam bodo in tem lepši bo uspeh.

Sestanki bodo vsak drugi in četrti petek v mesecu in sicer ob 17. uri v splošni bolnici; trajali bodo približno po eno uro.

Funkcijo znanstvenega asistenta je za letoš prevzel g. dr. Skalicky, na katerega se lahko vsakdo obrne s kakršnimikoli željami in za kakršnakoli pojasnila.

Po teh uvodnih besedah se preide na referate in demonstracije.

Primarij dr. Hribar demonstrira tri preparate:

1. **Klinično:** *Meningitis epidemica*. 9 l. deček z nejasnimi meningitičnimi znaki. Iz likvorja zrasli meningokoki.

Autopsija: Nobenega vnetja. Medulloblastoma ventriculi IV. et hydrocephalus internus chronicus.

2. **Klinično:** *Mastoiditis d. Meningitis purulenta*: 30 l. moški. **Autopsija** verificira klinično diagnozo. Poleg tega parencfaličen defekt senčnične pole leve hemisfere, ki pa ne sega do prekata.

3. **Klinično:** *Tumor cerebri, hydrocephalus internus*: 49 l. moški. **Autopsija:** Carcinoma suprasellare infundibuli hypophyseos s kompletno destrukcijo hypothalami. Hydrocephalus chronicus internus. Dystrophia adiposogenitalis cerebrealis. Hypophysis samo v kreniokavdalni smeri stisnjena, sicer nespremenjena v toliko, da bi se jo moglo smatrati kot glavni faktor v patogenezi dystrophyae adiposo genitalis.

Šef kirurškega oddelka g. dr. Mirko Črnič:

1. **Strangulatio digiti pedis.** Mati, nezakonska, prinese 5 mesečno izstradano dete, na katerem opazimo podaljšan in zadebljen 4. prst na nogi. Iz vsega se vidi, da je arterijelni dotok krvi mogoč, venozni odtok pa otežkočen. Rentgen pokaže hipertrofijo skoro celega prsta. Pri enukleaciji prsta se najde zažeta vrvica v koži prvega člena. — Čemu in kdo je to podvezo napravil, od matere ni bilo mogoče izvedeti. Če ljudje v svoji naivnosti podvežejo deški sram, da se otrok ne bi več počivil, ima to vsaj nekaj smisla,

CARBOFOR

„REMEDIA“

VISOKO AKTIVNO ŽIVALSKO OGLJE

Hexametilenlelramin in rastlinske sestavine vravnane
na konstantno slopnjo farmakodinamičnega učinka

Gastrointestinalne intoksikacije
poletne diareje, meteorismus itd.

Potencirani adsorpcijski in desinficirajoči učinek
Tablete ugodnega okusa, ki lahko razpadajo.
Originalni zavitek 30 tablet po 0,8 g.

REMEDIA

Kemijsko-farmacevtska produkcija Zagreb

Radio = Therma Laško



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

zdravilišča.

POSLUŽUJTE SE:

PRVOVRSTNIH AMALGAMOV

Specijal-Ormalgama

MAZ — Srebrovega Amalgama

MAZ — Zlatega Amalgama

MAZ — Platinastega Amalgama

IN

PRVOVRSTNIH LEGUR

Zlata — Belega zlata — PLATINE

katere proizvaja naša znana domača tvornica

MARIBORSKA-AFINERIJA-ZLATA

Orožnova ul. 8 — Telefon 2826

Vodeči preparati železa

CHINOFERRIN PURUM, CHINOFERRIN CUM ARSENO, PILULAE CHINOFERRINI CUM ARSENO

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

Literatura po zahtevi!

ERIGON — SYRUP

Dr. WANDER

Syrupus hypophospho-sulfogvajacolicus comp.

Indikacije: specifične in kataralne bolezni dihalnih organov (Tbc. pulmonum, bronchitis, bronchopneumonia) in povišani, kjer je indiciran gvajacol.

Doziranje: odrasli 3 krat dnevno po 2 mali polni žlici, otroci 3 krat dnevno po eno malo žlico.

Cena za publiko: steklenica Din 37.—

Vzorci in literaturo pošilja

Dr. A. Wander d. d. Zagreb

Predpisujte domače proizvode!

podveza prsta na nogi pa mi je popolnoma nesmiselna in razlagam si jo samo tako, da je njen vzrok kakšna babja vera.

2. Skeletatio cranii intra partum. (glej sliko.) Nič manjša nesmiselnost je sledeča: Par dni po rojstvu prinešen otrok kaže na temenu glave popolnoma okroglo izrezano rano do lobanje, ki je večja kot moška dlan. Na vprašanje, kako vendar je novorojenček prišel do te velike rane, se izkaže, da pri njegovem rojstvu ni bilo izšolane babice blizu, pa so poslali po sosedo, ki je name-ravela iti se učiti babištva: In ta je, videvši, da porodnici iz sram-nice moli bula, vzela nož in bulo v celoti izrezala. Otrok je v nekaj dneh po sprejemu v bolnici umrl. Proli pecus bestiale nismo ukre-nili ničesar.



3. „Mal perforant“ pedis. Akromegalia? Sedaj 26 letni trgovski pomočnik je bil od 1928 že sedemkrat na oddelku radi odprtine na levi peti, vsakokrat po več tednov. Sedaj prihaja osmič in zahteva amputacijo noge, ki se bo izvršila po Pyrogoffu. Ta radikalizem je socialno upravičen, če nočemo, da iz mladega fantla, ki je zdaj še voljan si sam služiti kruh, ne postane frater nosocomialis, sebi v nadlego, drugim v spodtliko in splošnosti v breme. — Fant ima očitvidno zelo velike noge in je po lastni izjavi aseksuelen. Rentgen lobanje kaže, da je sella turcica izgajena, pravzaprav je v njeni tipični obliki ni videti. Drugih znakov akromegalije za zdaj še ni mogoče dognati.

Asistent kirurški oddelka g. dr. Slavo Vrbnjak: predstavi pacienta, ki ga je l. 1928 stisnil voziček v rudniku. Status praesens: Opis slike Kümmellove bolezni.

Nato predstavi pacienta, ki je padel s kolesa na koleno. Status praesens in opis Schlatterjeve bolezni.

Pokaže operativno odstranjena corpora aliena, eno debelo žico, dolgo 1.76 cm in 9 komadov žice, dolge od 10.5 do 15 cm, kar je bilo odstranjeno pacientu. Prvi komad iz želodca, ostali iz duodena, kjer so tičali v pars descendens ter so na gornji fleksuri duodena perforirali.

Nato demonstrira še preparat, carcinoma ventriculi.

Dr. Bogo Skalicky: Predstavi pacientko, obolelo na aktinomycosis faciei et colli. Demonstrira aktinomikotične druze v nativnem preparatu. Nato govori o bakteriologiji povzročitelja, poda patološko-anatomsko ter klinično sliko bolezni. Govori o diferencijalni diagnozi sličnih obolenj na obrazu ter vratu. Pri terapiji omenja lepe uspehe, ki jih je imel prof. Trauner z vbrizgavanjem ekstrakta iz govejih limfnih žlez.

Dr. Bogo Kreuziger: E. J. 4 letni fant boluje že od rojstva na redki bolezni epidermolysis bullosa hered. dystrophica. Na vseh insultom izpostavljenih mestih vidimo me-

hurje različne velikosti, napolnjene s sanguinolentno tekočino. Na komolcih in na kolenih je koža atrofična. Na tej atrofični koži se znova pojavljajo mehurji. Po ostalem telesu obstojajo atrofodermatične spremembe, nadalje dystrophia unguinum. Na členkih prstov roke pa vidimo svojevrstna bela trda zrnca, takozvane „milie“.

Dr. Tominšek Viktor: demonstrira:

1. 22 letni vojak, kadrovec, je prišel v bolnico z izrazito otitis media ac. suppurativa sin. Kljub pravočasno izvršeni parentezi so vendarle nastopile kmalu najtežje komplikacije od strani ušesa (perisimozni absces, thrombosis v. jugularis, sepsis). Pacient se nato radikalno operira, derudira sinus ter podveže v. jugularis, nakar sledi naglo izboljšanje.

1. 20 letni pacient, ki je prišel pred tremi meseci radi *Sa maxillae dex.* v bolnico. Izvršena je bila radikalna resectio maxillae sec. Langenbeck z navidezno popolnim uspehom tako, da je pacient naposled po rlg. obsevanju klinično zdrav odpuščen. Vendar se po dveh mesecih vrne z manifestno recidivo, ki sega že v območje desne orbite.

3. 23 letni kmečki sin je dobil pri fantovskem obračunavanju poleg dveh manjših ran bodljaj z nožem, ki mu prereže počez ne le kožo levega nosnega krila, temveč predre tudi septum cartilagineum. Poklicani praktični zdravnik mu razven oskrbe ran zašije opisano kožno rano, pozabi pa pri tem na potrebno separiranje septuma, radi česar sledi kmalu kozmetično gotovo neoporečena funkcionalno toliko bolj nezaželjena efekt-
atresia nasium.

Dr. Milko Bedjanič: 1. Mehaničen ikterus povzročen po gumi ob žolčnih odvodnih potih.

F. B. 48 letni orožnik v p. pride s težkim ikterusom, ki traja 8 dni. Simptomi mehaničnega ikterusa. Lues negira. WaR, Meinicke, S. Georgi, Balungs v krvi —. V anamnezi ničesar, kar bi govorilo za kamne. Ostane dvojce: Tumor ali lues. Dobi dve injekciji Neobismosalvana à 2 cmm v razdobju 3 dni. Po drugi injekciji se začne doslej popolnoma aholično blato barvati; po nadaljnjih 6 injekcijah je ikterus popolnoma izginil. Naknadno prizna pacient, da je imel pred 32 leti lues in da je dosedaj predelal 2 kuri.

2. *Pleuritis costomediastinalis sin. Lu lat.*

A. K. 49 letni delavec, 2 meseca bolan, Draži ga tako močno kašelj, da vedno vse izbruha, kar zavžije. Zato misli, da boluje na želodcu. St. pr. srednje velik, primerno hrenjen, Leva prepona respiratorno slabo premakljiva. Levo zadaj vzdolž hrbtenice ozek, navzdol se razširjajoči pas absolutne zamolkline. Rgl.-diaskopično se vidi ostro obrobljena senca, manj gosta nego srčna, ki gre za srcem začenši pri nasadišču ključnice poševno navzdol in lateralno. V poševni projekciji izpolnjuje ta senca spodnjo polovico Holzknichtovega prostora. Senca pulzira ter se ludi respiratorno giblje. Nekoliko razširjena aorta se v svojem poteku dobro loči od te sence.

Oprezna punkcija ostane brez uspeha. WaR v krvi in likvorju. Pacient dobi kuro z malarijo. Opaziti je, da se vrh sence počasi niža. Po enem mesecu je že izpod aortnega loka. Bolnik se počuti boljše, manj kašlja, le na levi strani ne sme ležati. Ostane v opazovanju. (Vsi autoreferati).

Primarij dr. J. Benčan: Demonstrira nedavno operirane preparate: *Ca. corporis uteri in Ca. portionis uteri.* Omenja redkost korporalnega karcinoma proti pogostemu karcinomu porcije in težavno, večkrat slučajno diagnosticiranje začetnega korporalnega karcinoma.

IZ SOCIALNEGA ZAVAROVANJA

Umrljivost zavarovanih delavcev in nameščencev v mesecih februarju in marcu 1935.

V mesecih februarju in marcu 1935 je po dospelih prijavah umrlo 184 — 254 delavcev in nameščencev, od teh 143 — 193* moških in 41 — 56 žensk.

* Prva številka velja za mesec februar, druga za marec.

Za nalezljivimi boleznimi je umrlo 87 — 104 oseb, od tega 75 — 91 za pljučno tuberkulozo (41% — 35,8%), 2 — 2 za tbc. meningitis, 2 — 8 za gripo, 2 — 2 za trebušnim legarjem, 1 — 0 za angino, 1 — 0 za tuberkulozo žlez, 1 — 1 za tuberkulozo kosti, 1 — 1 za tuberkulozo čreves, 1 — 1 za venerično boleznijo, 1 — 0 za „gasphegmono“, 0 — 1 za difterijo, 0 — 1 za steklino, 0 — 1 za piemijo.

Za ostalimi boleznimi je umrlo 79 — 119 delavcev in nameščencev. Samomor je izvršilo 9 — 11 delavcev, ponesrečilo se jih je pri delu 5 — 3, izven posla 1 — 12, 3 — 0 delavci so bili ubiti.

Z ozirom na poklic je bilo od umrlih 14 — 26 uradnikov, 61 — 77 kvalificiranih delavcev, 12 — 23 vajencev in 97 — 128 nekvalificiranih delavcev.

Največje število umrlih odpade na delavce, zaposlene pri javnih delih (19 — 14), delavce industrije živežnih potrebščin (16 — 16), delavce tekstilne industrije (15 — 27), delavce gozdno-lesne industrije (14 — 14), trgovske nameščence (13 — 28), hišno služinčad (13 — 27), delavce kovinske in strojne industrije (10 — 22) ter delavce pri gradnji železnic in poti (10 — 0).

Delavci ostalih strok so zastopani z manjšim številom umrlih pod 10 (grafični delavci 1 — 7).

Največje število umrlih je bilo zavarovanih z — mezdo — Din 16.80 — 48.- in to 30 — 45 delavcev in nameščencev.

Rodbinam umrlih delavcev in nameščencev v mesecih februarju in marcu 1935 je bilo izplačanih za pogrebne skupaj Din 130.649.50 — 192.997.- Od te vsote odpade na bolezensko zavarovanje Din 127.277.50 — 190.033.-, a na zavarovanje za slučaj nesreče Din 3.372. — 2.964.-

Naknadno sta prijavljena še 2 — 0 umrli delavca in nameščenca (iz meseca maja 1934 (2 moška), 0 — 2 delavca iz meseca junija (2 moška), 1 — 1 umrli delavec iz meseca julija (2 moška), 1 — 2 umrli delavci iz meseca avgusta (3 moški), 2 — 2 umrli delavci iz meseca septembra (3 moški in 1 ženska), 9 — 4 umrlih delavcev iz meseca novembra (10 moških in 3 ženske), 10 — 4 umrlih delavcev iz meseca decembra 1934 (15 moških in 1 ženska), 46 — 15 umrlih delavcev iz meseca januarja tega leta (52 moških in 9 žensk) in 43 umrlih delavcev iz meseca februarja tega leta (37 moških in 6 žensk), Rodbinam teh umrlih delavcev je izplačano za pogrebne Din 46.810.75 — 48.742.-

Število naknadno prijavljenih umrlih delavcev v mesecih februarju in marcu 1935 bo objavljeno v naslednjem poročilu za mesec april 1935.

SUZOR.

IZ MEDICINSKIH ČASOPISOV

I. Periodica

Srpski arhiv

God. 1935 Br. 1. 2. 3.

Prof. Miljanić iz Beograda piše o „kliničkim formama i terapiji perforacije raka želudca“.

Docent Dr. Bran. M. Stanojević iz Beograda „Uticaj insulina na diurezu kod zdrave in bolesne jetre“. Na podlagi serije poskusov prihaja avtor do zaključka, da nam opazovanje diureze po malih dozah insulina lahko služi pri diagnozi jetrnih obolenj.

Lazar Stanojević prinaša zaminiv slučaj Basedovove bolezni.

V tej številki je skoro 50 strani obsegajoč „Pediatriški priložak“, v katerem je zanimiv članek **Dr. St. Stajić-a** in **Dr. Lj. Vulović-a** iz Beograda: *Pljučni abscesi kod dece*. Pljučni abscesi so pri otrocih pogostejši kot bi se mislilo. Simptomi so v začetku netipični in se pozneje lahko zamenjajo z bronhiektazijami, interlobarnim pleuritisom, piodneumotoraksom in subfreničnim abscesom. Nastopijo najpogostejše po akutnih ali subakutnih pljučnih boleznih, nato radi gnojnih obolenj sosednih in drugih organov, slednjič radi tujkov o bronhijih. Možno je spontano ozdravljenje, konservativno zdravljenje vodi redko do ozdravljenja; Če ni prišlo do ozdravljenja s konservativno terapijo v toku 2 mesecev, moramo seči po kirurški terapiji, ki obstoja v prvi vrsti v frenikosektomiji, pneumotoraksu in šele na zadnje k kirurški intervenciji.

Dr. Miloš B. Bajčanski: *Prilog terapiji pneumonije kod dece*. Na podlagi lastnih in tujih izkustev prihaja avtor do zaključka, da predstavlja calcium v visokih dozah 5 ccm z malimi količinami vitamina D močno in efikasno sredstvo pri zdravljenju pneumonij. **Docent Dr. Bran. M. Stanojević:** *Prilog sindromu hipohloremičke azotemije* (bljuvanje, proliv, težko splošno stanje, hipotonija in znaki kardiovaskularne slabosti) je študiral v 6. slučajih in sicer pri zastrupljenju z živim srebrom in salvarzanom, pri tbc gl. supraparen. z enteritisom in pri leukemiji po obsevanju. Hipohloremična azotemija se lahko javi tudi pri nefritidah. Poleg pomanjkanja kuhinjske soli v organizmu, igrajo pri vzroku hipohloremije važno ulogo tudi endo in eksogeni toksični faktorji na razpadanje tkivnih beljakov. Terapija je rehloruracija organizma, po katerem se v gotovih slučajih lahko doseže začasno ali trajno ozdravljenje.

Dr. S. Davidović piše o temi: *Postoperativna tromboza i embolija*.

Dr. Aleksandar Simić: *Radium u borbi protiv raka*. Je to obširen članek, ponazorjen z lepimi slikami, ki potrjuje, da radium ni „modna“ terapija, ampak v resnici učinkovito zdravilo v borbi proti raku, v prvi vrsti kožnemu in tudi drugim novotvorbam. Ta terapija privede v gotovih slučajih do trajnega ozdravljenja in kjer to ni mogoče, do začasnega izboljšanja, ki se ne da doseči z drugimi načini zdravljenja.

Dr. Oldrih Kolin, dr. Jozef Pitha in Ferdinand Škorpil pišejo: „*O ekstragenitalnoj zarazi inguinalnih limfogranulomov.*“

M. Nešković, N. Djuričić i B. Kosanović: *Prilog izučavanja hematolitičke funkcije jetre.*

Dr. Smilja A. Kostić — Fokšić, asistent beogradske otroške klinike piše zelo zanimiv in aktualen članek: *Naša izkustva i rezultati višegodišnjeg rada na B. C. G. vakcinaciji*. Cepili so 2230 novorojenčkov in 20 večjih otrok; iz tuberkulozne sredine je bilo 234 otrok, to je 12,7%. Pod stalnim nadzorstvom imajo 740 otrok. Po opazovanju lahko zaključimo, da se cepljena deca bolje razvija od necepljene in je bolj odporna proti raznim nalezljivim boleznim. Za „Bécégitis“ je obolelo 9,1% otrok in sicer 4% je imelo dvojne vratne adenitide, 1% mikropolidenijo, 2,5% povečane hiluzne žleze, 1% relativno hipotrofijo, 0,6% afebrilne pljučne infiltrate. Vsi ti simptomi niso kazali v nobenem slučaju t. žkega značaja. Pri revakcinaciji je prišlo le do mikropoliadenij. Od cepljenih otrok jih je umrlo 41 to je 8% in od teh radi tuberkuloze samo 0,6%, medtem ko je ta procent pri necepljenih otrocih veliko večji. Pri 12 umrlih otrocih je bila napravljena obdukcija in je pokazala zasirjene spremembe v mezenterijalnih in celo traheobronhijalnih žlezah. Eden otrok, ki je umrl vsled miliarne tbc., je umrl za tbc. humanega tipa. Zaključek je, da je B. C. G. popolnoma neškodljiv in da ni povzročil smrti niti v enem slučaju. Pokazal se je kot neumljivo dober zaščitnik in zato naj bi se ga uporabljalo v širokih masah.

Dr. L. S.

Izšel je drugi zvezek „Dela proti tuberkulozi“ z zanimivo in bogato vsebino. Ta najmlajši slovenski poljudno-medicinski časopis se lepo razvija in bo zdravniku prinašal, če ne drugega, vsaj mnogo gradiva za predavanja in drugo prosvetno delo.

PANTHESIN BALSAM

odpravi bolečine
in vnetja

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

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



Chemische Fabrik vorm. Sandoz, Basel, Švica

ZDRAVILIŠČE IN KOPALIŠČE



SLATINA RADENCI

Kraljevski dvorski dobavitelj

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

Sezona se prične s 1. majem

Radenske prirodne mineralne vode

Zdravilna,
Kraljeva,
Gizela,

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

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

Prospekti, brošure gratis!

Nespečnost in nervoziteta

sta vsakdanji bolezn!
Najboljše zdravljenje je glo-
boko in zdravo spanje, ki sledi

DIAL-a

Osvežitev in evforija sta značilni za spanje po dialu
tablete raztopina ampule



Gesellschaft für chemische Industrie in Basel

Zastopnik za Jugoslavijo:

Mr. Ph. Kaiser Dragutin, Preradovičeva 40, Zagreb

Jugoslavenko SIMENS D. D., Odelenje za medicinsko tehniko
Kralja Aleksandra 8 **BEOGRAD** Kralja Aleksandra 8

Zastopstvo za Slovenijo:
Ljubljana, Tyrševa 1a, Telefon
2102 (Welley) in Ljubljana,
Trubarjeva 2, T. 2891 (Roblek)

Röntgen-naprave v vseh izvedbah; Diatermijski in ultra-
kratko-valovni aparati; splošna elektromedicina. Kom-
pletna dentalna oprema in dentalne potreščine. Celotna
oprema za operacijske dvorane, laboratorije, prak-
tičnega zdravnika. Mikroskopi, mikrotomi, projek-
cijski aparati; veterinarska oprema

II. Therapeutica

Dr. Gasko: Napredek v simptomatskem zdravljenju pljučne tuberkuloze. (Tuberkuloza 1935, št. 4.) Avtor poudarja veliko važnost simptomatske terapije pri pljučni tuberkulozi. Od najpogostejših simptomov moramo pobijati predvsem pomanjkanje apetita zgubo na telesni teži, mučno izkašljevanje in splošno oslabelost. V nizu medikamentov sta mu dala zelo dobre rezultate biobin in coderin („Kaštel“). Po dajanju biobina je avtor mogel ugotoviti povratek apetita, izboljšanje splošnega stanja in povečanje števila eritrocitov ter hemoglobina. Bolniki, ki so imeli preje radi anacidnega ali hipacidnega soka cel niz težav, so se tudi v tem oziru počutili bolje. Napetost po jedi je izginila, a apetit in prebava sta postajali od dneva do dneva boljša. Biobin vsebuje baker, mangan, ferro-sol in substancno želodčne sluznice; daje se dnevno trikrat po 2–3 tablete. Kot uspešne so se pokazale proti kašlju coderin-tablete, ki vsebujejo skupno alkalioide, ipekakuanhe, kodein in efedrin.

Dr. N. Simert: O diuretskem delovanju organskih živosrebrnih preparatov. (Klin. Woch. 1935, br. 15.) Avtor je proučeval delovanje novega živosrebrnega diuretika Novurita pri 50 slučajih. Injekcije je dajal večinoma intramuskularno, bile so popolnoma brez bolečin, a intravenozne je uporabljal v onih slučajih, kjer je resorpcija iz tkiva bila otežkočena radi edema. Običajno je dajal 2–3 krat tedensko 1 ccm Novurita. Dijureza je povprečno narasla od 4 do 5 litrov, v enem slučaju je dosegel tudi 8 litrov. To ojačeno izločevanje traja v nekaterih slučajih še nekoliko dni po injekciji. Dijureza nastopi radi zmanjšanja tlaka v tkivnih koloidih. Pri težkih slučajih je dobro v začetku kombinirati Novurit s kakim kardijakom. Toksiciteta Novurita sploh ne pride v poštev ter se radi tega lahko uporablja brez bojazni dolga časa.

Docent A. Henzelman: O intravenoznem zdravljenju želodčnega in duodenalnega čira. (Liječnički Tjednik 1935, br. 4.) Avtor zdravi želodčne in duodenalne čire z intravenoznimi injekcijami aktoprotina in novatropina. Običajno daje prvi dan 0,1 ccm aktoprotina kombinirano z $\frac{1}{3}$ do $\frac{1}{2}$ mg novatropina, a vsak dan zviša dozo aktoprotina za 0,1 ccm vse do 1 ccm, dočim doza novatropina ostane ista. V večini slučajev je avtor mogel konstatirati hiter in energičen terapevtski učinek. V težkih slučajih je dodal injekciji še 0,1 ccm domopona. Včasih je nastopilo po injekciji lahko povišanje temperature, kar pa je brez vsakega pomena.

Knjigarna Kleinmayr & Bamberg, Ljubljana

Miklošičeva cesta 16 - Telefon 31-33

priporoča gg. zdravnikom medicinsko

in farmacevtsko slovstvo, ki jo ima

vedno v zalogi. Novosti, kakor tudi

druge knjige pošilja radevolje na

ogled. Vse v „Zdravn. vestniku“ na-

vedene medicinske knjige in časopise

dobavlja najhitreje. Prosimo gg.

zdravnike, da se obračajo v slučaju

potrebe na nas. Dragevolje dajemo

vse informacije in nasvete glede knjig. Ne naročajte pri inozemskih tiskarnah in polnikih, temveč vedno le pri domači tiskarni, ki Vas bo znala v vsakem oziru zadovoljiti.

STANOVSKI VESTNIK

Prvi kongres jugoslov. zdravniškega sindikata

Dne 18. in 19. t. m. se je vršil v Beogradu prvi kongres Jugoslov. zdravniškega sindikata. Udeležba zdravnikov zlasti iz Beograda in Vojvodine je zelo velika, navzoči so pa bili tudi delegati iz vseh drugih delov države. Bila je to prva javna manifestacija sindi-

katne zavesti zdravnikov v Jugoslaviji in mnogo zahvale smo dolžni kolegom, ki jim je po dvehletnem trudopolnem delu uspelo združiti v centrali in poedinih sekcijah več kot peti del vseh zdravnikov. Nad en tisoč članov šteje že organizacija, ki jo odlikuje predvsem borbenost, t. j. stalna pripravljenost vsakega posameznika braniti svoje pravice in odločnost, boriti se zanje z vsemi zakonitimi sredstvi, kjerkoli še niso zadostno uveljavljanje. Ne zanašati se na druge, ne od drugod pričakovati kakih koristi, ampak sami za sebe z lastnim trdom in lastnimi žrtvami izvajati zaščito svojih interesov in pravic. To je bistvo sindikalne zamisli in ni dvoma, da se bo prvi pešini v najkrajšem času pridružila še druga ali celo tretja tako, da bo mogoče na prihodnjem kongresu zastopana vsaj polovica vseh zdravnikov Jugoslavije ter bodo temu številu odgovarjale tudi koristi, ki jih bo organizacija lahko nudila svojem članom.

Ustanoviteljem sindikatnega združenja je bilo predvsem jasno to, da bo organizacija vsaj v začetku le v toliko privlačna za vse kolege kolikor jim bo nudila vidnih koristi. Zato je bila istočasno ustanovljena tudi Sindikatna zadruga, ki bo poleg bolezenskega in starostnega zavarovanja omogočala članom cenejšo nabavo zdravniških in življenskih potrebščin, dajala posojila po zmernih obrestih itd.

V upravni odbor so bili izvoljeni

Predsednik: Dr. Močanin Svetozar, Beograd,

I. podpredsednik: Dr. Kalenič Radivoj, Novisad,

II. " Dr. prof. Alija Košir, Ljubljana,

III. " Dr. Oreškovič Miroslav, Sarajevo,

Tajnik I. Dr. Kuskutis Jovan, Beograd,

" II. Dr. Pavlovič Dušan, Beograd,

Blagajnik: Dr. Kormes Aco, Beograd in še 18 uglednih kolegov iz cele države.

V Ljubljani je bil na sestanku, katerega so se udeležili tudi člani centrale, izbran odbor, ki bo že v prihodnjih dneh razposlal vsem kolegom okrožnico z podobnimi pojasnili in pripravil vse potrebno za ustanovitev ljubljanske sekcije.

NOVE KNJIGE

Prof. Dr. F. Blumenthal: „Ergebnisse der experimentellen „Krebsforschung und Krebstherapie“ — Svetovno znani nemški učenjak na polju kankrologije, ki deluje sedaj na univerzi v Beogradu, je spisal zgoraj omenjeno knjigo, ki pomenja izreden prispevek k problemu raka, ker je pisana istočasno za teoretika in za praktično delujočega zdravnika. Že površen pregled knjige zadostuje, da se človek prepriča, da je prof. Blumenthalu uspelo izluščiti iz ogromnega kankrološkega materiala res ono, kar bi danes morali vedeti vsak zdravnik, ki se teoretsko ali praktično peča s problemom raka. V prvem delu knjige se v pregledni formi vrstijo poučni članki o lastnostih malignih tumorjev, njihovi formalni in kavzalni genezi in o nastanku raka pod vplivom raznih živalskih in rastlinskih parazitov. Avtor razpravlja nato o različnih eksperimentalnih karcinomih in baš to eksperimentalno udejstvovanje je pripomoglo do tega, da „vemo danes o rakasti slanci mnogo več, kakor o katerikoli drugi stanici človeškega telesa“ (Po Warburgu). Zato človek s tem večjim zanimanjem prečita razprave o kemizmu rakastih obolenj kakor tudi o dispoziciji in dedljivosti z ozirom na raka. Zelo poučna pa so tudi avtorjeva razglabljanja o različnih načinih prenašanja karcinoma in o pomenu milieja in načina življenja na postanek raka. Ob koncu teoretsko eksperimentalnega dela pripelje avtor do logičnega zaključka, da problem malignitete ni problem rasti, nego problem spremembe snovi.

Za praktičnega zdravnika nad vse važen in poučen pa je drugi del knjige, kjer avtor obširno razpravlja o terapiji in profilaksi raka. Avtor tu popolnoma pravilno pou-

darja, da je terapija raka često enostranska, kajti „mnogi kirurgi ne delajo po operaciji ničesar drugega, kot da čakajo, če bodo nastopile metastaze ali pa recidiv, ne da bi jih vsaj poskusili preprečiti“. — Razen rentgen-radium-terapije avtor lepo referira o najrazličnejših sredstvih, ki jih v svrhu zdravljenja uporabljajo po raznih klinikah in ki so vsaj v nekaterih slučajih dovedli do zadovoljivih rezultatov. Ko čitamo avtorjeva razglabljanja o profilaksi, nam prav živo stopi pred oči, kaj vse smo zamudili pri nas, ko bi vendar z malo dobre volje tudi pri nas lahko realizirali marsikateri njegov koristen predlog. Knjiga je v celoti pisana zelo pregledno in v lahkoumljivem stilu, je tiskana na lepem papirju in obsega 172 strani. Gg. zdravnikom jo lahko toplo priporočam.

Dr, Jos Cholewa.

RAZPISI

Nagrade iz fonda pok. Ružice Nedeljković

Svet medicinske fakultete v Beogradu je na svoji seji dne 24. aprila 1935 razpisal temata za nagrado iz fonda Ružice Nedeljković za šolsko leto 1935/33 in to:

1. Praktična vrednost kultiviranja bacila tuberkuloze iz tuberkuloznega materijala;
2. uspehi zdravljenja z umetnim pneumotoraksom;
3. tuberkuloza kot akutna infekcijska bolezen;
4. tuberkulinske reakcije v teku akutnih infekcioznih bolezni;
5. vpliv akutnih infekcioznih bolezni na latentne tuberkulozne procese;
6. tuberkuloza kože v naši državi (morfologija kožne tuberkuloze, vpliv higijenskih prilik in prehrane, zdravljenje kožne tuberkuloze);
7. tuberkulozna obolenja peritoneuma in črevesnega trakta (morfologija, diagnostika in terapija);
8. rana diagnoza tuberkuloze ledvic.

Razen teh tem so dopuščene tudi proste teme.

Rok za dostavitev tem je do najkasneje dne 28. februarja 1936. Pravico na sodelovanje pri razpisu imajo poleg dijakov medicine še vsi oni zdravniki (jugoslovanski državljani in Rusi), katerim sta na dan objave tega razpisa potekali največ dve leti od dneva, ko so dovršili medicinske studije.

Nagrade so tri in to:

- I. nagrada Din 3.000
- II. nagrada „ 2.000
- III. nagrada „ 1.000

Predaja nagrad se vrši dne 20. marca 1936.

Beograd, 4. maja 1935.

Pisarna
dekanata medic. fakultete

DROBNE NOVICE

Čehoslovaški Rdeči križ ima po podatkih „Prager Presse“ med drugim 517.000 naraščajnikov, 36.000 izvežbanih samaritancev, 348 rešilnih postej in 159 sanitetnih auto-

mobilov. — Društvo se med drugim bavi tudi s pobijanjem nalezljivih bolezni na Slovaškem.

Švicarski Rdeči križ je imel koncem l. 1934 54 sekcij z 52.676 člani.

Švicarska Zveza samaritancev ima 586 sekcij z 23.543 člani.

Bolgarska vlada je izdala zakon, po katerem mora vsak mladi zdravnik po promociji najmanj 2 leti prakticirati na kmetih. S tem hoče vlada doseči, da bodo tudi podeželski kraji, ki so v zdravstvenem oziru zelo zanemarjeni, dobili zdravnike. — Po našem mnenju pa ima uredba tudi še izredno važen vzgojni pomen.

J. Amer. Med. Assoc. poroča o zdravnikih-črnih v U. S. A. Leta 1932 so šteli skupaj skoraj 12 milijonov črncev na ozemlju Zedinjenih držav, kateri so imeli malo manj kot 4.000 črnih zdravnikov. Medtem, ko znaša število črncev skoraj 10% celokupnega prebivalstva Zedinjenih držav, odpade na skupno število zdravnikov samo 2,5% črncev. — Zdravniki-črnki so se naselili predvsem v severnih delih Zedinjenih držav in to prevsem v velemeslih.

IZ UREDNIŠTVA

Za tiskovni sklad Zdravn. Vestnika so prispevali:

Dr. Ž. Popović — Sremska Mitrovica din 100.-.

HVALA!

Kolegi, podpirajte tiskovni sklad Zdrav. Vestnika, brez katerega list ne more izhajati!

Nekaterim izvodom zadnje priloge „Evgenike“ je tiskarna pomotoma priložila opomine za plačilo naročnine. Priloga „Evgenike“ je sestavni del Zdrav. Vestnika in se zato pošilja vsem, ki prejemaajo Zdrav. Vestnik, **brezplačno!**

Urednik in izdajatelj: Dr. R. Neubauer — Golnik.
Tiskarna „Sava“ d. d. v Kranju — Za tiskarno: Vilče Pešl, Kranj

EUMENOL

Emmenagogum rastlinskega izvora
je neškodljiv in se lahko prenaša

Že nad 30 let izborno sredstvo pri

AMENORRHOEI

IN

DYSMENORRHOEI

OBLIKE IN PAKOVANJA:

Tekočina O. P. — 25 in 50 g

Tablete O. P. 25, 50 in 100 kom.

E. MERCK, Darmstadt

Zastopstvo za Jugoslavijo:

Dr. LEO NEUMANN
Zagreb, Mošinskoga 14

EIMERCK

KATGUT

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

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

KLIŠEJE

vseh vrst izdeluje po slikah in risbah

JUGOGRAFIKA, d. z o. z. v LJUBLJANI

Sv. Petra nasip št. 23

Vsebina:

	Stran
Dr. Marija Goropevšek:	O novejših metodah diagnostike in terapije gastro-duodenalnih obolenj na kliniki prof. v. Bergmanna v Berlinu 185
Dr. L. Ješe:	Okulistika v splošni praksi (nadalj. in konec) 194
Dr. R. Hlavaty:	Diagnostični pomen bolnega in anomalnega zobovja 199
Dr. Ivo Rakuljić-Zelov:	Specijalni učinki in posledice promjena karličnih organa 203
Dr. Jos. Cholewa:	Borba proti raku v severnih slovanskih državah (z 1 sliko) (nadalj. in konec) 206
Dr. B. Škerlj:	Telovadba in človeško telo (nadaljevanje) 209
Iz zdrav. društev:	I. Znanstveni sestanek mariborskih zdravnikov dne 18. I. 1935 v splošni bolnici (z 1 sliko) 215
Iz soc. zavarovanja:	Umrljivost zavarovanih delavcev in nameščencev v mesecih februarju in marcu 1935 218
Iz medicinskih časopisov:	
	I. Periodica 219
	II. Therapeutica 221
Stanovski Vestnik:	Prvi kongres zdrav. sindikata 221
Nove knjige	222
Razpisi:	Nagrade iz fonda pok. Ružice Nedeljković 223
Drobne novice	223
Iz uredništva	224

Elastični Hansaplast



D. R. P., Jugoslov. patent.

Elastični brzi povoji za rane v mali kirurgiji

Elastični Hansaplast je indiciran pri vseh urezninah, utrganinah, odrgrinah in opeklinah, pa tudi pri umazanih ranah. V zaščitnem povoju služi kot zdravilni obliž pri furunklih itd.

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

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

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

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

PROCYTHOL

pro injectione

perniciozna in težka sekundarna anemija

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

PROCYTHOL FORTE

1 ampula odgovarja po kliničnem
učinku približno 5.000 g svežih jeter

Intramuskularna rabal

Vzorci in literatura na zahtevo

Za peroralno terapijo s kalcijem

je najuspešnejši KALCIJEV KINAT kot

EUKALCIN

„KAŠTEL“

Klinično in eksperimentalno je DOKAZANO da po uporabi kal-
cijevega kinata pride SIGURNO do povečanja KALCIJA v KRV

EUKALCIN GRANULE Z D-VITAMINOM

limane škatljice s 100 granulami 2—4 kave žlice dnevno

E U K A L C I N TABLETE z 0,5 g kalcijevega kinata

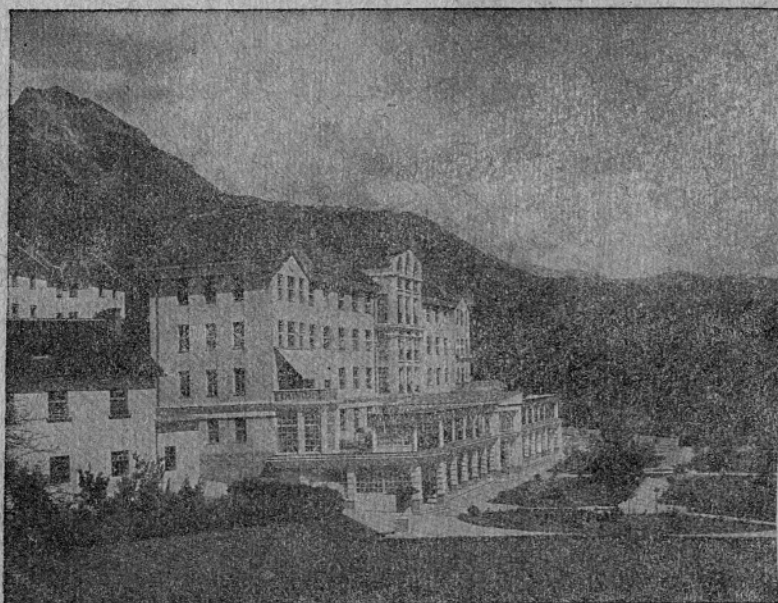
Cevke z 20 tabletami 2—3 tableti dnevno

„KAŠTEL“
D. D. — ZAGREB

EUKALCIN
JE POCENI!

Zdravilišče Golnik

za bolne na pljučih.



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

3 oskrbni razredi

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

Vse informacije daje uprava zdravilišča Golnik.

Pošta — telefon — brzojav: Golnik.

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