

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA V DRAVSKI BANOVINI

Ta številka ima prilogo „Evgenika“

KEMIKA D.D. — ZAGREB

Priporoča svoje preizkušene domače preparate

KALMOPYRIN

kalcijska sol acetilosalicilne kisline

Najbolj dovršeni preparat salicila z zanesljivim delovanjem brez vsakih vzporednih pojavov na kardiovaskularni aparat ali prebavne organe. V vodi je topljiv ter se radi tega lahko dodaja infuzom in dekoktom. Deluje odlično pri gripi, prehladu, katarju, infekcijskih obolenjih. Škatlje z 10 ali 20 tabletami po 0.5 g. Prah za recepturo.

Suvereno sredstvo za zdravljenje kašlja:

SOLPHEDRIN

Sirup ugodnega okusa, ki vsebuje naravni Ephedrin, Codein in Papaverin ter tvorne snovi *Herbae Thymi*. Glavno težišče tega preparata je v načinu doziranja ter je uspelo najti optimalne doze, ki omogočijo pričakovano delovanje a ne privedejo do nezaželenih pojavov. Daje se s hitrim in polnim uspehom pri trdovratnem kašlju, bronhitidi, laringitidi i sl. — Doza: odrasli 2—4 krat po 1 kavino žličico dnevno, a otroci 1—3 krat $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ kavine žličice z ozirom na starost

TOPHAMID

Edinstveni spoj Cyklohexatrien-phenylpyridin-karbonske kisline s phenyldimethyldimethyl-amidopirazolonom (amidopyrin). Deluje odlično pri revmatizmu sklepov in mišic, neuralgiji, nevritidi ter vseh akutnih infekcijskih obolenjih in sploh kot analgeticum. — Orig. cevčica z 20 tabletami. Doza: 3—4 krat po 1—2 tableti.

TOPHOSANYL

Raztopina phenylchinolinkarbonnatrija in salicilnega natrija za intravenozne injekcije (v ampulah a 10 ccm) in za intramuskularne injekcije (ampule a 5 ccm s posebnim dodatkom Novocaina). — Suverena sredstva za hitro in uspešno zdravljenje revmatizma, nevritide, mialgije itd. Orig. škatlje s 5 ampul. Doza: 1-2 ampuli dnevno

Izvolite vedno dajati prednost domačim preparatom

Naslov uredništva in administracije:
Zdravniški Vestnik • Golnik.

PUHLMANN ČAJ



znamke „RIPON“

več kot 25 let priznan pri

akutni in kronični bronhiti, pri asthma
bronchiale, hripi, kakor tudi kot pod-
pora pri zdravljenju tuberkuloze. Blaži
dražljaje in razkraja sluz, zato deluje
olajševalno na dihalne organe.

Doziranje: Pri odraslih 10—15 gr = 2 navadni
žlici na 1 l vode, vkuhati na pribl. $\frac{3}{4}$. Prvo polovico
je izpiti zjutraj gorko, ostalo 2—3 ure predno ležemo
spat pravtako segreto

Odobreno od Ministarstva narodnega
zdravlja z. Br. 18269., 29. IX. 1931

Originalni omot ca 125 g za 6 dni

Originalni omot ca 500 g za 60 dni

Literaturo pošilja:

Puhlmann & Co Berlin., O. 171

Müggel-Strasse 25—25 a

Glavno skladište za Jugoslavijo:

LEKARNA PH. MR. TICHY BÉLA — HORGOS (Dunavska banovina)

ZDRAVILIŠČE TREBUŠNIH
ORGANOV IN PREOSNOVE

ROGAŠKA SLATINA

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

ROGAŠKA SLATINA!



VIGANTOL

iz čistega vitamina D - biološko standardiziran

Hitro in trajno dvigne nivo kalcija in fosforja v krvi, popravlja in pospešuje menjanje mineralnih sestavin. — Pri motnjah v rasti kosti in menjanju sestavin v kosteh, rahiditi, osteomalaciji.

Vigantol je v terapevtskih dozah popolnoma neškodljiv in se prenaša brez neugodnih stranskih posledic.

Originalni zavitki: Vigantol-olje: 1 ccm 0.3 mg krist. vitamina D
stekleničice z 10 in 50 ccm

Vigantol-dražeji: 1 dražej 0.06 mg krist. vitamina D
Škatlja s 50 in stekleničica z 250 dražaji

VOGAN

zelo aktiven preparat vitamina A - standardiziran

Vsebina vitaminov je 100 krat večja kakor v dobrem ribjem olju
Poveča splošno prehrano, pospeši rast in je odličen profilaktikum
proti infekcijam, posebno kataru dihalnih organov.

Originalni zavitki: Vogan-olje: 1 ccm 40.000 b. j.
stekleničica za kapanje po 5 ccm

Vogan-dražeji: 1 dražej 4.000 b. j.
škatlja s 50 dražaji

Skupno proizvajajo firme:

»Bayer«
Leverkusen a. Rh.

»Jugefa« k. d.
Beograd Zagreb

Zastopstva za Jugoslavijo:

E. Merck
Darmstadt

Mr. Dr. Leo Neumann
Zagreb-Mošinska ul. 14

PRI PREHLAJENJH

bronchopneumoniji, krupozni pneumoniji, hripi, pri akutni in kronični bronhitidi ter folikularni angini omogoči

„CHININ-CALCIUM-SANDOZ“

istočasno uporabo učinka kinina in kalcija, ki se dopolnjujeta



„CHININ-CALCIUM-SANDOZ“ bolnik dobro prenese intramuskularno kakor tudi intravenozno

CHEMISCHE FABRIK vorm. SANDOZ, BASEL (Schweiz)

Zastopstvo za Jugoslavijo: Mišković & Co. Sarajevska 84 — Beograd

Napredek v tehniki
z mavčevim povojem

„CELLONA“ MAVČEV POVOJ

namaka se 4 sekunde
hiter in čist postopek
brez mavčevega prahu
neznačajna teža in stroški!

Proti boleznim nog kakor
ulcus cruris, varices itd.

Glauko povoj „VARICEX“

mehak, že izgotovljen
cinkov lepljivi povoj!
Izvrsten zdravilni učinek
in izredna lepljivost!

Literaturo in vzorce pošiljamo brezplačno!

Dobiva se povsod!

ELBAPLAST

nedražeči kavčukov obliž, čvrsto lepi in drži dolgo!

Zastopstvo in skladišče:

LOHMANN A. G. FAHR. A./RH. — KIRURGIJA, ZAGREB, ILICA 28

ZDRAVNIŠKI VESTNIK

STROKOVNO GLASILO ZDRAVNIŠTVA
V DRAVSKI BANOVINI

UREDNIŠTVO IN ADMINISTRACIJA: DR. R. NEUBAUER — GOLNIK

Štev. 2.

29. februarja 1936.

Leto VIII.

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

O holecistopatijah*)

DR. MARIJA GOROPEVŠEK, asist. univ.

Imamo obolenja organa, ki mnogokrat povzroča težkoče v desnem hipohondriju in o katerem se v zvezi z vegetativno stigmatiziranimi na Bergmannovi kliniki skoro vsak dan govori — to so obolenja žolčnega mehurja ali kakor jih Bergmann namenoma imenuje: holecistopatije.

Sem spadajo 3 vrste motenj:

1. Motnje v metabolizmu — vse vrste žolčnih kamnov.
2. Vnetja samega žolčnega mehurja in ostalih ekstrahepatičnih žolčnih kanalov.
3. Motnje v neuromuskularnem aparatu ekstrahepat. žolčnih kanalov, takoimenovane diskinezije po Westphalu.

Diskinezije so motnje ravnovesja ekspulzivnega in retencijskega aparata. Westphal jih deli na dve vrsti: a) ena vrsta se pojavlja v obliki vagotonije z močnejšimi kontrakcijami muskulature sfinkterja Oddi, s hipertrofijo muskulature žolčnega mehurja in z dilatacijo choledochus-a kot posledico otežkočenega izpraznjevanja vsled povečanih kontrakcij na izlivu choledochus-a: Westphal imenuje to motnjo hipertonično motilitetno neurozo žolčnih vodov, mehur pa hipertonični retencijski mehur; b) drugo vrsto motenj, ki nastane vsled dražljaja sympathicus-a, imenuje hipotonično motilitetno neurozo žolčnih vodov, mehur pa atonični retencijski mehur, ki nastane vsled preslabih kontrakcij žolčnega mehurja in preslabe akcije žolčnih kanalov, zlasti portiae duodenalis choledochi, obenem pa tudi vsled premočnega zapiranja najsprednjšega dela sfinkterja papillae Vateri.

Na papili Vateri imamo sploh zelo kompliciran mehanizem zapiranja. Pred sfinkterjem Oddi v papili se nahaja v ductus choledochus takoimenovana ampulla. Na lahek dražljaj vagusa prihaja vsled povečanega tonusa mehurja, vsled kontrakcije ampule v choledochus-u in vsled odpiranja sfinkterja Oddi do izpraznitve mehurja. Na močnejši

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

dražljaj vagusa pa papilla Vateri oz. sphincter Oddi ostane zaprt, ampula v choledochus-u popusti in kontrakcije mehurja so frustralne in povzročajo bolne tenezme. To je slika že preje navedenega hipertoničnega retencijskega mehurja, ki jo najdemo pri vagotoničarjih ali po Bergmannu pri vegetativno stigmatiziranih oz. B-tipih.* — Imamo pa še drug anatomsko in funkcionalno še bolj kompliciran mehanizem zapiranja t. j. takoimenovani collum cysticus sphincter, katerega je našel Lütken v Aschoff-ovem institutu in o katerem bomo pozneje še govorili pri opisu delovanja hipofizina na žolčne kanale.

Bergmannova šola pripisuje navedeni diskineziji ekstrahepatičnih žolčnih kanalov radi tega velik pomen, ker z njeno pomočjo lahko pojasnimo ne le staze in prenapolnjenja mehurja, temveč tudi frustralne kontrakcije in vsled teh nastale težkoče. V vsakem slučaju holecistopatije se na Bergmannovi kliniki prav posebno pazi na ta neuro-muskularni aparat in oni mislijo, da lahko popolnoma precizno diagnosticirajo vsako motnjo imenovanega aparata.

Razumljivo je, da ne odgovarjajo navedenim trem vrstam motenj (metabolizma, vnetja in diskinezije) tudi tri vrste obolenja. Kamen n. pr. se stvarja zelo pogosto na podlagi vnetja, a posledica vnetja in litiaz je mnogokrat diskinezija. V graviditeti se bo vsled diskinezije, ki jo imamo radi vegetativne preobrazitve, mnogo lažje naredil sterilni kamen v retencijskem nevnetem mehurju, posebno še, ker imamo v graviditeti še en plus t. j. holesterindiskrazijo. Pri diskinezijah B-tipov n. pr. bo vsled stagnacije mnogo lažje prišlo do infekcije. A vendar imamo, čeprav zelo redko, holecistopatije, ki odgovarjajo samo eni od imenovanih treh motenj, n. pr. samo holecistitide, da celo empiem brez kamnov; imamo kamne, ki so nastali sterilnim potom brez stagnacije, imamo mehurje s stagnacijo brez kamnov in brez vnetja, kjer je stagnacija dokazana funkcionalno, anatomsko in klinično.

Da lažje postavimo diagnozo atipičnih holecistopatij, smo v novejšem času dobili dve metodi in sicer duodenalno sondiranje in holecistografijo.

Ali poleg vseh metod je vendar prvo in najvažnejše, da poznamo one atipične težkoče iz anamneze, katere morajo vzbuditi sumnjo na holecistopatijo. Bergmann povdarja zlasti sledeče tožbe: motnja apetita; apetit, ki takoj mine, čim bolnik vidi jed; bolnik bi vedno jedel ali minimalne količine; odvratnost posebno napram maslnim jedem; tiščanje v predelu želodca, bruhanje in to posebno na tešč želodec (na tešče je pilorus odprt, žolč se regurgitira v želodec in od tu se izbruha); subaciditeta do ahilije. Bergmannu je ahiličar sumljiv najmanj toliko, ako ne še bolj, na holecistopatijo, kakor na ca. ventriculi. Tudi pri holecistopatijah imamo gastritis, za katerega se moramo vprašati, da li je izraz lokalnega vnetja tkiva, ki je zaseglo oba organa (žolčni mehur in želodec) kot reakcija ognjišča ali sta pa želodec in žolčni mehur v medsebojni živčni zvezi? Pri

* Naziv, ki ga je uvedel W. Jaensch za Basedowoidem najbližje stoječe vegetativno stigmatizirane in ki se ga poslužuje Bergmann in njegova šola za te vrste konstitucijo.

opazovanju bolnikov na rentgenu v žolčni koliki doženemo istočasno tudi želodčni krč, da, nekateri bolniki lahko celo točno razlikujejo želodčni spazmus od tenezma žolčnega mehurja. Tudi spazmi kolona lahko zavedejo na larvirano holecistopatijo. Tu gre za prave spazme kolona od kron. colitid pa do colica mucosa, za bolečine lokalizirane na hepatici fleksuri (pogosto vsled periholecistitide). Bolečine zadaj desno v sakralnem delu; neuralgije desne rame in v predelu desnega trigemina tako, da mnogo-krat mislimo najprej na migreno, in ki jo lahko pojasnimo s tem, da dražljaj preskoči iz jedra visceralnega vega na trigeminovo jedro, ki se nahaja takoj poleg njega v medulli oblongati; vertigo e vesica fellea pojasnimo s prehodom dražljaja vagovega na vestibularisovo jedro; bolno mesto plexa desno pod klavikulo, frenikova točka na desni strani vrata in neka vrsta Lassègue-a glave t. j. pri obračanju glave na levo stran nastopijo bolne kontrakcije vratnih mišic. Zelo važne za larvirano holecistopatijo so Headove cone, ki se nahajajo nasprotno od con pri pielitidi in nefrolitiazii visoko na desni strani hrbta; spredaj imamo hipereestetične cone in Mendelove — na udarce občutljive cone (Klopfzonen), katere Kalk smatra za viscerosenzorni refleks na parietalnem peritoneju, ki pa tudi lahko pojasnijo z direktnimi udarci na žolčni mehur in njegovo vsled vnetja senzorično spremenjeno okolico. Včasih najdemo Headove cone na levi strani, kar govori za sekundarno obolenje pankreasa. Imela sem priliko videti en slučaj larvirane holecistopatije, ki so jo diagnosticirali na Bergmannovi kliniki šele po tem, ko se je bolnik dolgo let zdravil v Davosu, kamor so ga poslali zdravniki vsled subfebrilnih temperatur od časa do časa. Potrebno je, da nas taki atipični anamnestični podatki in objektivni izvidi napotijo, da pomislimo na holecistopatijo, ki jo lahko potem mnogokrat dokažemo s pomočjo duodenalnega sondiranja in rentgena. Za dokaz, da imamo zelo mnogo nepoznanih holecistopatij, nam služijo takoimenovani nosilci žolčnih kamnov; obenem nam oni služijo kot primer, da operacija pri holecistopatijah mnogokrat ni umestna in da se prav v takih slučajih lahko z interno terapijo zelo mnogo doseže, da pa tudi sam čas lahko pozdravi marsikatero holecistopatijo.

Duodenalno sondiranje se vrši na Bergmannovi kliniki na sledeči način: bolnik pogoltne sondo do 45 cm in se nato sprehaja v hitrem tempu $\frac{1}{4}$ uri po sobi event. po stopnicah gori in doli, da bi se spustila sonda pravilno; med sprehajanjem sondo požira dalje tako, da pride na 60 cm; potem se bolnik vleže v posteljo, obrne na desno stran in požira sondo naprej do 75 cm. Nato pustimo curljati sok, event. ga aspiriramo s pomočjo brizgalke. Vsakih 5 minut menjamo epruvete. Ko dobimo svetlo-rumeni, prozorni in alkalični žolč najmanj v 6 epruvetah, damo bolniku 2 ccm hipofizina ali 2 ccm pituitrina subkutano. Nato zopet menjamo epruvete vsakih 5 minut in čakamo, po koliko minutah bo hipofizinski poskus pozitiven, t. j. kdaj se bo pojavil temni žolč iz mehurja. Če po 1 uri poskus še ni pozitiven, vbrizgamo v duodenum s pomočjo

sonde do 20 ccm toplega olivnega olja in zopet gledamo, ali se bo pojavil žolč iz mehurja.

Kalk in Schöndube sta opazovala duodenalno sondiranje v 200 normalnih slučajih in sta našla, da nastopi v veliki večini približno 5 min. po injekciji pituitrina počasnejše izlivanje svetlega žolča (0,5—2 ccm v 5 min., drugače pa 5—20 ccm) ali pa da žolč sploh preneha curljati. Kalk in Schöndube imenujeta ta pojav inicialno zaviranje (Initialhemmung). 20—25 min. po injekciji pa začne curljati gosti, temnorumeni do črnorjavi žolč iz mehurja. Čas, ki preteče od injekcije pituitrina pa do pojave žolča iz mehurja, imenujeta Kalk in Schöndube latenco poskusa. Ta temni žolč curlja 10—40 min., da celo do 60 minut. Najtemnejši je navadno v prvih epruvetah, pozneje intenziteta počasi popušča, dokler ne dobimo zopet svetlorumenega žolča. Poskus je pozitiven, če je žolč izrazito temne barve. Inicialno zaviranje sta navedena avtorja našla v 60 % slučajev. Latenca poskusa je znašala največkrat 20—25 minut, v splošnem pa 10—35 minut. Izrazito temni žolč sta Kalk in Schöndube našla v vseh slučajih. Pred injekcijo pituitrina je bilo v žolču 2—32 mg % bilirubina, po injekciji pa 90—616 mg %, torej zelo jasne razlike. Poskus je pozitiven, ako vsebuje žolč nad 100 mg % bilirubina. Povprečno koncentriran žolčni mehur 18-krat, našli so tudi pozamezne slučaje, kjer je mehur koncentriran tudi po 90—123-krat. Kalk in Schöndube sta prva sistematično dokazala, kako visoko lahko koncentrira normalni žolčni mehur. Na ta način so nam razumljivi patološki slučaji, kjer je koncentracija lahko tako visoka, da končno mora priti do izločevanja kamnotvornih substanc. Ravno ta visoka koncentracija govori proti mišljenju onih avtorjev, ki trde, da koncentrirajo jetra in ne žolčni mehur pod vplivom hipofizinskih preparatov. Toda tako visoko koncentracijsko sposobnost ima lahko samo mehur. Razentega govori proti poreklu temnega žolča iz jeter tudi nagel in presekani prehod svetlega v temni žolč. Proti temu govori tudi provokacija holelitatičnih napadov s pomočjo pituitrina.

Kalk in Schöndube sta preiskovala tudi žolč, ki sta ga dobila pri operaciji direktno iz mehurja in sta našla skoraj iste količine bilirubina kakor v žolču, ki sta ga dobila s pomočjo duodenalnega sondiranja; 816 mg % s sondo; 850 mg % direktno; 247 mg % s sondo; 298 mg % direktno; direktno torej vedno malo večje vrednosti, kar je razumljivo, ker se pri sondiranju vendarle mešata žolč iz mehurja in žolč iz jeter z duodenalno vsebino.

S pomočjo rentgena sta Kalk in Schöndube dokazala, da hipofizinski preparati res delujejo na motiliteto žolčnega mehurja. Doc. Berg nam je pokazal navadno sliko žolčnega mehurja (brez kontrastne mase), ki je bil poln drobnih kamenčkov, ki so ležali pred napadi drug poleg drugega in to v bolj okroglih skupinah. Po injekciji pituitrina se je ta okrogla kontura podaljšala in kamenčki so bili potisnjeni vsled kontrakcije mehurja drug za drugim v collum vesicae felleae v kolonah. Na sliki, posneti za

časa spontane kolike in ne po pituitrinu, so kamenčki ravnotako razporejeni: bolj podolgota ali pa po dva in dva, ker je kontrakcija, zlasti collum-a, bila vendarle slabejša kakor pa po injekciji pituitrina. — Tudi s pomočjo holecistografije sta Kalk in Schöndube dokazala, da po injekciji hipofizina res pride do kontrakcije žolčnega mehurja in to ne da bi se dala duod. sonda. Največkrat se je senca žolčnega mehurja po injekciji zmanjšala, v redkih slučajih se je žolčni mehur 25—30 minut po injekciji celo izpraznil t. j. senca žolčnega mehurja se je popolnoma zgubila. Senca mehurja, ki je pred injekcijo bolj okrogla, je po hipofizinu podolgovata, collum vesicae, ki se pred injekcijo sploh ne vidi, ali je pa popolnoma kratek, se po injekciji vidi jasno, kar pomeni, da se kontrastno sredstvo, ki se nahaja v fundu, pomika proti cistiku. Najmanjše spremembe imamo na fundu, medtem ko se collum tanjša in podaljša. Na njem vidimo zareze, ki mogoče odgovarjajo peristaltičnim gibom. Na strani, ki je obrnjena proti jetram, ne najdemo sprememb, vidimo jih pa na drugi strani. Iz slik pred in po pituitrinu dobimo vtis kot, da se praznitev mehurja vrši s pomočjo obročastih kontrakcij predvsem v collum-u, torej podobno kakor v želodcu, kjer pri evakuaciji prikazuje fundus najmanjše spremembe in kjer se izpraznitev vrši največ s pomočjo antrum-a in pars pylorica. Omenjene kontrakcije nastopajo navadno 20—30 minut po injekciji, kar odgovarja približno latenci pri duod. sondiranju. Na ta način s pomočjo holecistografije in injekcije hipofizina lahko vršimo nekako vrsto funkcionalnega preiskavanja žolčnega mehurja. Če je holecistografija pozitivna, damo bolniku 2 ccm pituitrina in po 30 minutah slikamo ponovno. Na ta način: 1. lahko bolje vidimo gotove dele žolčnega mehurja, kakor n. pr. collum in prehod v duct. cysticus; 2. lahko študiramo kontrakcijsko sposobnost mehurja; 3. včasih lahko vidimo kamen v mehurju šele, ko smo s pomočjo hipofizina malo porazdelili kontrastno maso. — Podobne spremembe kakor po hipofizinu so našli tudi s pomočjo intraduodenalnega vbrizgavanja olja ali pa s pomočjo mastnih jedi. Kalk in Schöndube sta celó našla te spremembe v enem slučaju razdražljivega mehurja s pomočjo same duod. sonde. — Vse te izkušnje uporablja Bergmannova šola v diagnostične in terapijske cilju.

Duod. sondiranje in holecistografija kot pomožna sredstva v diagnostiki:

Kalk in Schöndube sta pregledala okrog 400 slučajev in našla, da mora dati funkcionalno intakten žolčni mehur pozitiven pituitrinski poskus, ako je ductus choledochus prehoden. Hipofizinski poskus je negativen: 1. če sploh nimamo žolčnega mehurja (izjema: diskinezije po holecistektomiji, o katerih bo še pozneje govora); 2. če je žolčni mehur prazen (n. pr. v slučajih icterus catarrhalis-a na vrhuncu icterus-a); 3. če je ductus cysticus zaprt; 4. če se žolčni mehur ne more kontrahirati (n. pr. vsled zaraščenj z okolico, vsled atrofične in astenične muskulature, če je mehur zgrbančen itd.); 5. če žolčni mehur ne more koncentrirati žolča, t. j.

pri obolenjih sluznice žolčnega mehurja, kjer sluznica ne more rezorbirati; 6. če nervni oz. mišični aparat ne odgovarja na dražljaj.

Pri studiju delovanja hipofizina na motiliteto žolčnega mehurja in ekstrahepatičnih žolčnih kanalov sta navedena avtorja našla, da hipofizin, ravnotako kakor pri želodcu in ureterju, deluje tudi tu v dveh fazah: I. faza, na podlagi draženja simpatika, obstoji iz faze zadrževanja, t. j. inicialno zadrževanje žolča in popuščanje tona žolčnega mehurja pri začetku, kakor je pokazala holecistografija nekolikokrat. II. faza je parasimpatikotropna faza z nadraženim tonusom in peristaltiko, kar nam dokazujejo prej navedeni slučaji holecistografij in pojavljanje temnega žolča iz mehurja vsled kontrakcije istega. V zvezi z inervacijo izhodnih kanalov žolčnega mehurja je Westphal s pomočjo eksperimentov na živalih dokazal, da vsled dražljaja simpatika nastopa popuščanje tona, zadrževanje kontrakcij vseh žolčnih vodov, padanje pritiska v žolčnem mehurju in dilatacija duodenalne porcije duct. choledochus-a. Do zaviranja izlivanja prihaja po Westphalu vsled izoliranega zapiranja sfinkterja na papilli Vateri. Dražljaj simpatika v eksperimentu na živalih odgovarja I. simpatikotropni hipofizinski fazi. Podobne rezultate je dobil Westphal v svojih eksperimentih na živalih s paralizo vaga. Dalje je našel Westphal, da ima dražljaj vaga po jakosti lahko dvojni efekt: lahek električen ali farmakološki dražljaj vaga izziva kontrakcije žolčnega mehurja in vsled tega njegovo zmanjšanje, v predelu sfinkterja Oddi pa dilatacijo in jasno peristaltiko. Močen dražljaj vaga izziva pomnoženo delovanje cele muskulature mehurja in močnejši pritisk v njem najbrže zoženje colli cystici in gornjega dela cistika, pojačanje tona sfinkterja in pogosti totalni ali parcijalni spazmus zadnjega ali sprednjega dela duodenalne porcije ductus choledochi. V tem slučaju prihaja polagoma do razširjenja srednjega in gornjega dela ductus choledochi in razširjenja žolčnega mehurja kot posledice zadržanega izlivanja v duodenum vsled trajnih kontrakcij duodenalne porcije ductus choledochi. Pojavi, ki sta jih Kalk in Schöndube opazovala v II. hipofizinski fazi, odgovarjajo fenomenom v Westphalovih eksperimentih z lahkim dražljajem vaga. Iz tega sta avtorja zaključila, da hipofizin v II. fazi deluje parasimpatikotropno, samo si nista na jasnem, ali deluje centralno ali periferno in ako periferno, ali ekstra — ali intramuralno. Da bi obrazložila delovanja hipofizina v I. in II. fazi, sta avtorja poskušala okrepiti ali oslabiliti posamezne faze s farmakološkimi sredstvi. Na atropin je nastopila hipofizinska kontrakcija t. j. II. faza zelo pozno, a v večini slučajev sploh ni nastopila. Isto je našel Westphal v eksperimentih, samo da je mesto hipofizina vzel wittepepton. Na podlagi tega, da atropin paralizira delovanje hipofizina, sta Kalk in Schöndube nasprotnika dajanja atropina + hipofizina pred holecistografijo, kakor to dajeta Příbram in Strauss radi tega, da bi se s pomočjo atropina izognila vsled draženja vaga nastopajočemu kolapsu po tetrajodfenolftaleinu in da bi s pomočjo hipofizina spraz-

ENERGIN

TONICUM ROBORANS

(Chininum ferrocitricum,
Natriumglycerinophos-
phoricum, Extr. chinae
Nanning)



Dosis: Odrasli 3 likerske ča-
šice na dan

Otroci 3 male žličke na
dan

Rešenjem Min. Soc. Pol. i Nar. Zdravlja Sanitetsko odelenje 5 Br. 27905/35

Energina po 250 gr. zavitek za bolniške blagajne 21 Din

Proizvaja laboratorij Alga — Sušak

Radio-Therma, Laško

Odprto celo leto

Radiotermalne kopeli 37.5° C. Elektroterapija,
ogljikokisle in kisikove kopeli, masaža in diete-
tično zdravljenje. — Najučinkovitejše zdravljenje
išijasa, revmatičnih obolenj, ženskih bolezni, re-
konvalescenca, znižanje krvnega tlaka i. t. d.

Sezona traja od 15. junija do 15. septembra. Izven sezone od 16. septembra do 14. junija se nudi popolnoma oskrba za 20 dni za pavšalno ceno Din 1.100.—, za 10 dni za Din 600.— (štirikrat dnevno hrana, stanovanje, zdravniška preiskava in kopel. Vštete so tudi vse takse). Prospekte in informacije na zahtevo od

UPRAVE ZDRAVILIŠČA

K A T G U T

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

nila žolčni mehur pred polnjenjem s kontrastnim sredstvom. — Razen atropina sta Kalk in Schöndube dajala pilocarpin, da bi pojačala II. fazo ev. tudi na škodo I. faze. Dajala sta ga $\frac{1}{2}$ ure pred hipofizinom. Pri zdravih ljudeh sta na ta način skrajšala I. fazo in kontrakcija žolčnega mehurja je nastopila preje in je bila v večini slučajev tudi močnejša. Drugače pa je bilo pri holecistitičarjih in holeritiatičarjih: V nekoliko slučajih sicer kakor pri zdravih, ali v veliki večini je nastopilo ravno nasprotno: kontrakcija mehurja se je ali zakasnila ali pa sploh ni nastopila. Poslednje bi odgovarjalo Westphalovim eksperimentom na živalih, kjer na močnejši dražljaj vaga nastopi zaviranje izlivanja žolča vsled spazma duodenalne porcije choledochusa. To pomeni, da je prišlo pri holecistitičarjih in holeritiatičarjih vsled obolenja mehurja do povečane mišične in nervne dražljivosti istega, tako da eden in isti dražljaj deluje kakor močnejši dražljaj. Zakasnele kontrakcije bolnega žolčnega mehurja po pilocarpinu si ne pojasnimo tako lahko, ker se v tem slučaju žolč iz mehurja vendarle izliva, četudi pozneje. Mogoče je, da iz istega vzroka, namreč vsled povečane dražljivosti žolčnega mehurja, prihaja ali do nekoordiniranih peristaltičnih kontrakcij mehurja, katere žolč zadržujejo, mesto da bi ga speljale dalje, ali pa prihaja do posameznih spastičnih kontrakcij muskulature collum-a žolčnega mehurja. — Poskusi vplivanja na I. fazo s pomočjo adrenalina simpatikotropno a s pomočjo ergotina simpatikoparalizirajoče niso uspeli, kakor bi to pričakovali. Delovanje adrenalina je ali prekratkotrajno ali pa postane njegovo delovanje pod vplivom hipofizina ravno nasprotno. — Dokazati bi morali še, ali hipofizin v II. fazi deluje centralno ali periferno. Misleč, da je, podobno kakor Auerbachov plexus v želodcu, oprijemališče najbrže v intramuralnih ganglionih žolčnega mehurja, je začel Kalk v onem času, ko sem se vračala iz Berlina, z eksperimenti na izolirarem žolčnem mehurju.

Naj navedem še nekoliko slučajev, v katerih je duodenalno sondiranje velike važnosti, če hočemo postaviti diagnozo. Negativen hipofizinski poskus lahko nastopi iz več vzrokov, kar smo že preje omenili. Intermitirajoče izlivanje žolča iz mehurja ali različni rezultati hipofizinskega poskusa v raznih dneh govore v prilog ventilskega kamna. Nad normalo gost in temen žolč iz mehurja govori za stagnacijo. Razentega je kemijski, mikroskopski in bakteriološki pregled žolča iz mehurja često velikega pomena. Končno naj omenimo še simptom dražljivega mehurja (Reizblase), kakor imenuje Bergmann simptom skrajšane latence hipofizinskega poskusa pri vegetativno stigmatiziranih in gravidnih osebah, ker kontrakcije žolčnega mehurja nastopijo prej in v večji meri, podobno kakor pri normalnih žolčnih mehurjih po pilocarpin-hipofizinu. Isti simptom najdemo tudi pri nekaterih holecistopatijah in sicer vsled posebnega stanja živčnega sistema, kakor tudi vsled lokalne preobrazitve povodom izpraznjevanja.

Holecistografija se na Bergmannovi kliniki vrši ali na prazno t. j. navadna slika mehurja brez kontrastne mase ali pa po Grahamu s pomočjo tetrajodfenoltaleina (intravenozno) ali oralitetragnošta (per os). Navadno damo poprej pituitrin, da bi se mehur pred polnjenjem popolnoma izpraznil. Na ta način opazujemo napolnjevanje žolčnega mehurja iz jeter, kar je v zvezi z duodenalnim sondiranjem zelo važno za diagnostiko obolenj žolčnega mehurja. V večini slučajev gre pituitrinski poskus paralelno s holecistografijo t. j. dotok in odtok žolča v mehur in iz njega je normalen. Imamo slučaje, ko se mehur slabo polni in slabo prazni. Ako je holecistografija pozitivna a pituitrinski poskus negativen, lahko zaključimo z gotovo rezervo, da se je koncentracijska sposobnost žolčnega mehurja zmanjšala, kar se lahko zgodi pri vnetju žolčnega mehurja. Včasih pa v takih slučajih vendarle še izzovemo kontrakcijo mehurja s pomočjo drugih sredstev, kakor n. pr. z oljem. Nasprotno, t. j. negativno holecistografijo in pozitiven pituitrinski poskus so našli na Bergmannovi kliniki samo 2-krat, toda to je bilo še takrat, ko so z holecistografijo po Grahamu šele začeli in najbrže še slike niso bile popolnoma zanesljive. Večina izvidov govori za mišljenje, da se ekspanzivna sposobnost žolčnega mehurja zgubi preje kakor pa nastopijo močnje v polnjenju mehurja iz jeter. To govori tudi v prilog drugim avtorjem, posebno Lütken-s-u, ki trdi, da je polnjenje mehurja iz anatomskih razlogov že pri normalnem človeku pasiven akt, medtem ko je za izpraznjevanje mehurja potreben intakten mišični mehanizem. Glede polnjenja mehurja je razven jakosti sence še važnejše to, ali se mehur n. pr. pri intravenozni aplikaciji napolni že čez 5 ur, kakor je to normalno, ali pa je po 8 urah senca najmočnejša in ali in koliko časa še ostane senca nato enako velika ali se morda zmanjša. Ako se mehur ne zmanjša, moramo pomisliti, če ni to vsled njegovega položaja ali pa, če ni to samo na videz vsled projekcije sence. Ako oba poskusa — duodenalno sondiranje in holecistografija — izpadeta negativno, je zelo verjetno, da je ductus cysticus zaprt. Po mnenju Bergmannove šole se mehur najmočnejše polni in najdalje časa izpraznjuje v času gravidnosti. Obstojajo pa tudi slučajji z diskinezijo ali pa vegetativno stigmatizirani, pri katerih se mehur prehitro izpraznjuje.

Berg zelo lepo slika žolčne kamne ne da bi polnil mehur; s pomočjo holecistografije po Grahamu jih slika samo tedaj, če je navadna slika na prazno negativna. Videla sem celo serijo slik na prazno s posameznimi velikimi kamni in slik mehurjev, ki so bili polni drobnih kamenčkov. Tudi na indirektne rentgenske simptome polagamo važnost n. pr. impresija na bulbu duodeni vsled hydrops-a vesicae felleae. Rentgen nas lahko opozori na periholecistitična in periduodenalna zaraščanja, v drugih slučajih pa zopet lahko otežkoči diferencialno diagnozo, n. pr. ako so v slučaju ulcus-a duodeni zajeti tudi žolčni kanali: tu rešava situacijo Ackerslund-Bergova reliefska metoda.

Glede terapije holecistopatij je ideal Bergmannove šole profilaksa in to ne samo profilaksa stvarjanja kamnov, nego profilaksa začetka holecistopatij sploh. Po mnenju Bergmannove šole obstoja ta profilaksa v odstranitvi predolgotrajnih stagnacij. Čimbolj stopa v ospredje poleg spoznavanja sprememb metabolizma in infekcije spoznavanje funkcionalnih sprememb ekstrahepatičnih kanalov (Westphalove diskinezije), tembolj se bližamo ne zgodnji operaciji, nego zgodnji interni terapiji. Dosedaj n. pr. še ni mogoče reči z gotovostjo, kdaj je potrebno umirjevanje iritiranih kanalov, kdaj drenaža, kdaj antiflogistično zdravljenje in kdaj aktivnejša terapija.

Pri holecistitidah, kjer je aktivna terapija največkrat kontraindicirana, vporablja jo na Bergmannovi kliniki navadno še staro terapijo: izzivanje hiperemije ne samo na površini, nego tudi v globini, celo v samem organu s pomočjo kataplazem zjutraj in zvečer pred jedjo po 1—1½ ure in to tako vročih, da jih bolnik komaj prenese in da mu ostanejo na koži posledice kroničnega vneta. Razentega zjutraj 2 čaše (okrog 150 g) vroče karlovarske vode in 3-krat na dan po ½ mg atropina ali bellafolina kot antispasmodicum, a razentega še kak holereticum: Bergmann daje rad felamin ali cholactol. Dijeta: Bergmann ne daje masti, četudi deluje holereitično in holekinetično. Posebno je proti jedem, ki so pripravljene z vročo mastjo. Surovo maslo dovoljuje. Radi gastrične ahilije, ki jo imamo mnogokrat pri holecistitidah, je proti grobi celulozni hrani. Pri holecistitis-holangitidah se daje choleval intravenozno, istotako tudi salicilurotropinske preparate, n. pr. cyotropin. V teh slučajih je aktivna terapija naravnost kontraindicirana.

Aktivna terapija, t. j. kombinacija stare terapije z intraduodenalnim izpiranjem s pomočjo Mg sulfuricum-a, olja, raznih mineralnih vod in injekcij hipofizina in decholina, je indicirana: ako kamen zapira duct. choledochus in še enkrat, predno pošljemo bolnika na operacijo, poskušamo osvoboditi kanal kamna, seveda, če ta ni prevelik. V slučajih, kjer je mehur poln malih kamenčkov in kjer odhod nekaj kamenčkov ničesar ne pomeni, ne vporablja mo aktivne terapije. V slučajih holecistitijaze, kjer se moramo odločiti za operacijo ali za aktivno terapijo, ima rentgen najvažnejšo vlogo; najraje in z največjim uspehom pa vporablja mo aktivno terapijo v slučajih stagnacije ali samo takrat, če vnetje še ni izraženo.

Kalk in Schöndube sta napravila sledečo šemo za aktivno terapijo:

Predpogoj: slučaji brez kolik in brez ikterusa.

1. dne: zjutraj na tešče karlovarska sol ali pa 1 jedilna žlica ol. olivar. z vročo vodo; v tekom dneva 3-krat po ½ mg atropina per os, kataplazma, dijeta.

2. dne: niti atropina niti karlovarski sol. Duodenalna sonda, 2 ccm, pituitrina; istočasno 10 ccm 20 %-nega decholina intravenozno kot cholereiticum, nato 300 ccm 20 %-ne raztopine Mg sulfata intraduodenalno. Večkrat

izpiramo mesto z Mg sulf. s kako drugo alkalno mineralno vodo. Če pride napad, ga ne smemo kupirati.

3. dne: kakor 1. dne, event. zopet 1 jed. žlico ol. oliv.

4. dne: kakor 2. dne, samo brez duod. sonde in brez duodenalnega izpiranja.

5. dne: kakor 1. dne.

6. dne: kakor 2. dne.

Ta turnus event. lahko ponovimo.

Glede operativnega zdravljenja je Bergmannova šola za razliko od prof. Antićeve šole v Beogradu*) zelo konzervativna in sicer iz sledečih razlogov: 1. žolčni mehur je vendarle precej važen organ; on sprejema, kondenzira in izprazni koncentrirani žolč, ki ga za časa prebave masti, ko je koncentrirani žolč najbolj potreben, izpraznjuje. 2. po ekstirpacijah žolčnega mehurja le zelo pogosto nastopajo recidivi in to baš v onih slučajih, kjer so anatomske spremembe bile najmanj izražene.

a) Največkrat imamo recidive pri diskinezijah; le v onih slučajih, kjer je bil le žolčni mehur vzrok diskineziji, nimamo po holecistektomiji recidiva. Ali navadno imamo pri diskinezijah motnje v vsem žolčnem sistemu (vzrok: motnja vegetativnega sistema). V takih slučajih holecistektomija le izjemoma uspeva in to po mnenju Bergmannove šole vsled tega, ker pride radi ekstirpacije žolčnega mehurja do neke vrste preobrazitve vsega žolčnega sistema. Največkrat pa diskinezija po operaciji ostane še dalje. Kalk in Schöndube sta našla pri duodenalnem sondiranju holecistektomirancev hipofizinski poskus negativen. Ali pri enem delu operiranih je približno 6 tednov po operaciji hipofizinski poskus postal pozitiven. Po holecistektomiji žolč stalno kaplja v duodenum, ker sfinkter Oddi več ne zapira dobro. V slučajih pa, kjer nekoliko tednov po operaciji hipofizinski poskus postane pozitiven, sfinkter Oddi zopet dobro funkcionira. Ker dražljaj vaga izziva močnejše kontrakcije sfinktera Oddi, se žolč izlija v daljših presledkih; prihaja do dilatacije intra- in ekstrahepatičnih kanalov, žolč stagnira, duct. choledochus in hepaticus prevzameta en del funkcije žolčnega mehurja, t. j. kondenzacijo žolča. Na ta način je razumljivo, zakaj navlic ekstirpaciji mehurja dobimo z duodenalnim sondiranjem temen žolč celo z 200 mg % bilirubina. Vse to je dokazal Rost z eksperimenti na živalih. Na Bergmannovi kliniki so v enem takšnem slučaju izvršili nanovo laparotomijo in našli 150 mg % bilirubina v žolču, ki so ga dobili s pomočjo punkcije duct. choledochus-a. V onem večjem delu slučajev, kjer je hipofizinski poskus po operaciji stalno negativen, sfinkter Oddi ostane inkontinenten. Recidive pa nastopajo ravno v slučajih s pozitivnim hipofizinskim poskusom vsled spazma sfinkterja Oddi po operaciji. Ti bolniki odgovarjajo Westphalovim, v začetku referata navadenim hipertoničnim motilitetnim nevrozam žolčnih kanalov ali kratko rečeno vagotoni-

*) Antić: Kakav stav treba lekar da zauzme u terapiji holelitijaze?

Srpski Arhiv za celokupno lekarstvo. Beograd, sv. XI. 1932.

PLJUČNICA

Pri sumu na pljučnico, kjer še ni prišlo do izrazitih bolezenskih znakov, je opetovana aplikacija prsnega ovitka z Antiphlogistino (Jacket) jako priporočljiva, da s tem morda preprečimo napredovanje bolezni.

Ako se je pa pljučnica že razvila, tedaj Antiphlogistina bolniku olajša stanje in pospeši ugodni potek zdravljenja.



Antiphlogistina



hiperemizira

dekongestira

relaksira



The Denver Chemical MFG. Co.
New York, U. S. A.

Braće J. Jovanovića, Beograd
Knez Mihajlova ul. br. 33

ZA PROFILAKSO IN TERAPIJO HRIPE INFLUENCE PREHLADA

staro preizkušeno sredstvo
v učinkoviti obliki

KININ



CHININ-PULVERPILLEN „ORIGINAL“

vporaba: ugodna

rezorbcija: sigurna

učinek: popoln

Amsterdamsche Chininefabriek
HOLLAND (Nizozemska)

Zastopstvo za kralj. Jugoslavijo:
„KAŠTEL“ d. d. ZAGREB

ZDRAVILIŠČE IN KOPALIŠČE



SLATINA RADENCI

Kraljevski dvorski dobavitelji

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!

Narodna protituberkulozna liga v Ljubljani

*prosi vse gg. zdravnike, da
ustanovijo krajevne lige
tam, kjer jih dosedaj še
ni in da sodelujejo z vsemi
silami v že obstoječih ligah*

*Zdravniki morajo biti na čelu
pokreta proti jetiki!*

čarjem oz. vegetativno stigmatiziranim. V takih slučajih smo po skušnjah Bergmannove šole dosegli uspeh s pomočjo choledochoduodenostomije, da bi se obšli sfinkter Oddi.

b) Recidive po holecistektomiji prihajajo često tudi vsled pankreatitide, ki se rada pridruži holecistopatijam in ki ostane še dalje po operaciji. Ali po Bergmannu imamo tudi slučaje, v katerih pancreatitis naslopi šele po operaciji in sicer radi tega, ker žolč, mesto da bi se izlival v duodenum, teče skozi skupni izliv na papilla Vateri vsled motenja funkcije sfinkterja Oddi v pankreasov kanal, prihaja v pankreas in dovede do njegovega vnetja vsled aktiviranja tripsina. Ta prehod žolča v pankreasov kanal je pa tem lažji, ker ni nikake vis a tergo strani žolčnega mehurja.

Résumé :

L'auteur décrit dans ce réferat les méthodes modernes qui s'emploient à la clinique du prof. v. Bergmann à Berlin au sujet du diagnostic et de la thérapeutique des cholécystopathies.

Les cholécystopathies comptent 3 sortes de troubles : troubles dans le métabolisme (calculs biliaires), inflammation de la vésicule et des canaux biliaires et les désordres de l'appareil neuro-musculaire des voies biliaires — dyskinésie d'après Westphal.

Pour faciliter le diagnostic des cholécystopathies atypiques et aussi dans l'intention d'examiner la fonction de la vésicule et des canaux biliaires, l'école de v. Bergmann se sert de la sonde duodénale et de la cholécystographie.

Dans la thérapeutique des cholécystopathies l'école de v. Bergmann est partisan de la thérapie interne précoce dans un but prophylactique contre la formation des cholécystopathies en général. A côté de la vieille thérapie interne on applique dans les cas correspondants une thérapie interne active d'après le schéma de Kalk et Schöndube.

Literatura :

v. Bergmann: D. Med. W. 1926, št. 42 in 43.

Kalk in Schöndube: Z. f. d. ges. exp. Med. 1926, B. LIII, zv. 3/4.

Dr. ALOJZ KUNST, šef rentgen-zavoda drž. bolnišnice v Ljubljani.

Rentgenska terapija raka*

Rak je v prvi vrsti bolezen civiliziranega človeka. To dejstvo je danes statistično dokazano in morda ni zgolj slučaj, da je tudi terapija raka izključno domena visoko stoječe medicinske kulture naroda.

Primitivnih metod za zdravljenje raka je mnogo in se njih uporaba periodično pojavlja celó na najmodernejših zavodih, to pa zato, ker so tudi najnovejša sredstva pri večini slučajev popolnoma nezadostna.

Med najnovejša sredstva za zdravljenje raka spadajo žarki radija in rentgenovih cevi, katerih se poslužujemo v medicini že par desetletij.

Predavanje na tečaju o raku v Ljubljani.

V današnjem predavanju bi rad podal nekaj nazorov iz teorije in prakse zdravljenja raka z rentgenovimi žarki.

Izključna uporaba rentgenovih žarkov pri zdravljenju raka se na nekaterih klinikah uporablja pri karcinomih ženskega genitalnega trakta, to pa radi tega, ker so uspehi z obsevanjem popolnoma isti kot z operacijo, pri tem pa je metoda z obsevanjem mnogo enostavnejša, neboleča in prav nič nevarna. Če govorimo o zdravljenju raka z obsevanjem, je vedno mišljen le rak maternice, ker je le-ta za obsevanje najbolj ugoden in so rezultati obsevanja skoro identični z ozdravljenjem.

Rak kože je poglavje zase in ga nekateri avtorji ne prištevajo k rakastim tvorbam, ker delajo le redkokedaj metastaze in je tudi zdravljenje kožnega raka zelo enostavno, bodisi z ekscizijo ali pa z obsevanjem.

Raka na prsih danes v vsakem možnem slučaju operiramo in ga šele potem obsevamo. Uspehi takega zdravljenja še daleko niso zadovoljivi in je težko prerokovati, v kakšno smer se bo ta metoda še izpopolnila. Na vsak način bi bilo potrebno, da bi se na podlagi točnih statistik določila največja verjetnost metastaz po amputaciji mammae in bi se na teh, verjetno disponiranih mestih, obsevalo. Mogoče bi se dal na ta način procent uspehov nekoliko zvišati.

Uspehi obsevanja karcinomov intestinalnega trakta so z izjemo afekcije jezika in ustnic še zelo nepovoljni. Tu je radium še nekak suveren, vendar se pa s trajnimi uspehi ne more ponašati. Seveda se tudi v teh slučajih obseva z rentgenom, ker je to hitra in še nekoliko mistična metoda — za pacienta namreč — uspeh je pa le tedaj največji, če se drži rentgenolog skrajne meje in ta je: „nil nocere“.

Metod za taka obsevanja, katerih uspeh je skrajno problematičen, je več. Eni obsevajo vsak dan, drugi v malih presledkih, kakor je pač pacient pri roki in — sit vaenia verbo — pri denarju. Zdravnik, ki pacienta napoti k obsevanju, kaj lahko nasede takim metodam in večkrat se zgodi, da pride bolnik na obsevanje z naročilom „Moj zdravnik je naročil, da me morate večkrat in pa bolj močno obsevati“.

Najlepši in zanesljivi uspehi so dosegljivi z enkratnim obsevanjem, kakor se to vidi pri kastracijah ali pri epilaciji. Pri vsem pa, kar se more ali pa mora večkrat obsevati, je uspeh problematičen.

Za taka enkratna, toda zadostna obsevanja je pa potreben zadostno in moderno opremljen zavod, pa najsibo za radium ali za rentgen.

Ravno radi tega, ker se je prva desetletja radiologije delalo s premajhno aparaturo in s premalimi količinami radioaktivnih snovi, so bili uspehi nezadostni ali so sploh izostali. Iz istega razloga je tudi vsa takratna literatura neuporabna za statistične sklepe in so radi tega tudi znameniti radiologi in ginekologi sklepali, da je bilo upanje na uspešno zdravljenje raka z žarki preoptimistično.

Toda že leta 1913 so nemški ginekologi na kongresu v Halle dokazali na podlagi večjega števila pacientov, da je karcinom maternice popolnoma

ozdravljiv samo z obsevanjem, brez operacije. Značilno za prepričevalnost teh izjav je izjava profesorja Wertheima, ki je bil na tem kongresu navzoč in je proti prof. Bummu rekel: „Zame je pač tragična usoda, da je moje življensko delo, totalna ekstirpacija rakaste maternice, ravno v tem trenutku postalo nepomembno in odveč, ko sem to operacijo z velikim trudom in mnogimi žrtvami izoblikoval“.

Med svetovno vojno se na tem polju ni več delalo, vsaj v literaturi ni nobenih pomembnejših poročil, pač pa je že leta 1920. izšlo najpomembnejše znanstveno delo o rentgenološkem obsevanju raka v poročilu 16. zborovanja nemških ginekologov v Berlinu in sicer od Seitz-Wintz-a in Warnekros-a.

Na tem zborovanju je bila določena tudi takozvana karcinomska-doza, to je tista točno določena množina rentgenovih žarkov v globini, ki z gotovostjo uniči rakasto tkivo.

Te doze, ki je za karcinom najsigurnejše zdravilo, ni z modernimi aparati težko reproducirati, težavno pa je, to dozo žarkov aplicirati samo na tumor v globini, ali pa na tista mesta, ki so sumljiva za novotvorbo.

Pri zdravljenju raka poznamo danes samo še tehnične ovire in da bi tudi te premagali, so začeli sistematično zbirati uspehe obsevanja in točno normalizirati tehnične pripomočke za uspešno zatiranje raka.

Kakšno važnost je ves svet začel polagati na obsevanje raka z rentgenom, dokazuje osnovanje posebne radiološke komisije pri Društvu narodov v Ženevi leta 1928. Ta komisija si je nadela za nalogo, zbirati točne podatke o zdravljenju raka, nadzorovati tehnične pripomočke in dati na podlagi komisijskih zaključkov primerne direktive za najuspešnejše zdravljenje raka.

Za nas zdravnike, ki se tudi želimo udeleževati pri zdravljenju raka, bo gotovo zanimivo, če malo pokibiciramo v to veliko delavnico, kjer se kujejo paragrafi za obsevanje raka, da vidimo, kakšno aparaturo bi morali imeti, da bi se lahko vsaj za silo kosali s tistimi, ki pišejo znanstvene knjige in vsakovrstne statistike.

V to komisijo pri društvu narodov je izvoljenih več najbolj znanih radiologov celega sveta, ki imajo večkrat na leto znanstvene sestanke.

Na enem izmed teh sestankov je bilo določenih pet točk, po katerih naj bi se uredil način za smiselno zdravljenje ginekoloških karcinomov z radioaktivnimi in rentgenovimi žarki. Te točke so:

1. Javna in znanstvena propaganda, ki naj omogoča čimprejšnjo ugotovitev karcinoma, s čimer je uspeh obsevanja zagotovljen.

Kako važna je ta točka pri zatiranju raka, kažejo statistični podatki nekaterih klinik, ki izkazujejo komaj 15 % do 25 % operabilnih slučajev (podatki od Wintza, Döderleina in Heymana). To so namreč številke iz zavodov, ki samo obsevajo. Na zavodih pa, kjer samo operirajo, je ta odstotek mnogo večji od 40 do 80 %. Iz tega sledi, da prihajajo na obsevanje že zelo progredientni slučajji, večkrat samo „solatii causa“, dočim

pošiljajo nakazujoči zdravniki klinikam v operacijo še dobre slučaje, ki se zato lahko ponašajo s tako visokim procentom operabilite.

Iz navedb profesorja dr. Friedricha Voltza posnemam, da ima on na svojem materialu 17.2 % operabilite in 18.2 % absolutne ozdravljivosti z obsevanjem. Če bi torej z zadostno propagando in primerno preiskavo pošiljali take paciente v zavod, pri katerih bi bila operabilnosta 40 %, potem bi se zvišala tudi absolutna ozdravljivost z obsevanjem na 29.4 %.

Največji procent ozdravljivosti ima za enkrat „Radiumhemmet“ v Stockholmu, ki izkazuje 23.2 %. Ta velik procent gotovo odtod, ker na Švedskem skoro nikjer več ne operirajo, pač pa vse slučaje Collumcarcinoma pošiljajo v centralni zavod, imenovan Radiumhemmet, kjer samo obsevajo.

Tudi je ta visoka procentna številka odvisna od tega, ker švedska država ta zavod za obsevanje zelo podpira s tem, da plača za manj premožne vse stroške potovanja v Stockholm in seveda tudi vzdrževanje v zavodu in obsevanje. Pa tudi za vsa nadaljna potrebna preiskovanja plača država potne in druge stroške.

2. Točna izdelava pravil za strokovno izvedbo obsevanja.

Velika zmešnjava v svetovni literaturi, ki obdeluje probleme in uspehe pri zdravljenju raka je nastala ravno vsled tega, ker nikjer niso postopali enotno in je vsak avtor več ali manj eksperimentiral. Ta je zahteval obsevanje pred operacijo in po radikalni operaciji v večjih ali manjših presledkih, drugi je zopet trdil, da je vsako obsevanje pred operacijo napačno in da s tem samo zamudi ugoden čas za operacijo; tretji pa je našel, da je obsevanje po operaciji nepotrebno in da ni nikoli videl uspehov. Iz vsega tega sledi, da je najprej potrebno enotna postopanje, če hočemo iz statističnega materiala delati kakoršnekolikoli zaključke. Glavni pogoj za tako enotno postopanje, ki edino vodi do najboljših rezultatov, pa je zadostna aparatura in zadostna množina radioaktivnih snovi. To je kardinalni pogoj za vsako uspešno borbo proti raku in najslabše je, če se dela z nezadostnimi sredstvi. Zakaj nezadostna sredstva silijo zdravnika k raznim poskusom in varajo pacienta, da ne gre pravočasno tja, kjer se mu lahko nudi pravilna pomoč. Krilatica, da je boljše nekaj kot nič, se v medicini nikjer ne obnese, ker samo z nekaj znanja in z nekaj sredstev bolniku večkrat bolj škodujemo kakor koristimo.

Kakšno tehnično opremo zahtevamo od zavodov ki hočejo uspešno zdraviti raka, bom povedal v naslednji točki.

3. Znane resolucije Društva narodov v Ženevi, ki predvideva posvetovanja za smotreno opremo klinik in zavodov, ki se bavijo z obsevanjem, kar se naj določa v zadevnih posvetovalnicah.

Tri točke so, ki jih predvideva ta posvetovalnica za uspešno zdravljenje raka in sicer:

- a) Zadostno množino radioaktivnih substanc.
- b) Zadosti močne aparate za proizvodnjo rentgenovih žarkov.
- c) Subtilno in preizkušeno tehniko obsevanja.

Če so ti predpogoji samo delno izpolnjeni ali jih sploh ni, potem bodo seveda uspehi obsevanj izostali.

Tu smatram za umestno, da pokažem s kašnimi sredstvi razpolagajo najbolj znani zavodi, ki se bavijo z uspešnim zdravljenjem raka.

Kot prvega navajam radium-zavod v Parizu, ki razpolaga s 7 grami radija, v vrednosti kakih 30 milijonov dinarjev. Od teh 7 gramov porabljajo 4 grame za površna obsevanja iz daljave, 1 gram imajo v posebnem laboratoriju za pridobivanje emanacije, 2 grama pa sta v solni spojini za lokalno aplikacijo. Rentgenološki oddelek tega zavoda ima šest velikih aparatov za obsevanje na desetih mizah in še tri specialne aparate samo za poskuse in znanstveno delo.

V Stockholmu ima Radiumhemmet nekaj čez dvanajst gramov radija in tri najmodernejše rentgenaparate za obsevanje na petih mizah.

Nemške klinike imajo v splošnem manjše količine radija (okoli 500 miligramov), zato pa so rentgenološko naravnost fantastično opremljene. Tudi dunajske bolnice in klinike, ki sem jih ravnokar obiskal imajo vseskozi moderne rentgenološke naprave in ogromne množine radija. Umevno je, da vse te dragocene naprave ne delujejo avtomatično in da je v prvi vrsti potrebna skrb tudi za dober zdravniški kader in prvovrstno specializiran pomožni personal.

4. Zahteva internacionalno izenačenje vseh statističnih podatkov. Da je to važen predpogoj za vsako znanstveno in praktično zdravniško delo je jasno, ker skuša vsak pozamezni terapevt svoje delo izenačiti s tisto metodo, ki se je izkazala za najuspešnejšo in če v svetovni literaturi ni enotnih vzorcev, potem je vsaka primerjava uspehov iluzorična in bi vsak le svojo metodo hvalil, četudi je principiarno napačna.

Ker je v medicini uspeh zdravljenja sploh nekaj relativnega in vsled dobre namere zdravnika nekaj tendencioznega, je enotno izražanje in točno preciziranje podatkov uspeha najvažnejša okolščina za primerjalni produkt terapije. To enotno opazovanje uspehov obsevanja in enoten način doziranja sta kmalu dovedla do enakih številčnih efektov na raznih krajih kulturnega sveta in zato je gotovo, da bo vsak, ki dela po teh splošnih načelih, dosegel pri svojih pacientih enako dobre rezultate.

Zadnja točka teh internacionalno sprejetih pogojev je točka

5., ki zahteva, naj se vse znanstvene preiskave in določanja indikacij vrše po enem internacionalnem skupnem načinu.

Ta točka definira posamezna imena karcinomov, njih histološki izvid, kakor tudi absolutno indikacijo za obsevanje in pa enotno pojmovanje ozdravljenja oziroma izboljšanja.

Iz tako enotno sestavljenih statistik smo videli, da so mlajši pacienti za obsevanje sicer občutljivejši, da pa hitreje podležejo raku oziroma metastazam. Ravnotako so utemeljena opazovanja, ki jih je svoječasno izdal prof. Jovanović, da je karcinom pri socialno visoko stoječih in dobro

prehranjenih malignejši in za terapijo odpornejši, kakor pri socialno nižjih in stradajočih slojih.

Tudi niso vsi eksperimenti obsevanja raka pri živalih kar brez kritike prenosljivi na človeka. Rak človeka je le še nekaj povsem drugega kot rak živali, to dokazuje že dejstvo, da se do danes še ni posrečil prenos raka od človeka na človeka. Lahko ta eksperiment napravimo od živali na žival in tudi že od živali na človeka in obratno, toda običajen rak človeka je za enkrat direktno še neprenosljiv.

V literaturi zabeleženi slučaji, da sta oče in sin, ker sta oba kadila iz iste pipe, dobila oba enak karcinom na ustnici, ali pa da sta dva nesorodna človeka uporabljala isti irigator in sta oba dobila carcinoma recti, so po mojem mnenju slučajne koincidence, kajti rak je danes zelo razširjena bolezen. Dedna dispozicija za raka pa je dokazana.

Vse te nianse raka mora rentgenolog dobro poznati, ker je način aplikacije žarkov in adjuvancij le nekoliko različen, če je pacient pri enaki afekciji in godnosti celic mlajši ali starejši, če je dobro hranjen ali je končno tudi dedno disponiran. Koncemkonca bo optimalen uspeh le še odvisen od prirojene spretnosti in od zdravniške umetnosti posameznega terapevta, ki se bo le v principu držal preizkušene poti.

Vse, kar sem dosedaj navedel o uspešnem zdravljenju raka, velja le za carcinoma colli uteri, kajti vsi drugi karcinomi so na žalost za obsevanje manj občutljivi, če se namreč nahajajo v notranjosti telesa.

Tumorji žlez še nekam povoljno reagirajo na rentgensko obsevanje, dočim so rakasta obolenja želodca, črevesja, žolčnika in sosednih organov skoro refrakтерна za vsako obsevanje in je vsled tega tudi način obsevanja popolnoma irelevanten, kot sem to že v prejšnjem delu omenil.

K sreči je nekaj rakastih obolenj, ki se vsaj za daljšo dobo pozdravijo z radijem ali pa z rentgenom in ti slučaji so nam za vzgled pri naših pacientih, da jih žnjimi tolažimo, češ „rak je danes popolnoma ozdravljiv“, zraven pa tudi sebe bodrimo k nadaljnemu iskanju zdravilnih metod.

To so teoretična razmotrivanja in danes veljavni nazori o zdravljenju raka; sedaj bom opisal še, kako se je obsevanje doslej praktično izvajalo.

Od leta 1913 do 1918 so raka obsevali izključno le z radioaktivnimi snovmi, to je z radijem in mesotorijem. Le neznatni del so obsevali tudi z rentgenom.

Od leta 1918 do leta 1922 so obe metodi kombinirali, to je zdravljenja z radioaktivnimi substancami in istočasno tudi z rentgenom. Z rentgenom so obsevali po znani metodi več malih polj, abdominalno in sakralno.

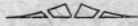
Od leta 1923. pa je začela nova tehnika obsevanja in sicer velika polja z enkratno maksimalno dozo. Iz istega leta datira tudi predobsevanje hipofize z namenom, da organizem napravimo občutljivejši za žarke. To obsevanje hipofize je predlagal Hofbauer in je ta predlog znanstveno izdelal Henri Hirsch v Hamburgu, ki je prišel do zaključka, da rentge-

ZA TERAPIJO Z RIBJIM OLJEM

DESTINOLAN

poltekoča Desitinova mast
brez cinkovega oksida in tal-
kuma s konstantno vsebino
vitaminov A in D. Izredno
skrajšana doba zdravljenja
tudi gangrenoznih ran.
Popolnoma brez bolečin
menjanje zavojev

ARTUR STERN, ZAGREB
TRG KRALJA PETRA 9


Klimakterične težave:

občutek toplote
naval krvi
utripanje srca
glavobol
nespečnost
občutek strahu
zaprtje
adipositas
pruritus
preklimakterične
menoragije

Odstranjuje novi antiklimakterium

PROKLIMAN

„CIBA“

Ovarialni hormon — Peristallin-
Nitroglycerin — Dimethylamino,
phenyldimethylpyrrolazon —
Coff. natr. salicyl.

1—2 krat na dan 2—3 tablete.
Originalni zavoj z 40 tabletami.



GESELLSCHAFT F. CHEMISCHE INDUST. IN BASEL

ZASTOPSTVO ZA JUGOSLAVIJO:

Mr. Ph. Kaiser Dragutin, Zagreb, Preradović. 40

ROBOR M. i K.

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

SKALIN M. i K.

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

REAL M. i K.

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

CAMPHOSOL M. i K. injekcije

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

CAMPHOSOL M. i K. draže

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

HIDROGEN M. i K. tablete

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

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

ZDRAVILIŠČE TOPLICE

DOBRNA PRI CELJU

Akratoterma 37° C, radioakt. naravne ogljikovo kisle kopeli. Izborni zdravilni učinki pri boleznih srca in živcev in pri ženskih boleznih

Zdravilni pripomočki: naravne termalne ogljikovo kisle kopeli, kopeli v vročem zraku, solnčne zračne kopeli, diatermija, višinsko solnce. Solux obsevanje, masaže, dijetetično zdravljenje. Specijalitete: zdravljenje s kozjim mlekom, jogurtom in ležalne kure

Krasen park, divna okolica s smrekovimi in jelkovimi gozdovi, lepe, številne izletniške točke. Godba, 220 sob, prvovrstna kuhinja, dijetetična kuhinja, lov in ribolov v najbližji okolici

V spomladanski in jesenski sezoni kompletno 20-dnevno zdravljenje za znižano ceno Din 1.200— (oziroma Din 1.380—)

Sezija od 15. aprila do 31. okt. Prospekti na zahtevo!

nološko obsevanje hipofize povzroči večjo sensibiliteto rakastih celic, na celotni organizem pa vpliva celó regenerativno.

Ne morem povedati, če so ta opazovanja točna, ker še nikjer v literaturi nimamo o tem statistik. Tudi na dunajskih rentgenskih zavodih, kjer delajo z obsevanjem hipofize, predno obsevajo karcinom, mi niso mogli postreči s točnimi in zanesljivimi podatki, ker baje še nimajo večletnih primerjalnih opazovanj. Opazil pa sem, da imajo na teh moderno opremljenih zavodih, kljub intenzivnemu obsevanju, istotake metastaze kot pri nas in da tudi te metastaze traktirajo z velikimi dozami, seveda brez upa zmage in je pacient intenzivno pigmentiran in preležan, predno zapusti to radioaktivno dolino.

Na koncu podam še en primer, kako tako obsevanje „lege artis“ izvršimo. Prvi dan: Bolnika sprejmemo v zavod, vzamemo anamnezo in izdelamo klinični izvid. Nato določimo načrt zdravljenja in bolnika pripravimo. Drugi dan: Obsevanje hipofize (od dveh strani).

Tretji dan: Glavno rentgenološko obsevanje s polno dozo.

Četrty dan: Bolnik miruje, če treba tudi več dni.

Peti dan: Operativni posegi v diagnostične svrhe (ekscizija, abrazija, fulguracija ali pa kauterizacija).

Šesti dan: Zopet celodnevni odmor, da se bolnik umiri.

Sedmi dan: Obsevanje z radioaktivnimi substancami.

Osmi dan: Celodnevno počitek in

deveti dan: Bolnika lahko odpustimo.

Za enkratno obsevanje rabimo torej najmanj devet dni. Medtem mora biti bolnik v zavodu.

Če je obsevanje še potrebno, naročimo pacienta k drugi seriji in sicer čez osem tednov. Drugič obsevamo brez predhodnjega obsevanja hipofize in je z drugim obsevanjem zdravljenje takorekoč zaključeno.

Več dunajskih kolegov, ki delajo z modernimi zaprtimi rentgenskimi cevmi mi je izjavilo, da takozvanega „mačka“ po obsevanju ne opažajo več.

Kot sem že ponovno omenil, velja vse to le za raka maternice, za katerega trdimo zdravniki, da je ozdravljiv. Za karcinomatозна obolenja drugih organov in za postoperativne recidive je postopek nekoliko drugačen. Glavni princip pri vsakem obsevanju pa je, da skušamo na obolelo mesto aplicirati tako veliko dozo žarkov, da z gotovostjo uniči patološke celice. Teoretično je torej zdravljenje raka z žarki silno enostavno in se laik kar ne more načuditi, da pacient umre kljub tolikokratnemu obsevanju.

Zdravnik pa mora vedeti, da karcinom ni lokalna bolezen, lokalni je samo tumor ali pa defekt, ki ga vidimo in otipljemo, zato je jasno, da bolnik s karcinomom ne more biti popolnoma ozdravljen, če mu odstranimo ali izžgemo ta simptom. Seveda se bolnik čuti zdravega po dobro uspeli operaciji, ali po zadostnem obsevanju, ki odstrani vse vidne znake raka, toda ta bolnik ima v sebi nekako pripravljenost za ponovno afekcijo. Le ako se bo posrečilo to pripravljenost odstraniti iz organizma z obsevanjem

ali kako drugo metodo, šele potem bo človeštvo rešeno te misteriozne morilke.

Triumf uspeha z operacijo ali z obsevanjem tvorijo karcinomi pri ženski in sicer carcinoma mammae in uteri, ker oba organa lahko daleč v zdravem tkivu izrežemo ali izžgemo, ne da bi celotni organizem po taki amputaciji količkaj trpel. Pri moškem na žalost takih organov ni in je maligniteta intestinalnega karcinoma pri obeh spolih enaka in enaka je seveda tudi prognoza po operaciji ali pa po obsevanju.

Gotovo smo še zelo daleč od zaželenega uspeha pri zdravljenju raka in zato je naša dolžnost, da delamo v smernicah, ki jih imajo razna društva za proučevanje in zatiranje raka.

Na koncu mojega predavanja o rentgenološkem zdravljenju raka gotovo ne bo odveč, če na kratko razložim nekaj znakov, ki jih rentgenologi uporabljamo pri delu in ki jih vsak medicus vidi v znanstvenih publikacijah svoje stroke. Važno za vsakega zdravnika je vedeti, da se rentgenovi žarki aplicirajo pacientu po gotovih dozah, ki jih po internacionalnem dogovoru v Stockholmu leta 1928. pišemo z znakom „r“. Obstojajo tudi še drugi znaki za dozo, na primer „H“ (po prof. Holzknechtu) in dr., vendar se danes uporablja skoro izključno le ta internacionalni znak mali „r“ in so tudi vsi aparati za merjenje žarkov označeni s tem merilom.

Če je kje naznačeno, da dobi pacient 550 do 600 r, potem je to isto, kot če bi bilo zapisano da dobi maksimalno dozo, ki jo njegova koža brez škode prenese. Imamo torej tudi v rentgenologiji maksimalno dozo, kar je zlasti za karcinom zelo važno, kajti takozvana karcinom-doz je večja kot maksimalna doza kože. Kako se taka, za vsako obsevanje važna doza s poljubnim rentgenskim aparatom reproducira, je pač stvar terapevta, kateremu morajo biti te stvari dobro znane. Za zdravnika pa, ki večkrat vidi obsevane paciente, je važno, da postane koža na mestu obsevanja nekoliko pigmentirana, zlasti če dobi pacient dozo, ki je blizu maksimalne. Taka pigmentacija je popolnoma normalen pojav in napačno je, če zdravnik bolnika straši, da je bil preveč obsevan. Istotako ni upravičena kritika, da obsevanje z rentgenom ni točno, če ne uporabljamo takozvanega dozimetra, ki sproti meri dozo žarkov v „r“ enotah. Merjenje žarkov z dozimetrom je na vsak način zelo zaželeno radi kontrole in enostavnosti, toda vedeti moramo, da je dozimeter avtomat z zelo subtilno konstrukcijo in podvržen raznim motnjam.

Količino žarkov merimo razven z dozimetrom še s kontrolno uro.

Toliko o tehnični strani obsevanja z rentgenovimi žarki, ki je danes eno najuspešnejših sredstev proti raku in vse kaže, da bo najnovejša konstrukcija rentgenskih cevi s prosto antikatodo izpodrinila celo radij, ker bo mogoče obsevanje tumorja v odprti trebušni votlini v razmeroma kratkih časih.

Prvi taki poskusi so se sijajno obnesli in upajmo, da bo ta tehnika kmalu toliko napredovala, da bomo brez današnje dvoumnosti samozavestno trdili: „Rak je ozdravljiv z rentgenovimi žarki“!

Zusammenfassung:

Die Röntgentherapie des Krebses. Der Vortrag behandelt den heutigen Stand der Röntgenstrahlenbehandlung des Krebses u. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

Die Haut- und Mundcarcinome sind fast alle heilbar entweder durch Operation oder durch Radium und Röntgen. Die Carcinome des übrigen Verdauungstraktes und der Organe, die man ohne Schaden des Patienten nicht in toto entfernen kann, (Lunge, Leber, Niere, et cetera) sind derzeit vollkommen unheilbar. Die Organe aber, die man kirurgisch entfernen kann, ohne dass der Patient hiedurch lebensunfähig wäre (Mamma und Uterus), kann man, wenn sie vom Carcinom befallen werden, entweder durch radikale Operation, oder noch besser mit Strahlenbehandlung ausheilen.

Die Strahlenbehandlung der Uteruscarcinome ist seit einigen Jahren so überzeugend, dass sich die im Jahre 1928 gebildete „Radiologische Kommission“ des Völkerbundes in Genf für diese Behandlungsart entschlossen hat.

Voraussetzung für den besten Erfolg ist aber eine genügende Menge Radiumsalze und ganz moderne Röntgenapparate, nebst einer bekannten und erprobten Bestrahlungstechnik.

Hat man diese zwei Bedingungen nicht, so soll man nur operieren. Die radiumähnliche Wirkung der neuen Röntgentherapie-Apparate für Kontaktbestrahlungen werden hoffentlich die jetzige Mortalitätsziffer des Krebses etwas erniedrigen!

DR. MINAŘ

Organizacija bolnišnic in zdravniškega stanu na Angleškem

(Vtisi s potovanja v London)

Poročati o sistemu bolnišnic in organizaciji zdravniške službe na Angleškem ni lahka stvar. Vzrok tiči v tem, da so bolnišnice po večini privatne institucije s popolno avtonomijo in je prav vsled tega zelo težko dobiti pravo sliko o njihovem delovanju. Glavni vzrok je namreč ta, da posameznih oddelkov ne vodi kot drugod en sam zdravnik kot šef, ampak poleg bolniške uprave še več zdravnikov. Za časa večkratnih potovanj v London (v letih 1928, 1930, 1933) se mi je posrečilo dobiti potrebne zveze, ki so mi omogočile vpogled v organizacijo bolniške službe na Angleškem. Moram reči, da je angleški sistem povsem drugačen od našega in od sistemov drugih evropskih držav, ker temelji na starem angleškem tradicionalizmu in konzervativizmu.

Na kratko Vam hočem orisati le tri najvažnejša poglavja iz angleškega zdravniškega življenja, ki bi utegnili zanimati tudi naše čitatelje, namreč:

- a) organizacijo angleških bolnišnic;
- b) razmerja med bolniškim zdravnikom in upravo bolnišnice;
- c) študij medicine in praktično vzgojo angleškega zdravnika.

Organizacija bolnišnic. Ko sem prvič posetil angleško prestolico z osmimi milijoni prebivalcev, sem pričakoval, da mi bodo pokazali krasne moderne bolnišnice s prvorazredno opremo in odgovarjajočo higijensko lego,

toda reči moram, da sem bil razočaran. Namesto modernih bolnišnic sem videl večinoma stare, zgodovinske zgradbe, ki obstojajo že dolga stoletja. Tako je na primer bolnišnica sv. Bartolomeja, ki je najbolj ugledna in ima najboljšo medicinsko šolo, bila sezidana že v letu 1123, renovirana pa l. 1456. To je najstarejša bolnišnica ne samo v Londonu, ampak v vsej Angliji in uživa največji sloves. Po informacijah pri upravi oskrbuje ta bolnišnica približno 10.000 pacientov na leto. To pa ni glavno delo tega zavoda, ki je finančno odvisen izključno od prostovoljnih prispevkov dobrotnikov in vsled pomanjkanja denarja bolnikov ne more delj časa oskrbovati; glavno delo te bolnišnice in njene medicinske šole je pa upravljanje ambulanc z naravnost ogromno frekvenco, ki doseže letno okrog 120.000 pacientov. Kakor sem pravkar omenil, je ta medicinska šola prva na Angleškem, kjer so svoječasno učili svetovni znanstveniki: slavní fiziolog Harvey, ki je prvi opisal krvni krogotok, svetovnoznan anatoma Richard Owen in Abernethy, ter izvrstni stari kirurgi Kneller, Reynold in Lawrence. Od ostalih bolnišnic omenjam bolnišnico Sv. Tomaža (1213), Guysovo bolnišnico (1724), bolnišnico Sv. Jurija (1733), bolnišnico mesta Londona (1740) in bolnišnico za studij in zdravljenje raka (okrog 1810). Druge številne bolnišnice so novejšega datuma in so namenjene večinoma zdravljenju specielnih bolezni. Najboljša je bolnišnica Kraljevskega kolegija (Kings College Hospital), ki je bila sezidana odnosno renovirana leta 1913 in popolnoma odgovarja modernim zdravstvenim pogojem. Moram sicer poudariti, da je tudi v tej bolnišnici oprema popolnoma preprosta in brez vsakega razkošja, ki smo ga vajeni videti po raznih nemških novodobnih bolnišnicah. Zgodovinsko ne bo brez zanimivosti, če omenim, da je sedanja bolnišnica sezidana na mestu stare, v kateri je deloval že prvobornik moderne kirurgije lord Lister, ki je živel v najkritičnejši dobi operativne medicine, vezane z naravnost fatalno mortaliteto operirancev. Zlobna, ampak za ono dobo karakteristična izjava Jamesa Simsona: „da je pacient izpostavljen na operativni mizi večji nevarnosti kot angleški vojak v bitki pri Waterloo-u“, je dala Listerju pobudo, da je napisal epohalno delo o „asepsi“.

Do leta 1918 je vršilo nadzorstvo nad javnim zdravstvom ministerstvo za notranje zadeve, odnosno njemu podrejeni dve sekciji „privy council“, kateri je bilo dodeljeno nadzorstvo nad praktično medicino in druga sekcija „home secretary“, ki je nadzorovala administrativo dobrodelnih in državnih bolnišnic. To se je izkazalo za nepraktično, ker so si odredbe obeh sekcij neredko nasprotovale, kar je povzročalo zastoj ter nered. V letu 1919 je bilo ustanovljeno Ministrstvo za zdravstvo, ki je izvrstno uspelo in ki je izvršilo v kratkem času ogromne reforme na polju higijene in profilaktične medicine. Če pregledamo statistične podatke o bolnišnicah vidimo, da je celokupno število dobrodelnih in zasebnih bolnišnic v Londonu in ostali Angleški 911 s 50.000 posteljami. Državnih bolnišnic je daleko več, posebno na deželi in razpolagajo s 326.000 posteljami. Uprava in administracija državnih bolnišnic je podobna naši, kjer službo direktorja vrši zdrav-

nik, ki ima več podrejenih zdravnikov na razpolago. Personal angleških bolnišnic je dobro izšolan in ni preobložen z delom, ker odpade ena postrežna moč na pet pacientov. Stroške za oskrbo v državnih bolnišnicah nosi deloma država, deloma pa lokalne oblasti, odnosno bolnik sam.

Bolj komplicirana je uprava v dobrotelčnih bolnišnicah. Država prevzame stroške samo za nekatere skupine bolezni, ki so po zakonu določene, namreč: 1. Infekcijske bolezni; 2. porodništvo; 3. vse otroške bolezni do petega leta; 4. vse bolezni šolske dece do 16. leta; 5. spolne bolezni; 6. duševne bolezni; 7. tuberkulozne bolezni.

Pod nobenim pogojem ne prevzame stroškov za zdravljenje notranjih in kirurških bolezni, očesnih, ušesnih, ortopedskih in kožnih bolezni.

Za kritje stroškov, ki nastanejo pri zdravljenju teh bolezni, mora skrbeti uprava dobrotelčne bolnišnice sama. Za ta namen je seveda potrebno mnogo denarja, katerega skuša uprava preskrbeti na razne načine, kakor na primer: 1. da za prezidente in protektorje postavlja samo najodličnejše člane angl. družbe, odnosno kraljevske rodbine. Predsednik dobi denar na ta način, da priredi privatno večerjo, na katero povabi angleške „gentlemen“ in ob tej priliki prezentira vsakemu vpisno polo, na katero naj dotični vpiše velik znesek denarja. Niso redki slučaji, da posamezniki prispevajo od 50 do 100.000 angl. funtov, kar pomeni v našem denarju milijonske zneske. 2. Administracije bolnišnic apelirajo na ozdravljene bolnike, da podarijo bolnišnicam štipendije za revne paciente. Za nagrado odnosno zahvalo dajejo dobrotnikom pravico, da priporočajo bolnike za sprejem v bolnišnico. Priporočilo za sprejem igra v angleških bolnišnicah jako važno vlogo, ker je drugače nemogoče doseči sprejem v eno izmed renoviranih bolnišnic. Če kdo podari znesek 1000 angl. funtov, to je pribl. 250.000 Din našega denarja, ima pravico kot „Governor“ postati doživljenski član uprave in razpolagati z zasedbo ene postelje. Za manjše zneske imajo „Governorji“ pravico priporočati paciente za sprejem v ambulanco. Število priporočenih pacientov odgovarja višini podarjenega zneska in traja samo eno leto. Ambulance v dobrotelčnih bolnišnicah so zelo renomirane, ker v njih izvršujejo prakso odlični specialisti osebno. Zaradi tega ni čudno, da beležijo nekatere teh starih bolnišnic veliko število ambulantnih pacientov, ki doseže petdeset do stotisoč letnih obiskov. Navado posecati ambulanco brezplačno ali proti minimalnemu plačilu enega šilinga imajo tudi imoviti angleški sloji ravnotako kot pri nas v Ljubljani. Materialni izdatek za privatno ordinacijo pri specialistu v Londonu, ki znaša dva do tri funte, se zdi tudi Angležu odveč, če si lahko na lahek način preskrbi istovetno ordinacijo pri istem specialistu v bolnišnici za mal denar odnosno zastoj. Tudi bogati Anglež se ne sramuje obiskati ambulance za reveže in se da preiskati pred slušatelji medicine. Čakanje, da pride na vrsto, ga nikakor ne ovira, ker skromen „tip“ (napitnina) vratarju zadostuje, da čakanje ni predolgo.

Angleška je sicer bogata država, ampak kriza bolnišnic, posebno dobrotelčnih, se opaža tudi tam. Tipično za današnji čas je, da vidimo na vra-

tih bolnišnic velike napise, ki izkazujejo obiskovalcem finančno stanje dotičnega zavoda in primanjkljaje, ki presegajo stotisoč angleških funtov. Tudi London laborira na pomanjkanju bolniških postelj in je preračunano, da rabi vsaj 10.000 novih postelj, kar bi zahtevalo izdatek od 4—5 milijonov angl. funtov na enkrat, ne računajoč stroške za vzdrževanje, ki se gibljejo v znesku pribl. 1 milijona angl. funtov na leto. Zidava je v Londonu zelo draga tako, morajo treba računati za eno posteljo pri novi moderni zidavi in opreми 400 do 500 angl. funtov. Režijski stroški za eno posteljo na leto so v raznih bolnišnicah zelo različni in se gibljejo med 75 do 125 angl. funtov na leto.

Že zgoraj smo omenili, da je večina londonskih bolnišnic zastarele oblike, ki spominja bolj na staromodne privatne sanatorije kot na sodobne zdravstvene institucije. V bolnišnici Sv. Bartolomeja vidimo velike dvorane z 20 in več posteljami s poslikanimi zidovi in staromodnimi ognjišči v sredini sobe. Odeje na posteljah so barvane in vsaka postelj ima zastore iz istega blaga. Temna miza in temni stoli kakor tudi knjižnica izpopolnjujejo pohištvo take bolniške sobe. V Guy-bolnici lahko vidimo celô sobe s 50 bolniki, ki so absolutno nehygienične, ker služijo obenem kot kuhinja (v enem kotu) in kot kopalnica (v nasprotnem kotu). Večina postelj nosi tablice z dobrotnikovimi imeni.

Operacijske sobe so zelo prostorene in dobro razsvetljene. Tudi postranskih prostorov ne manjka. Nepraktično je le to, da je način kurjave nemoderen in da so vse stene zabarikadirane z omarami. Za sterilizacijo rabijo v večini bolnišnic platnene košare in ne kovinaste kasete. Najmodernejše opremljene sobe so v „K. C. H.“ (Kings College Hospital), kjer imajo celo posebne balkone za slušatelje in hladilne naprave s tekočo vodo na oknih operacijske dvorane.

Za vse operaterje, ki sem jih osebno spoznal je značilno, da delajo pri operacijah vse izključno z instrumenti tudi pri ligiranju tako, da se z roko nikdar ne dotaknejo rane. Rokavice iz gumija, maske in operacijski plašči so obligatni tudi za gledalce. Lokalne, odnosno lumbalne anestezije rabijo jako malo, ker se večina operaterjev odloči za celotno narkozo. Narkotizer je stalno nastavljen in vrši brez izjeme vse narkoze. Za narkozo rabijo komplicirane aparate. Vsak bolnik dobi, ko se zbudi čistega kisika. Za desinfekcijo kože pogostoma uporabljajo raztopino Methyl. coeruleum, namesto jodove tinkture. Ne redko opažamo, da so komprese iz barvanega blaga (zeleno-modre). Za notranje šive uporabljajo catgut, odnosno kite od cangarov. Za zunanje šive služi silkworm. Silkwormovi šivi prihajajo že pripravljeni in sterilni naravnost iz tovarne, fiksirani na ravni šivanki.

V koliko je ta sistem pravilen, nočem osebno kritizirati, ker si vsak lahko napravi svojo sodbo. Ugotoviti pač moram dejstvo, da so dobrodelne bolnišnice v finančni krizi in bo vse najbrže treba z ozirom na današnjo finančno situacijo poddržaviti. Tako vsaj kaže stremljenje socialistično-

politične struje „labour party“, ki je za socializacijo medicine, medtem ko je konservativna struja za ohranitev starih tradicij.

O razmerju bolniškega zdravnika napram administraciji. V bolnišnicah dobrodelnih društev ne vidimo nobenega primarija, odnosno šefa oddelka v svojstvu naših šefov odnosno predstojnikov oddelkov, kakor je to običaj na Nemškem in v drugih državah. Vsaka dobrodelna bolnišnica ima več operaterjev, ki prihajajo enkrat na teden (!) in izvajajo operacije na svojih bolnikih, odnosno ambulatorične preiskave v ambulatoriju dotičnega zavoda. Tako na primer v „R. O. H.“ („Royal Orthopedic Hospital“) deluje nič več in nič manj kot sedem odličnih operaterjev. Ti zdravniki nimajo nobene plače in delajo vse zastonj. Uprava bolnišnice nima z zdravniki nič skupnega, ker skrbi le za administracijo. Pač pa ima vsak oddelek nastavljenega mladega zdravnika, ki vrši stalno zdravniško službo pri bolnikih in ki je honoriran od uprave. Ta zdravnik je nameščen samo za tri, največ za šest mesecev. Služba mladega zdravnika je zelo težka in odgovorna, ker sam nima dovolj izkušenj tako, da je včasih od personala omalovaževan. Razumljivo je, da ta sistem vršenja nadzorstva nad operiranimi bolniki ni niti praktičen, še manj pa koristen posebno še, če upoštevamo dejstvo, da je operater včasih zaposlen v drugi bolnišnici izven Londona, na primer v Liverpool-u ali Oxfordu. Vkljub temu pa, da je služba brezplačna ne manjkajo nikdar renomirani in kvalificirani kandidati, ki smatrajo za čast, da vrše zastonj funkcijo operaterja v enem od starih in priznanih zavodov. Vzrok je ta, da se mu nudi poleg možnosti znanstvenega dela tudi možnost pridobivanja privatne klientele.

V državnih bolnišnicah so zdravniki stalno plačani, vendar bolniki dajejo prednost zdravljenju v dobrodelnih bolnišnicah.

Ta sistem je po mojem mnenju kriv, da se izvrstni operaterji ne morejo zadostno uveljaviti tudi v znanstvenem delovanju. Operater je navezan samo na majhno število lastnih pacientov, nima stalnega asistenta, niti drugih pomožnih zdravnikov, ki bi vodili točen protokol in kritično opazovali potek bolezni pri operirancih ter vodili statistiko o doseženih rezultatih. Večinoma opazamo kolaboracijo med posameznimi operaterji na ta način, da drug drugemu asistirajo. Ta sistem je kriv, da so angleške statistike nepopolne in relativno kratke in vsled tega nimajo prave praktične vrednosti, ki bi jo lahko imele, če bi angleški zdravniki imeli priliko delovati pod okoliščinami, pod katerimi delujejo njih kolegi na kontinentu.

Nadaljevanje sledi.

O ljubljanski bolnici

Prim. Dr. V. MERŠOL

Nujnost razširitve ljubljanske bolnice

V zadnjih letih najdemo v dnevnem časopisju kaj pogosto opisane slabe razmere, ki vladajo v ljubljanski bolnici. Predvsem vsi ugotavljajo velikansko prenapolnjenost, ki vlada v tem našem centralnem zdravstvenem zavodu. Iz nekaterih člankov zveni pol prikrit očitek, da so se zdravniki kljub naraščajočemu navalu držali primeroma pasivno ter da niso pravočasno in tudi ne dovolj energično pokazali na vse nedostatke bolnice in na vso škodo, ki jo taka prenapolnjenost lahko povzroči, ter da niso zahtevali nujne pomoči.

Mislim, da mi tozadevno ni potrebno braniti merodajnih zdravnikov: Neštetokrat so uradno in komisijsko ugotovili nevzdržno stanje, opozarjali na težke posledice in uradnim potom prosili za pomoč. Če ni bilo uspeha, ni njihova krivda.

Med tem pa število bolnikov v ljubljanski bolnici še vedno raste, prostornina pa ostaja ista.

Težke razmere v bolnici so dobile odziv v javnosti: Začenjajo se akcije, ki imajo namen doseči razširitev ljubljanske bolnice.

Ali naj mi zdravniki ostanemo ob strani? Ali ni naša dolžnost z vsemi silami sodelovati? Predvsem pa je potrebno, da si med seboj razčistimo celo vprašanje: Ali je razširitev ljubljanske bolnice nujno potrebna? Koliko postelj potrebujemo še, da se zadosti največji sili? Pomagati k pravilnemu odgovoru ne ti dve vprašanji je namen teh vrstic.

Da nam bo lažje razumljivo sedanje težko stanje v bolnici, da bomo imeli bolj jasen pogled v bodočnost, se ozrimo za trenutek v preteklost.

Letos 19. junija bo minilo ravno 150 let, odkar je bila ustanovljena l. 1786 v Ljubljani civilna bolnišnica. Tedaj je vladal znani cesar Jožef II. Ta je razpustil veliko samostanov, med njimi tudi diskalceatski samostan o. Avguštincev v Ljubljani. Na prošnjo usmiljenih bratov v Trstu je cesar Jožef II. 19. junija 1786. podpisal odlok, naj se odda omenjeni samostan v Ljubljani usmiljenim bratom, da ga preurede v bolnico. S tem se tudi začne požrtvovalno in človekoljubno delo usmiljenih bratov, ki so bolnico vodili do l. 1811.

Za časa francoske okupacije je bolnico prevzela francoska vojaška uprava ter poverila vodstvo posebni bolnični komisiji, kateri je načeloval predsednik ljubljanske mestne uprave, takratni maire baron Codelli. Bolnica je s tem prišla pod mesno upravo, pod katero je bila od l. 1812 do l. 1848. V tej dobi se je bolnica povečala za nekaj oddelkov.

Državna ustava z dne 4. marca 1848 je določila, da se imajo vsi dobrodelni zavodi smatrati kot deželni zavodi. Tako je prišla ljubljanska bolnišnica v neposredno oblast dežele Kranjske.

L. 1867. je prevzel oskrbo in prehrano bolnikov v bolnici red usmiljenih sester sv. Vincencija Pavelskega.

Radi vedno večjega števila blaznih je l. 1876 dežela kupila graščinsko posestvo na Studencu pri Ljubljani ter tam l. 1881 zgradila blaznico ali zavod za oskrbovanje in zdravljenje umobolnih.

Med tem pa je postajala bolnica v Ljubljani premajhna, vedno bolj očitni so postajali higijenski nedostaki. Poleg tega se je nahajala v eni najbolj živahnih ulic (na današnji Tyrševi cesti). Radi tega je l. 1893 kranjski deželni odbor z denarno podporo mestne občine ljubljanske in Kranjske hranilnice pričel graditi novo sedanjo bolnico, ki naj bi bila zgrajena do l. 1896. Pa je prišel 14. aprila 1895 l. velikonočni potres, razrušil mesto ter tudi staro bolniško poslopje tako poškodoval, da so morali bolniki še isto noč zapustiti sobe ter prenočevati pod milim nebom na vrtu bolnice. Pozneje so bolniki stanovali nekaj časa v mestni izolirnici in nato v Döckerjevih barakah, katere je posodilo Društvo Rdečega križa. Radi pomanjkanja prostorov so pospešili zgraditev nove bolnice na sedanjem mestu ob Ljubljani, kamor so se prvi bolniki vselili že 16. oktobra 1895.

Bolnica je bila zgrajena za 568 postelj. Po posameznih oddelkih se je nahajalo sledeče število postelj: Interni 150, kirurški 134, dermatološki 66, ginekološki in porodniški 43, okulistični 53, infekcijski 24, hiralnica (današnji nevrološki oddelek) 98. Prostor v bolnici je bil tako razdeljen, da je prišlo na vsako posteljo 7—9 m² tal in 30—38 m³ zraka. Višina sob znaša 4.2 m. Površina tal in prostornina za enega bolnika je bila popolnoma v skladu z najnovejšimi predpisi za zgradbo bolnic, ki predvidevajo:

za odrasle: 7.5 m² površine tal in 30 m³ zraka,

za otroke: 5 " " " " 15 " "

Še pred svetovno vojno je bil razširjen okulistični oddelek, najprej od 53 na 65 postelj, l. 1912 pa s pododdelkom za trahom na 118 postelj. Istotako je bil povečan ginekološko porodniški oddelek od 43 na 64 postelj. Oboje so dosegli z dograditvijo novih prostovov.

Leta 1896 je bilo v bolnici 5448 bolnikov. To število je do l. 1911 naraslo na 10.479. Večji porast števila bolnikov se je začel po svetovni vojni, najprej do okroglo 14.000 letno, kar je ostalo več ali manj stacionarno do l. 1925, na kar je začelo število rapidno rasti, ter doseglo l. 1935 26.427 na novo sprejetih bolnikov.

Medtem ko je naraslo število bolnikov od l. 1912 za 250%, se je pomnožilo število postelj relativno malo in sicer:

- a) napravili so prizidek infekcijskemu oddelku za 10 postelj;
- b) pridobili so zgradbo za Bolnico za ženske bolezni za 150 postelj;
- c) pridobili so Bolnico za otroške bolezni, kar znaša 60 postelj.

Skupaj torej 220 postelj.

Ker pa so prejšnji ginekološki oddelek le deloma uporabili za bolnike in sicer samo sobe, kjer se nahaja otološki oddelek, kar odgovarja po prostornini približno 20 postelj, ostali oddelek pa je prevzel Dečki dom oziroma rentgen, zato se je s tem izgubilo za bolnike 40 postelj. Končni efekt vseh novo pridobljenih postelj, ki res odgovarjajo prostornini, je torej okrog 30 postelj v Obči državni bolnici in pa Bolnica za ženske bolezni.

S predvojnimi in povojnimi dozidavami in pridobitvami bi odgovarjala površina in prostornina sedanje Obče drž. bolnice okrog 650 postelj, v Ženski bolnici je 150 postelj, torej skupaj 800 postelj.

Ali žalibog na ta način pridobljene postelje niso zadostovale, naval bolnikov je bil od leta do leta večji, zato si je bilo potrebno pomagati na drug način. V posamezne bolniške sobe so začeli nameščati nove stalne in zasilne postelje, tako da je naraslo število postelj v Obči drž. bolnici do letošnjega leta na 904 postelje (od prostornini odgovarjajočih 650 postelj), seveda na škodo prostornine in talne površine, ki sta s tem padli občutno pod normo. Število prekomernih zasilnih postelj je primeroma največje na kirurgičnem, infekcijskem ter otološkem oddelku, kar je razvidno iz sledeče tabele:

Število postelj na posameznih odd. Obče drž. bolnice v Ljubljani

Oddelek	Število postelj pred vojno	Število postelj sedaj (1./I. 1936)
Kirurški oddelek (oba)	134	216
Interni (skupaj s Tbc)	150	215
Otološki	20	34
Dermatološki	66	90
Okulistični	118	136
Infekcijski	24+10 (prizid. po vojni)	64
Nevrološki	98	74
Otroška bolnica	60	75
Skupaj	680	904

Radi velikega navala bolnikov tudi ta pomoč ni bila zadostna. Zato je začela uprava bolj rigorozno postopati pri sprejemanju bolnikov in mnogo bolnikov je bilo odklonjeno. Kljub temu pa je še vedno primanjkovalo prostora, vseh bolnikov pa tudi ni bilo mogoče odkloniti. In tako se je začela navada: Tri bolnike na dve postelji ali dva na eno. Da bi se postelje hitreje izpraznile, je bilo potrebno pošiljati mnogo bolnikov prezgodaj domov, še neozdravljenih ali komaj malo zboljšanih.

Število bolnikov pa še vedno raste. Tu je takojšnja energična pomoč nujno potrebna.

Kakšni pa so vzroki, da ljudstvo v tako velikem številu išče pomoči v bolnici, kljub temu da je prenapolnjena?

Razlogov za to je več:

a) Ne smemo pozabiti, da se je število prebivalstva v povojni dobi precej pomnožilo.

b) V prejšnjem stoletju so se ljudje bali bolnic, češ tam vsakdo umre. V resnici je bila umrljivost tedaj zelo velika, deloma radi tega, ker so večinoma samo najtežje bolni prihajali v bolnice, deloma pa, ker v bolnicah še ni vladala asepsa, zato so se skoro vse rane po operacijah gnojile. Ščasoma se je to stanje zboljšalo. Danes relativno malo ljudi umrje v bolnici, velika večina se jih vrne domov zdravih ali vsaj zboljšanih. Zato je nezaupanje proti bolnicam po večini izginilo.

c) Razvoj moderne medicine je privedel do tega, da so za ugotovitev bolezni in za zdravljenje potrebni posebni dragi aparati (Rentgen, diatermija, etc.), laboratoriji in posebno izvežbano osebje. To vse morejo nuditi samo velike, prvovrstno urejene bolnice in klinike.

d) Prenapolnjenost bolnic je v veliki meri povzročila beda: pomanjkanje primerne hrane doma, slabo stanovanje, nemogoča pravilna nega doma, pomanjkanje denarnih sredstev za večkrat drago zdravljenje. Bolnica je mnogokrat relativno še najbolj po ceni. Večina ljudi z dežele se tolaži: Če ne bom mogel plačati oskrbnih stroškov sam, bo pa plačala občina ali država.

e) V naših krajih z izrazito industrijo je veliko ljudi zavarovanih pri raznih blagajnah. Blagajne seveda žele, da se njihovi bolniki zdravijo na najbolj uspešen način in da se čim prej pozdravijo. Dobro vedo, da je doma zdravljenje, posebno v bednih delavskih stanovanjih zelo otežkočeno ali celo onemogočeno, ter radi tega pošiljajo bolno članstvo v bolnice, da se tam čim boljše in čim prej pozdravi.

Iz navedenih razlogov je v zadnjih letih silno narasla potreba po bolniških posteljah, medtem ko se dejansko število bolniških postelj iz raznih vzrokov ni moglo tako hitro povečati.

Tako doživljamo vsak dan paradoks: Vse ve, da je bolnica prenapolnjena, bolnik, ki prihaja v bolnico, ve, da bo najbrž moral deliti posteljo še z neko drugo osebo, pritožuje se nad tem, ako se mu to dogodi, ali kljub temu vse sili v bolnico, kljub temu je vsak dan naval v sprejemnem uradu.

Zanimalo nas bode dalje vprašanje, ali so tudi druge bolnice v naši banovini tako prenapolnjene. Na to vprašanje lahko takoj sledi odgovor, da je naval na vse bolnice v Dravski banovini zelo velik, da pa je relativno gotovo največji ravno na Občo drž. bolnico v Ljubljani.

V drugih banovinah naše države je naval na bolnice primeroma mnogo manjši. Poleg bolnic pri nas so še zelo napolnjene bolnice v Savski in Dunavski banovini, ter v Beogradu, mnogo manj v drugih banovinah. Tam ljudje ne silijo tako v bolnice. V dokaz temu primerjajmo par števil:

Promet v posameznih bolnicah v l. 1931

Bolnica	Število postelj	Število bolnikov tekem leta	Št. bol. na eno posteljo tekem l.
Obča drž. bolnica Ljubljana 1931	860	21.543	25
" 1935	904	26.427	29
Maribor 1931	544	9.020	17
Sarajevo "	1027	8.601	8
Beograd (Obča drž.)	ca 1500	19.140	13
Zagreb, zakladna	ca 500	6.775	14
Skoplje	238	3.150	13

Iz navedenih podatkov nedvoumno sledi, da je ljubljanska bolnica najbolj prenapolnjena, čeprav moramo priznati, da je stanje bolnic v celi državi zelo resno in potrebno nujnega zboljšanja.

V celi državi smo imeli l. 1931 okrog 27.000 bolniških postelj, od tega okrog 5000 v Dravski banovini (med temi okrog 3200 za splošne bolezni). Povprečno prideta v celi državi 2 postelji na 1000 prebivalcev, v naši banovini pa okrog 4 na 1000, ako štejemo vse postelje. Ako pa vzamemo v obzir samo splošne bolnice, pa dobimo 2,5 postelj na 1000 prebivalcev. Računa se, da bi bilo potrebno vsaj 5 postelj na 1000 prebivalcev ali pa vsaj najmanj 4 za splošne bolezni. Nemčija je v tem oziru zelo prekoračila to številko ter ima 8—10 postelj na 1000 prebivalcev, kar je že zelo veliko, zato v zadnjem času precej postelj ostaja praznih.

Omenil sem, da je kljub primeroma precej velikemu številu postelj pri nas naval na bolnico največji, zato je potrebna hitra odpomoč, ker sedanji prostori nikakor ne zadoščajo. Pomoč je mogoča na dva načina:

a) da se bolnica poveča in zgrade novi paviljoni, tako da bo zadoščala veliki frekvenci;

b) da se število sprejemov v bolnico še bolj omeji.

Začnimo najprej s povečanjem bolnice.

V ljubljansko bolnico gravitira okrog 400.000 prebivalcev. Ako vzamemo po 5 postelj na 1000 prebivalcev, bi moralo biti za to prebivalstvo na razpolago 2000 postelj, ali pa vsaj 1600 (ako vzamemo 4:1000) postelj za splošne bolezni, ne računajoč tu duševne bolezni, hiralnice i t. d. V omenjenem okolišu imamo sedaj samo:

a) Občo drž. bolnico v Ljubljani z 904 posteljami,

b) Bolnico za ženske bolezni s 150 " ,

torej skupaj 1054 postelj.

Pri tem moramo računati, da je število postelj v Obči drž. bolnici mnogo preveliko za tako majhne prostore ter bi to število morali na vsak način znižati na okroglo 650 postelj, kot to odgovarja prostornini. Nikakor namreč ne gre, da bi stalno pustili našim bolnikom manj prostornine in talne

površine kot jim je gre po sanitetno tehničnih predpisih. Zato smemo računati, da imamo sedaj samo 800 postelj. Potrebujemo jih še vsaj 800 in to čim prej.

Ker pa moramo vsaj malo misliti na to, da se bode število prebivalstva še pomnožilo, ter upoštevati tudi druge eventualije, zato moramo računati, da nam je potrebno še 900 postelj in sicer: 500 postelj za splošne bolezni, 200 postelj za infekcijske bolezni in ravnotako 200 postelj za tuberkulozo.

Potrebe novega infekcijskega oddelka mi, mislim, ni treba na dolgo in široko zagovarjati. Naj omenim samo, da je na oddelku, ki odgovarja po prostornini 34 posteljam, redno 64 postelj in na teh je ležalo včasih tudi preko 100 bolnikov. Ves oddelek je letošnje zimo stalno prenapolnjen samo s slučaji davice in škrlatinke in vendar vsi vemo, da med infekcijske bolezni spadajo tudi druge, kot legar, griža, erisipel, mumps, meningitis i t. d., ki bi vse morale biti na večjem infekcijskem oddelku medsebojno izolirane, za kar bi zadoščalo komaj 200 postelj.

O tuberkulozi je bilo že toliko govora, da ni treba več mnogo besed. Povdariti želim samo, da potrebujemo bolnico-sanatorij za siromašne, v katerem bodo bolniki brez sredstev in z malo sredstvi imeli dobro nego in odgovarjajoče zdravljenje.

Od ostalih 500 postelj bi se dodelila polovica kirurškim panogam, katere občutijo največje pomanjkanje, druga polovica pa drugim boleznim. V podrobnosti se tu ne morem spuščati.

Glede razširitve ljubljanske bolnice obstojati dve možnosti:

a) da se postavijo novi paviljoni na sedanjem bolniškem prostoru ali v njegovi bližnji okolici, tako da tvorijo s sedanjo bolnico celoto;

b) da se stara bolnica temeljito prenove in zniža na odgovarjajoče število postelj (okrog 650), nova bolnica pa naj bi se zgradila kje drugje na periferiji Ljubljane, tako da bi bila enota zase. Seveda bi morala biti klinično urejena in prvovrstno opremljena, da bi se lahko enkrat v bodočnosti, ako bi bilo treba, uporabila za kliniko. Ta drugi način se mi zdi mnogo primernejši.

Podrobnejše določevanje prostora, kje naj bolnica stoji, načrti, kakor tudi finančno vprašanje so vprašanja zase, ki zahtevajo daljšega študija in soodločevanja drugih merodajnejših faktorjev.

Smatram samo, da je v vseh ozirih potrebno sodelovanje države, kr. banske uprave in mesta Ljubljane, in da bi bila vsaka zasebna akcija, ki se ne ozira ne celotni problem ljubljanske bolnice in na celotne potrebe, neprimerna. Napravi naj se že enkrat enoten načrt, katerega naj se skuša v bližnji bodočnosti uresničiti.

Moderno urejene bolnice so zelo drage in veliko breme za narod, ki jih vzdržuje. Radi tega se mora pri vsaki bolnici paziti, da bode res racionalna in ekonomska, treba je torej štediti. Kljub temu, da smatram, da je vsako varčevanje na račun ljudskega zdravja škodljivo, vendar mislim, da

se mora gledati na to, da se bolnica dobro in pravilno izkorišča. Bolnice morajo služiti v prvi vrsti in edino onim, ki so res potrebni bolniške nege, in to samo toliko časa, dokler jo res potrebujejo.

V bolnico ne spadajo lažji bolniki, katerim drago bolniško zdravljenje ni neobhodno potrebno. Taki bolniki spadajo v ambulate in poliklinike. V njih se pregledavajo bolniki, in tisti, katerim je bolniška nega res potrebna, pošljejo v bolnico, ostali pa se zdravijo ambulatorno.

Dalje je potrebno preskrbeti domove za rekonvalescente in okrevališča, kamor bi pošiljali bolnike po težkih boleznih, da ne zavzemajo mesta v bolnicah. Še posebno važne so hiralnice, kamor spadajo bolniki z neozdravljivimi boleznimi, ki večkrat po cele mesece v bolnicah jemljejo prostor drugim bolnikom.

Ugotovil sem v kratkem nujno potrebo razširitve ljubljanske bolnice ter podal par misli za rešitev tega problema. Kljub težkemu ekonomskemu položaju prebivalstva ali pa mogoče ravno radi tega je sedaj primeren čas, da se vprašanje ljubljanske bolnice spravi z mrtve točke in razširitev približa uresničenju. Težko bolni, ki morajo v bolnici ležati na fleh ali deliti posteljo z drugim bolnikom, zahtevajo pomoči. Storimo tudi mi zdravniki svojo dolžnost!

Prim. dr. L. Ješe

O ljubljanski bolnici

Da je razširjenje ljubljanske bolnice res že nujno potrebno, o tem pač ni treba izgubljeni besedi. Gre le za način, kako naj se to zgodi.

Teoretično je rešitev mogoča na dva načina: da ostane bolnica v sedanjih prostorih in se tu poveča bodisi s povečanjem sedanjih oddelkov ali s priključitvijo sosednih zgradb, ali pa da se sezida popolnoma nova bolnica na kakem večjem zemljišču Velike Ljubljane.

Vzemimo, da zidanje nove bolnice iz kateregakoli vzroka v sedanjih razmerah ni mogoče, in da se moramo zaenkrat še zadovoljiti s povečanjem sedanjih objektov. Pripomnim v naprej, da smo se dosedaj še na vseh primarijskih sejah, kadar se je razpravljalo o tem vprašanju, borili proti taki rešitvi. Denimo pa, da ni drugega izhoda. Kaj bi se dalo narediti?

Prvo je, da se izselita Higijenski zavod in Zavod za zaščito dece. S tem bi pridobila prosekura primerne prostore, prostore Zavoda za zaščito dece pa bi zasedel n. pr. otološki oddelek.

Na oddelke, pravijo gradbeniki, bi se dalo postaviti drugo nadstropje. Ker se tloris ne bo dosti spremenil, bi dobili s tem nad glavo še eno etažo slabo razdeljenih prostorov. Pridobili bi s tem res precej postelj. Nove postelje pa se bodo — o tem sem prepričan — zasedle prvi dan po otvoritvi, in vsak oddelek bi gledal nepraktično razdelitev prostorov v treh izdajah.

Pri taki rešitvi vprašanja pa ne smemo pozabiti tudi tega-le: Če že obstoječe oddelke povečamo, bomo morali pomnožiti tudi število strežniškega

osobja, redovnega in civilnega. Kam s temi? Bolnična kuhinja, centralna kurjava in naprava za toplo vodo že danes komaj zmagujejo delo, ki ga od njih tirjamo. Vse te naprave bi morali tudi povečati. Kam in kako?

Tudi z nakupom sosednih zgradb bi nam ne bilo pomagano. Stiki med posameznimi oddelki bi se zrahljali. Pomislimo, da bo tekla v tem primeru med obema deloma bolnice prometna cesta. Pošiljanje bolnikov iz enega dela v drugega na zdravniške posvete bi bilo zelo otežkočeno.

Moje mnenje je, da bi povečanje bolnice na sedanjem prostoru stalo velike vsote denarja, efekt pa bi bil minimalen in iz sedanje mizerije napravimo še večjo mizerijo. Zato je naloga in dolžnost nas, bolničnih zdravnikov, da se taki rešitvi upiramo z vsemi močmi. Povejmo enkrat na glas, da taka in podobna rešitev ni rešitev. Milioni, ki bi jih zabili v te prezidave, bi bili vrženi proč, ker bomo stali čez nekaj let zopet pred istim vprašanjem.

In nazadnje še nekaj, kar je zelo важно. S povečanjem oddelkov se bo zgodilo, da bodo šefi večjih oddelkov morali oskrbovati do 200 bolnikov, kar je odločno preveč za eno glavo. Torej delitev oddelka na dvoje. Dva gospodarja pod eno streho? Ali že nimamo dosti slabihkušenj?

Ne belimo si torej več glav s takimi flikarijami in naredimo že enkrat križ čez vse take in enake „možne“ rešitve tega perečega vprašanja. Edino pravilen in mogoč izhod iz zagate je kompletna, moderna, nova bolnica. Pridobi naj se primerno zemljišče in napravi podroben načrt za vse objekte pri tem pa naj se upošteva, da se bo ta bolnica dala takoj spremeniti v kliniko, če in kadar bo to potrebno. Graditi bi se začeli najprej oddelki, ki jim je novih prostorov najbolj treba. Pri razgovorih o rešitvi bolničnega vprašanja smo že večkrat dejali, zidajmo najprej kirurški, tuberkulozni oddelki in infektivno bolnico. Res je, da so ti trije oddelki najbolj potrebni, da pridejo pod večjo streho. Toda, kjer bodo stali trije oddelki, tam mora stati tudi upravno poslopje, kuhinja, kotlarna, lekarna, stanovanjsko poslopje za zdravnike in strežništvo, prosekura, Röntgen. Če torej trdim, da za prvo silo potrebujemo tri oddelke se to pravi, da za prvo silo potrebujemo dve tretjini objektov bodoče nove bolnice plus vodovod, plin, elektriko in kanalizacijo. Silno neprimerno pa bi bilo, da bi se za silo zadovoljili z dvema tretjinama, na zadnjo tretjino pa bi morali čakati bogve koliko let. Bolnica ne more ostati veliko let pretrgana na dvoje. Če se torej zida nova bolnica, naj se dozida do konca.

Sedanja bolnica bi obratovala kot pomožna bolnica z vsemi oddelki naprej. Le kirurški oddelki bi se pretvorili v nezgódno štacijo, infektivni oddelki bi se vrnil prvotnemu namenu, nevropsihiatrični oddelki pa bi postali opazovalni oddelki. Oddelki bi se primerno popravili in število postelj bi se reduciralo na število, ki odgovarja higijenskim predpisom. Prepričan sem, da bi tako razbremenjena bolnica lahko prav lepo obratovala in da bi bila kljub novi bolnici vedno polna.

O rešitvi finančne plati, zidave nove bolnice seveda nimam besede. Da se pa z dobro voljo da dobiti denar ali posojilo, o tem ni dvoma. Zidale so se javne zgradbe, ki niso bile tako nujne, kakor je naša nova bolnica. Predvidena so javna dela, ki so še odložljiva. In naša nova bolnica bi ne stala niti ene četrtiline tega, kar stane pri nas en nov most.

O okulističnem oddelku moram dati nekaj pojasnil. Do sedaj neprilik, ki teže oddelek, nisem hotel obešati na zvonove dnevnega časopisja. Tu se mi nudi prilika, da povem, kaj nam greni delo na oddelku.

Oddelek je bil dvakrat dozidan in ima že zato skrajno neprimerno razdeljene prostore. Prvotno zidan za 61 postelj, se je povečal z dozidavo l. 1912 na 118. postelj. Danes jih ima 136. Redno je prenapolnjen. Da je obrat znosen, moramo predčasno odpuščati bolnike in odklanjati, kar se le da odkloniti. Oddelek nima:

1. aseptične operacijske sobe. Aseptične operacije delamo že 15 let v bolniški sobi.
2. prostora za očesno gonorejo. Take bolnike imamo med trahomom!
3. sob za opazovanje trahoma sumljivih primerov.
4. prostora za ambulanco. Ta obratuje na hodniku.
5. dnevnih prostorov za moške in otroke. Ti se potikajo po hodnikih.

Imamo pa:

1. nehigijenska stranišča,
2. dve zatohli sobi brez sonca za moške,
3. z raztrganim linolejem pokrita tla pri trahomskih bolnikih,
4. malo sobico, ki je mogoče edinstvena v vsej bolnici: tu obsevamo bolnike z višinskim soncem, tu jih polimo, tu sestre likajo oddelkovo perilo, tu čakajo bolniki na operacijo (ker soba leži pred improvizirano asept. operacijsko sobo) in v tej sobi prenočuje edina civilna strežnica.
5. Prenočišče za 20 sester in 10 postulantk v mansardi, za 7 bolničnih služkinj, 3 strežnike in enega strežnika v kleti. V kleti je tudi telovadnica ortopedskega oddelka.

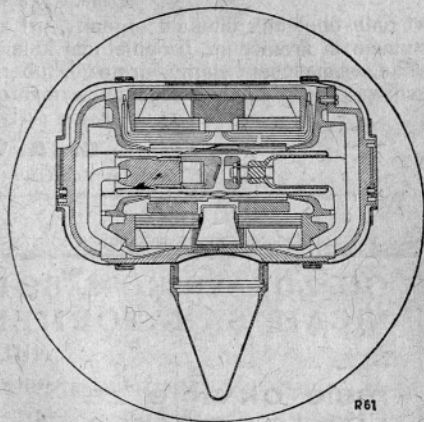
Manjka samo še stenic.

PHILIPS

Jugoslovensko trgovačko a. d.
MEDICINSKI ODDELEK

„Röntgensko jajce“

Philipsov prenosni röntgenski aparat tipa „Centralix“ v prerezu



Dobavlja: Metalix röntgenske aparate,
cevi, pribor in drugo elektro-medicinske aparate

PODRUŽNICA LJUBLJANA

Nebotičnik (Gajeva ul.1) Telefon 35-79

Elastični Hansaplast



D. R. P., Jugoslov. patent.

Elastični brzi povoji za rane v mali kirurgiji

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

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

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

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

EULYSINOL

PARENTERALNI EKSPEKTORANS ZA ZDRAVLJENJE VNUTRIJ DIHALNIH ORGANOV, ZA OMEHČANJE SLUZI

Eulysinol je raztopna organskega joda, kafe in limola v eteričnem olju in vsebuje na 1 ccm 0,50 g organskih spojin joda, 0,50 g etilnega etra, 0,20 g kafe in 0,02 g limola.

Pri onih obolenjih dihalnih organov, pri katerih je treba delovati na izpljuvanju sekreta, akutnem in kroničnem bronhialnem katarju, vnetju pljuč, pljučnem abscesu, oslovskem kašlju, astmatičnem slanju, gripozni, tuberkulozni, septični itd. bronhitiidi. Pred in po operaciji za zaščito dihalnih organov in obvarovanje bolnika pred pretresljaji radi hudega kašlja

Za i fraglutealne injekcije v ampulah po 1,1 in 2,2 cm

Dr. A. Wander d. d.

Tovarnica farmacevtskih in dietetskih preparatov, ZAGREB

GG. ZDRAVNIKOM, BOLNICAM, SANATORIJEM

NUDI

male okvirje za röntgenslike

s celuloidnim vložkom lasne izdelave, servijete, toiletni papir, Oleatne papirje, dermograph-svinčnike, receptne bloke, trgovske knjige, mape

trgovina s papirjem in pisarniš. potrebščinami

Iv. Bonač

Ljubljana, Šelenburgova št. 5

za odlaganje, indekse, pisma in kuverte s tiskom, kartoteke itd. po nizkih cenah

GOSPOD TOVARIŠ,

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

Čitajte in razširite:

„Zdravn. Vestnik“

„E v g e n i k o“ in

„Delo proti tuberk.“

Nagrade za znanstvena dela

Že nekaj let čitamo razpise raznih nagrad za najboljša medicinska dela. Začel je s to lepo navado doc. dr. Matko. Ni dvoma, da je to zelo lepo in vsega upoštevanja vredno znamenje, toda zdi se mi, da kolega pojmu teh nagrad veliko premalo upošteva. Število kompetentov zanje se ponavadi omeji na eno, ali pa se mora celo rok nagrade podaljšati za leto dni, ker ni sploh nobenega kompetenta. Zato sem začel iskati vzrok temu čudnemu pojavu.

Na lanskem občnem zboru SZD nam je dal neki kolega pojasnilo, češ, da so razpisane nagrade premalenkosne. Nato sem pregledal inozemske časopise, da bi videl, kake nagrade razpisujejo drugod. Videl sem, da n. pr. na Nemškem zdravniki nagrade v višini 100 do 200 RM ne smatrajo za nikako sramoto, temveč se živahno udeležujejo znanstvene tekme. Rekli so nam, da so bolniški zdravniki veliko preveč zaposleni, da nimajo literature na razpolago in kratkomalo: da nimajo niti časa niti možnosti, da bi kaj pametnega napisali. Zdi se mi tudi to stališče pretirano in se bojim, da je pravi vzrok za to malo udeležbo pri nagradah bolj v pomanjkanju volje in marljivosti kot v pomanjkanju časa.

Toda, ko to pišem, se obenem zavedam, da je način, kako so bile zadnje nagrade podeljene, samo en vzrok več, da se jih v bodoče ne bo nihče več udeležil.

Pogoji za nagrade so popolnoma jasni in večkrat objavljeni. Ne strinjam se sicer s tem, da so nagrade razpisane pod pogojem, da mora delo obsegati celo tiskovno polo. Tudi krog tekmovalcev bi bil lahko večji in ne omejen samo na pomožne zdravnike in sekundarije bolnic — napaka, ki je v letošnjem razpisu ni več. Toda naj bi bili pogoji še bolj pomanjkljivi, treba se jih je držati. Ni pa dopustno, da se podelijo nagrade, popolnoma v nasprotju s pogoji, za že objavljena dela znanih avtorjev. V takem slučaju je objektivnost pri podelitvi nagrade a priori otežkočena.

Nočem nikakor zmanjšati vrednosti in pomena popularno-znanstvenih del in se popolnoma zavedam, da zasluži lična knjižica, ki je dobila polovico zadnje nagrade, vso pohvalo. Toda po mojem mnenju vendar ne gre, da bi postavili spis poljudne vsebine v isto vrsto z znanstvenim delom. Tudi pogoji za nagrado jasno povedo: „V slučaju, da se med poslanimi znanstvenimi deli ne najde primerno kvalificiranega (počrtal pisec), se razpis lahko raztegne na najboljše popularno-medicinsko delo.“

Ako nočemo, da bi dobili oni dobrotniki, ki razpisujejo nagrade, utisa, da je nagrada brez pomena radi premajhne udeležbe in radi pomanjkljivosti pri podelitvi predvsem pa ako nočemo, da bi dobili zdravniki, ki naj tekmujejo za te nagrade, utis, da se pogojev ni treba držati in da je čisto vseeno, če se potruđiš in napišeš znanstveno delo ali pa kak poljuden spis, tedaj moramo prositi gospode, ki sedijo v komisijah za podelitev nagrad, da se strogo držijo pogojev. Imponiralo bi nam, ako bi komisija izjavila, da se ne strinja z nivojem vposlanega dela in bi zato nagrado podaljšaal. Imponiralo bi nam tudi, ako bi nato oni, ki razpiše nagrado, znesek še povečal in sigurni smo, da bi bilo — če ne letos pa drugo leto — zanimanje

za delo in odziv zdravnikov veliko večje. Šele takrat bodo dobile nagrade svoj pravi smisel in pomen.

Unus.

Na občnem zboru Slovenskega zdravniškega društva dne 1. febr. t. l. je bil izvoljen ta-le odbor:

Predsednik: doc. dr. Ivan Matko,
podpredsednik: prim. dr. Alojz Kunst,
tajnik: dr. Henrik Heferle,
blagajnik: dr. Ivan Pavšič,
knjižničar: dr. Oton Bajec,
Odbornika: dr. Alojz Brenčič, dr. Ciril Komotar,
Revizorja: dr. Lojze Kramarič, dr. Drago Švajger.

„Znanstvena nagrada. Na občnem zboru Slov. zdravniškega društva v Ljubljani dne 1. febr. t. l. je poročal g. prim. dr. Meršol v imenu ocenjevalnega odbora, da je bila druga znanstvena nagrada doc. dr. Ivana Matka podeljena v enakih delih gg. dr. Logarju in dr. Slivniku za delo: „Naši zobje“ in g. dr. Tomažu Furlanu za delo: „Problemi iz epidemiologije tuberkuloze v Jugoslaviji“. Istočasno je g. doc. dr. Ivan Matko, šef internega oddelka Obče drž. bolnice v Ljubljani, razpisal novo (tretjo) znanstveno nagrado za najboljše medicinsko delo v letu 1936/37 v znesku Din 1000.—. Pogoji za to nagrado so isti, kakor za prvo in drugo, le s to razliko, da lahko za to nagrado konkurirajo vsi zdravniki na teritoriju Dravske banovine“.

Komemoracija za † prof. dr. Edo Šlajmerjem.

V počastitev spomina velezaslužnega prof. dr. E. Šlajmerja sta slovensko zdravniško društvo in Jugoslovansko kirurško društvo, sekcija Ljubljana, priredili 24. januarja 1936. ob 8. zvečer v dvorani OUZD komemoracijo, h kateri so bili povabljeni zdravniki in vsi spoštovalci velikega pokojnika.

Pri komemoraciji je zastopal g-da bana in VI. oddelek Kr. banske uprave inspektor g. dr. Avramović, prisoten je bil rektor univerze univ. prof. g. dr. Samec, dalje predsednik Trg. bolniškega in podpornega društva g. Klinar, zastopnik Sokolske župe Ljubljana g. ing. Bevc, zastopnika Apotekarske zborornice gg. mag. ph. Leustek in Šušnik. Prisotnih je bilo precejšnje število zdravnikov. Povabilu so se odzvali v posebno velikem številu medicinci in sestre pomočnice.

Med komemoracijo se je nahajals v dvorani velika slika pokojnika. V uvodni besedi je predsednik Slov. zdravn. društva g. dr. Meršol poudarjal, da smo s pokojnikom izgubili odličnega zdravnika — kirurga, prvovrstnega znanstvenika, zavednega Jugoslavana. Na poziv predsednika so vsi navzoči vstali ter počastili spomin umrlega. prof. dr. Šlajmerja s trikratnim vzklikom: Slava mu!

Komemorativni govor je imel znani medicinski zgodovinar g. dr. Ivan Pintar. V izbranih besedah je orisal življenjsko pot pokojnika od rojstva v Čabru, preko gimnazijskih študij na Reki, univerze v Grazu in dolgoletnega plodonosnega delovanja v Ljubljani do smrti v Št. Vidu. Očrtal je dr. Šlajmerjeve zasluge v kirurgiji in medicinski znanosti ter omenil njegova najvažnejša znanstvena dela. Kakor prof. Kern okrog l. 1800 tako je dr. Šlajmer okrog l. 1900 epohalnega značaja za slovensko in evropsko medicinsko znanost ter sega daleč nad povprečnost.

V zaključnih besedah se je dr. Meršol zahvalil vsem navzočim za udeležbo in končal z željo, da bi spomin na dr. Šlajmerja med nami ostal trajen in njegovo delo nepozabno!

Dr. V. M.

I. Periodica

Medicinski Pregled — oktober 1935

A. Šercer: Uloga rinologa u terapiji astme. U normalnim slučajevima strujanje vazduha kroz nos draži sluznicu, te nazotorekalnim i nazopulmonalnim refleksnim putem dovodi do produbljavanja disanja. Ma kakvom preprekom u nosu, te disanjem kroz usta, ovaj je refleks oslabljen, te i disanje pluća dovodi do slabije ventilacije pluća i oslabljene hematose.

Glavna karakteristika astmatičnog disanja je površno disanje u inspiratornom položaju toraksa. Takodje abnormalni podražaji sluznice nosa dovode do kontrakcije bronha. Stoga treba u svakom astmatičnom slučaju pregledati i šupljine nosne, jer u velikom broju slučajeva bolesti nosa stvaraju ne samo dispoziciju, već i provociraju same napadaje. Pri tome nije dovoljen običan rinoskopski pregled, već se preporučuje upotreba rinomanometra.

I. Ivančević: O statičkim interkostalnim neuralgijama. Ulegnuto stopalo ili t. zv. pes planus ima za posledicu čitav niz promena u mišićima i zglobovima ekstremiteta i trupa. Novi statički momenat utiče na mišiće, te usled umorenosti i prenaprezanja, u njima se stvaraju otvrdline (po M. Lange-u), t. zv. miogeloze. Sem toga, usled samog pritiska na živac, kao i usled upaljenja prenešenog sa zglobove površine, može nastati neuralgija. Tu spadaju i lumbaga usled statičkog poremećaja.

Statičke promene u držanju hrptenice i prsnog koša usled ulegnutog stopala, mogu dovesti do bolnih senzacija u interkostalnim živcima. Ovi se bolovi osećaju naročito u donjim delovima prsnog koša i u pazuih. Javljaju se najčešće posle kakvog napornog rada ili ma kakvog statičnog opterećenja, ali nije retko da se pojave tek u postelji, u večje, po svršenom poslu. Traju kraće ili duže vreme, a izuzetno mogu trajati po čitave dane. Da su te neuralgije u vezi i prouzrokovane statičkim promenama usled ulegnutog stopala, dokaz je da one brzo izčezavaju posle preduzete ortopedске terapije: nošenjem uložaka.

J. Pintar: Prominentni slovenski medicinci iz prejšnjih stoletij. Počev sa Verbcem iz druge polovine XVI. veka, pa preko Geberca, kao najplodnijim slovenskim medicinskim piscem iz XVII. i početka osamnaestog veka, članak se završava Kernom, koji je umro 1829 godine. Članak je veoma interesantan za sve one, koji studiraju istoriju medicine.

V. Ristić: Arsenobenzoli u terapiji antraksa. Povodom Popovićeve publikacije o istom pitanju, autor objavljuje svoje rezultate postignute na pedeset bolesnika. I on je za kombinovanu terapiju seruma i neosalvarzana, jedino se ne slaže što se tiče doza. Radije se zadrži na manjim dozama, čiji su efekti isto tako dobri, pošto su arsenobenzoli dosta toksični.

Dr. Grujić.

Liječnički Vjesnik broj 6. 1935

Dr. Viktor Boić, klinički asistent, Zagreb: Uvod u dijagnostiku i diferencijalnu dijagnostiku krvnih bolesti. Za točno diagnozu in diferencijalno diagnozu krvnih bolesti je poleg anamneze in status praesensa potrebna popolna krvna slika, rentgenski pregled. Klinični simptomi (glavobol, utrujenost, dispnoa, povišana temperatura, pomankanje apetita) so skupni vsem krvnim boleznim. Prevladovanje enega ali drugega je zelo važno za diferencijalno diagnozu poleg natančne preiskave limfnih bezgavk, prsnega koša, abdominalnih organov.

Dr. Vinko Sučić, klinički asistent, Zagreb: Prilog prepoznavanju sindroma bronhijalne stenoze. Glavni vzrok povećanja traheo-bronhialnih žlez so primarni maligni tumori ali metastatični karcinomi. Pri enostranski stenozu bronha gre navadno za

karcinom samega bronha, ker se primarni tumori limfatičnih žlez širijo simetrično na obe strani. Po Pfeifer-Haslinger-Hitzenbergerju se mora zmanjšati lumen bronha preko tretjine, da pride do izražena stenoze. Avtor deli stenozo v tri stopnje in opisuje njihove klinične simptome.

P. Ellinger in Dojmi: O nalazu porfirina u mokrači pelagroznihih pacienata. Avtorja sta pogledala urin pelagroznihih pacienatov v Posušju pri Mostarju in našla, da so vsi aktivni bolniki izločevali veliko okoličino porfirina.

Dr. Botteri: Slučaj splenomegalijne ciroze. Opis 44 letnega pacienata. Diferencialno diagnostično važna obolenja: hemolitični ikerus, aleukemična mijeloza, izolirani limfogranulom vranice, splenomegalija Gaucher. Terapija: ekstirpacija vranice v zgodnjem štadiju. Mortalitet je precej visoka (12 — 15%).

Dr. Karlo Lušicky: Uremija zbog nedostatka kuhinjske soli. Pri vsakem trdovratnem bruhanju, pri boleznih z močnimi diarejami kot pri intoksikaciji s sublimatom treba pomisliti na možnost Blumove „uremie par manque de sel.“ Poleg temeljne bolezni treba zdraviti tudi sekundarno azotemijo. Zelo dobro so se obnesle infuzije fiziološke raztopine pod kožo v velikih količinah.

Dr. A. Španić: O upali vjedinihi rubova (blepharitis seu blepharoadenitis). Opis in terapija vnetja ter recepti za praktičnega zdravnika.

Dr. S. Vidaković: Krvarenja u III porodjajno doba i njihovo liječenje. Te krvavive so v porodništvu najčešće in praktični zdravnik jih mora dobro poznati in tudi hitro potrebno ukreniti. Avtor jih natančno opisuje in svetuje, kaj sme in more delati praktični zdravnik, kaj je treba poslati v zavod.

Dr. VI. Bazala: Amenoreja. Amenoreja je fiziološka pred puberteto, po klimakteriju, za časa nosečnosti in puerperija, v vseh ostalih slučajih je patološki pojav. Vrst patološke amenoreje je več vsled aplazije vagine, zraščena colli uteri, vagine in himena, radi defekta maternice in naposled amenoreje, kjer je ovarialni ciklus popolnoma uničen in ne more več izzvati menstruacije. Terapija je razen pri poslednji relativno uspešna. Naštevava zdravila tudi stare farmakopeje poleg modernih preparatov. Pri včasih uprav neznosnih pojavah vsled amenoreje treba ordinirati nervina, purgantia, pri visokem krvnem pritisku venesekcijo.

Dr. VI. Marković: Prilog liječenju opekline. Nekaj receptov, ki so se prav dobro obnesli na dermatovenerološkem oddelku bolnice usmiljenk v Zagrebu tekoni dolgotrajnih izkušanj.

Dr. Černe.

* *

II. Therapeutica

R. Kramer — Karlsruhe: „O zdravljenju vnetja srčnih zaklopk pri otrocihi z visokimi dozami Pyramidona.“ Pri endocarditis rheumatica otrok je dal a. tekoni cele dobe bolezni v štirih dnehi štirikrat po 0,3 Pyramidona, potem so sledili štirje dnevi odmor, potem zopet Pyramidon i t. d. Odmor je potreben, da pod nobenim pogojem ne bi prišlo do kakih škodljivih posledic Pyramidona. Uspehi so bili vedno presenetljivi, tako kar se tiče splošnega stanja kakor tudi stanja srca. Od 11 otrok je a. mogel odpustiti 10 popolnoma zdravihi domov, brez najmanjših znakov srčne napake. To zboljšanje je pri vseh otrocihi nastopilo nenavadno naglo.

Canigiani in Pirker — Wien: „Kontrastno polnjenje kolena za diagnozo poškodb meniskov v praksi“. (M. m. Wchscht. 47/35). A. pri rentgenizaciji kolena nikoli ne uporabljata pneumoartrografije, ker sta dobila pri 50 bolnikih tudi brez zraku dobre slike z Per-abrodilom. V vsakem slučaju slikata obenem z bolnim tudi zdravo koleno. — Sledi natančen opis tehnike.

F. Roth — Breslau: „Prinos k terapiji napram jetrom refrakterne perniciozne anemije“. (Ther. d. Ggw. 11/35). Že v začetku zdravljenja z jetri so nekateri zdravnik videli neko posebno resistenco napram jetram. Toda že takrat sta Minot in Murphy pov-

darila, da se da pri vsaki pristni perniciozni anemiji izsiliti zboljšanje krvne slike s pomočjo jeter. Ako pa v resnici ne moremo doseči nobenega zboljšanja z jetri, tedaj pacient pač ne bo leha na perniciozni anemiji. Vzrok navidezne rezistence napram jetram pa leži pogostoma v premajhni dozaciji pri pristni perniciozni anemiji, pri kateri želodec ne izločuje več Castellovega fermenta ali pa gre za zamenjavo s hiperhromnimi anemijami, kakor n. pr. pri želodčnem raku, v nosečnosti in pri gotovih obolenjih jeter. Jeterna terapija pa zboljšuje tudi pri teh oblikah anemije krvno sliko: hemoliza izgine, nastopi kriza retikulo-citov, toda potem vendar izostane naraščanje hemoglobina in števila eritrocitov. Vendar pa moramo upoštevati, da je tudi pri pristni perniciozni anemiji reakcija bolnika na izvlečke jeter jako različna. Posebno stari bolniki reagirajo pogostoma slabo in potrebujejo visoke doze jeternih ekstraktov.

To dokazuje a. na primeru neke 65-letne pacientke, pri kateri je nastopilo zboljšanje jako težke perniciozne anemije šele potem, ko je dobila skozi deset dni vsak dan po 10 ccm Campolona in v naslednjih štirih tednih še skupaj 102 ccm tega preparata.

Iz tega se vidi, da je pri tipični perniciozni anemiji tudi po začetni resistenci napram jetram upravičen poskus z jako velikimi dozami jeternih ekstraktov.

NOVE KNJIGE

Dr. Vasa Savić: „Tuberkuloza i njeno današnje lečenje.“ — (Bgd. 1935 — Cena Din 6.—). Biblioteka Kolarčevog narodnog univerziteta (knjiga 13). Ponatis poljudnega predavanja, ki ga je imel avtor lanskega leta v Beogradu. Zgostiti tako obširno in za lajka ne preveč lahko umljivo snov v jedva 52 strani obsegajočo knjigo ni lahka stvar. Dr. Savić je s priznano rutino in temeljitim poznavanjem materije ponazoril postanek, predvsem pa današnje zdravljenje tuberkuloze pljuč. Knjižnica je opremljena z 38 razmeroma dobro reproduciranimi rentgenskimi posnetki. M. K.

Leksikon „Minerva“. — Cena Din 300.— (oz. Din 360.— na obroke). Založba: Minerva D. D. — Zagreb.

Priznati moram, da sem vzel ta najnovejši in prvi jugoslovanski leksikon v roke samo z veliko skepso, toda že sama oprema me je presenetila. Lep leksikonski format, lepe platnice, izredno jasen, dasi majhen tisk, posebno pa še izredno številne lepe tabele in ilustracije (2297 slik, 38 deloma barvanih tabel, 8 geografskih kart) so mojo skepso znatno zmanjšale. Videl sem na prvi pogled, da so se izdajatelji kakor založba izredno potrudili, da nam ustvarijo leksikon, ki se ga nam ni treba sramovati. — Še ugodnejše pa je bilo moje presenečenje, ko sem iskal najrazličnejše novejšo in starejšo izraze in vedno našel kratek, jasen in točen opis. To velja zlasti tudi za medicinski del leksikona, ki je izredno skrbno obdelan. Brez nepotrebnih navlake res samo stvarna in točna pojasnila. — Primerjal sem leksikon „Minerva“ s štirikrat večjim neškim leksikonom, ki je samo nekoliko let starejši in sem mogel ugotoviti, da vsebuje leksikon „Minerva“ dostikrat izraze, ki sem jih v onem drugem leksikonu zastoj iskal. Zato je nabava leksikona „Minerva“, ki je poleg vseh drugih prednosti še razmeroma poceni, priporočljiva prav za vsakogar. R. N.

Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte von Priv. Doz. Dr. Heinrich Kogerer — Verlag Maudrich, Wien. Cena vez. RM 15.—.

Pisec je bil še pred nedavnim časom več let vodja psihoterapevtičnega ambulatorija dunajske psihiatrične klinike. Gradivo za pričujočo knjigo so mu nudile vprav izkušnje tega psihoterapevtičnega udejstvovanja. Namenjena je predvsem praktičnemu zdravniku, ki ga ne mara obremenjevati s teoretičnimi problemi pa mu tudi ne enostransko usiljevati te ali one „šole“.

V *splošnem* delu je naprej na kratko očitana zgodovina psihoterapije ter pov-
darjen pomen Freuda za razvoj psihoterapevtske misli. Edino zdravnik sme izvajati
psihoterapijo; le v prav izjemnih primerih bi jo lahko vršil tudi lajik. V nadaljnjem slede
nasveti o tem, kako naj se zdravnik vede napram bolniku posebno v začetku zdrav-
ljenja in pa glede zaključnja psihoterapije. Sestavek o psihoterapevtskih metodah
vsebuje najprej nekatere postopke s sugestijo po J. H. Schulzu; indikacija za ta „auto-
geni training“ je kar se da široka. Hipnozo priporoča posebno pri neurotičnih motnjah
spanja. Izvajanja o hipnozi so prav posrečena in jasna ter brez nepotrebnega balasta.
Četrto poglavje nas seznaja z vzroki psihičnih motenj. Pravzaprav pa izvemo v tem
poglavju še največ o seksualnosti. Avtor sledi v celem prav zvesto Freudu, se ga
sicer marsikje skuša otepati, pa le bolj sramežljivo in ne zmeraj prepričevalno. Sicer
pa so uprav izvajanja o seksualnosti in puberteti močno zajemljiva in uvaževanja vredna.
V splošnem je pa vendar baš to poglavje precej suhljato; vzroke duševnih motenj
bo iskati še marsikje drugje, kakor jih najde avtor. V *kliničnem* delu knjige je najprej
omenjena splošna, ki ji sledi specialna simptomatologija psihičnih motenj. Dostavek o
socialni psihoterapiji zaključuje knjigo.

Kdor se je z večjim ali manjšim trdom preril že skozi nekaj učbenikov psiho-
terapije, bo Kogererjeva knjiga zanj kar prijetno branje. Njen stil nima nič bom-
bastičnega in prisiljeno učenjarskega na sebi. Stavki teko gladko in preprosto. Druga
pa je stvar, če bo student ali praktik v njej tudi zadosti našel. Teoretičnim vprašanjem
je prostor le prepičlo odmerjen; začetnik bi moral kaj več zvedeti n.pr. o psihološki
orientaciji, o vprašanju osebnosti in značaja, o somatičnih motnjah in podobnem. Tudi
v zadevah psihoterapevtske prakse pogrešam marsikaj. Prav je, da ima tak učbenik
osebno noto, toda nudi naj posebno glede primene raznih metod čim več, da bo za-
interesirani vsaj vedel, kake vrste psihoterapevtsko udejstvovanje ima pri rokah;
izbral si bo že sam ono, ki mu bo v danih razmerah najbolj ustrezala. Dvomim, da bo
praktiku kaj pogosto mogoče, da bi se spuščal v psihoterapijo, ki bi trajala ob dnevnih
bolnikovih obiskih več tednov; že iz pekuniarnih ozirrov ne. Zato pogrešam v Koge-
rerjevi knjigi baš ono kar bi bilo praktičnemu zdravniku v prvi vrsti v korist
namreč izvajanj o popularni psihoterapiji in pa kaj več še o drugih metodah splošne
psihoterapije v budnem stanju in ne samo o Schultzovem avtogenem trainingu. Z avtor-
jevo psihagogiko je tudi posebna reč: na par mestih v knjigi zadeneš na ta izraz, ki
smo že omenili, kaj naj po avtorjevem mnenju vsebuje; *kako* pa boš bolnika psihagoško
vodil, o tem bi nas bil pisatelj lahko obširneje poučil. Freud je npr. posvetil neurozi
nekega dečka celo knjigo. Prav isto je, če avtor na *eni* dobri strani z aforistično sko-
postjo popiše potek svoje psihoterapije; človek bi mu vedel hvalo, če bi celoten raz-
plet in zaključek psihoterapije, kar se da izčrpno demonstriral najsi bi obseg knjige
pri tem narastel.

O kliničnem delu bi lahko rekli, da sicer ne prinaša bogve kakšnih novih iz-
sledkov, da pa je pisan prav gladko in nazorno. Obžalovati je, da so izvlečki iz bo-
lezenskih protokolov tako kratki vsaj v kolikor gre za terapevtske procedure. Simpto-
matološke slike so pa dobro izbrane in diagnostično prepričevalne. O psihoterapevtskih
poskusih pri shicofrenikih ni vredno izgubljati dosti besedi; res pa je avtor v tem
oziru nekoliko znan.

Dr. Kamin.

Mali oglas:

Prodajam dobro ohranjene instrumente (porodniške in za malo kirurgijo)
radi opustitve prakse.

Dr. E. Globočnik — Kranj.

Prof. fiziologije na beograjski univerzi dr. Rihard Burian praznuje svojo 65-letnico. Svelovno znanemu in izredno priljubljenemu učenjaku na čast je „Srbski arhiv“ izdal izredno bogato posebno številko. — Tudi mi se čestitkam najiskreneje pridružimo.

* * *

Profesor Noël Fiessinger, rojen Alzačan ter profesor eksperimentalne patologije pariške univerze ter istočasno šef internega oddeljenja v Hôpital Necker je učenec slovečih francoskih internistov-patologov Hucharda in Chauffarda ter slovi osobito radi svojih studij patologije in fiziologije jeter. Prof. Fiessinger, ki sam trdi o sebi, da je biolog in klinik hkrati ter je poleg E. Sergenta vodeči francoski internist, katerega odlikuje galska bistrost in originaliteta je imel 4. XI. 1935 ob priliki svojega obiska v Pragi predavanje o jetrni parenhimatozi pred češkim zdravniškim društvom, katerega referat pri našamo pod rubriko „Iz češke medicinske literature“. Predavanje je zbudilo znatno zanimanje med evropskimi raziskovalci jetrne patologije. Č.

V Pragi imajo že dalje časa obvezno preiskavo vseh dijakov-novincev. Poročilo o uspehu teh preiskav govori o znatnem poslabšanju zdravstvenih prilik med dijaštvom; zlasti naraščajo slučaji tuberkuloze kakor tudi število obolenj srca in živčevja. (M. med. Wchscht.)

* * *

Svicarski urad za narodno zdravje je ravnokar objavil statistiko, iz katere izhaja, da je umrljivost za rakom v posameznih starostnih skupinah ostala v zadnjih 30 letih približno konstantna. Naraščanje skupnega števila rakastih obolenj moramo torej pripisati naraščajoči povprečni starosti prebivalstva („Überalterung“). M. med. Wchscht.

* * *

Pariška medicinska fakulteta je sklenila upeljati Hippokratovo prisego. Po njej bodo morali prisegati vsi medicinci ob promociji.

* * *

V francoski koncesiji v Sanghaju so ustanovili nov higijenski institut za 200'000—dolarjev. Njegov vodja pride iz instituta Pasteur v Parizu. Poleg izdelovanja serov in vakcin se bo zavod bavil v prvi vrsti s pobijanjem tuberkuloze in sifilide. Tudi preiskavo in nadzorstvo nad farmacevtskimi preparati bo zavod prevzel. (M. med. Wchscht.)

* * *

V Kalkuti (Indija) so praznovali stoletnico ustanovitve Bengal Medical Collega. Zavod se je od skromnih začetkov zelo lepo razvil. K njemu spadajo sedaj bolnica, institut za tropsko medicino in institut za higijeno in javno zdravstvo.

* * *

V New Yorku so dne 26. XI. 1935 posvetili zgradbo mestnega zdravstvenega urada. Gradili so ga štiri leta in je s svojimi desetimi nadstropji stal 4,550.000—dolarjev. — Na pročelju hiše so napisana imena 30 mož, ki so si pridobili največ zaslug za ljudsko zdravje. Njihova vrsta začne z Mojzesom in vsebuje imena Paracelsusa, Kocha, Behringa, Pasteur-ja, Ehrlicha, Lister-ja in Semelweisa. (M. med. Wchscht.)

* * *

V U. S. A. so začeli lansko leto izdajati nov časopis, ki se imenuje „Journal of contraception“.

* * *

Leta 1937 bodo v Atenah praznovali 100-letnico univerze. Obenem bodo praznovali tudi stoletnico arheološkega društva.

Na Japonskem število kratkovidnih mladeničev silno narašča. Pri učencih srednjih šol med 12 in 18 letom je število kratkovidnih v zadnjih 20 letih naraslo od 16 na 36%, pri dekletih celo od 10 na 36%.

V angleškem parlamentu so se našli neki poslanci, ki so hoteli doseči oficijelno priznanje tkzv. osteopalov in njihovo enakopravnost z zdravniki. Po daljših debatah je bil ta napad odbit. (Med. Welt).

Umrli: Na Dunaju prof. Rudolf Maresch, predstojnik patološko-anatomskega inštituta v 68. letu starosti.

NEMŠKE KNJIGE ZNATNO CENEJŠE

KNJIGARNA KLEINMAYR & BAMBERG, LJUBLJANA

Miklošičeva cesta 16, vljudno naznanja, da so se knjige iz Nemčije pocenile za inozemstvo za celo četrtino in da se do nadaljnjega pre-računava nemška marka (torej osnovna cena po katalogih) z Din 14.— Poslužite se našega posredovanja in ne naročajte pri inozemskih trvd-kah in potnikih. Novitete so vedno na razpolago na ogled. Vsa naročila se izvršujejo najhitreje.

IZ UREDNIŠTVA

Za tiskovni sklad so prispevali: Zveza blagajniških zdravnikov Din 500.— Dr. H. Sedej — Maribor, dr. Banngartner — Trbovlje po Din 100.— Dr. A. Jenko — Vevče pri Ljubljani Din 60.— Po Din 50.—: Dr. Medič — Šoštanj, dr. Šolar — Črnomelj; Din 40.—: dr. Kapralov — Velka in Din 30.—: Dr. Matejčič — Sv. Jurij ob Pesnici, Dr. Ravnikar — Videm-Krško. — Iskrena hvala!

Kolegi, ki bi želeli originalne platnice Z. V. za l. 1935, naj to sporočijo upravi Z. V. — Golnik, Cena: Din 20.— — Platnice so temnozeleno barve in prav okusne.

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

EUKODAL

Analgeticum in Narcoticum namesto Mophina
Hitro pomirjenje bolečin
Bolniki ga dobro prenašajo

OBLIKE IN ZAVOJI:

Tablete po 0,005 g
Originalni omoti z
10 in 20 kom.

Ampule (majole) po 0,01 g
Originalni omoti s
5 in 10 kom.

Ampule (majole) po 0,02 g
Originalni omoti s
5 in 10 kom.

E. MERCK
DARMSTADT

E-MERCK

Zastopstvo za Jugoslavijo: **DR. LEO NEUMANN — ZAGREB** Mošinskoga ul. 14.

POZOR!

Kocjančič & drug, tvornica vate in obvezilnega materijala, Domžale, kot edina, prava, domača tvornica te stroke, Vam dobavi vse potrebno za sanitetsko uporabo; ves obvezilni materijal, vato itd. Vse gume in kirurške predmete ter vse potrebne instrumente. Daje na odprt račun in se priporoča gg. zdravnikom za cenj. naročila

KOCJANČIČ & DRUG, DOMŽALE
tvornica vate in obvez. materijala

Vodeči preparati železa

CHINOFERRIN PURUM, CHINOFERRIN CUM
ARSENO, PILLULAE CHINOFERRINI CUM ARSENO

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

Literatura po zahtevi!

Vsebina:

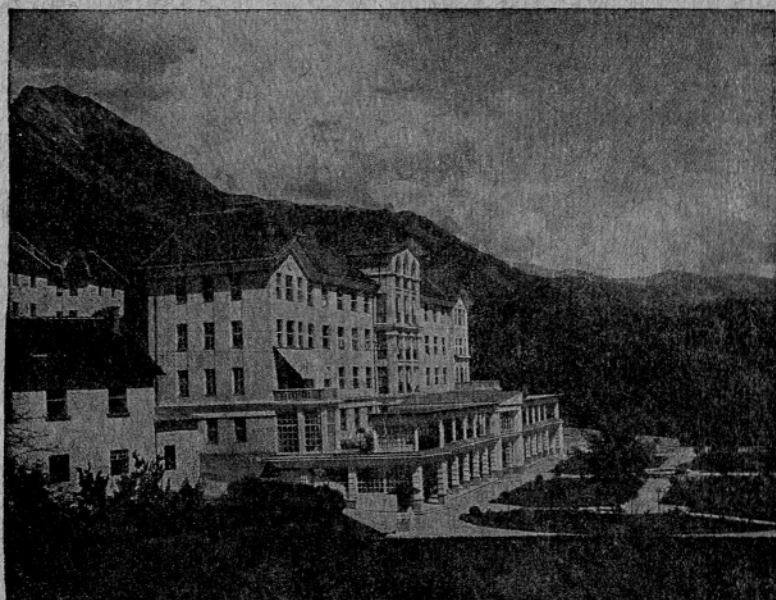
	Stran
Dr. M. Goropevšek: O holecistopatijah	49
Dr. Al. Kunst: Rentgenska terapija raka	59
Dr. Minař: Organizacija bolnišnic in zdrav. stanu na Angleškem (nadalj. sledi)	67
O ljubljanski bolnici:	
Dr. Meršol: Nujnost razširitve ljubljanske bolnice	72
Prim. dr. L. Ješe: O ljubljanski bolnici	72
Stanovski Vestnik: Nagrade za znanstvena dela — Komemoracija za † prof. dr. Edo Slajmerjem — Občni zbor SZD	81
Iz medic. časopisov: I. Periodica — Medicinski pregled, oktober 1935 Liječnički Vjesnik broj 6. 1935; II. Therapeutica	83
Nove knjige:	85
Drobne novice:	87
Iz uredništva:	88

Vsebina priloge „Evgenika“:

	Stran
Dr. V. Janisch-Rašković: Eugenička pitanja rešavana na XXIV. sastanku nemačkih ginekologa u Münchenu 22.—26. okt. 1935 god.	1
V pojasnilo	5
Genetični seminar: Seme (spermatozoon, sperma); jajčkova stanica (ovulum). — Združitev semena z jajčkovno stanico (oploditev, osemenitev, spočetje). Spojek (zygota); zametek ali zarodek (embrijo). (z dvema slikama)	6
Zakonodaja:	9
Drobne vesti:	10
Književnost	
Nekaj bolgarskih narodnih pregovorov	16

Zdravilišče Golnik

za bolne na pljučih.



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

3 oskrbni razredi

Vsi moderni diagnostični pripomočki na razpolago! — 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.



ODDELEK
„SANABO-KAŠTEL“

FOLIPEX

„SANABO-KAŠTEL“

Kristalizirani folikularni hormon v močni dozaciji

Injekcije po 500 int. edinic in 1000 int. edinic v vodeni raztopini

Injekcije po 50.000 int. edinic in 250.000 int. edinic v oljnati raztopini

Tablete po 5000 int. edinic — Supozitorije po 5000 int. edinic

**AMENOREJA, DISMENOREJA
TEŽAVE V KLIMAKTERIJU**

Vzorci in literatura na zahtevo!

Važna novost v terapiji s kalcijem!

EUKALCIN

INJEKCIJE

„KAŠTEL“

14% na raztopina kalcijeve soli β -acetil-propionske kisline

Vsebuje velik odstotek kalcija
kalcijeve sol je popolnoma topljiva
ne povzroča nobenih škodljivih posledic

Eukalcin-injekcije se dajejo intramuskularno in intravenozno

Doziranje: 2—10 ccm na dan, po potrebi tudi več
Ovitek: orig. škatlja z 10x2 ccm, 5x5 ccm in 3x10 ccm



„Zdravniški Vestnik“ izhaja 10krat na leto (meseca julija in septembra ne izhaja).

Naročnina za nezdavnike Din 90— celoletno, Din 50— polletno;
za medicince Din 50— celoletno, Din 25— polletno.